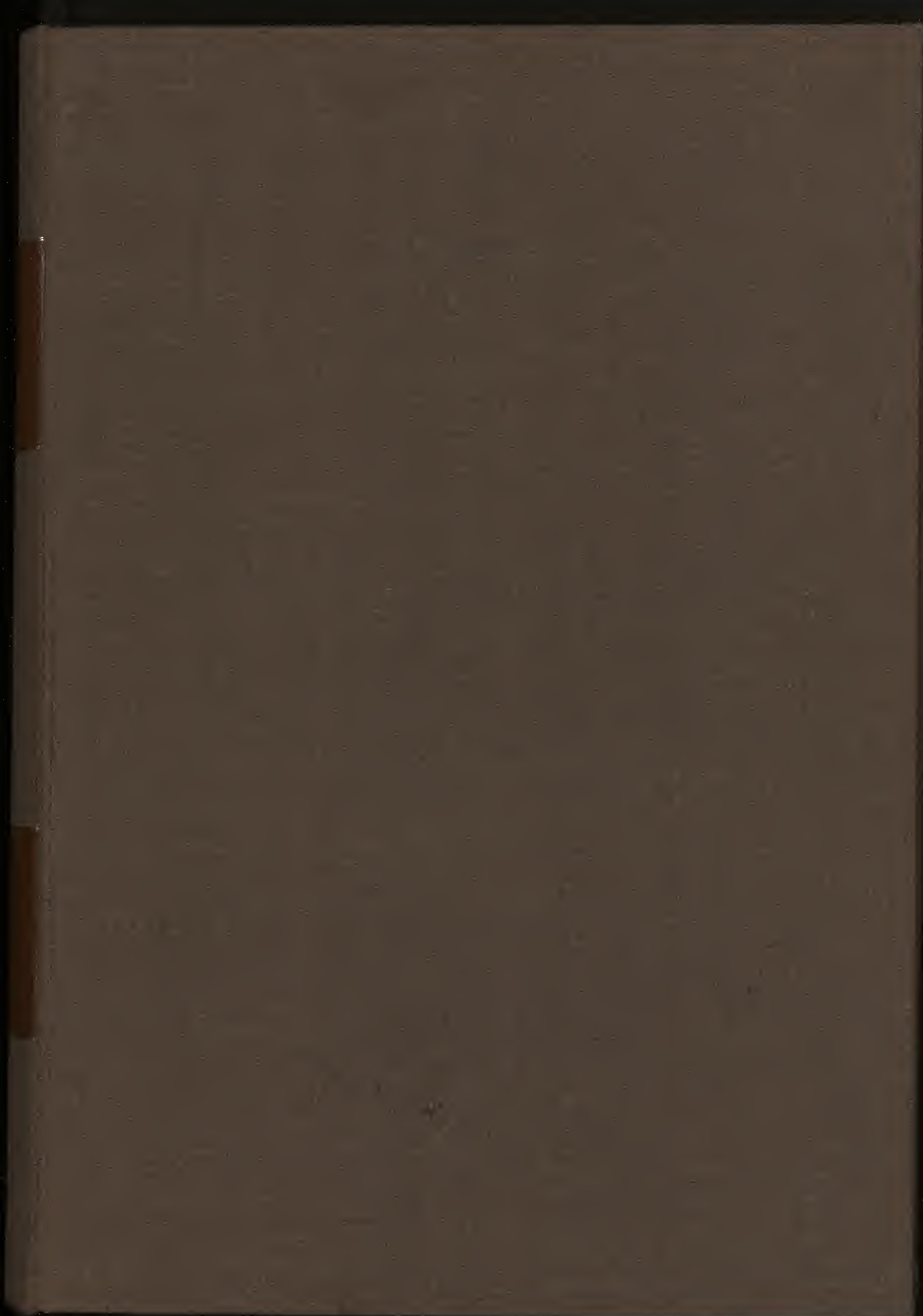


LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.





PARIS
AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX
RUE DES SAINTS-PÈRES, 40.

1854

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

…acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs …aux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants …ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

…ABONNÉS qui auraient perdu des numéros de l'année …t les nouveaux souscripteurs qui voudraient compléter cette …ont priés de faire le plus tôt possible la demande des nu…lont ils ont besoin.

…rix de ces numéros est fixé à 10 centimes. On peut en en…a valeur soit en un mandat, soit en timbres-poste.

…is plusieurs années, un grand nombre de confrères nous …t de faire relier leur collection. Qu'ils veuillent bien nous … l'année qui vient de finir, et ils auront leur volume relié 15 jours. — Le prix de la reliure est de 2 fr. par volume.

PARIS, LE 2 JANVIER 1854.

…s avons, pour commencer l'année, une bonne nouvelle …er à nos lecteurs, celle d'une notable diminution dans …re du bulletin du choléra.

…8 décembre, il n'a été admis qu'un seul malade cholé…our tous les hôpitaux de Paris; le 29, il y en a eu 7. …montant aux cinq jours précédents, nous ne trouvons …semaine entière qu'un total de 74 cas. Cette moyenne, …on 10 par jour, est la plus faible qne nous ayons eu à …er depuis le commencement de l'épidémie.

…IOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

…nvulsions qui surviennent pendant la grossesse et après l'accouchement.

(Premier article.)

…accidents convulsifs qui surviennent pendant la grossesse ou …nstants après l'accouchement ne constituent pas, à propre…arler, la même forme de maladie nerveuse dans tous les …ont été confondus généralement; de là le vague qui règne …maladies nerveuses des femmes grosses et des femmes en …s, vague si grand que dans les auteurs qui en parlent on en … des descriptions plus qu'incomplètes, quoiqu'elles soient …t graves dans leurs conséquences, puisqu'elles peuvent dans …es cas devenir mortelles.

…bien faire comprendre ces accidents nerveux, il faut que …elle deux ou trois principes de doctrine qui régissent les …s nerveuses. Le premier de ces principes consiste dans la …é nerveuse, c'est-à-dire la facilité avec laquelle l'équilibre …ème nerveux est troublé. Elle peut présenter de larges oscil…et est variable selon les individus; mais elle s'observe sur…ez les femmes, et quelquefois à un tel point, que lorsque …système nerveux est soumis au retentissement d'impressions …es quelconques, il se produit en lui des oscillations telles …femme passe par un état temporaire qui se rapproche de la …e. Ce sont les sujets ainsi organisés que l'on qualifie d'indi…nerveux, d'individus possédant une irritabilité nerveuse ex…

…a donc des degrés à établir entre ces diverses mobilités ner…, et les individus qui présentent une si grande mobilité ner…sont placés pour ainsi dire aux portes des accidents nerveux …s variés.

…vie ne peut se parcourir sans que l'on éprouve des impres…diverses et multiples; les occasions d'explosion d'accidents …x sont fréquentes pour tous, et amènent fréquemment ces …ts pour les sujets qui sont dans ces conditions de tempéra… C'est là un premier point qui domine l'histoire des maladies …ses.

…re point : toutes les impressions sensitives, non-seulement …qui arrivent au sensorium par les organes des sens, mais en…elles qui, pour être plus latentes, n'en existent pas moins et …ent naissance dans l'influence exercée sur la totalité de l'or…e par les actes organiques eux-mêmes; toutes ces impres…sensitives, dis-je, peuvent déterminer ces oscillations du système nerveux dont je viens de parler; et, parmi ces impressions sensitives, les moins apparentes et les plus propres à développer ces accidents sont celles qui tirent leur origine des actes fonctionnels temporaires.

Ces actes fonctionnels temporaires ont sur l'organisme une influence en général d'autant plus grande qu'ils sont plus rares ou qu'ils durent moins longtemps. Ainsi, l'influence exercée sur l'organisme par les actes génitaux est très prononcée et dure très peu; celle qu'exerce l'état de grossesse est très prononcée également, et les accoucheurs savent très bien que les femmes tant soit peu irritables éprouvent pendant la grossesse des modifications très marquées du système nerveux : ainsi telle femme éprouve pendant sa grossesse une excitation nerveuse qui la prive de sommeil, ou qui lui donne des impressions exagérées, lui rend les odeurs insupportables, de quelque nature qu'elles soient. Ce sont là des cas très ordinaires; c'est la preuve que la fonction qui s'accomplit temporairement dans l'utérus exerce une influence réelle sur l'organisme tout entier et détermine une grande mobilité nerveuse générale, qui peut devenir spéciale pour certaines impressions de nature déterminée.

Chez certaines femmes, les facultés intellectuelles sont sensiblement modifiées pendant la grossesse. Mais je n'ai pas besoin de prendre la grossesse, je puis prendre pour exemple des actes physiologiques plus courts. Ainsi, l'oviduction, qui se manifeste tous les mois par une congestion sanguine vers l'utérus, donnant lieu à l'apparition des règles, exerce assez d'influence sur certaines femmes pour que les personnes qui vivent habituellement avec elles remarquent qu'il y a modification dans leurs facultés à ressentir les actes nerveux.

Une fonction temporaire qui se reproduit plus souvent est la digestion : on digère deux ou trois fois par jour. Il est incontestable que chez les sujets nerveux la faculté de percevoir n'est pas la même pendant l'accomplissement de cette fonction; et dans certaines maladies nerveuses, les symptômes se prononcent pendant les digestions, pour disparaître dans leur intervalle.

Par tous ces exemples, vous voyez ceci : que le système nerveux est accessible à des impressions qui tirent leur origine de l'action énergique et temporaire de certains organes, ou plutôt de tous les organes concourant aux fonctions temporaires qui s'accomplissent dans l'organisme. C'est là la clef des accidents nerveux de la grossesse et de l'accouchement.

Pendant la grossesse, vous verrez survenir des accidents nerveux variés. Parmi les plus fréquents, je vous signalerai particulièrement les accidents hystériques, et telle femme qui n'en présentera pas dans l'intervalle des grossesses, ou qui n'en aura pas présenté avant sa première, en sera prise pendant la gestation, et ils dureront ou tout le temps de la gestation, ou seulement pendant une partie de sa durée.

Les convulsions symptomatiques de la grossesse ont le plus souvent le caractère hystérique, et rappellent bien cette maladie. Elles présentent des différences assez notables, selon qu'elles apparaissent à la première ou à la dernière période de la grossesse. Si c'est dans les trois ou quatre premiers mois de la gestation que surviennent les attaques d'hystérie, elles se montrent avec la forme qu'on observe le plus ordinairement dans la pratique, c'est-à-dire la sensation de la boule hystérique, un sentiment d'angoisse et d'anxiété thoracique, de la strangulation, du renversement du tronc en arrière et des mouvements spasmodiques des membres.

Souvent les accidents ne sont pas portés à ce degré; la malade n'éprouve que de l'anxiété dans la poitrine, et elle se laisse aller alternativement à des pleurs ou à des rires involontaires. Sous l'influence des impressions extérieures, on voit survenir des accidents nerveux qui ne présentent pas de différence avec ceux qu'éprouvent les femmes hystériques qui ne sont pas grosses, mais ils sont plus faciles, plus fréquents, et ont lieu sous l'influence de causes plus insignifiantes. Au summum d'intensité, ils se produisent sans cause appréciable. C'est ce qui avait fait donner par l'accoucheur Peu à la première période de la grossesse la qualification de période nerveuse.

Je ne parcourrai pas toutes les formes possibles d'accidents nerveux pouvant se produire chez les femmes pendant l'état de gestation, je dirai seulement qu'ils ont surtout le caractère de l'hystérie, qui ne laisse pas d'accidents permanents entre les accès. Les attaques d'hystérie à forme extatique sont aussi assez fréquentes chez les femmes grosses, et ne laissent pas non plus persister d'accidents hystériques continus.

Mais pendant la seconde période de la grossesse les choses ne se passent pas de même. Un certain nombre de femmes sont moins prises d'accidents nerveux, et celles qui les présentent sous fo… de paroxysmes plus ou moins passagers sans persistance d'a… dents continus forment l'exception, forment le petit nombre. S… vent ils se produisent sous l'influence de causes insignifiantes, … vent aussi par l'impression douloureuse vive qu'occasionnent … mouvements de l'enfant dans la cavité utérine.

Si vous avez étudié les maladies hystériques, vous devez sa… qu'il existe chez toute hystérique des anomalies de distributio… sensibilité qui ont pour résultat de produire constamment une … tinction complète ou incomplète de l'impression tactile sur … taines parties du corps et sur certaines autres une grande exag… tion de sensibilité. Quoique ce phénomène ne fût pas connu a… nous, qui l'avons indiqué pour la première fois il y a encore … d'années, personne aujourd'hui ne peut se refuser à l'admettre.

L'utérus peut devenir pendant la gestation le siége d'anesth… ou d'hypéresthésie, et, si l'hypéresthésie siége sur la surface … terne de l'utérus, les mouvements de l'enfant deviendront pa… douleur violente qu'ils produiront le signal d'impressions dou… reuses assez intenses pour retentir dans le système nerveux … forme convulsive. C'est chez ces femmes que vous verrez surv… la sensation des mouvements de l'enfant du troisième au quatri… mois, tandis qu'en général elle ne se développe guère que du q… trième au cinquième.

A l'état parfaitement physiologique, les mouvements du fo… sont perçus par la mère comme un contact naturel; mais dans … cas d'hypéresthésie de la face interne de l'utérus, ils devienne… comme nous l'avons dit, le signal de l'explosion d'accidents c… vulsifs.

Par là vous vous rendez compte des attaques d'hystérie à for… clonique qui surviennent chez un certain nombre de femmes g… ses et présentant des points d'anesthésie ou d'hypéresthésie; … vont quelquefois assez loin pour rendre impossible le contact … doigt du médecin voulant explorer l'utérus et produisent … douleur assez vive pour déterminer l'explosion d'accidents h… tériques. L'hystérie dans ces cas prépare pour ainsi dire e… même le renouvellement de ces attaques, car elle devient par … hypéresthésies plus ou moins circonscrites la cause des attaq… subséquentes quand elle porte sur un organe destiné à des cont… continus, comme est l'utérus dans la gestation.

Chez certaines malades, l'anesthésie peut porter sur l'utérus … la présence de l'enfant ne sera pas perçue par la mère; ce n… pas dans ce cas un état de maladie; mais je fais cette remar… pour vous faire voir la variation de sensibilité tactile si éten… que chez les unes il y a de l'hypéresthésie et chez les autres … l'anesthésie : entre les deux se trouvent nécessairement tous … degrés de sensation tactile intermédiaire.

Prenons un exemple de cet état intermédiaire de sensibilité. … cinquième au sixième mois et quelquefois entre le cinquième … septième mois de la grossesse, il se produit des mouvements … fœtus que les accoucheurs et les sages-femmes, c'est souvent … comme, ont appelé la *culbute* de l'enfant : je ne discuterai pa… point de doctrine; il n'est pas discutable. En réalité voici ce … existe : il est certain qu'à cette époque et à différents intervall… fœtus exécute des mouvements violents que les femmes ayan… déjà des grossesses connaissent très bien; ces mouvements se … duisent souvent à l'occasion de causes extérieures. Une fe… grosse descend un escalier, fait un faux pas; la secousse lui … éprouver une sensation pénible; l'enfant accomplit aussitôt … mouvements convulsifs; il les exécute de même si la femme to… ou si elle se trouve soumise à l'impression violente d'une c… morale. Par suite de ces mouvements énergiques, il y a néce… rement une impression tactile extrêmement vive, et cette imp… sion tactile, arrivant chez des femmes qui n'ont pas encore épr… d'accidents nerveux, peut en déterminer l'apparition. On voit … des femmes qui parcourent le commencement de leur gros… sans accidents nerveux et qui en ont au moment de la culbu… l'enfant; elles disent alors : « Il s'est agité si violemment que … » eu des attaques de nerfs. » La femme peut en présenter … une, deux, trois et plus. Dans ces cas, on n'a pas affaire à de l'… térie, mais l'impression sensitive se fait sentir d'une manière i… …lite qui retentit sur tout le système nerveux. et il se produit … accidents convulsifs.

Le plus fréquemment c'est dans la deuxième période de la g… sesse que se présente la forme nerveuse qui laisse subsister … accidents permanents. C'est le cas d'une malade de nos salles, … les présente pour la seconde fois. Dans une première grosses… elle éprouva vers sept mois et demi des accidents convulsifs, q… retrouve aujourd'hui, du bras et de la jambe du côté d…

dans la chorée, avec perte de la sensibilité dans le côté droit et diminution de la vue de ce côté, au point qu'elle est presque aveugle de l'œil droit. Avec l'anesthésie du côté droit du corps, elle en présente une complète de l'utérus, puisqu'elle n'a pas conscience des mouvements du fœtus, mouvements que la main du médecin appliquée sur l'abdomen perçoit avec la plus grande facilité.

Vous serez appelé quelquefois en consultation pour des cas de ce genre, et vous entendrez fréquemment émettre l'opinion qu'il s'est sans doute produit des accidents cérébraux avec destruction d'une partie de la pulpe nerveuse du côté opposé : c'est une grave erreur qu'il faut bien éviter.

Une femme arrive à l'hôpital enceinte et douée d'une certaine mobilité nerveuse ; elle n'a cependant jamais eu d'attaque de nerfs. Sous l'influence d'une cause quelconque, ou sous l'influence des mouvements exagérés de l'enfant, par quelque raison qu'ils soient produits, il se manifeste une attaque d'hystérie violente ou légère, comme vous voudrez. Vous arrivez, et vous trouvez la femme avec une paraplégie complète, ou seulement paralysée d'un bras, ou ayant perdu la vue ; ce dernier cas est plus rare. Dans ces circonstances, on voit une persistance des accidents paralytiques entre les attaques convulsives ; quelquefois ils ne persisteront pas jusqu'à l'accouchement, mais quelquefois aussi on les verra se prolonger avec plus de suite et de ténacité qu'à l'ordinaire et ne céder qu'à l'époque de la parturition.

Telle est la forme la plus commune de maladie nerveuse dans la seconde période de la grossesse, et à côté des formes cloniques et paralytiques il faut placer la forme extatique. Si je fouillais ma mémoire, je pourrais citer bon nombre d'accidents nerveux de ce genre ; mais je me contenterai de vous en rapporter un.

Il y a un an ou quinze mois environ, je fus appelé auprès d'une jeune femme prise, après quelques symptômes dyspepsiques, de douleurs épigastriques violentes ayant occasionné des accidents convulsifs qui présentaient tous les caractères de l'hystérie et qui laissèrent persister une paralysie complète des deux jambes avec rigidité considérable. On avait cru à une lésion de la moelle, et avis fut ouvert pour l'application d'exutoires profonds sur le dos. Nous trouvâmes la malade présentant quelques points d'hypéresthésie, mais nous trouvâmes aussi qu'elle n'avait pas eu de règles depuis deux mois. Les seins étaient tuméfiés. L'exploration vaginale fut très douloureuse ; nous pûmes reconnaître cependant la grossesse par le développement anormal du globe utérin, et cette grossesse a présenté comme phénomène constant de la paralysie des membres inférieurs. En annonçant qu'il ne fallait que médiocrement s'inquiéter de ces accidents et qu'ils ne présentaient pas de gravité, nous fûmes considéré comme un homme au moins léger. Dans la seconde période de sa grossesse, la malade fut prise d'accidents extatiques ; elle restait des jours entiers voyant ce qui se passait autour d'elle, entendant les paroles qu'on lui adressait sans pouvoir répondre. Vers la fin de la grossesse, un accoucheur auquel on fait de la réputation annonça que l'accouchement ne se passerait pas sans qu'il se produisît d'accidents éclampsiques ; la famille s'effraya beaucoup. Nous engageâmes le médecin ordinaire de la malade à ne pas redouter ce pronostic, à faire l'accouchement, qu'il ne survieudrait rien de fâcheux, et même qu'après les accidents nerveux disparaîtraient ; c'est ce qui est arrivé. Ce qu'on observe le plus souvent, c'est que les accidents convulsifs paralytiques et extatiques de l'hystérie ont ordinairement pour crise le travail de la parturition. Il est des femmes qui présentent depuis le début jusqu'à la fin de la gestation, surtout dans la deuxième période, des accidents cloniques paralytiques et extatiques qui se jugent par l'accouchement, et ces accidents redoutables en apparence, ont peu de gravité, ne présentent rien de sérieux et permetten à la grossesse de parcourir toutes ses périodes.

Chez notre femme, les phénomènes cloniques ont cessé avec l'attaque initiale, et ont laissé comme accident permanent une trémulation qui dénote une certaine débilité d'action dans les muscles moteurs des membres, car la pondération de l'action des muscles ne peut s'accomplir. Il y a, comme disait Barthez, destruction de la force de pondération fixe. Barthez considérait ce phénomène comme une force. Il y a des femmes dont toute l'hystérie consiste dans de la trémulation des membres, et cela pendant un temps plus ou moins long.

Je n'ai pas parlé des femmes qui s'élèvent en accidents épiphénoméniques jusqu'à la perte de la raison. L'hystérie est une espèce de vésanie ; les facultés intellectuelles des femmes hystériques ont une face à part et présentent quelque chose d'anormal dans leur forme. Quelques-unes les montrent à un plus haut degré, et chez quelques-unes on voit peu d'accidents hystériques ; mais les accidents vésaniques sont très prononcés. Certaines femmes sont positivement aliénées pendant le cours de leur grossesse, avec peu d'accidents convulsifs ; l'accouchement arrive, tout disparaît comme nous avons vu disparaître les accidents cloniques, paralytiques, et enfin les accidents permanents de l'hystérie.

Tels sont les accidents de l'hystérie pendant la durée de la grossesse ; mais il est encore un autre ordre d'accidents nerveux qui peut se montrer pendant l'accomplissement de cette fonction temporaire, et qu'il est rare de rencontrer ne se produisant que pendant cette période ; je veux parler de l'épilepsie.

Vous savez combien sont variables les formes de l'épilepsie ; c'est la maladie nerveuse la plus variée dans ses formes ; cependant elle a toujours pour symptôme initial le vertige. Il n'y a pas d'attaque d'épilepsie sans une suspension temporaire des facultés intellectuel[illegible] qui peut être plus ou moins courte. Quand les symptômes épileptiques sont bornés à ces accès fugaces et temporaires, on les appelle petits accès ou vertiges ; mais s'ils sont plus prolongés, ils vont jusqu'à donner des accidents cloniques plus ou moins généraux, puis des accidents tétaniques qui peuvent compromettre la vie des sujets.

Quelques malades n'ont de ces attaques d'épilepsie que tous les deux ou trois ans avec des accidents cloniques prononcés. Dans les intervalles de ces grandes attaques, elles sont rarement exemptes d'accidents vertigineux, mais quelquefois si peu fréquents et si fugaces, qu'ils échapperont à la malade elle-même. Ainsi, elles verront tout d'un coup un peu de trémulation dans les arbres qui les entourent ; si elles sont au milieu d'une conversation, il leur passera un léger nuage devant l'esprit, et il y aura une intersection tellement courte des facultés intellectuelles, que les personnes présentes ne s'en apercevront pas. Ainsi, il y aura de ces petits accès, mais ils peuvent, eux aussi, être très éloignés.

Les femmes grosses peuvent être, par rapport à la maladie épileptique, dans des conditions très variables. Telle femme n'a jamais eu d'attaque d'épilepsie, peut-être même elle n'a jamais eu de vertige, mais c'est la fille d'une épileptique ; cette maladie est héréditaire au plus haut degré, et on peut dire que chez les femmes épileptiques il y a toujours une prédisposition à la maladie. Cependant cette femme de vingt-cinq ans n'a pas d'épilepsie ; elle devient grosse ; les conditions de mobilité du système nerveux s'exagèrent, et elle devient comme la femme qui n'est pas enceinte, mais qui a subi des impressions morales vives ; l'état nerveux augmente, la maladie marche, et voilà la femme épileptique. Donc, l'exagération de la mobilité du système nerveux qui survient à l'occasion de la grossesse chez des femmes prédisposées peut faire éclater l'épilepsie, et la première période de la gestation a exercé assez d'influence pour faire arriver la malade aux conditions de développement de la maladie ; ou bien la première période passe, et la seconde période exaspère la vitalité de l'utérus, ou bien les mouvements violents du fœtus déterminent une surexcitation du système nerveux, et la femme grosse est devenue épileptique ; c'est alors qu'elle dira que son attaque de nerfs a été déterminée par la culbute de l'enfant.

Cependant la malade accouche heureusement, l'épilepsie se passe. Deux ou trois ans après la femme redevient grosse, l'épilepsie reparaît ; ou bien la malade n'avait pas eu d'épilepsie jusque-là ; elle accouche, devient épileptique et reste épileptique pour toujours. En sorte que la grossesse devient une cause accessoire déterminant l'épilepsie chez les femmes qui y sont prédisposées ou qui y sont déjà sujettes, et caractérisant la maladie par de grandes attaques chez celles qui n'avaient encore eu que des vertiges, et il arrive quelques circonstances (ce sont des circonstances bien malheureuses) dans lesquelles les accès peuvent devenir si fréquents que la gestation peut être interrompue, et la malade avorte. S'il ne se produit que des vertiges ou des attaques cloniques faibles, la grossesse pourra marcher, et il sera permis d'espérer qu'avec l'accouchement les phénomènes accessoires déterminés par la grossesse ne se montreront plus et disparaîtront pour toujours.

Mais survient chez une femme une grande attaque au sixième mois ; elle n'en avait pas encore eu ; la grande attaque se caractérise par trois stades constants. Le premier stade est constitué par un vertige avec suspension complète et parfaite des fonctions de relation, puis immédiatement après la contraction tonique de tous les muscles de la vie de relation, et souvent des muscles qui accomplissent la respiration ; alors se produisent des phénomènes d'asphyxie, la face se cyanose, les lèvres bleuissent, quelquefois le sang filtre à la surface des muqueuses, tant la circulation est gênée ; puis les mouvements toniques se suspendent, les mouvements spasmodiques surviennent, la face se colore, la respiration s'agrandit, et peu à peu la malade arrive à la période vésanique.

Ces accidents tétaniques, qui entraînent de l'asphyxie, peuvent être très prononcés, et s'ils le sont assez, ils peuvent devenir la cause de l'accouchement prématuré. La circulation est tellement altérée que la circulation capillaire peut souffrir au point de déterminer la cessation complète du transport de sang entre la mère et l'enfant ; celui-ci cesse de vivre et l'avortement s'accomplit. Ou bien il peut survenir une hémorrhagie entre le placenta et l'utérus, et le même résultat est produit.

Par là je vous montre comment, par le fait d'attaques d'épilepsie intercurrentes, la grossesse peut être interrompue et le fœtus tué. Il peut même survenir une hémorrhagie utéro-placentaire qui ne soit pas limitée ; le sang alors coule à flots et entraîne rapidement la mort de la mère, comme Mauriceau en a cité un exemple sur sa propre sœur, et ces accidents doivent être regardés comme imminents chez les femmes prédisposées à l'épilepsie par hérédité ou ayant eu déjà des attaques.

Il peut se rencontrer des cas, heureusement très rares, dans lesquels la femme est tuée directement par l'attaque d'épilepsie. Car, de même que l'attaque d'épilepsie peut occasionner la mort chez des hommes ou des femmes qui ne sont pas grosses, de même elle peut l'occasionner chez des femmes qui le sont. Dans ces cas, la multiplicité des attaques peut être déterminée et augmentée même par le contact de l'enfant et ses brusques mouvements, et devenir par là meurtrières ; aussi faut-il les redouter pendant le cours de la gestation.

Une des formes de l'épilepsie le plus à redouter est la vésanie. Toute épileptique est atteinte de vésanie à un degré qui peut varier depuis le germe seulement jusqu'à la forme la plus confirmée de cette affection. Les accidents de vésanie sont ordinairement fugaces chez les épileptiques, et la malade après l'attaque, pendant dix, vingt minutes, une heure, ne sait où elle est, ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, tient des propos décousus, rêvasse, émet des idées déraisonnables, et quelquefois les accidents peuvent s'élever jusqu'à la violence d'une attaque de manie aiguë, et on est obligé de la contenir. Ces phénomènes sont des accidents qui se montrent constamment après l'attaque d'épilepsie.

Dans la grossesse, cet accident spécial de l'épilepsie peut être exagéré, et les femmes peuvent rester aliénées après l'attaque d'épilepsie jusqu'à la fin de leur grossesse, car cette fonction exagère les accidents qui se produisent jusqu'à maintenir cet état anormal des facultés intellectuelles qui prend son origine dans l'attaque d'épilepsie.

Ainsi, nous avons à considérer trois ordres d'accidents nerveux chez les femmes grosses : d'abord des phénomènes de mobilité nerveuse prononcée apparaissant chez la plupart des femmes, puis secondairement, ces derniers pouvant se produire avec complication d'accidents hystériques qui se montrent avec la forme clonique en général dans la première, avec la forme continue dans la seconde période de la grossesse, ou même pouvant durer pendant tout le temps de la gestation. Enfin, la troisième forme d'accidents nerveux est constituée par l'épilepsie se produisant sous l'influence de la prédisposition ou de l'hérédité, et donnant lieu à la multiplicité des accidents cloniques. Elle devient dangereuse pour le fœtus, qui peut être tué par la disjonction des capillaires au moyen desquels il puise sa nourriture dans la mère, ou par des hémorrhagies qui peuvent se produire entre le placenta et la face interne de l'utérus, et allant jusqu'à entraîner la mort de la mère, enfin au plus haut degré d'intensité l'attaque d'épilepsie pouvant devenir mortelle directement pour la femme enceinte. Enfin, l'épilepsie pourra donner et laisser persister la perturbation des facultés intellectuelles jusqu'au moment de l'accouchement, et pourra même les continuer après la parturition, car les accidents déterminés par l'épilepsie sont plus persistants et plus tenaces que ceux qui tiennent à l'hystérie.

Tels sont les accidents qu'entraînent les maladies nerveuses chez les femmes grosses, accidents variables selon le degré de la maladie, depuis la simple mobilité nerveuse jusqu'à l'hystérie, dont les phénomènes cessent à l'accouchement, et même l'épilepsie, qui laisse persister après la parturition les perturbations auxquelles elle donne lieu. Reste maintenant à nous occuper des accidents convulsifs qui peuvent compliquer l'accouchement, et qui doivent être, on le comprend, extrêmement redoutables.

NOTE SUR LE PERCHLORURE DE FER LIQUIDE

et sur l'eau de Pagliari considérés comme agents hémostatiques ;

Par M. Théodore Laforgue, pharmacien à Toulouse.

Appelé un des premiers, à Toulouse, et dans un cas pressant, à préparer du perchlorure de fer liquide, je me vis forcé de modifier le procédé donné et publié par l'honorable M. Burin-Dubuisson. Ce procédé, en effet, trop minutieux dans les détails et d'une valeur théorique peut-être contestable, était loin d'offrir une exécution facile et, avant tout, rapide. Devant le peu de temps qui m'était accordé pour délivrer ce nouvel agent thérapeutique, il n'y avait pas à hésiter. Persuadé, d'ailleurs, que ce liquide, destiné à l'usage externe, ne comportait pas nécessairement une pureté chimique absolue, je crus pouvoir modifier de la manière suivante la formule de M. Burin-Dubuisson. Je m'empresse de dire que le résultat thérapeutique obtenu fut tel qu'on l'attendait.

De l'acide chlorhydrique du commerce fut saturé à l'aide d'une douce chaleur par du peroxyde de fer hydraté tel que les pharmaciens ont l'habitude de le conserver dans leurs officines. Ce composé ferrique avait été préparé avec du sulfate de fer de couleur émeraude et purifié rigoureusement d'après la méthode de Bonsdorff.

La dissolution fut filtrée pour séparer la partie non attaquée par l'acide, et le liquide écoulé fut soumis à l'évaporation au bain-marie. La concentration fut poussée jusqu'à consistance du miel ; puis on ajouta de l'eau distillée en quantité suffisante pour donner au produit une densité de 44° à l'aréomètre.

Ainsi obtenu, le perchlorure de fer liquide présentait les caractères physiques indiqués par M. Burin-Dubuisson : couleur brun-foncé, vu en masse, et d'un jaune doré-verdâtre, vu par transparence et en couche mince. Le papier de tournesol accusait une très légère acidité.

Mais ce liquide, qui, comme je l'ai déjà dit, remplissait parfaitement le but désiré, ne jouissait pas d'une longue conservation. Quoique renfermé dans un flacon recouvert d'une feuille métallique pour arrêter l'action des rayons lumineux, au bout de vingt-quatre heures il était séparé en deux couches : l'une solide, considérable ; l'autre liquide, qui ne tarda pas, elle aussi, à se solidifier. Ce résultat était peu satisfaisant. La prompte altérabilité de ce composé nouveau offrait un grave inconvénient ; malheureusement ce n'était pas le seul, et l'opération que je viens de décrire n'était pas à l'abri de tout reproche.

En effet, au bout de quelques instants l'eau du bain-marie étant en pleine ébullition, le liquide filtré, qui tout d'abord offrait une transparence complète, devenait opaque, se troublait et laissait déposer un abondant dépôt de peroxyde de fer qu'il fallait isoler de nouveau par la filtration ; de là perte de temps. Vers la fin de la

concentration, il se formait un second dépôt d'une nouvelle nature, et qui sans doute provenait d'un commencement de décomposition du perchlorure de fer. Pour éviter ces inconvénients, je fis varier, dans d'autres essais, les proportions d'hydrate de peroyde de fer et d'acide chlorhydrique. Ainsi je combinai 1 p. d'hydrate de fer, supposé sec, à 4 p. d'acide; puis 2 p. d'hydrate à 4 p. d'acide. Il me fut possible alors d'éviter la formation de tout dépôt; mais le produit obtenu était beaucoup plus acide, moins coloré, et si le degré de concentration dépassait 32 à 34°, il y avait décomposition du sel au bout de quelque temps. Tout me porte donc à croire que les doses d'acide et de peroxyde de fer calciné indiquées par M. Burin-Dubuisson doivent donner un produit franchement acide.

Comme on le voit, la préparation du perchlorure de fer liquide ne fournit pas des résultats d'une certitude marquée. L'acidité est très difficile à éviter; le maximum de concentration auquel on doit s'arrêter n'est pas déterminé d'une manière invariable, puisque M. Burin-Dubuisson l'a transporté de 40 à 30°. Enfin, lorsqu'on opère sur une assez grande quantité, l'évaporation au bain-marie est fort longue à exécuter.

Dans la séance générale tenue par la Société des pharmaciens de la Haute-Garonne, le 6 novembre courant, notre savant président, M. Magnes-Lahens, a lu une note sur la préparation du perchlorure de fer.

Dans ce travail, M. Magnes taxe d'exagération le procédé donné par M. Burin-Dubuisson. Je suis entièrement de son avis. Il indique un *modus faciendi* identique à celui que j'ai cru devoir adopter dans un cas urgent; de plus, il ajoute que cette préparation n'offre aucune difficulté, et qu'elle a le mérite d'être d'une exécution facile. Les remarques que je viens de signaler ne me permettent pas d'accepter la manière de voir de notre honoré confrère.

Selon moi, si la thérapeutique persiste à conserver cet agent hémostatique, ce qui paraît douteux après la lecture du remarquable travail de M. Malgaigne faite à l'Académie de médecine, il serait plus rationnel de préparer ce composé en dissolvant du perchlorure de fer en plaques cristallines dans une suffisante quantité d'eau distillée, le perchlorure étant obtenu en faisant passer du chlore sec et pur sur du fil de fer porté à une haute température.

Voyons maintenant si parmi les autres liqueurs hémostatiques connues on n'en trouverait pas qui pussent balancer d'une manière victorieuse les effets tant vantés, mais si peu rassurants, du perchlorure de fer. Prenons, par exemple, l'eau de Pagliari. Voici la formule de cette préparation telle qu'elle a été transmise par son auteur à M. le docteur Sédillot (*Journal de pharmacie et de chimie*, t. XXII, p. 10) : « On prend 250 grammes de baume de benjoin, 500 grammes de sulfate d'alumine et de potasse et 5,000 grammes d'eau commune. On fait bouillir le tout pendant six heures dans un pot de terre vernissé en agitant sans cesse la masse résineuse et en remplaçant successivement l'eau évaporée par de l'eau chaude pour ne pas interrompre l'ébullition. On filtre ensuite la liqueur, et on la conserve dans des vases de cristal bien fermés; la portion non dissoute du benjoin forme un résidu et a perdu son odeur et la propriété de s'enflammer. L'eau hémostatique obtenue par ce procédé est limpide, de la couleur du vin de Champagne, d'un goût légèrement styptique et d'une odeur suave et aromatique. Si on la fait évaporer, elle laisse un dépôt transparent qui adhère aux parois du vase. »

Je dois ajouter que ce liquide est légèrement acide, et que, lorsqu'on opère la filtration à chaud, il se dépose et sur le filtre et dans le liquide refroidi une quantité notable d'aiguilles d'acide benzoïque, qui, purifiées d'après le procédé de Morh, donnent un magnifique produit. Eh bien! ce produit, d'une préparation plus simple, plus facile et plus expéditive, d'une innocuité plus infaillible que le perchlorure de fer, ne devrait pas être relégué dans l'oubli et sacrifié au caprice de la nouveauté. Je base mon assertion sur l'expérience suivante :

Un blanc d'œuf pesant 35 grammes a été mélangé avec 100 grammes d'eau distillée et jeté sur une étamine. Ce liquide a été essayé avec :

1° Du perchlorure de fer marquant 44 degrés;

2° Du perchlorure marquant 34°;

3° Une dissolution dans l'acide chorhydrique du dépôt formé pendant la décomposition du perchlorure à 44°;

4° De l'acide chlorhydrique du commerce;

5° De l'eau de Pagliari.

Deux gouttes des liquides n° 1 et n° 2 ont coagulé fortement et rapidement 5 grammes de liquide albumineux. Il a fallu de trois à quatre gouttes du liquide n° 3 et n° 4 pour obtenir une coagulation identique à la précédente.

Tous ces coagulums se dissolvaient après quelques secondes d'agitation; une nouvelle addition des liquides 1, 2 et 3 ne faisait plus paraître le coagulum abondant.

Trois gouttes de l'eau de Pagliari coagulent complétement la même quantité de liquide; six à huit gouttes donnent un coagulum blanc presque consistant, qui ne se dissout ni par l'agitation ni par un excès de liqueur.

Tels sont les faits que j'ai observés. Je ne veux pour le moment en tirer aucune conclusion. Je laisse ce soin aux hommes plus compétents que moi sur cette matière.

Le perchlorure de fer préparé par M. Laforgue a été employé par les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu dans deux cas d'hémorrhagies traumatiques qui furent arrêtées instantanément par l'application de bourdonnets de charpie imbibés de quelques gouttes de perchlorure de fer, et en injection dans une tumeur érectile chez un enfant âgé de six mois. Cette tumeur, très vasculaire et très volumineuse, était située sur la joue droite.

Le 10 octobre, quatre gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans la partie supérieure de la tumeur au moyen de la seringue Pravaz. A la suite de cette injection, la partie touchée par le liquide devint le siége d'une inflammation peu intense qui fut suivie d'une diminution dans le volume de la tumeur. Un noyau induré s'était formé dans le point injecté. Au moment où les chirurgiens allaient procéder à une nouvelle injection, le petit malade fut pris d'une variole confluente à laquelle il succomba. Cette terminaison est d'autant plus regrettable que les bons résultats produits par la première injection du perchlorure de fer devaient inspirer de la confiance dans l'emploi de la nouvelle méthode.

(*Gazette médicale de Toulouse.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Dix cas de fièvre intermittente traités par le sulfate de cinchonicine (de M. Pasteur),

Par. M le Dr Forget.

Des 10 observations qui font la base de ce travail, 6 sont relatives à la fièvre quotidienne, et 4 à la fièvre tierce. On peut dire sans crainte que le résultat a été insignifiant. Dans les 6 cas, en effet, où la fièvre a été modifiée, ç'a été si lentement, si imparfaitement, et la récidive a été relativement si fréquente (2 fois sur 6), que nous n'oserions en tirer aucune conséquence relative aux propriétés fébrifuges du médicament. Presque toujours il a fallu quatre, cinq, six, sept jours pour couper la fièvre. Il est en outre à remarquer que l'administration du remède a amené des vomissements (sans compter quelques troubles intestinaux) dans la moitié des cas où il a réussi, et l'on sait bien qu'un effet vomitif suffit assez fréquemment pour suspendre le cours d'une fièvre, alors même qu'elle dure, comme c'était le cas, depuis plusieurs jours. Le médicament a été administré généralement en solution à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, à prendre en deux fois (matin et soir).

M. Forget ne fait pas non plus honneur au sulfate de cinchonicine de la disparition de la fièvre dans les observations où cet effet n'a été obtenu que lentement, et il résume ainsi les principaux résultats de ses recherches :

1° La cinchonicine n'a supprimé franchement la fièvre que trois fois sur dix; encore son action a-t-elle été moins rapide que celle du sulfate de quinine;

2° La cinchonicine occasionne des accidents gastriques, même à la dose de 50 centigrammes;

3° Cinq fois le sulfate de quinine a manifesté sa supériorité sur la cinchonicine;

4° La récidive a lieu au moins aussi souvent après la cinchonicine qu'après le sulfate de quinine;

5° La cinchonicine, pas plus que le sulfate de quinine, n'empêche l'anasarque de se produire.

Ajoutons que l'auteur a expérimenté le sulfate de cinchonicine dans un cas de rhumatisme articulaire aigu datant de quatre jours. Il a débuté par 1 gramme en deux fois, pour arriver à 2 grammes; mais de graves accidents gastriques se sont produits. Néanmoins, le rhumatisme a été enlevé complétement dans l'espace de six jours.

(*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Observations d'hémiplégie faciale idiopathique; traitement.

Par M. le docteur Candido d'Azambuja.

L'hémiplégie faciale idiopathique est aujourd'hui bien connue; les exemples en sont assez nombreux, et un confrère belge de beaucoup de mérite, M. François, en a fait il y a deux ou trois ans l'objet d'un mémoire spécial. M. Candido d'Azambuja en rapporte deux nouvelles observations; mais auparavant il entre, sur les diverses formes de paralysie faciale, dans quelques considérations qui auraient besoin peut-être d'un peu plus de précision. Il admet dans cette région quatre formes de paralysie :

1° Les muscles superficiels et profonds de la face ont perdu leur motilité, et la sensibilité de la peau est abolie;

2° Les muscles profonds sont paralysés, la sensibilité est abolie, mais les muscles superficiels ont conservé leur mouvement;

3° Tous les muscles ont conservé leur contractilité, mais la partie est insensible;

4° Enfin, les muscles superficiels seulement sont paralysés, la contractilité des muscles profonds et la sensibilité sont conservées.

Le premier soin de M. d'Azambuja fut d'appliquer des sangsues derrière l'oreille, *loco dolenti*. Dans un cas où la maladie était toute récente, le succès fut rapide; dans l'autre, où les accidents dataient déjà de deux mois, aucun résultat ne fut obtenu de ce moyen, et la guérison n'eut lieu qu'après l'emploi de la strychnine. Nous croyons que dans ce second cas on eût pu se dispenser d'essayer les évacuations sanguines, qui n'offraient aucune chance. Mais en général, quand l'hémiplégie est de fraîche date, quand elle s'accompagne de douleur aux environs du trou stylo-mastoïdien, nous ne connaissons pas de moyen plus efficace que l'application des sangsues. La douleur ici établit une indication formelle, et il importe de la chercher par des pressions faites avec le doigt sur cette région.

(*Gaz. hebd. de med.*)

Formules pour l'emploi du frêne commun comme purgatif.

Présenté d'abord comme un agent énergique propre à combattre les affections goutteuses et rhumatismales, le frêne est maintenant recommandé comme un excellent purgatif. M. Mouchon, qui rappelle cette propriété du frêne, a recherché quelles étaient les préparations pharmaceutiques qui convenaient le mieux pour l'administration de cet agent thérapeutique.

Il pense que les extraits préparés avec l'écorce de frêne peuvent être administrés comme antipériodiques.

Tablettes fraxinées.

Extrait sec de feuilles de frêne.	60	grammes.
Sucre pulv.	440	—
Gomme adragante.	4	—
Sucre de vanille à parties égales. . . .	4	—
Eau de rose.	30	—

Faites une poudre homogène avec l'extrait, la vanille sucrée et le sucre; convertissez cette poudre en une pâte compacte à l'aide du mucilage, puis divisez la masse en tablettes de 80 centigrammes.

Ces tablettes ne contiennent pas tout à fait 10 centigrammes d'extrait.

Limonade fraxinée.

Poudre de feuilles de frêne. . 45, 60 ou	90	grammes.
Eau bouillante.	500	—
Sucre en morceaux.	60	—
Suc de citron.	30	—
Acide tartrique.	4	—
Bicarbonate de soude.	4	—

Epuisez la feuille de frêne par l'eau bouillante, faites dissoudre le sucre dans l'hydrolé, laissez refroidir; ajoutez le suc de citron et l'acide tartrique, passez le liquide, mettez-le en bouteille, introduisez rapidement le bicarbonate et bouchez avec soin.

D'après l'auteur, ce purgatif est aussi agréable que le purgatif au citrate de magnésie. Son action est toujours certaine, et le malade n'a jamais de coliques.

Il est inutile de faire remarquer que les doses indiquées dans la formule sont affectées aux grandes personnes; aux personnes robustes les doses les plus fortes; aux personnes faciles à émouvoir ou d'un tempérament délicat les doses les plus faibles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 décembre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Marjolin présente, au nom de M. Monod, un malade qui porte une tumeur dure, volumineuse, occupant la première phalange du gros orteil.

M. Giraldès pense qu'il s'agit d'un enchondrome qui ne saurait être guéri que par l'opération.

M. Demarquay aurait désiré que M. Lenoir, qui s'est beaucoup occupé de cette affection, fût présent pour examiner le malade de M. Monod. Quant à lui, il a eu occasion de rencontrer plusieurs exemples de ce genre de tumeur.

M. Giraldès n'a pas voulu citer de faits analogues; ils sont en assez bon nombre : ainsi, on en trouve des observations dans M. A. Séverin, dans Ruysch, dans Mery, etc. On a souvent confondu ces tumeurs avec des affections cancéreuses ou des exostoses.

M. Larrey, en examinant les jeunes conscrits dans les conseils de révision, a vu des cas analogues; seulement les tumeurs étaient moins volumineuses.

Dans le cas actuel, il paraîtrait y avoir prédominance de l'élément osseux.

M. Chassaignac saisit cette occasion pour signaler à la Société un fait qui lui paraît intéressant quant à la marche de ces tumeurs. Depuis dix-sept ans, il voit une femme qui porte sur la première phalange de l'indicateur de la main droite une tumeur, qu'il considère comme un enchondrome, située sur la partie latérale de l'os; elle n'a pas pris depuis qu'il l'observe un développement plus considérable; elle suit exactement les évolutions d'accroissement de la phalange sans dépasser ses extrémités ni en avant ni en arrière. Ce serait donc un des caractères de ce genre de tumeur d'avoir un accroissement pathologique qui ne dépasserait pas l'accroissement physiologique des os sur lesquels elles sont développées. Les ostéophytes, au contraire, ne seraient pas soumis aux mêmes lois.

M. Giraldès pense que le fait signalé par M. Chassaignac a probablement trait au genre d'enchondrome qui se développe dans l'intérieur des os. Lorsqu'on fait une section longitudinale sur une phalange malade, on voit des noyaux cartilagineux qui pour s'accroître repoussent les parois laterales de l'os, tandis que jamais ils ne refoulent les cartilages des extrémités articulaires, ce qui fait que la longueur de l'os n'est pas modifiée. Quand ces tumeurs prennent plus de volume, après avoir repoussé l'os, elles le réduisent à une lamelle mince, qui ne tarde pas à disparaître elle-même, et alors il s'écoule quelquefois un liquide séreux, comme dans les cas de Mery et de M. Velpeau.

M. Chassaignac n'admet pas pour le fait qu'il a cité l'explication donnée par M. Giraldès. La tumeur s'est développée sur un seul côté de la phalange; le reste de l'os ne paraît pas malade.

— M. Morel-Lavallée, à propos du procès-verbal, demande la parole pour dire qu'il a fait, suivant le désir de M. Richet, une coupe de la pièce pathologique présentée dans la dernière séance. On a pu alors constater qu'il n'existait aucune trace de fracture ancienne sur le col du fémur.

— M. Broca prend ensuite la parole sur le rapport de M. Cullerier lu dans la dernière séance. Il s'exprime en ces termes :

Ce n'est pas sans quelque hésitation que je me suis décidé à prendre la parole sur l'intéressant rapport de M. Cullerier. Je commence par déclarer que j'en approuve à la fois le fond et la forme. Ce que je vais soumettre à notre honorable collègue, ce n'est donc pas une réfutation, ni même une objection, c'est une simple question.

Messieurs, ce que j'ai lu de la syphilisation, ce que j'en ai entendu et même ce que j'en ai vu m'a inspiré une profonde répulsion pour cette doctrine étrange. Autant que M. le rapporteur, je déplore l'erreur funeste des syphilisateurs; autant que lui, je m'élève contre ces vastes tatouages faits avec le virus syphilitique sur des centaines de malades : expériences toujours inutiles, souvent nuisibles, dont le rapport nous a rappelé un des plus tristes exemples.

Ces expériences, nous pouvons les blâmer, les flétrir même ; nous pouvons faire tous nos efforts, user de toute notre influence morale pour éviter qu'elles ne soient recommencées; mais nous ne pouvons faire qu'elles n'aient pas eu lieu. Le mal est fait maintenant, tâchons du moins d'en faire sortir quelque chose d'utile. Plus nous désirons la ruine de la syphilisation, plus nous devons nous hâter de constater dans l'intérêt de la science certains faits que la pratique des syphilisateurs a mis en lumière, et qu'il serait difficile, je l'espère du moins, de constater plus tard.

Il est possible, en effet, que les syphilisateurs aient trouvé quelque chose dans leurs pérégrinations expérimentales. S'il en était ainsi, il nous serait bien permis d'en profiter sans devenir pour cela leurs complices. Ils ont exploré des régions jusqu'ici inconnues, et, armés d'un moyen nouveau, ils ont interrogé l'organisme humain. Le moyen peut être blâmable ; mais les résultats, s'il y en a de réels, n'en sont pas moins bons à prendre.

Or, la syphilisation a expérimenté en grand l'action des virus sur l'économie, et, comme la question des virus est l'une des plus vastes et des plus controversées de la pathologie, je viens prier M. le rapporteur, qui a étudié le livre de M. Sperino, et qui a lu attentivement ses innombrables expériences, de nous donner quelques éclaircissements sur la question suivante :

Le virus syphilitique est-il fatalement inoculable, et n'y aurait-il pas des conditions générales, spontanées ou provoquées, capables d'en entraver l'action?

Ou, pour mieux dire, et pour appeler les choses par leur nom, les inoculations réitérées, suivant la pratique syphilisante, ne *peuvent*-elles pas finir par déterminer une sorte d'innocuité temporaire aux inoculations ultérieures?

En admettant qu'on pût répondre par l'affirmative à cette dernière question, ce serait une assez maigre conquête pour la pratique, car les syphilisateurs les plus avancés ont renoncé au rêve absurde de la syphilisation préventive. Mais, en envisageant la chose au point de vue de la simple curiosité, il n'est pas sans intérêt de savoir à quoi s'en tenir sur la possibilité de cette saturation syphilitique.

Il y a une chose qui m'a frappé, c'est que jusqu'ici on a évité, je ne sais pourquoi, de répondre à cette question. Dans la discussion mémorable de l'Académie, comme dans le rapport de M. Cullerier, je trouve une réfutation générale de la syphilisation, mais je ne trouve rien sur ce fait particulier. A l'occasion, par exemple, de M. P..., de M. L..., de M. X... et de tous les autres individus syphilisés dont les initiales ont retenti dans l'enceinte de l'Académie, on s'est demandé : la syphilisation a-t-elle été utile ou nuisible, a-t-elle guéri la vérole, a-t-elle produit des accidents? mais on ne s'est jamais demandé d'une manière précise : M. P..., ou M. L..., ou M. X... sont-ils encore inoculables? ont-ils eu des chancres en nombre égal ou en nombre inférieur au nombre des inoculations régulières qu'on leur a faites?

C'est précisément parce qu'il m'a paru qu'on évitait de répondre à cette question que je viens l'adresser d'une manière catégorique à M. le rapporteur. Et voici pourquoi j'y insiste : j'aurais intérêt, et beaucoup sont comme moi, à savoir si, oui ou non, le virus syphilitique est fatalement inoculable. J'ai été élevé dans une doctrine qui proclame l'affirmative, et qui considère même cette proposition comme une de ses bases les plus solides. Cette doctrine, qui est aussi celle de M. Cullerier, je la regarde aujourd'hui encore, malgré les attaques dont elle est l'objet, comme plus rapprochée de la vérité que ses rivales. Mais je ne suis pas quand même à cette doctrine, et s'il m'était une fois prouvé que le virus syphilitique n'est pas toujours inoculable, je reviendrais peut-être sur certaines opinions qui n'ont été démontrées qu'à la pointe de la lancette.

M. le rapporteur a porté un dernier coup à la syphilisation, et, après les aveux arrachés par l'évidence des faits à M. Sperino lui-même, je considère cette pratique singulière comme entièrement ruinée. Mais s'il y a des enseignements à en tirer, je désire que nous ne nous en privions pas. Si la syphilisation a été nuisible pendant sa vie, tâchons du moins de l'utiliser après sa mort. Au lieu de nous détourner avec dégoût de sa dépouille, approchons-nous-en au contraire, faisons-en l'autopsie, et instruisons-nous.

M. Cullerier. Je n'ai qu'un mot à dire pour répondre à M. Broca. J'ai eu soin de rappeler l'opinion de M. Sperino, et j'ai bien indiqué que ce médecin même ne paraissait pas certain que la syphilisation pût mettre à l'abri d'une autre inoculation. Quant à mon opinion personnelle, elle ne saurait être suffisamment établie, parce que les faits de syphilisation ne sont pas assez nombreux en France, et je m'en félicite, pour permettre de formuler une règle.

M. Vidal (de Cassis). J'ai le regret de n'avoir pas entendu la lecture du rapport de M. Cullerier; je croyais qu'il avait été réservé pour être communiqué plus tard. Je ne puis donc parler sur ce rapport, que je ne connais pas, mais je puis prendre la parole après M. Broca. Comme notre collègue, je dis : la syphilisation est mauvaise, elle est fausse par la base, fatale dans la pratique; il faut donc la rejeter, mais il faut utiliser les faits malheureux qui se sont montrés.

Ne peut-on pas, avec ces faits, obtenir déjà la solution de certaines questions? Ainsi, est-il vrai qu'on ait trouvé des sujets réfractaires à l'inoculation? Le livre de M. Sperino contient des faits qui semblent le prouver. Si ces faits n'étaient pas suffisants, n'en avons-nous pas un qui appartient à notre honorable collègue M. Gosselin? Il est authentique. Les inoculations qu'il a pratiquées sur M. Laval n'ont pu rien produire.

Cela ne prouve-t-il pas que, sur des individus placés dans certaines circonstances, le chancre ne peut plus se produire par inoculation? Mais cette immunité dure-t-elle longtemps? Il paraîtrait que chez M. Laval elle n'existait plus après un certain temps, puisqu'on aurait réussi à l'inoculer de nouveau.

Mais je crois fermement que l'on peut répondre à la question de M. Broca : Oui, chez quelques syphilisés, il peut y avoir immunité, mais seulement immunité temporaire.

M. Demarquay a revu le médecin allemand dont il a été si souvent question, il est revenu dans le service de M. Ricord prendre du pus pour s'inoculer encore, et il a réussi.

M. Vidal. Je crois au fait rappelé par M. Demarquay ; mais il prouve seulement qu'il y a des individus qui peuvent toujours contracter des chancres.

M. Larrey a revu dernièrement M. Laval, qui désirait entrer dans a carrière militaire ; il en est au regret de s'être laissé syphiliser.

M. Huguier n'est pas d'avis que les faits signalés en faveur de l'immunité aient une valeur suffisante ; il eût fallu voir les individus ainsi rebelles à l'inoculation se soumettre aux chances d'une contagion contractée par les procédés naturels.

M. Broca. Je me félicite d'avoir soulevé cette discussion, puisque cela a eu pour résultat de faire constater par presque tous nos collègues la proposition suivante : *Le virus syphilitique n'est pas fatalement inoculable.*

La propriété d'être réfractaire à l'action locale du virus peut-elle se développer spontanément? Je l'ignore ; mais ce qui me paraît certain, c'est qu'elle peut être provoquée par les inoculations réitérées. Cet état d'immunité se produit-il chez *tous* les individus soumis à la pratique de la syphilisation? Je l'ignore encore ; mais ce que je sais, c'est qu'il s'est présenté sur quelques-uns d'entre eux, et cela me suffit.

M. le rapporteur a cité en passant *« un de nos jeunes et laborieux confrères »* qui a eu le malheur de se soumettre à la lancette d'un syphilisateur, et dont la poitrine et les bras sont rongés aujourd'hui par un grand nombre de chancres phagédéniques consécutifs aux inoculations ; mais M. le rapporteur ne nous a pas dit si toutes les inoculations avaient réussi chez notre confrère. J'ai voulu le savoir ; j'ai pris des informations directes, et voici ce que j'ai appris. On a pratiqué environ 180 inoculations. Le pus a été pris tantôt sur le patient lui-même et tantôt sur d'autres malades qui avaient probablement le privilége de posséder du pus *supérieur*, comme disent les adeptes. Il y a eu d'abord un grand nombre d'inoculations successives qui ont toutes réussi, sans exception. Puis, à mesure que l'expérience avançait, on voyait manquer çà et là quelques inoculations ; puis le nombre des inoculations nulles est toujours allé en croissant, et enfin, sur les trente dernières inoculations, deux seulement ont réussi. Ce fait n'est pas le seul ; mais je l'ai cité de préférence, parce qu'il est parfaitement authentique, chacun de nous connaissant la victime de cette expérience. Il me semble impossible de ne pas reconnaître dans l'observation précédente le développement graduel de l'immunité de la *saturation* syphilitique.

Cette immunité est-elle permanente ou temporaire ? Il est très probable qu'elle n'est que temporaire. La syphilisation est de trop fraîche date pour qu'on puisse lui demander une preuve sur ce point; mais, en dehors de la syphilisation, il y a des documents qui peuvent nous éclairer.

Il y a longtemps déjà — c'était bien avant l'apparition de la secte syphilisante, — il y a longtemps, dis-je, que M. de Castelnau, en étudiant les registres de la maison de Saint-Lazare et en observant les malades de cet établissement, reconnut le fait suivant :

Lorsque les filles publiques arrivent à Paris et y commencent l'exercice de leur triste profession, elles ne tardent pas à être infectées. On les envoie à Saint-Lazare, où on les guérit ; elles sortent, mais elles rentrent bientôt avec de nouveaux chancres. Cela dure quelque temps, puis tout à coup cela cesse, et tel nom qui a figuré quatre ou cinq fois sur le registre dans l'espace d'un ou deux ans disparaît pendant plusieurs années d'une manière complète. Qu'est-il arrivé ? La prostituée a-t-elle renoncé à son malheureux genre de vie ? a-t-elle quitté Paris? Non, il est bien démontré aujourd'hui que la prostitution est presque toujours incurable, et que les filles publiques qui ont une fois mis le pied à Paris n'en sortent presque jamais. — D'ailleurs, continuez à explorer le registre, et vous allez voir, au bout de quatre ou cinq ans, reparaître le même nom. Dès lors et pendant une nouvelle période de un à deux ans, vous retrouverez ce nom plusieurs fois sur le livre des entrées ; puis il y aura une nouvelle période sans contagion, puis une nouvelle période de contagion, et ainsi de suite.

En méditant sur ce fait singulier, M. de Castelnau était arrivé à admettre que les infections répétées finissent par donner lieu à une sorte de saturation en vertu de laquelle le virus syphilitique cesse d'exercer son action locale, — mais que cette saturation n'est que passagère, et qu'après une période d'immunité qui ne dure guère plus de quatre à cinq ans la syphilis reprend tous ses droits sur l'économie.

Ce résultat d'une observation persévérante serait sans doute resté longtemps sans s'élever à la hauteur d'une démonstration ; mais l'arrivée des syphilisateurs et l'activité de leur lancette ont fourni rapidement et sans réplique la preuve que cette saturation syphilitique et l'immunité qui en est la conséquence sont bien réelles.

Cette confirmation nous permet d'attacher beaucoup d'importance aux études de M. de Castelnau; et la voie qu'il a suivie n'étant pas trompeuse, nous sommes fondés à croire avec lui que l'immunité syphilitique n'est que temporaire.

M. Cullerier pense que, si M. Broca veut bien relire son rapport, il reconnaîtra que la question qu'il soulève a été résolue. Aussi, sans doute, après un certain nombre d'inoculations, il peut y avoir pour certains individus une moins grande facilité à être inoculés; mais je demande quelle peut être l'utilité, l'importance de ce fait.

Quant à l'observation du médecin allemand, on ne saurait en tirer un parti quelconque; il puisait partout le virus, c'est un fait qu'il faut mettre en dehors de toute discussion.

M. Follin, en réponse à M. Cullerier, dit que la question soulevée par M. Broca est très intéressante et mérite qu'on la discute. Elle soulève, sinon une question de pratique, au moins une question d'histoire naturelle. Des faits consignés dans le livre de M. Sperino, des faits de M. Buch, il me paraît résulter positivement un affaiblissement graduel de la propriété d'inoculation chez des individus syphilisés. C'est là un point très important, et qui peut porter à modifier plusieurs des principes de la doctrine admise.

M. Cullerier ne comprend pas encore bien l'importance de ces faits.

M. Broca. M. Cullerier demande à quoi peut-il servir de constater l'immunité produite par des inoculations successives, puisque je repousse la syphilisation ?

D'abord, pour constater une chose, il n'y a pas du tout besoin qu'elle soit utile, il suffit qu'elle soit vraie. Ensuite, il me paraît que le fait que nous venons de constater a, au point de vue de la doctrine de la syphilis, une portée considérable. Dès que le virus syphilitique n'est plus fatalement inoculable, l'inoculation employée comme moyen de diagnostic n'est plus une pierre de touche infaillible. Or, la division des maladies vénériennes et la classification des accidents ont été basées surtout sur les résultats de l'inoculation. J'ai été l'élève de M. Ricord; j'ai admis ses doctrines avec quelques restrictions peu importantes ; je les admets encore, parce que l'observation clinique m'a paru les confirmer le plus souvent. Mais je ne me dissimule pas qu'elles reçoivent une atteinte sérieuse par la démonstration de cette vérité :

Le virus syphilitique n'est pas fatalement inoculable.

— Après cette discussion, la Société décide que le rapport de M. Cullerier sera imprimé à part.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret impérial du 24 décembre 1853, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent :

MM. Woll-Moreau, médecin major de 2e classe au 10e de ligne;
Blein, médecin major de 2e classe au 4e de ligne ;
Brivin, médecin major de 2e classe au 10e de chasseurs ;
Donnezan, médecin major de 2e classe au 20e léger;
Cordier, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran ;
Conseil, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Nancy ;
Astié, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Bordeaux;
Puech, médecin aide-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger ;
Millon, pharmacien principal de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger ;
Thomas, dit Collignon, pharmacien major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran.

—Les élèves externes de l'hôpital Beaujon se sont réunis avant-hier 31 décembre 1853 dans leur déjeuner annuel d'adieu.

Nous aimons à voir régner parmi les jeunes gens ces bonnes traditions de confraternité, que l'administration entretient dans cet hôpital par la conservation du déjeuner en commun.

— *Séance de rentrée de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.* — Nous sommes en retard avec cette Ecole, et cependant la séance de rentrée méritait d'être signalée à nos lecteurs. Un discours remarquable de M. le docteur Haime, professeur de pathologie interne, y a été prononcé et a mérité l'approbation du nombreux public qui y assistait.

Ce discours, qui a ouvert la séance, a roulé sur l'étude et sur la profession du médecin. Après avoir félicité l'Ecole, qui compte douze années d'existence, et qui a vu sortir de son sein des sujets dont elle a lieu d'être fière, l'honorable orateur a retracé toute la difficulté des études médicales et d'une profession qui mène rarement à la fortune, qui est toute d'abnégation et de dévouement, et engagé ceux d'entre les élèves qui ne se sentiraient pas capables de tels sacrifices à renoncer à une carrière de labeur et de renonciation.

Quant à ceux qui, au contraire, se croient le courage et la force de surmonter les obstacles, qu'ils se mettent résolûment à l'œuvre, qu'ils aient confiance dans l'avenir, la plus belle récompense de leurs peines sera dans leurs travaux; car l'étude des sciences en général, et de la médecine en particulier, est pour l'esprit un perpétuel aliment qui satisfait l'âme en la préservant de l'ennui et de la satiété.

M. le docteur Tonnelli, directeur de l'Ecole, a lu ensuite le compte rendu des travaux de l'année scolaire 1852-1853; puis M. le docteur Haime a repris la parole pour proclamer les noms des élèves qui ont obtenu des prix et mentions honorables dans l'ordre suivant :

ÉLÈVES DE TROISIÈME ANNÉE.

Prix : M. Rémoneau (Alfred), de Tours. (Médaille de vermeil.)
Mention honorable : M. Bourdin (Louis-Alfred), de Vierzon.

ÉLÈVES DE DEUXIÈME ANNÉE.

Prix : M. Marchand (Hector-Léon), de Tours. (Médaille d'argent.)
1re *mention :* M. Sandras (Lucien), de Versailles.
2e *mention :* M. Fonteneau (Auguste), de Sougé.

ÉLÈVES DE PREMIÈRE ANNÉE.

Prix : M. Chaumier (Auguste-Pierre), de Saint-Flovier. (Médaille de bronze.)
1re *mention :* M. Larthe (Louis-Joseph), d'Eymoutiers.
2e *mention :* M. Paumier (Jules), d'Ambillou.

ÉLÈVES EN PHARMACIE.

Prix : M. Pénillault (Auguste), de Tours. (Médaille de bronze.)

— M. le professeur Lombard (de Liége) vient d'être l'objet d'une distinction méritée. Par un arrêté récent, S. M. le roi des Belges l'a élevé à la dignité d'officier de l'ordre de Léopold.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 2. — JEUDI 5 JANVIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 2. — JEUDI 5 JANVIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . 30

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 4 JANVIER 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le principal intérêt de la séance de l'Académie ayant été dans le rapport de M. Depaul sur un travail de M. Mascarel relatif aux convulsions des femmes enceintes, nous le publions *in extenso*. Ce travail a amené une discussion qui s'est bornée à l'échange de quelques mots entre M. Cazeaux et le rapporteur. Ces deux honorables collègues ne sont pas aussi éloignés d'être d'accord qu'on aurait pu le croire au premier abord. M. Cazeaux a déjà modifié ses premières opinions sur la présence de l'albumine dans les urines, et se rendrait tout à fait à celles de MM. Depaul et Mascarel, si les faits sur lesquels ils s'appuient étaient plus nombreux. Il en résulte que l'albuminurie est à peu près constamment observée à la suite de l'éclampsie, que les reins des femmes qui succombent présentent ordinairement des lésions analogues, sinon identiques, à celles que l'on observe dans la maladie de Bright, et que la principale dissidence consisterait en ce que les uns regarderaient l'albuminurie comme cause, et les autres comme effet de l'éclampsie. Avions-nous raison de dire que la présence de l'albumine dans les urines prend depuis quelque temps une grande importance, et s'étonnera-t-on encore de la persistance de réclamation de M. Michel Lévy ?

Après ce rapport, M. le docteur Aran a présenté une pièce anatomique sur laquelle il a constaté des lésions parfaitement analogues à celles qu'a indiquées M. Cruveilhier à la suite de la paralysie atrophique progressive. M. Debout a également présenté d'autres pièces anatomiques relatives à un anévrisme traité par l'injection du perchlorure de fer, qui lui a été adressé par M. Valette (de Lyon).

Constatons que le président actuel, M. Nacquart, a lu un discours fort convenable et que l'on a assez bien entendu, pour remercier l'Académie et proposer des remercîments aux membres sortants ou confirmés du bureau. Ces remercîments ont été votés à l'unanimité.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GUERSANT.

De l'imperforation du prépuce et du phimosis congénital.

L'imperforation du prépuce peut être considérée comme le plus haut degré du phimosis ; mais, de plus que ce dernier, elle demande des soins immédiats, et il faut la faire disparaître aussitôt la naissance.

Le premier indice consiste en ce que l'enfant ne mouille pas ses langes ; l'urine s'accumulant dans le prépuce en fait une sorte de vessie, une petite tumeur fluctuante, qui se distend par les efforts que fait le nouveau-né pour uriner. Le vice de conformation constaté, il faut d'abord faire une ponction qui vide la poche, et procéder ensuite comme nous le dirons pour le phimosis. Ce dernier peut présenter plusieurs variétés : ou bien l'ouverture est filiforme, assez étroite pour ne pas laisser apercevoir le gland ; ou bien elle est assez large pour laisser à découvert une certaine étendue de cet organe et l'orifice de l'urètre. Ces dispositions de l'orifice peuvent se présenter sur un prépuce long ou bien juste assez développé pour recouvrir les parties sous-jacentes. Chacune de ces variétés entraîne des inconvénients dont M. Guersant fait l'exposition pour justifier le conseil qu'il donne d'opérer de bonne heure.

Il s'établit sous le prépuce un prurit, une démangeaison qui engage les enfants à tirailler sans cesse l'organe et les conduit naturellement à la masturbation ; ce prurit résulte de l'accumulation de la matière sébacée que sécrètent les glandes. Chez quelques enfants, tous les six mois, tous les ans, cette sécrétion cause une véritable balanite ; les parties recouvertes par le prépuce lui-même sont le siége de douleurs, de tuméfaction ; l'orifice préputial est rouge et laisse écouler un liquide séro-purulent. Le phimosis peut même se transformer passagèrement en une oblitération complète et causer une rétention d'urine ; mais plus souvent il donne lieu aux deux altérations suivantes :

1° A des ulcérations du gland et du prépuce, superficielles le plus souvent ; elles peuvent, comme des observations le prouvent, détruire de larges portions des parties sur lesquelles elles siégent et causer ainsi des désordres assez graves ;

2° A des adhérences qui soudent le prépuce au gland ; elles sont générales ou partielles ; elles consistent en de petites fausses membranes minces qui se déchirent assez facilement.

L'urine, en séjournant sous le prépuce, y a souvent formé des concrétions calculeuses qui concourent puissamment à produire plusieurs des effets cités plus haut.

Les individus porteurs d'un phimosis ont le gland très sensible, et sont souvent exposés aux pollutions nocturnes ; de plus, lors de la puberté, s'ils s'exposent à contracter des maladies vénériennes, ils y sont beaucoup plus disposés que ceux qui ont le gland habituellement découvert. Ils sont de plus exposés au paraphimosis dans les cas de phimosis incomplet.

Ces considérations et plusieurs autres qu'on pourrait encore citer sont suffisantes pour faire regarder l'affection qui nous occupe comme assez importante pour être traitée dès l'enfance.

Il y a un traitement palliatif qui consiste dans l'emploi des soins de propreté et de quelques moyens dirigés contre la balanite. Ainsi, les injections d'extrait de saturne, ou mieux d'une solution faible de nitrate d'argent. Mais le véritable traitement consiste dans l'opération. Non pas qu'avec le temps on ne puisse voir le prépuce s'agrandir et son orifice se dilater suffisamment sous l'influence des érections répétées; mais à moins que l'ouverture ne soit primitivement assez large, il ne faut guère compter sur un pareil résultat.

L'opération peut se faire par trois méthodes : l'incision, l'excision et la circoncision.

Avant de dire à quelle méthode il s'est arrêté, M. Guersant fait remarquer qu'il existe dans la disposition, chez l'adulte et chez l'enfant, une différence très grande, et qui doit amener une différence relative dans le mode d'opération. Chez l'adulte, la muqueuse préputiale, fréquemment distendue par les érections, s'est agrandie, et forme autour du gland une bourse aussi large que l'enveloppe cutanée; de sorte que, quelque part qu'on traverse cette dernière, on est sûr de tomber sur un point correspondant de la muqueuse et de pénétrer dans sa cavité. Chez l'enfant, au contraire, et surtout chez ceux où il y a des adhérences, la muqueuse s'applique juste sur le gland, et en avant de ce dernier se prolonge en un petit canal étroit pour aller s'unir à la peau ; celle-ci, très ample, peut s'étendre dans tous les sens quand le petit tube muqueux ne change pas de diamètre. Ne voit-on pas là un obstacle à l'application de certains procédés modernes, de celui des sutures en général, dans lequel les aiguilles placées aux extrémités passeraient certainement en dehors de la cavité muqueuse et manqueraient ainsi leur but ? On peut dans quelques cas se servir de la pince à anneaux pour dilater la muqueuse ; mais il faut pour cela que le phimosis ne soit pas très serré.

M. Guersant s'est arrêté à deux modes d'opération :

1° Une sorte d'excision quand le prépuce n'est pas très long et l'ouverture très étroite ;

2° La circoncision pure et simple dans le cas contraire.

Pour pratiquer l'excision, il introduit une pince dans le prépuce jusqu'à la couronne du gland, et, pratiquant avec des ciseaux de chaque côté de la pince une incision oblique dirigée du limbe du prépuce vers sa base, il enlève un triangle de peau dont la base est tournée en avant. Cette manière de faire évite la saillie des deux angles que laisse après elle l'incision simple.

Dans la circoncision, l'opérateur fait tendre le prépuce par un aide, refoule lui-même un peu en arrière le gland avec l'index et le médius de la main gauche, et d'un seul coup de ciseaux il enlève la portion exubérante du fourreau; il arrive assez souvent que la muqueuse du prépuce est à peine entamée; dans ce cas, on l'incise. S'il existait des adhérences, on les déchire avec les pinces ou avec un stylet boutonné.

On ne doit penser à la réunion avec les serres-fines que si l'enfant est docile ; dans le cas contraire, il faut se contenter d'un pansement à l'aide d'un linge percé à son centre d'un trou qui laisse passer le gland et refoule le prépuce en arrière. Ce linge est enduit de cérat au-dessus ou appliqué au plumasseau, et le tout est maintenu en place par un suspensoir et par une compresse trouée qui permet au gland d'être à découvert et donne la facilité d'uriner. Il y a dans ce dernier cas un peu de douleur, de la suppuration pendant trois semaines ou un mois ; mais, en somme, la cicatrisation est presque aussi régulière que dans la réunion par première intention.

Il est quelquefois même avantageux de ne pas réunir; par exemple, quand on a affaire à un enfant qui se masturbe ; le temps nécessaire pour que la cure soit complète, la douleur au prix de laquelle on l'obtient, suffisent presque toujours pour guérir l'enfant de sa mauvaise habitude. E. A.

ESSAIS THÉRAPEUTIQUES SUR LA TRANSFUSION DU SANG.

Le docteur Jean Polli (de Milan), sur vingt-un cas de transfusion du sang, en compte seize dans lesquels il a ramené à la vie des individus presque agonisants.

Selon l'habile praticien, rien n'est à craindre de l'air qui, par accident, pourrait se mêler au sang de l'injection ; au contraire, le sang azoté dans l'air se fait plus vermeil, et en s'associant à l'oxygène devient plus vivifiant et d'une introduction plus facile.

Il est indifférent que le sang soit chaud ou froid ; sa vitalité, au contraire, se conserve à un bas degré de température plus longuement que quand celle-ci est plus élevée.

Dans la transfusion du sang, on peut lui ôter la fibrine et le filtrer ensuite sans danger et sans lui faire perdre de ses propriétés, parce que la fibrine qui, à l'état physiologique, entre pour deux ou trois millièmes dans la composition du sang, n'a, dans cette application, aucune importance ; et, en effet, elle peut y être considérée plutôt comme une matière destinée à l'élimination que comme un agent d'apposition. Cette possibilité d'injecter du sang sans fibrine rend l'opération bien plus facile.

Il n'y a pas d'inconvénient que l'on prépare le sang pour l'injection quelques heures avant de le transmettre. A tort on a cru qu'exposé à l'air ou en se refroidissant il perd de ses propriétés vitales. Si, au contact de l'air, il ne fait que se séparer de l'acide carbonique et absorber de l'oxygène, on peut se passer des précautions d'autrefois pour le transmettre d'un individu à l'autre à l'abri de l'air.

Enfin, on peut accomplir cette opération avec une simple seringue à injection, et en ouvrant la veine à peu près comme pour une saignée.

Le sang peut être tiré indifféremment sur des sujets jeunes et sains. Le docteur Polli s'est quelquefois servi de son propre sang, quelquefois de celui d'un de ses collègues, 3 ou 4 onces tout au plus. Le sang, aussitôt extrait, doit être frappé avec de petites branches d'osier jusqu'à en rendre la fibrine adhérente.

Pour cette séparation on emploie une ou deux minutes, jamais plus de douze. Après on replonge la fibrine dans le liquide, et on filtre le tout afin que la transfusion ne soit pas empêchée par les caillots fibrineux. Si celle-ci doit être retardée pour quelque temps, avant de remplir la seringue, on doit agiter le liquide sanguin pour que les globules rouges déposés au fond, à cause de leur pesanteur, puissent se distribuer également dans le liquide.

Le sang ainsi préparé, et conservé dans un flacon à grande ouverture et fermé si on doit le transporter d'un lieu à un autre, ou dans un récipient ouvert si on s'en sert tout de suite, est versé dans le cylindre de la seringue, où on le plonge comme à l'ordinaire. Il est inutile et peut-être dangereux de réchauffer le sang ou la seringue, enveloppée à tort par quelques personnes dans des draps mouillés dans l'eau chaude.

La seringue peut être d'étain, de laiton ou de packfong, avec une canule très mince et légèrement courbée à l'extrémité, pour que son introduction dans la veine soit plus facile.

Quoique l'introduction de l'air dans les veines soit indifférente, néanmoins il vaut mieux l'éviter, en préparant la seringue soigneusement.

Lorsqu'on a arrêté le sang au bras ou au cou-de-pied avec les moyens ordinaires, on coupe la veine la plus grosse et la plus superficielle, en cessant aussitôt toute compression. On introduit dans la blessure la pointe de la canule, qui doit être dirigée selon le cours du sang. L'injection s'accomplit en comprimant doucement le piston de la seringue et en frictionnant légèrement avec un doigt sur la veine, afin d'aider la marche du sang injecté. Il est inutile de dire ici quels sont les moyens à employer pour empêcher le sang de se répandre dans les tissus cutanés ou de déborder là où on fait l'injection.

L'injection méthodique et répétée du sang à petites doses peut se faire, selon l'auteur, dans les cas suivants :

1° Les hémorrhagies dites constitutionnelles ou les *hémorrha-*

filliès, dans lesquelles la perte persistante du sang, causée par des blessures accidentelles ou des sangsues, ou par épistaxis, dépend évidemment d'une condition particulière du sang, et non d'une condition des solides.

2° Les chloroses et les anémies pour hématose imparfaite et dans lesquelles le traitement ordinaire avec le fer, le manganèse et les toniques n'a pas réussi. Dans ces cas, l'injection d'un bon sang dans l'arbre circulatoire peut être envisagée comme une inoculation des germes sanguins nouveaux très utiles à fournir une reproduction plus physiologique. Avec quelques gouttes de sang, nous introduisons des milliers de globules, qui à leur tour en reproduisent d'autres de bonne source au milieu de ceux qui, faibles et impuissants, sont la cause de la condition morbide, et qui finissent par disparaître peu à peu, et faire place à la génération nouvelle et plus forte introduite au moyen de l'injection méthodique et répétée.

Les fonctions importantes d'excitation et de nutrition des solides appartenant à ces petits corps organisés en circulation avec le sang expliquent comment la transfusion d'un bon sang peut restaurer un organisme défectueux. D'après le même raisonnement la transfusion peut se faire dans les cas de :

3° Scrofule et rachitisme.

Dans le scorbut?

La tuberculose incipiente??

4° Les névroses simples, c'est-à-dire qui ne sont pas entretenues par des altérations organiques évidentes de l'appareil sensorial et des viscères, entre autres plusieurs éclampsies, épilepsies et aliénations mentales. Cette indication est appuyée sur ce fait que la condition du sang modifie, selon sa nature, promptement et profondément la manière de fonctionner des nerfs. Si les épilepsies, les éclampsies et les aliénations sont dans des sujets chlorotiques et anémiques, l'indication de la transfusion est dans ces cas encore plus prononcée.

5° Les asphyxies et les cas de mort apparente.

6° La tabescence.

(*Journal de l'Association médicale piémontaise.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 janvier 1854. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Application du décret du 3 mai 1850 à l'opium indigène. — Le ministre du commerce informe l'Académie qu'en raison d'une prétention élevée par M. Aubergier, il n'a pas cru devoir, quant à présent, faire l'application du décret du 3 mai 1850 aux préparations du lactucarium de ce chimiste; mais que, quant aux formules de l'opium indigène du pavot pourpre et de ses composés du même chimiste, il en autorise l'insertion au Bulletin de l'Académie.

Epidémies. — Le même ministre transmet à l'Académie un rapport de M. le docteur Garray, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Puy, sur divers cas d'une maladie endémique qui a régné dans cet arrondissement en 1853;

Eaux minérales. — Et un rapport de M. le docteur Gerdy, médecin inspecteur des eaux minérales d'Uriage (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1849, 1850 et 1851.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Billiard (de Corbigny) adresse un mémoire sur le choléra. L'auteur prétend expliquer l'origine du choléra par l'absence de l'ozone dans l'air.

— M. L. Corvisart écrit pour donner quelques explications au sujet de la communication qu'il a faite dans la dernière séance et des interpellations dont elle a été l'objet. Ces explications ont pour but de repousser toute supposition qui tendrait à faire croire qu'un intérêt autre que l'intérêt scientifique lui a fait nommer son collaborateur, connu d'ailleurs par des travaux scientifiques.

— M. le président, avant de faire connaître l'ordre du jour, remercie l'Académie pour les suffrages dont elle l'a honoré, et propose de voter des remercîments aux membres sortants du bureau et du conseil d'administration. (L'Académie vote par acclamation.)

— M. le président rend compte ensuite des visites que l'Académie a faites à l'occasion du 1er jour de l'an à S. M. l'Empereur et aux ministres de l'intérieur et du commerce.

Mémoire sur les convulsions des femmes enceintes. — M. Depaul a la parole pour la lecture du rapport suivant :

Messieurs, dans votre séance du 16 novembre 1852, vous avez reçu de M. Mascarel, chirurgien en chef de l'hôpital de Chatellerault, un mémoire sur les convulsions des femmes enceintes, et vous avez chargé une commission composée de M. Paul Dubois et de moi de vous en rendre compte. Je viens aujourd'hui m'acquitter de ce devoir, tout en m'excusant d'avoir été empêché par des circonstances indépendantes de ma volonté de répondre plus tôt à la légitime impatience de notre honorable confrère.

La maladie qui fait l'objet de son travail est une de celles qui ont été beaucoup étudiées depuis quelques années, et cependant des recherches aussi consciencieuses que celles qui en font la base méritent d'être accueillies avec intérêt et examinées avec soin. Pour mon compte, elles m'ont intéressé d'autant plus que j'y ai trouvé sur divers points importants la confirmation de quelques idées que j'ai cherché à mettre en relief dans une note que j'ai eu l'honneur de lire il y a quelques années devant la Compagnie.

Le mémoire de M. Mascarel est divisé en deux parties. La première comprend tout ce qui est relatif aux causes, aux formes variées de l'affection, à ses complications et à sa nature. La seconde s'occupe exclusivement des divers modes de traitement qui ont été conseillés. Je me propose de vous faire connaître les idées qui ont été suggérées à l'auteur par son expérience personnelle sur ces divers points, me réservant d'apprécier, chemin faisant, ce qu'elles ont de conforme à une bonne et saine pratique.

Les modifications profondes que la grossesse imprime à l'organisation de la femme lui paraissent une prédisposition très grande aux phénomènes convulsifs de toute sorte. Toutefois, avec la plupart des auteurs, il établit une première distinction et admet des convulsions partielles et des convulsions générales, réservant à ces dernières le nom d'éclampsie introduit dans la science par Sauvages et généralement adopté de nos jours. Tout en admettant que les premières peuvent se montrer sur divers points des deux systèmes musculaires, il pense qu'on les observe plus particulièrement sur le col utérin, et il trouve l'explication de cette préférence dans les pressions et les froissements divers auxquels est soumise cette partie de la matrice, surtout pendant l'acte de la parturition. Il termine le court chapitre qu'il consacre à cette forme particulière par une observation dont voici les traits principaux.

Une femme de quarante ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, était parvenue à la fin d'une première grossesse, qui n'avait offert rien de particulier jusqu'au commencement du huitième mois. A partir de cette époque, on avait observé un peu d'œdème aux membres inférieurs et de la céphalalgie.

Le travail se déclara le 13 août 1851, à six heures du matin; trois heures après, le col étant un peu dilaté (2 centimètres environ), le liquide amniotique s'écoula. A partir de ce moment, malgré les douleurs les plus fortes et les plus régulières, l'orifice utérin resta dans le même état, et lorsque, trente heures plus tard, on réclama les soins de M. Mascarel, ce dernier constata que les bords étaient durs, épais et tellement résistants que les tractions qu'il exerça sur eux avec les doigts restèrent impuissantes et ne purent les écarter. Ce fut alors que, pour faire cesser un état qui avait déjà compromis la santé de cette femme et dont la prolongation n'avait d'autre cause que la résistance exagérée de l'orifice, il se décida à recourir au débridement. Plusieurs incisions furent pratiquées; elles produisirent une dilatation beaucoup plus grande, et bientôt le col devint complétement dilatable. La tête s'étant beaucoup engagée dans l'excavation, on fit une application de forceps. Un enfant très volumineux fut extrait. Mais il était mort déjà depuis quelque temps, car depuis plus de vingt-quatre heures la mère n'avait plus senti ses mouvements, et l'auscultation pratiquée avant l'opération avait donné des résultats négatifs.

Je suis loin de nier l'existence des rétractions *véritablement spasmodiques* du col de la matrice, mais je ne trouve pas que notre confrère ait bien choisi son exemple pour en donner une nouvelle preuve.

En effet, l'âge de la malade, qui avait quarante ans, ne permet-il pas de supposer avec plus de raison qu'il s'agissait ici d'une véritable induration qui existait déjà, même avant le début de la grossesse.

Les cas de cette nature dans les conditions analogues ne sont pas extrêmement rares. Il est bien entendu que je ne parle pas de ces altérations organiques qui, même à un degré très avancé, n'empêchent pas toujours la fécondation, mais de certaines indurations comme fibreuses, qui n'ont rien de commun avec un état spasmodique, qui préexistent au travail de l'accouchement, et qui ne disparaissent pas sous l'influence d'une saignée générale et des narcotiques, comme cela est si commun dans les cas de rétraction purement spasmodique.

Je me borne à ces quelques observations, qui m'ont paru indispensables. M. Mascarel n'a consacré qu'un très court chapitre aux convulsions partielles, et n'a voulu en parler pour ainsi dire qu'en passant. Le but essentiel de son mémoire, c'est l'histoire des convulsions générales.

Il commence par l'étude de l'anatomie pathologique. Les trois autopsies qu'il a faites, et dont il donne les détails, n'ajoutent rien à ce qui est généralement admis aujourd'hui. Les congestions séreuses ou sanguines, les épanchements de sang qu'on trouve quelquefois à la surface ou dans l'épaisseur des centres nerveux sont considérées non comme des causes de la maladie, mais comme ses conséquences. En cela, il est d'accord avec la plupart des observateurs modernes.

Après avoir divisé les causes de l'éclampsie en prédisposantes et occasionnelles, il énumère presque toutes celles qui ont été admises par les divers auteurs, et chacun sait combien elles sont nombreuses et souvent contradictoires. Toutefois il regarde comme des prédispositions toutes spéciales la primiparité, les tempéraments sanguins et lymphatico-sanguins, l'infiltration des membres inférieurs; mais il ne considère pas l'albuminurie, et avec raison selon moi, comme une cause essentielle de la maladie.

Ainsi que j'ai eu occasion de le dire dans une autre circonstance, je suis loin de contester que l'albuminurie ne coïncide le plus habituellement avec l'éclampsie; mais il n'est pas exact de dire avec notre collègue M. Cazeaux qu'on trouve toujours de l'albumine dans l'urine des éclamptiques. Les cas qui prouvent que cette assertion n'est pas fondée sont maintenant assez nombreux pour qu'il faille les prendre en sérieuse considération. J'en ai déjà fait connaître un dans une autre occasion, observé par moi-même il y a environ quatre ans sur une dame de la rue Montmartre, et qui se termina par la mort après un très grand nombre d'accès. Il me fut impossible de découvrir la moindre trace d'albumine dans l'urine extraite de la vessie à différentes époques et soumise à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Le dernier examen, fait quelques instants avant le décès, donna le même résultat. Il est bien entendu que cette malade n'était pas épileptique, car antérieurement à sa grossesse elle n'avait jamais été sujette à aucun phénomène convulsif. Je sais d'ailleurs que d'autres observateurs ont enregistré des faits analogues.

Le docteur Lever a cité un cas dans lequel l'albumine n'existait pas davantage, et où à l'autopsie on constata les traces d'une inflammation des méninges.

M. le professeur P. Dubois m'a dit avoir observé à l'hospice de la Maternité une femme qui devint éclamptique et chez laquelle, malgré les nombreux accès qui se succédèrent, l'urine ne présenta à aucune époque de la maladie la moindre trace d'albumine.

D'un autre côté, on trouve dans le mémoire de M. Mascarel deux nouvelles observations dans lesquelles le même résultat négatif a été très positivement observé. La première se rapporte à une femme de la campagne, âgée de vingt-neuf ans, primipare, d'une forte constitution, et chez laquelle n'avait existé aucune espèce d'infiltration. Après quelques heures d'un travail qui n'avait été remarquable que par l'énergie des contractions, on vit apparaître une première attaque d'éclampsie. Quatre autres se succédèrent en peu de temps, sans que dans l'intervalle la malade reprît ses sens. La dilatation du col permettant d'intervenir, on fit une application de forceps, et on put extraire un enfant vivant. Peu de temps après la sortie du délivre une nouvelle attaque eut lieu, mais ce fut la dernière. Elle fut suivie d'une somnolence qui dura dix heures sans interruption, puis la connaissance revint petit à petit, et les suites de couches se passèrent très naturellement. Notre confrère ne manque pas de dire que, désirant constater l'état des urines, il avait eu soin d'en retirer un demi-verre avec la sonde, et qu'il s'était assuré qu'elles ne contenaient pas d'albumine.

La seconde observation est relative à une femme de vingt-deux ans, également primipare, mais qui, contrairement à la première, avait les membres œdématiés.

Le 5 avril 1852 elle venait de se lever, lorsque subitement elle perdit connaissance et tomba dans le foyer de la cheminée; le feu se communiqua promptement à ses vêtements, et sans les secours qui lui furent donnés par les personnes du voisinage, elle aurait infailliblement péri. Elle fut transportée dans son lit, où ne tardèrent pas à se déclarer de nouvelles attaques convulsives qui laissaient entre elles des intervalles de deux à trois heures, mais sans retour de la connaissance. Un chirurgien demandé à trois heures de l'après-midi pratiqua une saignée du bras. A huit heures du soir, nouvelle crise tellement violente, qu'on crut que la malade allait succomber. Deux heures plus tard, lorsque M. Mascarel fut appelé, un état comateux profond existait. De l'urine retirée à l'aide de la sonde ne *contenait pas trace d'albumine*. De nombreuses brûlures aux deuxième et troisième degrés existaient sur les jambes et les cuisses. La vulve elle-même était horriblement brûlée et convertie en eschare blanchâtre parcheminée. Une sixième attaque se déclara pendant l'examen. Peu d'instants après l'enfant fut expulsé d'abord inanimé; mais on fut assez heureux pour le rappeler à la vie à l'aide de soins convenables. Une septième attaque suivit de près sa naissance, mais ce fut la dernière. L'état comateux cessa six heures après, et dès ce moment la convalescence marcha rapidement sans nouveaux accidents.

Je n'ai pas cru devoir m'étendre plus longuement sur ces deux observations, qui renferment tous les détails désirables pour qu'aucun doute ne puisse s'élever sur la véritable nature des accidents observés. Il s'agissait bien d'attaques éclamptiques.

Si l'albuminurie des femmes enceintes était, comme on l'a prétendu, la cause essentielle de l'éclampsie, comment comprendre qu'on rencontre si fréquemment de l'albumine dans l'urine des femmes grosses, et qu'absolument et même relativement parlant les convulsions soient un accident fort rare? Sur 41 femmes qui étaient albuminuriques et qui ont été observées par le docteur Blot à l'hospice de la Maternité, 7 seulement furent atteintes d'éclampsie. Pour recueillir ces 41 observations, notre confrère fut obligé d'examiner l'urine de 205 femmes enceintes prises indistinctement dans les salles de l'hôpital. Ainsi 7 éclamptiques sur 41 albuminuriques! Une proportion aussi minime permet-elle d'admettre sans discussion une relation évidente de cause à effet?

Une autre circonstance mérite aussi d'être prise en sérieuse considération. Si l'albuminurie avait l'influence qu'on lui prête, il serait tout naturel qu'on observât les convulsions chez les femmes dont l'urine renferme la plus grande proportion d'albumine; mais il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau donné par M. Blot pour voir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Plusieurs parmi celles dont l'urine offrait les proportions d'albumine les plus considérables n'ont rien éprouvé.

Et d'ailleurs, dans les cas d'éclampsie où on a constaté dans l'urine la présence de l'albumine, est-on bien sûr que celle-ci ait préexisté aux attaques? Ce point de la question ne me semble pas avoir été suffisamment étudié.

Jusqu'à ce jour, dans la plupart des observations, l'urine n'a été examinée qu'après le développement des phénomènes convulsifs. Or, sous le rapport étiologique, les faits ainsi recueillis laissent beaucoup à désirer. Les recherches de M. Blot sont presque les seules qui aient été entreprises dans cette direction, et, quoique nombreuses et d'ailleurs fort intéressantes, elles ne répondent pas encore complétement à la question. Pour mon compte, j'appelle très sérieusement l'attention de mes confrères sur ce point, qu'il sera facile d'éclairer en se donnant la peine d'examiner fréquemment l'urine des femmes enceintes et des femmes en travail. Depuis que je me suis engagé dans cette voie d'expérimentation, j'ai recueilli deux observations qui prouvent que l'albumine peut très bien n'apparaître qu'après le développement de l'éclampsie. Dans les deux cas, l'urine avait été examinée quelques jours avant le travail, et dès le début de cet acte physiologique, sans qu'aucune trace d'albumine pût y être décelée. Des convulsions à forme éclamptique parfaitement caractérisée survinrent, et dans le premier cas je trouvai de l'albumine après le deuxième accès, et après le quatrième dans le second.

Je suis loin de prétendre qu'il en soit toujours ainsi; je suis très disposé à penser au contraire que, dans le plus grand nombre de cas, l'urine contient de l'albumine bien avant l'apparition des convulsions; mais je trouve dans ce nouvel ordre de faits un puissant argument contre l'opinion de ceux qui prétendent mettre l'éclampsie sous la dépendance *nécessaire* de l'albuminurie.

J'ai déjà prouvé que la première de ces maladies pouvait suivre toutes ses phases et même se terminer par la mort sans qu'il y eût trace d'albumine dans l'urine, et je viens de faire voir que l'albumine peut ne se montrer qu'alors qu'un ou plusieurs accès ont déjà eu lieu. En faut-il davantage pour commander une sage réserve quand il s'agit de remonter à la cause première de l'éclampsie?

Une autre circonstance me frappe dans l'histoire de l'albuminurie des femmes enceintes; c'est la rapidité avec laquelle l'albumine disparaît lorsque l'accouchement est terminé. Peu d'heures suffisent habituellement pour amener ce résultat. Il n'est pas rare cependant de voir les convulsions n'apparaître que quelques heures et même quelques jours après la parturition.

Est-il probable que dans ces cas, en admettant qu'il y ait eu de

l'albumine pendant la grossesse, on la voie exceptionnellement persister aussi longtemps? N'est-il pas raisonnable de supposer, au contraire, ou bien qu'elle n'a pas existé un seul instant, ou qu'elle ne s'est montrée qu'après avoir été précédée par un nombre variable d'accès?

A la rigueur, une autre supposition pourrait être faite encore. On pourrait penser qu'après avoir paru pendant une certaine période de la grossesse, elle aurait disparu peu d'instants après la déplétion de l'utérus, pour se montrer de nouveau à l'occasion de phénomènes convulsifs survenant tardivement.

Chacun comprendra combien il serait facile de s'égarer dans le champ des hypothèses. Le temps seul pourra dissiper tous les doutes qui régnent encore à cet égard, mais à la condition de ne laisser échapper, à l'avenir, aucune des occasions qu'une observation attentive ne tardera pas à faire naître.

Quoi qu'il advienne, l'albuminurie est trop souvent observée pendant le cours de la grossesse, elle coïncide surtout trop fréquemment avec les convulsions puerpérales, pour qu'il ne faille pas rechercher à quel titre cette coïncidence existe. Car, si nous avons démontré que ces dernières peuvent apparaître alors qu'un examen attentif et complet ne fait rien constater dans l'urine, nous ne nous croyons pas autorisés à refuser toute espèce d'influence à l'albuminurie qui préexiste à l'éclampsie.

Mais si la science n'est pas encore fixée sur le rôle que ces deux états jouent l'un par rapport à l'autre, est-elle plus avancée quand il s'agit d'expliquer l'albuminurie des femmes enceintes? Je ne le crois pas. Je ne sais pas si la grossesse prédispose beaucoup, comme l'ont prétendu quelques auteurs, aux maladies des voies urinaires, mais je ne puis admettre qu'il faille chercher dans la néphrite l'explication ordinaire de l'albuminurie.

Le résultat des autopsies que j'ai faites est parfaitement conforme à celui qui a été obtenu par M. Blot. Nous n'avons pas rencontré les altérations qui sont regardées par tout le monde comme caractéristiques de la néphrite albumineuse. Ou bien les reins étaient parfaitement sains, ou ils étaient simplement congestionnés à des degrés divers. Ce n'est pas que je veuille contester la possibilité de la néphrite albumineuse chez la femme enceinte. Certes, l'état de grossesse n'est pas de nature à faire disparaître cette affection si elle avait débuté avant la fécondation, ou à s'opposer à son développement; je suis même très disposé à lui accorder une certaine influence. Tout ce que j'ai voulu dire, c'est que, sans nier la possibilité de la néphrite albumineuse comme de toute autre maladie, je suis convaincu qu'elle est beaucoup plus rare qu'on ne l'a prétendu, et que ce n'est pas à elle qu'il faut demander l'explication de la plupart des albuminuries qu'on observe chez les femmes grosses. Le véritable point de départ me paraît être, en général, dans les modifications que la grossesse fait subir au sang de la femme.

Presque tous les auteurs qui dans ces derniers temps se sont occupés de l'analyse de ce liquide sont d'accord sur ce point, à savoir : que la quantité d'albumine est notablement diminuée. Je me contenterai de rappeler les recherches de Scanzoni, celles de MM. Becquerel et Rodier, et enfin celles de M. Regnaud, qui a donné le résultat de 25 analyses, lesquelles montrent que le chiffre de l'albumine est presque toujours au-dessous de la moyenne, et que cette diminution pouvait déjà être sensible à partir du troisième mois.

On me pardonnera d'avoir insisté de nouveau sur une question que j'ai déjà soulevée devant l'Académie en 1851, question qui a au moins un intérêt scientifique incontestable, et je me hâte de revenir au mémoire de M. Mascarel, dans lequel j'ai trouvé des observations qui me confirment de plus en plus dans les réserves que j'avais cru devoir faire.

Le chapitre consacré à la symptomatologie est fait avec soin. Suivant l'exemple de Mme Lachapelle, l'auteur divise les symptômes en trois groupes :

1° Ceux qui précèdent l'accès;
2° Ceux qui l'accompagnent;
3° Ceux qui le suivent.

Partout il a fait preuve d'une instruction solide et d'une expérience personnelle étendue. Je ferai cependant une seule observation. M. Mascarel semble croire qu'il est commun de voir l'éclampsie éclater brusquement et sans qu'aucun symptôme précurseur puisse en faire prévoir la prochaine invasion. Sans nier l'existence de ces cas, je les crois fort rares; je dirai même que, pour mon compte, toutes les fois que j'ai pu observer les malades avant le début de la maladie, j'ai toujours, plus ou moins longtemps avant l'apparition des accès, constaté quelques-uns des phénomènes qui ont été regardés par presque tous les auteurs comme précurseurs des convulsions éclamptiques. Je citerai comme ceux qui me semblent avoir la plus grande importance la céphalalgie occipitale ou frontale, des troubles variés de la vision, le malaise épigastrique, les vomissements. La réunion de plusieurs d'entre eux mérite surtout d'être prise en sérieuse considération. Une observation attentive peut et doit conduire à un traitement préventif qui aura souvent, j'en ai la conviction, un succès complet.

Tout ce qui se rapporte à la marche et à la terminaison de la maladie, à son diagnostic et à son pronostic est étudié avec détail. En disant qu'il est rare de ne voir qu'un seul accès se manifester, l'auteur est dans le vrai; mais cela peut arriver, et alors le retour à la santé est ce qu'on observe le plus communément. Il n'est pas impossible cependant qu'une première attaque soit mortelle. J'ai eu la douleur de perdre de cette manière, il y a quinze ans, la première femme qui s'était confiée à mes soins dans ma pratique particulière. En moins de trois minutes, et malgré tout ce que je pus faire, elle avait définitivement cessé de vivre.

Relativement au pronostic, notre confrère considère les convulsions comme un des accidents les plus graves qui peuvent compliquer la grossesse ou le travail de l'accouchement. La vie de la mère et celle de l'enfant sont sérieusement mises en question. Il est encore incontestable que cette gravité augmente avec la multiplicité, le rapprochement et l'intensité des accès, selon qu'il y a perte complète ou incomplète de la connaissance après chacun d'eux, que la santé du sujet est plus mauvaise et qu'on a plus tardé à faire intervenir un traitement convenable. Pour lui encore, et en cela il partage l'opinion commune, le danger est plus sérieux *quand le travail est si peu avancé qu'on se trouve dans l'impossibilité de hâter la prompte terminaison de l'accouchement*. Il est encore généralement admis que la gravité est d'autant plus grande que la grossesse est moins avancée. A ce sujet, je ne puis que répéter ce que je disais en 1851 à l'Académie dans le mémoire que j'eus l'honneur de lui lire :

« Pour mon compte, je serais presque tenté d'établir une proposition contraire, en admettant toutefois qu'un traitement énergique et convenable soit employé en temps opportun. Les chances de salut ne sont pas en effet, comme on l'a écrit presque partout, dans la prompte dilatation du col et dans la déplétion de l'utérus; ce résultat, qu'on est malgré soi porté à désirer, et pour lequel on se livre trop souvent à des manœuvres dangereuses, n'entraîne pas habituellement, comme on l'avait espéré, la cessation des phénomènes convulsifs. Loin de là, on les voit souvent se multiplier avec une énergie nouvelle, et les faits nombreux qu'il m'a été donné d'observer m'ont prouvé qu'ils avaient alors plus habituellement une terminaison fatale; de sorte qu'à mon avis, l'éclampsie qui survient pendant le cours du travail, comme aussi celle qui n'apparaît qu'après la délivrance, constitue pour la mère un accident beaucoup plus sérieux que celle qui éclate pendant la grossesse, alors que la contractilité utérine n'a pas encore été mise en jeu. Cette proposition est d'ailleurs conforme à l'opinion d'un homme dont le nom fait justement autorité dans la science (je veux parler de Rhamsbotham). »

Puis, j'ajoutais que l'observation qui avait été le point de départ de ma communication était entièrement favorable à cette manière de voir, et qu'il me serait facile d'en citer plusieurs autres qui, sous ce rapport, parlaient entièrement dans le même sens.

Depuis, le nombre de mes observations s'est accru, et m'a naturellement confirmé dans ma croyance.

Les relevés statistiques fournis par les auteurs, celui de Merriman et de plusieurs autres ne laissent aucun doute sur les dangers qui entourent le produit de la conception pendant le cours de l'éclampsie. L'intensité et surtout la durée des accès sont beaucoup plus importantes à considérer sous ce rapport que leur fréquente répétition. Un seul, comme on l'a vu, peut être mortel. Il me semble cependant que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la vie du fœtus est d'autant plus facilement compromise que la grossesse est plus près de son terme. Cette opinion, qui paraîtra peut-être singulière quand on songe à la fragilité de l'embryon dans les premiers mois de la gestation, sera sans doute plus facilement acceptée si l'on admet avec moi que la mort trouve son explication dans les troubles que les phénomènes convulsifs apportent dans la circulation maternelle et dans les modifications qu'ils impriment à la constitution du sang. Sous ce rapport, l'état de la femme peut être comparé à une véritable asphyxie, et la cessation de la vie dans le produit de la conception s'explique tout naturellement, parce que celui-ci ne reçoit plus pendant chaque accès la quantité de sang dont il a besoin, ou parce que ce sang ne possède plus les qualités nécessaires. Il est même probable que ces deux conditions sont habituellement combinées et conduisent plus sûrement au résultat fatal.

Les choses se passant comme je viens de le dire, ne comprend-on pas que moins l'organisation de l'œuf sera avancée plus celui-ci pourra résister à certains troubles passagers de la circulation utérine, et trouver encore dans un sang très peu artérialisé des éléments suffisants pour le maintien de sa vie? Quant à moi, je n'entrevois dans cette explication aucune hérésie physiologique.

J'ai déjà dit que la seconde partie du mémoire de M. Mascarel était consacrée au traitement de l'éclampsie.

Depuis les moyens empiriques préconisés par les médicastres, dit notre confrère, depuis le crapaud desséché et appliqué entre les épaules, ou les clefs appelées de Saint-Pierre placées sur la nuque, comme cela se pratique encore dans certaines campagnes, jusqu'aux médications les plus rationnelles, il est peu d'agents thérapeutiques qui n'aient été opposés aux convulsions en général et à celles des femmes en couches en particulier. Ici, comme presque toujours, chacun s'est laissé dominer par l'idée qu'il s'était faite de la nature de cette terrible maladie. Pour ceux qui l'ont considérée comme une simple névrose, les antispasmodiques ont paru le moyen par excellence; ceux qui ont cru en trouver la cause dans le développement de l'utérus ont pensé qu'il n'y avait de chance de salut que dans la déplétion de cet organe.

D'autres ont fait intervenir un état saburral des premières voies, la présence de vers intestinaux et beaucoup d'autres conditions pathologiques qu'il serait trop long d'énumérer.

Notre confrère se range sous la bannière des partisans des émissions sanguines à haute dose. Sa conviction à cet égard paraît fortement arrêtée et fondée surtout sur son expérience personnelle. Il s'appuie d'ailleurs sur l'opinion de quelques hommes haut placés dans la science. Il rappelle en particulier celle de Levret et de Burns, et emprunte à ce dernier la citation suivante : « La saignée a fait rarement du mal et peut faire beaucoup de bien, elle est peut-être le seul moyen de conserver la vie; et si cet ouvrage ne sert qu'à graver ce fait dans l'esprit d'un seul lecteur, je ne regretterai pas de l'avoir écrit. »

Quant à moi, il y a déjà longtemps que j'ai été conduit, par ce que j'ai observé dans ma pratique et dans celle de nos maîtres, à considérer les émissions sanguines comme le seul moyen sur lequel on puisse véritablement compter, et qui doit faire la base du traitement qu'on oppose aux convulsions. Je demande la permission de rappeler ce que je disais à ce sujet dans mon mémoire lu en 1851 devant l'Académie :

« C'est dans les émissions sanguines générales qu'il faut chercher la médication curative par excellence. Mais, pour être efficaces, les saignées doivent être abondantes et ordinairement répétées plusieurs fois dans l'espace de quelques heures. Il est bien entendu, d'ailleurs, qu'il faut les mesurer sur la constitution du sujet et sur l'effet qu'elles produisent. Si une seule a suffi dans certaines circonstances, il n'en est pas ainsi habituellement. J'ai eu plusieurs fois recours à quatre saignées dans l'espace de cinq heures, de manière à retirer plus de 2,000 grammes de sang, et je crois devoir à cette pratique des succès incontestables. La pâleur du visage, l'infiltration partielle ou générale, la constatation de l'albuminurie ne doivent pas faire renoncer à cette thérapeutique, que l'expérience m'a appris être la plus utile, même dans ces conditions. Les personnes qui n'ont pas eu de suffisantes occasions pour étudier ce qui se passe chez les femmes éclamptiques pourraient se laisser arrêter par la petitesse du pouls qui se rencontre si communément. Il faut savoir que cet état seul ne contre-indique pas les saignées. A peine la veine est-elle ouverte qu'on voit le pouls se relever, devenir large et plein, et ces phénomènes se reproduire après chaque émission sanguine. Le point capital, c'est de recourir de bonne heure à l'emploi de ce moyen. Pour qu'il soit utile, il ne faut pas attendre que les troubles profonds et généraux qui signalent les accès aient placé les organes indispensables à la vie dans des conditions où ils ne puissent plus reprendre l'exercice de leurs fonctions. »

Pour bien poser les bases du traitement qui lui paraît le plus convenable et qu'il a adopté dans sa pratique, M. Mascarel s'occupe d'abord des cas dans lesquels le travail n'ayant pas commencé, le col de la matrice n'a encore subi aucun changement. Il veut qu'on débute toujours par de larges saignées. Il conseille même, dans les cas graves, d'ouvrir simultanément une veine à chaque bras. Il repousse l'artériotomie, parce qu'elle n'offre pas les avantages qu'on lui accordait autrefois et parce qu'elle n'est pas toujours exempte de dangers. Après les saignées générales, si la femme est forte et si la maladie date de quelques heures seulement, il fait placer des sangsues en grand nombre autour des malléoles; dans le cas contraire, il les établit en permanence, et deux par deux seulement.

Puis doivent venir les sinapismes promenés sur les membres ou appliqués entre les deux épaules. Il les préfère aux vésicatoires, qui ont été également préconisés. Je dirai à cet égard que, pour mon compte, je suis très disposé à repousser d'une manière générale non-seulement les révulsifs précédents, mais encore presque tous ceux qui ont été vantés. Je comprends dans cette exclusion surtout ceux qui n'agissent qu'à la condition de produire une douleur plus ou moins vive, ou tout au moins une sensation pénible. J'ai remarqué bien souvent que tout ce qui est de nature à irriter ou à impressionner désagréablement les malades avait une influence marquée sur le retour des accès, et je suis convaincu que ce qu'il y a de mieux à faire une fois qu'on a rempli les indications fondamentales, c'est de les laisser dans le repos le plus absolu. Le toucher lui-même ne doit être pratiqué qu'avec beaucoup de réserve. J'ai vu des femmes qui ne pouvaient y être soumises sans qu'une nouvelle attaque se manifestât; je ne crois pas non plus, quoi qu'en dise notre confrère, qui invoque à ce sujet l'autorité du père de la médecine, que les bains soient un moyen à employer. Pendant l'accès, ce serait matériellement impossible; pendant la période de coma, outre les difficultés de l'exécution et la crainte de l'apparition d'une nouvelle attaque, il n'est pas bien sûr qu'on eût à se féliciter d'y avoir recours.

Mais je suis de son avis pour exclure les narcotiques et les vomitifs. Je passe sous silence une foule d'autres petits moyens qui se trouvent indiqués partout et dont les avantages sont au moins problématiques. Je dirai seulement un mot du chloroforme, que M. Mascarel réserve, ainsi que les antispasmodiques, pour les cas où les émissions sanguines sont tout à fait inapplicables. Les quelques essais qui ont été faits sous ce rapport ne me paraissent pas encourageants, et à mon sens le raisonnement ne conduit pas à l'emploi de cet agent.

Mais il est une autre question d'une grande importance, qui, sans avoir été négligée dans le travail dont je vous rends compte, n'a pas été peut-être suffisamment étudiée : je veux parler de l'opportunité de la provocation de l'accouchement ou même de l'avortement, selon l'époque de la grossesse où se manifeste l'éclampsie. Il y a quelques années à peine le problème était résolu par presque tous les accoucheurs dans le sens de l'affirmative.

Aujourd'hui beaucoup se montrent plus réservés, et je suis de ce nombre. Les faits très multipliés qui prouvent que les convulsions peuvent persister et même se terminer par la mort après la déplétion spontanée ou artificielle de l'utérus m'ont depuis longtemps convaincu que là n'était pas l'indication première et fondamentale. Que pourrait-on espérer, par exemple, de la provocation de l'avortement? Ne sait-on pas que, quelle que soit la méthode à laquelle on s'adresse, plusieurs heures, plusieurs jours même sont souvent nécessaires? L'éclampsie avec sa marche la plus habituelle permettrait-elle de compter sur un moyen dont l'action devrait être aussi tardive? Mais ce n'est pas tout. Ceux qui ont observé avec soin beaucoup de femmes éclamptiques ne savent-ils pas combien tout ce qui est de nature à irriter, combien surtout les excitations qui s'adressent à l'utérus ont une influence fâcheuse sur la marche et le retour des accès convulsifs? Ce qu'il y a de mieux à faire sous ce rapport, c'est de s'en rapporter à la nature qui sollicite souvent des contractions spontanées qui conduisent plus sûrement à l'expulsion du produit de la conception lorsqu'elle est inévitable. On ne s'expose pas de la sorte à compromettre volontairement certaines grossesses qui peuvent résister à l'orage, quand on a été assez heureux pour le conjurer par les émissions sanguines.

J'ai communiqué dans le temps à l'Académie une observation qui prouve qu'il peut en être ainsi. Elle est relative à une femme qui fut atteinte d'éclampsie à la fin du troisième mois de sa grossesse, et qui, malgré seize attaques bien caractérisées, arriva ensuite à son terme, et accoucha sans nouvel accident d'un enfant vivant. Ce fait, quant au résultat, est loin d'être unique dans la science; j'en ai moi-même recueilli plusieurs.

Dans la seconde condition que je suppose, on n'a pas même pour excuse l'intérêt de l'enfant, qui n'est pas viable. Mais en supposant que la grossesse ait atteint le huitième ou le neuvième mois, cet intérêt, tout puissant qu'il soit, doit-il faire adopter une conduite différente? Je ne le pense pas davantage. A la provocation de l'accouchement sollicité à cette période de la gestation s'adressent tous les reproches dont j'ai parlé en discutant l'opportunité de l'avortement provoqué. Ici encore le résultat désiré ne peut être espéré que dans un avenir trop éloigné pour qu'il puisse être considéré comme un moyen de salut soit pour la mère, soit pour l'enfant. La marche de l'éclampsie est ordinairement trop rapide et trop aiguë. Il faut une médication plus prompte et plus sûre, et, je l'ai déjà dit, c'est dans les émissions sanguines surtout qu'on peut espérer la trouver.

L'accouchement forcé, qui de prime abord semble exclure la plupart des inconvénients que je viens d'indiquer, ne me semble pas devoir être plus favorablement accueilli. Ce n'est pas une chose aussi simple qu'on pourrait se l'imaginer que de pénétrer violemment dans la ca-

vité d'un utérus dont le col, encore long et résistant, est plus ou moins complétement fermé. C'est cependant ce qui a lieu le plus habituellement, puisque la plupart des éclamptiques sont primipares. Mais en admettant qu'après avoir fait ou non des incisions la main ait franchi l'obstacle, ceux qui ont exécuté de semblables opérations savent que de nouvelles difficultés peuvent se présenter pour l'extraction de l'enfant, qui ne trouve pas une voie suffisamment préparée, et dont la vie court les plus grands dangers, surtout si on l'engage par l'extrémité pelvienne. Du côté de la mère, les accidents à redouter ne sont pas moins sérieux. Qui pourra répondre, par exemple, qu'une déchirure de l'utérus ne sera pas la conséquence d'une semblable manœuvre? Je ne veux pas insister davantage; qu'il me suffise d'ajouter qu'ici encore, outre qu'on n'est pas sûr de se rendre maître des convulsions, on compromet certainement une grossesse qui à l'aide d'une tout autre médication aurait pu peut-être parvenir jusqu'à son terme. Dans le courant de l'hiver de 1836, j'ai assisté mon savant maître M. P. Dubois dans une opération de ce genre, qu'il pratiqua sur une dame de Montrouge. Après plusieurs incisions pratiquées sur le col, le forceps fut appliqué au-dessus du détroit supérieur. Un enfant mort fut extrait. Les convulsions, loin de s'arrêter, semblèrent prendre une nouvelle intensité, et la mère ne tarda pas à succomber. Il nous a souvent répété, dans ses leçons cliniques, qu'il n'avait pas été plus heureux dans d'autres cas analogues. Je puis ajouter que moi-même, dans deux circonstances, j'ai obtenu un résultat tout aussi déplorable, et que je me crois suffisamment éclairé sur ce point pour proscrire à tout jamais l'accouchement forcé dans la condition que j'ai supposée. Sans être rares, les circonstances précédemment indiquées ne sont cependant pas celles qu'on observe le plus communément; souvent, au contraire, les convulsions n'éclatent qu'alors que le travail s'est déclaré depuis un temps plus ou moins long, ou bien l'éclampsie, qui s'est manifestée la première, a eu pour conséquence de mettre en jeu la contractilité de la matrice, et dans les deux cas, lorsque le médecin est appelé, il constate que le col de l'utérus a subi des modifications variables, mais dont le degré doit être pour lui la source d'indications diverses.

Supposons d'abord que ce col soit complétement dilaté ou suffisamment dilatable, faudra-t-il de prime abord songer à terminer l'accouchement et se hâter d'intervenir par le forceps ou la version? Comme dans les cas précédents, c'est par des émissions sanguines qu'il convient de débuter. Seulement ici, l'extraction de l'enfant étant en général chose facile, on ne devra pas tarder à y recourir pour le soustraire, s'il est possible, aux dangers que lui font courir les phénomènes convulsifs de la mère. Peut-être celle-ci, de son côté, trouvera-t-elle quelques avantages dans la prompte déplétion de l'utérus et dans l'écoulement de sang qui en est habituellement la conséquence.

Mais si le col, quoique en partie dilaté, ne l'est pas encore suffisamment pour qu'on puisse agir par les moyens ordinaires, est-il utile, lorsqu'on a rempli les indications que je regarde comme fondamentales, de *brusquer* l'accouchement et de pénétrer dans l'utérus, soit avec la main, soit avec l'instrument, à travers l'orifice préalablement incisé? Je crois que le parti à prendre devra être dicté par l'état de l'enfant. Si l'auscultation permet de constater qu'il est encore vivant, l'espoir de lui conserver la vie légitimera complétement une semblable opération; si, au contraire, on acquiert la certitude qu'il a cessé de vivre, pourquoi se presser, s'il est vrai, comme je le pense, que l'intérêt bien entendu de la femme n'a pas grand'chose à gagner à une intervention aussi brusque et aussi violente?

Le traitement de l'éclampsie qui survient après l'accouchement ou qui, ayant commencé pendant la grossesse, dure encore après la déplétion de l'utérus, découle naturellement de tout ce qui précède. Si la saignée a été poussée sans succès jusqu'à ses dernières limites, on peut, ainsi que le propose notre confrère, insister sur les antispasmodiques et les révulsifs de toute sorte. C'est encore sur elle qu'il faut fonder tout son espoir si les forces de la malade permettent d'y recourir encore.

Après avoir rendu justice aux autres parties du mémoire de M. Mascarel, M. Depaul propose les conclusions suivantes, qui sont adoptées à l'unanimité :

1° Le remercier de sa nouvelle et intéressante communication;
2° Renvoyer son mémoire au comité de publication;
3° Inscrire son nom sur la liste des candidats aux futures places de correspondants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 21 décembre 1853.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey remet, au nom de M. le professeur Heyfelder, membre correspondant, les ouvrages suivants :

Tuppert. *Beitrag zür Kenntniss der functionellen Erkrankungen des Herzens.*
Kern. *Ueber die Beurtheilung des Fleisches kranker Hausthiere hinsichtlich seiner Schadlichkeit als Närungsmittel für Menschen.*
Lammers. *Ueber das Zwischenkieferbein des Menschen und sein Verhältniss zu Hasenscharte und Wolfsrachen.*
Schlier. *Ueber die Ursachen und die Behandlung des Kothbrechens.*
Martin. *Die Combinations verhaeltnisse des Krebses und der Tuberculose.*
Keller. *Ueber resections des gauzen Unterkiefers.*
Prinz. *Ueber den Widernaturlichen After.*
Leupoldt. *Ueber die Harnruhr.*
Bibra. *Uber Chile.*

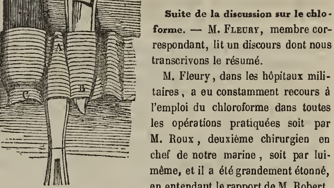
— M. le professeur Alquié, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, adresse un *mémoire sur un nouveau procédé d'amputation du sein.*

L'ordre du jour étant trop chargé, la lecture de ce travail est remise à une autre séance.

— M. le docteur Valette (de Metz) adresse une *note sur la valeur de la résection articulaire de la malléole dans les cas de carie.*

Ce travail est renvoyé à la commission chargée de rendre compte d'autres travaux de M. Valette.

— M. Charrière fils adresse à la Société un nouveau modèle de trousse, dans lequel les compartiments destinés à placer les instruments, au lieu d'être en velours ou en cuir, sont en tissu élastique. En voici la figure.



Suite de la discussion sur le chloroforme. — M. Fleury, membre correspondant, lit un discours dont nous transcrivons le résumé.

M. Fleury, dans les hôpitaux militaires, a eu constamment recours à l'emploi du chloroforme dans toutes les opérations pratiquées soit par M. Roux, deuxième chirurgien en chef de notre marine, soit par lui-même, et il a été grandement étonné, en entendant le rapport de M. Robert, de voir la minutie des préceptes multipliés indiqués comme nécessaires dans une opération qui lui paraît ne commander que les règles les plus ordinaires de la prudence.

« Je vous avoue, dit M. Fleury, que cette lecture m'a donné le frisson, un frisson passager, il est vrai; car il m'a suffi de jeter un coup d'œil sur ma pratique passée et d'interroger mes convictions chirurgicales puisées dans cette pratique et dans les leçons de M. J. Roux pour secouer tout le chaos d'irrésolution et de timidité dans lequel m'avait plongé tout ce que je venais d'entendre. »

M. Fleury, en examinant les faits de mort, frappé de la rapidité des accidents qui n'apparaissent généralement qu'au début de l'inhalation, admet aussi une idiosyncrasie. On doit donc s'efforcer de reconnaître par des études suivies et persévérantes les signes qui peuvent faire préjuger cette disposition spéciale à certains individus. Mais ces faits déplorables et tout à fait exceptionnels ne sauraient faire repousser l'anesthésie, en raison des bienfaits avérés qui lui sont dus.

M. Fleury termine ensuite en ces termes :

« Regardez-vous les règles relatives au dosage et à la manœuvre du chloroforme posées dans votre rapport comme assez importantes pour que je doive abandonner une pratique qui, bien que en dehors de ces règles, a été sanctionnée par un succès constant: puisqu'il nous a été donné d'observer toutes les nuances décrites dans l'échelle de l'éthérisme, et que cependant le professeur J. Roux n'a jamais éprouvé les angoisses des chirurgiens qui ont craint de voir succomber les malades sous leurs yeux.

» Si, restant fidèle à cette pratique chez un malade présentant une de ces organisations mentionnées comme excluant l'emploi du chloroforme, on avait à déplorer une funeste terminaison, les conclusions de votre rapport, discutées dans une société aussi éminente, ne pourraient-elles pas devenir entre les mains des magistrats une arme terrible pour une accusation de témérité et peut-être d'impéritie?

» Enfin, pourquoi ne dirais-je pas toute ma pensée? n'eût-il pas été convenable, profitable de proclamer hautement ce que laisse entrevoir votre rapport, l'existence d'idiosyncrasies fatales, et comme conséquence, l'impuissance actuelle et absolue des méthodes, et la nécessité de diriger toutes les investigations vers les signes capables de nous faire reconnaître ces funestes organisations.

» Je pourrais encore soulever une autre question que je crois fort importante, je ne veux que l'indiquer. Elle ressort de ce que j'ai dit en débutant du danger d'un trop grand retentissement donné aux accidents causés par le chloroforme. Toutes les morts relatées ont-elles été réellement causées par le chloroforme agissant comme agent toxique?

» J'apporterai comme élément à la discussion et notre propre confiance, qui pour quelques-uns aura pu être taxée de témérité, et la confiance illimitée de nos malades, dégagés de toute préoccupation sur les dangers du chloroforme, car l'écho de vos terreurs n'est pas encore parvenu jusqu'à eux. »

M. Forget lit ensuite un discours dont nous donnons une analyse.

Je ne pense pas, dit M. Forget, que dans l'état où se trouve aujourd'hui la question du chloroforme, on puisse prendre parti pour le vote scientifique par lequel l'Académie de médecine, il y a quelques années, consacrait l'innocuité de cette substance anesthésique, subordonnant son administration à l'observance de règles définies et déterminées à l'avance. Aussi appuie-t-il les deux premières conclusions de M. Robert, tout en disant que dans plusieurs faits qui leur ont servi de base le procédé d'inhalation n'est pas à l'abri de tout reproche; ce sont ceux dans lesquels la surface d'évaporation du chloroforme a été maintenue à deux centimètres, et même à un seul de l'entrée des voies aériennes. Pour quiconque s'est rendu compte du degré de densité relative des vapeurs chloroformiques et de l'air atmosphérique, il est évident qu'à une aussi faible distance de l'éponge ou du mouchoir, le malade respire le chloroforme sinon pur, du moins mélangé à une proportion d'air insuffisante. Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, ce sont précisément les cas de mort qui ont presque toujours eu lieu quand on s'est servi du même procédé. C'est cette même considération qui m'avait porté à conseiller, à l'exclusion de tout autre, l'usage de l'appareil inhalateur de M. Charrière, auquel M. Robert s'est rallié.

Quant à l'emploi du chloroforme dans la pratique de la chirurgie de préférence à tout autre anesthésique, j'ai peine à comprendre que M. Robert persiste à le recommander, et aille jusqu'à dire que vouloir y renoncer c'est s'attaquer à l'anesthésie même.

Je fonde cette manière de voir :

1° Sur l'opinion de notre honorable collègue, qui n'hésite pas à reconnaître que les syncopes, avant l'emploi du chloroforme, étaient, dans le cours d'une opération, beaucoup plus rares qu'elles ne le sont, et qu'un cas de mort était un fait presque inouï.

2° Sur cette quatrième conclusion de M. Robert, *que le chloroforme prédispose à la syncope et rend celle-ci plus grave quand elle survient*;

3° Sur les expériences qui prouvent que dans les mêmes circonstances où il suffit d'une minute ou deux pour foudroyer un chien avec le chloroforme, il ne faut pas moins d'un quart d'heure pour obtenir le même résultat avec l'éther.

Enfin, ajoute M. Forget, il est un fait nouveau qui devrait, pour M. Robert, qui l'accepte d'après M. Bikersteth, et qui en a constaté l'exactitude par sa propre observation, exercer une influence décisive sur l'avenir du chloroforme; j'entends parler du retentissement que l'acte opératoire exercerait sur l'économie malgré l'état anesthésique; retentissement *qui, à lui seul, n'eût pas suffi à produire la syncope ni la mort, mais qui, joint à l'affaissement anesthésique, peut produire l'une et l'autre.*

N'est-il pas manifeste que si l'observation de M. Bikersteth est exacte, si le retentissement du traumatisme, dont on croyait bien les malades préservés grâce à l'anesthésie, subsiste malgré le chloroforme; elle est d'autant plus à redouter que celle-ci a été plus profonde; car, pour abolir les facultés sensoriale et motrice, il faut nécessairement déprimer dans une limite considérable la puissance d'innervation en vertu de laquelle tout individu résiste à l'influence perturbatrice de l'acte opératoire. Or, dans les conditions nouvelles où il est placé par l'anesthésie, il se trouve désarmé devant cette influence, et hors d'état de réagir contre elle.

M. Forget pense qu'il y a là une raison très forte de ne pas porter l'anesthésie aussi loin que le conseille M. Robert, c'est-à-dire jusqu'au collapsus musculaire complet, jusqu'à cet état de docilité de la part du malade que l'on a comparé à celle d'un cadavre. En présence du nouveau danger signalé par M. Bikersteth, il pense qu'on doit tenir peu compte de l'inconvénient que l'on a reproché à l'anesthésie incomplète, c'est-à-dire d'une certaine agitation que quelques malades auraient offerte pendant l'opération, et qui est très compatible avec l'insensibilité.

Une autre raison de ne pas faire une règle absolue de l'anesthésie profonde, c'est le danger consécutif auquel celle-ci expose, et que M. Robert a résumé dans sa treizième conclusion; à savoir, *que lorsqu'un malade a absorbé de grandes quantités de chloroforme, il faut se tenir en garde contre la syncope consécutive.*

Pour tous ces motifs, je persiste à croire que le but du chirurgien doit être de rechercher le degré d'insensibilité qui, sans se révéler par son collapsus musculaire profond, suffit néanmoins à faire perdre au malade la conscience de la douleur.

En cherchant à maintenir l'anesthésie dans cette limite, on reste maître de l'augmenter au besoin, tandis qu'on ne peut plus la diminuer quand par malheur on s'aperçoit qu'elle a été trop loin.

Ensuite le retentissement du traumatisme sur la sensibilité organique est moins à craindre, car l'individu est plus en état de lui résister.

Enfin, ajoute M. Forget, l'anesthésie ainsi pratiquée m'a paru suffisante dans la plupart des cas; à son appui, j'ai déjà cité les observations de M. Hervez de Chégoin; je pourrais en rapprocher beaucoup d'autres que j'ai recueillies dans les hôpitaux, où je me suis assuré que l'on est en général moins hardi en action qu'en précepte. Cette pratique d'ailleurs est celle d'un grand nombre d'accoucheurs : dans un récent écrit, M. le docteur Chailly prouve que ce qu'il appelle le procédé d'atténuation de la douleur est employé avec succès sur plusieurs femmes dans des cas graves d'accouchement artificiel, dont elles n'eurent pas conscience. Or, s'il est une douleur dont on se souvient toujours quand on l'a éprouvée une fois, c'est sans contredit celle d'un accouchement laborieux.

En résumé, je persiste à croire que l'anesthésie ainsi pratiquée peut suffire pour un très grand nombre d'opérations.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport fait par M. Larrey au nom de la commission nommée pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante. Nous donnons ce rapport, qui a été adopté à l'unanimité :

« Les rapporteurs soussignés des commissions qui ont examiné les travaux de MM. Bouvier, Richard et Fano, pour leur candidature à la Société, ont apprécié comparativement les titres de ces trois honorables candidats, et, après en avoir conféré, ils s'empressent, à l'unanimité, de proposer l'élection de M. Bouvier pour la première place de membre titulaire déclarée vacante à la Société de chirurgie.

» H. Larrey, A. Richet, E. Chassaignac. »

Dans la première séance, on procédera à l'élection.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Concours pour la nomination à trois places de médecins au bureau central de Paris. — Ce concours sera ouvert le 28 janvier 1854, à midi, dans la salle des concours de l'administration de l'assistance publique.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration; ils justifieront en même temps de leur âge, et déposeront leurs titres. Le registre pour l'inscription des candidats sera clos le 12 janvier 1854.

— Un concours pour une place de chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu de Lyon s'ouvrira dans cette ville le 8 mai prochain.

— M. le professeur Nélaton est depuis quelques jours retenu par une indisposition heureusement peu grave. Pendant son absence, il est suppléé à la Clinique par M. le docteur A. Richard.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Traité clinique et pratique des maladies des vieillards, par M. Durand-Fardel, d.-m.-p., ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation, membre correspondant et lauréat de l'Académie impériale de médecine, médecin inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy. — 1 vol. in-8° de 928 pages. Prix : 9 fr. — Paris, Germer Baillière.

Le Secrét.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 3. — SAMEDI 7 JANVIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 3. — SAMEDI 7 JANVIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les antres pays d'Europe, le port en sns suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra. — Marche. (M. ROSTAN) (1).

Nous sommes heureux de pouvoir commencer cette Revue comme nous avons commencé l'année, en disant que le choléra a presque complétement disparu depuis les derniers jours de décembre. S'il y en a encore quelques cas dans la ville ou dans les hôpitaux ils sont si peu nombreux, qu'il n'est plus nécessaire d'en présenter la statistique.

Bien que le choléra soit une affection essentiellement continente, comme auraient dit les anciens, il présente malgré cela d'assez grandes irrégularités dans sa marche. Ainsi dans quelques cas la maladie semble s'arrêter tout à coup, comme elle s'est développée brusquement, sans prodromes, sans symptômes précurseurs. La diarrhée, les vomissements, les crampes cessent ; la chaleur revient, la cyanose se dissipe, les sécrétions supprimées reparaissent, tout se rétablit dans l'ordre comme par enchantement. Mais ce retour soudain à la santé ainsi que l'invasion d'emblée ne s'observent que dans des circonstances assez rares. Le plus souvent, de même que l'invasion du choléra a été précédée de symptômes précurseurs, sa terminaison n'a lieu que d'une manière graduelle, progressive, et en passant par la période de réaction que nous avons décrite, et qui est encore elle-même un état morbide, et un état morbide souvent très grave, puisque, ainsi que nous l'avons dit, un grand nombre de malades succombent dans cette période.

On a vu que cette réaction pouvait varier beaucoup par son intensité, être trop forte, pas assez ou moyenne. Elle varie beaucoup, en outre, par sa marche et par les phénomènes qui la caractérisent. C'est dans cette période, en effet, que l'on observe les plus grandes irrégularités. Tantôt, après s'être annoncée avec tous les caractères de la fièvre réactive franche, elle semble s'arrêter tout à coup, revenir en quelque sorte en arrière, et le malade, qui semblait en voie de guérison, retombe de nouveau dans l'état algide ; d'autres fois elle s'établit avec une extrême lenteur, et reste au-dessous du type et du degré nécessaire au rétablissement normal des fonctions ; elle est insuffisante, les malades restent dans la demi-algidité, ils ne sont qu'incomplétement réchauffés, et ils tombent dans une sorte d'état de somnolence dont l'issue est le plus souvent mortelle. Cet état de réaction incomplète a été observé sur un assez grand nombre de malades pendant le cours de l'épidémie actuelle. Enfin, dans quelques cas plus rares, la réaction s'établit d'une manière insensible, et la maladie semble se terminer par *lyse*, comme disaient les anciens.

(1) Voir les numéros des 10 et 31 décembre 1853.

Un point extrêmement intéressant et des plus curieux de l'histoire du choléra, c'est celui qui est relatif à l'influence qu'il exerce sur les maladies préexistantes. On a vu, à cet égard, les résultats les plus singuliers et les plus inattendus. Tantôt le choléra guérit les affections préexistantes, quelquefois il les aggrave, d'autres fois il n'exerce sur elles aucune influence, et celles-ci reprennent leur cours naturel après la cessation du choléra, comme si de rien n'était.

Une femme couchée dans le service de M. Rostan présente en ce moment un exemple bien remarquable, et à coup sûr bien imprévu, de ce genre d'influence. Cette femme, phthisique au dernier degré, et qui a une caverne énorme dans les poumons, a été atteinte d'une attaque de choléra très grave, à laquelle on ne doutait pas qu'elle dût succomber. Non-seulement elle en a guéri, mais encore elle est depuis lors beaucoup mieux sous le rapport des symptômes de la phthisie pulmonaire. Sans doute elle n'a pas guéri et ne guérira pas de cette maladie, mais cette amélioration dans son état général à la suite d'une affection aussi grave, et qui semblerait avoir dû user le peu de forces qui lui restait, est un effet des plus curieux.

Il y a aussi dans les salles de M. Rostan un jeune homme qui a dû à une attaque de choléra la guérison d'une maladie dont la gravité, il est vrai, n'est pas comparable à celle dont il vient d'être question. Ce jeune homme avait un phlegmon de la région iliaque dont le pronostic ne laissait pas que d'inspirer quelques appréhensions. Sous l'influence d'une atteinte de choléra intense, son phlegmon a été complétement résolu, ou n'en a plus retrouvé de trace.

M. Rostan a rappelé, à cette occasion, un fait analogue qu'il a observé en 1849.

Il s'agit d'une jeune personne qui, à la suite d'une vive inquiétude, tomba paraplégique. Tout portait à penser qu'il n'existait point une lésion profonde de la moelle ; cependant les traitements les plus énergiques restèrent sans effet ; loin de là, la paralysie faisant incessamment des progrès, menaçait de devenir bientôt générale, lorsque survint une attaque de choléra très grave. La malade guérit de son choléra, et à mesure qu'elle avançait dans la convalescence la paralysie diminua graduellement, et elle finit par guérir tout à la fois et des suites du choléra et de la paralysie.

Il semble donc que le choléra, en portant une perturbation profonde dans l'économie, serve de crise dans quelques circonstances par rapport aux maladies préexistantes.

Nous venons de parler de crise. Y a-t-il des crises dans le choléra ? Il n'y a dans le cours de cette affection aucun phénomène qui puisse rappeler l'idée de crise.

Quelques médecins ont cru voir dans le choléra une affection intermittente, une sorte de fièvre pernicieuse, et en vue de cette idée ils ont préconisé le sulfate de quinine ; ils se sont manifestement trompés, le choléra est une maladie essentiellement continue.

Ajoutons qu'elle est aussi essentiellement aiguë et d'une durée en général très courte.

En 1832, il a été dressé un tableau de la durée de la maladie qui a donné les résultats suivants :

Sur 4,965 individus,	294	sont morts	de 1 à 6 beures.
	615	—	de 6 à 12 —
	492	—	de 12 à 18 —
	1,173	—	de 18 à 24 —

Ce qui donne. . . . 2,474 sujets morts dans les 24 heures, c'est-à-dire près de la moitié.

Sur les 2,494 restants,	823	sont morts	du 1er au 2e jour.
	520	—	du 2e au 3e —
	382	—	du 3e au 4e —
	240	—	du 4e au 5e —
	125	—	du 5e au 6e —
	79	—	du 6e au 7e —
	171	—	du 7e au 8e —
	35	—	du 8e au 9e —
	36	—	du 9e au 10e —
	111	—	du 10e au 15e —
	19	—	du 15e au 20e —

La durée de la maladie ainsi que son intensité peuvent être influencées d'ailleurs par des circonstances encore mal appréciées. Il n'est pas douteux toutefois que les bonnes conditions hygiéniques et le bon état de santé antérieure ne diminuent les chances fâcheuses de la maladie et la proportion de la mortalité. Ainsi, lorsqu'on évalue à 50 p. 100 la mortalité cholérique, ce chiffre représente la moyenne générale ; mais il n'est pas douteux que cette moyenne ne fût modifiée si l'on établissait des catégories suivant les conditions individuelles et les localités, et suivant aussi les divers modes de traitement employés.

Enfin, la durée de la maladie est plus courte dans le commencement de l'épidémie ; sa brièveté est en rapport avec son intensité, qui est en général d'autant plus grande qu'on est plus près du début de l'épidémie. Son intensité s'amoindrissant vers sa période d'état, et allant en décroissant à mesure qu'elle approche de son déclin, sa durée augmente proportionnellement.

Nous venons de dire que le choléra est une maladie essentiellement aiguë. Peut-elle devenir chronique dans certaines circonstances ? Comme expression complète de la maladie, non ; mais il est quelques symptômes du choléra qui peuvent persister plus ou moins longtemps après la cessation de l'ensemble des phénomènes cholériques, et constituer un véritable état chronique, ainsi que nous en avons déjà cité quelques exemples.

Le choléra est sujet à de fréquentes rechutes. On en a pu voir plusieurs exemples déjà dans l'épidémie actuelle ; nous en avons eu notamment un exemple très récent dans les salles de M. Rostan. Un jeune homme convalescent du choléra était sorti parce qu'on lui refusait des aliments, qui eussent été prématurés. Sitôt arrivé chez lui il se mit à manger, eut une indigestion, et le surlendemain de sa sortie on le ramena à l'hôpital dans un état algide et avec tous les symptômes d'une deuxième attaque de choléra, dont il a heureusement guéri.

Le choléra est également sujet à récidive, contrairement à ce qui a lieu en général pour les maladies par intoxication. Il serait superflu d'en citer des exemples, qui sont communs et connus de tout le monde.

Les complications du choléra sont du plus grand intérêt à étudier ; elles seront, avec le traitement, l'objet d'un dernier article.

Un mot sur les diverses méthodes de traitement des varices. Causes de leur inefficacité. — Motifs d'abstention.

Les tentatives faites récemment dans le but de guérir les varices

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations (1), par M. le docteur BRIQUET.

La conservation de la vie de l'homme, la prophylaxie et le traitement curatif des maladies nombreuses qui le menacent ou l'atteignent à chaque moment de son existence, voilà, selon nous, le but unique et réel de la médecine et des différentes sciences qui s'y rattachent. Sans prétendre blâmer ceux qui se livrent de préférence à des vues théoriques et spéculatives, à l'étude de ce que l'on est convenu d'appeler les généralités de la science, nous ne pouvons nous empêcher de mettre beaucoup au-dessus d'eux ces patients et laborieux expérimentateurs qui consacrent tout leur temps à l'observation des malades, appliquent toutes les forces de leur intelligence à l'appréciation comparative des médications, et tâchent de tirer de leur rapprochement des inductions utiles ; ceux, en un mot, qui envisagent surtout le résultat pratique. Si leur rôle est moins brillant, leurs travaux sont plus profitables à l'humanité et réservés à un plus long avenir. Les théories changent ; les faits acquis par une observation sérieuse ne périssent jamais.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 7 fr. — Chez V. Masson.

Le livre dont nous allons essayer de rendre compte est une de ces œuvres graves et consciencieuses qui se recommandent tout d'abord et par l'importance du sujet et par le nom de l'auteur, connu déjà depuis longtemps dans le monde scientifique par des travaux d'une haute valeur. Mieux qu'à tout autre il appartenait à M. Briquet d'écrire l'histoire du quinquina et de ses préparations, à lui qui a fait une véritable découverte thérapeutique, celle de la médication par le sulfate de quinine à haute dose.

Ce n'est pas seulement, comme on pourrait le croire, l'étude de cette médication nouvelle que s'est ici proposée M. Briquet, mais bien un traité complet, tant physiologique que thérapeutique, de l'action du quinquina et de ses préparations, administrées à toutes les doses.

« C'est un traité, dit l'auteur, dans lequel tout ce qui a rapport à ces » médicaments a été expérimenté, analysé, réglé d'une manière aussi » précise que le peuvent être la théorie de physique la mieux accréditée et l'opération chirurgicale la mieux réglée ; traité dans lequel je » me suis efforcé de faire du quinquina, et surtout de ses alcaloïdes, » un véritable instrument dont la portée et le mécanisme puissent être » déterminés d'une manière en quelque sorte mathématique. »

En quelque sorte mathématique, a dit M. Briquet, et il a eu raison de mettre ce correctif auprès d'une expression qui serait par trop absolue en médecine. Ne faut-il pas, en effet, tenir compte, dans l'administration d'un médicament, des différences de constitution, de tempérament, de force et de faiblesse des sujets ? D'autre part, l'intensité, l'étendue, l'*âge* de la maladie, ne sont-ils pas autant de circonstances à prendre en sérieuse considération, et qui viennent modifier à chaque instant les résultats de l'expérimentation ?

Pour arriver à la détermination de lois aussi rapprochées que possible de la vérité, M. Briquet a pensé qu'il fallait, avant tout, chercher à se rendre compte des effets produits par le médicament sur l'homme sain ; et pour atteindre son but, il n'a pas craint d'administrer certains sels fort énergiques, le sulfate de quinine, par exemple, à des doses poussées presque jusqu'à l'intoxication. C'est à l'histoire de ces expériences qu'est consacrée la première partie tout entière, dans laquelle on trouve consignée l'influence exercée par le quinquina et ses préparations sur les principaux appareils et sur les principaux fluides de l'économie.

Des expérimentations et des observations physiologiques ressortent les faits suivants :

1° Que les préparations quiniques exercent sur la circulation une dépression bien évidente en agissant directement sur la puissance contractile du cœur, et non par l'intermédiaire du cerveau, comme l'ont pensé quelques auteurs ;

2° Que cette dépression est telle que l'hémodynamomètre de M. Poiseuille n'accuse plus que la moitié de la tension normale ;

3° Que le nombre des battements du cœur est ralenti en raison de la dose donnée à l'homme ou à l'animal ;

4° Enfin que l'effet du médicament est d'augmenter la proportion de la fibrine ou du sérum en diminuant celle des globules.

Voilà pour la circulation.

au moyen du perchlorure de fer donnent un caractère d'actualité et d'opportunité aux considérations historiques suivantes sur le traitement des varices en général, que nous empruntons à la clinique de M. Nélaton.

Un malade entré dans les salles de M. Nélaton pour des fistules urinaires portait en même temps de nombreuses varices au membre inférieur gauche. M. Nélaton, se demandant s'il y avait lieu d'entreprendre quelque chose pour ce malade, s'est décidé pour l'abstention, et voici les motifs qu'il a fait valoir pour justifier cette conduite.

On s'est de tout temps beaucoup préoccupé des moyens de traitement des varices, et on a successivement institué une foule de méthodes, telles que la résection, la cautérisation, l'ablation des caillots, etc., qui ont été alternativement abandonnées, reprises et abandonnées de nouveau. Les choses en étaient là au commencement de ce siècle, et les varices étaient à peu près généralement laissées sans traitement, lorsque Béclard proposa de leur appliquer la ligature comme pour les artères anévrismales. Il espérait par ce moyen convertir le grand courant sanguin ascensionnel de la veine variqueuse en une sorte d'impasse dans laquelle la masse sanguine viendrait se coaguler. Une étude plus attentive de la disposition et des rapports des veines entre elles ne tarda pas à démontrer que cet espoir d'oblitérer complétement le calibre d'une veine ne pourrait jamais se réaliser. Les voies circulatoires collatérales devaient infailliblement rétablir la circulation et par cela même perpétuer les varices. L'expérience démontra, en effet, les prévisions de la théorie ; ce que voyant, Béclard chercha à rendre son opération plus efficace et plus sûre en étreignant la veine entre plusieurs ligatures. Il parvint bien à produire une coagulation du sang dans une certaine étendue, mais la circulation ne s'en rétablit pas moins par les veines collatérales. Enfin, l'insuccès ne fut pas le seul résultat de ces tentatives : un résultat plus grave, la mort de plusieurs malades par suite de phlébite suppurative, dut en amener l'abandon complet. Dupuytren, après avoir essayé ce moyen, ne tarda pas également à l'abandonner.

On ne parlait plus beaucoup du traitement des varices en France, lorsque M. Bonnet (de Lyon), frappé des insuccès de la ligature et des accidents qu'elle entraîne, songea à faire de nouveaux essais avec les caustiques. On vient de voir quelle est la cause principale des insuccès de la ligature, c'est le rétablissement de la circulation par les voies collatérales; mais il est un autre fait qu'il est utile de connaître avant de juger la méthode de M. Bonnet.

Voici ce que M. Nélaton a constaté lui-même après plusieurs essais :

Il a fait des expériences de ligature sur des animaux, notamment sur la radiale d'un chien. Or voici ce qui arrive : vous découvrez la veine et vous l'étreignez dans une ligature; au bout de quelques jours, la veine est coupée par le lien. Vous examinez quelque temps après l'état des parties, et vous trouvez la circulation rétablie dans le point même où vous aviez pratiqué la ligature. La continuité s'était rétablie dans le vaisseau divisé par suite d'un travail d'adhésion cicatricielle. M. Bonnet connaissait probablement ce fait lorsqu'il entreprit ses nouvelles expériences de cautérisation, car il eut le soin de détruire par le caustique une certaine étendue de la veine, afin non-seulement d'interrompre toute communication actuelle, mais encore de prévenir toute possibilité de communication ultérieure. Le caustique dont il se servit fut la potasse à cautère; il obtint quelques succès.

M. Laugier, puis plus tard Aug. Bérard répétèrent cette opération; mais, au lieu de se servir de la potasse caustique, ils se servirent du caustique de Vienne, qu'ils appliquèrent par traînées de distance en distance, de manière à produire des masses d'escharres rapprochées, échelonnées les unes sur les autres. Ces chirurgiens obtinrent en effet des escbares et des coagulum plus ou moins étendus, puis au bout d'un certain temps les escbares furent éliminées. Mais ce temps de traitement ne fut pas toujours sans danger. On a observé plusieurs fois à cette époque des hémorrhagies inquiétantes et difficiles à réprimer. Eh bien ! malgré ce que cette méthode semblait avoir de rationnel, malgré les précautions minutieuses qui avaient été prises pour en assurer l'effet et pour en éloigner toutes chances d'accidents, l'espoir qu'on avait fondé a été déçu. Quelques malades ont succombé à l'infection purulente; et quant à la plupart des autres, ils ont vu revenir leurs varices par suite du rétablissement de la perméabilité des vaisseaux dans les points même qui avaient été oblitérés.

M. Nélaton s'est trouvé placé à cet égard dans les conditions les plus favorables pour apprécier les résultats de cette méthode. Chirurgien de Bicêtre quelque temps après l'époque où MM. Laugier, Bérard et Robert se livraient à ces tentatives, il a eu de fréquentes occasions de revoir des sujets opérés par ces chirurgiens; or, il a constaté chez tous les anciens opérés qu'il a vus le retour des varices et le rétablissement de la perméabilité des veines oblitérées. Il est bon d'ajouter toutefois que tous ces sujets convenaient avoir éprouvé un grand et durable soulagement après l'opération; et bien que les varices se fussent reproduites, ils avaient encore conservé une amélioration dans leur état; ils étaient en général exempts de ces ulcérations si fréquentes chez les sujets affectés d'anciennes varices. Reste à savoir si cette amélioration doit être attribuée au traitement, ou si elle n'est pas tout simplement le résultat du repos et du changement avantageux de régime auxquels la plupart de ces sujets se sont trouvés soumis depuis leur entrée à Bicêtre. Quoi qu'il en soit, cette méthode a été abandonnée à son tour. M. Bonnet lui-même est convenu que la phlébite adhésive qu'elle a pour objet de produire est le plus souvent insuffisante. Aussi a-t-il abandonné la potasse caustique pour le caustique de Vienne, et, suivant toute probabilité, il ne tardera pas à renoncer aussi à ce dernier, à moins qu'il ne prenne le parti de détruire la veine variqueuse dans une grande étendue. Encore même est-il douteux qu'il réussisse mieux par ce dernier parti, car M. Velpeau a échoué dans une circonstance analogue, bien qu'il eût détruit la veine dans une étendue de 5 à 6 centimètres.

Ainsi, la ligature échoue et donne lieu à des accidents menaçants. Il en est de même de la cautérisation. L'excision n'a peut-être pas les mêmes dangers, mais elle laisse subsister la dilatation veineuse au-dessus et au-dessous des points excisés, et laisse par conséquent subsister l'infirmité presque tout entière. Il faudrait donc, si l'on voulait guérir radicalement les varices, enlever la veine variqueuse dans une grande étendue; c'est ce qui a été fait par plusieurs chirurgiens, notamment par un chirurgien de Trieste, qui dit avoir pratiqué cette opération plus de soixante fois avec des résultats très satisfaisants. Une seule objection pèse encore sur ces observations, c'est que les guérisons ont été proclamées beaucoup trop tôt; ce n'est pas en quelques mois, en un an même, que l'on peut juger de semblables résultats, il faut plusieurs années pour s'assurer contre la récidive; il faut, d'un autre côté, s'assurer si la guérison ne dépend pas d'autres circonstances étrangères au traitement lui-même, telles qu'un changement dans les habitudes et la manière de vivre.

Dans ces derniers temps, un chirurgien de Bristol, M. Heratath, a émis sur les varices une théorie toute nouvelle. Suivant ce chirurgien, les varices reconnaissent pour cause un obstacle au mouvement ascensionnel du sang dans la veine crurale par suite d'un rétrécissement des orifices fibreux en forme de croissant qui comprimerait cette veine à son passage sous l'arcade crurale.

Comme conséquence de cette théorie, M. Heratath est arrivé tout droit à cette idée, qu'il n'y a qu'une chose à faire, c'est de débrider l'orifice fibreux en question. Il a, dit-on, obtenu de bons effets de cette pratique. M. Malgaigne a eu recours au même moyen, et assure également en avoir obtenu un bon résultat. Mais, outre qu'il serait prématuré de porter un jugement sur des résultats beaucoup trop récents pour qu'il soit possible de les apprécier à leur juste valeur; il y aurait à faire une petite objection à cette méthode, c'est qu'elle repose sur une pure hypothèse, sur une prétendue constriction que personne n'a vue.

Il a été question récemment du perchlorure de fer. Il ne paraîtrait pas, d'après les quelques essais tentés par M. Giraldès, que ce moyen ait d'inconvénients, mais il est encore trop tôt pour le juger; il faut attendre.

En définitive, dans l'état actuel des choses, il n'y a guère, suivant M. Nélaton, qu'un seul traitement des varices, c'est le traitement palliatif, c'est la compression uniforme du membre variqueux au moyen d'un bas élastique bien fait. Ce n'est pas le dernier mot de la chirurgie sans doute, mais c'est là jusqu'à nouvel ordre le seul moyen que la prudence et l'expérience justifient. Il est enfin un dernier point sur lequel M. Nélaton appelle l'attention des chirurgiens qui se livrent à des tentatives pour le traitement curatif des varices, c'est que ce n'est pas aux grosses varices, le plus ordinairement indolentes, qu'il importe le plus de porter remède, mais aux petites varices, et en particulier aux petites veines variqueuses de la face interne du pied habituellement le siége de vives douleurs.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Kyste hématique de la bourse anté-rotulienne. — Ponction. Injection iodée. — Guérison.

Dans les premiers jours de novembre 1853, un jeune religieux, rue des Francs-Bourgeois (au Marais), éprouva une douleur subite et violente au genou gauche, pendant qu'il était en prière dans la position à genou. Le lendemain au matin il pouvait constater que le genou avait augmenté de volume. La peau qui recouvre la rotule était douloureuse au toucher; elle présentait en outre un peu de gonflement et une coloration légèrement rougeâtre, avec des tons violets. Un peu de roideur et de difficulté se faisaient sentir pendant la marche, et ce n'était qu'à grand'peine que notre malade pouvait accomplir les devoirs de sa profession.

Cependant la partie antérieure du genou augmentait de volume, et une tumeur bien manifeste commençait à se dessiner.

Je vis le malade dans la journée du 18 novembre, et voici quel était son état :

C'est un jeune homme de vingt-quatre ans, blond, mais d'une assez robuste constitution. Il raconte qu'il y a quinze jours à peu près il a éprouvé une souffrance assez vive dans le genou gauche pendant qu'il était appuyé sur cette partie, et qu'une tumeur s'est développée rapidement en une nuit dans cet endroit. Depuis quelques jours le genou est devenu très douloureux.

Du reste, il n'y a point de fièvre, et c'est une affection tout à fait locale.

Examen de la tumeur. — Au niveau de la rotule gauche on trouve une tumeur du volume d'un œuf au moins; elle est arrondie, ou plutôt quadrilatère, car elle offre assez bien la forme de la rotule, sur laquelle elle repose. La peau qui la recouvre est dure, cornée, écailleuse. Du reste, la même disposition existe aussi du côté opposé. Malgré cet épaississement, la peau du côté malade n'en présente pas moins une rougeur diffuse, ou plutôt une coloration rosée, brunâtre par places, qui disparaît à la moindre pression.

Cette exploration fait naître un peu de douleur, surtout à l'endroit de la tumeur qui correspond au tendon rotulien. On peut constater en même temps un peu de chaleur et de tuméfaction dans le tissu même de la peau, c'est-à-dire dans l'enveloppe de la tumeur.

Quant à la tumeur elle-même, j'ai déjà dit qu'elle était au moins grosse comme un œuf; elle est élastique, rénitente, et les doigts méthodiquement appliqués en ses différents points peuvent percevoir une fluctuation moins liquide (si je puis ainsi dire) que celle donnée par du sérum ou du pus, et cependant non équivoque.

Evidemment le diagnostic ne pouvait rester longtemps incertain. Un épanchement de sang s'était développé dans la bourse prérotulienne sous l'influence de la pression du genou. Nous avions donc sous les yeux cette variété des tumeurs du genou que M. le professeur Velpeau a si bien décrite et fait connaître sous le nom de *kyste hématique*.

Dans ce cas particulier il y avait une complication. En effet, la rougeur diffuse, la douleur exquise de la peau indiquaient bien qu'un élément inflammatoire était venu s'ajouter à la maladie principale. Cette phlegmasie, qui était encore bornée aux enveloppes de la tumeur, pouvait s'étendre à la tumeur elle-même. Le foyer sanguin pouvait dès lors *s'échauffer* et se convertir rapidement en un foyer purulent. (Velpeau.)

Avant de songer à une cure radicale quelconque, il fallait d'abord faire disparaître la complication inflammatoire.

Le 19 novembre, dix sangsues furent donc appliquées en cercle autour de la rotule; des cataplasmes après les sangsues. Mais le malade,

---

Du côté de l'encéphale, on observe tout d'abord une excitation bien manifeste, d'une courte durée ordinairement et d'intensité modérée, excitation rapidement suivie des signes d'une sédation qui, par sa durée et son importance, constitue en quelque sorte la véritable action du médicament. L'encéphale résiste avec plus d'énergie que le cœur à l'action sédative du sulfate de quinine. Suivant l'auteur, l'un des effets les plus puissants qui résultent de la propriété destructive de la vie que recèle le quinquina, c'est la propriété d'enrayer les actes pathologiques qui nécessitent pour leur exécution le concours simultané d'un certain nombre d'organes; de prévenir, de cette manière, toute congestion, tout sentiment inflammatoire; d'entraver, en un mot, tout travail pathologique.

Sur la respiration, l'action du sulfate de quinine est beaucoup moins forte. Il ne produit sur les poumons aucune congestion, ni active, ni passive ; les autopsies cadavériques le prouvent. S'il y a eu chez quelques sujets, soit pendant des expérimentations physiologiques, soit pendant le cours d'un traitement, une certaine anxiété précordiale, une constriction épigastrique, une légère dyspnée, il est à peu près démontré que ces phénomènes sont purement nerveux. Dans un certain nombre d'expériences sur les animaux, la respiration et la circulation ont été ralenties de telle sorte que les poumons ont présenté les lésions de l'asphyxie, mais on voit qu'ici les congestions n'ont été qu'un effet secondaire et indirect.

Sur les organes digestifs, son action est analogue à celle du sel marin ; il excite la vitalité des diverses parties de ces organes, et en active les fonctions dans les limites de l'état physiologique, tant que les organes sont sains et les doses modérées. Le tube digestif est-il malade, l'action du sel devient morbifique, et il en peut résulter tous les degrés de l'inflammation de la muqueuse, depuis la simple phlogose jusqu'à la gangrène. D'où l'on est forcé de conclure que les prétentions absolues des médecins sur les propriétés astringentes ou laxatives du quinquina et les idées banales qui règnent à ce sujet sont complétement dénuées de fondement. Le quinquina en poudre et en extrait, la cinchonine paraissent doués de propriétés plus excitantes que le sulfate de quinine.

On sait que, dans ces dernières années, un habile observateur, M. le professeur Piorry, crut avoir déterminé la cause de la propriété fébrifuge et antipériodique du quinquina, en constatant que presque toujours les sels de quinine agissent d'une manière sensible sur la rate quelques secondes après leur ingestion dans l'estomac, et qu'ils en diminuent très brusquement et très notablement le volume accru par l'effet de la fièvre intermittente. Cette importante question ne pouvait manquer d'attirer l'attention de M. Briquet et d'être de sa part l'objet d'un examen sérieux. Dans aucun cas, contrairement aux résultats obtenus par le savant professeur, il n'a pu constater la plus légère modification dans le volume de la rate, même huit à dix minutes après l'administration du sel de quinine, et cependant l'hypersplénotrophie n'était pas irrésoluble, car elle disparut plus tard et graduellement sous l'influence de l'emploi prolongé et continu du sulfate de quinine.

Sur les organes urinaires et génitaux, les effets du quinquina et de ses préparations sont peu marqués ; enfin, sur la peau, le seul effet qu'ait pu noter M. Briquet est la production, quelquefois, d'une légère démangeaison, d'une faible éruption rubéoliforme et d'un abaissement de température. Et encore, pour l'auteur, la démangeaison et l'éruption ne sont-elles dues, chez les ouvriers qui travaillent le quinquina, qu'à une simple action excitante locale.

La deuxième partie, qui n'est que la suite et en quelque sorte le complément de la première, comprend tout ce qui a rapport à l'absorption et à l'élimination des substances actives du quinquina : l'examen des diverses circonstances qui peuvent imprimer des modifications à cette double opération, et en dernier lieu l'étude des influences qui sont susceptibles d'introduire des changements dans l'action sur nos organes de la portion absorbée de ces substances.

M. Briquet est parvenu à démontrer expérimentalement que la rapidité est en rapport avec la quantité de sel ingérée (on peut constater cette absorption au bout d'un quart d'heure), et que l'élimination est toujours terminée au bout d'un temps plus ou moins court. Les malades qui le prennent à la dose la plus élevée n'en présentent plus de traces au bout de trois jours et demi au plus.

Nous arrivons à la section la plus importante pour nous, à celle qui traite de l'emploi thérapeutique du quinquina et de ses préparations dans chacune des maladies où l'on peut les administrer. C'est là à nos yeux la partie véritablement pratique du livre, et nous devons nous y arrêter avec soin.

A des doses faibles, les préparations quiniques jouissent d'une ma-

jeune homme plein de zèle et voué à l'enseignement, avait une grande répugnance à garder le repos.

Les jours suivants, la rougeur avait diminué, sans avoir complétement disparu. Il y avait encore un peu de douleur, et la tumeur en elle-même n'avait subi aucun changement.

Le 20, des compresses d'eau végéto-minérale, et souvent renouvelées, sont maintenues sur le genou à l'aide d'un bandage roulé.

Le 22, le malade trouve que les moyens sont lents, et désire être guéri promptement. Comme la douleur existait encore, et surtout à la partie inférieure, vers le tendon rotulien, un grand vésicatoire volant est appliqué.

Le 30, plus de douleur ni de rougeur; le vésicatoire est sec.

Il me semblait bien certain qu'il y avait là un kyste hématique. Son existence ne remontant pas très loin, on pouvait croire que le sang renfermé dans la poche était encore liquide et n'avait point subi de travail de décomposition. D'un autre côté, l'inflammation légère qui s'était emparée momentanément des parois de la poche avait été heureusement combattue avant d'arriver à la période de suppuration. La tumeur était grosse, située sur la rotule, gênant les mouvements du genou dans la marche, etc. De plus, sa position superficielle l'exposait à chaque instant à des froissements, des contusions, qui pouvaient encore en augmenter le volume, ou développer dans l'intérieur du kyste une phlegmasie suppurative et le convertir en un *abcès sanguin*. Enfin, le malade voulait être guéri dans le plus bref délai.

Que faire?

1° Temporiser? En présence de la volonté du malade, ce moyen ne pouvait être accepté.

2° Pratiquer une incision cruciale ou longitudinale, évacuer le liquide, extirper les parois du kyste et faire suppurer? Ce moyen me répugnait : d'abord parce qu'il peut donner lieu à de graves accidents, à une guérison tardive, à une cicatrice difforme qui par sa position aurait été exposée à de fréquentes déchirures, etc.

3° La ponction avec le bistouri en plusieurs endroits de la tumeur n'était point non plus indiquée ici, car il n'y avait pas de suppuration dans le kste, et c'est dans ce cas principalement que notre savant maître M. Velpeau a proposé ce mode de traitement.

4° Restait en dernier lieu la ponction avec le trocart suivie d'injection irritante. Ce n'est point sans une certaine crainte que je me décidai pour ce dernier moyen, car je n'ignorais pas les préceptes suivants, formulés par M. le professeur Velpeau :

« La ponction suivie d'injection, comme dans l'hydrocèle, échoue » souvent, et cause dans d'autres cas un véritable abcès. » (*Dict. en* 30 *vol.*, art. Genou, p. 123, 124.)

J'avais en ce moment sous les yeux quelques observations de tumeurs semblables recueillies dans les hôpitaux. J'en trouvai une où l'injection iodée avait assez bien réussi, et deux autres recueillies à l'Hôtel-Dieu, et dans lesquelles l'extirpation du kyste avait été suivie des plus graves accidents. Dès lors l'hésitation n'était plus permise.

Le 2 décembre, une ponction fut faite avec le trocart plongé à la partie la plus déclive de la tumeur, au peu au-dessus de l'insertion du tendon rotulien au tibia. Un demi-verre de sang liquide déjà arrivé à la couleur chocolat s'écoula par la canule, et le sac resta affaissé et plissé en travers au-devant de la rotule. Je poussai à deux reprises différentes deux injections d'eau tiède pour bien laver l'intérieur du kyste, puis la solution iodée suivante fut injectée :

Eau	100	grammes
Teinture d'iode	10	—
Iodure de potassium	2	—

C'est, comme on le voit, la formule généralement en usage, et conseillée par M. Velpeau.

Je fis deux injections qui furent laissées chacune *cinq minutes* dans le sac. Ce temps écoulé, le liquide fut complétement évacué. Une mouche de taffetas recouvre la piqûre du trocart; des rondelles d'agaric, une compresse et une bande terminent l'appareil.

Le malade reste couché.

Suites de l'opération. — La douleur, assez vive pendant l'injection, alla en diminuant et disparut complétement deux heures après. La nuit fut bonne.

Le 3 décembre, après avoir enlevé la bande, les compresses et l'agaric, je trouve le genou tout à fait bien. Pas de rougeur, douleur médiocre : aucune trace de liquide dans le kyste. Les plis ratatinés de la peau commencent à s'effacer. Peu ou point de gonflement. — Même pansement.

Le 4, même état. La piqûre du trocart s'est un peu enflammée; la petite plaque de taffetas est remplacée par une autre.

Le 5, un peu de liquide séreux (quelques gouttes) sort par la piqûre du trocart. — Même pansement; repos.

Le 6, même état. Toute la partie du kyste correspondant à la rotule paraît complétement oblitérée.

Le 7, encore un peu de liquide onctueux et filant, de couleur rosée, sort par la piqûre entr'ouverte (la moitié d'une cuiller à café à peu près). — Même pansement.

Le 8, le malade se trouve bien et demande à se lever.

Le bandage compressif est maintenu; de plus, une genouillère en caoutchouc recouvre entièrement le genou.

Dans la journée, le malade sort en voiture et monte à pied plusieurs escaliers.

Mais dans la nuit une douleur assez violente se fait sentir autour de la piqûre du trocart.

Le lendemain 9 décembre, le pourtour de la petite plaie, dans l'étendue d'un demi-centimètre à peu près, est rouge, gonflé, très sensible à la pression. Un petit abcès s'était formé sous la piqûre du trocart vis-à-vis de l'insertion du tendon rotulien.

Je dus agrandir l'ouverture à l'aide du bistouri dans l'étendue de 5 à 7 millimètres : un peu de pus rougeâtre sortit à l'instant.

Le malade garda le lit les jours suivants, et des cataplasmes de farine de lin furent appliqués sur le point enflammé.

Après cinq jours de repos complet, quelques bandelettes de diachylon ont été appliquées pour affronter les bords de la petite plaie.

Les jours suivants, un peu d'onguent de Canet remplaça les bandelettes, et aujourd'hui 24 décembre 1853 la guérison est complète.

Le genou a repris sa forme normale; la peau, distendue momentanément par le kyste hématique, est revenue sur elle-même à sa place ordinaire. Une cicatrice de quelques millimètres et linéaire se voit à peine au niveau de l'insertion du tendon rotulien. Le malade marche sans gêne, sans douleur.

Je crois devoir en terminant insister sur ce point que l'inflammation suppurative n'a envahi réellement que la portion du kyste placée au-dessous de la piqûre du trocart, et que toute la cavité de la poche s'est oblitérée sous l'influence immédiate de l'injection irritante.

Dr E. Triquet.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

FIN DE LA SÉANCE DU 3 JANVIER 1854.

Discussion à propos du rapport de M. Depaul sur les convulsions des femmes enceintes.

M. Cazeaux. Je désire présenter quelques observations au sujet de quelques points sur lesquels je ne suis pas tout à fait d'accord avec M. le rapporteur. Je me bornerai à la question relative à l'albuminurie des femmes enceintes et à sa coïncidence avec l'éclampsie. M. Depaul m'a prêté à cet égard une opinion qui n'est pas tout à fait la mienne. J'ai dit et j'ai écrit dans le temps, en effet, que toutes les fois qu'on avait examiné l'urine des femmes éclamptiques on y avait trouvé de l'albumine. J'avais cru jusqu'alors que c'était une loi générale qui ne souffrait pas d'exception; mais depuis cette époque j'ai dû modifier un peu mon opinion, et je l'ai formulée dans ma dernière édition en disant que dans l'immense majorité des cas, et à de très rares exceptions près, on trouve de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes éclamptiques, ce qui infirme à peine, comme on le voit, ma première proposition.

Parmi les observations que M. le rapporteur a réunies pour infirmer cette proposition, il faut établir une distinction. Il en est quelques-unes dans lesquelles le fait de l'absence d'albumine n'est pas douteux; mais il en est d'autres à l'égard desquelles le doute est permis. Tous les médecins ne sont pas également familiarisés avec ce genre de recherches, et il est d'ailleurs une foule de causes d'erreur qui peuvent leur avoir donné le change. Ainsi l'absence d'albumine dans les cas cités par M. Depaul (je parle des faits qu'il a empruntés à divers auteurs et non des siens propres, que je ne mets pas en doute) est un fait qui aurait besoin d'être examiné de plus près. Par exemple, je vois que dans quelques-unes de ces observations on n'a pas toujours employé les deux modes de réactifs si connus, la chaleur et l'acide nitrique; on n'a pas pris surtout la précaution d'indiquer si les urines étaient acides ou alcalines; enfin on n'a pas non plus tenu compte des précipités d'urates qui ont lieu quelquefois par l'action de l'acide nitrique, et qui peuvent en imposer à des personnes peu attentives pour un dépôt d'albumine.

On voit à combien de causes d'erreur sont sujettes ces sortes de recherches; et en supposant qu'on ait évité ces causes d'erreur, qu'est-ce que ce sera encore que sept à huit faits, si l'on tient compte que ces recherches sont faites aujourd'hui partout. La loi de coïncidence de l'albuminurie avec l'éclampsie n'en reste donc pas moins établie pour l'immense majorité des cas.

M. Depaul a été plus loin. Il a dit que l'albuminurie était un effet et nullement une cause. C'est une proposition qui est au moins exagérée. M. Depaul dit avoir constaté que sur 41 femmes albuminuriques 7 seulement avaient eu des attaques d'éclampsie, et il trouve que ce n'est pas beaucoup. Mais l'éclampsie est une affection rare, et on peut en évaluer la proportion à 1 cas sur 2 ou 300 accouchements peut-être. Or, si vous avez trouvé 7 cas de coïncidence d'albumine avec l'éclampsie dans une affection qui ne se montre qu'une fois sur 300 accouchements environ, on devra convenir que c'est encore beaucoup.

Mon opinion à cet égard trouve encore un appui dans un rapprochement avec l'affection convulsive épileptiforme que l'on observe quelquefois dans la maladie de Bright. On sait, d'un autre côté, que M. le professeur Paul Dubois a également rencontré l'albuminurie chez les enfants éclamptiques. Comment pourrait-on, après ces rapprochements, persister à dire que l'albuminurie a suivi l'éclampsie et qu'elle ne l'a pas précédée? qu'elle n'a par conséquent avec elle aucun lien étiologique?

M. Depaul rapporte deux cas dans lesquels l'albuminurie n'aurait été constatée qu'après l'éclampsie; il y a là de quoi m'étonner, mais cela ne prouverait pas que l'albuminurie succède à l'éclampsie, qu'elle n'en est que la conséquence, lorsque, surtout dans beaucoup d'autres cas, on l'a constatée avant. Ces faits sont évidemment deux faits exceptionnels qui ont quelque chose d'insolite et de surprenant, et auxquels je ne croirais pas s'ils ne m'étaient affirmés par M. Depaul.

Ainsi la coïncidence fréquente et habituelle de l'albuminurie avec l'éclampsie, le rapprochement de ce fait avec les accidents convulsifs des sujets atteints de maladie de Brigth et avec l'albuminurie constatée chez les enfants en proie aux convulsions, sont à mes yeux des motifs suffisants pour me porter à croire qu'il y a entre l'albuminurie et l'éclampsie une relation étiologique.

Notre collègue dit : Cette albuminurie cesse après l'accouchement; il n'en reste plus de trace, et cependant on voit dans quelques cas les phénomènes éclamptiques se manifester et continuer encore pendant plusieurs heures après l'accouchement; par conséquent ce n'est pas à l'albuminurie qu'il faut attribuer les convulsions. Il est vrai, très vrai qu'en général on ne trouve plus d'albumine deux, trois, quatre, cinq jours, dix jours, quinze jours après l'accouchement chez les éclamptiques; mais M. Depaul a-t-il vu souvent l'éclampsie persister dix, douze, quinze jours après l'accouchement? C'est infiniment rare. Il en existe un exemple en ce moment à l'hôpital de la Charité; mais c'est un fait exceptionnel. Ainsi l'argument que M. Depaul a cru pouvoir déduire de cette circonstance est en réalité sans valeur.

Pour démontrer qu'il n'y a aucune dépendance nécessaire entre les deux états dont il s'agit, M. Depaul invoque la rareté des affections des reins chez les femmes éclamptiques. J'ai été plus heureux que lui sous ce rapport; car toutes les fois que j'ai soumis à l'examen de M. Rayer, le médecin le plus compétent assurément en cette matière, des reins provenant d'une femme morte par suite d'éclampsie sans qu'il ait été prévenu de cette origine, il m'a constamment répondu que ces reins étaient affectés les uns au premier, les autres au deuxième, d'autres au troisième degré, et enfin une fois même au quatrième degré. Assurément je ne prétends pas que toutes les femmes éclamptiques soient atteintes de la maladie de Bright; tout porte à croire même que dans beaucoup de cas les reins ne sont point affectés; mais il y a loin de là à soutenir, comme le fait M. Depaul, que cette affection est tout exceptionnelle. En y réfléchissant d'ailleurs, on s'explique très bien comment la compression des vaisseaux par l'utérus distendu et la gêne de la circulation abdominale qui en résulte peuvent amener une congestion rénale, qui peut aller jusqu'à l'hypertrophie avec coloration jaune et puis plus tard même jusqu'à la granulation. Je désirerais, plutôt que je ne le crois, qu'il n'y eût pas chez les femmes éclamptiques et albuminuriques d'affection organique des reins, mais je ne puis admettre avec M. Depaul que ce soit exceptionnel.

M. Depaul. Je constate avec plaisir que M. Cazeaux a modifié sa première opinion; je l'ignorais, et les citations que j'ai faites étaient textuelles. Je suis, du reste, assez embarrassé pour saisir au milieu de tout ce qu'a dit M. Cazeaux sa véritable opinion et la portée de ses objections.

M. Cazeaux dit que sept, huit ou dix cas même dans lesquels on n'aurait point trouvé d'albumine ne prouveraient rien. Mais combien y

---

nière apparente de la propriété d'activer la circulation, la respiration, la nutrition; d'élever, en un mot, le niveau des actions principales de la vie. A des doses plus fortes, les effets qui se manifestent sont tout différents. Pendant les deux ou trois premières heures, on constate une excitation de l'encéphale et une congestion des veines de la pie-mère, facilement reconnaissable aux phénomènes suivants : céphalalgie tensive et pulsative, photophobie légère, bourdonnements d'oreilles, vertiges, titubation, etc., phénomènes qui peuvent s'élever jusqu'au délire et aux convulsions, suivant la force et le rapprochement des doses.

Après ces troubles, qui durent ordinairement peu de temps, apparaissent des phénomènes où se montre d'une manière incontestable l'affaiblissement de la puissance nerveuse. C'est là la période dans laquelle la médication produit ses effets principaux. On observe la lenteur des mouvements, la prostration, la dureté de l'ouïe, la surdité, l'affaiblissement de la vue, l'amaurose, l'aphonie, la dyspnée, les paralysies des membres; d'autre part, le ralentissement, l'affaiblissement du pouls, le refroidissement de la peau, toutes lésions purement et exclusivement dynamiques et ne laissant après elles aucune altération matérielle appréciable. Voilà pour l'action générale.

Quant à l'action locale, elle est tout autre : excitation d'abord légère, puis très intense des surfaces organiques avec lesquelles la préparation est en contact prolongé, telle qu'à doses élevées, et surtout si ces surfaces sont déjà malades, les sels quiniques provoquant une phlegmasie violente, de l'ulcération et de la gangrène.

Si opposés que paraissent ces effets, on n'en est pas moins forcé de les admettre; ils sont maintenant hors de toute contestation, et l'on peut d'autant moins les révoquer en doute que l'on connaît actuellement plusieurs substances qui possèdent, à des degrés différents il est vrai, ce double mode d'action, l'éther, le chloroforme, l'acide cyanhydrique, etc. M. Briquet déclare qu'il ne veut nullement tenter l'explication de ces faits : il les constate seulement, et de leur analyse, de leur discussion, il conclut simplement qu'il faut appeler le quinquina à haute dose un *hyposthénisant du système nerveux*. Cette action hyposthénisante ne s'exerce pas avec la même activité sur toutes les portions du système nerveux. Elle développe son influence primitive et fondamentale sur les nerfs ganglionaires des cavités splanchniques et n'agit que secondairement sur la portion de l'encéphale qui est en rapport avec la vie de relation, tout au contraire des narcotiques ordinaires, opium, belladone, etc., qui agissent directement sur la vie de relation et n'exercent qu'une influence secondaire sur le système nerveux ganglionaire.

Cette action hyposthénisante du quinquina se rapproche de celle de l'acide cyanhydrique; mais le quinquina a sur l'acide l'avantage de produire l'hyposthénisation sans commencer par susciter, comme lui, une période de roideur et de tétanos, et de plus il est facile à doser, à manier sans danger. Le chloroforme, l'éther, pris à l'intérieur, développent trop faiblement leur puissance hyposthénisante pour être utiles, et administrés par voie d'inhalation, leur action ne peut être soutenue assez longtemps pour produire les modifications nécessaires à guérir les maladies contre lesquelles on donne le quinquina avec tant de succès.

Ceci posé, comment agit le quinquina dans les affections contre lesquelles on l'emploie? C'est ce que nous examinerons dans un second article.

Dr A. Foucart.

Les collections de la *Gazette des Hôpitaux*, fondée en 1828, et qui est par conséquent dans sa vingt-sixième année, sont devenues si rares aujourd'hui, qu'il nous est désormais impossible de fournir les années antérieures à 1838. Elle avait été imprimée, pendant ces dix ans, dans le format in-4°.

De 1838 à 1850, les colonnes de ce journal durent prendre plus d'extension, car le cercle de sa rédaction s'était fort élargi, et son ancienne dimension ne lui suffisait plus. Il ne nous reste qu'un très petit nombre d'exemplaires de ces treize années.

Enfin, en 1854, la *Gazette* a adopté son format actuel.

Tout abonné qui aurait le désir de se commencer une collection pourra se procurer dans nos bureaux les années 1851 et 1852, toutes reliées, au prix de 12 fr. seulement. — L'année 1853 sera reliée d'ic au 15 janvier.

a-t-il de temps qu'on a fait ces recherches? Quelques années seulement, et aux faits déjà connus, voici M. Mascarel qui vient en joindre de nouveaux. M. Cazeaux dit qu'il n'a pas une pleine confiance dans ces faits. Je réponds, pour ma part, de l'exactitude des faits de M. Mascarel, qui est très au courant de la science et qui sait très bien toutes les précautions qu'il y a à prendre dans de semblables recherches.

Je n'ai pas dit, comme M. Cazeaux me le fait dire, que l'albuminurie est un effet et non la cause de l'éclampsie; j'ai déclaré me tenir à cet égard dans le doute; je n'ai rien affirmé; il m'a semblé seulement que la relation de ces deux faits n'était pas prouvée. Il faut voir, il faut suivre encore ces recherches. Je n'ai point et ne peux point avoir encore d'opinion faite là-dessus.

M. Cazeaux, au sujet des rapports qui existent entre l'albuminurie et les altérations organiques des reins chez les femmes éclamptiques, dit que j'ai été trop exclusif en les repoussant. Je suis resté encore à cet égard sur la réserve; mais, lorsque M. Cazeaux affirme que ce rapport est très fréquent, je ne crains pas de dire que c'est une erreur. Malgré l'opinion de M. Rayer, devant l'autorité de qui je m'incline, je n'hésite pas à dire que l'altération organique des reins est rare chez les femmes éclamptiques. J'ai pour m'autoriser à soutenir cette opinion les observations de M. Mascarel et les miennes. Il n'est pas d'ailleurs aussi aisé que semble le croire M. Cazeaux de distinguer les premier, deuxième et troisième degrés de l'altération des reins; j'ai vu à cet égard des dissidences s'élever entre les hommes les plus compétents, et rien n'autorise à considérer, comme l'a fait M. Cazeaux, une simple congestion des reins comme l'un des degrés d'une altération spéciale des reins.

La discussion est close.

Atrophie musculaire progressive. — M. Aran présente les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une dame de quarante-deux ans affectée d'une atrophie musculaire progressive depuis 1846, et qui a succombé à la fois aux progrès de cette affection et à une néphrite albumineuse intercurrente le 28 décembre dernier.

Voici les principales particularités que M. Aran a fait connaître à l'Académie :

1° *Altération du système nerveux.* — Atrophie des racines antérieures de la moelle, qui ont perdu au moins la moitié et peut-être les trois quarts de leurs dimensions normales; les filets nerveux paraissent moins nombreux et les racines paraissent plus transparentes; cette atrophie n'est pas uniforme, mais elle est plus prononcée sur certains points que sur d'autres à la partie supérieure et moyenne surtout plus qu'à l'inférieure; les filets de la queue de cheval (fournis par les racines antérieures) paraissent en particulier avoir conservé leur volume.

Le cerveau ne présente aucune altération appréciable, non plus que les méninges cérébrales et rachidiennes; la substance cérébrale est peut-être un peu plus molle qu'à l'ordinaire; il en est de même des nerfs.

2° *Altération du système musculaire.* — Amaigrissement général des muscles, qui sont réduits à de simples membranes, même lorsqu'ils ont conservé leur aspect et leur coloration.

Aux membranes supérieures, l'altération est surtout prononcée à la face externe des avant-bras et aux muscles des mains (muscles de l'éminence thénar et hypothénar et interosseux palmaires), qui sont infiltrés de graisse et ont perdu en grande partie leur aspect musculaire.

Aux membres inférieurs, altération beaucoup plus prononcée, plus étendue surtout, des muscles de la région antérieure et externe (jambier antérieur, extenseur des orteils, péroniers, etc.), dans lesquels on ne trouve plus que de rares filets musculaires et une très grande quantité de graisse.

La masse postérieure de la jambe offrait un aspect particulier, d'une couleur blanc-rosé et d'une consistance plus grande que celle des muscles de la région antérieure.

Le muscle pédieux avait à peu près complétement disparu; les muscles de la région plantaire ont aussi éprouvé la substitution graisseuse.

Examen d'un anévrisme traité par l'injection de perchlorure de fer. — M. Debout présente une pièce anatomique adressée par M. Valette (de Lyon).

Il s'agit d'une pièce provenant du sujet auquel M. Valette a pratiqué une injection de perchlorure de fer pour un anévrisme du pli du coude, qui a guéri sans accident de son anévrisme, et qui a succombé le 27 décembre des suites de l'affection organique dont il était atteint.

Voici le résultat de l'examen qui a été fait de cette pièce par M. Debout :

La peau ne présente qu'une légère cicatrice de la dimension d'une tête d'épingle, formant une saillie à peine perceptible, et ressemblant quant à la couleur à une tache de rousseur. Une incision du derme montre ce tissu un peu plus ferme à ce niveau, mais sans couleur particulière. Les tissus cellulaires et adipeux sous-cutanés n'offrent rien de particulier. Mais dans le fascia superficialis on aperçoit très nettement une tache de rouille large de 3 à 4 millimètres, que le microscope montre formée par des grains de perchlorure de fer. Cette tache adhère à l'aponévrose d'enveloppe. Cette adhérence indique le point de perforation du tissu; celui-ci est exactement situé au niveau de la bifurcation de l'artère brachiale, entre le bord interne du muscle long supinateur et la partie la plus épaisse de l'expansion aponévrotique du biceps. Cette aponévrose d'enveloppe et la précédente sont très légèrement soulevées par une bosselure arrondie peu prononcée. Après avoir enlevé cette aponévrose et une petite quantité du tissu cellulaire dense, on voit la bifurcation de l'artère humérale masquée par les veines collatérales, qui ont conservé avec elle leurs rapports.

La tumeur disséquée est de forme arrondie, un peu plus large en travers qu'en long, aplatie d'avant en arrière; elle mesure environ 18 millimètres sur 15 de longueur et 12 d'épaisseur, saillie qui correspond à la tache brune signalée plus haut sur l'aponévrose d'enveloppe. Elle adhère elle-même, en ce point, à cette aponévrose par un peu de tissu cellulaire plus dense que celui qui l'entoure. La minceur de la paroi du kyste au niveau de cette saillie permet de voir la couleur du magma.

En avant de la tumeur se voit l'artère humérale se bifurquant vers le tiers inférieur de la tumeur. Là le tube artériel est un peu aplati. Les veines profondes correspondantes sont elles-mêmes un peu rétractées à ce niveau, sans pourtant être imperméables; ce qu'elles offrent de plus notable, c'est une adhérence anormale à l'artère brachiale et à ses deux divisions; adhérences qui cessent presque immédiatement au-dessus et au-dessous de la tumeur. Cette union a lieu aux dépens d'une couche de tissu cellulaire assez dense, bien que normalement vasculaire.

Il est impossible de reconnaître le point de l'artère qui a été lésé par la lancette.

La situation de l'artère au-devant de la tumeur, son union intime avec la paroi de celle-ci montrent que l'anévrisme s'est formé en arrière, bien qu'elle ait été piquée en avant; elle a donc été percée de part en part. Comme le point de bifurcation se trouve presque au niveau du centre du kyste anévrismal et que, d'autre part, l'humérale en haut, la radiale et la cubitale en bas adhèrent à la tumeur et présentent le même degré d'aplatissement et de resserrement, on ne saurait dire par l'examen anatomique de la pièce quelle branche a été lésée. Cependant, d'après la position de la cicatrice de la saignée, qui se trouve en dedans de la cicatrice de la ponction, tout porte à croire que c'est l'artère humérale elle-même au niveau de sa bifurcation ou même l'origine de la radiale.

Voici quels sont les rapports de la tumeur en arrière. Elle est comme à cheval sur le tendon du biceps; en dedans elle adhère surtout au tendon du brachial antérieur, et s'avance en dehors jusqu'à le toucher un peu par le côté externe du tendon bicipital. Son extrémité inférieure et postérieure touche le sommet du court supinateur. Un peu de tissu cellulaire et de tissu adipeux jaunâtre se trouve à son extrémité supérieure interposée entre, en bas, le tendon du biceps, en arrière, l'expansion aponévrotique de ce dernier muscle et l'artère humérale en avant.

Un tube de verre introduit dans l'artère humérale, au-dessous de la tumeur, distend le vaisseau sans que l'air puisse pénétrer dans sa bifurcation. Il y a donc une oblitération à ce niveau. Cette oblitération était perceptible à la simple vue par le degré d'aplatissement et du resserrement des vaisseaux. Une des branches artérielles se jetant sur le long supinateur est oblitérée, et la récurrente radiale antérieure qui naît à un centimètre plus bas est, au contraire, perméable et volumineuse. Il en est de même des branches de la cubitale qui se détachent un peu au-dessous de son origine, parmi lesquelles il faut noter le tronc commun des récurrentes cubitales ainsi que celui des interosseuses.

En ouvrant la tumeur anévrismale par sa paroi postérieure, on la trouve remplie par un magma de couleur chocolat, offrant la consistance d'une bouillie épaisse. Mis sous le champ du microscope, ce magma est constitué de globules d'hématine amorphe en quantité considérable, ayant complétement perdu la forme des globules normaux; ils sont soit isolés, soit réunis en masse cohérente qui conserve la teinte et la forme offertes par les agglomérations analogues que l'on trouve dans les épanchements sanguins anciens de tout genre. On y trouve, de plus, des masses irrégulières de volume très variable, dont quelques-unes peuvent être aperçues à l'œil nu; ces fragments se font remarquer par leurs contours irréguliers, anguleux, leur teinte d'un rouge brun tirant au noir, bien plus foncée que celle de la matière colorante du sang au milieu de laquelle ils nagent.

La paroi du kyste anévrismal, examinée au microscope, laisse voir à sa face interne une couche qui en forme le quart environ, constituée de matière amorphe fibroïde plutôt que fibreuse, parsemée de grains colorés qui ont la teinte rougeâtre foncée du perchlorure de fer mélangé d'une quantité considérable d'hématine. Le reste de la paroi est du tissu cellulaire pur.

— La séance est levée à cinq heures.

Nous recevons de l'administration de l'assistance publique l'article suivant, avec invitation de le publier :

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

« Le samedi 28 janvier 1854, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à trois places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

» MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration du jeudi 29 décembre 1853 au jeudi 12 janvier 1854, et devront justifier qu'ils ont trente ans accomplis et quatre années de doctorat.

» Le temps du doctorat et l'âge sont réduits de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'élèves internes dans les hôpitaux de Paris.

» Les candidats qui auront obtenu soit la médaille d'or, soit l'accessit, soit une mention au concours des prix des internes de 3e et 4e années, ne seront tenus d'être reçus docteurs que depuis un an, à la condition toutefois de justifier de quatre années d'internat.

» Aucun candidat ne pourra se présenter au concours après cinquante ans. » *Le secrétaire général*,

» *Signé* : L. Dubost. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous avons publié dans notre numéro du 22 novembre dernier l'article du *Moniteur* relatif à une nouvelle organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de Paris.

Le 24 décembre, M. le préfet de la Seine a signé les nominations des 159 médecins chargés de ce service. En voici la liste par ordre d'arrondissements et avec le numéro de la circonscription à laquelle ils sont attachés. On sait qu'aux termes du nouvel arrêté le traitement de chaque médecin est fixé à 600 fr. par an; cependant, dans 27 circonscriptions plus étendues ou plus excentriques, ils recevront un traitement de 1,000 francs. Nous faisons précéder d'un * le numéro de ces dernières circonscriptions.

1er arrondissement.

1 Gauthier.	5 Tavernier.	*10 Reymond.
2 Colon.	6 Chéreau.	11 Deschamps.
3 Despaux.	7 Nicolas.	9 Gimelle.
4 Bergier.	*8 Mezière.	*12 Ley.

2e arrondissement.

1 Coqueret.	5 Lépine.	9 Menestrel.
2 Delmas.	6 Magnin.	*10 Renouard.
3 Jacquot.	7 Lebâtard.	11 Magonty.
4 Philippart.	8 Dufour.	12 Roussel.

3e arrondissement.

1 Janin.	4 De Saint-Jean.	7 Jouanneau.
2 Guibout.	5 Ozouf.	8 Davasse.
3 Ameuille.	6 Buot de Lépine.	*9 Fiaux.

4e arrondissement.

1 Brunet.	5 Roujon.	9 Roy.
2 Payen.	6 Fenaille.	10 Montanier.
3 Caron.	7 Foutès.	
4 Bonvalet.	8 Durnerin.	

5e arrondissement.

1 Patouillet.	*6 Beaugrand.	11 Blazy.
2 Henry.	*7 Héricé-Legros.	12 Renaut.
3 Labarraque.	8 Boyer.	13 Thibaut.
4 Mauget.	9 Patin.	14 Pégot-Ogier.
5 Grammaire.	10 Bossion.	

6e arrondissement.

*1 Grange.	7 Escoffier.	13 Beclère.
2 Gendron.	8 Collomb.	14 Rochette.
*3 Cornay.	9 Bouygues.	15 Dondaine.
4 Simonet.	10 Portalès.	16 Berthelot.
5 Plasses.	11 Dreyfus.	17 Rollet.
6 Champeaux.	12 Courly.	

7e arrondissement.

1 Labrunie.	5 Chayet.	9 Suasso.
2 Frère.	6 Huron.	10 Firmin.
3 Feulard.	7 Vasseur.	11 Perrin.
4 Lembert.	8 Deharme.	12 Alix.

8e arrondissement.

*1 Berton.	*8 Dubois.	15 Lacroze.
*2 Raynaud.	*9 Mauruc.	16 Grenat.
*3 Frémineau.	10 Mesnet.	17 Roussin.
4 Dusseris.	11 Augouard fils.	18 Hutan.
5 Denouls.	12 Noiret.	19 Ferrand.
6 Piégu.	*13 Rota.	20 Malingre.
7 Portier.	14 Blandet.	

9e arrondissement.

1 Vinchon.	5 Triboulet.	9 Riembaut.
2 Jouenne.	6 Charpentier.	10 Jodin.
3 Ricard de Morgny.	7 Hatin.	
4 Dubreuil.	8 Garcin.	

10e arrondissement.

*1 Frémaut.	6 Destrem.	11 Levaillant.
*2 Sarret.	7 Labric fils.	12 Besançon.
3 Peschier.	8 Durand.	13 Bossu.
4 Daynac.	9 Goujon.	14 Clairin.
5 Gouey.	*10 Fodéré.	

11e arrondissement.

1 Dequevauvillers.	5 Salacroux.	*9 Tulasne.
2 Foucart.	6 Gérardin.	10 Petit.
3 Lemaire.	7 Machelard.	11 Nicolas.
4 Videcoq.	8 Séguin.	

12e arrondissement.

*1 Allié.	*7 Rougon.	13 Allaire.
2 Coffin.	8 Foissy.	14 Pagès Lalanne.
*3 Vimont.	9 Ribard.	*15 Cabin St-Marcel.
*4 Besson.	*10 Philippeau.	16 Malet.
5 Domerc.	*11 Bourrousse Lafforé	*17 Fermet.
6 Leroy.	12 Seguin.	18 Crimotel.

— Par décrets des 24 et 31 décembre 1853, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Mayer (Sébast.-Théoph.), médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division d'occupation en Italie.

Chevalier : M. Lanaud (Jean-Elie-Philippe), chirurgien de 1re classe : 20 ans de services, dont 8 à la mer.

M. Petit (Désiré-Pierre-Michel), chirurgien de 1re classe : 14 ans de services, dont 10 à la mer; épidémie de fièvre jaune à bord de *la Galathée*.

M. Bouisson (Dominique-César), chirurgien de 2e classe : 19 ans de services, dont 12 à la mer.

M. Jubiot (Nicolas-Ferdinand), chirurgien de 2e classe : 16 ans de services, dont 13 à la mer; épidémie à la Guyane.

— *Choléra à Londres.* — Semaine du 17 au 24 décembre : mortalité générale, 1,399; due au choléra, 10.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur F. Roubaud. Un fort volume. Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. par la poste. Chez J.-B. Baillière, éditeur, rue Hautefeuille, 19. — Les abonnés de la *Gazette* ne payent cet ouvrage que 3 fr. pris au bureau, ou 4 fr. par la poste.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 9 JANVIER 1854.

Nous sommes heureux de n'avoir rien à ajouter à ce que nous avons dit avant-hier sur l'état du choléra dans la ville et dans les hôpitaux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Abcès sous-pectoral ayant fusé dans l'aisselle. — Épanchements pleurétiques. — Mort.

Le nommé Monjo (Alexis), charretier, jeune homme de dix-huit ans, fort et bien constitué, entre le 12 décembre dans le service de M. Velpeau, salle Sainte-Vierge, n° 50.

Le 9 au soir il avait été pris d'un frisson intense qui n'avait cédé qu'au bout d'une heure, et s'était accompagné de douleurs vagues au côté gauche, de vomissements et d'un malaise extrême. Le lendemain, pas d'amélioration. Lorsqu'on le vit le 12 au matin, le pouls était tendu et accéléré; céphalalgie, rêvasseries et agitation pendant la nuit. Le malade accuse de la gêne dans toute la région mammaire gauche, qui est douloureuse à la pression; cependant c'est à peine s'il existe en ce point un peu d'empâtement sans rougeur. — Large vésicatoire volant sur la paroi du thorax à gauche.

Le 14, les douleurs sont un peu moins vives; la réaction fébrile a presque cessé, mais la tuméfaction et l'empâtement des parois thoraciques se prononcent de plus en plus. Les jours suivants il survient de l'œdème, puis enfin des bosselures fluctuantes, dont la plus considérable avoisine le bord interne du sternum, non loin de la clavicule.

Le 21, M. Velpeau pratique en ce point une incision de 4 à 5 centimètres, perpendiculairement aux fibres du grand pectoral, de manière à obtenir une ouverture toujours béante. Il sort une grande quantité de pus homogène et bien lié; chaque effort de toux, car le malade tousse depuis quelques jours, amène la sortie d'une plus grande quantité de pus. Mais en faisant remarquer que là n'est point l'endroit le plus déclive du foyer, M. Velpeau exprime la crainte qu'il n'aille se former dans l'aisselle des fusées purulentes.

Pendant deux jours il y eut une grande amélioration; l'ouverture continua à donner issue à une grande quantité de pus. Les parois thoraciques semblèrent revenir à leur volume normal, et l'on pouvait croire à un commencement de résolution, lorsque dans la nuit du 23 le malade est pris d'une exacerbation fébrile considérable avec gêne extrême de la respiration; la toux, par sa fréquence, devient fort pénible, et elle s'accompagne de quelques crachats aérés, blanchâtres et sans viscosité. La douleur du côté gauche continue. — Un large vésicatoire est appliqué sur la partie postérieure gauche du thorax.

Pendant les huit jours qui suivirent, l'état du malade s'est progressivement aggravé, en même temps qu'augmentait l'étendue de l'épanchement pleurétique. La matité, limitée d'abord au pourtour de la plaie, s'est étendue plus loin; l'anxiété respiratoire fut portée au plus haut point pendant les trois derniers jours. C'est le 31 décembre au soir que le malade a succombé.

A l'autopsie, on a trouvé, ainsi que l'avait diagnostiqué M. Velpeau, un foyer purulent considérable situé sous le muscle grand pectoral. Ce foyer, limité en dedans par les insertions sternales du muscle, longeait le bord supérieur du petit pectoral, et, passant au-dessous de l'extrémité coracoïdienne de ce muscle, allait se prolonger jusque dans l'aisselle autour des vaisseaux et des nerfs de cette région. Par sa face profonde, l'abcès reposait sur les muscles du deuxième espace intercostal; ces muscles eux-mêmes, ramollis, éraillés, contenaient dans leur épaisseur quelques noyaux purulents. Toutefois, un stylet introduit à travers les éraillures ne pouvait en aucune façon pénétrer dans la cavité pleurale; plus tard on reconnut que de fausses membranes les fermaient en dedans. Enfin, après avoir enlevé les parois thoraciques et constaté que les côtes étaient saines et recouvertes encore de leur périoste, on tombe dans deux loges purulentes formées évidemment par des pleurésies circonscrites; l'une d'elles est placée au niveau de l'abcès extérieur; l'autre, inférieure et plus considérable, se prolonge jusque derrière le péricarde : elles datent évidemment d'une époque déjà éloignée, car les parois ont en certains points près d'un centimètre d'épaisseur. Dans la grande cavité pleurale se trouvait un épanchement séro-purulent que l'on évalue à près de deux litres. Le poumon, refoulé contre la colonne vertébrale, était sain d'ailleurs. Rien au péricarde ni dans la cavité thoracique droite.

La gravité de l'abcès extérieur, la supposition de lésions internes déjà anciennes avaient fait rejeter comme inutile l'opération de l'empyème; l'autopsie est venue à l'appui de cette opinion en faisant voir à côté d'un épanchement séro-purulent considérable, remontant seulement à quelques jours, deux loges remplies de pus, parfaitement isolées, qu'il eût été impossible de vider d'un seul coup et qui, en raison de leur ancienneté, ont peut-être été le point de départ de tous les accidents éprouvés par le malade.

A propos de ce fait intéressant, M. Velpeau insiste sur quelques particularités importantes de ces abcès qui se développent entre les muscles pectoraux : le tissu cellulaire du triangle clavi-pectoral, que limitent la clavicule, le bord supérieur du petit pectoral et le côté du thorax, se continue avec la couche cellulo-graisseuse placée entre le grand et le petit pectoral; il en résulte que, lorsque des abcès se développent entre les deux muscles, ils peuvent, ainsi que le fait prévoir l'étude anatomique de la région, pénétrer dans l'aisselle, malgré l'aponévrose axillaire, en suivant les vaisseaux; ils peuvent aussi s'ouvrir sous la clavicule, ou bien en éraillant les muscles intercostaux pénétrer dans la plèvre.

Au début, avant que la collection de pus se manifeste par des bosselures où la fluctuation est évidente, il y a d'ordinaire de la rougeur, de la douleur, de l'empâtement au niveau du bord antérieur de l'aisselle, que l'on sent épaissi et induré lorsqu'on le saisit entre les doigts. Le creux et le bord postérieur de l'aisselle restent parfaitement libres : c'est ce que l'on observait chez cette femme couchée au n° 25 de la salle Sainte-Catherine, chez laquelle la collection purulente, placée exactement également entre les deux pectoraux, paraît devoir s'accompagner d'accidents moins graves.

Ces abcès doivent être ouverts de bonne heure; l'incision ne sera point parallèle aux fibres du grand pectoral et sera faite toujours au point le plus déclive, afin de faciliter l'écoulement du pus.

M.

HÔPITAUX DE STRASBOURG. — M. FORGET.

De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcal.

Depuis les premières années de ce siècle, où la perforation de l'appendice iléo-cœcal a été signalée comme cause de péritonite, les faits de ce genre ont paru se multiplier en proportion de l'attention que les praticiens ont apportée à constater cette lésion.

Depuis trois ou quatre ans seulement, six cas de ce terrible accident sont parvenus à ma connaissance, dont trois à l'hôpital militaire et trois à l'hôpital civil de Strasbourg. De ces six cas, trois ont été observés par moi-même, et c'est de ceux-là que je vais exposer l'histoire.

OBS. I. — *Phlegmon de la fosse iliaque droite. Péritonite consécutive. Mort. Concrétion intestinale trouvée dans la cavité du péritoine, sans perforation évidente.*

Dans les premiers jours d'avril 1852, M. M..., médecin en chef à l'hôpital militaire, se plaignit à moi d'une douleur vive qu'il éprouvait dans le flanc droit, douleur qui se propageait à la cuisse et au scrotum du même côté, si bien que le malade croyait, par instants, avoir une affection du testicule. Mais il était facile de constater de l'engorgement et une vive sensibilité circonscrite dans la fosse iliaque droite, et nous crûmes avoir affaire à l'affection dite pérityphlite, c'est-à-dire à un phlegmon de la fosse iliaque, d'autant mieux que notre confrère était sujet à la constipation. Les saignées locales, les bains, les topiques émollients, les lavements laxatifs parurent modérer les accidents. Le malade s'était fait transporter à l'hôpital militaire, où il reçut les soins de ses habiles collègues en même temps que les miens.

Il commençait à se lever et paraissait entrer en convalescence, lorsqu'un soir une vive douleur se manifesta de nouveau dans l'abdomen et s'épandit dans cette cavité de manière qu'on ne put méconnaître une péritonite généralisée.

Un traitement énergique : saignées, bains prolongés, onctions mercurielles, parut réprimer de nouveau le mal, qui cependant persistait sourdement, lorsqu'une troisième explosion, annonçant une complication nouvelle, nous révéla une pleurésie du côté droit, venant s'ajouter à la péritonite. Ces deux affections marchèrent parallèlement, malgré les soins les plus assidus, et notre malheureux confrère succomba trois semaines environ après l'invasion des premiers accidents.

L'autopsie fut faite en présence de plusieurs médecins, notamment de MM. Sédillot, Bolu, Bertherand, Tbinus, etc.

L'ouverture du thorax et de l'abdomen mit en évidence la pleurésie et la péritonite supposées. En explorant la fosse iliaque droite, où l'inflammation était le plus prononcée, on découvrit un large foyer de pus, au sein duquel se trouvait un corps étranger nageant dans le liquide. Ce corps étranger ressemblait tellement à un baricot, par sa forme, son volume et même sa couleur jaunâtre, que l'illusion était complète. Cependant, en le brisant en deux, on reconnut qu'au lieu de présenter deux cotylédons, ce corps, de consistance comme calcaire, était formé de plusieurs couches concentriques.

J'ai conservé et présenté à la Société de médecine de Strasbourg cette espèce de calcul, dont nous nous sommes évertués à expliquer la présence dans cet abcès iliaque. L'opinion la plus probable était qu'il provenait de la cavité de l'intestin, du cœcum vraisemblablement, dont il aurait traversé les parois par une ouverture qui, depuis, se serait cicatrisée; car nous la cherchâmes vainement en ouvrant et en examinant avec soin l'intestin par dedans et par dehors. L'appendice cœcale ne dut pas échapper à notre examen. Je ne répondrai pas aujourd'hui que cette investigation ait été faite avec toute l'exactitude possible.

L'origine de cette concrétion était donc restée pour nous un problème très obscur jusqu'à ces derniers temps, où la découverte d'une concrétion toute semblable dans la cavité même d'un appendice cœcal perforé est venue nous apporter le mot de l'énigme, et nous donner la certitude morale que notre confrère a succombé à une péritonite par perforation de l'appendice cœcal, au lieu de ce simple phlegmon péricœcal, suivi de péritonite, que nous avions admis jusqu'alors.

Nous pouvons même aujourd'hui reconstruire la maladie d'après l'histoire générale de ces perforations. On les a vues, en effet, donner lieu d'abord à des symptômes locaux, puis, après un certain temps, à une explosion de péritonite générale. Or, c'est ainsi que les choses se sont passées dans le cas actuel. Cette nouvelle conviction nous est d'autant plus précieuse, qu'en révélant un accident à peu près mortel de sa nature, elle lève nos scrupules de praticien à l'endroit de l'impuissance des moyens mis en usage.

OBS. II. — *Péritonite simulant d'abord un étranglement interne. Mort. Péritonite générale par perforation de l'appendice iléo-cœcal.*

Brelant, âgé de seize ans, d'assez faible constitution, élève de l'école normale, entre à la clinique le 20 mai 1853. Il n'avait jamais été gravement malade, lorsque, deux jours après une longue promenade où il avait commis quelques actes d'intempérance, il apprend une nouvelle affligeante, et bientôt il ressent dans l'abdomen de vives douleurs qu'il compare à des coups de poignard, et qui sont promptement suivies de vomissements répétés. On administre de l'huile de ricin, qui procure l'évacuation de matières endurcies.

Etat actuel. — Face grippée, vomissements persistants; abdomen tendu, très douloureux dans la région hypogastrique; constipation opiniâtre; pouls petit, dur et fréquent. Un peu de délire la nuit précédente. On soupçonne un étranglement interne. — 20 sangsues à l'hypogastre, bain prolongé, lavement laxatif.

Le 21, même état; douleur plus vive dans le flanc droit, où la percussion fait constater du bruit humorique.

M. le docteur Strohl, chargé temporairement du service, prescrit de la glace, au lieu des boissons que l'estomac rejette immédiatement. — Couche de collodion appliquée sur le bas-ventre, frictions mercurielles aux cuisses; lavement avec tabac 2,0, en décoction dans eau 200,0.

Les jours suivants, les vomissements, la constipation et les autres accidents persistent. Urines rares. (Traitement *ut suprà.*) Un peu de soulagement. La péritonite poursuit son cours sous des apparences assez modérées. — Glace, potion laxative avec huile de ricin, bains.

Le 31, nous voyons le malade: abdomen ballonné, dur, non très douloureux; pouls vif, à 120, assez développé et résistant. — Saignée de 300,0, onctions mercurielles sur le ventre, lavement de guimauve, limonade tartarique.

Les jours suivants, même état. (Traitement *ut suprà*, bains prolongés.) La langue devient rouge et sèche, la diarrhée apparaît. — Tisane de riz, lavements de pavot.

Le 4 juin, même état. — 15 sangsues à l'anus.

Les jours suivants, fièvre persistante, faiblesse croissante, vomituritions, insomnie, abdomen tendu et douloureux. — Onctions mercurielles opiacées.

Le malade décline rapidement et succombe le 8 au matin, après vingt jours de maladie.

Autopsie 24 heures après la mort.

Abdomen. — A l'incision des parois, éruption de gaz fétides. Adhérence de l'épiploon avec les parois abdominales et les circonvolutions intestinales qui sont agglomérées entre elles. Liquide purulent, brunâtre, contenant des parcelles de matières fécales. Plusieurs foyers de pus circonscrits. Désordres plus prononcés vers la région iliaque droite. En détruisant les adhérences dans ce point, on tombe dans un foyer de pus brunâtre contenant des matières fécales. Les intestins qui forment les parois du foyer sont d'un rouge violacé, y compris l'appendice cœcal, qui présente, à deux centimètres de son insertion au cœcum, une perforation à bords minces, irréguliers, gris brunâtre, de 1 centimètre d'ouverture. L'orifice ouvrant dans le cœcum est très étroit; l'extrémité de l'appendice est intacte. La muqueuse de la fin de l'in-

testin grêle et celle du cœcum sont rouge foncé; on y voit quelques plaques de Peyer pointillées.

Rien de particulier dans les autres organes.

On reconnaît ici les accidents subits des perforations intestinales; mais ces accidents s'amendent un peu, et n'en conduisent pas moins, quoique assez lentement, le malade au tombeau.

Le caractère morbide de la perforation de l'appendice est incontestable; la présence des matières fécales dans la cavité péritonéale en est la preuve irréfragable. Il paraît que ces matières n'ont pas eu le temps de se concréter dans l'appendice iléo-cœcal.

Obs. III. — *Péritonite procédant graduellement. Mort. Perforation de l'appendice iléo-cœcal. Concrétion dans cet appendice.*

Burgart, âgé de seize ans, de constitution grêle, mais non maladive, apprenti maçon, entre à la clinique le 28 juillet 1853. Il raconte qu'il y a quatre jours, sans cause connue, il a ressenti dans l'abdomen des douleurs qui cependant ne l'ont pas empêché de travailler. Le lendemain, douleur croissante qui l'oblige à se coucher; le troisième jour, douleur plus vive, vomissements abondants de matières verdâtres, constipation. Entrée à l'hôpital le quatrième jour.

Etat actuel. — Bas-ventre ballonné, d'une douleur exquise à la pression. Pouls petit, vif et fréquent; peau chaude, soif vive, vomissements, constipation, urines rares. — 20 sangsues sur l'abdomen, lavements laudanisés.

Le 29, nuit agitée; faciès abattu, grippé; trait nasal; yeux cernés; langue sèche, rouge et pointue; soif, vomissements porracés, région sous-ombilicale de l'abdomen tendue, douloureuse, supportant à peine le contact de la main. Pouls serré, à 130. — 20 sangsues, bain prolongé, fomentations émollientes.

Le 30, même état, moins les vomissements. — Bains, onctions mercurielles sur l'abdomen, solution de gomme.

Le 31, même état (même traitement); il se trouve faible dans le bain. Les forces déclinent rapidement, les extrémités se refroidissent. — Sinapismes, frictions aromatiques.

Mort dans la soirée.

Autopsie trente-quatre heures après la mort.

Abdomen. — A l'ouverture, issue de gaz fétides; écoulement d'un liquide purulent abondant. Grand épiploon très enflammé, adhérant aux intestins agglomérés par des fausses membranes. Plusieurs foyers de pus. Phlegmasie plus intense vers la fosse iliaque droite, où existe un foyer de pus circonscrit par des adhérences et dans lequel baigne l'appendice iléo-cœcal, qui forme une anse dont la pointe adhère au cœcum. A 1 centimètre de cette pointe existe une perforation longitudinale de 1 centimètre d'étendue, à bords irréguliers, épais, grisâtres, comme gangréneux; en avant de cette perforation, vers l'extrémité cœcale de l'appendice, on palpe à travers les parois du canal un corps dur, olivaire, que l'on fait glisser et sortir par la perforation. Ce corps a la forme d'un petit noyau d'olive, de couleur gris foncé, long de 1 centimètre. Le scalpel le divise facilement. Sa consistance est celle du mastic ou de la terre glaise un peu durcie, ductile et comme sébacée. Il est formé de plusieurs couches concentriques. Son noyau, non plus que ses enveloppes, n'offre l'apparence stercorale.

Rien de particulier dans les autres organes.

La ressemblance de ce fait avec le précédent et d'autres que nous connaissons nous fit annoncer avant l'autopsie la perforation de l'appendice cœcal comme assez probable.

A l'aspect de cette concrétion si semblable, sauf la consistance, à celle rencontrée dans la région iliaque chez M. M... (obs. I), un trait de lumière jaillit dans notre esprit, et nous révéla subitement la nature de ce corps d'origine inconnue sans perforation concomitante reconnue. Seulement la dernière trouvée était plus petite, plus molle, plus foncée en couleur; mais sa forme et sa structure lamellaire ne me laissent aucun doute sur l'identité d'origine dans les deux cas.

Ainsi, dans l'observation Ire, calcul intra-péritonéal sans perforation évidente; dans l'observation II, perforation sans calcul; dans l'observation III, perforation et calcul dans l'appendice. Voilà les trois manifestations finales de ce genre de lésion.

Il est à croire que les cas de ce genre sont plus communs qu'on ne le pense généralement et que beaucoup de péritonites dites spontanées se rattachent à cette perforation de l'appendice iléo-cœcal, qu'on aurait constatée plus souvent si l'attention était mieux fixée sur cet accident. Il faut, en effet, procéder avec autant de scrupule que de courage pour aller découvrir au milieu de ce magma purulent et fétide une lésion qui peut échapper à la vue même lorsqu'on explore la cavité de l'intestin, car on oublie souvent d'inspecter l'appendice cœcal. Il peut se faire aussi que l'orifice ulcéreux s'oblitère quelque temps après l'issue du corps étranger.

Certaines obscurités règnent encore sur les causes de ces perforations. On pense généralement qu'elles sont dues à la présence de corps étrangers venant du dehors, ou venant de l'intestin même, ou enfin qu'elles peuvent résulter de lésions locales (ulcérations typhoïdes, cancéreuses, etc.). Mais il est à remarquer que, sur une trentaine de cas qui sont à ma connaissance, il n'y en ait qu'un seul où l'on ait rencontré un corps étranger venant du dehors: c'est le pepin de melon trouvé par M. Briquet dans un appendice perforé. Dans tous les autres, ou l'on n'a rien trouvé, ou l'on a trouvé soit des matières fécales, soit des concrétions dites stercorales, comme les deux que j'ai recueillies.

Or il ne me paraît pas démontré que ces concrétions soient toujours stercorales; leur consistance et leur aspect comme sébacés à l'état frais, et leur apparence calcaire à l'état sec, enfin leur structure lamelleuse, ne les font guère ressembler à des matières fécales desséchées, endurcies. Ces concrétions ne pourraient-elles pas résulter de la solidification des produits folliculeux de l'appendice? Cette opinion est exprimée dans la thèse de M. Favre: « Si le boursouflement de la muqueuse de l'appendice est considérable, dit-il, la communication avec le cœcum pourra être interrompue. Le mucus sera donc emprisonné; il sera obligé de se modifier sur place et finira par former une concrétion épithéliale. »

Quoi qu'il en soit, voici la description des calculs dits stercoraux donnée par les auteurs. Ils sont plus ou moins durs, ordinairement d'un jaune verdâtre. Si on les coupe, on les trouve formés de couches concentriques alternatives, grises, terreuses, brunes, parfois brillantes, renfermant au centre un noyau plus dur qu'on a pu prendre pour un corps étranger, mais qui a la même structure et la même composition que le reste. Leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette. On les dit provenir de la transformation de matières fécales dont la partie liquide est résorbée; aussi peuvent-ils acquérir dans certains cas la dureté d'une pierre, et alors leurs lames sont très serrées. Ils ont d'autant plus l'odeur fécale qu'ils sont plus mous. M. Volz y a trouvé les éléments chimiques des matières fécales; on y a aussi trouvé de la cholestérine, principe de la bile. Du reste, leur nombre varie comme leur forme et leur consistance. On les trouve parfois dans la cavité du péritoine, mais la suppuration peut les dissoudre. Tels sont bien les caractères de nos deux calculs, et spécialement de celui trouvé chez M. M...

Notre intention n'étant pas de dresser une monographie des perforations de l'appendice, nous nous bornerons à quelques principes sommaires. Elles peuvent donner lieu soit à des péritonites d'emblée, marchant rapidement ou lentement, soit à des abcès circonscrits s'ouvrant au dehors, dans l'intestin ou dans le péritoine. Dans ce dernier cas, la maladie paraît divisée en deux périodes distinctes, comme dans notre observation Ire. Evacués par une voie ou par une autre, ces abcès peuvent guérir; lorsqu'ils s'ouvrent dans le péritoine, ils sont presque nécessairement mortels.

Le traitement à leur opposer est celui des inflammations violentes. Mais il existe ici des indications spéciales qu'on a cru pouvoir remplir au moyen de l'opium à haute dose (traitement de Graves). On cite des cas de guérison par cette méthode; mais il reste quelques doutes sur la réalité de la perforation dans ces cas. D'ailleurs, pour appliquer ce traitement, il faut reconnaître l'accident pendant la vie; or, presque toujours il est resté méconnu. L'opium, administré lorsque les accidents de la perforation sont déclarés, ne peut remédier à la cause, mais il peut encore rendre des services, d'abord en procurant le narcotisme, c'est-à-dire l'immobilité du corps et peut-être de l'intestin, nécessaire à la cicatrisation de l'ouverture intestinale, mais surtout en combattant l'élément douleur. C'est de cette manière que nous avons expliqué les bons effets de l'opium dans le traitement de la méningite épidémique. Sous ce rapport, si l'opium ne procure pas la guérison, il adoucit au moins les derniers instants du malade.

Une autre indication spéciale serait de s'abstenir d'ingérer des liquides par haut ou par bas, de peur de distendre l'intestin, de rompre des adhérences salutaires et d'ajouter aux matières de l'épanchement.

Il résulte de ce travail, qu'étant donnée une péritonite primitive, c'est-à-dire sans cause déterminante appréciable, on devra considérer comme possible, sinon comme très probable, la perforation de l'appendice cœcal.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. Bessières.

Dyssenterie guérie par la saignée du bras.

(Observation recueillie par M. A. Boutet, interne.)

F... (Anne), âgée de quarante-deux ans, ménagère, entrée le 2 novembre, était couchée au n° 8 de la salle Saint-Joseph. Cette fille, dont le tempérament est bilioso-sanguin, éprouvait depuis huit jours des coliques très vives dans la direction du côlon transverse et descendant. Ces douleurs étaient très fréquentes, et s'accompagnaient en même temps de ténesme des sphincters de l'anus. Les selles étaient caractérisées par leur nature glaireuse et sanguinolente. A tous ces symptômes, accompagnés d'une fièvre ardente, M. Bessières diagnostiqua une dyssenterie inflammatoire, et prescrivit la décoction blanche, les lavements amidonnés avec addition de 10 gouttes de laudanum liquide, répétés deux fois par jour; il la mit à une diète sévère. Ce traitement, continué pendant trois jours, n'empêcha pas les symptômes de la maladie de continuer avec la même intensité.

Jugeant alors nécessaire de recourir aux antiphlogistiques, le professeur accorda la préférence à la saignée sur les sangsues, que l'on emploie le plus généralement. Mais les succès obtenus déjà chez d'autres malades faisaient espérer un meilleur résultat de la phlébotomie, alors surtout que l'on remarquait chez cette femme combien les douleurs étaient aiguës et la fièvre ardente. En effet, dans l'application des moyens propres à combattre cette maladie, il faut, comme toujours, prendre en considération toutes les circonstances qui l'ont amenée ou qui la constituent.

La saignée du bras fut pratiquée largement, et le lendemain la dyssenterie avait complétement cessé. Dès ce moment la convalescence s'établit rapidement, et la malade quitta l'hôpital après douze jours de traitement, en y comprenant le temps de la convalescence.

A peine arrivée chez elle, Anne reprit ses occupations ordinaires; elle ne tint aucun compte de la maladie qu'elle avait essuyée et des conseils qui lui avaient été donnés touchant le régime à suivre; elle fit ses repas sans aucun choix d'aliments et en aussi grande quantité qu'avant sa première maladie: aussi une rechute ne tarda pas paraître, et la malade revint bientôt à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 9. Elle présentait absolument les mêmes symptômes que la première fois, et sans trop attendre les effets des simples boissons émollientes et des lavements laudanisés, la saignée du bras fut pratiquée pour ainsi dire dès son entrée dans nos salles. Encore cette fois la dyssenterie cessa instantanément, et Anne quitta l'hôpital quelques jours après parfaitement guérie, ainsi qu'elle nous l'a confirmé dernièrement.

Assurément, chez cette malade, l'efficacité de la saignée n'est pas douteuse, et on ne comprend pas vraiment pourquoi des médecins se refusent à accorder à ce moyen une action héroïque, et ne le préfèrent pas à une foule de médicaments préconisés contre cette affection. M. Bessières, il est vrai, ne la pratique pas indistinctement dans tous les cas de dyssenterie, ainsi que l'avait conseillé Peisson, mais il s'en est toujours très bien trouvé dans les cas pareils à celui dont nous venons de tracer l'histoire.

BLESSURE PAR UNE BAIONNETTE.

Section du nerf optique, blépharoptose, cécité;

Par M. le docteur Hubsch, à Constantinople.

Le 29 septembre 1853, Hussein, fils de Mehemet, soldat de la garde impériale, entra à l'hôpital de *Gulhané* à la suite d'un accident grave qui venait de lui arriver. Encore novice dans le maniement des armes, Hussein était occupé à faire l'exercice à feu; dans une manœuvre maladroite qu'il fit au moment de charger son fusil, il se ficha la pointe de la baïonnette à deux lignes au-dessous de la paupière inférieure droite jusqu'à la voûte orbitaire. Gonflement immédiat des paupières, hémorrhagie assez forte, douleurs atroces, protubérance de l'œil.

Le stylet introduit dans la plaie arrive jusqu'à la voûte osseuse, en passant derrière l'œil; les paupières sont tellement enflées et tendues, qu'il est impossible de les soulever.

Traitement. — Saignée du bras de 120 drachmes, application de 25 sangsues aux tempes; fomentations froides; diète et repos.

Le lendemain, même état; les paupières sont encore plus boursouflées. — Nouvelle application de sangsues; continuation des fomentations froides.

Ce n'est que le troisième jour que je parviens à écarter les paupières; l'œil est dur, immobile, proéminent; la pupille dilatée, la vision nulle; la conjonctive est fortement injectée et œdématiée. Continuation du traitement antiphlogistique; frictions mercurielles sur le front; vésicatoire à la nuque; calomel à petites doses à l'intérieur.

Le 10 octobre, le malade est bien; les douleurs ont diminué, la tuméfaction des paupières a presque entièrement cessé, mais il y a paralysie complète des paupières et de l'œil. Un reste de congestion fut combattu par les moyens ordinaires, et, lorsqu'il n'en exista plus de trace, j'employai la pommade de Gondret durant un mois consécutif. L'effet de ce puissant révulsif et excitant fut de rendre le mouvement aux paupières; elles exécutent leurs fonctions avec facilité, mais l'œil est resté immobile au milieu du diamètre longitudinal; la pupille est dilatée, l'iris est insensible et la vision est abolie complétement.

Dans ce cas, nous devons admettre que la baïonnette, après avoir traversé les téguments, a glissé sur le bord inférieur de l'orbite, s'est frayé une voie derrière l'œil en coupant le nerf optique et est parvenue jusqu'à la voûte orbitaire; dans son passage, elle a lésé sans doute les branches de la troisième paire et quelques rameaux du ganglion ophthalmique, d'où la paralysie de la paupière supérieure. La plaie extérieure s'est réunie immédiatement par première intention, de sorte que l'os n'a point été endommagé.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Effets remarquables des inhalations de chloroforme dans la coqueluche.

S'il y a quelque chose dont on puisse s'étonner, c'est qu'on n'ait pas songé plus tôt à faire usage des inhalations de chloroforme contre la coqueluche, c'est-à-dire contre une des affections les plus franchement spasmodiques que compte la pathologie humaine. Il y a quelques années, un des médecins les plus distingués de Dublin, M. Fleetwood Churchill, s'était bien trouvé des inhalations d'éther sulfurique dans la coqueluche; mais c'est seulement encouragé par quelques tentatives de M. Simpson que ce médecin a eu recours au chloroforme. Il paraît cependant que l'emploi du chloroforme rencontre d'assez grands obstacles chez les très jeunes enfants; d'abord, on n'est pas averti de l'approche de l'accès, et par conséquent on ne peut pas avoir le chloroforme à portée pour le faire inspirer avant le commencement de l'accès; et, d'un autre côté, celui-ci se composant de huit ou dix expirations pour une inspiration, le chloroforme serait évaporé avant que le petit malade en eût inhalé quelque peu. Ensuite, les jeunes enfants ont une véritable horreur contre tout ce qu'on veut leur mettre devant la bouche, et ils se débattent violemment jusqu'à ce qu'ils aient satisfait leur besoin de tousser. Mais chez les enfants raisonnables, et surtout chez les enfants de douze ou quatorze ans et au delà, chez lesquels on ne rencontre aucune de ces difficultés, les inhalations de chloroforme ont les résultats les plus remarquables.

M. Fleetwood Churchill rapporte quatre observations : l'une est relative à une jeune fille de seize ans, qui avait la coqueluche depuis un mois et des accès avec sifflement, surtout pendant la nuit. On lui recommanda dès qu'elle sentirait venir l'accès de verser quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir et de le respirer. En deux jours, l'accès avec sifflement avait disparu; il ne restait qu'un peu de toux, qui disparut après huit ou dix jours. Même résultat chez une jeune demoiselle de vingt ans. Dans les deux cas, l'effet fut presque magique, et cependant toutes les deux avaient une coqueluche des mieux caractérisées.

Dans un troisième cas, chez une demoiselle de dix-huit ans, la maladie put être traitée dès le début; il n'y avait pas de sifflement, mais des accès de toux. On recommanda à cette jeune fille d'inspirer un peu de chloroforme dès qu'elle sentait de la titillation au larynx; de cette manière, elle pouvait retarder sa toux indéfiniment, et, lorsque celle-ci se montrait subitement, elle était instantanément suspendue par le chloroforme. Néanmoins il fallut trois semaines pour que la tendance à la toux cessât et par suite pour qu'on renonçât au chloroforme. Mais pendant tout ce temps, elle ne fut pas un seul instant malade, vaquant à ses occupations, mangeant et dormant bien.

Dans le quatrième cas, l'affection était plus grave, les quintes violentes et prolongées, les efforts d'inspiration et de sifflement si marqués qu'il semblait que quelque chose allait se rompre dans la poitrine. Perte d'appétit, de sommeil et des forces, bien que la maladie ne durât que depuis trois semaines. Les inhalations de chloroforme diminuèrent le nombre des accès de moitié, mais sans rien retrancher de leur intensité. Le malade s'étant plaint de céphalalgie à la suite de l'emploi du chloroforme, on y renonça, et on lui donna 2 gouttes d'acide prussique de la pharmacopée de Dublin, avec 2 ou 3 gouttes noires trois fois par jour. L'amélioration survenue pendant l'emploi du chloroforme ne fit que se continuer, et en cinq semaines il était complétement rétabli.

(*Arch. de méd. belge.*)

Traitement des déchirures de la fourchette.

Cet accident, fort commun chez les femmes primipares, guérit d'ordinaire assez bien de lui-même; mais il est des cas où la plaie s'ulcère et devient le siége d'une sécrétion couenneuse qui tient le milieu entre la diphthérite et la pourriture d'hôpital. Il faut donc bien se garder de négliger ces petites plaies comme on le fait ordinairement. Suivant M. Velpeau, on prévient presque toujours ces accidents par des soins de propreté consistant en bains de siége et en lotions faites d'abord avec de l'eau tiède simple, plus tard avec de l'eau miellée. Si la plaie ne se cicatrise pas, M. Velpeau passe alors aux topiques mercuriels, dont l'action cicatrisante est bien connue. Il faut laver la plaie trois ou quatre fois par jour avec de l'eau de guimauve tenant en suspension 4 grammes de calomel pour 120 de véhicule, ou bien il l'enduit légèrement d'une pommade contenant 3-4 grammes de précipité blanc pour 32 d'axonge. Si la sécrétion couenneuse est établie, ces moyens sont impuissants à modifier cette dernière. Il faut se comporter alors comme dans les cas de pourriture d'hôpital, c'est-à-dire porter sur la surface ulcérée du suc de citron et, en cas d'insuccès de ce dernier, la cautériser successivement avec le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique et le nitrate acide de mercure. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 décembre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Demarquay présente une malade sur laquelle il a pratiqué, le 30 août 1853, en présence de MM. Denonvilliers, Guersant et Pitha (de Pragues), l'ablation de la partie inférieure du rectum.

Cette malade était entrée à l'hôpital Necker, service de M. Lenoir, alors suppléé par M. Demarquay, le 11 août 1853. Elle portait depuis six mois une masse cancéreuse assez volumineuse au pourtour de l'anus, plus grosse du côté droit que du côté gauche. La maladie avait, de plus, envahi la partie inférieure de l'intestin rectum dans une étendue de 3 à 4 centimètres environ. Le doigt, toutefois, arrivait parfaitement à la limite du mal. La malade éprouvait d'atroces douleurs et demandait à être opérée.

Voici le procédé opératoire qui fut mis en usage : une incision partant du coccyx circonscrivit toute la tumeur; puis celle-ci fut disséquée suivant les règles de l'art. Avant de détacher la partie malade, l'extrémité inférieure de l'intestin fut fendue suivant sa longueur, et ensuite coupée circulairement, d'après le précepte donné par M. le professeur Denonvilliers. Les vaisseaux intéressés furent liés à mesure, pour faire disparaître la plaie considérable résultant de cette opération. M. Demarquay, après avoir disséqué dans une certaine étendue l'intestin rectum resté sain, attira à lui cet organe devenu libre et le fit adhérer au pourtour de la marge de l'anus avec la peau restée saine. Par suite de cette espèce d'autoplastie, la plaie résultant de l'opération n'existait plus. Actuellement la malade est parfaitement guérie; elle va librement à la garde-robe.

M. Lenoir, à son retour, a vu l'opérée et a dirigé le reste du traitement. La guérison est actuellement parfaite. En effet, au lieu de la tumeur cancéreuse, on trouve une cicatrice souple, élastique.

M. Laborie fait observer que ce procédé opératoire a été mis en pratique et recommandé par plusieurs chirurgiens, et spécialement dans les cas d'imperforation ou d'absence de l'extrémité inférieure du rectum chez les nouveau-nés.

M. Demarquay répond qu'il n'a pas voulu indiquer un procédé nouveau, mais seulement fixer l'attention sur le bon résultat qu'il peut donner.

Tumeur érectile guérie. — M. Denonvilliers présente une malade qu'il a traitée et guérie d'une tumeur érectile artérielle située sur le milieu de la région frontale. Ce chirurgien avait d'abord voulu employer la galvano-puncture. Après vingt-cinq ou trente applications, il y eut une amélioration très marquée : c'est-à-dire que la tumeur, grosse comme un œuf, était réduite de volume, presque plus pulsatile. Mais deux gros vaisseaux afférents n'ayant pu être oblitérés et continuant à charrier du sang dans la tumeur, M. Denonvilliers se décida à parfaire la guérison en disséquant en enlevant la tumeur. Il n'en reste plus de traces.

M. Verneuil. M. Denonvilliers, après avoir modifié l'état d'une tumeur érectile à l'aide de la galvano-puncture, a jugé utile d'achever la cure par l'extirpation de la production pathologique, dont le volume avait été considérablement diminué. Ce fait vient à l'appui d'une opinion que j'ai pu me former d'après l'examen de plusieurs faits et la lecture d'un assez grand nombre d'observations, c'est que diverses méthodes qui modifient beaucoup l'abord du sang dans le tissu érectile et changent même complétement sa nature vasculaire n'amènent qu'une évolution incomplète et laissent une tumeur à la place de l'autre.

Cette tumeur, qui remplace la trame vasculaire, est beaucoup moins grave quant au pronostic, il est vrai; mais au point de vue de la difformité, il n'y a pas cure, mais bien substitution d'une maladie à une autre.

J'ai eu l'occasion d'observer tout récemment un cas remarquable qui justifie cette opinion.

Un malade portait à la paupière supérieure une tumeur érectile veineuse très développée, qui fut traitée avec succès par le séton. Je dis avec succès, car les vaisseaux furent oblitérés et remplacés par une masse dure dans laquelle l'abord du sang était tout à fait entravé. Cependant le volume de la paupière resta toujours à peu de chose près le même, et on vit persister les troubles de la vision et la difformité qui résultait, non pas de la nature du mal, mais bien de sa situation et de son volume.

Après avoir attendu en vain pendant quelques mois la résolution définitive, on se décida à extirper le mal.

Les vaisseaux n'étaient plus reconnaissables dans la masse morbide. Celle-ci était composée uniquement d'une masse graisseuse très consistante, sillonnée de cloisons fibreuses très solides; mais une bonne partie du volume de la tumeur était constituée par une immense quantité de kystes très petits, très rapprochés les uns des autres, et dont les dimensions variaient depuis celles d'un pois jusqu'à celles d'une tête d'épingle et au-dessous; les parois de ces petites poches étaient fibreuses, résistantes et assez épaisses; le contenu filait à la manière de l'albumine.

Je ne veux pas insister davantage sur les caractères anatomiques de cette lésion, je veux seulement insister sur ce fait, qu'une tumeur érectile guérie avait été remplacée par une masse graisseuse pleine de petites poches fibreuses remplies de liquide : c'est-à-dire qu'une maladie s'était substituée à l'autre, mais sans que la tuméfaction eût disparu.

On comprend que cette circonstance, de peu de valeur dans certaines régions, mérite, au contraire, d'être notée dans les points où l'élément tumeur joue un rôle important dans la maladie que l'on traite.

L'altération que je viens d'indiquer comme suite de l'inflammation des tumeurs érectiles est, je crois, peu connue en France; elle a été signalée dans ces derniers temps par MM. Holmes Cootes et Bickersteth, mais ces auteurs ne paraissent pas avoir signalé l'importance que ce fait peut avoir au point de vue chirurgical.

M. Denonvilliers répond que chez sa malade il n'y avait pas de transformation dans la structure de la tumeur.

Election. — La Société procède au scrutin pour la nomination d'un membre titulaire. Sur 28 votants, M. Bouvier a réuni 26 suffrages. En conséquence, il est nommé membre de la Société.

— A propos du procès-verbal, M. Forget fait les observations suivantes sur la communication de M. Broca relative au rapport de M. Cullerier.

C'est sans doute par erreur que M. Broca a dit que presque tous les membres de la Société admettaient la non-infaillibilité de l'inoculation du virus syphilitique. Je demande la rectification de cette phrase, qui semble faire admettre par la Société une règle qui ne paraît pas justifiée.

M. Broca. Je reconnais en effet avoir dit la phrase que M. le secrétaire a insérée dans le procès-verbal, et comme personne ne s'élevait contre la proposition que j'avais formulée, je me croyais parfaitement en droit de la considérer comme admise, puisqu'on ne la réfutait pas. Du reste, comme il ne saurait y avoir de surprise dans une question grave et purement scientifique, je demanderai si parmi nos collègues il en est qui repoussent l'opinion que j'ai émise, et alors on pourrait entamer une discussion qui ne saurait manquer d'être utile.

M. Robert. Cette question, que vient nous soumettre M. Broca, est de la plus haute importance. Si on a gardé le silence, c'est parce qu'on a reconnu l'impossibilité, faute de matériaux suffisants, de la traiter d'une manière fructueuse. Ainsi, ne pas la combattre ce n'est pas dire qu'on l'admet. Jusqu'à plus ample examen, elle reste l'opinion personnelle de M. Broca, qui ne saurait se faire un appui de notre silence.

M. Broca. Je voulais faire bien constater que personne n'avait repoussé ma proposition, et que, loin de là, les orateurs qui ont pris la parole ont tous parlé dans le sens de cette proposition.

M. Larrey. Il s'agit ici d'un point de science tellement important, puisqu'il sert de base à toute une doctrine, que je ne puis trop appuyer les termes dans lesquels M. Robert a posé la question. La Société ne peut en aucune façon se laisser engager; nous avons besoin, avant de nous prononcer, d'être plus complétement édifiés.

M. Huguier est d'autant plus éloigné de vouloir se prononcer dans le sens de la proposition formulée par M. Broca, que les faits d'immunité signalés ne lui paraissent pas avoir la signification qu'on veut leur donner, car rien ne prouve que les individus ainsi rebelles à l'inoculation n'auraient pu contracter la syphilis en se soumettant aux chances de l'infection naturelle.

M. Forget. En approuvant ce que vient de dire M. Huguier sur le mode d'inoculation de la syphilis, j'ajouterai que, pour infirmer la doctrine de notre collègue M. Ricord, il faudrait que les faits qu'on lui oppose eussent été recueillis dans des circonstances identiques. Or cela est loin d'être, car lorsque l'auteur de cette doctrine l'a formulée, il a bien entendu parler d'inoculations pratiquées sur des individus que nous rencontrons tous les jours dans la pratique; or, ceux-là, on n'a pas prouvé qu'ils fussent réfractaires à l'inoculation. On met en avant des malades exceptionnels, qui sont criblés de plaies depuis longtemps en suppuration, épuisés par conséquent, et chez lesquels il peut se faire que la vitalité ne soit plus suffisante pour que le virus puisse se développer et que le travail morbide qui a pour résultat la formation du chancre puisse suivre ses phases diverses.

Ce sont ces considérations, que j'avais soumises dans la dernière séance à notre collègue M. Broca, qui m'ont porté à faire remarquer qu'il engageait par son langage la Société plus loin qu'elle ne pouvait aller, insuffisamment éclairée par les faits contradictoires qui lui ont été cités et par la discussion qui a été très incomplète.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Avant la lecture de la correspondance, M. Debout présente une pièce d'anatomie pathologique relative aux altérations consécutives à l'injection du perchlorure de fer. Il s'agit d'un anévrisme du pli du coude. (Cette pièce est renvoyée à l'examen de MM. Giraldès, Gosselin et Robert.)

CORRESPONDANCE.

M. Gosselin remet un travail de M. le docteur Vallet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Ce travail a pour titre : *Observation de taille hypogastrique précédée de ponction de la vessie, à la suite d'une rétention d'urine avec fausses routes; extraction de 78 calculs; rétablissement du canal de l'urètre par l'intérieur de la poche urinaire.* (M. Gosselin est chargé de faire le rapport.)

— M. le président annonce à la Société qu'un de ses membres associés étrangers, M. le professeur Chélius, est présent à la séance.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert. — M. Giraldès demande la parole pour rétablir un fait mentionné inexactement par M. Robert. Il s'agit du malade qui présentait des gaz dans les cavités du cœur, dans les veines caves supérieure et inférieure, et de l'emphysème pulmonaire. M. Robert a paru croire que ces gaz étaient produits par la décomposition cadavérique, mais il n'en est rien; l'état du cadavre ne permettait pas d'admettre cette explication.

M. Chassaignac. Je n'ai pas l'intention de faire des objections à M. Robert sur la classification qu'il a adoptée pour les différentes causes de mort pendant l'anesthésie. Comme lui je crois qu'il faut placer la syncope en première ligne, mais il ne faut pas trop restreindre la part qui doit être faite à l'asphyxie et à la sidération nerveuse. Ainsi, par exemple, j'ai été frappé de la modification de coloration du sang artériel chez les opérés soumis à l'anesthésie. Sur onze sujets soumis à de grandes opérations, j'ai noté avec soin les degrés de cette modification. Dans quelques cas le sang devient *cyanotique*, et cet état coïncide avec une diminution dans l'énergie des battements du cœur; le jet artériel est moindre.

Ces symptômes n'indiquent-ils pas l'imminence de l'asphyxie?

M. Roux, répondant à cette argumentation de M. Chassaignac, demande si l'on est bien en droit d'admettre rigoureusement la décoloration du sang artériel comme un symptôme pathognomonique de l'asphyxie. Pour soutenir la valeur d'une opinion, il faut des preuves, et ici elles nous manquent. Du reste, M. Roux admet volontiers que la mort puisse être quelquefois rapportée à l'asphyxie, mais dans des proportions assez restreintes; car ce qui frappe surtout dans les cas de mort, c'est l'instantanéité des accidents.

J'ajouterai, dit M. Roux, que nous n'avons certainement pas tout dit sur les causes de la mort. M. Chélius, que nous possédons aujourd'hui parmi nous, pourrait nous donner des détails sur deux cas puisés dans sa pratique.

M. Chélius répond à cette interpellation de M. Roux en disant qu'en effet dans deux cas il a vu ses opérés menacés de mort, et il a reconnu que les accidents étaient dus à l'occlusion du larynx par l'abaissement de l'épiglotte.

M. Robert. La communication de M. Chélius est d'autant plus importante, que déjà j'ai cité deux faits analogues dans lesquels on aurait pu faire cesser les accidents soit en amenant la langue en dehors, soit en titillant la base de cet organe.

Le mode de production de cet accident est probablement le suivant : le larynx se rapproche par la partie supérieure de la colonne vertébrale, la langue suit ce mouvement d'avant en arrière, et ainsi l'épiglotte se trouve refoulée et vient faire l'occlusion de la glotte.

Dans un cas de ce genre, M. Bickersteth a en vain pratiqué l'insufflation; il n'a réussi à sauver son opéré qu'en agissant directement sur l'épiglotte. C'est en raison de ces faits, qui m'avaient frappé, que dans mes conclusions j'ai proposé, avant de pratiquer l'insufflation, de s'assurer de la position de l'épiglotte.

M. Chassaignac, dans son argumentation, considérant les causes qui déterminent la mort comme complexes, a insisté sur la coloration du sang comme pouvant servir d'indice de l'élément asphyxie; mais, comme M. Roux, je répondrai que rien n'autorise à faire cette appréciation sur la modification du sang artériel. J'ai aussi signalé cette modification; mais je n'en ai tiré aucune conséquence, reconnaissant que je n'étais pas suffisamment éclairé sur ce sujet. Ce qu'on peut dire seulement, c'est que, dans la très grande majorité des cas, l'aspect, la physionomie des malades ne présente rien qui puisse les faire croire en état d'asphyxie.

Et comme, en résumé, la cessation des mouvements du cœur est le signal des accidents, c'est là surtout qu'il faut fixer son attention, sans toutefois dédaigner les autres symptômes.

M. Chassaignac répond qu'il n'a pas voulu faire une objection, mais une simple remarque pour fixer l'attention des chirurgiens. Quant à l'aspect des individus menacés de mort pendant l'anesthésie, il peut bien être comparé à l'aspect des individus asphyxiés lentement, comme dans le croup, par exemple. La teinte violacée de la face est

surtout spéciale aux asphyxies rapides, comme dans les cas de strangulation.

M. BROCA est frappé de la manière dont M. le rapporteur semble attribuer au chloroforme certaines morts tardives survenues quatre, cinq et six heures après l'anesthésie. Est-ce que ces morts tardives ne se rencontraient pas avant l'emploi du chloroforme? et peut-on sans preuve les attribuer à cet agent, lorsque nous savons précisément que l'action du chloroforme est très rapide?

J'ai vu deux malades mourir ainsi tardivement. Dans le premier fait, il s'agit d'un domestique qui reçut un coup de pistolet dans le jarret ; il y eut une hémorrhagie considérable : l'articulation fut fracassée. Blandin pratiqua l'amputation. Le malade avait été anesthésié; il ne revint à lui que très incomplétement, et cinq heures après il mourait.

Le deuxième malade est celui dont M. Richard nous a communiqué l'observation. L'opération terminée, le malade paraissait mort; on le ranima un peu, mais il ne revint pas complétement, et succomba deux heures après.

Dans ces deux observations, où les malades n'avaient pas retrouvé leur connaissance, on peut sans doute attribuer part égale de la mort à l'effet du chloroforme et à l'hémorrhagie. Mais dans les cas cités par M. Robert, les malades avaient complétement repris connaissance lorsqu'ils succombèrent d'une manière inopinée plusieurs heures après l'opération. Ces morts inattendues, on les a observées aussi avant l'emploi des anesthésiques. M. Broca rapporte l'observation d'un malade qui succomba ainsi tout à coup, dans le service de M. Gerdy, six heures après la réduction d'une hernie étranglée, et chez lequel à l'autopsie on ne trouva aucune lésion capable d'expliquer la mort. L'un des malades de M. Giraldès avait été soumis au cathétérisme ; or tout le monde a entendu parler de mort survenue à la suite d'un seul cathétérisme, sans emploi de chloroforme. Enfin, M. Broca signale, comme venant à l'appui de l'opinion qu'il émet sur le rôle passif du chloroforme dans ces cas, les résultats fournis par l'autopsie : on retrouvait des altérations suffisantes pour expliquer la mort.

M. Robert attribue la mort à la syncope ; je partage cette manière de voir : aussi je pense, dit M. Broca, qu'on ne saurait trop insister sur la nécessité de mettre les malades dans les conditions les meilleures pour prévenir cette syncope. Telle est la situation horizontale. Sans prétendre, comme M. Stanski, que tous les malades qui ont succombé aient été endormis dans une position verticale ou au moins dans une position oblique, je ne puis m'empêcher de reconnaître qu'il en a été ainsi de la plupart d'entre eux. Je considère donc la position verticale comme très funeste et comme devant être évitée dans tous les cas. Je désire savoir si c'est aussi la manière de voir de M. Robert. Je demande enfin que, dans une proposition, il soit bien dit que les cas de mort ne sauraient être attribués ni à l'excès de chloroforme donné au malade, ni à ce que le chirurgien aurait opéré pendant l'état de collapsus anesthésique.

M. ROBERT. Je n'ai pas voulu concentrer tout mon travail en propositions, il en eût fallu un nombre considérable ; je me suis borné à quelques principes généraux, désirant que le corps du travail fût lu en entier. On ne devra donc pas chercher mes opinions uniquement à la fin dans un court résumé, on devra les prendre dans la totalité de mon rapport.

Ainsi ce que M. Broca vient de dire sur la position à donner au malade, je l'ai dit, non pas aussi absolument que cela a été fait par M. Stanski, et j'avais des raisons positives pour n'être pas aussi absolu ; es faits d'anesthésie pratiqués sur des individus assis sont assez nombreux pour démontrer que cette règle ne peut être formulée dans des termes aussi rigoureux.

J'ai aussi insisté sur la manière dont survenaient les accidents, non pas par la quantité absolue de chloroforme absorbée pendant un laps de temps assez long, mais bien par la quantité inhalée dans un temps donné ; et c'est pour cela que j'ai considéré comme mauvais le principe de M. Sédillot, qui veut f ire inhaler à haute pression.

Quant à l'appréciation de l'étiologie des morts tardives, M. Broca paraît en exonérer le chloroforme ; mais je ferai observer qu'avant l'emploi de l'anesthésie ces cas étaient rares ; aujourd'hui ils deviennent plus fréquents. Je ne puis certainement vous donner une démonstration rigoureuse à l'appui de ma manière de voir ; mais, jusqu'à preuve du contraire, je persiste à considérer ces morts comme produites par le chloroforme.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. VERNEUIL présente le moignon d'un malade ayant subi l'amputation de Chopart.

Les détails de cette observation seront communiqués dans une prochaine séance.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 octobre 1853. — Présidence de M. TERRIER.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin médical du Nord de la France*. (M. Chalut.)

2° Le *Bulletin de l'Institut médical de Valence*. (M. Masson.)

Surdi-mutité. — M. P. GUERSANT donne lecture d'un rapport fort étendu et détaillé sur un livre adressé à la Société par M. Hubert Valleroux et dont le titre est *Introduction à l'étude médicale et philosophique de la surdi-mutité*. Les conclusions du rapport sont de déposer le livre de M. Hubert Valleroux aux archives, et d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments.

Ces conclusions sont adoptées.

Développement du corps thyroïde. — M. DUHAMEL présente une jeune femme qui offre un cas fort intéressant de développement du corps thyroïde, pour lequel il demande l'avis de la Société.

Il expose en peu de mots les renseignements fort incomplets qu'il a pu se procurer sur les antécédents de la malade, qui est venue le consulter pour la première fois très peu de temps avant la séance actuelle. C'est en raison de la particularité que lui a offerte ce cas qu'il s'est empressé de le soumettre au jugement de ses collègues avant même d'avoir pu se fixer d'une manière définitive et péremptoire sur le diagnostic. Néanmoins quelques circonstances, telles que le développement tardif de la tumeur, et son augmentation progressive coïncidant avec l'époque du dernier accouchement, lequel ne remonte qu'à six semaines à peine, le porteraient à penser que la tumeur qu'elle présente doit être considérée comme un développement des vaisseaux qui se rendent au corps thyroïde plutôt que comme un goître essentiel, c'est-à-dire une hypertrophie de cet organe de la nature du goître endémique dans certaines contrées.

M. GUERSANT, après avoir examiné la malade avec soin, déclare qu'il ne serait pas éloigné dans le cas actuel de croire à l'existence de kystes séreux contenant un liquide trouble, brunâtre, comme on en rencontre assez fréquemment. Il fait observer que, comme l'a remarqué M. Dubamel, les artères thyroïdiennes ont bien manifestement subi un développement anévrismatique très considérable; à son avis, cette tumeur ne serait pas accessible aux moyens chirurgicaux, et le traitement devrait consister tout simplement dans l'emploi *intus et extra* des préparations iodurées. Dans les cas de ce genre, c'est plutôt à l'iodure de potassium qu'il aurait recours qu'à l'iodure de mercure.

M. DUHAMEL fait observer, sans y attacher du reste une importance très grande au point de vue pathogénique, que la malade a suivi depuis plusieurs semaines un traitement conseillé par un confrère, et que l'augmentation de développement de la tumeur paraît surtout dater de l'époque où a commencé ce traitement. Il est très disposé à se rallier à la médication conseillée par M. Guersant, tout en pensant qu'il est important de varier les formules en raison de la tendance qu'ont ces sortes de tumeurs de résister à toutes les méthodes thérapeutiques.

Pour sa part, il a eu à se louer, dans une circonstance à peu près analogue, de l'usage du chlorure d'or et de sodium, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Il l'employait surtout en frictions avec une pommade contenant de 0,50 à 0,75 de ce sel pour 30 grammes d'axonge. Chez la malade à laquelle il fait allusion en ce moment, il a été assez heureux pour rétablir tout d'abord la menstruation devenue fort irrégulière; le développement anormal du corps thyroïde a persisté encore assez longtemps, et ce n'est qu'après un emploi prolongé du médicament qu'il a paru se modifier sensiblement.

M. DUPERTHUIS ajoute que cette maladie est d'ailleurs toujours très difficile à guérir, et que, même dans les contrées où elle est très commune, comme dans le Valais et autres pays, elle tient toujours à un développement du corps thyroïde et non à une disposition anévrismatique des veines et artères de cet organe.

Pour sa part, il conseillerait un traitement plus actif et plus rapide, tel que l'application de pointes de feu profondément de chaque côté de la tumeur. Et c'est, dit-il, chose assez commune de voir cet organe se développer à la suite des couches, principalement dans les pays où la maladie est endémique.

M. DUHAMEL dit avoir perçu un bruit anormal dans la carotide, mais il est à coup sûr dû à la compression de ce vaisseau par la glande.

M. le docteur Bossu se range à l'avis émis par M. Duperthuis, et dit que cette maladie ne ressemble pas exactement aux goîtres ordinaires, tant à cause de la manière dont il s'est développé que de l'époque de son apparition très rapide.

M. TERRIER affirme, au contraire, que ces affections se développent toujours très rapidement.

Extirpation du globe de l'œil. — M. COURSSERANT fait la communication suivante :

M. Bonnet (de Lyon), après avoir mentionné dans son *Traité des sections tendineuses et musculaires* les accidents auxquels donne lieu l'extirpation du globe par les *procédés ordinaires*, prétend « qu'on éviterait sans doute tous ces accidents si l'on coupait les muscles et le nerf optique à leur insertion à la sclérotique et si on enlevait l'œil en laissant intacte la capsule dans laquelle il est renfermé. » M. Florent Cunier, qui a effectué l'ablation du bulbe suivant les indications de M. Bonnet, dit avoir observé chez son malade une suppuration d'une abondance qu'il n'avait jamais rencontrée jusqu'alors et un bourgeonnement très considérable. Or, si ce fait infirme les idées *à priori* du chirurgien de Lyon, l'observation suivante tend, au contraire, à leur donner une valeur pratique de la plus haute importance. Quelques mots suffiront pour l'exposé des faits principaux.

Mme L..., demeurant à Paris place du quai Saint-Michel, n° 3, était affectée d'une mélanose de l'œil gauche, et, quoique la maladie eût déjà fait hernie à travers la sclérotique, poussant devant elle la conjonctive du côté interne, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce pathologique que je prends la liberté de mettre sous les yeux de la Société, je résolus de mettre en pratique le procédé imaginé par l'habile chirurgien de Lyon, vu que les muscles oculaires, la moitié postérieure de la conjonctive bulbaire et les parties voisines situées en dehors du bulbe me paraissaient offrir l'intégrité la plus parfaite.

La malade ayant été soumise à l'action anesthésique de l'éther par M. le docteur Blatin, dont tout le monde connaît la rare prudence et l'intelligente pratique en semblable matière, l'opération fut faite avec le concours bienveillant de MM. les docteurs Bertrand (de Saint-Germain), Picard, etc., etc. Quoique je n'aie pas suivi l'ordre de succession dans lequel M. Bonnet conseille de pratiquer la section des muscles, je passerai sous silence les petits incidents du manuel opératoire, qui a été aussi prompt que facile, et je dirai quelques mots seulement des conséquences de cette véritable *énucléation* du bulbe.

A peine le dernier coup de ciseaux était donné que tout écoulement notable de sang cessa dans la cavité orbitaire ; quelques jets assez faibles d'eau fraîche ayant été poussés avec une seringue dans cette même cavité, autant pour la débarrasser des caillots sanguins qu'elle renfermait que pour achever de tarir le petit suintement de sang dont elle pouvait encore être le siége, la malade fut reportée dans son lit, ayant pour tout pansement quelques compresses imbibées d'eau glacée.

Pendant trois jours la région orbitaire fut le siége de douleurs assez vives et d'un gonflement assez considérable de la paupière supérieure. Vers le quatrième jour, les parties étant dures et tendues, et la suppuration me semblant empêchée dans sa formation, les cataplasmes furent substitués à l'eau froide. Le pus fut d'une abondance modérée pendant deux jours. Vers le sixième jour la suppuration paraissait presque terminée, et le huitième jour de l'opération la cicatrice des tissus divisés était complète, et la conjonctive qui tapisse l'intérieur de la cavité orbitaire ne présentait ni suppuration, ni bourgeounement.

Je doute que par les procédés ordinaires de manuel opératoire et de pansement on fût arrivé à un résultat aussi prompt, aussi satisfaisant.

J'ai quelquefois entendu dire, j'ai lu dans certains auteurs, que ce procédé, entre autres avantages, avait celui de conserver un moignon constitué par la réunion en un seul faisceau des muscles divisés. Or, dans le cas présent, il n'y a pas *ombre de moignon* sur lequel on pût adapter un œil artificiel. Les muscles se sont rétractés au fond de l'orbite, derrière la conjonctive, laquelle présente un plan concave, parfaitement uni au fond, et au milieu duquel on aperçoit un point assez limité jouissant de mouvements assez bornés des muscles, rétractés, je le répète, derrière le plan conjonctival.

D'après le désir exprimé par quelques confrères, M. Coursserant présentera cette malade à la Société dans une des prochaines séances.

Dr CARON, *secrétaire adjoint*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

D'après les ordres de l'Empereur, l'hôpital Sainte-Marguerite a cessé depuis le 1er janvier de recevoir des adultes, et se transforme en un second hôpital des Enfants.

— M. le docteur Chélius, conseiller intime de S. A. R. le régent de Bade, professeur et directeur de la clinique chirurgicale d'Heidelberg, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

Déjà, lundi dernier, la présence de M. Chélius à Paris avait été célébrée par la Société de chirurgie, dont le célèbre chirurgien allemand est membre. Un banquet lui a été offert, dans lequel un toast a été porté par M. Denonvilliers à M. Chélius, qui a répondu avec une parfaite convenance. Un toast a aussi été porté par M. Ricord à M. Roux, ami particulier de M. Chélius, et un autre par M. H. Larrey à M. Marjolin, instigateur et organisateur du banquet. La fête a été pleine de cordialité et très brillante.

— La rentrée de l'Ecole préparatoire de médecine d'Arras a eu lieu le 15 décembre dernier, sous la présidence de M. le recteur.

Après un discours fort intéressant de M. Dassonneville, professeur de chimie et de pharmacie, contenant un aperçu historique de la chimie, depuis son origine jusqu'à sa constitution en corps de doctrine, M. le recteur a adressé une allocution chaleureuse aux élèves; puis l'appel des médailles et des accessits a été fait par M. le professeur Brégeaut, secrétaire de l'Ecole.

1° *1re série* (4e année d'étude). — Médaille d'honneur, M. Delay (Auguste), d'Aix-Noulette. — 2e prix, M. Galland (Philippe), d'Angres-Liévin.

2e série (3e année d'étude). — Médaille d'honneur, M. Brunelle (Louis), de Cuinchy. — 2e prix, M. Joires (Jules), de Saint-Pierre-lez-Calais. — Accessit, M. Hernu (Louis), de Lacouture.

3e série (2e année d'étude). — Médaille d'honneur, M. Joncquet (Benoît), de Cauettemont. — Accessit, M. Meunier (Paul), d'Oby (Nord).

4e série (1re année d'étude). — Médaille d'honneur, M. Lotte (Frédéric), de Boulogne-sur-Mer. — 2e prix, partagé entre M. Gueudré (Adolphe), de Desvres, et M. Gernez (Benoît), d'Acq. — Accessit, M. Lobez (Charles), de Boulogne-sur-Mer.

2° *Concours d'anatomie*. — M. Cayet a été proclamé prosecteur.

Concours pour l'internat. — MM. Brunelle (Louis), Cuvillier, Hernus (Louis) ont été nommés internes des hospices civils et militaires d'Arras.

— A la suite d'un concours ouvert depuis le 15 décembre devant le conseil de santé des hôpitaux et hospices civils de Toulouse, l'administration vient de nommer :

Elèves internes : MM. Collongues, Papy, Linas.

Internes provisoires : MM. Giard, Suyé, Pelous.

— Par arrêté ministériel, M. Filhol, professeur de chimie à l'Ecole de médecine, est chargé du cours de chimie à la Faculté des sciences, en remplacement de M. Boisgiraud, admis à faire valoir ses droits à la retraite. (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

— Le journal officiel de Lisbonne du 22 décembre contient une note pour démentir le bruit qui avait couru que le choléra s'était déclaré dans l'escadre anglaise en station dans le Tage. Le gouvernement a pris toutes les informations nécessaires, et il en est résulté qu'aucun cas ne s'est manifesté dans les bâtiments de l'escadre. L'ambassadeur britannique a remis au ministre des affaires étrangères les certificats originaux de tous les chirurgiens de l'escadre.

— M. le docteur Auzoux commencera dimanche prochain 15 janvier, à 1 heure, son cours d'anatomie humaine et comparée.

Ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ. — Les abonnements à la GAZETTE DES HÔPITAUX sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Éléments de pathologie chirurgicale, par A. NÉLATON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de chirurgie, de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation, etc. (*Tome troisième.*) — 1 vol. in-8° de 520 pages. Prix : 6 fr. — Prix des 3 vol. in-8° : 22 fr. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De l'hypocondrie et de la mélancolie; par V.-L.-E. DUVIVIER, docteur en médecine de la Faculté de Paris, inspecteur dans les manufactures du département de la Seine, etc. — Brochure in-8°. Paris, chez l'auteur, 29, rue Louis-le-Grand.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

NOS ABONNÉS qui auraient perdu des numéros de l'année 1853 et les nouveaux souscripteurs qui voudraient compléter cette année sont priés de faire le plus tôt possible la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 10 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat, soit en timbres-poste.

Depuis plusieurs années, un grand nombre de confrères nous chargent de faire relier leur collection. Qu'ils veuillent bien nous envoyer l'année qui vient de finir, et ils auront leur volume relié d'ici à 15 jours. — Le prix de la reliure est de 2 fr. par volume.

PARIS, LE 11 JANVIER 1854.

Séances des Académies.

La séance de l'Académie de médecine a présenté aujourd'hui plusieurs genres d'intérêt.

Après des communications de diverses sortes, M. Chatin a lu la première partie d'un travail qu'il poursuit avec une ardeur infatigable : la recherche de l'iode dans les eaux, — et M. H. Gaultier de Claubry un rapport sur le mémoire de M. Poggiale.

Les recherches sur le pain de M. Poggiale, sur les eaux de M. Chatin, sont intéressantes à plus d'un titre, et nous applaudissons de grand cœur aux efforts de ces savants hygiénistes; aussi, quel que soit le résultat pratique de ces recherches, nous nous associons aux remercîments que leur votent l'Académie ou ses rapporteurs, surtout quand ces propositions bienveillantes sont faites par un membre aussi honorable et aussi compétent que M. H. Gaultier de Claubry.

Mais après avoir rendu justice à chacun, il doit nous être permis d'apprécier la portée réelle des travaux que les auteurs soumettent au jugement de leurs confrères ou collègues académiciens, et de nous demander si de ces travaux il sortira quelque labeur d'ensemble et d'utilité générale. Si le père de la médecine écrivait aujourd'hui son *Traité de l'air, des eaux et des lieux,* tiendrait-il un bien grand compte de la prééminence de l'iode? s'il avait à traiter un choléra épidémique, s'occuperait-il beaucoup de la présence de l'albumine dans les urines, et attacherait-il un grand intérêt à certains néologismes plus ou moins prétentieux? L'albuminose, l'iodoforme seraient peut-être classés au même rang que l'invention du nutriment. Et avec sa simplicité grave et caustique à la fois, ne répondrait-il pas que les paysans de son temps savaient fort bien que ce qu'ils mangeaient ne nourrissait que lorsqu'il était digéré, et qu'aucun pharmacien d'alors n'avait eu l'idée d'imaginer une poudre blanche ou colorée pour remplacer le suc de viande ou les légumes bien cuits?

Mais, hélas! il ne nous est pas né de nouvel Hippocrate, et de longtemps sans doute il ne nous en naîtra.

Aussi, n'imiterons-nous pas certains critiques, mi-savants, mi-littéraires, qui s'évertuent à poursuivre de leurs quolibets sans portée de vrais, de bons, d'utiles savants dont le zèle et l'activité rendent tous les jours les plus grands services, en propageant, modifiant, perfectionnant de nouvelles méthodes de *nutrition* (nous ne disons pas de nutriment). On comprend qu'il s'agit des efforts de M. Coste pour la propagation si importante de la pisciculture. Nous regrettons bien vivement que ces travaux sortent pour ainsi dire de notre sphère, et que nous n'ayons pas à faire connaître *in extenso* ce qui se fait à ce sujet à l'Académie des sciences. Nous le regrettons d'autant plus, que ce serait pour nous une douce satisfaction que de rendre justice à la persévérante activité comme à la bienveillance du savant professeur du collége de France. Mais un autre ordre de travaux nous domine, la pratique de la médecine; et les richesses des hôpitaux sont si vastes, que nous sommes forcé de négliger ces détails, importants sans doute, mais qui, pour nous, sont accessoires et nous seraient reprochés comme des hors-d'œuvre.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des convulsions qui surviennent pendant la grossesse et après l'accouchement (1).

Les accidents convulsifs qui surviennent au moment de l'accouchement, c'est-à-dire pendant le travail de la parturition, et qui persistent même immédiatement après, ont un caractère bien autrement grave que ceux qui arrivent pendant la durée de la grossesse. Bien entendu, je ne parle pas ici des épilepsies qui peuvent se montrer pendant la gestation.

Il y a pourtant encore une distinction à faire. Tous les accidents convulsifs de la parturition n'ont pas le caractère éclampsique. Chez les femmes hystériques, ou qui le deviennent pendant la grossesse, il n'est pas rare de voir les premières douleurs, que les sujets appellent douleurs des reins, compliquées de quelques accidents hystériques plus ou moins intenses, qui cèdent ordinairement pendant la marche de l'accouchement.

Chez les femmes qui présentent un grand développement de la mobilité nerveuse, on voit, dans cette première période, survenir des accidents spasmodiques erratiques devant se rapporter aux formes fugaces de l'hystérie; mais quand le travail d'expulsion du fœtus est établi, surviennent, chez un certain nombre, les accidents qui constituent l'éclampsie puerpérale, une des maladies les plus graves qu'on puisse rencontrer, et qui est très souvent mortelle.

L'éclampsie puerpérale ressemble à l'épilepsie; elle se manifeste par la perte de connaissance avec mouvements convulsifs cloniques des muscles de la face, puis arrive l'explosion de mouvements convulsifs toniques qui se succèdent rapidement, se produisant et s'interrompant de manière à déterminer des paroxysmes assez courts, de huit à dix minutes environ; puis se fait un intervalle de repos court également, auquel succède bientôt un autre paroxysme; de sorte que l'éclampsie est constituée par des paroxysmes qui peuvent se succéder avec tant de rapidité qu'on ne voit pas entre eux d'intervalle sensible.

Le travail d'expulsion du fœtus est complétement suspendu pendant les paroxysmes, pour commencer à se rétablir dans leur intervalle, puis il est subitement interrompu par les accidents convulsifs cloniques et toniques qui se reproduisent bientôt.

En examinant la marche de ces accidents, on reste convaincu que la vie des malades est menacée par les phénomènes d'asphyxie qui se produisent; car on voit apparaître une contraction tonique des muscles de tout le corps, et surtout des muscles qui accomplissent l'acte respiratoire; les traits s'altèrent, la face bleuit, les yeux s'excavent, les lèvres se cyanosent, le pouls disparaît, puis ces accidents cessent avec les mouvements convulsifs pour se reproduire à chaque nouveau paroxysme.

L'éclampsie des femmes en couches présente plusieurs variétés; je viens d'indiquer la forme la plus grave, celle dans laquelle tous les muscles sont contractés spasmodiquement, de manière à donner lieu à des phénomènes d'asphyxie. Mais dans les formes plus modérées, les accidents éclampsiques peuvent se localiser et se limiter à une partie du corps; ainsi, dans un côté, dans la portion supérieure du tronc. Dans ce cas ils présentent ce caractère remarquable d'alternatives d'accidents cloniques intenses et de relâchement complet des muscles, mais ne durant que peu d'instants.

Dans l'intervalle de ces paroxysmes de l'éclampsie, la malade ne recouvre pas la connaissance. Souvent ce n'est qu'un jour tout entier après les attaques que se fait le retour à la raison, et il y a après l'éclampsie une période constante dans laquelle il y a suspension de la vie de relation. Les malades présentent de la somnolence et ne s'aperçoivent pas de ce qui se passe autour d'elles. Elles sortent de cet état, ne conservant ni la mémoire, ni la conscience du danger qu'elles ont couru. Dans certains cas, ces accidents vésaniques sont plus ou moins prolongés; mais, en général, ils cessent dans un espace de temps assez court. Souvent les membres sont frappés de débilité, et quelquefois d'une paralysie qui finit toujours par disparaître.

Les accidents de l'éclampsie suspendent les douleurs de la parturition. Une femme contracte ses muscles pour l'expulsion du fœtus comme dans les cas qui ne présentent pas d'accidents; puis, tout d'un coup, les muscles présidant à la parturition sont relâchés, le facies s'altère, les traits se décomposent, les accidents cloniques surviennent, le pouls disparaît, on voit se produire une teinte asphyxique des téguments, et quelques femmes succombent au second ou au troisième accès. Le plus ordinairement, la mort n'arrive qu'après une série d'attaques qui se prolongent pendant plusieurs heures.

Chez cette femme, l'accès d'éclampsie se termine quelquefois en une demi-minute, et alors les contractions utérines reprennent leur marche jusqu'à ce qu'elles soient arrêtées par une seconde attaque, puis le travail recommence, puis survient une troisième attaque; mais quelquefois les attaques vont en s'éloignant de plus en plus, ce qui constitue la forme la plus légère de l'éclampsie.

Chez la femme, au fort des accidents éclampsiques, lorsqu'on observe une contracture de tous les muscles du corps, l'utérus est complétement relâché; on peut s'en convaincre en explorant l'abdomen avec la main, et on voit qu'il ne participe en rien aux contractions convulsives du reste des muscles.

Chez les femmes dont les accès sont suspendus, l'accouchement peut s'accomplir dans l'intervalle des paroxysmes, ou bien l'accouchement peut être opéré par des moyens chirurgicaux pendant que la malade est presque plongée dans l'asphyxie, pendant les spasmes de l'attaque éclampsique.

L'accouchement une fois accompli, souvent les accès se suspendent, et la malade entre en convalescence; cela n'arrive malheureusement pas toujours, comme on serait tenté de le croire en lisant les livres d'accouchements, qui conseillent de presser l'expulsion du fœtus comme devant être la crise heureuse des accès. L'éclampsie n'est pour ainsi dire qu'un travestissement des accidents spasmodiques devant expulser le fœtus, et encore cela n'arrive pas toujours, car telle femme peut les conserver encore vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'accouchement et peut succomber le lendemain.

Etiologie. — Relativement aux causes de l'éclampsie, on a indiqué toutes celles qui peuvent ébranler violemment le système nerveux: ainsi les terreurs subites, les bruits insolites, une mauvaise nouvelle reçue au commencement du travail, ou une violente colère; toutes les causes pouvant ébranler fortement le système nerveux peuvent concourir au développement de l'éclampsie, quand elles arrivent à agir au moment où les contractions spasmodiques intenses destinées à l'expulsion de l'enfant sont en jeu. Cependant il faut reconnaître que toutes ces causes ne sont pas suffisantes pour le développement des accidents éclampsiques; il faut que la malade, en outre, y soit prédisposée, qu'elle ait en elle la mobilité nerveuse nécessaire à la manifestation des maladies spasmodiques; car journellement, chez beaucoup de femmes, on voit survenir toutes ces circonstances, et elles n'ont pas pour cela d'attaques d'éclampsie; tandis que chez d'autres elles se montrent sans cause extérieure appréciable, et elles surviennent par le seul travail de la parturition.

Les femmes appartenant à des familles dans lesquelles il y a de l'épilepsie, de l'hystérie ou de l'aliénation mentale sont plus disposées que les autres aux accidents éclampsiques; et il en est de cette maladie nerveuse comme des autres, elle se développe très souvent sous l'influence de l'hérédité.

Traitement. — Les accidents éclampsiques une fois établis, vous comprenez que la malade est jetée dans un grand danger; on a dû se préoccuper des moyens de terminer ces accidents: de là des moyens thérapeutiques employés contre elle.

La prescription première qui soit indiquée, et la plus importante, consiste à déterminer l'accouchement par les moyens les plus directs, et même par les moyens chirurgicaux. Puisqu'il est évident que l'éclampsie ne se déclare que sous l'influence des phénomènes de l'accouchement (car s'il y a des accidents nerveux antérieurs, ils ne prennent pas le caractère de l'éclampsie), il est manifeste que le travail d'expulsion du fœtus est la cause accessoire de l'explosion des accidents éclampsiques; si on peut vider rapidement l'utérus, on peut espérer, sinon de faire cesser instantanément ces accidents éclampsiques, au moins de les éloigner et de les rendre par conséquent plus curables. De là la prescription de rompre la poche des eaux, de dilater le col, de porter la main dans l'utérus et de déterminer l'accouchement par des moyens artificiels. Mais ces opérations ne sont pas toujours faciles, car sou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 janvier 1854.

vent les attaques éclampsiques se produisent avec le premier travail, avant la dilatation du col, avant qu'on puisse passer la main dans l'utérus; il faut alors forcer le col, ce qui est extrêmement difficile. Il faut, de plus, agir pendant l'intervalle des accès, car les convulsions de la femme rendent toute manœuvre impossible. On trouve donc souvent de grands obstacles à la rapidité de l'accouchement.

On trouve bien des prescriptions qui soient recommandées, ainsi le seigle ergoté; car, dit-on, puisque le seigle ergoté détermine les convulsions de l'utérus, on peut avoir avantage à les provoquer, et faire cesser les accidents éclampsiques en régularisant les phénomènes musculaires qui doivent s'accomplir.

Ce raisonnement est nié par l'expérience. Sous l'influence des excitants de l'utérus, et en particulier du seigle ergoté, qui a une action élective sur cet organe, on reproduit la manifestation plus fréquente et plus rapide des contractions utérines et par suite l'explosion des accidents éclampsiques qui placent la malade aux portes de l'asphyxie.

La véritable indication rationnelle, celle qui ressort le plus directement de la nature des choses, est, non de presser l'expulsion du contenu de l'utérus, mais bien plutôt de retarder ses contractions, en un mot, d'allonger le travail, sauf, pendant ce temps, à laisser aux moyens artificiels de faire l'accouchement, s'il est jugé nécessaire, et nous n'admettons pas qu'il doive l'être dans tous les cas.

Il est des médicaments destinés à reposer l'utérus dans son action et le système nerveux tout entier; je veux parler des narcotiques, et, parmi eux, c'est l'opium qu'il faut préférer. L'opium, pourvu qu'on le donne à dose élevée, fera obtenir la cessation des accidents éclampsiques et l'éloignement du retour de ces accidents avec le ralentissement du travail de la parturition.

Nous attachons une grande importance à cette médication, car elle se rapporte directement à l'éclampsie. Pour nous, l'éclampsie n'est qu'une épigénèse des accidents spasmodiques destinés à expulser le produit de la conception. Si on peut parvenir à les écarter, on écartera l'explosion des accidents éclampsiques, et les accidents asphyxiques par suite deviendront moins violents et moins redoutables. Voilà ce qui arrive quelquefois; et malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, car les accidents peuvent se développer si rapidement que le médicament n'a pas le temps d'agir, et la mort de la malade arrive avant l'absorption de l'opium, qui demande toujours au moins de quinze à vingt minutes.

Sous quelque forme qu'on l'administre, pourvu que ce soit à dose élevée, ce médicament suspendra les contractions utérines et écartera les accidents de l'éclampsie en écartant les attaques. Il est avantageux d'en administrer un grain toutes les dix à quinze minutes, et d'aller ainsi jusqu'à huit, dix et même douze grains. Alors les accidents s'affaissent, le travail d'expulsion du fœtus est prolongé, et il reste à juger si l'on doit attendre l'expulsion du produit de la conception par des douleurs incomplètes qui doivent durer, ou s'il y a lieu de forcer le col pour déterminer l'accouchement.

Quand le col est assez dilaté, s'il offre peu de résistance, si les accidents éclampsiques sont écartés, il devient facile de faire l'accouchement; il vaut mieux alors le finir et délivrer la femme. Mais si le col est peu dilaté, si l'utérus est très irritable, comme chez les primipares; s'il est le siége de douleurs passagères convulsives qui irritent l'organe, il vaut mieux attendre, et on obtient ainsi la cessation successive des accidents éclampsiques, et telle femme qui a eu hier des accidents éclampsiques déterminés par le travail de l'accouchement ne les aura plus aujourd'hui sous l'influence du même travail.

Quand la femme est complétement délivrée et que le placenta a été expulsé, si l'on tombait dans la quiétude en croyant tout danger terminé, on commettrait une grave imprudence, et on perdrait des femmes à cette période de la maladie.

Tant que la malade n'a pas complétement repris connaissance, tant qu'elle n'a pas recouvré ses fonctions de relation et que l'équilibre n'est pas complétement revenu dans son organisme, les accidents de l'éclampsie pourront se produire avec facilité, et telle femme succombera dans la journée qui suivra l'accouchement, qu'il se soit fait spontanément ou qu'il ait été déterminé par la main de l'accoucheur. Il faut continuer le traitement.

L'administration des narcotiques dans ces circonstances donne encore des résultats plus décisifs qu'avant l'expulsion du produit de la conception. On peut cependant leur associer d'autres moyens de traitement, et on leur en associe en effet.

Quand vous voyez se manifester l'imminence d'accidents éclampsiques chez une femme à tempérament sanguin, forte, vigoureuse, dont la grossesse s'est accomplie avec activité, dont les fonctions nutritives sont énergiques, les émissions sanguines ne devront pas être négligées; elles ont l'avantage de favoriser le relâchement du col et de faciliter l'expulsion du fœtus, et plus vous favoriserez l'accouchement, plus vous vous mettrez en garde contre les accidents éclampsiques.

Quand un sujet est soumis à des secousses nerveuses violentes et répétées, l'appareil circulatoire encéphalique est disposé aux congestions; et si la malade est déjà pléthorique, les émissions sanguines pourront présenter des avantages au point de vue de la congestion cérébrale. Les saignées sont donc indiquées comme des moyens qui, s'ils ne font pas cesser les accidents nerveux, au moins peuvent les amoindrir et diminuer les dangers qui résultent des contractions nerveuses exagérées.

L'administration des bains, et surtout des bains prolongés, comme moyen de favoriser l'accouchement et de déterminer un relâchement qui porte sur l'appareil musculaire, trouve aussi son utilité. On peut les administrer avant, pendant et après l'accouchement, si les accidents de l'éclampsie se prolongent. Mais dans la pratique civile ce mode de traitement rencontre d'assez grands obstacles; il n'est pas facile de remuer une femme atteinte d'éclampsie pendant les accès, et, lorsqu'ils ont cessé elle se trouve dans un tel état d'affaissement qu'elle n'est plus que comme une masse inerte qu'il est difficile de mouvoir. Comme de plus on n'a pour agir que les intervalles qui séparent les attaques, on n'a que peu de temps, et il faut en user.

On a en outre des moyens accessoires d'agir: ainsi, par exemple, en emmaillottant les malades dans des fomentations émollientes, pour favoriser la détente et le collapsus général. Mais, je le dis, ce ne sont que des moyens accessoires, les moyens directs étant ceux qui agissent immédiatement sur le système nerveux, et en tête il faut placer l'opium.

Il est d'autres moyens pouvant peut-être agir comme antispasmodiques, mais ils sont peu connus ou ont été trop peu appliqués pour qu'on puisse réellement juger de leur action. Dans un cas que nous avons eu occasion de voir en ville, nous avons entendu proposer l'emploi du chloroforme, et nous avons autant que nous avons pu contribué à le faire écarter. Peut-être avons-nous eu tort; nous aurions peut-être ainsi empêché les contractions spasmodiques, et par conséquent les phénomènes d'asphyxie qui tuent quelquefois la malade. Mais ces phénomènes asphyxiques, ne peut-on pas craindre de les voir augmenter par cet agent, asphyxique lui-même? et c'est dans la crainte d'un tel danger que nous avons agi pour le faire repousser. Dans cette circonstance, l'effet de l'opium a été décisif, et les accidents éclampsiques ont été suspendus après l'ingestion de six grains de ce médicament.

Quand la femme est sortie heureusement des accidents de l'éclampsie, on a encore à en examiner les suites, et l'expérience prouve qu'elles sont quelquefois très fâcheuses.

Telle femme a toujours été en bonne santé jusqu'au moment de ses couches; à ce moment, elle est prise d'épilepsie et reste épileptique: telle est la première atteinte de cette maladie. Heureusement ces cas sont rares; quoi qu'il en soit, il faut en être prévenu, surtout si l'on a à pratiquer dans des familles où il y a des prédispositions héréditaires.

Chez d'autres, il ne restera que des accidents hystériques, et rien n'est fréquent comme la progression d'accidents dont je vais vous parler.

Une jeune femme est grosse; elle est prise d'accidents hystériques variés; arrive l'accouchement, les accidents hystériques cessent pour faire place à des accidents d'éclampsie; ils sont franchis heureusement, et la femme reste hystérique. Ainsi telle femme n'est hystérique que depuis sa grossesse et ne l'était pas avant; telle autre ne l'est que depuis son accouchement, qui a été compliqué d'éclampsie, de sorte que, comme épigénèse de l'éclampsie, on peut placer l'hystérie. Dans ce cas, le pronostic est moins grave, car cette maladie n'est pas ordinairement mortelle, mais le plus souvent curable et par les moyens de l'art et par l'accomplissement des changements qui surviennent à certains âges dans l'organisme de la femme.

Les facultés intellectuelles peuvent rester un peu inertes, affaiblies jusqu'à un certain degré après l'éclampsie, surtout s'il s'est produit des accidents débilitants accessoires, comme des hémorrhagies. Les altérations des facultés intellectuelles ne sont pas les seules qui puissent survenir après l'accouchement, puisqu'il y a une manie puerpérale; mais elles ne sont pas graves, en général, et disparaissent progressivement. Elles peuvent le devenir quand elles se joignent à l'épilepsie: ainsi, quand l'épilepsie persiste après l'accouchement, elle se complique souvent d'accidents vésaniques, et en quelques mois la femme peut tomber dans l'aliénation mentale.

Ainsi, chez les femmes grosses et les femmes en couches, pour qu'il y ait explosion d'accidents nerveux il faut qu'elles trouvent une prédisposition à leur existence dans leur mobilité nerveuse et exagérée; puis arrivent les accidents nerveux de la grossesse, qui sont le plus souvent des accidents hystériques en partie provoqués par la fonction temporaire de la gestation et deviennent rarement sérieux, bien qu'ils soient inquiétants pour les familles par la variété d'accidents et par les douleurs souvent violentes qu'ils déterminent.

Viennent ensuite les accidents épileptiques, résultat des prédispositions des sujets, et présentant soit leur forme vertigineuse, soit de grands accès, et qui rendent les accidents éclampsiques probables.

Chez les femmes hystériques, l'hystérie se produit souvent pendant le temps de la grossesse; mais chez celles qui n'ont une mobilité nerveuse exagérée, l'hystérie peut se produire sous l'influence du premier travail consistant dans les maux de reins, et d'habitude elle se suspend avec les douleurs de l'accouchement. Bientôt avec les douleurs expulsives du part arrive l'éclampsie, qu'on n'observe jamais pendant la grossesse, mais qui appartient en propre à l'accouchement. Cette affection, très à redouter, détermine quelquefois la mort de la femme et surtout celle de l'enfant; elle est donc toujours très grave, même dans les cas les plus heureux.

Mais l'éclampsie expose encore les femmes, même en se terminant heureusement, à une habitude d'accidents nerveux qui peut se prolonger et faire éclater chez elles des accidents d'épilepsie, qu'elle ait ou n'ait pas existé auparavant: si elle existait avant l'accouchement, elle peut l'augmenter et conduire à la vésanie; la malade ne sera exposée qu'à une manie puerpérale peu grave s'il n'y a pas de complication d'épilepsie.

En résumé, pour le traitement, celui qu'on oppose à une mobilité nerveuse exagérée et aux accidents nerveux des femmes dans leur état normal peut être employé avec avantage dans les accidents nerveux de la grossesse, en ajoutant toutefois quelques médicaments accessoires, tels que la saignée, l'administration des sédatifs divers. Celle des narcotiques à haute dose peut être aussi faite sans inconvénient: nous avons vu des hystériques prendre douze et quinze grains d'opium par jour sans altérations appréciables dans les mouvements du fœtus, et nous avons vu l'accouchement se faire à la suite comme à l'ordinaire, à terme, et donnant naissance à un enfant bien portant; en sorte que la médication antihystérique est applicable aux accidents nerveux qui se développent pendant la grossesse. A la femme que nous avons dans notre service, nous avons fait donner des affusions froides sans inconvénient, quoiqu'elle soit dans les derniers mois de sa grossesse, et pour elle nous prévoyons le développement d'accidents éclampsiques.

Pour les accidents épileptiques pendant et après la grossesse, le traitement offre la même incertitude que dans les cas ordinaires.

Enfin, pour les accidents éclampsiques, indépendamment des médications accessoires et des manœuvres chirurgicales, la médication sédative par l'opium doit être surtout recommandée, pourvu qu'on l'administre à haute dose. Inutile de dire qu'il faut la continuer encore après l'accouchement jusqu'à cessation complète des accidents éclampsiques.

Voilà sur quelles données on appuie l'étude des maladies nerveuses des femmes grosses, maladies qui doivent à l'accomplissement d'une fonction spéciale et violente de l'organismo la forme spéciale qu'elles présentent; et elles fournissent à la thérapeutique des indications toutes particulières qui se déduisent de la forme régulière du travail de l'accouchement.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

De l'emploi de la belladone contre l'iritis et les désordres qu'il laisse après lui;

Par M. le docteur Bouquet (de Marseille).

La belladone est un médicament dont on abuse en ophthalmologie. On s'en sert dans presque toutes les maladies de l'œil, soit pour combattre la douleur, soit pour dilater les pupilles. Comme anti-hypéresthésique, elle échoue dans un grand nombre de cas, et si on la prescrit si souvent en frictions autour de l'orbite, c'est d'une manière banale, et sans que l'on se soit bien assuré de son efficacité par une observation rigoureuse. Pour ma part, je n'en ai jamais retiré un avantage marqué.

Mais ce n'est pas sous ce point de vue que je vais m'occuper de l'emploi de cet agent thérapeutique; c'est l'action qu'il exerce sur la pupille que je me propose d'examiner.

Dans l'iritis surtout, convenablement manié, il est une ressource toute-puissante pour prévenir les lésions que cette maladie peut laisser à sa suite.

Les effets pathologiques à craindre dans l'iritis sont surtout le resserrement des pupilles et leur occlusion par de fausses membranes. L'iris frappé d'inflammation devient immobile, la pupille se contracte, elle est troublée par des exsudations de matière plastique qui finissent par l'obstruer complétement, jettent des filaments d'un bord à l'autre, les fixent et les rapprochent et diminuent ainsi l'ouverture pour le passage des rayons lumineux, qu'ils empêchent déjà par leur masse.

La belladone, en maintenant la pupille dilatée, s'oppose à ce que les fausses membranes ne soudent les bords de l'iris, et il est alors très rare qu'elles remplissent toute son étendue; il reste toujours une voie ouverte aux rayons lumineux.

Si l'on a contesté son utilité dans l'iritis, c'est qu'on ne l'a pas employée d'une manière convenable, ni à des doses suffisantes, ni avec assez de persévérance.

M. James Dixon, dans un compte rendu clinique inséré dans la *Gazette des Hôpitaux*, soutient, contrairement à l'opinion de M. Walker, qui regarde la belladone comme le remède par excellence de l'iritis, lorsqu'on l'applique largement autour de l'orbite, qu'elle est complétement inerte lorsque l'iris est le siége d'une inflammation aiguë, que ses veines sont distendues, son tissu infiltré de fibrine; il croit qu'alors aucune application de belladone ne saurait faire varier les dimensions de la pupille à un degré un peu considérable. Il cherche à le démontrer par les résultats peu avantageux obtenus par M. Walker lui-même dans les deux faits qu'il rapporte.

Il est certain que l'iris enflammé résiste beaucoup plus à l'action de la belladone que lorsqu'il est à l'état normal; que même quelquefois il lui est complétement réfractaire; mais il est certain que si, dans la grande majorité des cas, l'on n'en retire pas un avantage notable, c'est qu'on la manie mal. M. Dixon et M. Walker se bornent à frictionner le pourtour de l'orbite avec une pommade; par cette méthode, la belladone n'est pas absorbée. Si sur l'homme sain on obtient ainsi la dilatation, c'est qu'à l'état normal une quantité très minime suffit, et qu'alors, pour peu qu'une portion légère fondue par la chaleur de la peau coule dans l'œil, il n'en

faut pas davantage. Toutes les fois que je me suis servi de l'extrait un peu sec pour obtenir la dilatation nécessaire à l'opération de la cataracte, la pupille ne s'agrandissait pas. Je me suis encore mieux convaincu en expérimentant sur moi-même, lorsque je me bornais à enduire de belladone les parties situées au-dessous de l'orbite, de manière qu'il n'en pénétrât pas dans l'œil, ma pupille conservait ses dimensions ordinaires, quoique je prolongeasse le contact fort longtemps.

Aussi, dans les cas d'iritis, ce n'est que sous forme de collyre qu'on doit en faire usage, et il faut répéter l'application six, huit, dix fois et plus dans la journée. Ce n'est qu'en agissant ainsi qu'on remplira l'indication majeure de conserver à la pupille ses dimensions normales; car si on laisse les fausses membranes prendre de la consistance, il est fort difficile alors, et même souvent impossible, de rétablir la vision abolie, à moins d'en venir à l'opération de la pupille artificielle, qui dans ce cas est pratiquée dans d'assez mauvaises conditions. Car, outre les adhérences bord à bord de la pupille, les fausses membranes font souvent adhérer l'iris à la capsule du cristallin, qui court grand risque d'être déchirée.

J'ai vu une fois l'oblitération de la pupille avoir pour conséquence l'atrophie de l'œil.

A l'appui de ces assertions, je vais citer quelques faits.

Obs. I. — M. M..., a été atteint d'accidents syphilitiques consistant en une exostose à la région pariétale gauche et en douleurs ostéocopes. Sous l'influence de la diète sèche, ces symptômes disparurent si complétement, qu'à la place de l'exostose on trouve aujourd'hui un enfoncement.

Quelque temps après, au mois de mars 1846, il commença à éprouver de l'affaiblissement dans la vue; il lui semblait qu'un brouillard couvrait les objets. Cependant, sans faire aucun traitement, il continua à vaquer à ses occupations; mais un jour, dans la rue, il fut pris subitement de cécité complète; en même temps de vives douleurs frontales et orbitaires se déclarèrent. La conjonctive s'injecta, la lumière devint insupportable.

Un médecin fut appelé; il rassura complétement le malade, lui prescrivit quelques collyres substitutifs et un purgatif. La maladie ne s'amendant pas sous l'influence de ces moyens, on fit une application de sangsues.

Les choses allèrent ainsi pendant quarante jours; la rougeur disparut, mais la vue ne se rétablit pas. L'on reconnut alors l'existence de fausses membranes dans la pupille. L'on prescrivit de nouveau les purgatifs et les saignées en si grande abondance, que la constitution du malade ne tarda pas à se détériorer. L'on fit faire des frictions autour de l'orbite avec l'extrait de belladone, l'on instilla deux fois par jour dans l'œil quelques gouttes d'un collyre contenant ce médicament; l'on mit des vésicatoires devant et derrière les oreilles, à la nuque, avec les cantharides et la pommade de Gondret. Mais, jeté dans une débilitation profonde, fatigué de remèdes, le malade ne voulut plus rien faire.

Appelé auprès de lui le 13 novembre 1847, je le trouve dans l'état suivant : de l'œil droit il distingue à peine le jour de la nuit; de l'œil gauche, il peut de très près différencier un homme d'une femme, mais il ne voit pas assez pour se conduire. Il ne peut pas reconnaître les couleurs, ce qu'il faisait il y a peu de temps encore. Du reste, il ne souffre pas.

En procédant à l'examen de ses yeux, je trouve les conjonctives, les cornées, les chambres antérieures dans leur état normal; les iris ont une couleur jaune sale.

La pupille de l'œil droit est très contractée: elle est remplie par une fausse membrane très épaisse qui en occupe le centre et qui, par des prolongements, adhère fortement en bas, en dedans et en dehors; à la partie supérieure et externe, les adhérences sont moins fortes.

A l'œil gauche se trouve aussi une fausse membrane placée à peu près comme la précédente, mais elle est moins grande et moins épaisse; les adhérences avec l'iris sont aussi plus ténues. — Instillation quatre fois par jour d'un collyre contenant : 4 grammes extrait de belladone dans 20 grammes eau distillée de belladone; un verre eau de Sedlitz le matin, dix sangsues à l'anus, frictions mercurielles autour de l'orbite.

Les premiers jours, le malade a fait très imparfaitement les remèdes; cependant il y a un peu de dilatation des pupilles. Comme les adhérences ne sont pas uniformes, les pupilles se sont déformées.

20 novembre. Le malade a instillé six fois par jour de la belladone dans chaque œil, il a fait une seule friction mercurielle autour de l'orbite chaque jour; il n'a pris qu'un seul verre d'eau de Sedlitz.

Il a distingué de sa fenêtre, au second étage, les passants de la rue; il a vu l'eau et le vin dans son verre.

La pupille de l'œil gauche est plus déformée, mais aussi elle s'est un peu agrandie; une adhérence très déliée a cédé. L'œil droit est à peu près dans le même état. — Prescription *ut suprà*.

10 décembre. Le traitement a été rigoureusement suivi. La vision s'est améliorée du côté gauche. Le malade, qui ne pouvait apercevoir même confusément les objets que lorsqu'ils étaient en dehors, les voit à présent lorsqu'ils sont placés en face de lui. Du côté droit, il commence à distinguer les divisions du châssis de la fenêtre, tandis qu'il percevait à peine sa clarté. La pupille gauche s'est dilatée en dehors et en haut; en bas elle est encore maintenue rétrécie par la fausse membrane. La pupille droite est aussi un peu dilatée, mais elle est encore plus petite que l'autre. — Frictions mercurielles autour de l'orbite, huit à dix instillations par jour avec le collyre belladoné.

28 décembre. Quoique le malade ait suspendu pendant deux jours les instillations de belladone, la dilatation s'est maintenue; elle commence à se faire en bas. Le malade distingue bien les objets, et apprécie les couleurs. — Prescription, *ut suprà*.

Janvier 1848. Le mieux a fait des progrès sensibles. Les adhérences sont d'une grande ténuité ou ont cédé pour la plupart. — Iodure de potassium, 50 centigrammes par jour; le reste *ut suprà*.

Février. Le malade est allé à la campagne. Il voyait tous les objets, les vignes, les arbres, les blés; il pouvait lire les enseignes dans les rues. Le lendemain cécité complète, survenue subitement sans douleur. — Obscurité, sangsues à la tempe. Le lendemain, nouvelle application de sangsues.

Mars. La vue revenait, mais la mort de son fils, rapidement enlevé par la fièvre typhoïde, lui a occasionné de violents chagrins, et il est de nouveau aveugle.

Depuis lors jusqu'en octobre j'ai fait continuer les mêmes moyens. Sous leur influence, les fausses membranes se sont à peu près complétement résorbées. La vue est revenue; le malade se conduit dans la rue, lit les journaux avec des lunettes, et sa vue a une assez longue portée.

Enfin, en février il reprend ses occupations, et aujourd'hui je le rencontre souvent vaquant à ses affaires.

Cette observation montre combien peut être funeste l'issue de l'iritis, lorsque l'on néglige de faire usage de la belladone. Elle fait voir aussi combien ce médicament, employé d'une manière convenable, peut être utile pour combattre les suites les plus graves de cette maladie. Je note aussi en passant une chose assez singulière, c'est l'iritis survenant à la suite des manifestations tertiaires de la syphilis, lorsque ordinairement il sert de transition entre les primitives et les secondaires.

L'observation suivante va démontrer d'une manière directe l'utilité de la belladone dans l'inflammation de l'iris, et, contrairement au fait précédent, elle nous la fera voir impuissante à en réparer les conséquences.

Obs. II. — M. D..., maître maçon, demeurant rue de l'Etrier, a eu, il y a deux ans environ, des chancres et un bubon, pour lesquels il ne fit qu'un traitement de peu de durée et qui fut surtout local. Quelques mois après il se déclara une éruption de boutons (c'est la qualification qu'il lui donne). En même temps, il y a un an environ, la vue commença à se troubler à l'œil droit. Tout à coup de violentes douleurs se firent sentir dans l'œil et dans le front. Un médecin lui pratiqua une saignée au pied, lui fit prendre des purgatifs, appliquer des vésicatoires, faire des frictions autour de l'orbite avec une pommade. Malgré ces moyens, le malade perdit complétement la vue de cet œil; la souffrance a disparu aussi.

Il y a quelque temps, les douleurs se sont réveillées. Un médecin lui a prescrit un collyre au nitrate d'argent et un purgatif; le malade s'est en outre administré de lui-même, pendant assez longtemps, la médecine Leroy. Son état s'aggravant, le malade vient me consulter le 2 mars 1849.

Sur le tronc et sur les membres, la peau est toute parsemée de cicatrices et de croûtes d'ecthyma. A l'œil droit, la conjonctive est rouge, la chambre antérieure est trouble, la pupille est contractée et remplie par une fausse membrane de date ancienne; l'iris est rouge brun, excepté à la petite circonférence qui est d'un rouge beaucoup plus vif. L'œil est très sensible au toucher; la vision est complétement abolie.

A l'œil gauche, la conjonctive est très injectée; l'iris est rouge, mais plus clair que celui du côté opposé; la pupille est déformée de haut en bas et de dedans en dehors. La vue est presque nulle; depuis quelque temps déjà, le malade se plaignait de voir passer des mouches devant cet œil.

La douleur s'étend dans toute la tête.

Je fais cesser aussitôt l'emploi de tous les remèdes précédemment mis en usage, surtout du collyre au nitrate d'argent. — 20 sangsues derrière chaque oreille; instillations très fréquentes d'un collyre composé de 8 grammes d'extrait de belladone et de 15 grammes d'eau distillée; iodure de potassium, 1 gramme par jour.

Ces moyens, moins les sangsues, dont l'application n'a pas été renouvelée, ont été mis en usage jusqu'au 7 avril; seulement j'ai augmenté progressivement les doses d'iodure de potassium, de telle sorte que maintenant le malade en prend 4 grammes par jour.

Sous l'influence de cette médication, l'œil gauche est complétement guéri; la pupille a repris sa forme, l'iris sa couleur normale et son brillant; la chambre antérieure est devenue nette; la vision est bonne, sauf quelques mouches volantes qui la troublent de temps en temps.

Du côté droit, nous n'avons obtenu qu'une dilatation insignifiante qui n'a rien fait gagner à la vision.

Toute douleur a disparu; la peau est complétement débarrassée des croûtes; les taches commencent à disparaître; il n'y a pas eu d'éruption nouvelle. Je l'engage à prendre encore quelque temps de l'iodure de potassium et à instiller avec persévérance du collyre dans l'œil droit.

Le malade s'est soumis encore pendant plus de deux mois à ce dernier moyen sans rien obtenir. Du reste, se sentant bien portant, la vue de l'œil gauche est parfaite, il n'y a plus de mouches, il cesse tout traitement et reprend ses occupations.

Il est revenu me consulter au mois de janvier 1853 pour une blépharite ciliaire. L'œil gauche s'est maintenu en bon état, tandis que l'œil droit s'est atrophié; la cornée est petite et comme flétrie, la chambre antérieure a considérablement perdu de sa capacité, la pupille est toujours oblitérée.

Cette atrophie viendrait-elle en vertu de la loi physiologique qui veut que lorsque la fonction n'existe plus l'organe disparaisse? ou bien serait-elle le résultat d'un mouvement d'absorption provoqué dans les humeurs de l'œil par l'inflammation chronique des membranes?

Je vais maintenant citer un cas d'iritis dans lequel la belladone ayant été employée d'une manière convenable, il n'est resté aucune trace de la maladie, bien qu'elle eût une grande intensité.

Obs. III. — M. S..., voyageur de commerce, fut atteint, il y a six mois, d'un chancre à la lèvre supérieure; il s'est contenté de prendre tous les jours une pilule de Dupuytren et de le faire cautériser quelquefois.

Appelé auprès de lui le 24 décembre 1848, je le trouve souffrant de l'œil gauche. Son mal a débuté il y a quelques jours; il est allé consulter un pharmacien, qui lui a donné un collyre dont il n'a retiré aucun effet. Il a fait aussi un remède de bonne femme; il s'est appliqué une tranche de veau sur l'œil.

La vision de l'œil droit est altérée depuis longtemps par des taches de la cornée; celle de l'œil gauche est abolie par la maladie actuelle.

La conjonctive est injectée, ses vaisseaux sont volumineux. La cornée est saine; la chambre antérieure est trouble, comme remplie de fumée et diminuée d'étendue. L'iris est rougeâtre, boursouflé; le petit cercle est saillant, surtout en dedans, où il existe une tumeur jaunâtre. La pupille est déprimée; elle est ovalaire; de bas en haut et de dedans en dehors, elle est striée de linéaments blancs. Le malade éprouve de la douleur dans l'œil; elle s'irradie en bas dans le nez : c'est là un iritis au second degré. — 30 sangsues à la tempe; instillations très fréquentes d'un collyre contenant 6 grammes extrait de belladone sur 15 grammes eau distillée; deux pilules de Dupuytren dans un verre de tisane.

Le même état persiste jusqu'au 29, malgré deux nouvelles applications de sangsues, trois purgations avec l'eau de Sedlitz, la continuation des instillations de belladone, un peu négligées, il est vrai, par le malade. Le traitement général est le même.

Le 29, le malade souffre beaucoup; il y a du pus dans la chambre antérieure; les autres symptômes persistent. — Instillations de belladone, frictions mercurielles autour de l'orbite; à l'intérieur, 50 centigrammes de calomel à la vapeur divisés en trois paquets, à prendre à un quart d'heure d'intervalle.

Le 1er janvier, les gencives sont gonflées, la gorge est douloureuse; une salivation abondante s'est déclarée. Les douleurs de l'œil ont diminué, la pupille est plus nette, l'iris a toujours une teinte rougeâtre; il est toutefois moins tuméfié. — Une bouteille eau de Sedlitz, gargarisme avec l'acide hydrochlorique, instillations de belladone.

La salivation persiste avec une grande intensité jusqu'au 5 janvier; à cette époque, elle a considérablement diminué sous l'influence des gargarismes avec la morphine et l'acide hydrochlorique. La belladone a produit une dilatation notable de la pupille, qui est cependant encore assez déformée; il existe toujours une tumeur à la partie interne de l'iris. L'usage des mercuriaux a été complétement supprimé; continuation de la belladone.

Le 7, les instillations dans l'œil ont été négligées; la pupille s'est contractée de nouveau.

Le 15, l'amélioration a progressé d'une manière lente, mais continue; la conjonctive est encore un peu injectée; la cornée est entourée d'un cercle rosé. Sur la cornée, il existe quelques points blanchâtres semblables à des piqûres d'épingle; l'iris a une couleur grisâtre clair; l'autre œil est châtain clair. A la partie interne et moyenne, à la place de la tumeur, l'on voit maintenant une tache brune; à ce point, la pupille fait un angle; la douleur est nulle; l'œil est peu sensible au toucher. La vision commence à bien revenir; cependant le malade voit encore les objets cachés par un brouillard; mais il peut lire les caractères d'un journal. La salivation a cessé; il ne reste plus qu'une petite ulcération mercurielle sur le bord de la langue. — Belladone en collyre; une bouteille eau de Sedlitz; toucher l'ulcération avec de l'alun calciné; iodure de potassium à l'intérieur.

Jusqu'au 24, la vision s'est fortifiée de plus en plus; les petits points grisâtres de la cornée ont pris un peu d'extension, sans cependant en venir à se joindre; ils ont diminué ensuite; la pupille est toujours restée irrégulière à la partie interne; mais il n'y a plus ni douleur ni fatigue en lisant; le malade est obligé de partir; il doit continuer le même traitement pendant quelque temps encore.

Je l'ai revu un an après : la vue était parfaite de cet œil.

Outre les résultats heureux produits par la belladone, ce fait présente un cas curieux de kératite ponctuée aiguë, affection fort rare sous cette forme. Il montre aussi la grande puissance du ptyalisme sur les inflammations de l'iris.

De ces observations, que j'ai choisies entre plusieurs autres de la même nature, il me paraît ressortir :

Que la belladone est un médicament d'une utilité incontestable dans les iritis syphilitiques;

Qu'il faut y recourir tout d'abord si l'on ne veut pas s'exposer à laisser produire dans l'œil des désordres très souvent irréparables et qui persistent après la guérison de l'affection qui en a été la cause;

Que cependant elle peut quelquefois guérir ces désordres même lorsqu'ils sont arrivés à un point où la pupille artificielle paraît être la seule ressource;

Mais qu'il faut, pour que son usage soit avantageux, l'employer à des doses élevées et avec persévérance.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 janvier 1854. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Le ministre du commerce adresse une brochure de M. le docteur Vingtrinier, médecin des épidémies, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Rouen de 1814 à 1850. (Commission des épidémies.)

Remède secret. — Le même ministre transmet la recette et l'échantillon d'un remède pour guérir les cancers. (Commission des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine. — M. Delaporte, médecin vaccinateur pour le canton de Vimoutiers (Orne), adresse un rapport sur la variole et la vaccine dans ce canton. (Commission de vaccine.)

Traitement du choléra par l'acide sulfurique étendu d'eau. — M. le docteur Goupil, de Montereau (Seine-et-Marne), informe l'Académie qu'il a eu l'idée d'appliquer au choléra épidémique un mode de traitement qu'il a employé avec succès chez les enfants atteints de choléra indigène qui règne pendant les grandes chaleurs de l'été. Ce

traitement consiste dans l'emploi de l'acide sulfurique étendu d'eau. (Commission du choléra.)

Traitement des névralgies du col de la vessie, etc. — M. Guillon adresse une lettre par laquelle il se propose :

1° De revendiquer quelques réflexions pratiques sur le traitement des prétendues névralgies du col de la vessie et de l'inflammation de la prostate;

2° De prouver que l'urétroscope de M. le docteur Désormeaux n'est pas une invention nouvelle, et qu'il ressemble beaucoup au *speculum uretri* connu depuis 1833;

3° De demander un rapport attendu depuis depuis dix ans sur un procédé pour la guérison radicale de l'hydrocèle, et sur un cas d'incision de valvule intra-vésicale (le premier de ce genre qu'on ait publié) produisant la rétention d'urine faussement attribuée à la paralysie de la vessie. (Commission nommée.)

Extrophie de la vessie. — M. le professeur Alquié (de Montpellier) adresse un mémoire sur le traitement opératoire d'un jeune homme atteint d'une extrophie de la vessie. (Commission des futurs correspondants.)

Méthode d'irrigations nasales. — M. Maisonneuve présente une note sur une nouvelle méthode d'irrigations nasales et sur son application au traitement de l'ozène.

Tous les physiologistes, dit l'auteur, savent que dans l'acte de la déglutition le pharynx et le voile du palais combinent leur action de manière à clore l'ouverture de communication de l'arrière-gorge avec les fosses nasales et à empêcher le bol alimentaire de refluer par les narines; mais personne, que je sache, n'avait encore signalé la production de ce phénomène sous l'influence des liquides injectés par les fosses nasales et n'avait fait remarquer que les injections violemment poussées dans une narine ressortaient par l'autre sans pénétrer aucunement dans le gosier.

Or ce fait, sur lequel je viens appeler l'attention des chirurgiens, me paraît avoir une importance considérable dans la thérapeutique de plusieurs affections graves et principalement dans celle de l'ozène.

L'ozène, ou punaisie, est, comme chacun sait, une infirmité qui consiste dans une excessive puanteur des sécrétions nasales, et cette puanteur est elle-même le résultat du séjour prolongé des mucosités, du sang ou du pus, au fond de cavités anfractueuses, où elles sont soumises à la triple action de l'air, de la chaleur et de l'humidité.

A chaque expiration, l'air qui traverse ces cavités se charge d'émanations putrides et forme autour des malades une atmosphère infecte. De sorte que les malheureux atteints de cette affection dégoûtante deviennent un objet d'horreur pour tous ceux qui les entourent.

Jusqu'à présent l'art ne possédait contre cette affection que de bien faibles ressources. A part l'ozène syphilitique, contre lequel les préparations mercurielles et iodurées ont une action directe, toutes les autres variétés étaient généralement considérées comme à peu près incurables. On employait bien des cautérisations, des insufflations de poudres astringentes ou détersives; on recommandait aux malades d'aspirer des liquides émollients ou balsamiques; on faisait même quelques injections timides avec de petites seringues; mais tous ces moyens ne constituaient que des palliatifs insuffisants, et les malades affectés de punaisie n'en continuaient pas moins à exhaler une odeur repoussante.

Personne n'avait songé à conseiller les injections à grande eau, dans la persuasion où l'on était que le liquide devait nécessairement pénétrer dans la gorge.

Or des expériences multipliées m'ont démontré d'une manière positive que cette persuasion était complétement erronée, et que des injections violemment poussées dans une narine au moyen d'une forte seringue ressortaient entièrement par la narine opposée.

Il résulte de ce fait que l'on peut avec la plus grande facilité laver à fond les fosses nasales et les débarrasser ainsi des croûtes, du mucus ou du pus qui par leur séjour produisaient la punaisie.

Rien n'est plus simple que cette opération : il suffit pour l'exécuter d'introduire dans une des narines la canule d'une forte seringue et de pousser énergiquement le piston. Il s'établit alors un courant qui sort à pleine narine de l'autre côté et entraîne avec lui toutes les matières étrangères contenues dans les cavités nasales. Ces injections n'ont rien de pénible; les malades eux-mêmes peuvent les exécuter facilement, surtout au moyen de l'irrigateur mécanique.

Sous l'influence de ce moyen, l'odeur repoussante de la punaisie disparaît instantanément, et bientôt même, les conditions morbides de la muqueuse se modifiant d'une manière durable, on arrive à une guérison définitive.

LECTURES.

Iode dans les eaux. — M. Chatin lit une première partie d'un travail sur la recherche de l'iode dans les eaux, dont il se propose de communiquer prochainement la suite.

RAPPORTS.

Eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris. — M. H. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Poggiale ayant pour titre *Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris.*

Les données auxquelles M. Poggiale a été conduit par ses recherches sur ce sujet, dit M. le rapporteur, lui ont fourni des résultats de nature à exercer une heureuse influence sur l'hygiène du soldat. Dès longtemps on a signalé dans un grand nombre d'eaux l'existence de l'acide silicique; depuis que les analyses se sont multipliées, on a reconnu que toutes en renfermaient. Les recherches de M. Poggiale viennent ajouter sous ce rapport de nouveaux faits à ceux qui étaient connus antérieurement. L'iode et le brome, rencontrés d'abord dans quelques eaux minérales, sont beaucoup plus généralement répandus que d'abord on ne pouvait le penser. Les recherches de M. Marchand et de M. Chatin ont particulièrement attiré l'attention sur l'existence du premier de ces corps.

M. Poggiale a trouvé de l'iode dans toutes les eaux qu'il a analysées; mais, contrairement à des opinions émises à ce sujet, sa proportion ne serait pas en rapport avec leurs bonnes qualités. Ainsi, les eaux séléniteuses du mont Valérien renferment plus d'iode que les eaux de Seine et d'Arcueil. L'auteur ajoute cependant que les eaux chargées de matières salines, et surtout de sels calcaires, contiennent généralement peu d'iode.

Les nitrates sont beaucoup plus généralement répandus qu'on ne l'avait pensé autrefois. Il en est de même des matières organiques, dont il existe des proportions plus ou moins grandes dans toutes les eaux analysées par M. Poggiale. Leur proportion, tout aussi bien que leur nature, exerce une action très importante sur les qualités de ces eaux.

La nature des terrains que traversent les eaux mérite de fixer à un très haut degré l'attention. Dans ces derniers temps, M. Grange a émis l'opinion que la question du goître était intimement liée à l'existence des terrains magnésiens. Cette opinion a été contestée par divers observateurs; les recherches de M. Poggiale sont loin de lui apporter un appui. Elles démontrent la présence de la magnésie dans un très grand nombre des eaux sur lesquelles il a opéré, et qui n'offrent aucun des caractères que leur attribue M. Grange.

En résumé, le travail de M. Poggiale est digne de la haute approbation de l'Académie; il vient s'ajouter aux travaux de cet habile chimiste, qui déjà lui ont mérité les suffrages de la Compagnie, et prendre rang parmi ceux si nombreux et si importants qu'un grand nombre de savants ont publiés depuis peu d'années sur les eaux potables.

La commission propose à l'Académie d'adresser des remercîments à l'auteur, et d'accorder son approbation au travail qu'il lui a présenté.

(Après quelques courtes observations de MM. Desportes, Chevallier, Larrey, Chatin et Bussy, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

Epidémies. — M. E. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des épidémies, le rapport officiel sur les maladies épidémiques qui ont régné en France pendant l'année 1852.

Les rapports reçus par l'Académie pour l'année 1852 sont au nombre de 71, dont 44 sur les épidémies de fièvre typhoïde, 3 sur les fièvres intermittentes et rémittentes paludéennes, 2 sur la suette miliaire, 6 sur la dyssenterie, 3 sur la variole, 3 sur la rougeole, 3 sur la scarlatine, 4 sur les angines couenneuses et gangréneuses, 1 sur la grippe, la fièvre catarrhale et le croup; 1 sur la pustule maligne, 1 sur la teigne.

Après un exposé succinct de ces diverses maladies épidémiques, M. le rapporteur fait connaître les impressions que la commission a ressenties à la lecture de ce rapport.

Il lui semble incontestable, dit M. le rapporteur, que si, dans aucun cas peut-être, la mauvaise construction des maisons, la présence des fumiers sur la voie publique, telle nourriture peu substantielle, etc., n'ont produit essentiellement les maladies qui ont sévi sur les populations rurales en 1852, et en particulier les fièvres typhoïdes qui ont été si nombreuses, cependant une habitation basse, enterrée dans le sol, humide, froide, peu spacieuse, privée des dispositions convenables pour l'établissement d'une facile aération et pour l'accès de la lumière, où les hommes et les animaux vivent, mangent, dorment, respirent ensemble dans une atmosphère viciée, les émanations fétides des fumiers amassés sur la voie publique devant l'ouverture unique des maisons, celles des mares d'eau corrompues existant au milieu des rues, sont autant de conditions bien propres à produire une détérioration toujours croissante de la constitution des villageois, livrés d'ailleurs à des travaux excessifs pendant une grande partie de l'année et forcément réduits à l'inaction pendant les mois de l'hiver, et, par suite, à rendre des corps déjà affaiblis, cachectiques, plus susceptibles de ressentir l'influence des causes le plus souvent inconnues, mais réelles des épidémies, nous dirons même des causes spécifiques, plus bornées dans leurs effets. — Qu'il serait donc du devoir de l'autorité supérieure, souveraine gardienne de la santé publique, de prendre des arrêtés sévères et indispensablement exécutoires pour que les voies publiques des communes rurales fussent mieux entretenues; que dans certaines localités la pente du sol des rues fût mieux ménagée pour faciliter l'écoulement des eaux pluviales ou autres, et pour qu'il ne pût s'y former des flaques d'eau croupissante; — que l'utile système du drainage fût appliqué dans quelques endroits pour empêcher la diffusion des eaux à la surface du sol, où elles entretiennent une humidité nuisible; qu'il fût défendu d'accumuler les fumiers devant les habitations; que les habitants des campagnes fussent excités, encouragés à améliorer les systèmes de construction de leurs modestes demeures, à y faciliter l'accès de l'air et de la lumière; — qu'on fît combler sans délai les fossés où stagne une eau corrompue, source d'émanations délétères, ce qui tournerait au profit des communes, en rendant à la culture de vastes surfaces du sol aujourd'hui perdues pour elle; — en un mot, qu'on s'appliquât à procurer dans l'état matériel des communes rurales, en vue de prévenir la production des épidémies, les améliorations du sol, du cours des eaux, des habitations, etc., qu'on s'efforce, mais trop tard, d'exécuter quand une fois la maladie a éclaté et souvent a fait déjà de nombreuses victimes.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre un rapport sur les candidats aux places d'associés libres.

N. B. — En résumant dans le compte rendu de la dernière séance la communication de M. Debout relative aux effets de l'injection du perchlorure de fer dans un cas d'anévrisme, nous avons omis de dire que les recherches microscopiques dont M. Debout a fait connaître les résultats avaient été faites par M. Ch. Robin, qui avait bien voulu prêter le coucours de ses lumières et de son expérience à son confrère.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 janvier 1854. — Présidence de M. COMBES.

Gluten du blé. — M. Millon lit un mémoire sur le gluten du blé. L'objet de ce mémoire est de faire connaître l'existence de grandes variations dans la proportion de gluten dans des farines provenant de blés de la meilleure apparence.

Des recherches auxquelles M. Millon s'est livré sur des blés de différentes provenances, il résulte qu'il peut arriver que la farine la plus fraîche, la plus belle et de la mouture la plus loyale, ne contienne, dans des cas qu'il admet jusqu'ici comme exceptionnels, mais qui sont peut-être assez fréquents, qu'une proportion de gluten de 7, 8 et 9 p. 100.

Cette donnée peut être de la dernière importance en matière d'expertise. En présence d'une récolte insuffisante, on est exposé d'habitude à une recrudescence dans les tentatives de sophistication des farines. Si les experts doivent, en de pareils moments, redoubler de vigilance, il faut aussi, dit M. Millon, que leurs conclusions tiennnent compte de tous les faits acquis par la science et l'expérience.

Cette distinction en blés riches ou pauvres en gluten a encore de l'opportunité, en ce sens que la farine des blés riches en gluten supporte mieux l'addition de la farine de maïs ou de la fécule de pommes de terre, et probablement aussi de toute autre substance féculente. La panification se fait sans peine avec un mélange où ces substances entrent pour une forte proportion dès que la farine du blé contient beaucoup de gluten.

Enfin, M. Millon ajoute que le gluten n'est pas indispensable à la panification. Il a fait lui-même du pain avec de la farine de blé sans gluten; il a constaté que la pâte se travaillait plus difficilement. Ce pain offre aussi à la mastication des caractères particuliers; il s'arrête en quelque sorte au gosier, comme du pain très sec et très rassis. M. Millon en conclut qu'il est probable qu'indépendamment de ses autres propriétés, le gluten contribue à rendre le bol alimentaire glissant, et à lui faire franchir plus agréablement l'isthme du gosier. Il traduit cette sensation en disant que ce pain prend beaucoup de salive; le pain ordinaire en prend moins, et le pain de blé dur moins encore. (Commissaires : MM. Chevreul, Pelouze, Péligot.)

— L'Académie, dans sa dernière séance, a procédé à l'élection d'un membre dans la section de botanique, en remplacement de M. de Jussieu.

La section présentait la liste suivante de candidats :

Au premier rang, M. L.-R. Tulasne; au deuxième rang, M. Moquin-Tandon; au troisième rang, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, M. Duchartre, M. Trécul.

Au premier tour de scrutin, M. Tulasne a obtenu 34 voix; M. Moquin-Tandon, 1; M. Payer, 1.

En conséquence, M. Tulasne a été proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par arrêté en date du 5 janvier 1854, il est créé à la Faculté de médecine de Paris un emploi de contrôleur du matériel. Le contrôleur du matériel est chargé, sous l'autorité du doyen, de pourvoir à ce que les inventaires soient régulièrement tenus et à ce que les objets mis à la disposition des professeurs et des élèves pour les études et les démonstrations soient exactement réintégrés dans les collections.

Par le même arrêté, M. Sanson, docteur en médecine, est nommé contrôleur du matériel de la Faculté de médecine de Paris.

— M. Laugier, docteur en médecine, ancien médecin en chef des hôpitaux civils de Toulon (Var), vient de mourir dans cette ville.

— Les journaux anglais annoncent la mort de M. le docteur James Gillkrest, inspecteur général des hôpitaux militaires, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, décédé à l'âge de 63 ans. M. Gillkrest a publié plusieurs ouvrages, dont un, fort estimé, sur la fièvre jaune.

— MM. les professeurs G.-J. Mulder et R. Van Rees viennent d'être élevés à la dignité de commandeurs de l'ordre de la Couronne de Chêne, et les professeurs F.-C. Donders et P. Fremery à celle de chevaliers de l'ordre du Lion Néerlandais.

— On a recours dans les Indes pour reconnaître les coupables à une épreuve assez curieuse qui met très bien en évidence l'influence de la peur sur la production de la salive. Lorsqu'un méfait a été commis dans un atelier, on réunit dans une même salle toutes les personnes suspectes, et on leur fait mâcher pendant quelque temps une certaine quantité de riz. Or on est assuré d'avance que le coupable rejettera son riz parfaitement sec, la peur ayant pour effet nécessaire de suspendre la sécrétion de la salive. (*Cosmos.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur F. ROUBAUD. Un fort volume. Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. par la poste. Chez J.-B. Baillière, éditeur, rue Hautefeuille, 19. — Les abonnés de la *Gazette* ne payent cet ouvrage que 3 fr. pris au bureau, ou 4 fr. par la poste.

Eléments complets de la science et de l'art du dentiste, par M. DÉSIRABODE, chirurgien-dentiste. Ouvrage adopté pour les écoles de médecine et de pharmacie, par ordonnance ministérielle, en date du 3 avril 1844, rendue sur le rapport du conseil royal de l'instruction publique, et pour les hôpitaux des ports et colonies, par ordonnance ministérielle du 24 avril 1844, sur le rapport de M. l'inspecteur général du service de santé de la marine. 2 vol. gr. in-8°, 15 fr. Chez l'auteur, Palais-Royal, 154, et chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Gymnastique des demoiselles, ouvrage destiné aux mères de famille, et contenant la description des exercices avec la construction et le prix des instruments; par Napoléon LAISNÉ, professeur spécial à l'Ecole normale de gymnastique militaire, directeur des gymnases des lycées impériaux, de l'hôpital des Enfants, etc. — Un vol. gr. in-18. Chez l'auteur, rue de Vaugirard, 9, à Paris.

Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations, par M. P. BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité. — Un vol. in-8°. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 7 fr.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 6. — SAMEDI 14 JANVIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 6. — SAMEDI 14 JANVIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 13 JANVIER 1854.

Depuis le jour où nous avons cessé de publier un bulletin du choléra, nous avons pu acquérir la certitude que l'épidémie avait presque entièrement cessé sur tous les points de la capitale. Nous n'avons, en effet, constaté aucun cas nouveau dans les hôpitaux que nous avons parcourus; et notamment à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, où des services spéciaux avaient été organisés, il n'a été reçu aucun malade cholérique depuis le 1er janvier. Il y a à peine çà et là, dans chacune des salles qui leur étaient destinées, deux ou trois convalescents restants du mois de décembre.

Il n'en est pas tout à fait de même pour les hôpitaux militaires. Le Val-de-Grâce compte en ce moment de six à sept malades cholériques entrés récemment. Ces malades viennent, à ce qui nous a été assuré, de Bercy.

Nous avons appris également que deux ou trois cas de choléra grave avaient été observés en ville; mais ce que nous pouvons affirmer d'une façon positive, c'est que dans le 11e arrondissement, l'un des plus vastes de Paris, il n'y a pas eu un seul cas déclaré depuis la fin de décembre.

Voici, en résumé, la situation des hôpitaux jusqu'au 7 janvier, d'après les derniers bulletins publiés :

Nombre de cas.	968
Décès.	440
Guérisons.	414
En traitement.	114

Ce dernier chiffre a certainement beaucoup diminué depuis le 7, par la guérison d'un grand nombre de malades qui étaient encore en traitement à cette époque.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra et fièvre typhoïde. — Des fièvres typhoïdes qui règnent depuis la fin de 1852 dans les hôpitaux de Paris.

Les diverses phases du choléra, que depuis près de deux mois nous avons assidûment suivies et étudiées, nous ont un peu fait perdre de vue les maladies habituelles; et cependant ces maladies ne se sont montrées ni moins fréquentes, ni moins bien caractérisées qu'à l'ordinaire. C'est même là une des circonstances qui nous ont toujours porté à considérer l'épidémie actuelle comme une épidémie à impulsion faible et qui ne devait acquérir ni une grande intensité, ni une longue durée. On sait, en effet, et les épidémies précédentes ont amplement démontré ce fait, que lorsqu'une maladie épidémique acquiert un haut degré d'intensité, elle absorbe en quelque sorte à son profit toutes les expressions pathologiques et fait taire momentanément la plupart des autres causes morbides. Or rien de semblable n'a eu lieu dans ces derniers temps; on a vu, ainsi que nous venons de le dire, les maladies habituelles continuer à se manifester avec leur fréquence et leurs caractères particuliers, et suivre leur cours ordinaire sans être, pour la plupart du moins, sensiblement influencées par l'épidémie régnante. Bien mieux, on peut dire que le choléra n'a fait que marcher côte à côte avec les maladies épidémiques antécédentes, sans que celles-ci aient rien perdu de leur intensité. Telle est en particulier l'épidémie de fièvre typhoïde (nous croyons qu'on peut lui maintenir ce nom), qui depuis les derniers mois de l'année 1852 n'a pas cessé de multiplier ses victimes en ville comme dans les hôpitaux.

Tout récemment encore, pendant que l'attention était exclusivement appelée sur les malades cholériques, nous voyions succomber coup sur coup quatre malades à l'hôpital de la Pitié, dont trois s'étaient succédé dans le même lit. Des deux malades morts les derniers, l'un avait été pris de typhus étant convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu avec péricardite (ce qui a fourni l'occasion de constater à l'autopsie l'existence d'adhérences encore toutes récentes du péricarde), et a succombé dans la seconde moitié du deuxième septenaire; l'autre était vers le milieu de la seconde période de la maladie, et tout semblait annoncer un rétablissement prochain, lorsqu'un matin il fut trouvé mort dans son lit, sans que rien eût fait prévoir une fin aussi prochaine et aussi rapide.

M. Gendrin, à l'occasion de ces faits qui se sont passés dans ses salles, a présenté sur l'épidémie actuelle de typhus des considérations auxquelles nous emprunterons quelques traits qui nous ont paru en rappeler assez bien la physionomie générale.

Tous les cas de fièvre typhoïde qui ont été reçus dans les salles de la Pitié depuis le mois de décembre de l'année dernière (et il en a été reçu un très grand nombre dans ce laps de temps) ont présenté invariablement et uniformément les mêmes caractères et le même type : c'était toujours la forme muqueuse de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire avec prédominence des symptômes intestinaux. On n'y a jamais vu, ou que très exceptionnellement du moins, la forme bilieuse, non plus que la forme ataxique. Et ce que nous disons ici d'après M. Gendrin pour les malades de son service à la Pitié, nous sommes autorisé par nos propres observations à l'appliquer à la généralité des cas qui se sont présentés dans les autres services et dans les autres hôpitaux.

Chez tous ces malades, on a pu remarquer cette circonstance que la maladie a été constamment précédée de symptômes précurseurs remontant à une époque plus ou moins éloignée; jamais le typhus ne s'est déclaré d'emblée. Ces prodromes étaient le plus souvent des accidents saburraux plus ou moins intenses, de la diarrhée, de l'anorexie avec céphalalgie, etc. La maladie se manifeste ensuite chez tous de la même manière : c'est la céphalalgie d'abord avec sentiment de courbature, puis le développement de l'appareil fébrile et la manifestation des troubles digestifs. Lorsque les malades entrent à l'hôpital, ils sont presque tous malades depuis plusieurs jours, et l'on peut déjà voir chez eux tous les symptômes de la maladie confirmée : peau injectée et d'une chaleur sèche, langue tremblotante offrant des papilles muqueuses développées et recouverte d'une couche saburrale, injection phlegmasique des muqueuses des gencives et du palais; accablement, abattement des malades; affaissement musculaire, subdélirium; chez presque tous, sensation de gargouillement ou de déplacement de liquide dans la fosse iliaque droite indiquant la suspension d'action de la valvule iléo-cœcale frappée de phlegmasie ou même d'ulcération. Enfin, chez quelques-uns engorgement des ganglions inguinaux. Tel est, en général, l'ensemble des symptômes que présentent la plupart de ces malades dès le premier ou les premiers jours de leur admission dans les salles. Ces symptômes, suffisants déjà pour caractériser la maladie, bien que peu graves en eux-mêmes, se complètent plus tard par l'apparition de l'éruption pétéchiale et par l'ensemble des phénomènes de l'état adynamique.

La maladie n'a pas atteint, en général, dans tout le cours de cette année un très haut degré d'intensité. Il y a eu une petite proportion de morts. Cependant il ne faudrait pas préjuger toujours l'issue de la maladie par la bénignité apparente de cette première période. On a vu plus d'une fois, malgré cette apparente bénignité du début et des premières périodes, la maladie se terminer d'une manière fatale, ainsi que nous venons d'en citer quelques exemples. C'est que la gravité de la maladie dépend souvent des lésions intestinales, qui ne se manifestent que dans les dernières périodes. Il est encore, suivant M. Gendrin, une autre raison qui concourt manifestement à aggraver les fièvres les plus bénignes à leur début et qui doit maintenir toujours le médecin dans une grande réserve sur le pronostic, c'est l'influence du milieu, l'action incessante du foyer infectieux au milieu duquel vivent les malades dans les salles d'hôpital; si cette influence se manifeste, ainsi qu'on le voit si souvent dans les hôpitaux sur des malades qui y sont entrés pour d'autres affections et qui y contractent l'affection typhoïde, à plus forte raison s'exercera-t-elle sur des sujets déjà atteints de cette maladie ou tendant sans cesse à l'aggraver. C'est ce qui explique la différence de gravité que présente la maladie dans les hôpitaux et en ville. Dans la pratique civile, on n'a point à tenir compte, en général, dans le pronostic de l'influence de l'infection et beaucoup moins aussi des causes accessoires d'aggravation si communes sur la classe de malades qui alimente les hôpitaux.

Il ne faudrait pas cependant prendre cette dernière proposition trop au pied de la lettre. Sans remonter très loin dans nos souvenirs, nous pourrions citer un exemple de l'influence de ces foyers locaux d'infection typhoïde que nous avons été à même de constater assez récemment en ville. Appelé à soigner une jeune femme atteinte de fièvre typhoïde assez grave, nous avons vu successivement et à de courts intervalles, c'est-à-dire à un intervalle correspondant à la durée de la maladie à peu près, presque tous les membres de la même famille (4 sur 6) pris par la même affection, et tous à des degrés graves, au point que l'un d'eux a succombé et que les trois autres ont eu une convalescence longue et pénible.

Eschares des parties génitales.

Ce que nous venons de dire par rapport aux affections typhoïdes,

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations, par M. le docteur BRIQUET (1).

Comment agit le quinquina dans les affections contre lesquelles on l'emploie ? M. Briquet commence par les maladies intermittentes.

Le quinquina ne peut agir que par l'un des trois modes suivants : il peut avoir une action directe sur la cause extérieure de la maladie intermittente; ou bien il agit sur l'état organique concomitant, considéré comme cause de l'état intermittent; enfin, il influence l'état dynamique, qui constitue l'état intermittent lui-même.

Evidemment, d'après M. Briquet, le quinquina n'est pas l'antidote d'un poison paludéen, comme le pensait Morton, et ne neutralise pas, en se combinant avec lui, le ferment humoral qui, suivant Torti, produisait l'accès fébrile. Il n'agit pas davantage en opérant une dérivation, suivant l'opinion de l'école physiologique; en modifiant la composition du sang assez altéré pour constituer une cachexie, comme l'a pensé M. Boudin. Son action sur la rate doit être également mise de côté; quel rôle, en effet, joue la rate dans une névralgie faciale intermittente, une épilepsie, une hémoptysie périodiques ? Reste à considérer l'état dynamique.

Dans la production d'un accès de fièvre intermittente, dit l'auteur, le système nerveux joue un double rôle; il met en communication le point du corps attaqué par la cause morbide avec le centre nerveux, communication à l'aide de laquelle ce point appelle pour ainsi dire à son secours toute l'économie; puis, le centre nerveux averti, c'est encore à l'aide de ce système que ce centre influence les divers organes de la circulation, de la calorification; etc., et leur fait exécuter l'ensemble synergique des accès de fièvre, ensemble destiné à résister à la cause ou à l'éliminer. En d'autres termes, et pour nous servir encore des expressions de M. Briquet, il y a dans l'exécution d'un accès intermittent action rentrante de la périphérie vers le *sensorium commune*; réaction de ce *sensorium* au moyen d'un intermédiaire nerveux sur les nerfs des parties qui vont entrer en jeu pendant l'accès; puis enfin réaction des nerfs de ces parties, soit sur le *sensorium commune*, soit sur des nerfs d'autres organes qui sont atteints ensuite.

Eh bien ! les alcalis du quinquina coupent les accès des maladies intermittentes en hyposthénisant la partie du système nerveux central qui est mise en jeu dans ces accès, et en la mettant dans l'impossibilité de combiner et de conduire les actions d'ensemble nécessaires à l'exécution de la fonction pathologique qui constitue un accès intermittent. La conclusion est rigoureuse.

De là résultent plusieurs faits importants, entre autres celui-ci : quand, dans une maladie intermittente radicalement guérie par le quinquina, les causes supposées de la maladie, c'est-à-dire l'état organopathique concomitant, persistent, on peut être certain qu'ils n'ont, ni l'un ni l'autre, aucune relation avec l'état intermittent, etc.

Nous ne suivrons pas plus loin M. Briquet dans ce qui a rapport au traitement des fièvres intermittentes, et nous conviendrons volontiers que ses explications paraissent plus rationnelles que celles de ses prédécesseurs; tout au moins ont-elles cet avantage de concorder avec le résultat d'une expérimentation sévère.

Quelques mots maintenant de l'action du quinquina dans d'autres maladies sérieuses, la fièvre typhoïde, le rhumatisme, etc., qui sont des affections continues et de nature plus grave que la plupart des fièvres intermittentes.

Au premier abord, il semblerait que le quinquina n'a rien à faire ici, car deux conditions ont été posées par l'auteur comme nécessaires à son succès :

1° Que le remède soit plus fort que la maladie;

2° Qu'il puisse être donné pendant une apyrexie ou pendant une rémission.

Dans une fièvre continue qui dure quinze, vingt, trente jours et plus, la puissance hyposthénisante du quinquina sera de beaucoup dominée par la résistance de la maladie. De plus, on ne pourra l'administrer pendant une apyrexie ou une rémission; il n'y en a pas. Mais, répond à cette objection M. Briquet, est-il possible de supposer qu'une substance douée de la propriété de faire descendre au-dessous de leur type normal les principales actions de la vie, la circulation, la calorifica

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 janvier.

nous pourrions l'appliquer aussi aux affections puerpérales (métro-péritonite et eschares gangréneuses), sur lesquelles nous avons déjà plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs. Les nouvelles accouchées de la Clinique n'ont pas encore entièrement échappé à l'influence délétère spéciale que nous signalions il y a quelques mois. Elle a continué à se manifester de temps à autre, nonobstant l'influence cholérique qui est venue s'y joindre, par quelques cas plus ou moins sérieux de péritonites, de métro-péritonites puerpérales ou d'eschares gangréneuses semblables à celles que nous avons déjà décrites. Aujourd'hui même à la visite, nous avons encore constaté trois cas nouveaux de ce genre.

Des complications du choléra. (M. ROSTAN.) (1).

Les complications sont très fréquentes dans le cours du choléra. Cette circonstance de la fréquence et de la variété des complications qui surviennent pendant le choléra s'explique par le caractère général de cette affection, qui, n'affectant aucun organe en particulier, mais l'économie tout entière, n'exclut aucune des affections locales qui peuvent se développer incidemment; cela même est une preuve de ce caractère général de la maladie.

Une circonstance qui est digne d'être signalée, et qui paraît particulière au choléra, c'est que les maladies compliquantes ne se révèlent pas par tous leurs signes ordinaires. Ainsi, on a pu voir dans le cours de cette dernière épidémie un cholérique atteint en même temps d'une pneumonie qui ne se révélait par aucun de ses symptômes habituels; il n'y avait ni toux, ni expectoration caractéristique, ni dyspnée; ce n'est que par les phénomènes physiques d'auscultation et de percussion qu'on a pu la reconnaître. Il en est de même de la pleurésie, qui a lieu sans douleur, de la bronchite, qu'on ne reconnaît qu'à l'existence de râles sibilants nombreux dans la poitrine.

M. Rostan a eu aussi l'occasion de constater, chez des sujets atteints de choléra, des péricardites qui n'ont pu être reconnues qu'au bruit de souffle. On comprend, du reste, que les inflammations, en général, doivent être profondément modifiées dans leur physionomie et dans leur marche par leur coexistence avec l'affection cholérique. Il est d'une extrême importance, au point de vue pratique et pour le traitement en particulier, qui doit en être lui-même profondément modifié, de tenir compte de ces complications et de l'influence réciproque qu'exercent l'une sur l'autre les deux affections concomitantes.

Parmi les complications les plus fréquentes, il faut compter les affections des centres nerveux, et en particulier l'encéphalite locale, qui se présente assez souvent pendant le choléra.

Après les complications, il est utile de connaître les maladies qui sont le plus ordinairement la suite du choléra, et qui se manifestent dans le cours de la convalescence. L'une des maladies les plus fréquentes pendant la convalescence du choléra est la gastro-entérite. Cette gastro-entérite est bien distincte du choléra lui-même. Les vomissements et les selles continuent à se produire, mais avec des caractères bien différents; ces évacuations, indépendamment de leur aspect physique, qui les différencie des évacuations cholériques, s'accompagnent de vives douleurs abdominales qu'on n'observe point dans le choléra proprement dit. L'abdomen est en outre extrêmement sensible à la pression; la langue est rouge, il y a de la soif, de l'inappétence, et tout l'appareil d'une vive réaction fébrile : accélération du pouls, chaleur à la peau, etc. Enfin les symptômes caractéristiques du choléra : la cyanose, l'absence des urines, les crampes, l'aphonie n'existent plus.

L'affection typhoïde est, après la gastro-entérite, l'une des suites les plus communes du choléra, surtout vers la fin de l'épidémie; mais elle ne se présente pas avec ses caractères habituels : on y constate des modifications assez sensibles dans quelques-uns de ses principaux symptômes. Ainsi, on n'y observe point en général de taches rosées sur la peau, tandis qu'on y rencontre assez souvent des parotides, accident très rare, comme on le sait, dans notre typhus commun. Les symptômes dominants du typhus cholérique sont la stupeur et l'abattement.

On observe fréquemment aussi à la suite du choléra une sorte d'hypérémie ou de polyhémie générale qui se traduit par des congestions sanguines dans la plupart des organes, dans le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins, etc. On voit souvent, en effet, des malades, à cette période ultime de l'affection cholérique, ayant la face rouge, cuivrée, les yeux brillants, la tête lourde, douloureuse, de l'assoupissement, de la somnolence; d'autres présentent de l'oppression, un sentiment de constriction dans la poitrine, etc.; il n'est pas rare même de voir ces divers symptômes réunis sur le même malade.

On observe encore, comme suites fréquentes du choléra, des maladies éruptives, des érysipèles, divers érythèmes, la rougeole, la scarlatine. Il est une de ces éruptions, en particulier, la miliaire, qu'à cause de sa fréquence M. Rostan est porté à considérer comme ayant une certaine liaison avec le choléra. On se rappelle, en effet, qu'en 1832 et en 1849 un grand nombre de localités des environs de Paris et des départements avoisinants furent envahies par de véritables épidémies de miliaire, soit simultanément, soit consécutivement à l'épidémie cholérique. Cette miliaire offrait, en général, une très grande gravité. On n'a encore rien observé de semblable jusqu'ici dans l'épidémie actuelle.

Il est encore une foule d'affections qui se manifestent consécutivement au choléra et qu'il serait beaucoup trop long d'énumérer, car il faudrait parcourir presque tout le cadre nosologique. Qu'il nous suffise donc, pour terminer ce qui a trait aux complications, de signaler encore parmi les plus communs des phénomènes nerveux extrêmement variés, tels que le délire nerveux, apyrétique, quelques hallucinations, des anesthésies et des paralysies partielles plus ou moins persistantes, des paraplégies notamment; enfin des contractions permanentes douloureuses, des spasmes, des crampes et ces secousses électriques dont nous avons parlé dans une des précédentes revues.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 31 décembre 1853 et 7 janvier 1854.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Anus contre nature suite d'une hernie étranglée. — Influence de la position réunie à la compression par le bandage herniaire,

Par M. le docteur JOBERT, de Guyonvelle (Haute-Marne).

M. R..... (Joseph), de la commune de Vaux-la-Douce, sourd-muet, âgé de quarante ans environ, portait sans doute depuis déjà plusieurs années, si on en juge par l'étendue de la tumeur, une hernie inguinale du côté droit.

Tout à coup, le 26 octobre dernier, en revenant du bois avec une forte charge à col, il fléchit en déposant son fardeau et ne put se relever. On le prit et on le plaça sur son lit, et quelques heures plus tard il indiquait à son frère le lieu et la cause de ses souffrances.

Pendant trois ou quatre jours on abandonna la tumeur à elle-même; mais alors des symptômes d'étranglement se manifestèrent ainsi : le hoquet, des vomituritions, et bientôt après les vomissements eux-mêmes, bilieux d'abord, mais qui prirent peu à peu une odeur infecte, une odeur stercorale.

Je fus appelé le 2 novembre, c'est-à-dire six jours après les premiers accidents. Je constatai l'existence d'une hernie étranglée qui avait le volume et la forme d'une bouteille d'un litre, et qui descendait jusque dans les bourses.

La sensibilité trop exquise des parties ne permettant pas même le plus léger effort de taxis, je fis mettre le malade au bain.

La peau qui recouvrait la tumeur était déjà comme soulevée et de couleur violacée; celle du scrotum avait la même apparence.

Je fis pratiquer sur la tumeur, et plus particulièrement vers l'anneau inguinal, des frictions avec une pommade semi-liquide, dans laquelle entraient en même temps l'extrait de belladone et le camphre, et par-dessus je plaçai un cataplasme émollient.

Mais dès le lendemain la tumeur était devenue fluctuante, et à raison de sa mollesse le plus faible toucher provoquait un gargouillement sensible et qui s'entendait à distance.

La tumeur tomba bientôt en gangrène et s'ouvrit spontanément par plusieurs bouches ou ouvertures, dont deux très larges au scrotum avec une perte considérable des téguments après la chute des eschares gangréneuses, et quatre ou cinq ouvertures aux parois abdominales au-dessous et au-dessus de l'aine. Par ces ouvertures passèrent à partir de ce moment toutes les matières contenues dans l'intestin; rien, au contraire, ne passait plus par les voies naturelles. Quelques jours plus tard, le malade extrayait par l'une de ces ouvertures une portion d'intestin, qui a été vue par plusieurs personnes et dont la longueur a été évaluée à 18 ou 20 centimètres.

Un pansement approprié et les soins de la plus stricte propreté furent les seuls moyens que je crus devoir employer.

Le malade, à raison de ses souffrances des premiers jours, s'était considérablement amaigri, et je croyais à une terminaison prochainement funeste. Dans cette prévision, j'avertis la famille; celle-ci, vu son peu de ressources de toutes sortes, tenait fort peu de compte de tous autres soins, et paraissait surtout peu soucieuse de la conservation d'un malade aussi hideusement affecté. Par ces motifs, je m'attachai davantage à ce malheureux, et je surveillai scrupuleusement et attentivement la marche des accidents.

Mais que faire en présence d'une infirmité à la fois aussi grave et aussi dégoûtante?

Je consultai plusieurs de mes confrères. Je leur fis part de mes projets et de ma résolution; je leur parlai avec détail du procédé de Dupuytren; je déroulai devant eux et avec eux le tableau des difficultés que l'on rencontre d'une part dans la recherche des bouts de l'intestin, puis d'autre part dans la section de la cloison éperonnée qui s'oppose à la circulation des matières fécales, et par suite des chances terribles d'un épanchement dans la cavité abdominale, conséquence fréquente et souvent inévitable de cette section.

Devant ces difficultés, vu d'ailleurs les dispositions de la famille, on fut d'avis d'abandonner le malade à lui-même.

Cette détermination ne me satisfaisait point, et j'avais une répugnance extrême à rester passif contemplateur des accidents à venir.

Cependant, depuis quelques jours, plusieurs des ouvertures existant aux parois du ventre s'étaient rétrécies et presque guéries; une seule restait avec de grandes dimensions, car on y aurait facilement introduit le doigt indicateur tout entier.

Le 27 novembre, à ma visite du matin, j'appris par le frère du malade que celui-ci, après avoir, dans la soirée de la veille, mangé quelques pruneaux cuits et aussi quelques grains de raisin, avait rendu plusieurs vents par l'anus, et qu'on avait retrouvé dans les alèzes placées sous lui des pepins et pellicules de raisin qui, à n'en pouvoir douter, avaient passé par l'ouverture anale. (Rien depuis un mois n'avait franchi cette ouverture.).....

Dès ce moment, je compris que la nature faisait pour le malade ce que nous n'avions osé tenter. Je conseillai le repos au lit, et j'insistai surtout pour que le malade se tînt couché sur le dos, les jambes légèrement élevées et fléchies et maintenues irrévocablement dans cette position au moyen d'un coussinet placé sous le creux du genou.

Les jours suivants, on s'aperçut de nouveau que quelques vents étaient rendus par l'anus, et l'ouverture fistuleuse paraissait en même temps diminuer de diamètre. J'eus l'idée d'introduire par cette fistule un morceau de carotte à moitié cuite, que je poussai jusque dans l'intestin au moyen d'une sonde de femme avec laquelle j'avais préalablement rencontré l'ouverture intestinale supérieure; dès le soir même on m'avertit que le malade avait eu quelques coliques légères, à la suite desquelles il avait rendu par l'anus et le morceau de carotte et aussi quelque peu de matière fécale.

Ce résultat obtenu me fit comprendre tout le parti que j'en pouvais tirer et espérer.

J'avais depuis quelques jours, et comme moyen de propreté,

---

tion, n'aura pas des effets plus ou moins marqués dans les maladies où ces actes sont exaltés?

Et, à l'appui de cette présomption, il présente sur-le-champ le relevé d'observations nombreuses recueillies dans les hôpitaux par des praticiens sérieux, et desquelles il résulte que le sulfate de quinine ne constitue pas une méthode banale et générale de traitement de la fièvre typhoïde, et n'est applicable qu'à certaines formes qu'il indique et pendant un temps limité; qu'il calme souvent avec rapidité les troubles violents de la circulation et de l'innervation; que son action excitante sur la muqueuse gastro-intestinale est fort bornée, mais qu'il faut cependant être très réservé sur son emploi quand il y a des signes directs de la phlegmasie interne du tube digestif; enfin que, dans cette affection, on peut fréquemment porter ce sel à des doses plus élevées que dans d'autres maladies.

Il en est de même dans les autres typhus, peste, fièvre jaune; mais nous sommes forcé de ne pas partager l'avis de M. Briquet lorsqu'il recommande, d'après d'autres auteurs il est vrai, le sulfate de quinine dans la suette miliaire. Notre expérience personnelle nous a prouvé combien s'étaient trompés les médecins qui administraient ce médicament en pareil cas, et combien l'analyse de leurs observations était loin de prouver les merveilleux résultats qu'ils annonçaient.

Nous ne dirons rien du rhumatisme articulaire aigu. Les excellents effets du sulfate de quinine ne sont plus actuellement mis en doute par personne dans cette affection, et la question a été dans ces derniers temps traitée partout avec trop de détails pour qu'il soit nécessaire de nous y arrêter; contentons-nous de faire remarquer que chez les sujets traités par les sels de quinine à haute dose les convalescences sont beaucoup plus rapides et les récidives beaucoup moins fréquentes que lorsque l'on se borne à employer les saignées générales ou locales.

Restent les névralgies, auxquelles on oppose avec succès la quinine lorsqu'elles sont de nature rhumatismale, et les maladies avec débilité générale, dans le traitement desquelles il faut préférer aux alcaloïdes les vins, sirops et extraits secs de l'écorce du Pérou, qui n'ont du reste, affirme M. Briquet, aucune supériorité bien marquée sur les autres substances amères ou astringentes dont la pharmacie dispose. Dans ces circonstances, on pourra se servir indifféremment des écorces qui sont les moins riches en quinine et en cinchonine.

La quatrième et dernière partie est celle à laquelle l'auteur donne la qualification d'instrumentale, et qui est consacrée à étudier la valeur des divers composés du quinquina et celle de leurs divers modes d'administration. Inutile de dire que cette division du livre n'est ni la moins importante ni la moins bien traitée. La lecture en sera nécessaire à ceux qui voudront se bien pénétrer des principes de l'auteur et connaître, d'une part, les doses auxquelles chaque préparation peut être élevée sans danger en vue d'en obtenir des effets d'hyposthénisation; d'autre part, le moment auquel il faut les administrer pour opérer à temps convenable sur le système nerveux la modification hyposthénisante.

Les discussions qui se sont élevées il y a quelques mois dans le sein de l'Académie de médecine au sujet de la puissance comparative des divers alcaloïdes du quinquina donnent un intérêt d'actualité plus vif encore à ce chapitre, dont nous allons résumer en peu de mots les principaux points. Le sel le plus souvent employé et le plus énergique est le bisulfate de quinine, lequel n'est autre chose que le sulfate de quinine du commerce auquel on ajoute quelques gouttes d'acide sulfurique pour faciliter la solution. C'est en solution que M. Briquet préfère toujours administrer le sulfate de quinine, parce que sous cette forme il se prête mieux à l'absorption. La puissance médicamenteuse du bisulfate est le point de départ qui a servi de base dans tout le travail actuel à l'estimation de la valeur des autres composés de quinquina.

Une forme que M. Briquet trouve commode de faire prendre principalement aux enfants, c'est la quinine brute, substance dépourvue de toute espèce d'amertume et qui se dissout très aisément dans les acides de l'estomac. L'analyse chimique fait retrouver dans les urines la quinine absorbée à peu près dans les mêmes conditions que lorsqu'il s'agit des sels neutres, d'où l'auteur conclut que la quinine brute est une préparation aussi active que les sels neutres de quinine et qu'on doit l'employer aux mêmes doses qu'eux.

La cinchonine est douée, quant à l'absorption, des mêmes propriétés que la quinine pure; mais elle est moins active. Pour les sels de cinchonine, les nombreuses expériences faites par M. Briquet, et dont on trouvera l'énumération dans la partie physiologique de son travail, lui ont démontré que leur puissance était d'un tiers ou d'un quart plus faible que celle du bisulfate de quinine. Cependant, comme, en ra-

fait porter au malade une ceinture qui maintenait sur l'ouverture de la fistule une pelote en coton ; de cette manière, on s'opposait en partie à l'écoulement qui avait incessamment lieu par elle. Cette pelote ne gênant point le malade, qui l'ôtait cinq ou six fois par jour, c'est-à-dire à chaque fois qu'il éprouvait des besoins ; comme il n'était d'ailleurs survenu ni coliques, ni hoquet, ni vomissements à la suite de l'application de cette pelote, je résolus de lui faire porter un bandage herniaire. Depuis ce moment la fistule s'est encore rétrécie sensiblement, et aujourd'hui (17 décembre) il ne sort plus par elle que quelque peu d'une bouillie jaune et demi-épaisse.

Tous les deux jours, au contraire, sans coliques ou après quelques coliques très légères, le malade rend par l'ouverture anale des matières moulées du volume du petit doigt, assez nombreuses et d'une odeur franchement fécale ou stercorale.

Nous sommes à la fin de décembre. Depuis dix-sept jours le cours des fèces se reproduit de plus en plus fréquemment, sinon encore régulièrement par les voies naturelles; l'appétit et l'embonpoint reviennent chaque jour. Je commence à ne plus douter du rétablissement du malade.

Il restera toutefois une dernière détermination à prendre d'ici à peu de temps, ce sera l'oblitération complète de la fistule stercorale. Je m'arrêterai à ce parti quand je me serai suffisamment assuré qu'il ne sort plus par l'ouverture fistuleuse qu'une très minime et très rare quantité de cette liqueur comme sanieuse qui s'écoule depuis plusieurs jours.

Dans quelques mois je ferai connaître à l'Académie si la guérison a été achevée et complète, ou si quelque accident nouveau est venu troubler à la fois mes succès et mes espérances.

ÉTIOLOGIE DE LA CATARACTE.

M. le docteur Cornaz, secrétaire de la Société médicale suisse, vient de communiquer aux *Archives d'ophthalmologie* la traduction de l'intéressant mémoire de M. de Hasner, professeur à la Faculté de médecine de Prague, que nous publions ici. Il le fait suivre de considérations qui lui sont propres et qui sont relatives aussi aux causes de la cataracte. Leur étendue ne nous permet pas d'en parler aujourd'hui; mais, comme la question de l'étiologie de la cataracte est très importante, nous aurons sans doute occasion de revenir sur ce sujet, et nous aurons soin de compléter le travail de M. de Hasner par les observations pratiques de M. Cornaz.

Parmi les causes de la cataracte, il n'y en a pas de mieux établies que l'inflammation de l'uvée et les lésions mécaniques du système cristallin : la première ne nous occupera pas ; car nous ne voulons considérer ici que les conditions purement locales du cristallin. Il est prouvé que des blessures (piqûre ou coupure) du cristallin ont souvent causé des cataractes chez des personnes jeunes et robustes en peu d'heures. J'en ai observé chez de jeunes garçons trois cas produits par une alène de cordonnier, par une pointe de ciseaux et par un canif, et deux fois le développement en eut lieu en vingt-quatre heures, la troisième en quelques jours. Mais il est prouvé, tant par des expériences sur des animaux (Dietterich, Werneck, Beger) que par des observations sur l'homme (Mohrenheim, Pellier), que toute blessure de l'appareil cristallin n'entraîne pas à sa suite une cataracte. Il paraît résulter des faits connus que, quand ces lésions sont accompagnées d'ébranlement du cristallin et d'inflammation des organes voisins, il se forme une cataracte; mais que parfois la lésion traumatique n'en produit pas quand elle est simple, parce que souvent alors elle ne produit pas d'inflammation, et que l'ouverture faite à la capsule se referme de suite. Ce dernier fait est heureux quand le cristallin n'est pas encore cataracté, mais défavorable dans le cas contraire, puisqu'il est soustrait par là à l'action de l'humeur aqueuse.

J'ai vu, à la suite d'une piqûre d'alène de cordonnier, une cataracte se former en trois jours chez un enfant de trois ans, puis se résorber complétement en cinq semaines. Je citerai aussi le cas bien rare d'un autre enfant âgé de huit ans, ayant depuis neuf mois une cataracte traumatique de l'œil droit, chez lequel il s'en formait peu à peu une dans le gauche, sans autre cause apparente que la sympathie qui unit les deux yeux.

Nous compterons parmi les accidents traumatiques les luxations du cristallin produites par une commotion de l'œil, à la suite d'une chute, d'un coup, etc. ; c'est là une cause de cataracte fréquemment observée et qu'on ne peut mettre en doute. Souvent l'opacité du cristallin se fait attendre assez longtemps (Græfe, Kammerer, etc.) ; mais cette altération ne manque jamais de se montrer au bout d'un espace de temps plus ou moins considérable. La seule question litigieuse serait de savoir si, dans ces cas de dislocation, la capsule peut aussi être entraînée, ou si elle doit nécessairement livrer passage au cristallin. On a mis en doute la possibilité d'une locomotion de la capsule ; toutefois, ayant extrait de la chambre antérieure un cristallin qui y avait passé, je le trouvai crétacé et renfermé dans sa capsule, et d'ailleurs des expériences sur le cadavre en montrent aussi la possibilité.

Quant à ce qui concerne les sexes, la cataracte est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes : sur 630 cas, je compte 356 hommes et 274 femmes (100 : 76), tandis que, d'après les documents de Fabini, le rapport serait de 100 à 86, et d'après celles de Jaeger, de 100 à 63; nos résultats additionnés donnent, sur 1,888 cataractés, 1,089 hommes et 793 femmes, soit 100 : 73. Mais quant aux causes de cette différence, je n'en connais qu'une de prouvée, c'est la plus grande fréquence du marasme sénile chez l'homme que chez la femme, fait que je puis garantir d'après des observations suivies, sans que je sois toutefois en état de l'établir par la méthode numérique.

On sait que la cataracte se développe surtout dans un âge avancé; c'est ce que nous prouvera le tableau suivant, auquel nous avons joint comme point de comparaison les âges de 2,373 cas d'affections oculaires :

AGES.	Maladies des yeux en général.	Cataractes.	Phacomalacie.	Phacosclérome	Somme.
1 à 10	265	25	10	—	10
11 à 20	511	44	18	—	18
21 à 30	544	50	17	—	17
31 à 40	390	65	15	3	18
41 à 50	238	112	6	69	75
51 à 60	221	150	3	98	101
61 à 70	144	132	—	43	43
71 à 80	60	46 }	—	10	10
81 à 100	60	6 }			

Tandis que les maladies des yeux, en général, vont en augmentant jusqu'à l'âge de 21 à 30 ans, où elles atteignent leur maximum, nous ne voyons qu'une légère augmentation des cataractes jusqu'à 40 ans, et de cette époque jusqu'à 70 ans, cette maladie suit une progression telle, que nous trouvons alors 77 p. 100 de tous les cas observés. Wenzel et Sanson disent aussi combien cette affection est plus fréquente depuis 40 ans ; Jaeger et Fabini trouvent son maximum de fréquence de 60 à 70 ans, avec une légère diminution dans la dizaine suivante ; Andrew affirme que les deux tiers des cataractes s'observent chez les gens qui ont plus de 50 ans, et Fabini montre, par son tableau comparatif, qu'en effet 76 p. 100 des cataractés ont dépassé cet âge, tandis que je n'en trouve, d'après mes observations, qu'un peu plus de la moitié, soit 53 p. 100.

Il est donc prouvé par ces faits que c'est surtout à un âge avancé que se forme la cataracte; mais un résultat qui est encore bien plus surprenant, c'est que les deux formes par excellence de cette affection se répartissent assez exactement d'après les âges. En effet, on peut voir par la seconde partie du tableau ci-dessus que la phacomalacie, ou cataracte molle, se montre essentiellement pendant la jeunesse, devient de plus en plus rare de 40 à 60 ans, et ne se développe plus chez les vieillards, tandis que ceux-ci sont sujets au phacosclérome, ou cataracte dure, que je n'ai jamais vue avant la trente-quatrième année, et dont on peut aussi voir la marche par ce tableau.

On comprendra, en voyant de pareils résultats, que les recherches sur les causes de la cataracte des vieillards n'ont trait qu'au phacosclérome. Si, comme je le crois, il est hors doute que ce dernier ne se montre jamais que dans une période avancée de la vie, il nous reste à rechercher quel est le rapport qui peut exister entre cet état du cristallin et l'involution sénile, et si le grand âge seul produit cette forme de la cataracte, ou si elle est aussi influencée par d'autres causes concomitantes. Malheureusement c'est là une question sur laquelle les ophthalmologistes sont loin de s'entendre. Les uns prétendent que la cataracte ne se développe chez les vieillards que s'ils ont fatigué outre mesure leurs yeux pendant leurs jeunes années, ou qu'ils ont été affaiblis par certaines maladies, s'appuyant dans leur opinion sur le fait qu'on ne trouve parfois la moindre trace d'opacité du cristallin chez les personnes les plus âgées. D'autres restreignent au plus haut point l'existence des cataractes séniles, sans pourtant la nier complétement; tel, par exemple, Carron du Villards, et sans doute aussi Ruete, qui, sur 100 cataractés chez lesquels il recherche les causes de cette affection, n'indique que chez un seul son âge avancé comme élément étiologique. Pour arriver à des preuves sur la question de savoir si les maladies antérieures ou concomitantes ont une influence directe sur la formation de la cataracte des vieillards, ou ne peuvent que développer plus ou moins vite le marasme sénile, il faut chercher son recours dans les autopsies; nous en avons fait un grand nombre dans ce but, et sommes arrivé à des résultats que nous formulons comme suit :

1° Le phacosclérome est l'expression du marasme de tout l'organisme, n'est jamais isolé, mais est au contraire toujours accompagné de l'involution d'autres organes, spécialement du cerveau, des poumons, du foie, de la rate, des membranes, des artères et des cartilages.

2° Ainsi que l'involution sénile, le marasme du cristallin est un état physiologique et non une altération pathologique.

3° C'est surtout pendant la vieillesse que le marasme du cristallin se développe ; toutefois, il peut se montrer plus tôt, déjà dès la trente-quatrième année, d'après une de nos observations ; tandis que dans d'autres cas il ne se développe pas complétement, même à l'âge avancé de 80 et 90 ans.

4° La cause de ce dernier fait est que la vie normale de l'homme est évidemment beaucoup plus longue que la durée atteinte généralement par notre génération : avec un genre de vie convenable et des prédispositions favorables, l'homme peut atteindre l'âge de 120 ans et plus, ce que prouvent des exemples plus fréquents anciennement, isolés aujourd'hui. On ne peut donc voir qu'une preuve bien caractérisée de faiblesse, si la plupart d'entre nous présentent, de 60 à 70 ans, des signes d'involution sénile ; et, en effet, les personnes dont la vie a eu un développement normal ou peu accéléré seulement ne montrent encore de nos jours aucune trace de marasme, même à l'âge de 60 à 80 ans.

5° Si le marasme du cristallin se montre quelquefois à une période de la vie où l'involution sénile n'est pas ordinaire, par exemple de 34 à 50 ans, cela ne peut tenir qu'à une involution beaucoup trop hâtée, qui se trahit par un marasme très développé dans tout l'organisme.

6° Les causes du marasme du cristallin n'agissent point sur cet organe seulement, mais sont en général celles qui raccourcissent la vie normale en hâtant le développement : aussi ne pouvons-nous attribuer aucune influence à des causes locales, puisque jusqu'ici nous n'avons jamais observé le phacosclérome sans marasme développé dans d'autres organes. On peut, à beaucoup plus forte raison, admettre que des maladies consomptives, et plus souvent encore l'abus de la vie, accélèrent le développement du marasme général et de celui du cristallin en particulier ; toutefois il est nécessaire pour cela que plusieurs de ces causes agissent simultanément et longuement. En effet, la fièvre typhoïde ne développe guère de marasme chez des individus d'ailleurs robustes ; ce n'est pas davantage le cas de l'affection tuberculeuse ou d'autres maladies. Les excès de toute nature, les travaux intellectuels, les chagrins doivent affaiblir pendant longtemps l'organisme avant de causer le marasme.

(Deux nécropsies relatées avec beaucoup de détails et suivies de réflexions viennent appuyer ces assertions de l'auteur ; le développement que le traducteur a donné à cette partie de son extrait lui fait penser qu'il peut se dispenser de les reproduire ici, vu qu'elles allongeraient outre mesure cette partie du mémoire.)

Mais si des maladies ne peuvent produire directement le phacosclérome, en est-il de même quant à la phacomalacie ? La plupart des oculistes indiquent les *dyscrasies* et *cachexies* comme la cause la plus importante de la formation de cataractes, et l'on cite spécialement les tubercules, l'herpès, les hémorrhoïdes, le rhumatisme, la goutte, la syphilis, les scrofules, la plique polonaise, le diabète sucré, la répercussion d'éruptions cutanées, celle de transpirations habituelles ou d'ulcères, les refroidissements, les congestions à la tête, la stase abdominale, le scorbut, le cancer, l'épilepsie et les convulsions. Il faut avouer que jusqu'ici ces indications ne reposent ni sur l'anatomie pathologique, ni sur des recherches statistiques, mais que ce sont au contraire souvent des paradoxes introduits dans la science par des auteurs dont la mémoire avait conservé telle ou telle coïncidence, ordinairement fortuite, ne l'eussent-ils observée qu'une seule fois. Sans prétendre pouvoir amener à une solution complète aucune de ces questions, je crois qu'il est de mon devoir d'indiquer tout ce qui pourra ser-

---

son de son emploi peu généralisé jusqu'à présent, la cinchonine pourrait dans les pharmacies se donner à un prix de moitié moindre que celui de la quinine, M. Briquet conclut qu'il y aurait avantage sous le rapport économique à employer cette substance, et qu'il n'y aurait aucun inconvénient pour les malades, puisque l'action excitante locale et l'amertume y sont moindres que dans les sels de quinine.

Reste la quinoïdine, qui constitue en quelque sorte le marc des eaux mères desquelles on extrait la quinine, et qui est un composé assez complexe dans lequel on trouve de la quinine, de la cinchonine et des matières extractives en quantité variable. Son action est la même que celle de la quinine, moitié moins forte que celle du bisulfate et plus irritante pour les voies digestives.

Enfin, la quinidine, que plusieurs chimistes distingués prétendent n'être qu'une forme de la quinine contenant un atome de plus d'eau, et que M. Briquet n'a pu se procurer, tant elle est rare, et la cinchonicine, qui paraît être à bien peu près identique à la cinchonine.

Deux mots avant de terminer sur l'ensemble de l'œuvre remarquable que nous venons d'analyser.

A chaque page, à chaque ligne se révèle le praticien habile et expérimenté, le savant rompu à l'observation, auquel rien d'essentiel n'échappe dans l'étude si complexe et si minutieuse de l'homme malade.

Mais il nous semble que M. Briquet a donné peut-être un peu trop de développement à ce qu'il appelle la partie physiologique de son livre. Pour ceux qui connaissent la véracité de l'auteur, les résultats qu'il annonce avoir obtenus dans ses expériences sur les animaux n'auraient rien perdu de leur valeur si le nombre de ces expériences rapportées en détail eût été un peu moins considérable.

Et puis, l'avouerons-nous? il nous semble que M. Briquet a peut-être un peu plus de tendance qu'il ne faudrait à conclure des expérimentations sur l'homme et l'animal sains à ce qui doit se passer chez l'homme malade dont les conditions sont si différentes. Si nous faisons ce petit reproche à l'auteur, qui, nous en sommes certain, nous le pardonnera volontiers, c'est surtout parce que nous craignons que d'autres, moins instruits en pathologie, moins habiles cliniciens, ne s'appuient de son exemple et de l'autorité de son nom pour poursuivre dans le même sens des recherches analogues sur d'autres médicaments, recherches qui, poussées à l'exagération et non contenues par une sobriété d'inductions égale à la sienne, pourraient produire de funestes résultats. Non pas, nous le répétons, que nous condamnions ces recherches ; elles permettent seules de faire l'histoire complète d'une substance médicamenteuse donnée, et peut-être mèneront-elles à la connaissance de faits importants qui ne sont pas même soupçonnés encore. Mais que M. Briquet signale à ses élèves, à ses imitateurs le danger qui les menaceraient s'ils ne partageaient pas sa prudence et sa réserve sur une pente aussi périlleuse.

En résumé, le *Traité thérapeutique du quinquina* est un des meilleurs livres et des plus utiles qui aient été publiés depui longtemps. Il restera comme un des titres les plus sérieux de M. Briquet à l'estime et à la reconnaissance du monde médical.

Dr A. FOUCART.

vir de matériaux dans ce but. Rappelons d'abord que la phacomalacie est souvent la suite d'une inflammation locale, et que dans ces cas il ne saurait être question de dyscrasie ; en effet, qu'à la suite d'une altération du sang il se développe une choroïdite, et seulement consécutivement une opacité du cristallin, et l'on pourra parler de l'influence de cette crase sur la maladie de la choroïde, mais non sur le développement de la cataracte, sur lequel elle n'a aucune influence directe. Ce n'est que lorsque l'altération du système cristallinien est l'affection unique, primitive, ou du moins principale, que ce rapprochement étiologique doit être établi ; aussi nous nous bornerons à examiner quelques-uns de ces derniers cas.

Benedict s'est beaucoup prononcé au sujet de l'influence de la *dyscrasie cancéreuse* sur le développement de la cataracte, et regarde le fait qu'un individu affecté de cancer ne présente pas d'opacité du cristallin comme une rare exception qui ne se trouverait que lorsque les tumeurs squirrheuses sont éloignées de la tête, et même pas dans tous les cas ; tandis que plus cette affection est localisée dans le voisinage de la tête, plus la cataracte serait certaine, au point de ne jamais manquer dans les cancers des lèvres, des paupières, etc. Toutefois, Benedict n'a jamais vu le fongus médullaire coïncider avec la cataracte. Rendu attentif sur ce point par la lecture de cet ouvrage, j'ai examiné depuis 1845 tous les cas de cancer que j'ai rencontrés, et n'ai vu que 3 cataractes sur au moins 300 malades du grand hôpital de Prague. De 21 cas qui se sont trouvés dans la division confiée à mes soins, pas un ne présentait d'opacité du cristallin, quoiqu'il y eût sur ce nombre 2 cas de sarcome de l'orbite, 2 de carcinome des paupières, 1 cancer du nez, 1 carcinome des joues, etc. Dans un cas soumis à mon observation, il n'y avait de cataracte qu'à un œil, et cela après huit années de durée d'une affection cancéreuse du nez qui s'étendait jusqu'à la joue ; encore le malade avait-il dépassé sa cinquantième année et présentait-il déjà quelques signes visibles d'un commencement de marasme. Un autre homme, âgé de soixante-dix ans, et affecté depuis deux ans d'un cancer des mêmes régions, n'avait pas la moindre trace d'opacité du cristallin.

En thèse générale, on ne peut rien dire contre ceux qui admettent que la dyscrasie cancéreuse puisse produire la cataracte. Quand cette altération est accompagnée d'albuminose et d'un état graisseux du sang, qu'elle a comme conséquence un marasme de la masse du sang, l'hydrémie et l'anémie ; que la localisation dans les organes importants, tels que l'estomac, trouble la nutrition générale, il est clair que celle du cristallin doit également l'être. Mais le changement que subit cet organe est-il toujours appréciable, produit-il nécessairement une cataracte? Ces données, admises par Benedict, sont réfutées par nos observations. Quand cet auteur admet que la cataracte accompagne le squirrhe, mais jamais le fongus médullaire, il émet une assertion à laquelle on peut d'autant moins se fier, que toutes les variétés du cancer ne sont que des formes d'une même affection, et sont souvent combinées chez un même individu. D'ailleurs le professeur de Breslau a négligé de nous donner aucun renseignement sur l'âge, le genre de vie, les maladies concomitantes, etc., de ses cancéreux affectés de cataracte. L'autopsie d'un individu mort dans le service du professeur Hamernik vient montrer qu'à côté d'un marasme général, et de celui du cristallin en particulier, peut se rencontrer une ulcération cancéreuse (elle existait à la courbure iliaque) sans qu'on puisse, à cause de cette simple coïncidence, admettre aucun rapport de causalité entre cette dernière affection et l'opacité du cristallin. Les deux cas que j'ai observés en 1846 avaient trait à des individus fort âgés, et chez eux aussi la cataracte était probablement due au marasme et non à la dyscrasie cancéreuse. Ainsi, la plupart des observations de cataractes chez des cancéreux nous paraissent propres à établir, tant par la rareté de cette combinaison, que l'influence essentielle d'autres causes, qu'il n'y a pas de rapport étiologique entre cette dyscrasie et la cataracte.

Il en est tout à fait de même des *tubercules*, dont Walther et d'autres auteurs ont cité l'influence sur le développement de l'affection qui nous occupe. Des recherches spéciales, attentives et nombreuses, ne m'ont encore montré que 5 cas de cataractes chez des individus portant des tubercules bien développés, abstraction faite des faits où il n'y a que des tubercules isolés et peu développés, et de ceux où l'autopsie ne constata que quelques anciens tubercules cicatrisés, l'affection n'étant alors pas assez développée, ou n'ayant pas atteint un degré suffisant de hauteur pour avoir une influence marquée sur la nutrition. Le dernier cas de cette coïncidence que j'ai vu se présenta chez une femme âgée de trente-six ans, dont les deux poumons présentaient des cavernes, et qui n'offrit aucune autre altération morbide qu'une phacomalacie presque complète de l'œil droit. Mais ici on est obligé d'admettre l'existence d'une autre cause, sur laquelle la nécropsie n'apprit rien, et qui avait amené la formation de la cataracte de cet œil, puisque, malgré les tubercules, le cristallin gauche était complétement sain. Si l'affection tuberculeuse, en tant que constitutionnelle, pouvait produire la cataracte, celle-ci devrait se présenter dans tous les cas où cette affection est développée, et surtout, quand elle se montre, exister aux deux cristallins, ainsi que cela a lieu dans le marasme général. Quoi qu'il en soit, et même en faisant abstraction de mes réflexions critiques, il ne resterait pas moins vrai que cette coïncidence est très rare, puisqu'elle ne se montrerait, d'après un calcul approximatif, que dans 1/2 pour 100 des cas de tubercules.

Il va sans dire que ce que nous venons de dire s'applique à plus forte raison encore aux *scrofules*; et ici nous nous rencontrons avec Benedict, qui fait remarquer quel serait sans cela le nombre des cataractés dans un siècle qui produit tant de scrofuleux.

Benedict nie également, et avec raison, l'influence de la *syphilis*, admise par Walther, Andrew et d'autres auteurs, et ne voit là qu'une simple coïncidence, faisant d'ailleurs remarquer que les dépôts observés sur la cristalloïde après des iritis syphilitiques ne sont pas de vrais cataractes, mais de fausses membranes (pseudoplasmas) de l'iris. Je ne saurais de mon côté citer aucun cas où l'on puisse admettre quelque rapport de causalité entre la syphilis et la cataracte.

L'influence de la *répercussion* d'éruptions cutanées, spécialement de l'herpès, de sueurs habituelles, d'ulcères, de la plique polonaise, est également indiquée avec beaucoup de soin dans l'étiologie de la cataracte. Mais les observations qu'on a publiées demandent un examen plus attentif que celui qu'on leur a accordé. Benedict cite une dame qui, s'étant fait couper sa chevelure sur laquelle existait une plique, eut en peu de temps une cataracte complète d'un œil et une commençante à l'autre. Mais cette personne, qui avait soixante-quatorze ans, et avait passé par beaucoup de soucis et de chagrins, était évidemment dans le marasme. Le fait suivant, que j'ai eu l'occasion d'observer, mérite ici une relation particulière. Un journalier juif, âgé de vingt-neuf ans, avait eu depuis son enfance une teigne qu'on n'avait pu guérir qu'incomplétement au moyen d'un emplâtre de poix. Il ne se rappelait pas avoir jamais eu d'autre maladie jusqu'à sa vingt-quatrième année, pendant laquelle il fut atteint d'une fièvre typhoïde, durant la convalescence de laquelle la vue de ses deux yeux s'affaiblit à tel point, qu'à l'âge de vingt-cinq ans il ne pouvait plus qu'apercevoir la lumière. L'année suivante une pierre vint le frapper à la région orbitaire gauche : l'œil de ce côté devint rouge et douloureux, et toute trace de vision en disparut. Or, cet œil présentait un cristallin atrophié et pierreux, avec amaurose et paralysie de l'iris, et le droit une phacomalacie qui permettait encore au malade de percevoir la lumière. Où trouver dans ce cas la cause des cataractes?

Quelle avait été l'influence de la répercussion de la teigne, celle de la fièvre typhoïde et celle de la lésion traumatique de la région oculaire gauche? Rien ne peut même nous apprendre si l'opacité du système cristallin se développa avant ou après l'amblyopie. En un mot, cette observation est bien propre à montrer de quelles difficultés est souvent entourée la recherche des conditions étiologiques de la phacomalacie.

On parle aussi de l'*épilepsie* et des *convulsions* comme causes de cataractes. Dans certains cas, cette influence pourrait en partie s'expliquer mécaniquement si l'on pouvait prouver que, par l'ébranlement produit sur le corps par une affection convulsive, le cristallin s'était luxé. Mais si tel n'est pas le cas, on se demande si ces affections peuvent, en tant que maladies nerveuses, occasionner l'opacité du cristallin.

Dans ce but, il serait nécessaire d'analyser exactement chaque cas isolé de cette nature, et c'est pour cela que je donne avec quelques détails la relation d'une observation de cataracte coïncidant avec une épilepsie.

Une journalière, âgée de soixante ans, qui souffrait depuis plusieurs années d'accès épileptiques renouvelés jusqu'à deux ou trois fois par jour, présentait deux cataractes développées : l'opération pratiquée sur le premier œil eut d'heureux résultats; celle du second eut lieu le 13 août 1850, fut plus longue, mais ne présenta aucune réaction de la part de l'œil; en revanche, les accès d'épilepsie devinrent de plus en plus fréquents, et la malade mourut le 16 septembre.

L'autopsie démontra un marasme des poumons, du foie, de la rate et un phacosclérome des deux yeux (l'opération avait eu lieu avec une aiguille) ; il y avait à l'os pariétal gauche une dépression arrondie d'un demi-pouce de diamètre, suite évidente d'une fracture causée par une chute ou par un coup; le cerveau et la moelle épinière ne présentaient d'ailleurs aucune altération visible. Faute d'autres résultats anatomico-pathologiques, faut-il attribuer à cette dépression l'existence de cette épilepsie et à celle-ci la présence des cataractes? Nous croyons pouvoir répondre négativement à cette dernière question, vu l'état de marasme de l'organisme; toutefois, on ne peut nier que l'épilepsie qui durait depuis deux années n'ait pu hâter le développement de l'involution sénile, et par là même, mais seulement secondairement et accidentellement, celle des phacoscléromes.

En effet, ce n'est pas en tant qu'affection nerveuse que l'épilepsie a hâté le marasme sénile, mais bien par ces accès symptomatiques souvent répétés et dont la fréquence pourrait peut-être s'expliquer par l'excitation continue de l'impression observée au crâne.

On a déjà publié plusieurs cas de combinaison du *diabète sucré* (glucosurie) avec la cataracte; Mackenzie en a vu 3, Benedict 2, Unger 1 et Berndt 2; j'ai observé deux fois ce fait sur des femmes à l'hôpital général de Prague. Chez l'une, âgée d'environ vingt-huit ans, ce n'est qu'après un séjour de plusieurs semaines à l'hôpital que la cataracte se développa; le 16 octobre, jour où je la vis, cette altération des cristallins était complète à l'œil droit (phacomalacie), mais assez peu développée à gauche pour que la malade fût encore en état de se guider seule.

L'autre malade, âgée d'environ vingt-six ans, était affectée de diabète depuis deux ans et de cataracte aux deux yeux depuis trois mois; elle mourut au milieu de convulsions, et l'autopsie montra de l'ascite et de l'anasarque, un hydrothorax à gauche, de l'œdème des poumons, l'atrophie rouge du foie et de l'hypérémie des reins: cette observation a d'ailleurs été publiée par le docteur Finger.

Il y aurait donc, à ma connaissance, 10 cas de coïncidence entre le diabète et la cataracte, et ce nombre dans une affection aussi rare ne peut pas, ainsi que le fait observer Benedict, être regardé comme peu considérable : d'ailleurs, dans les deux observations que nous venons de citer, l'âge des malades, qui n'était point dans les limites du marasme, le caractère des cataractes (phacomalacie) et leur développement sur les deux yeux suffiraient déjà pour faire penser à une cause constitutionnelle. On pourrait donc admettre raisonnablement que cette affection, sur la nature de laquelle on n'est pas plus d'accord que sur ses rapports avec l'organisme (questions qui ne peuvent nous occuper ici), mais dont le principal symptôme consiste dans une altération particulière de la sécrétion des urines, que cette affection, dis-je, exerce sur l'état chimique du cristallin une influence directe qui en amènerait le ramollissement et la décomposition histologique.

Au reste, on ne peut méconnaître l'influence qu'exercent sur l'œil les affections accompagnées d'*altérations dans la sécrétion des urines*, fait qui mérite toute notre attention.

L'*albuminurie* et l'*urémie* sont souvent accompagnées de troubles de la vision, ainsi que je l'ai observé de mon côté; cependant ce n'est pas de cataracte qu'il est question chez les auteurs, et je ne l'ai jamais observée non plus dans les cas aigus de cette maladie : toutefois, à l'autopsie d'une femme qui avait eu une maladie de Bright chronique, je trouvai une double phacomalacie développée à l'œil droit et commençante à gauche : ce cas ne suffit sans doute pas pour prouver la liaison de l'albuminurie et de la cataracte, d'autant plus qu'il y avait aussi chez cette personne une hypertrophie de la moitié gauche du cœur et une insuffisance des valvules bicuspidales; en tout cas, la cataracte était ici l'expression d'un mal constitutionnel; elle existait aux deux yeux, et l'influence du diabète sur la production de cataractes me ferait pencher pour attribuer celle-ci plutôt à l'affection des reins qu'à celle du cœur.

Nous pouvons pourtant d'autant moins garantir cette explication étiologique de ce cas que nous avons vu chez un chapelain vigoureux, âgé de trente-six ans, la cataracte combinée avec un vice organique du cœur, seule autre affection qu'on eût pu diagnostiquer pendant la vie de ce malade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le comité secret qui a eu lieu mardi dernier, après la séance publique de l'Académie de médecine, a eu pour but la lecture et la discussion du rapport de la commission chargée de présenter deux candidats à deux places vacantes parmi les membres associés libres.

La commission a proposé M. Davenne, directeur de l'assistance publique, en remplacement de M. Benjamin-Delessert, et M. Milne-Edwards, en remplacement de M. Gay-Lussac.

La nomination aura lieu dans la prochaine séance.

— La Société d'hydrologie médicale tiendra sa première séance, à la Faculté de médecine, le vendredi 27 janvier, et les suivantes le quatrième vendredi de chaque mois.

— L'Institut médical de Valence (Espagne), dans sa séance du 19 décembre dernier, a nommé membre correspondant M. Magne, médecin oculiste des crèches du département de la Seine, auteur de nombreux travaux sur les maladies des yeux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Œuvres complètes d'Hippocrate. Traduction nouvelle, avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits de toutes les éditions, accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques, suivie d'une table générale des matières, par E. Littré, de l'Institut (Académie des inscriptions et belles-lettres). Tome VIII. In-8° de 700 pages. Prix : 10 fr. — Ce volume comprend : Maladies des femmes; maladies des femmes stériles; maladies des jeunes filles; de la superfétation; de l'excision du fœtus; de l'anatomie; de la dentition; des glandes; des chairs; des semaines. — Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris, par M. Louis Fleury, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — Ce Cours est publié par livraisons de huit feuilles chacune imprimées en petit-texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'*un fort demi-volume* in-8°, est fixé à 2 francs.

La *cinquième livraison*, qui complète le 1er volume, vient de paraître. Elle traite des vêtements, des cosmétiques, des bains et diverses applications extérieures de l'eau, de la contagion parasitaire, et est terminée par un appendice renfermant les lois et ordonnances concernant les matières traitées dans le volume.

Cours de Physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris par P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et des Écoles secondaires de médecine de France, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'Honneur, etc. — Les livraisons 28 et 29, qui complètent le tome IIIe, viennent de paraître. Prix de chaque livraison : 1 fr.

Le Gérant.

Paris, — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 7. — MARDI 17 JANVIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 7. — MARDI 17 JANVIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

MALADIES DES ENFANTS.

De l'emphysème pulmonaire suivi d'emphysème sous-cutané général chez les enfants.

L'emphysème pulmonaire est, comme lésion matérielle, une des plus fréquentes parmi celles qu'on observe chez les enfants. C'est la complication organique, ordinaire, nécessaire même de toutes les maladies aiguës des organes respiratoires. Elle est la conséquence de ces maladies, et on l'observe à des degrés divers dans la bronchite, la pneumonie, la coqueluche, la phthisie aiguë, etc. L'emphysème pulmonaire n'est donc plus chez les enfants qu'*un effet*, qui par lui-même peut être à son tour la cause d'accidents ultérieurs graves. C'est ainsi que dans notre science tout s'enchaîne, et que d'une cause primitive unique peuvent résulter des effets surajoutés les uns aux autres qui occasionnent les états morbides les plus complexes.

Chez les enfants, l'emphysème pulmonaire n'est qu'une lésion organique n'ayant pas de symptômes particuliers ; il diffère en cela de l'emphysème pulmonaire des adultes, qui est accompagné de phénomènes spéciaux caractéristiques. Cette même lésion, étudiée aux différents âges, n'a plus rien de semblable que le nom qui sert à la désigner. Chez les enfants, nul symptôme ne la révèle, tandis que chez l'adulte, la dyspnée, la toux, la suffocation et les phénomènes de l'asthme l'accompagnent toujours. Il ne faut donc pas, au point de vue clinique et pratique, rapprocher l'emphysème pulmonaire des adultes de l'emphysème pulmonaire des enfants, car il existe dans un cas des phénomènes dynamiques qu'on ne retrouve jamais dans l'autre.

Chez les enfants, l'emphysème est *vésiculaire* et *interlobulaire*. Dans le premier cas, les cellules aériennes sont manifestement dilatées sur une partie des poumons, et elles offrent une grande différence avec les cellules saines dont le diamètre est resté naturel. Dans le second cas, l'air a produit la rupture du poumon et s'est infiltré entre les lobules, qui sont séparés les uns des autres et décollés comme le sont les poumons de bœuf fortement insufflés dans nos abattoirs.

Jusqu'ici tout est connu et a été indiqué soit par nous, soit par d'autres pathologistes ; mais un fait récent, nouveau dans l'histoire de l'emphysème pulmonaire des enfants, c'est celui qui a été indiqué par plusieurs auteurs et qui établit la possibilité d'un emphysème général de tout le corps consécutivement à l'emphysème primitivement développé dans les poumons. Nous devons les faits de ce genre à MM. Vitali, Guillot, Roger, Penard, et enfin à M. Ozanam dans le mémoire qu'il vient de publier (1).

Voici ce qui arrive :

A la suite d'une maladie aiguë des poumons, après de violents efforts de toux ou dans un mouvement énergique des enfants, l'emphysème pulmonaire se produit, la rupture d'une ou de plusieurs cellules a lieu, et l'air décolle les lobules de manière à former l'emphysème interlobulaire. Puis, dans quelques cas rares, l'air arrive dans le tissu celluleux qui entoure les grosses bronches ou les gros troncs vasculaires, parvient à l'origine de la trachée, remonte le long de ce conduit jusqu'au cou sans déchirer la plèvre. Il passe ensuite derrière le larynx et le pharynx, pénètre sur les côtés du cou et dans les cavités maxillo-zygomatiques, soulève la peau des joues, et forme, comme le dit M. Ozanam après l'avoir vu, une tumeur lisse, arrondie, brillante et transparente, qui peut s'affaisser et reparaître alternativement.

Ce gonflement des joues peut être unique ou se montrer de chaque côté du visage ; il s'étend ensuite à la peau du thorax et des membres ; il cède sous la pression des doigts et laisse percevoir une crépitation fine caractéristique, qui est celle de la crépitation de l'emphysème sous-cutané.

Chez d'autres malades, M. Ozanam a vu l'air infiltré à la racine des bronches prendre une direction autre que celle du cou, et passer du médiastin postérieur sous la plèvre pariétale, qu'il décolle dans une plus ou moins grande étendue ; là il comprime le poumon, et donne lieu à une résonance très grande de la poitrine, comme dans le pneumo-thorax, sans perforation de la plèvre. M. Guillot a observé trois faits de ce genre.

Quand l'emphysème pulmonaire s'est ainsi généralisé à la surface du corps, et s'est étendu au tronc, aux membres et à la tête, le corps est comme soufflé, tendu et crépitant sur toute sa surface.

La mort est la conséquence la plus ordinaire de cette complication et de cet effet de l'emphysème pulmonaire, mais ce n'en est pas le résultat inévitable. On ne saurait prévoir d'avance la terminaison des faits de ce genre. Le point de départ, caché dans la poitrine, est inappréciable, et jette un élément inconnu dans le pronostic. Toutefois, malgré les difficultés, les observations rapportées par M. Ozanam prouvent que plusieurs enfants ont guéri, et il faut en conséquence tout essayer pour favoriser une si heureuse terminaison.

On doit avant toute chose s'occuper de la maladie qui a déterminé la rupture pulmonaire, l'emphysème des poumons, et consécutivement l'emphysème sous-cutané général. Ordinairement il s'agit de bronchite, de coqueluche ou de pneumonie qu'il faut combattre par les moyens spéciaux appropriés. Ici seulement l'indication consiste à diminuer la toux et à modérer l'agitation pour empêcher les grands efforts respiratoires, et par conséquent diminuer d'autant le passage de l'air au dehors. L'opium à dose progressive, la belladone, la thridace doivent être employés à cet effet.

Si l'emphysème sous-cutané est peu considérable, il faut l'abandonner aux soins de la nature, car l'air ne tarde pas à disparaître sous l'influence de l'absorption intérieure. On pourrait d'ailleurs favoriser la disparition par un bandage compressif, si le siége de l'épanchement permet cette application. Quand au contraire l'emphysème sous-cutané est très considérable, il faut donner issue à l'air infiltré dans le tissu cellulaire. Pour cela, il suffit de faire d'étroites piqûres à la peau avec la lancette, un trocart capillaire ou une aiguille à acupuncture introduite obliquement sous la peau dans une étendue de quelques centimètres. Il faut faire plusieurs ponctions sur des points différents, notamment sur les principaux foyers d'infiltration. On peut ensuite aider à la sortie de l'air par de douces frictions sur la peau, par la succion, ou au moyen de petites ventouses.

Dans le cas où l'air a passé sous la plèvre costale de manière à former un emphysème *costo-pleural*, une fois que le diagnostic est sûrement établi, nous pensons avec M. Ozanam qu'il faut faire la thoracentèse avec un trocart capillaire, et aspirer l'air du foyer avec la bouche s'il ne sortait pas spontanément. Il est inutile de dire ici que cette opération doit être faite, selon les règles ordinaires, au niveau de l'épanchement d'air et sur le bord supérieur d'une côte, afin d'éviter les vaisseaux de l'espace intercostal correspondant.

E. BOUCHUT,
Médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite, agrégé de la Faculté.

(1) ARCHIVES DE MÉDECINE, 1854, p. 31.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

Viciation du bassin. Induration du col de l'utérus. Présentation de l'épaule. Débridement du col. Version. Détroncation. Céphalotripsie.

Dans les salles de M. Paul Dubois était couchée il y a quelques jours une femme dont l'accouchement a présenté des particularités fort remarquables. Cette femme, qui portait des traces très marquées de rachitisme, avait un bassin excessivement vicié, rétréci. Elle se présenta à la Clinique en 1851 ; elle était enceinte pour la première fois, et la grossesse était parvenue à son terme régulier. Plusieurs applications de forceps furent faites sans succès ; on appliqua alors le céphalotribe et on fit l'extraction de l'enfant. Le rétablissement de la femme à la suite de cette grave opération fut assez rapide pour que M. Paul Dubois, cédant à ses instances, lui permît de sortir au moment de la fièvre de lait.

Il y a un mois, cette femme s'est présentée de nouveau à la Clinique ; elle était arrivée à la fin du huitième mois de sa grossesse ; et, dans l'espérance de donner naissance à un enfant vivant, elle venait solliciter les secours de l'art pour accoucher avant terme. On appliqua des douches avec persévérance ; trente et une furent employées avec toutes les conditions qui en assurent le succès. Des contractions utérines se développèrent bien ; mais jamais elles ne devinrent douloureuses et permanentes comme pour l'accouchement. Elles ne tardaient pas à cesser aussitôt que la douche était finie. C'était un exception ; car de tous les moyens employés pour provoquer l'accouchement avant terme, les douches sont le meilleur. Jusqu'ici, à la Clinique, elles avaient réussi toutes les fois qu'elles avaient été appliquées. On crut en reconnaître l'explication plausible dans le fait suivant : le premier accouchement avait donné lieu à une lacération, une contusion, une inflammation considérable du col utérin ; un tissu cicatriciel s'était formé autour

FEUILLETON.

DU DRAINAGE
considéré sous le point de vue hygiénique.

L'assistance publique a une tâche énorme à remplir envers les malheureux habitants des districts ruraux.
(MICHEL LÉVY, *Hygiène*, t. II, p. 598.)

Si l'on parcourt les plaines de la Beauce et des autres contrées dont le sous-sol est perméable à l'eau, on trouve des populations dont la stature élevée, le corps robuste et allègre annoncent la santé.

Si au contraire on voyage dans la Sologne, dans la Bresse ou dans les autres pays humides dont le sol n'absorbe pas l'eau, on voit que l'espèce humaine y est de petite taille et chétive. Le teint hâve des habitants, leur nonchalance démontrent d'ailleurs un état maladif.

De tout temps l'esprit des observateurs a reconnu l'influence des *circumfusa* sur la santé des hommes ; le traité *De aere, locis et aquis* du père de la médecine indique avec une naïveté antique quelles sont les circonstances naturelles qui doivent être recherchées, quelles sont celles qui doivent être évitées.

L'intelligence du médecin doit donc s'étendre à l'étude de toute la nature ; il ne lui suffit pas de rechercher l'action des choses qui frappent actuellement ses sens, il faut encore que son esprit scrutateur connaisse la composition du sol sur lequel repose la famille dont la santé lui a été confiée, et que sa sollicitude veille à ce que des influences pernicieuses ne viennent pas détruire les populations dont il a le salut entre les mains.

Il est démontré, d'après la carte géologique dressée par MM. Dufrénoy et Elie de Beaumont, que les deux tiers du sol de la France sont susceptibles d'être assainis ; soit environ trente-quatre millions d'hectares sur cinquante-deux.

Nous sommes porté, à penser, d'après nos propres calculs, que ces chiffres sont l'expression de la vérité, malgré qu'ils ne s'accordent pas avec ceux donnés par Arthur Young en 1788 dans le tome XVII de son *Voyage du cultivateur anglais en France*.

Plus de la moitié du sol français est donc incommodé par une humidité excessive. Il est vrai qu'elle n'agit pas partout au même degré, mais enfin elle tend à exercer son influence sur l'homme en raison directe de l'étendue du sol mouillé en excès, et aussi du peu d'épaisseur de la couche d'eau et de l'élévation de la température ; elle produit une détérioration plus ou moins profonde de l'économie, amène la décadence prématurée des facultés physiques, intellectuelles et morales ; le pays est malsain, la population lourde, peu intelligente, souvent minée par des fièvres, et par conséquent moins laborieuse.

Cependant il existe un moyen d'éloigner ces causes destructives de l'espèce humaine, et de rendre tous les hommes aussi robustes que ceux qui vivent sur un sol perméable : c'est le *drainage*. Le drainage, comme on sait, consiste à assainir les terres en favorisant l'écoulement des eaux par un travail souterrain qui y maintient seulement une humidité convenable et sans excès, en soutirant le reste. Par ce moyen, selon l'expression de M. Michel Lévy, l'hygiène renouvellera le prodige mythologique, en étouffant l'hydre à mille têtes qui décime les populations.

Voici, d'après M. Barral, les signes extérieurs auxquels on reconnaît qu'une terre a besoin d'être drainée :

« L'aspect du sol après les pluies ou pendant les grandes chaleurs, le mode de culture et la nature de la végétation sont des caractères très nets à l'aide desquels il est facile de reconnaître si un champ a besoin d'être drainé.

» Partout où quelques heures après une pluie on aperçoit de l'eau qui séjourne dans les sillons ;

» Partout où la terre est forte, grasse, où elle s'attache aux souliers, où le pied, soit des hommes, soit des chevaux, laisse après son passage des cavités où l'eau demeure comme dans de petites citernes ;

» Partout où le bétail ne peut pénétrer après un temps pluvieux sans enfoncer dans la boue ;

» Où le soleil forme sur la terre une croûte dure, légèrement fendillée, resserrant comme dans un étau les racines des plantes ;

» Où l'on voit les dépressions du terrain notablement plus humides que le reste des pièces de terre trois ou quatre jours après les pluies ;

» Où un bâton enfoncé dans le sol à une profondeur de 40 à 50 cen-

du col, qui avait perdu ses propriétés physiologiques, c'est-à-dire le pouvoir de communiquer au corps ses contractions; car tout le monde sait que les incitations produites artificiellement sur le col utérin réagissent sur le corps et en provoquent les contractions. C'est probablement ce qui s'est passé ici. Des contractions légères se sont bien montrées, mais la réaction de la partie inférieure de l'utérus sur la partie supérieure n'a pas été suffisante pour provoquer l'accouchement. Les douches ayant été insuffisantes, on eut d'abord la pensée d'avoir recours à l'éponge préparée; mais les difficultés de l'exécution étant presque insurmontables par suite de l'état du col, on dut y renoncer et on attendit la fin de la grossesse. Le 1er janvier 1854, le dimanche au soir, la femme fit une perte d'eau tout à coup; les membranes s'étaient rompues spontanément; elle crut qu'elle allait accoucher et entra alors à la Clinique. Les douleurs étaient assez fortes. Pendant la nuit, les contractions utérines furent presque nulles; on attendit alors pendant tout le lundi.

Le mardi matin on l'examina attentivement, et on reconnut à la place de l'orifice utérin normal un pertuis très étroit qu'on trouva difficilement, et seulement en introduisant une petite sonde qui, pénétrant dans la cavié utérine, fit voir qu'on avait rencontré l'orifice. Le col était tout à fait indistinct.

M. Dubois, glissant alors sur la sonde qui servait de conducteur un long bistouri boutonné et un peu courbe, fit quatre petites incisions : une à droite, une autre à gauche; l'une en avant et l'autre en arrière. Le pertuis devint un peu plus distinct, et on put y introduire le doigt.

A la viciation du bassin et à l'induration du col vint se joindre une autre difficulté, une présentation vicieuse; en pénétrant plus avant dans le pertuis, on crut reconnaître une main. Après avoir fait ces incisions, M. P. Dubois espérait que dans la journée les contractions utérines agrandiraient l'orifice; mais le soir, à cinq heures, il n'y avait presque rien de fait. Il songea alors à augmenter les incisions faites le matin, et agrandit l'orifice de manière à pouvoir y introduire trois doigts; il ne songea pas à le dilater violemment, car les souffrances qu'éprouvait la malheureuse femme étaient très intenses.

Le jour suivant, mercredi matin, l'ouverture s'était agrandie assez pour pouvoir espérer que la main s'introduirait sans violence; on pensa qu'il serait possible de terminer l'accouchement. On put constater la présence d'un bras; on prit alors de suite le parti de terminer l'accouchement par une version. Comme les douleurs étaient très vives, la malade fut soumise à l'emploi du chloroforme; on ne l'endormit pas complétement, elle fut assoupie seulement et la sensibilité fut très atténuée. Pour faire la version, il fallait faire le choix de la main. La situation de l'enfant n'étant pas parfaitement connue, M. P. Dubois introduisit la main droite, sauf à la retirer, si ce n'était pas celle qu'il fallait employer; mais elle suffit. L'entrée de la main dans le vagin ne fut pas douloureuse; mais arrivée à l'orifice de l'utérus, la sensibilité fut éveillée et la femme cria un peu. On poursuivit l'introduction de la main jusqu'au fond de l'utérus, où on trouva la tête et un petit pied fléchi; l'épaule se présentait à l'orifice de l'utérus. M. P. Dubois plaça un doigt dans le creux du jarret et fit l'extraction des pieds. Le tronc suivit sans difficulté, et on fit dessus des tractions qu'on ne ménagea pas; l'enfant était mort depuis quelque temps déjà, l'épiderme s'enlevait par lambeaux. Du reste, on pensait bien qu'une détroncation devait être faite pour rendre la sortie de la tête plus facile. On essaya néanmoins, les bras étant sortis, de dégager la tête par des tractions; mais un craquement qui indiquait la séparation des articulations des vertèbres du cou se fit entendre. M. P. Dubois résolut de terminer de suite, et fit une détroncation au moyen de longs ciseaux courbes.

Restait la tête qu'il fallait extraire. Si on n'avait pas eu de céphalotribe, on aurait eu recours à un crochet mousse qu'on aurait introduit dans la bouche de l'enfant, et on aurait fait des tractions; mais c'est un mauvais moyen, car l'instrument aurait pu lâcher prise et blesser la mère. On aurait encore pu avoir recours à un crochet pointu qu'on aurait enfoncé dans la tête de l'enfant, et on aurait ensuite tiré; mais ce moyen est aussi dangereux. On avait un céphalotribe, ce qui est bien préférable. Son application a été très simple; on a fixé la tête de l'enfant et on lui a fait perdre une mobilité dangereuse en faisant presser par un aide sur le ventre de la mère. La partie du cou restée à la tête embarrassa un peu la main de M. P. Dubois par ses portions charnues quand il introduisit sa main pour conduire les branches du céphalotribe; mais il repoussa vers un côté ces fragments de peau, se fraya une voie et arriva vers les os. L'application des branches a été facile; seulement leur jonction a été un peu plus longue à cause du cordon ombilical qui s'était interposé. Puis serrant les manches du céphalotribe au moyen de la manivelle qui y est adaptée, on écrasa la tête; un liquide rougeâtre sortit par la fente faite aux os de la tête, c'était le cerveau réduit en bouillie par la compression; la tête fut ensuite amenée sans peine. La délivrance fut facile. Tout cela se fit pendant le sommeil artificiel de la malade.

Jusqu'ici il est impossible de trouver une opération obstétricale qui soit plus en rapport avec les intentions de l'opérateur. Pour les opérations chirurgicales, on peut calculer d'avance les difficultés; mais il n'en est pas de même pour les opérations obstétricales, parce qu'il y a là beaucoup d'inconnu. Ainsi, il aurait été possible que la contraction de l'utérus eût rendu très difficile et même impossible l'introduction de la main et la version. Malgré cela, l'opération a eu tous les résultats prévus et désirés. Il est très rare de trouver des conditions pareilles réunies; la viciation du bassin, l'altération du col, et enfin, une chose grave par elle-même, une présentation vicieuse du fœtus, sont trois redoutables conditions qui se sont présentées pour la première fois à ce degré dans la pratique de M. P. Dubois. Il a de la peine à croire que la femme puisse survivre à une pareille opération. Le lendemain, le pouls était fréquent, peu développé; le ventre douloureux à la pression; il y avait un malaise général. Il est donc à craindre que la femme ne succombe.

Aurait-on pu faire une opération césarienne? M. Paul Dubois pense que cette opération eût été plus grave encore; il ne se repent pas d'avoir préféré l'extraction de l'enfant par les voies naturelles, de manière à ménager des chances de plus à la mère.

On a attendu pour opérer du mardi au mercredi. N'aurait-on pas pu terminer l'accouchement le mardi soir? Non; car dans ces opérations il y a toujours une part qu'on doit laisser aux efforts naturels.

Après les premières incisions, on a attendu que le col se dilatât, car les contractions utérines dilatent souvent un col réputé indilatable. C'est pour la même raison qu'on a aussi attendu le soir, parce qu'il eût été dangereux de prolonger trop loin les incisions. Si le résultat est fâcheux, il ne faut pas incriminer le chirurgien, mais bien l'art. La temporisation pour les opérations obstétricales est absolument nécessaire. Un chirurgien faisant une opération la termine en une seule fois; il se croit obligé de la terminer quand il la commence. Pour les opérations obstétricales, la nature peut vous aider; il ne faut pas négliger cet auxiliaire. L'opération qui a été faite est une des plus graves et des plus difficiles qui se rencontrent en obstétrique.

L'enfant pesait 2,800 grammes sans le cerveau, qui avait été vidé pendant l'opération. C'était donc un enfant à terme. Le céphalotribe avait été appliqué facilement sur les côtés de la tête, dont le volume était réduit autant qu'il pouvait l'être.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Rupture de la matrice de l'ongle par l'ongle. — Ecchymose sous-unguéale.

La rupture de la matrice de l'ongle se produit le plus habituellement par l'action de causes qui tendent à arracher l'ongle; c'est la rupture par arrachement. Mais il est un autre mécanisme de rupture qui est fort peu connu, et sur lequel cependant il est facile de se faire des idées justes par une petite expérience que chacun peut répéter sur soi-même, et qui consiste en ceci : si, au moment où on exerce une pression sur la face dorsale de l'ongle du pouce ou du gros orteil, comme si l'on avait l'intention de le courber du côté de la face palmaire, on examine la peau très mince qui correspond au bord adhérent de l'ongle, on remarque que cette portion de tégument blanchit à chaque pression, se soulève un peu comme par un mouvement de bascule. Il suffit d'être témoin de ce phénomène pour comprendre à l'instant même que, si la pression exercée sur la face dorsale est plus forte et plus brusque, et si l'ongle présente la dureté qu'on lui voit acquérir chez certains individus, la peau, au lieu de se soulever et de se distendre simplement, peut se déchirer d'une manière complète de la profondeur vers la surface, ce dernier résultat n'ayant lieu que coïncidemment à une rupture de la matrice de l'ongle.

Il est encore une autre expérience qui prouve d'une manière directe la réalité de ce mécanisme de rupture. Prenez sur un cadavre un gros orteil pourvu d'un ongle dur et résistant, comme on est accoutumé d'en trouver chez beaucoup de malades des hôpitaux. Fixez cet orteil sur une table solide; assénez un coup de marteau sur la face dorsale de l'ongle, tout près de l'extrémité de son bord libre, et vous verrez la matrice unguéale se déchirer à la face dorsale, à très peu de distance de ce qu'on appelle la lunule.

Cette dernière expérience se répète pour ainsi dire journellement dans une foule de circonstances où un corps plus ou moins pesant vient s'abattre sur la face dorsale de l'ongle du pouce ou de celui du gros orteil.

Les effets de ce genre de violence sont variables. Tantôt le malade en est quitte pour une ecchymose qui s'étale sur la face dorsale et sur les côtés de la dernière phalange. Dans certains cas, la rupture de la matrice de l'ongle n'est pas complète, et l'on voit encore une pellicule presque exclusivement formée par l'épiderme, pellicule qui a du moins l'avantage de préserver la matrice unguéale d'une mise à nu fâcheuse. Enfin, dans certains cas la rupture est complète, et la racine de l'ongle vient apparaître au dehors.

Cette dernière circonstance a des inconvénients plus graves qu'on ne pense. En donnant accès aux causes d'irritation extérieure, elle ajoute un degré de plus à l'inflammation qu'entraîne de toute nécessité la rupture. La suppuration devient dès lors inévitable. Or la suppuration de la matrice unguéale est une affection très longue et très douloureuse, contre laquelle on ne saurait trop se mettre en garde. Ceci nous conduit à établir que, dans le cas où la rupture de la peau n'est pas complète, quel que soit le degré d'amincissement des téguments, on doit tout faire pour éviter que la rupture ne s'achève ultérieurement; on doit surtout éviter avec le plus grand soin cette pratique populaire qui, sous le prétexte de donner issue au sang épanché, ouvre la petite poche sanguine dont les parois sont encore la seule protection contre les atteintes extérieures.

Nous avons eu des exemples nombreux et remarquables à l'appui de la différence qui existe dans les suites ultérieures de la maladie, selon que la pellicule est respectée ou qu'elle ne l'est pas. Pour en rappeler sommairement quelques-uns, nous dirons que, dans un cas où le couvercle très pesant d'un pupitre avait produit le déchirure de la matrice de l'ongle sans rupture complète, le sang extravasé se résorba sans accident. Dans un autre cas, au contraire, et chez un pharmacien qui avait reçu un violent coup de pilon sur l'ongle du pouce, la poche ecchymotique ayant été ouverte mal à propos, une inflammation extrêmement violente s'empara de la matrice de l'ongle; il y eut fièvre, suppuration prolongée, engorgement des ganglions axillaires, etc.

Il est donc évident que le plus grand service à rendre aux malades en pareil cas consiste à protéger avec soin la pellicule dermo-épidermique quand elle existe, et à ne point extraire le sang qui forme le thrombus de la matrice unguéale. Telle est la règle qui sert de guide à M. Chassaignac dans le traitement de ce genre de lésions, qui mériterait à peine d'appeler l'attention, si la suppuration de la matrice de l'ongle ne devenait pas, dans certains cas, une cause de vives douleurs et de suppuration prolongée.

Le mode de traitement qui met le mieux à l'abri de tout accident, et qui a le mérite de pouvoir s'appliquer sans distinction à

---

timètres forme un trou qui ressemble à une sorte de puits au fond duquel l'eau stagnante s'aperçoit;

» Où la tradition a consacré comme avantageux l'usage de la culture en sillons;

» Là on peut affirmer que le drainage produira de bons effets. »

Nous avons dit que les deux tiers du sol de la France se trouvaient dans les conditions prévues par M. Barral; par conséquent la majeure partie des populations rurales est exposée à l'insalubrité la plus flagrante; l'habitation du paysan blesse le plus souvent toutes les lois de l'hygiène; il ne suffit pas qu'elle soit mal close et mal distribuée, bâtie trop près d'un sol presque toujours humide, qu'elle n'abrite point contre les chaleurs de l'été ni contre les rigueurs de l'hiver; il faut encore que les eaux stagnantes qu'un sol imperméable rotient à sa surface viennent lui causer des maladies.

Ces terres sont comme un pot de fleurs dont le fond ne serait pas percé : l'eau stagnante y donne lieu à un genre de décomposition qui fait naître des émanations toxiques.

Au printemps, elle ne peut se dégager que par l'évaporation; mais elle absorbe pour passer à l'état de vapeur une énorme quantité de calorique qu'elle rend latent. Les vents à cette époque tendent bien à dessécher la couche superficielle, mais l'eau souterraine remplace au fur et à mesure celle qui s'évapore; la perte du calorique continue, et l'homme, au lieu d'être vivifié par la lumière et l'influence des premiers beaux jours, se morfond et s'étiole, en attendant l'adynamie et les cachexies qui viennent ruiner sa constitution déjà délabrée.

Il ne suffit pas au médecin de chercher à guérir; il appartient au philanthrope et à l'hygiéniste de prévenir les maladies. Est-ce parce que les populations rurales acceptent tout sans résister et sans se plaindre que la science doit avoir les yeux fermés sur ce qui peut leur être utile? nous ne le pensons pas.

Etudions donc avec conscience les moyens de les affranchir des conséquences funestes de l'humidité.

Un relevé, extrait de l'*Annuaire du Bureau des longitudes* de 1832 par M. Arago, prouve que depuis 1400 les grands dessèchements et défrichements ont rendu les hivers moins longs et moins rigoureux.

Avant le seizième siècle, les trois quarts de la France actuelle avaient à subir trois mois de glaces et de neiges; mais depuis cette époque, selon l'expression de Mézerai, nos grands défrichements et dessèchements ont fait *flamber* la France.

Puis la loi sur les chemins vicinaux a rendu de grands services en détruisant une partie des fondrières et des stagnations qui infectaient les villages; les nivellements de ces travaux ont déjà produit des effets fort utiles; mais il reste encore beaucoup à faire, et nous pensons que l'on n'y arrivera qu'au moyen du *drainage*.

Si les observations que nous avons l'honneur de présenter ici ne devaient avoir pour but que la santé des hommes, peut-être n'oserions-nous pas les écrire, dans la crainte que notre voix restât sans écho. Mais l'expérience a déjà démontré en Angleterre, où les trois quarts des terres sont drainées, que par cette pratique la récolte est au moins augmentée d'un tiers; nous espérons donc que l'appât du gain fera ce que ne ferait pas sans doute l'amour seul de l'humanité, et poussera les populations à exécuter des travaux de drainage.

Nous invitons, dans l'intérêt de la salubrité, tous nos confrères bénévoles à se déclarer ouvertement les propagateurs et les défenseurs d'un système destiné à assurer à l'espèce humaine la santé et l'abondance.

A. Joux, d.-m.-p.

Voici la composition du bureau de la Société médico-pratique de Paris pour l'année 1854 :

MM. Dreyfus, président;
Aug. Mercier, vice-président;
Aubrun, secrétaire général;
Perrin, secrétaire annuel;
Compérat, archiviste;
Jannin, trésorier;
Bonnassies, secrétaire trésorier.

La Société rappelle le sujet de prix récemment proposé par elle :

« Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, » et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun » d'eux. »

Prix : médaille d'or de 300 fr.

Les mémoires manuscrits, écrits en français ou en latin, devront être adressés, avant le 31 décembre 1854, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville. *Le secrétaire*, Dr Perrin.

tous les cas d'ecchymose sous-unguéale avec rupture complète ou incomplète de la peau, consiste dans l'emploi de ce mode de pansement par occlusion qui a été qualifié de *pansement en cloche*. Voici comment on l'exécute :

On prend des bandelettes de sparadrap très étroites; on les pose d'abord dans le sens longitudinal, de manière à recouvrir tout le doigt comme par une espèce de cloche; puis sur cette première couche de bandelettes on en applique d'autres dans un sens circulaire, mais un peu oblique, de manière à emboîter le doigt dans une double cuirasse, l'une à bandelettes longitudinales, l'autre à bandelettes circulaires.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Deux observations de chlorose chez l'homme,

Par M. le docteur Benoit, à Dieulefit (Drôme).

Les cas de chlorose chez l'homme étant assez rares, on ne lira peut-être pas sans intérêt les deux observations de cette maladie que j'ai recueillies dans ma pratique.

Obs. I. — Le 10 septembre dernier, je fus appelé auprès du nommé Fr. L..., jeune garçon âgé de douze ans, sans profession. Cet enfant est châtain, d'un tempérament nerveux et d'une constitution délicate. Il appartient à une famille aisée et a toujours suivi un bon régime alimentaire.

Depuis deux ans il est pris très souvent d'hémorrhagies nasales assez abondantes; il se plaint de douleurs de tête et de l'impossibilité dans laquelle il se trouve de pouvoir courir et jouer avec ses camarades; car, dit-il, il est bientôt essoufflé et ressent des palpitations qui le forcent à s'arrêter.

On remarque une pâleur à la peau avec décoloration des muqueuses. Yeux caves et cernés. Point de fièvre, pouls faible, fréquent (90), très régulier. L'auscultation fait reconnaître un bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur, un bruit de souffle continu et à double courant dans les vaisseaux du cou. Ce bruit est aussi prononcé à droite qu'à gauche.

Les parents disent qu'il a presque perdu l'appétit, qu'il est impossible de lui faire manger de la viande, et qu'il préfère les aliments crus ou acides.

Depuis deux ans, il a contracté l'habitude de manger de la *terre de potier;* il a un penchant irrésistible pour cette substance; il se cache pour satisfaire ce caprice bizarre; car, dit-il, quelque chose me pousse à manger cette terre, et je suis tourmenté tant que je résiste à cette envie.

Ce malade fut soumis à l'usage du sous-carbonate de fer et des préparations de quinquina. Je prescrivis en même temps les viandes rôties et le vin de Bordeaux.

Au bout d'un mois de traitement, les hémorrhagies nasales disparurent, l'appétit revint, si bien qu'aujourd'hui cet enfant est dans un état satisfaisant. C'est à peine si l'on perçoit un bruit de souffle intermittent aux vaisseaux du cou; il n'y a plus d'essoufflement pendant la course.

Obs. II. — L. X..., dix-huit ans, écrivain, tempérament lympbatique, peu musclé, taille élevée, teinte jaunâtre des téguments, décoloration remarquable des muqueuses, surtout de la conjonctive palpébrale.

Ce jeune homme est venu me consulter dans le courant d'octobre dernier pour des pollutions nocturnes très fréquentes, et qui seraient survenues sans causes appréciables; car il m'a assuré n'avoir jamais vu de femme, ne s'être jamais abandonné à la masturbation ni à la lecture de livres obscènes. Il se plaint en outre d'une céphalalgie presque habituelle, de palpitations et d'essoufflement survenant pendant qu'il monte les escaliers. Les fonctions digestives sont intactes, l'appétit est conservé.

Frappé de la physionomie de ce malade, j'ai procédé à l'examen des organes, et voici ce que j'ai constaté : Poumons parfaitement sains; bruit de souffle au premier temps à la base du cœur; bruit de souffle continu dans les vaisseaux du cou. Ce dernier bruit se convertit de temps en temps en un piaulement. Douleur vague dans la région lombaire. La pression est douloureuse à la région épigastrique.

Il est bon d'ajouter que ce jeune homme n'a fait aucune maladie grave. Il ne se souvient pas d'avoir été malade.

Pour traitement, j'ai ordonné du sous-carbonate de fer et les préparations de quinquina. Depuis le commencement de décembre les pertes séminales n'ont plus reparu, et les bruits de souffle ont diminué d'intensité.

DU DIABÉTÈS INTERMITTENT.

Par le docteur Bence Jones.

M. Bence Jones, dont on connaît les nombreux et importants travaux sur les modifications de l'urine dans les maladies, commence ce travail par une discussion de la valeur des renseignements qu'on peut obtenir au moyen de l'étude de la pesanteur spécifique de l'urine. Si l'urine n'était qu'une dissolution de sucre dans l'eau, les tables de pesanteur spécifique mériteraient une confiance absolue; mais l'urine diabétique contient un grand nombre de substances autres que le sucre, et la quantité de chacune d'elles peut faire varier la pesanteur spécifique de l'urine, quoique la quantité de sucre demeure la même. Par des expériences d'analyse quantitative faites avec soin, l'auteur montre la vérité de cette proposition.

La deuxième partie de ce travail a pour but de prouver que dans un certain nombre de cas de diabétès, soit sous l'influence du traitement, soit sous l'influence du régime ou uniquement de la marche spontanée de la maladie, l'urine peut tantôt contenir une quantité considérable de sucre, tantôt n'en offrir aucune trace. Sept observations sont relatées par l'auteur, dans lesquelles on voit le sucre disparaître dans l'urine pendant quelques jours et même pendant plusieurs mois; puis, dans la plupart des cas, la maladie se terminer par la guérison. Outre l'intermittence dans l'existence du sucre, ces faits, comme le dit M. Bence Jones, présentent encore un autre intérêt, c'est le caractère offert par l'urine après la disparition du sucre.

Dans ces urines, on remarque pendant l'existence de la matière sucrée, comme après sa disparition, un excès considérable d'urée, de l'acide urique libre et de l'oxalate de chaux. L'existence de ces principes dans l'urine pourrait être attribuée au régime animal; cependant l'acide urique et l'oxalate de chaux semblent provenir plutôt d'un trouble digestif.

Ce que ces faits offrent surtout de remarquable au point de vue de la pratique médicale, c'est la présence d'un excès d'urée dans les urines des malades qui présentent des intermittences dans la glucosurie; d'où l'on tire cette conclusion : lorsque l'on trouve dans l'urine diabétique un excès d'urée, de l'acide urique et de l'oxalate de chaux, on peut obtenir une guérison temporaire, sinon permanente, de la maladie. (*London medico-chirurgical transactions*, vol. XXVI.)

Nous rapprocherons de ces recherches intéressantes de M. Bence Jones celles de M. le docteur M. Traube (Virchow und Reinhard, *Archiv fuer pathol. Anat.*, etc., 1851, vol. IV, livre 1, p. 109); elles se complètent mutuellement. M. Traube a prouvé que la quantité de sucre dans l'urine des diabétiques variait beaucoup aux différentes heures de la journée, et sous l'influence de diverses conditions hygiéniques. Cette quantité de sucre est surtout considérable quelques heures après l'ingestion d'aliments de nature animale et végétale, c'est-à-dire pouvant contenir du sucre et des féculents. L'ingestion des aliments ne cause cette augmentation momentanée que pendant quatre à huit heures après le repas. Dans le diabétès commençant, l'urine de la nuit, ou, comme on la nomme vulgairement, l'urine du sang, ne contient pas de sucre; au contraire, à une époque plus avancée de la maladie, l'urine contient du sucre à toutes les heures de la journée.

Les recherches de M. Traube portent, comme on le voit, sur un autre point que celles de M. Bence Jones; mais elles peuvent également fournir quelques indications pour la thérapeutique.

(*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

MYDRIASE ET CÉCITÉ PRESQUE COMPLÈTE PENDANT UN MOIS guéries par l'expulsion de vers intestinaux.

Parmi les symptômes qui témoignent de la présence des vers intestinaux chez les enfants, les auteurs ont signalé la dilatation extrême et l'immobilité des pupilles. Mais les exemples dans lesquels ce phénomène est porté au point d'amener une cécité plus ou moins complète sont assez rares pour que nous consignions l'observation suivante.

Un enfant âgé de sept ans, à la suite d'une forte indigestion, est pris d'éclampsie. M. Fallot, appelé près du petit malade, prescrit huit sangsues derrière les oreilles, une potion antispasmodique, un lavement avec l'assa-fœtida, des cataplasmes aux pieds.

Le lendemain, lorsque le médecin vient revoir le malade, les parents lui annoncent que leur fils est devenu aveugle. En effet, l'enfant, dont l'intelligence était revenue, se plaint de ne plus bien voir les objets.

Les phénomènes de congestion céphalique, accompagnés d'immobilité et d'une énorme dilatation irrégulière des deux pupilles, qui sont aussi étendues que la cornée, engagent à recourir à une nouvelle application de sangsues aux apophyses mastoïdes, dont l'action déplétive est secondée par une dérivation sur le tube digestif.

La cécité devient complète quelques jours après. — Vésicatoire à la nuque.

Ne sachant s'il avait affaire à une amaurose commençante ou à une mydriase symptomatique d'un état gastrique ou vermineux, M. Fallot perça une carte avec une épingle, et, ayant mis la petite ouverture devant les yeux du malade, celui-ci parut distinguer moins confusément les objets d'une grande dimension. On eut recours alors à la cautérisation du tour de la cornée avec le crayon de nitrate d'argent, aux frictions stimulantes, aux vapeurs ammoniacales, en même temps qu'on administra à l'intérieur des préparations vermifuges (décoction de mousse de Corse et le calomel).

Sous l'influence de ces moyens, l'enfant rend plusieurs jours de suite de nombreux vers lombrics (vingt-huit en trois fois en un seul jour).

A dater de ce moment la dilatation pupillaire diminua insensiblement, et la vue était revenue à l'état normal un mois après les accidents qui ont suivi l'indigestion. (*Revue thérap. du Midi.*)

DE L'ESSAI DES HUILES COMESTIBLES.

Les chimistes et les pharmaciens savent tous combien il est souvent difficile d'indiquer et de déterminer d'une manière exacte le mélange des huiles entre elles, genre de falsification qui tend de jour en jour à se généraliser dans le commerce. Ce n'est pas que les procédés destinés à faire découvrir ces divers mélanges manquent; mais il nous semble que jusqu'à ce moment aucun de ceux que nous connaissons ne peut donner des résultats positifs et faciles à obtenir. L'on peut diviser en trois groupes les divers moyens proposés par les savants, selon que ces moyens prennent pour base de leurs recherches :

1° La densité des huiles;

2° Leur coloration;

3° Leur consistance.

a) *Densité des huiles.* — Oléomètre de M. Lefebvre. — Elaïomètre de M. Gobley.

b) *Action colorante de certains corps sur les huiles.* — Acide sulfurique, Heydenreich (de Strasbourg). — Soluté, saturé à froid de bichromate de potasse dans l'acide sulfurique, Penot.

c) *Consistance des huiles déterminée par certains agents.* — Nitrate acide de mercure, Poutet. — Acide hypoazotique, Boudet. — Ammoniaque, Fauré.

N'oublions pas de mentionner encore le diagomètre de Rousseau, le chlore, le papier de tournesol....

Ce n'est pas le moment de discuter la valeur scientifique que l'on doit attribuer à chacun de ces moyens. D'après M. Eugène Marchand, en tenant compte de la densité des huiles d'abord, puis de l'acide sulfurique, en ayant soin de se placer dans des conditions différentes de celles indiquées jusqu'ici, l'on observe un ensemble de caractères parfaitement suffisant pour les distinguer et les spécifier.

Nous allons reproduire une partie du mémoire de M. Eugène Marchand.

Lorsque, dit l'auteur, dans quatre gouttes d'huile d'olives, d'œillette ou d'arachide (1), pures ou mélangées ensemble, et placées sur une assiette ou une soucoupe de porcelaine blanche, on laisse tomber deux gouttes d'acide sulfurique pur et très concentré, et que l'on opère le mélange des corps gras et acide, seulement en inclinant le vase de porcelaine à droite et à gauche, puis en avant et en arrière, il se manifeste des phénomènes de coloration très dignes d'être notés et que je vais décrire.

Huile d'olives. — Aux points de contact, il se développe une couleur jaune tirant sur l'orangé. La partie fluide qui enveloppe le magma devient rapidement d'un gris sale passant lentement à une teinte bistrée plus foncée, tandis que la couleur jaune développée d'abord par l'acide passe peu à peu au marron clair. Il ne se développe jamais de teintes lilas ou bleues.

Huile d'œillette. — Il se développe instantanément aux points de contact une très belle couleur jaune citron qui fonce rapidement dans quelques endroits. La partie fluide en contact avec les parties colorées n'acquiert jamais la couleur gris sale, caractéristique de l'huile d'olives. Après dix ou quinze minutes de réaction, l'on voit apparaître sur quelques-uns des points des parties fluides immédiatement adhérentes aux parties jaunes une coloration jaune devenant rapidement lilas clair, et augmentant lentement d'intensité en s'étendant particulièrement sur tous les contours des œils formés par le mélange des parties aqueuses avec les corps gras. Après une demi-heure ou trois quarts d'heure, la couleur lilas est passée au bleu légèrement violacé, tandis que la couleur jaune développée d'abord par l'acide se fonce peu à peu pour devenir brun fauve.

Huile d'arachide. — Elle se comporte à peu près comme l'huile d'olives, seulement la matière jaune est plus abondante; elle se produit beaucoup plus vite et brunit plus rapidement : en moins de dix minutes elle arrive au brun marron. L'acide se mélange beaucoup mieux avec cette sorte d'huile qu'avec celles d'olives ou d'œillette. L'auréole grise, caractéristique de l'huile d'olives, se produit aussi avec l'huile d'arachide; mais alors, au lieu de se noircir lentement, elle se fonce très rapidement, et arrive au gros vert olive. La coloration lilas bleu qui sert à caractériser l'huile d'œillette ne se manifeste pas avec celle d'arachide.

Mélanges d'huiles d'olives et d'œillette. — L'acide sulfurique dans les conditions indiquées permet toujours de les reconnaître. En effet, l'huile d'olives y est toujours décelée par la teinte gris sale et par la couleur jaune, qui brunit d'autant plus que cette huile existe en plus grande quantité. Néanmoins, après un certain temps la série de coloration *rose, lilas,* puis *bleu plus ou moins violacé,* caractéristique de l'huile d'œillette, se développe sur les contours et aux approches des œils aqueux, avec une intensité qui est en raison directe de la proportion réagissante de cette huile. La coloration jaune varie aussi d'intensité avec cette proportion, et elle persiste plus longtemps quand l'huile d'olives est en moins grande quantité. Avec un peu d'habitude, l'on peut ainsi reconnaître l'existence certaine d'un dixième d'huile d'œillette avec neuf dixièmes d'huile d'olives. Si, au lieu d'un dixième, il en existe deux, la coloration bleu lilas devient très manifeste.

Mélanges d'huiles d'olives et d'arachide. — Un quart d'huile d'arachide donne lieu à une coloration jaune orangé clair avec une auréole grise dont les contours extérieurs passent au vert olive. Le mélange à parties égales donne lieu à une coloration jaune orangé, avec une auréole grise très prononcée arrivant promptement au gris verdâtre sale avec contours extérieurs plus bruns. Enfin, lorsque le mélange contient trois quarts d'huile d'arachide, il se produit une couleur jaune rougeâtre enveloppée d'une auréole vert olive plus pâle que celle appartenant à l'huile d'arachide pure.

Mélanges d'huiles d'œillette et d'arachide. — Il se développe une couleur jaune sur les contours de laquelle apparaît une teinte grise qui est longtemps à s'étendre aux parties fluides; lorsque le mélange contient un quart d'huile d'arachide, les teintes lilas et bleu violacé intense se développent ensuite, en même temps que la cou-

(1) Arachide (pistaches de terre), fruits en gousses étranglées de l'arachis hypogoca. — Légumineuses.

leur jaune disparaît pour faire place à une teinte marron clair. Quand l'huile essayée contient trois quarts d'huile d'arachide et un quart d'huile d'olives, il se développe une couleur jaune orangé, avec une auréole grise, passant dans certains points au vert olive. Plus tard le jaune passe au marron clair, mélangé sur tous les contours des œils de la teinte lilas bleu, caractéristique de l'huile d'œillette.

Huile d'amandes douces. — Elle se comporte d'abord comme l'huile d'olives; mais la teinte gris sale disparaît assez rapidement pour faire place à une teinte jaune fauve uniforme, dans laquelle il n'apparaît plus aucune autre coloration.

(*Journal de pharmacie et de chimie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 janvier 1854. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Giraldès communique les résultats de l'examen auquel s'est livrée la commission nommée pour rendre compte de la présentation faite par M. Debout. Il s'agissait d'un anévrisme du pli du bras guéri par l'injection du perchlorure de fer.

Je n'ai l'intention, dit M. Giraldès, de n'exposer que ce qui est relatif à l'état de l'artère humérale. Le sac anévrismal était situé à la partie postérieure du vaisseau, au niveau de sa bifurcation, autrement dit à la naissance des artères radiale et cubitale.

Nous avons d'abord divisé l'artère suivant sa longueur, de haut en bas, jusqu'au niveau du sac. Nous avons trouvé les parois de l'artère accolées; il ne restait plus aucune trace de canal; il y avait oblitération complète. En ouvrant de bas en haut les artères radiale et cubitale pour arriver dans ce sens au siége de l'anévrisme, nous avons reconnu le même mode d'oblitération. L'aspect du vaisseau, au point où il cessait d'être perméable, était comme fibreux. Il n'existait aucune trace de caillot.

M. ROBERT, membre de la commission, avait déjà observé la pièce lorsqu'elle fut présentée à l'Académie de médecine. Il a reconnu l'oblitération complète du sac, et c'est là le point important. Quant à l'oblitération du vaisseau, il l'a constatée, mais ce n'est pas aussi important.

Il ne pense pas, en effet, que ce soit là une condition habituelle de la guérison des anévrismes. Je ne puis partager sur ce point l'opinion de Scarpa, ajoute M. Robert. Je me range bien plus volontiers à celle de J.-L. Petit, qui n'admet pas que la guérison soit obtenue par l'oblitération du vaisseau.

Sur deux malades dont M. Robert rappelle l'histoire, et qui portaient des anévrismes traumatiques récents, et c'est de ceux-là seulement qu'il entend parler, il a vu la circulation se rétablir dans le vaisseau lié.

Dans le premier cas, la ligature avait été faite par la méthode d'Anel, c'est-à-dire très près du sac; et c'est là ce qui distingue cette méthode et la différencie de celle de Hunter. Après un mois le vaisseau était perméable au sang.

Dans le second cas, le même résultat était obtenu, malgré une inflammation assez vive qui s'empara du sac.

Sur un troisième malade enfin, dit M. Robert, qui présentait un anévrisme produit par une saignée malheureuse, j'ai employé la compression. Et lorsque la guérison était obtenue, le malade ayant succombé à une péricardite, j'ai trouvé l'artère parfaitement perméable. J'ai encore les pièces, je pourrais les montrer à la Société. Aussi, en résumé, je crois pouvoir affirmer que J.-L. Petit a eu raison quand il a dit que les plaies des artères en communication avec des sacs anévrismaux pouvaient se guérir, et, le sac anévrismal étant oblitéré, la plaie artérielle se cicatrise par le mécanisme qu'il a indiqué, à l'aide d'un caillot interposé entre les lèvres de la plaie.

M. CHASSAIGNAC, en examinant la position du sac anévrismal par rapport à l'artère sur laquelle il est accolé, a été étonné de trouver la tumeur située tout à fait à la partie profonde ou postérieure du vaisseau. Il signale cette disposition.

M. ROUX pense que ce fait s'explique assez facilement si on admet que l'artère ait été transpercée de part en part. La plaie antérieure s'est cicatrisée sous l'influence de la compression qu'on a exercée, tandis que la plaie postérieure est seule restée béante.

M. DEBOUT se contente pour le moment de mettre sous les yeux de la Société la pièce anatomique et d'en faire la description. Quant aux enseignements qui découlent de son examen, M. Debout se propose de les développer dans la suite du travail sur la valeur des injections du perchlorure comme traitement des anévrismes, dont il a lu déjà la première partie.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Regnaud (d'Andrezy) adresse une *observation de fistule à l'anus traitée par les injections iodées.* (Renvoi à la commission chargée d'examiner la valeur des injections iodées dans le traitement des affections chirurgicales.)

— M. le docteur Saurel (de Montpellier) adresse un *mémoire sur les luxations des cartilages costaux*, afin d'obtenir le titre de membre correspondant. Ce travail est accompagné des opuscules suivants :

Essai d'une climatologie médicale de Monte-Video;

Du goître et du crétinisme;

De la rigidité du col de l'utérus dans les cas d'éclampsie, avant ou pendant l'accouchement;

Chirurgie navale, ou Etudes cliniques sur les maladies chirurgicales que l'on observe le plus communément à bord des bâtiments de guerre.

Ces divers travaux sont renvoyés à une commission composée de MM. Marjolin, Boinet et Désormeaux.

— M. le docteur Lambert (de Montigny) adresse une série d'observations sur divers cas de chirurgie. (M. Désormeaux est chargé d'en rendre compte.)

— M. Marjolin annonce que M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen) lui a adressé de la part de la *Société des Curieux de la nature* les 23 volumes qui forment la collection des *Novorum actorum Academiæ Cæsareæ Leopoldino-Carolinæ naturæ curiosorum.*

— Après la lecture de la correspondance, M. le président annonce que M. Nélaton est actuellement malade des suites d'une piqûre anatomique. Au nom de la Société, M. Denonvilliers ira s'informer de l'état de santé de M. Nélaton.

LECTURE.

Nature du chancre. — M. Hammer lit un travail sur ce sujet. Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Ricord, Cullerier et Gosselin.

Coxalgie intra-utérine. — M. MOREL-LAVALLÉE présente une observation de cette lésion avec pièce à l'appui. Comme ce chirurgien a depuis rencontré un autre fait analogue dans son service, une note détaillée sur ces deux cas importants sera insérée dans le procès-verbal de la prochaine séance. Ainsi rapprochés, ils s'éclaireront l'un l'autre et en deviendront plus intéressants.

Une discussion s'engage à la suite de cette communication.

M. VERNEUIL a publié une observation détaillée d'un fait qui présente de l'analogie avec le fait de M. Morel-Lavallée. Le fœtus arrivé à son développement normal, né depuis peu de jours, comme l'indiquait l'état du cordon, avait une luxation de la cuisse avec suppuration et altération des os.

Les faits déjà décrits, ajoute M. Verneuil, par MM. Broca et Parise, joints à ceux de M. Morel-Lavallée et au mien, montrent que pendant les phases de la vie intra-utérine des maladies organiques du squelette peuvent suivre leurs évolutions aussi régulièrement qu'après la naissance.

M. MOREL-LAVALLÉE fait observer que sur la pièce qu'il présente il ne s'agit pas, comme dans le cas de M. Verneuil, d'une luxation, mais bien d'une malformation de l'articulation coxo-fémorale. Les altérations ici sont trop marquées pour qu'on ne doive pas admettre l'existence d'une coxalgie déjà ancienne.

M. LABORIE demande si, soit sur la mère de l'enfant, soit sur l'enfant lui-même n'existait aucune trace d'une affection syphilitique. On rencontre en effet fréquemment sur des enfants nés dans ces conditions de syphilis constitutionnelle des suppurations profondes dans les viscères, et quelquefois même dans les jointures. Ainsi, sur un nouveau-né couvert d'un pemphigus syphilitique, M. Laborie a rencontré une affection déjà ancienne du squelette. L'extrémité inférieure du tibia était nécrosée; la malléole, complétement détachée, baignait dans un large foyer purulent en communication avec l'articulation. Et il est curieux de noter que déjà la nature avait commencé un travail de réparation; le périoste, épaissi, recouvrait en partie la portion d'os frappée de mort.

M. BROCA insiste aussi sur l'importance qu'il y aurait à déterminer l'état général de la mère et de l'enfant. Il serait d'autant plus porté à considérer ces affections comme développées sous la dépendance d'un état général, que dans l'observation qu'il a rapportée la suppuration envahissait, outre l'articulation coxo-fémorale, les deux articulations sterno-claviculaires.

M. MOREL-LAVALLÉE n'a pu encore se procurer tous les renseignements pour répondre à la question adressée par M. Laborie; il s'efforcera de compléter son observation. Quant au fait de M. Broca, il demande si par hasard il n'aurait pas existé une phlébite qui pourrait expliquer la coïncidence des arthrites suppuratives accompagnant la coxalgie.

M. BROCA répond qu'il n'a rien trouvé qui puisse permettre de croire à l'existence d'une phlébite.

Le secrétaire de la Société : E. LABORIE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 novembre 1853. — Présidence de M. DUHAMEL.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

Une demande écrite accompagnée d'un travail sur quelques points de l'histoire de l'aliénation mentale par M. le docteur Archambaut, qui se porte comme candidat pour le titre de membre titulaire de la Société.

Cette demande, transmise par M. Jozias, est admise, et une commission composée de MM. Jozias, Chalut et Duperthuis est chargée d'en faire l'objet d'un rapport.

Rachitisme. — M. JOZIAS présente une petite malade âgée de dix ans, qui, depuis l'âge de sept, est affectée de rachitisme très intense avec amaigrissement progressif, plaies aux trochanters, au sacrum, sur la région spinale, fièvre hectique, impossibilité de se tenir dans la station verticale, etc. Le but de cette présentation est moins de signaler un fait pathologique nouveau que de demander à la Société de vouloir bien, dans une sorte de consultation collective, exprimer l'intérêt que présente la maladie de cette enfant, et le désir que le traitement qu'elle prescrira soit mis en pratique. Il s'agit, dit M. Jozias, d'une famille honnête plongée dans le plus grand dénûment; elle ne trouve de secours nulle part, et peut-être au moins que sa commune lui viendra en aide au vu d'une consultation aussi imposante que celle de votre Société.

Quelques réflexions sont faites à ce sujet par quelques membres, qui conseillent de conduire la malade à Forges, où l'établissement de M. le docteur Cherest reçoit gratuitement un certain nombre de scrofuleux.

Opération de la cataracte par abaissement. Inflammation consécutive toujours prévenue par des applications de glace pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération. — M. MAGNE rappelle qu'il y a plus d'un an il a communiqué à la Société six observations de cataractes opérées par *abaissement*, et chez lesquelles nul symptôme inflammatoire ne s'était manifesté, grâce à la glace, que M. Magne applique suivant sa méthode pendant les trois jours qui suivent l'opération. Un de nos collègues, à propos de cette communication, dit que si dix ou quinze cas se présentaient bien observés suivis de succès et sans inflammation, il considérerait l'*abaissement* comme préférable à l'*extraction*. Or, M. Magne ne possède pas actuellement une dizaine de faits, mais bien une vingtaine, et pour les nombreux confrères qui ont assisté à ses opérations, les heureux succès dus à la glace employée pendant trois jours sont maintenant hors de doute. *Dans les vingt cas en question, il ne s'est pas offert le plus léger phénomène inflammatoire.*

M. Magne revient ensuite sur une discussion qui a eu lieu précédemment, et à laquelle des devoirs impérieux l'ont empêché d'assister. Un des membres de la Société avait mis en doute la guérison durable des cataractes, et avait demandé pourquoi, la plupart du temps, des cataractes considérées comme guéries se terminaient plus tard par une cécité complète. Ces revers, avait-il été répondu, devaient retomber tous sur l'*abaissement*, attendu que l'*extraction*, quand elle guérit, n'est jamais suivie de terminaisons semblables. M. Magne pense qu'il y a erreur. Il propose à notre collègue de le rassurer en lui montrant des malades opérés par *abaissement* depuis dix ans et plus, qui lisent, écrivent, et chez lesquels la vision est parfaitement nette, et il insiste sur ce point : qu'*un parallèle entre l'abaissement et l'extraction* ne saurait jamais avoir lieu d'une manière utile pour la science et pour la pratique :

1° Parce qu'en général ceux qui veulent établir cette comparaison sont partisans exclusifs de l'une ou de l'autre méthode, et par conséquent juges incompétents;

2° Parce que les observations, si nombreuses qu'elles soient, se composent d'éléments qu'on ne pourrait comparer entre eux, la nature de la cataracte variant suivant l'âge, la constitution, l'ancienneté, etc.

M. Magne termine en annonçant à la Société que la communication qu'il a faite en commençant sera suivie de la prochaine publication d'observations détaillées relatives aux opérations de cataracte qu'il a pratiquées, auxquelles ont assisté et qu'ont suivies de nombreux médecins de Paris et de province, entre autres MM. Boulu, Duvivier, Barthélemy, Barbe, Andrac, Jaquin, etc.

Rupture du plantaire grêle pendant la station debout. — M. Lucien BOYER rend compte à la Société d'une observation dont il est lui-même le sujet et qui lui paraît offrir quelque intérêt, quoiqu'il s'agisse d'un cas en apparence fort simple, une rupture du plantaire grêle ou *coup de fouet.*

Le 6 octobre dernier, je venais de passer près des démolitions de la rue de Rohan, et j'étais arrêté immobile sur un trottoir causant avec un de nos confrères, le docteur Richard, lorsque j'éprouvai subitement dans le mollet gauche une douleur violente qui me fit l'effet d'un coup de bâton, d'un coup de pied violent ou plutôt du choc d'un éclat volumineux de pierre qui serait tombé de haut sur le pavé et aurait ricoché en manière d'éclat d'obus. Cette douleur m'arracha une brusque exclamation; je me retournai aussitôt; j'avais le dos contre une devanture de magasin; aucun projectile n'était à terre, aucune marque à la surface de mon vêtement; il était évident qu'aucune violence extérieure n'avait occasionné cet accident.

Aussitôt je fus pris d'une claudication très forte et très douloureuse, et ce fut avec peine qu'avec l'assistance de notre confrère je pus me traîner jusqu'à une voiture.

M. Richard et moi nous portâmes immédiatement le diagnostic : rupture du plantaire grêle, en remarquant cette circonstance intéressante qu'elle s'était produite pendant une immobilité complète.

Les suites de cette lésion ont été simples : la douleur et la claudication, très vives pendant les huit premiers jours, ont peu à peu diminué, mais ont cependant duré assez longtemps pour se faire encore sentir au bout de trois semaines lorsque la marche était un peu plus rapide. Aujourd'hui encore il me serait impossible de courir.

J'ai pu à l'occasion de cet accident faire quelques remarques qui établissent bien évidemment la réalité de la rupture.

D'abord, tuméfaction et douleur de toute la région du mollet, tuméfaction qui le premier jour a laissé voir une ecchymose étendue, noire, s'étendant en bas jusqu'au tendon d'Achille et qui s'est peu à peu propagée jusqu'à la partie antérieure de la jambe; cette ecchymose n'était à peu près complétement effacée qu'au bout d'un mois.

La pression le long du trajet du corps charnu du plantaire grêle à la partie interne de la masse des muscles jumeaux, en un point quelconque de son trajet, déterminait une douleur vive s'étendant depuis son insertion supérieure au condyle du fémur jusqu'au point de la rupture et pas au delà. La pression sur la partie inférieure était indolore.

Le traitement n'a consisté que dans l'application d'un bandage fortement serré, les exigences de la profession ne m'ont pas permis d'y joindre le repos, et dès le lendemain j'ai dû recommencer à sortir en voiture; pour descendre, monter, marcher dans les appartements, je m'appuyais sur deux cannes et posais instinctivement le pied de façon à laisser la masse des muscles jumeaux complétement immobile, n'imprimant à l'articulation aucun mouvement d'extension ni de flexion. Le pied allongé, la pointe basse et en dehors, était porté en avant, posé à plat sur le sol et sans aucun mouvement de l'articulation tibio-tarsienne; une brusque secousse ramenait en avant le poids du corps et le membre opposé. Peu à peu je suis arrivé à diminuer ces précautions et à retrouver la démarche normale, bien qu'elle offre encore quelque difficulté sensible, surtout dans la rue, lorsque quelque circonstance imprévue exigerait que je pusse hâter le pas.

M. PICARD fait observer que pendant la marche les muscles du mollet sont alternativement dans la contraction et le relâchement, tandis que dans la station debout il se peut qu'une contraction permanente ait été la cause de la rupture du plantaire grêle.

M. L. BOYER. Il est vrai que dans la station debout on ne fait généralement porter le poids du corps que sur une jambe à la fois, qui se trouve alors dans une extension complète et permanente, l'autre membre ne touchant le sol qu'autant qu'il faut pour maintenir l'équilibre. Il est probable que les choses se sont passées ainsi, et que c'est là la cause de l'accident que j'ai éprouvé; mais je n'ai pas pu en faire l'observation positive.

Le secrétaire annuel, Dr A. BOSSU.

Nous sommes heureux d'annoncer que M. le professeur Nélaton, entièrement remis de l'indisposition causée par la piqûre anatomique dont il est question au compte rendu de la Société de chirurgie, a repris depuis quelques jours son service à l'hôpital des Cliniques.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

Paris, le 18 janvier 1854.

Séances des Académies.

Les séances des Académies n'ont offert qu'un médiocre intérêt.

La séance de l'Académie de médecine a été close à quatre heures et demie, faute de matières à l'ordre du jour.

M. Malgaigne a lu, au nom de M. Oudet, un rapport très favorable sur de nouveaux dentiers faits par M. Didier. Après une discussion assez vive et portant, comme toujours, sur le côté moral, c'est-à-dire sur la crainte que l'on n'exploite par la publicité le suffrage de la Compagnie, quelques modifications dans les conclusions ont été adoptées par le rapporteur et l'affaire a été vidée.

M. Cap a lu ensuite une note intéressante sur la glycérine, qu'il regarde, avec M. Trousseau, comme utile contre les démangeaisons des parties génitales et de l'anus; et avec M. Bazin, comme plus avantageuse contre les maladies de la peau que l'huile de cade et tant d'autres moyens plus ou moins vantés. La glycérine paraît aussi à M. Cap un excipient fort commode et fort utile.

A l'Académie des sciences, tout s'est borné à la communication de M. Le Roy-d'Etiolles, que nous reproduisons, et qui a rapport à un nouveau mode d'extraction des corps étrangers de la vessie autres que les calculs.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Tumeur de la base du crâne comprimant les couches optiques, diagnostiquée pendant la vie par la cécité, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, la diminution de la sensibilité générale et la difficulté des mouvements. — Tubercules pulmonaires.

Nous détachons de la collection des faits observés et recueillis dans le service de M. Rostan pendant le cours du mois dernier le fait suivant, qui offre un exemple remarquable de la précision et de l'exactitude avec lesquelles on peut arriver au diagnostic des lésions intra-crâniennes, grâce aux lumières fournies par l'anatomie pathologique et par l'analyse physiologique des symptômes.

La femme C..., âgée de quarante-deux ans, est une femme d'une taille élevée, forte en apparence, d'une bonne constitution, d'un embonpoint et d'une fraîcheur de visage qui contrastent avec l'ancienneté de la maladie. Ses cheveux sont noirs, et ses dents en très bon état. Voici ce qu'elle raconte :

Il y a à peu près deux ans elle a commencé à perdre la vue des deux côtés à la fois, de manière à ne plus distinguer que difficilement le jour de la nuit. Quelques années auparavant elle a eu quelques hémoptysies, qu'elle a attribuées aux émotions que la perte de son mari ou d'un de ses enfants lui a causées. Il y a six mois à peu près elle a eu de nouvelles hémoptysies peu abondantes. Depuis cette époque elle tousse. Elle est encore réglée, mais d'une manière irrégulière et moins abondamment qu'auparavant.

En la questionnant, on s'est aperçu que les réponses de la malade, quoique justes, étaient très lentes et embarrassées. Elle paraît indifférente à ce qui l'entoure. L'état de ses facultés intellectuelles est remarquable; son intelligence engourdie semble diminuée, ses sens affaiblis. Les mouvements semblent difficiles, et cela également des deux côtés du corps. La sensibilité générale est aussi diminuée des deux côtés du corps et partout.

L'auscultation fait découvrir des râles muqueux à grosses bulles avec des craquements humides, surtout au sommet du poumon droit, où il y a aussi retentissement de la voix (sous la clavicule droite). La respiration est un peu gênée. La malade se plaint aussi d'un mal de gorge; mais à l'inspection on ne trouve rien qui puisse l'expliquer. La circulation ne présente rien d'anormal. Pouls à 68 ou 70. Point de palpitations du cœur, point de sueurs nocturnes. Chaleur normale. Les fonctions digestives se font très bien. L'appétit a diminué depuis six mois, mais elle digère facilement ce qu'elle mange. Elle va régulièrement à la selle. Peu de soif. Les urines vont bien. Elle n'a pas de convulsions ni de contractures. Le sommeil est calme et profond; la malade semble facilement s'assoupir.

Le 14 décembre, M. Rostan ayant vu la malade et considérant : 1° la cécité complète de la vue depuis assez longtemps; 2° l'état de torpeur de ses facultés intellectuelles; 3° la diminution de la sensibilité générale; 4° la diminution et la difficulté des mouvements; éloignant une affection générale du cerveau, diagnostique une tumeur de la base du crâne comprenant les nerfs optiques, en même temps des tubercules pulmonaires.

Le 15, l'état de la malade est le même; rien n'est changé, si ce n'est qu'elle semble dans un assoupissement, dans un coma plus profond.

Le 16, à dix heures du matin, elle meurt, et à l'autopsie on trouve une tumeur du volume d'un œuf, d'aspect mamelonné, blanchâtre, grisâtre, située sur la selle turcique, comprimant les lobules antérieurs du cerveau. Les bandelettes optiques, fortement comprimées, sont détruites jusqu'au chiasma.

Nous aurions désiré pouvoir donner une description plus complète de cette tumeur, tant pour en faire connaître la nature que pour en préciser davantage les rapports avec les portions du cerveau avoisinantes; mais, par suite d'une inadvertance de la personne commise à la conservation de cette tumeur, elle s'est trouvée entièrement détruite avant qu'on ait pu procéder à un examen complet. Néanmoins, le peu de détails qui précède suffit pour faire apprécier toute la valeur du fait clinique.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. Dieulafoy.

Polype utérin volumineux; extraction. — Considérations pratiques.

Falquet (Gabrielle), brossière, âgée de trente-sept ans, est entrée le 30 août 1852 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, et a été couchée salle Saint-Roch, n° 3.

Cette femme, mariée depuis dix ans, d'un tempérament sanguin, ne présente pas de circonstances d'hérédité; elle est mère de deux enfants bien portants, dont le dernier est né il y a trois ans et demi (mois de mars 1849). Les couches n'ont rien présenté de particulier, et elle jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il y a un an, après un violent effort qu'elle fit pour soulever un fardeau pesant, elle s'aperçut d'une petite tumeur qui sortait par l'orifice vulvaire; mais il n'y eut pas d'autres accidents. Jusqu'alors la menstruation avait été régulière, et le coït n'avait jamais été gêné. Depuis, la tumeur grossit peu à peu, et devint tellement incommode que la malade vint à l'hôpital pour s'en faire débarrasser.

A l'examen (le 30 août), on aperçut hors de la vulve un corps pyriforme, du volume de la tête d'un fœtus à terme, d'un blanc grisâtre sale, offrant sur les côtés des plaques légèrement ulcérées à cause du frottement exercé par les cuisses sur sa surface. La tumeur était dépressible, bien qu'offrant un certain degré de résistance; son extrémité inférieure, arrondie, lisse, un peu rugueuse, sans solution de continuité, était plus volumineuse que l'extrémité supérieure, qui diminuait progressivement pour prendre la forme d'un pédicule. L'aspect extérieur ressemblait assez à celui que présenterait une muqueuse exposée un certain temps au contact de l'air et au frottement des corps étrangers. On n'insista pas le premier jour sur le toucher vaginal, qui était douloureux et difficile; d'ailleurs, il s'écoulait par le vagin un pus assez abondant, blanc, très lié, fétide. L'état général de la malade étant satisfaisant, on la laissa reposer trois jours, pendant lesquels on la nourrit convenablement et on lui fit prendre des bains généraux; lorsque les bains eurent nettoyé les parties génitales et favorisé l'écoulement du pus qui y séjournait, on constata par le toucher vaginal que la tumeur prenait supérieurement la forme d'un pédicule très allongé, plein, assez résistant et du volume du pouce d'un adulte. En suivant du doigt ce pédicule, on arrivait à un renflement circulaire, qui fut pris d'abord pour le corps de l'utérus renversé; mais après l'avoir abaissé à l'aide d'une pince de Museux, il fut facile de reconnaître le museau de tanche. Son orifice était libre, et on sentait très bien la lèvre postérieure; quant à la lèvre antérieure, qui faisait suite au pédicule, elle était allongée, déviée en avant et à droite, de telle sorte que l'orifice du col regardait en arrière et à gauche; cet orifice était peu dilaté. L'utérus, la vessie, le rectum ne présentaient rien de particulier. On fut convaincu qu'on avait affaire à une tumeur polypeuse, et on se décida à en faire de suite l'ablation.

En conséquence, le 2 septembre, la malade étant placée sur le bord d'un lit, couchée sur le dos, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, M. le professeur Dieulafoy saisit le col utérin avec des pinces de Museux, l'amena à la vulve et le fit maintenir par un aide; le pédicule du polype fut alors traversé très près du col par une aiguille armée de deux fils très forts, qui furent fortement serrés et noués l'un en avant, l'autre en arrière, formant ainsi une double ligature embrassant étroitement la tumeur; après quoi le pédicule fut coupé avec le bistouri immédiatement au-dessous des ligatures : il n'y eut pas une goutte de sang versée. La malade, rapportée dans son lit, n'éprouva aucun accident de toute la journée; il n'y eut ni fièvre, ni tension du ventre, ni douleurs abdominales, ni sensibilité à la pression. — Quart, deux riz, tisane d'orge.

Le lendemain son état fut aussi satisfaisant. — Mêmes prescriptions.

Le 4, on enleva les ligatures qui avaient été placées sur le pédicule, et qui n'avaient déterminé aucun accident; il n'y eut pas d'hémorrhagie.

A partir du 5, la malade se portait parfaitement, n'avait qu'un peu de pertes blanches, et mangeait autant qu'à son ordinaire sans inconvénient. Elle put sortir guérie le 5 septembre, cinq jours après avoir été opérée.

Examen de la tumeur au microscope. — Le lendemain de l'opération, la tumeur fut examinée au microscope par M. le docteur Joly, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse. La tumeur, qui était composée presque en totalité d'un tissu blanc, très dur, lardacé, criant sous le scalpel, présentait trois parties bien distinctes :

1° Une partie centrale entièrement formée par des fibres blanches, nacrées, très serrées, irrégulières, entrecroisées en sautoir et en divers sens, et présentant des étranglements et des dilatations en travers; on y voyait des vaisseaux sanguins assez nombreux, peu gorgés de sang et se détachant en jaune sale sur la blancheur des fibres;

2° Une partie disposée, en dehors de la précédente, en couche concentrique d'un centimètre et demi d'épaisseur, d'un rouge foncé; elle était constituée par des fibres blanches, grisâtres, disposées longitudinalement en faisceaux assez réguliers, peu serrés et coupés par des stries transversales. On y voyait des vaisseaux très nombreux, en réseau, très gorgés de sang et colorés en rouge foncé. En dehors de cette couche se trouvait une couche périphérique blanche qui présentait sensiblement les mêmes caractères que la partie centrale.

3° Enfin, une troisième partie, superficielle, très mince, sèche, était uniquement formée de cellules épidermiques, polyédriques, irrégulières; on ne pouvait y voir ni fibres, ni vaisseaux.

Cette observation ne présente pas de particularités bien remarquables, si ce n'est le volume peu ordinaire du polype, qui a fourni à M. Dieulafoy l'occasion de faire quelques remarques cliniques qui ne sont pas sans importance, au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique de cette affection.

Le diagnostic des polypes de l'utérus est d'ordinaire assez facile; dans quelques cas pourtant il présente une certaine difficulté, au point que des chirurgiens d'un haut mérite ont pu commettre des erreurs graves. Tout le monde connaît l'histoire de Dupuytren prenant un polype pour une matrice renversée, et ne reconnaissant son erreur qu'après avoir incisé la tumeur. Une méprise semblable pouvait avoir lieu dans le cas qui nous occupe, sans la précaution prise par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'abaisser l'utérus. En effet, ainsi qu'on l'a vu, le polype, dont le pédicule volumineux occupait tout le vagin, se prolongeait avec la lèvre supérieure du col utérin, dont toute trace avait disparu. Par suite du tiraillement exercé sur la lèvre supérieure, la lèvre inférieure était remontée et cachée derrière la première, se dérobant complètement au toucher, de sorte qu'au premier examen il fut impossible de trouver l'orifice du col, et l'on crut à un renversement de la matrice. Il importait cependant de préciser le diagnostic. Pour cela, l'utérus ayant été abaissé au moyen de la pince de Museux, et le polype dégagé, il fut facile de reconnaître la nature de la tumeur.

Quant au traitement chirurgical du polype, plusieurs méthodes ont été tour à tour employées et préconisées; trois seulement ont survécu : la cautérisation, la ligature et l'excision; encore la première est-elle à peu près abandonnée, au moins employée seule; combinée avec l'excision, elle peut très bien réussir si la tumeur n'a qu'un petit pédicule, et dans ce cas c'est la méthode la plus généralement suivie. Il n'en est pas de même lorsque le pédicule des polypes est volumineux ou qu'il est supposé contenir quelque gros vaisseau; la ligature est alors nécessaire. Tel est le cas de notre observation.

Dans cette circonstance, la tumeur était très volumineuse. M. Dieulafoy a regardé l'excision comme la méthode la plus sûre et la plus avantageuse; elle débarrasse de suite la malade de son infirmité, évite par conséquent le séjour au lit trop prolongé, et n'expose pas aux accidents consécutifs qui peuvent se développer à la suite de la ligature, tels que le sphacèle du polype, la décomposition, la résorption purulente, etc.; et, de son côté, le chirurgien peut quitter l'opérée sans aucune des préoccupations que la crainte de ces divers accidents fait naître.

En combinant ensemble la ligature et l'excision, M. Dieulafoy a profité des avantages des deux procédés sans en avoir les inconvé-

nients. La tumeur, par son poids, entraînait avec elle le tissu utérin et exerçait sur lui des tractions considérables; on pouvait craindre que, ce tissu se rétractant subitement après l'excision, l'artère plus ou moins volumineuse qu'on soupçonnait être contenue dans le pédicule ne remontât et ne se cachât dans l'épaisseur du corps de la matrice, échappant ainsi à l'action du cautère; aussi une ligature fut-elle jugée nécessaire. Quant à cette ligature, elle fut appliquée de manière à ne pouvoir glisser après la séparation du polype. Ainsi qu'on l'a vu, par le centre du pédicule fut passée une aiguille armée de deux fils très forts qui, embrassant chacun de son côté le pédicule, formèrent ainsi une double ligature circulaire, de façon à rendre impossible leur glissement après l'excision.

Il n'y a eu ni hémorrhagie, ni douleur, ni accidents inflammatoires, et la guérison s'est faite avec une simplicité et une rapidité remarquables. (*Gazette médicale de Toulouse.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA.

L'épidémie de choléra que nous venons de traverser, et qui, ainsi que nous l'avons dit, paraît heureusement terminée, puisque du 9 au 15 janvier il n'a été reçu dans les hôpitaux que *deux* nouveaux cas de choléra, et qu'aucun nouveau décès qui puisse être attribué à cette maladie n'a été constaté en ville; cette épidémie nous a amené un surcroît de matériaux tel, qu'il nous a fallu, malgré nous, négliger certaines matières, et qu'il nous a été impossible de nous occuper même des communications intéressantes et multipliées qu'ont bien voulu nous faire parvenir nos confrères de Paris et des départements.

Tout ce qui concerne le choléra offre cependant une grande importance; et comme cette grave maladie pourrait encore nous visiter ou éclater dans quelques-unes de nos villes, il est de notre devoir de ne négliger aucun des matériaux qui nous arrivent et qui présentent un intérêt pratique. Nous allons donc commencer aujourd'hui le dépouillement de notre volumineuse correspondance, en priant nos confrères de vouloir bien excuser le retard que nous leur avons fait éprouver, et qui est tout à fait indépendant de notre volonté.

Les communications que nous avons reçues sont si nombreuses et plusieurs si étendues qu'il nous serait impossible de les publier en entier; il est absolument indispensable de les analyser et de ne présenter que ce qu'elles ont de directement pratique. Nous serons nécessairement bref sur le reste et dirons surtout peu de mots des opinions théoriques sur la cause et la nature du choléra, qui sont examinées cependant par quelques confrères avec talent et originalité.

Avant de commencer cette revue, nous avons d'abord à faire connaître un travail fort intéressant, que M. Briquet vient de communiquer au *Bulletin de thérapeutique*, sur les faits observés en décembre dernier dans son service à la Charité et dont nous extrayons les passages suivants :

Malades traitées dès la première période. — Nous avons eu en tout trente-six malades à soigner. Sur ce nombre, dix ont pu être traitées pendant la première période; et parmi celles-ci, quatre étaient à l'hôpital pour d'autres maladies, lorsqu'elles ont été prises de la diarrhée blanche; les autres malades sont venues du dehors. Ces sujets ne présentaient pas autre chose que des selles liquides, blanches, presque sans coliques et avec du gargouillement.

Le traitement a consisté chez tous :

1° Dans l'emploi du laudanum de Sydenham, administré à la dose de 20 à 30 gouttes dans une cuillerée de tisane sucrée, prise en une seule fois dès le début du traitement;

2° Dans l'administration soit d'une potion gommeuse contenant de 30 à 50 gouttes de laudanum, qui était prise dans le courant des vingt-quatre heures (dans quelques cas, la dose de laudanum, prise par la bouche, a été portée jusqu'à 100 gouttes par jour dans 200 grammes de véhicule); soit de 10 à 15 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, divisé en quatre pilules données à six heures d'intervalle;

3° Dans la prise de quatre quarts de lavement émollient par jour, avec addition de 10 à 15 gouttes de laudanum par chaque lavement;

4° Enfin, dans l'usage d'une infusion de feuilles de menthe, et, chez les malades qui la supportaient mal, d'une décoction de riz ou de gruau sucrée et gommée.

Les malades étaient mises à la diète.

Voici le résultat de ce traitement :

Chez sept malades la diarrhée a été complétement arrêtée au bout de deux jours de traitement en moyenne (un jour et demi minimum, quatre jours maximum). Une de ces sept malades, cinq jours après la cessation de la diarrhée, s'est donné une indigestion, et dès le lendemain elle était tombée dans la période phlegmorrhagique.

La huitième malade était une femme de cinquante-huit ans arrivée au dernier degré de cachexie, suite d'un cancer ulcéré du rectum, chez laquelle la diarrhée n'a pu être arrêtée; la malade a passé à la période algide, pendant laquelle on n'a pu lui faire de traitement énergique, vu son état cachectique; elle est morte dans l'affaiblissement au bout de huit jours. Les deux dernières étaient deux femmes décrépites (61 et 70 ans); l'une était phthisique et a succombé au bout de vingt-quatre heures dans l'affaiblissement, après avoir présenté seulement une selle cholérique; la dernière était atteinte d'une colite chronique avec ulcérations très nombreuses du gros intestin, et a succombé treize heures après son entrée à l'hôpital, n'ayant d'autres phénomènes cholériques que quelques selles blanches avant son entrée dans notre service.

L'emploi des opiacés à cette dose assez élevée n'a produit le plus souvent aucun trouble particulier. Quelques malades ont mal toléré le laudanum et l'ont vomi; alors on y a substitué l'extrait gommeux d'opium. Ces vomissements n'ont jamais eu d'importance. Nous n'avons pas observé de sommeil extraordinaire, ni de pesanteur de tête; quelquefois la pupille a été très rétrécie, et il a existé du prurit. La convalescence a été assez prompte.

On pourrait tirer de ces résultats les conclusions suivantes :

La simple diarrhée cholérique, qu'on regarde comme ayant peu de gravité chez les sujets bien portants, peut être un accident grave chez des malades déjà fortement altérés par des maladies antécédentes, puisque deux malades sont mortes de cette simple diarrhée, qui ne datait que de quelques jours.

L'opinion générale, qui veut que dans les cas les plus ordinaires on arrête habituellement le choléra dans sa première période, est fondée, puisqu'on voit ici que chez tous les malades curables les accidents ont rapidement cessé.

Il est évident que dans ces cas la maladie a été arrêtée par le fait de la médication, car elle était à des époques très différentes les unes des autres quand on a commencé le traitement, et la guérison a eu lieu chez tous à peu près à la même époque du traitement.

L'opium peut donc à juste titre être considéré comme le remède spécifique de la première période, et comme étant doué de la faculté de faire avorter le choléra-morbus; car les autres parties du traitement, les boissons chaudes et la diète, ne doivent être regardées que comme des accessoires et des adjuvants. Le point essentiel est d'employer ce médicament avec une certaine énergie et sans tâtonnement, attendu que les doses qui suffisent pour arrêter la maladie sont insuffisantes pour provoquer des accidents de quelque importance.

Malades traitées à la deuxième période. — Huit malades sont entrées présentant les phénomènes de la période phlegmorrhagique, c'est-à-dire ayant des vertiges, de la titubation, de l'anorexie, des nausées ou des vomissements, la teinte de la face altérée, le pouls petit et fréquent. Une des malades de la série précédente a passé à cette période. Tous ces sujets étaient des femmes d'assez bonne constitution et jeunes; la plus âgée avait quarante-deux ans. Leur maladie datait d'une époque qui a beaucoup varié. Le minimum du temps écoulé depuis l'apparition de la diarrhée jusqu'au commencement du traitement a été de 1 jour; le maximum de 27, et la moyenne de 10 jours.

Le traitement s'est toujours composé :

1° De l'administration immédiate de la poudre d'ipécacuanha donnée à la dose de 15 à 18 décigrammes à prendre en deux fois, à quinze minutes d'intervalle, en facilitant l'action du vomitif par l'ingestion d'une grande quantité d'eau chaude. (Une seule malade n'a pas eu de vomitif; c'est la femme cancéreuse de laquelle il a été question dans le premier paragraphe);

2° Immédiatement après la cessation des vomissements provoqués par l'ipécacuanha, soit d'une potion de 50 gouttes de laudanum pour les douze premières heures, la potion étant répétée à 30 gouttes seulement pour les douze heures suivantes, de telle sorte que les malades prenaient deux potions : l'une de jour, contenant 50 gouttes, l'autre de nuit, contenant 30 gouttes; soit d'une solution d'acétate de morphine, dont la dose a été le plus habituellement de 3 à 5 centigrammes en vingt-quatre heures, et qui chez une malade a été graduellement portée jusqu'à 10 centigrammes;

3° De l'administration de quatre quarts d'un lavement émollient, additionnés de 10 à 15 gouttes de laudanum;

4° De l'usage d'une tisane qui a été soit une infusion de feuilles de menthe, soit de la limonade ou une solution de groseilles, et même quelquefois de la glace en fragments;

5° De l'application de larges sinapismes sur la région épigastrique deux fois par jour, après l'administration de l'ipécacuanha, chez une moitié des malades; et chez deux d'entre elles, de l'application d'un large vésicatoire sur cette région faite quelques jours après.

6° L'emploi des opiacés a été continué jusqu'à la cessation des phénomènes cholériques; on en a ensuite graduellement diminué les doses.

Voici les résultats de ce traitement :

1° Les vomissements ont été arrêtés définitivement chez sept malades le jour même de l'administration, et chez les deux autres les vomissements ont continué pendant deux jours, et n'ont cessé qu'après un second vomitif d'ipécacuanha. En général, les malades ont paru peu fatiguées après l'administration du vomitif, et nous n'avons pas remarqué qu'après la convalescence il y ait eu ni douleur de l'estomac, ni troubles gastriques appréciables.

2° Les troubles cérébraux ont cessé définitivement chez deux malades immédiatement après l'administration du vomitif, et chez les sept autres ils ont continué en moyenne pendant trois jours; encore ces troubles ont-ils dû être nécessairement augmentés par l'administration des opiacés; circonstances dont il faut tenir compte. Ils n'ont cessé que deux fois en même temps que la diarrhée cholérique; les autres fois la cessation a eu lieu un peu avant ou après.

3° La diarrhée cholérique a été arrêtée définitivement chez une malade immédiatement après le vomitif; chez six autres, deux jours après en moyenne; chez une malade, l'ipécacuanha a été donné quatre fois dans un laps de temps de quinze jours; à chaque fois, la diarrhée reparaissait; il y avait du vertige; la figure s'altérait; le pouls devenait petit et fréquent; tous les accidents ont été arrêtés définitivement aussitôt après le quatrième vomitif. Chez une autre malade, on a dû avoir recours à un second vomitif deux jours après le premier, à cause de la persistance des vomissements et de la diarrhée cholérique; les vomissements ont été arrêtés immédiatement après le dernier vomitif. Ces deux dernières malades ont éprouvé un sentiment de constriction à l'épigastre qui a nécessité l'application du vésicatoire; cette sensation pénible a été aussi tôt enlevée.

Toutes ces malades ont été complétement guéries; aucune d'elles n'a passé à l'état algide, et la convalescence, c'est-à-dire le moment où l'on a pu leur donner plusieurs bouillons par jour, est arrivée en moyenne quatre jours après le commencement du traitement; une seule, qui n'est pas comprise dans cette moyenne, n'est entrée en convalescence définitive qu'au bout de vingt-sept jours. La durée moyenne de leur séjour à l'hôpital a été de treize jours.

Le traitement mis en usage dans cette deuxième période a été plus énergique que celui de la première, parce que la maladie avait un degré d'intensité de plus et parce qu'il fallait remplir de nouvelles indications.

Nous avons employé le vomitif dès le début, dans la triple intention de déterminer une secousse salutaire, d'éliminer une certaine quantité de matières toxiques, et enfin d'arrêter la diarrhée; nous avons préféré la poudre d'ipécacuanha à l'émétique, à cause de la propriété bien connue qu'a l'ipécacuanha d'arrêter la diarrhée, tandis que le tartrate d'antimoine a l'inconvénient de la provoquer.

L'ipécacuanha a, comme on l'a vu, agi d'une manière héroïque; presque toujours il a suspendu les nausées et les vomissements, et a diminué l'intensité des troubles cérébraux en même temps que l'altération des traits de la face; certainement le jour même de l'administration du vomitif les malades ont été favorablement et très notablement modifiées : aussi le recommandons-nous comme l'un des moyens les plus énergiques que l'on puisse employer; nous ne lui avons reconnu aucun inconvénient, puisque nous avons été jusqu'à l'administrer quatre fois à la même malade, et chez elle nous n'avons trouvé ni gastralgie, ni dyspepsie, ni traces d'irritation gastrique; l'appétit est revenu chez elle comme chez les autres.

L'opium a été l'adjuvant obligé de l'ipécacuanha, et nous avons cherché, en continuant à stupéfier le système nerveux par des doses assez élevées de laudanum ou d'acétate de morphine, à rendre le système nerveux insensible à l'action du toxique cholérique. On a vu que l'opium n'augmentait pas notablement les phénomènes cérébraux dus au choléra : aussi n'avons-nous cessé son emploi que quand la diarrhée était complétement arrêtée.

Enfin, un dernier moyen, duquel nous avons tiré un excellent parti et qui ne nous a jamais manqué, est l'emploi de toxiques excitants sur l'épigastre; on sait que la sensation de compression et d'étouffement à l'épigastre est l'un des accidents les plus gênants pour les cholériques; il est rare que ce symptôme n'ait pas cédé très promptement à l'application de larges sinapismes ou de vésicatoires in-quarto sur la région épigastrique. L'effet de ces topiques était tellement manifeste que quelques malades eux-mêmes les demandaient.

Dans cette période, les boissons froides, et surtout les boissons à la glace, ont toujours été mieux acceptées que les boissons chaudes.

En conduisant ce traitement avec énergie, en répétant les vomitifs autant qu'il en est besoin et en élevant graduellement les doses d'opium, notre expérience nous porte à croire qu'on peut se rendre maître des accidents de la seconde période et arrêter le choléra à ce degré déjà avancé avec autant de certitude que dans la première période.

Si nous ne nous faisons pas illusion, c'est un progrès dans la thérapeutique qui sera dû à l'épidémie que nous venons de traverser. La précédente avait permis de constater que le médecin était le maître du choléra pendant la première période, celle-ci prouve qu'il peut l'être aussi dans la seconde. Malheureusement la période algide a été cette fois-ci, comme les autres, l'écueil de la thérapeutique.

Passons à notre revue :

Ainsi, M. Rabelleau (de Sully-sur-Loire), comparant le choléra à l'asphyxie par le gaz acide carbonique et rappelant le rapport de Hallé, en l'an XI, sur l'asphyxie des mineurs d'Anzin, voit la cause du choléra dans la présence d'un excès de gaz acide carbonique dans le sang, et propose comme moyen prophylactique et curatif les ferrugineux. Du reste pas de faits à côté de cette théorie ingénieuse.

— M. Lotte (de Béthune) voit dans le choléra une violente gastro-entérite à cause inconnue, avec sidération du système nerveux ganglionaire. Il conseille à l'intérieur l'eau glacée, et à l'extérieur les immersions dans l'eau chaude jusqu'à la réaction. Ce traitement a réussi sur lui-même en 1849 et sur huit malades algides dont aucun n'a succombé.

— M. Levittoux attribue le choléra à un cryptomage transmis par l'air. Il conseille ;

1° L'inspiration directe d'air saturé d'oxygène;

2° 6 à 8 gouttes d'ammoniaque dans un sirop fortement opiacé, tous les quarts d'heure chez les adultes;

3° Une à trois saignées du bras de 1 à 2 palettes chaque fois, conjointement avec des saignées capillaires à l'épigastre, sur les côtés du ventre et le long de la colonne vertébrale ;

4° Quelques minutes après chaque dose d'ammoniaque, une tasse de café fort, légèrement alcoolisé.

Avec cela, des sinapismes, des frictions, des vésicatoires.

— M. Goupil (de Montereau-Faut-Youne) a adopté pour traitement l'acide sulfurique dilué à la dose de 6 grammes, avec cyanure de potassium, 1 gramme, et eau, 80 à 100 grammes : une cuillerée après chaque vomissement. En outre, il fait appliquer sur le thorax et l'abdomen, en la couvrant d'un taffetas pour empêcher l'évaporation, la pommade suivante :

Chloroforme	24 grammes
Cyanure de potassium	20 —
Axonge	100 —
Cire	Q. S.

pour donner la consistance de pommade.

Ce topique doit rester vingt-quatre heures.

Dès que les vomissements sont arrêtés, M. Goupil donne la limonade sulfurique.

Si la diarrhée persiste, il ordonne le lavement suivant :

Acide sulfurique dilué	12 grammes
Chloroforme	10 gouttes
Eau	80 grammes

Quand les évacuations sont complétement arrêtées, il a recours aux ferrugineux.

— M. le docteur Cornay (de Rochefort), à propos des maladies qui compliquent le choléra, ou que le choléra complique, nous signale un cas de guérison d'une ascite avancée par l'invasion du choléra. Le fait s'est passé sous ses yeux en 1832, sur un forçat, au bagne de Rochefort.

— M. le docteur Mavel (d'Ambert) nous rappelle un fait qu'il nous a communiqué en 1849.

C'est une jeune fille de neuf ans, convalescente d'un rhumatisme aigu, dont les urines étaient restées albumineuses et parfois noirâtres. Tout à coup des convulsions éclatèrent, toute sécrétion d'urine fut supprimée, et la mort par asphyxie arriva après quelques vomissements de matières alimentaires seulement.

Ce fait viendrait à l'appui de l'opinion de M. Belon, qui attribue (Académie des sciences, séance du 12 décembre) à la suspension du travail éliminatoire des reins la source principale des désordres qui rendent si grave le choléra.

— M. Passerieu (de Villandraut) a observé dans sa commune, le 7 décembre dernier, trois cas où les symptômes cholériques ont été tellement tranchés qu'on ne pouvait se méprendre sur la nature de la maladie. Il a eu recours à des bouteilles d'eau chaude, à des frictions avec du vinaigre très chaud et aux opiacés à l'intérieur : 15 à 20 centigrammes d'acétate de morphine dans 96 grammes d'une potion, par cuillerée à bouche.

— M. Bertrand (de l'Isle-au-Mont, près Troyes) partage l'opinion de M. Gendrin sur l'incompatibilité du choléra avec certaines maladies épidémiques, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, et croit que pour éviter le choléra il serait bon de développer une affection de ce genre. Il conseille la belladone et les opiacés.

— M. Brochant, médecin-major au 4e cuirassiers, nous a adressé des considérations pleines d'intérêt sur les cas de choléra qui se sont déclarés en décembre 1849 sur un certain nombre de soldats de son régiment, dont quelques-uns sortaient des hôpitaux de Lyon. Il joint à ces considérations un fait que nous regrettons de ne pouvoir publier, et dans lequel l'administration de l'ipécacuanha à la dose d'un gramme en deux fois à un quart d'heure de distance réussit parfaitement sur un homme déjà affaibli cependant par une autre maladie. Il joint à ce moyen les frictions avec du vinaigre bouillant fortement additionné d'ail écrasé et de poivre en poudre sur tous les membres et le rachis, en ayant soin de ne pas découvrir le malade, et des cruchons d'eau bouillante.

Nous continuerons cette revue dans un prochain numéro.

CHOLÉRA GRAVE

traité par l'acide sulfurique dilué et l'essence de térébenthine en frictions sur le rachis. Guérison.

Par M. le Dr Bellencontre.

M. Girard, âgé de quarante-deux ans, maître tailleur, demeurant rue de la Cerisaie, n° 47 (9e arrondissement), doué d'une bonne constitution, nervo-sanguin, n'ayant jamais été malade ; mais depuis quelques mois qu'il habite Paris avec sa famille, il est sujet à un dérangement des voies digestives, dû probablement à son nouveau séjour dans la capitale, et peut-être aussi à l'absence presque totale des grosses molaires. Aussi est-il sujet à une diarrhée, maladie à laquelle il n'apportait aucun soin pour en arrêter l'intensité, nonobstant les observations qu'on lui faisait à cet égard.

Le mardi 27 décembre 1853, à midi, il fut atteint tout à coup de frissons, crampes, vomissements, refroidissement, surtout des extrémités inférieures; diarrhée intense, dont les produits étaient semblables à une décoction de riz. On remarquait sur les parois du vase duquel on avait décanté le liquide des corps étrangers que je ne puis mieux comparer qu'à des vers de fromage.

Lorsque j'arrivai, il était cinq heures du soir (cinq heures après l'invasion de la maladie) ; il éprouvait des crampes épouvantables, pouvait à peine parler; une sueur froide couvrait son visage ; le facies était hippocratique et fortement cyanosé ; pouls radial, filiforme et par moments nul ; suppression totale des urines ; le malade faisait sous lui sans s'en apercevoir, les vomissements devenaient de plus en plus fréquents, et sa prostration était telle qu'il ne pouvait sortir les bras du lit.

Devant un cas si grave, que devais-je faire ? Je vous l'avouerai, je me trouvais fort embarrassé : le matin, j'avais lu dans la *Gazette des Hôpitaux* la relation de M. Worms ; je prescrivis donc sans hésitation la limonade minérale comme ce praticien l'indique, c'est-à-dire : acide sulfurique, 20 grammes, pour 1 kilogramme d'eau, à prendre par cuillerée tous les quarts d'heure; je prescrivis simultanément des frictions avec l'huile essentielle de térébenthine sur tout le rachis jusqu'à complète rubéfaction et voire même jusqu'à vésication et je les fis répéter toutes les heures.

Après cette prescription, je quittai le malade, en faisant observer aux parents que très probablement il mourrait dans la nuit, la mort me paraissant imminente.

Le lendemain matin, à ma grande surprise, en revenant voir la femme et le fils, qui étaient l'un et l'autre en convalescence du choléra, et qui en avaient été atteints d'une manière moins intense, je trouvai mon malade de la veille au soir beaucoup mieux; les vomissements avaient complétement cessé, ainsi que les crampes, mais les selles étaient toujours fréquentes, copieuses, et semblables à une décoction de riz. Encore suppression des urines. Le pouls avait repris de la force. Le malade avait un peu reposé dans la matinée; mais la gorge et la langue étaient sèches. Soif inextinguible.

Comme j'avais à me louer de cette médication, je prescrivis le même traitement, ainsi que les jours suivants. Diminution toujours graduelle des symptômes. Le dévoiement a entièrement cessé quatre jours après le début de la maladie, et aujourd'hui jeudi 5 janvier le malade est au bouillon et aux potages.

Je puis donc considérer ce malade comme complétement guéri. Je ne doute pas que le succès que j'ai obtenu ne soit dû à l'emploi de l'acide sulfurique dilué et aux frictions d'essence de térébenthine sur la colonne vertébrale. Cette dernière médication n'est pas nouvelle; car je l'ai expérimentée dans deux cas de choléra où elle m'a rendu des services signalés dès le début de la maladie. N'ayant pas été appelé à voir d'autres cholériques, il m'a été impossible de l'essayer de nouveau ; aussi je me réserve pour plus tard, le cas échéant, de communiquer les observations de guérison que je pourrai avoir obtenues. Pour le moment, je rappellerai qu'en 1846 j'ai publié dans le *Bulletin général de thérapeutique*, et depuis d'autres praticiens, les succès vraiment surprenants de guérisons de fièvres intermittentes paludéennes ; c'est ce qui m'a conduit à employer ce même moyen dans le choléra ; car je ne doute pas que cette affection, dès le début, n'ait aussi son siége dans la moelle épinière. Je me réserve pour plus tard à développer mon opinion relativement au siége et au traitement de ces deux maladies, lorsque j'aurai recueilli les observations suffisantes pour asseoir une théorie raisonnable.

Le but que je me propose aujourd'hui est d'apporter un fait irrécusable de guérison que je ne balance pas à attribuer tout à la fois à la médication de M. le docteur Worms et à l'emploi de l'essence de térébenthine par la méthode iatraleptique.

HYPOSPADIAS, OU HERMAPHRODISME APPARENT,

Vice de conformation remarquable des organes sexuels observé sur un enfant de douze ans ;

Par M. le Dr Costilhes, médecin-adjoint de St-Lazare.

Le fait dont je vais donner la relation, je le dois à l'obligeance de mon honorable confrère M. le docteur Collineau, médecin de Saint-Lazare. Il a bien voulu m'avertir, il y a six mois environ, qu'il avait dans ses salles une enfant, du nom de Gautier (Marie-Estelle), envoyée à la maison d'arrêt sous l'inculpation de vagabondage, qui offrait un cas remarquable de vice de conformation des organes génito-urinaires.

Depuis cette époque, j'ai pu l'examiner de nouveau, et faire exécuter par M. Villevieille, peintre distingué, un croquis qui est aussi exact que possible.

Cette prétendue fille est l'aînée de quatre enfants, filles et garçons ; mais les parents avaient eu avant elle une fille, décédée peu de temps après sa naissance, qui, assurent-ils, portait la même conformation.

Lorsqu'on la découvre, elle a toute l'apparence d'un garçon, bien qu'elle ait toujours porté les vêtements d'une fille. Elle est âgée de douze ans, a les cheveux brun foncé et la taille ordinaire d'un enfant de cet âge.

En procédant de l'extérieur à l'intérieur, voici ce qu'à l'examen on remarque :

1° Un pubis plat comme chez l'homme, recouvert de poils noirs, nombreux et longs, s'étendant sur la partie interne; des cuisses non arrondies, bien musclées et recouvertes, ainsi que les jambes, de poils de même couleur.

2° Le bassin est plutôt étroit que développé. Le ventre est dur et proéminent.

3° Un pénis parfaitement développé, sauf un hypospadias (la paroi inférieure du canal de l'urètre manque complétement) de 4 centimètres de longueur et ayant la grosseur de la première phalange du doigt médius. Le gland, long d'un centimètre et demi, est à découvert, avec couronne et prépuce très court; on dirait d'un circoncis; cependant il peut être ramené sur le gland. Ce dernier est bien conformé, du reste, quant à sa face antérieure ; à la face inférieure et à son extrémité, on remarque la fossette où s'ouvre ordinairement l'orifice externe de l'urètre. Sur la longueur de cette face on distingue manifestement les vestiges du canal urétral et les orifices obliques, ou sinus de Morgagni, comme dans l'urètre chez l'homme.

Le pénis est susceptible, dans l'érection, de prendre un développement double de l'état normal.

Couché, le pénis forme avec le ventre un angle obtus et est le siége de mouvements en avant et en haut, chaque fois que l'enfant fait un petit effort ou une contraction abdominale. Cette circonstance est rare, car dans le cas d'hypospadias le pénis a en général une direction opposée; il se courbe à la manière d'un clitoris un peu développé, et forme en quelque sorte un opercule sur le méat urinaire.

4° Lorsqu'on écarte les cuisses, on ne voit pas de scrotum, et par conséquent aucune trace de testicules. On remarque alors une espèce de vulve, ou plutôt une petite et mince lèvre, entièrement cutanée, qui règne de chaque côté de la paroi supérieure du canal. Cette membrane, qui a son plus grand développement au niveau de la racine de la verge, et qui forme en cet endroit un pli prononcé, s'écarte de la ligne médiane à mesure qu'elle approche du méat urinaire, au-dessous duquel elle disparaît et se confond avec la peau du périnée; de telle sorte qu'en rapprochant ces deux membranes ou petites lèvres, on reconstruit complétement un canal. Peut-être réussirait-on, en avivant ces parties, à former un vrai canal de l'urètre.

C'est sans doute cette apparence de petites lèvres qui en a imposé à la sage-femme : elle aura en effet pris la verge pour le clitoris; d'où la déclaration d'une fille à la mairie de la Villette.

Au-dessous de la racine de la verge, au niveau du bord inférieur du pubis, s'ouvre le méat urinaire. Cette ouverture, taillée en biseau de bas en haut, est légèrement froncée ; la muqueuse en est lisse et bien lubrifiée. Elle permet aisément l'introduction du petit doigt. On peut alors sentir une surface molle, arrondie, que quelques confrères avaient prise d'abord pour un col de l'utérus. Mais si on examine le canal au moyen d'une sonde de femme en argent, on arrive, après avoir parcouru 3 centimètres de longueur, à une cloison membraneuse médiocrement développée en forme de cul-de-sac, en avant et en haut duquel on trouve l'ouverture du col de la vessie, dans laquelle pénètre facilement la sonde, et d'où s'échappe un fort jet d'urine.

Le périnée, mesuré du méat urinaire à l'anus, a 7 centimètres de long.

5° Le toucher rectal permet de constater en avant, au niveau de la vessie, une petite tumeur allongée, de forme ovoïdale, indolente, que le doigt ne peut parfaitement limiter; elle est située entre la vessie et le rectum. Quelle est cette tumeur? quelle en est la nature? Est-ce un rudiment d'utérus? sont-ce des testicules? Question difficile, pour ne pas dire impossible à résoudre quant à présent.

On ne sent aucun corps ovoïde ou arrondi dans les régions inguinales.

Pour compléter cette description, j'aurais désiré avoir des détails qui seraient importants à connaître au point de vue physiologique. Cet enfant est-il susceptible de désirs vénériens? est-il capable d'éjaculation? Mais, eu égard à son adolescence, il ne m'a pas été donné de pousser trop loin mes investigations. L'enfant, du reste, s'obstine à garder un silence absolu à toutes mes questions.

6° Notons en outre la teinte générale de la peau, qui est terne et bistre. Le front et les tempes sont couverts d'acné sébacéa. Le timbre de sa voix est dur et un peu rauque ; elle a une voix de contr'alto, c'est-à-dire l'indice d'un individu à sexe incomplet ou infécond. Il résulte en effet des nombreuses observations faites par M. Alexis Azevédo que les personnes qui ont ce genre de voix sont ou hermaphrodites ou castrats. (*Physiologie musicale inédite.*)

Quant à sa démarche, c'est celle d'un garçon.

Enfin, il ne porte aucune trace de glandes mammaires. Le mamelon est bien dessiné, et est entouré de nombreux follicules. Il serait curieux toutefois d'examiner de nouveau cet enfant à l'époque de la puberté, pour connaître quelle modification elle apportera dans son organisation. J'ajouterai qu'à Saint-Lazare, Gautier fréquentait de préférence une certaine détenue. Son père avoue que son enfant paraît avoir une prédilection pour le sexe.

En résumé, ce fait intéresse sous plus d'un rapport et la médecine légale et l'autorité municipale. Pour moi, Gautier me paraît être, jusqu'à plus ample informé, un garçon à qui il faudrait refaire un acte de naissance ; car il y a eu évidemment une fausse déclaration : il y a erreur à l'égard du sexe.

Cet enfant se trouve donc dans le cas prévu par la loi relativement aux cas de nullité de mariage. (Code Napoléon, art. 180.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 janvier 1854. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Traitement du cancer. — M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. le docteur Crusell (de Moscou) relatif à un nouveau traitement du cancer. (Commission des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine. — M. Hoursolle (de Bayonne) adresse l'état des vaccinations pratiquées à Bayonne en 1853. (Commission de vaccine.)

Service médical de l'hôpital thermal militaire de Vichy. — M. Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy,

envoie un supplément à ajouter au rapport qu'il a adressé à l'Académie en décembre dernier sur les maladies observées dans cet hôpital pendant la saison de l'année 1853. (Commission des eaux minérales.)

Emploi thérapeutique du phosphate de chaux. — M. Piorry, à l'occasion du dernier rapport de M. Bouchardat sur le mémoire de M. Mouriès relatif à l'emploi du phosphate de chaux dans l'alimentation des enfants et des nourrices, réclame contre le silence que l'auteur et le rapporteur ont gardé à l'égard de ses recherches sur ce sujet, qui se trouvent consignées :

1° Dans plusieurs numéros de la *Gazette des Hôpitaux ;*

2° Dans le *Traité de médecine pratique*, t. VIII, articles Rachisomalaxie et Rachisophymie ;

3° Dans l'avant-propos de l'*Atlas de plessimétrie ;*

4° Dans le mémoire qu'il a lu il y a plus d'un an à l'Académie des sciences relativement à la curation de plusieurs lésions du rachis dites mal de Pott au moyen du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium, etc.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit au nom de la commission des eaux minérales trois rapports officiels :

1° Sur les eaux de Dammartin-sur-Tigeaux (Seine et-Marne). L'analyse, dit M. le rapporteur, n'ayant fait découvrir dans cette eau rien qui puisse justifier des propriétés médicales réelles, la commission propose de déclarer qu'il n'y a pas lieu jusqu'à présent d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source. (Adopté.)

2° Sur l'eau minérale de Grandref (Puy-de-Dôme). L'analyse de cette eau a fait reconnaître qu'elle est de la classe des eaux acidules gazeuses carbonatées. Ses propriétés médicales ont d'ailleurs été constatées depuis longtemps. Il y a lieu, en conséquence, d'accorder l'autorisation de l'exploiter. (Adopté.)

3° Sur une nouvelle source découverte à Aulus (Ariége), source dont l'eau est entièrement assimilable à celle des sources déjà connues de cette localité, et qui doit être rangée parmi les eaux sélénito-magnésiennes, dont elle a toutes les propriétés. Il y a lieu, en conséquence, d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

— Le même rapporteur lit un quatrième rapport sur un mémoire de M. Poggiale relatif à l'eau ferrugineuse d'Orezza (Corse). M. le rapporteur demande le renvoi du mémoire de M. Poggiale au comité de publication, et propose, en outre, d'adresser des remercîments à l'auteur pour son intéressante communication. (Adopté.)

Dents et dentiers en pâte minérale. — M. Malgaigne lit pour M. Oudet un rapport sur un mémoire de M. Didier intitulé *Des dents et dentiers en pâte minérale.* M. le rapporteur propose de déclarer qu'il y a un progrès réel apporté par M. Didier dans la fabrication des dentiers en pâte minérale, et en conséquence il propose :

1° D'écrire à M. Didier une lettre de remercîments pour sa communication ;

2° De déposer honorablement son mémoire dans les archives.

M. Robinet demande si M. Didier a donné son procédé tout entier, s'il n'en a rien gardé de secret. Dans ce dernier cas, il voudrait qu'on fût moins approbatif dans les conclusions.

M. Velpeau voudrait qu'on fût plus circonspect et qu'on se tînt un peu sur ses gardes à l'égard de conclusions approbatives dont on peut faire un si facile abus. N'est-il pas à craindre que ces conclusions ne soient reproduites dans un prospectus ?

M. Oudet déclare que, quel que soit le parti que l'auteur doive tirer du rapport, il n'y changera rien.

M. Londe. Quand une chose est juste et bonne, il faut le dire.... Mais il y a dans le rapport quelques passages qui sont peut-être un peu trop louangeurs et qui tendraient à faire croire que ce procédé est supérieur à tout ce qui a été fait en ce genre jusqu'à présent. Il y aurait peut-être lieu à modifier ces passages.

M. Oudet lit les passages auxquels M. Londe a fait allusion et persiste dans le maintien de ses conclusions. Placé en face de mon devoir comme rapporteur, dit-il, je le répète, quelque usage qu'on en doive faire, je maintiens tout entière l'appréciation que renferme mon rapport.

M. Velpeau s'élève avec énergie contre cette doctrine, et il maintient que, lorsqu'il y a lieu de présumer qu'on se prévaudra des conclusions d'un rapport dans un intérêt industriel, il faut se montrer d'une extrême sévérité.

M. Oudet. Lorsqu'un procédé soumis à l'examen de l'Académie est trouvé bon, il faut le dire sans hésiter. Le reste ne nous regarde pas. Or le procédé de M. Didier est évidemment un progrès. L'Académie ne peut le contester. Il n'y a pas de raison qui doive empêcher de le déclarer.

M. Londe. M. Oudet a-t-il constaté expérimentalement et sur plusieurs personnes les bons effets de ce procédé?

M. Oudet répond qu'il n'aurait pas donné son approbation à ce procédé sans l'avoir vu appliquer.

M. Malgaigne comprend la susceptibilité de M. Velpeau, et il s'y associe ; cependant il comprend aussi l'insistance de M. le rapporteur à défendre les conclusions de son rapport, qu'il apprécie d'ailleurs comme membre de la commission. Il pense qu'on peut tout concilier, et voici comment : c'est, sans juger le procédé comparativement, de se borner à déclarer qu'il y a un véritable progrès dans la confection des dentiers en pâte minérale, et de modifier quelques-uns des passages du rapport où est établie cette comparaison.

M. Oudet consent à modifier son rapport dans ce sens.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Glycérine. — M. Cap, correspondant de l'Académie, lit un mémoire sur la glycérine et ses applications aux différentes branches de l'art médical.

L'auteur énonce en ces termes les ressources que cette substance peut présenter à la médecine :

La glycérine lubrifie et assouplit notablement les tissus organiques ; ajoutons qu'elle s'est montrée favorable dans la plupart des affections de la peau. C'est ce qui a été constaté récemment par une multitude de praticiens. Leurs observations ont montré que la glycérine pénètre facilement dans les pores de la peau, assouplit cet organe et maintient à sa surface, en vertu de sa propriété hygrométrique, une sorte d'humidité permanente très propre à combattre la sécheresse et l'épaississement du derme. Elle cicatrise les fissures, les crevasses de la peau, lui conserve sa souplesse et en calme l'irritation.

M. le docteur Trousseau a constaté généralement les excellents effets de la glycérine dans les affections superficielles de la peau, notamment dans le prurigo qui se rattache à une affection dartreuse. C'est ainsi qu'il se rend compte de l'efficacité reconnue de cette substance dans certaines maladies de l'oreille qui tiennent à une irritation cutanée prolongée de l'extérieur à l'intérieur de l'appareil auditif.

La glycérine, suivant ce professeur, convient dans toutes les affections de la peau qu'irriteraient l'emploi des corps gras ou les applications excitantes. Le même médecin se loue surtout de son usage dans les phlegmasies cutanées de nature prurigineuse qui affectent souvent d'une manière si persistante et si douloureuse les parties génitales, l'anus ou leurs annexes. M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fait un fréquent et heureux emploi de la glycérine dans l'eczéma, le zona, l'acné, l'ichthyose, et en général dans toutes les maladies de la peau dont le principe ne réside pas essentiellement dans l'altération des grands appareils internes. Il trouve dans ce cas la glycérine bien préférable aux cosmétiques irritants si préconisés, comme l'huile de cade, l'eau de goudron, et surtout aux solutions de sublimé corrosif.

La pharmacie n'est point restée en arrière. Les diverses propriétés de cette substance la rendent propre à constituer, suivant M. Cap, un nouvel et précieux excipient qui viendrait s'ajouter à la liste des corps de cette nature dont l'art peut disposer, et qui tiendrait le milieu entre l'eau et l'huile. Elle a, en outre, la propriété de dissoudre et de suspendre les alcaloïdes végétaux. En résumé, M. Cap pense que la glycérine pourra servir à constituer un nouvel ordre de médicaments, soit officinaux, soit magistraux, dans lesquels elle jouera le rôle d'excipient.

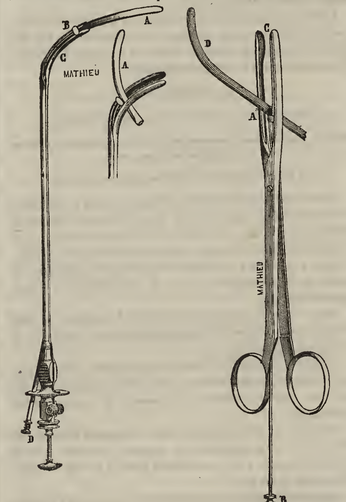
— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 janvier 1854. — Présidence de M. Roux.

Sur les moyens d'extraire de la vessie les corps étrangers autres que les pierres et leurs débris. — M. Le Roy-d'Etiolles lit sous ce titre un mémoire dont nous reproduisons l'extrait suivant :

« Les corps arrivent dans la vessie tantôt par les voies naturelles, tantôt par des blessures; les premiers ont en général une forme allongée, et leur diamètre est inférieur à celui du canal par lequel ils ont pénétré : ce sont ordinairement des fragments de sondes, d'instruments brise-pierres, des tiges de fer, des épingles à cheveux, etc. Les instruments que j'ai imaginés pour opérer l'extraction de ces différents corps agissent de deux manières différentes : ils ploient, en dirigeant leurs pointes en arrière, les tiges assez minces pour passer en double dans l'urètre ou dans un tube. Quant aux corps trop volumineux pour sortir ainsi ployés en deux, les instruments les saisissent, les font pivoter sur eux-mêmes s'ils sont pris en travers et les placent dans la



direction de l'urètre qu'ils doivent parcourir. Cet effet est produit par de petites barrettes transversales semblables à de petits rateaux qui glissent sur les bords des gouttières dont sont creusées les pinces, lesquels râteaux, mus par de longues tiges, se prolongent à l'extérieur, poussent le corps jusqu'à l'extrémité de la pince, dont les gouttières, coupées obliquement et échancrées d'un côté, favorisent le mouvement de bascule. Ces râteaux et cette coupe oblique des gouttières s'adaptent à toutes les pinces, mais plus particulièrement à celle en forme de brise-pierre, qui est la plus usitée pour l'homme, et à la pince à anneaux, qui convient pour les femmes.

» J'obtiens encore le pivotement, le placement en long et la sortie des corps allongés par d'autres mécanismes. Un tube droit ou courbe est échancré en gouttière dans une certaine longueur; sur le bord de cette gouttière glisse un crochet demi-annulaire qui peut dépasser le bord du tube en obéissant à l'impulsion et au tirage d'un fil de fer; ce demi-anneau accroche la tige à extraire, la fait basculer sur le bord de la gouttière, l'y couche et l'amène au dehors.

» Je rapporte dans mon mémoire de nombreux exemples de succès obtenus avec ces divers instruments. L'un des plus remarquables est celui d'un général qui avait rompu dans sa vessie une grosse bougie de gutta-percha, pour l'extraction de laquelle quarante-trois tentatives infructueuses avaient été faites par un des plus célèbres chirurgiens spécialistes. Avec mon extracteur à *crochet* semi-annulaire, dès la première application que j'en ai faite, j'ai retiré ce corps étranger. »

M. Le Roy-d'Etiolles présente encore des considérations et des résultats d'expériences sur l'application de l'électro-magnétisme et de l'extraction de fragments d'instruments litbotribes rompus dans la vessie ; il résulte de ces expériences que, pour produire une adhérence suffisante entre le cathéter en fer ou entre le mandrin de la pince à gaîne qui passent dans la bobine creuse autour de laquelle s'enroulent les fils conducteurs, il ne faut pas moins de 25 à 30 couples de la pile de Bunlzer. (Commissaires, MM. Velpeau et Lallemand.)

De la belladone dans les maladies des yeux.

M. le docteur Magne nous adresse, à l'occasion de l'intéressant mémoire de M. Bouquet sur l'emploi de la belladone dans l'iritis (*voir* le n° du 12 janvier), quelques réflexions dont nous extrayons la partie pratique.

Suivant notre honorable confrère, « la belladone est un médicament » dont on abuse en ophthalmologie », et il ajoute plus loin : « Si l'on » a contesté son utilité (de la belladone) dans l'iritis, c'est qu'on ne l'a » pas employée d'une manière convenable, ni à des doses suffisantes, » ni avec assez de persévérance. »

1° De ce que certain praticien croit devoir conseiller dans presque toutes les affections oculaires l'usage de la belladone, il ne s'ensuit pas *qu'on abuse de ce médicament en ophthalmologie.*

2° « Si l'on a contesté l'utilité de la belladone dans l'iritis, c'est » qu'on ne l'a pas employée d'une manière convenable, ni à des doses » suffisantes, ni avec assez de persévérance. »

Quant à cette proposition, je partage entièrement l'opinion de notre confrère, non pas cependant d'une manière absolue.

Dans les iritis traumatiques, par exemple, y compris les iritis qui suivent l'opération de la cataracte par abaissement, la belladone, employée avec toute l'intelligence et le soin possibles, n'arrête pas toujours les adhérences.

S'agit-il, au contraire, d'iritis syphilitiques, la belladone constitue un moyen héroïque; je ne l'ai pas vue échouer une seule fois quand l'iritis n'était pas compliqué d'autres accidents. Seulement, à l'usage local de la belladone j'associe l'emploi de pilules dont nous sommes redevables à notre savant confrère et ami M. Ricord, et dont je crois devoir rappeler la formule, qui, bien que publiée depuis longtemps, n'est pas assez répandue ; la voici :

Proto-iodure de mercure. . . .	ãã 3 grammes.
Thridace.	
Poudre de feuilles de belladone. .	
Extrait thébaïque..	1 —

M. pour 60 pilules.

Je proclame donc hautement l'utilité de la belladone dans certaines espèces d'iritis; mais j'établis aussi une restriction : à quoi cela tient-il ? A ce qu'on ne se rappelle pas assez que l'iris se compose d'une séreuse antérieure et postérieure et d'un parenchyme ; d'où les iritis séreuses et parenchymateuses.

Il est un autre point pratique des plus importants, c'est la manière d'employer localement la belladone. J'appuie sans restriction l'avis de notre honorable confrère de Marseille à ce sujet. Toute friction sur la base de l'orbite est nulle, si les cils ne viennent conduire l'extrait de belladone sur la conjonctive. Je professai une autre opinion jadis; mais des faits nombreux et répétés m'ont prouvé que la belladone ne dilate la pupille qu'autant qu'elle pénètre entre les paupières ou qu'elle est employée à haute dose à l'intérieur.

La belladone doit être employée dans les maladies des yeux toutes les fois qu'une iritis peut être redoutée (à plus forte raison quand elle existe), et quand même l'iritis ne serait pas certainement à craindre, toutes les fois qu'une inflammation empêchera le chirurgien de constater l'état de l'iris. Ainsi, avant et après l'opération de la cataracte, dans toutes les ophthalmies traumatiques, dans les kératites et les ophthalmies purulentes.

Quant à la manière d'employer la belladone à laquelle je donne la préférence, parce qu'elle agit le mieux, c'est celle qui consiste à introduire entre les paupières gros comme une tête d'épingle d'extrait ramolli par l'addition d'un goutte d'eau ; l'absorption a le temps de se faire, tandis que la solution belladonée a l'inconvénient d'être expulsée trop promptement avec les larmes.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 20 février 1854, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à une place de pharmacien dans l'un des hôpitaux de Paris.

Les personnes qui voudront être admises à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire avant le mercredi 1er février 1854. *Le secrétaire général,*

Signé : L. Dubost.

Nous nous empressons d'informer nos confrères qu'à partir de ce jour ils pourront avoir à notre bureau des collections reliées de l'année 1853.

Les anciens abonnés qui auraient perdu des numéros de 1853 ou des années antérieures, et les nouveaux souscripteurs qui voudraient compléter l'année 1853, sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix de ces numéros est fixé à 10 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat, soit en timbres-poste.

Le prix des années antérieures à l'année courante est toujours de 12 francs.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 9. — SAMEDI 21 JANVIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 9. — SAMEDI 21 JANVIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvres intermittentes traitées avec succès par l'acide tartrique uni au sulfate de quinine, ou sulfo-tartrate de quinine.

Nous avons vu expérimenter il y a peu de temps, à l'Hôtel-Dieu, un nouveau mode de traitement des fièvres intermittentes qui aurait pour double avantage, si l'avenir confirmait les résultats déjà constatés, de joindre l'économie à l'efficacité, tout en continuant de mettre à profit l'action du quinquina, ce problème tant cherché depuis si longues années, et qui n'a encore été qu'incomplétement résolu. Il s'agit de l'association à doses égales du sulfate de quinine avec l'acide tartrique.

M. le docteur Raymond Bartella, à qui revient cette idée et qui a publié un travail très étendu sur ce sujet, s'est livré à de nombreuses expériences, desquelles il a cru pouvoir conclure : 1° que le sulfate de quinine associé à partie égale d'acide tartrique est plus actif à même dose que le sulfate de quinine seul ; plus avantageux dans la pratique, à cause de la dose moindre par laquelle on peut triompher d'un accès quelconque de fièvre intermittente ; préférable, sous le rapport économique, au sulfate de quinine, qui est cependant la moins chère de toutes les préparations de quinine ; 2° que la dose minimum à laquelle le sulfate de quinine associé à l'acide tartrique peut être administré, ou la dose économique de ce fébrifuge, peut être évaluée en général à la moitié de celle du sulfate de quinine, qui est néanmoins la plus active de toutes les préparations de quinquina.

Il importait de vérifier cliniquement, et par de nouvelles épreuves faites en d'autres lieux et dans des conditions climatologiques différentes, la vérité des assertions et l'exactitude des faits avancés par M. Bartella. C'est M. Aran qui s'est imposé cette tâche.

Voici les résultats qu'il a constatés dans deux cas de fièvre intermittente qu'il a eu l'occasion de traiter à un court intervalle l'un de l'autre, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis, dont il était chargé.

Le premier de ces deux malades est un jeune homme de vingt-quatre ans, d'une bonne santé habituelle, qui avait contracté une fièvre tierce. Au moment de son entrée à l'hôpital, il avait eu trois accès d'une extrême violence, et qui avançaient chaque fois d'une heure sur le précédent. Le quatrième accès, qu'il eut à l'hôpital le jour de son entrée, fut aussi intense que les autres. Le frisson dura une heure et demie, la chaleur et la sueur deux heures et demie environ. Un autre accès semblable eut lieu le surlendemain. M. Aran prescrivit alors 60 centigrammes de sulfate de quinine et autant d'acide tartrique, à prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. L'accès parut, mais le frisson fut peu intense, et la période de chaleur et de sueur ne dura que trois quarts d'heure. Nouvel accès, mais sans frisson ni sueur, accusé seulement par un peu de chaleur et de céphalalgie pendant trois quarts d'heure. (Seconde dose de sulfo-tartrate de quinine, 40 centigrammes de chaque.) L'accès suivant manqua complétement, et à dater de ce moment le malade fut entièrement guéri.

— Le second malade, âgé de dix-neuf ans, était atteint d'une fièvre quarte dont il était tourmenté déjà depuis plusieurs semaines lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu pour se faire soigner. Un accès eut lieu le lendemain de son entrée, avec un violent frisson suivi d'une chaleur vive et d'une abondante transpiration ; second accès trois jours après, aussi fort et aussi long que le premier. Dans l'intervalle, on avait constaté l'augmentation de volume de la rate, qui avait de 16 à 18 centimètres de long. (Ce sujet avait eu déjà, à plusieurs reprises, des accès de fièvre tierce ; il avait le teint pâle, cachectique, et était très affaibli.) M. Aran prescrivit immédiatement après son second accès 1 gramme de sulfate de quinine et pareille dose d'acide tartrique à prendre en trois fois, à une heure d'intervalle.

L'accès suivant manqua complétement, et il ne s'en reproduisit plus à dater de ce moment. Après quelques jours d'un régime analeptique, le malade put quitter l'hôpital en parfait état de santé.

Ces deux faits, le dernier surtout, viennent, comme on le voit, à l'appui des propositions soutenues par M. Bartella. C'est à d'autres expérimentateurs de profiter à leur tour des occasions qu'ils auront pour ajouter à ces deux faits le contingent de leurs propres observations.

Hémiplégie faciale survenue à la suite d'un phlegmon de la région parotidienne.

Au n° 17 des salles de M. Nélaton est couchée une femme qui présente une affection remarquable. Elle est venue à la Clinique avec un vaste abcès de la région parotidienne. Elle raconte qu'il y a quarante jours elle fut prise d'un érysipèle de la face. Son dire a de la valeur, car à certaines époques de sa vie elle a été sujette à des érysipèles de la face ; c'est donc une maladie qu'elle connaît bien. La face, dit-elle, devenait très grosse, et la tuméfaction des paupières était telle qu'elle l'empêchait de voir. Ces accidents passaient au bout de neuf jours ; mais ils duraient plus longtemps si elle avait le malheur de s'exposer à l'air avant d'être guérie. Ce n'est que depuis quatre ans, époque où elle s'est mariée, que les érysipèles ont cessé.

Il y a quarante jours, un nouvel érysipèle s'est montré à la région parotidienne du côté gauche, et s'est étendu à la face. La malade prétend que c'est la source de tous ses maux actuels, quoique cependant le siége de la plaie soit opposé à celui où l'érysipèle s'est primitivement développé.

A la région parotidienne du côté droit on constate une plaie très irrégulière présentant des enfoncements qui vont dans diverses directions, des décollements de téguments qui se portent, l'un en bas, dans la direction du muscle sterno-mastoïdien, au-dessous duquel il y a un sinus assez profond qui renferme du pus ; l'autre vers le condyle de la mâchoire ; un autre enfin vers la région malaire. Le fond de cette plaie est tapissé par une couche granuleuse qui semble différente dans certains points, et pourrait être confondue avec le tissu propre de la glande parotide. Une partie de la plaie correspond au muscle masséter. On a reconnu, en engageant la malade à serrer la mâchoire et à contracter le masséter, que l'aspect granuleux de cette partie n'était pas constitué par la glande parotide.

En arrière de la mâchoire il y a une partie granuleuse qui correspond si bien à la plaie de la glande parotide, qu'on pourrait croire que c'est la glande elle-même. Dans une autre partie, qui correspond à la base du condyle de la mâchoire, on a trouvé l'os dénudé. De plus, la face présente une déviation qui la porte vers le côté sain, le côté gauche ; il y a là tous les signes d'une hémiplégie faciale. Les paupières de l'œil droit sont toujours entr'ouvertes. La paupière inférieure est constamment abaissée ; à tel point qu'à la partie interne il y a ectropion. La paupière supérieure est complétement privée du mouvement d'abaissement.

Voilà une maladie qui date de longtemps déjà. La paupière ne pouvant pas se fermer, le globe de l'œil est soumis à une exposition prolongée à l'air, et cependant il n'y a pas d'irritation de la conjonctive ; mais si cela persiste il se développera, comme cela a lieu habituellement, une inflammation, une kératite. On a pu observer ce fait chez un jeune homme qui est venu récemment dans les salles de M. Nélaton pour se faire traiter d'un ectropion des deux paupières de l'œil droit, survenu à la suite d'une gangrène de ces deux voiles oculaires. L'œil étant toujours ainsi exposé au contact de l'air, il s'est développé une kératite plastique, et le malade a complétement perdu la vue de ce côté.

Chez notre sujet, il y a une déviation du nez ; la joue droite ballotte, est inerte ; la bouche est portée à gauche.

Il est sans exemple qu'un érysipèle de la face ait amené des désordres pareils ; il y aura eu sans doute un érysipèle facial sous l'influence d'une disposition générale mauvaise, puis une inflammation de la glande parotide et du tissu cellulaire adjacent, dénudation de l'os maxillaire inférieur et, ce qui est plus curieux, une *destruction du nerf facial* qui a produit l'hémiplégie. Cette destruction des nerfs dans les foyers phlegmoneux n'est pas un fait commun, c'est même une exception assez rare qu'il est bon de signaler.

A. L.

FEUILLETON.

LA LÉGION D'HONNEUR ET LE CORPS MÉDICAL.

L'*Annuaire de l'ordre impérial de la Légion d'honneur* a été publié en 1853 pour la première fois depuis la fondation de l'ordre en 1804. Il renferme 52,709 noms répartis de la manière suivante :

L'Empereur et sa famille	3
Grand'croix	57
Grands officiers	214
Commandeurs	997
Officiers	4,633
Chevaliers	46,805

Il nous a paru curieux de faire un relevé de celles de ces nominations qui ont eu pour objet des membres du corps médical et des membres de l'Institut qui appartiennent à l'Académie des sciences.

On n'en compte aucun parmi les grand'croix ; presque tous les membres de cette catégorie sont ou des généraux, ou des hommes qui ont occupé de hautes positions politiques : ministres, ambassadeurs, etc.

Dans la classe des grands officiers nous trouvons six membres de l'Académie des sciences, MM. Arago, Beautemps-Beaupré, Ch. Dupin, Gasparin, Poinsot et Thénard.

Les commandeurs comptent douze médecins, MM. Alquié, Bégin, Clot-Bey, Cornuel, Dumas, Flourens, Jobert, Magendie, Mélier, Moizin, Quoy et Serres, et sept académiciens non médecins, MM. Biot, Chevreul, Cordier, Dufrénoy, Elie de Beaumont, Mirbel, Poncelet. Des douze médecins, cinq appartiennent à la médecine militaire, sept à la médecine civile.

Dans la liste des officiers on compte 140 médecins, 10 pharmaciens et 13 membres de l'Académie des sciences. Les médecins et pharmaciens sont répartis ainsi :

Médecins et chirurgiens militaires en activité ou en retraite	72
Médecins ou chirurgiens de la marine en activité ou en retraite	21
Médecins civils	47
Pharmaciens militaires ou de la marine	9
Pharmacien civil	1

C'est à cette classe qu'appartient un nom qui touche de trop près à la chirurgie pour que nous le passions sous silence, M. Charrière, notre habile fabricant d'instruments.

Enfin, la catégorie des simples chevaliers comprend 1,698 médecins et 128 pharmaciens, répartis de la manière suivante :

Médecins et chirurgiens militaires en activité ou en retraite	790
Médecins et chirurgiens de la marine en activité ou en retraite	212
Médecins civils	696
Pharmaciens militaires ou de la marine	100
Pharmaciens civils	28

Les membres de l'Académie des sciences qui sont simples chevaliers sont au nombre de 10.

N'oublions pas de mentionner le corps des médecins vétérinaires tant militaires que civils, qui comptent 87 chevaliers, non plus que celui des infirmiers militaires, qui sont au nombre de 26.

En résumé, et sans tenir compte des grades dans l'ordre, le nombre des médecins membres de la Légion d'honneur est de 1,850, divisés ainsi :

Médecins militaires	867
Médecins de la marine	233
Médecins civils	750

Celui des pharmaciens est de 138 :

Pharmaciens militaires ou de la marine	109
Pharmaciens civils	29

Quelques erreurs ont dû nécessairement se glisser dans ce résumé, mais elles ne sont pas de notre fait, et nous ne péchons ici que par omission ; car il est des membres du corps médical nommés dans la Légion d'honneur pour des services étrangers à la médecine et qui ne sont indiqués dans l'*Annuaire* que sous les qualités pour lesquelles ils ont reçu cette distinction.

Nous avons pu corriger cette erreur pour ceux qui nous sont connus ; mais nous n'avons pu, on le comprendra facilement, faire de même pour tous les membres qui appartiennent au corps médical et qui se trouvent dans ce cas. Cette légère différence est, du reste, insignifiante et ne porte que sur un très petit nombre.

Choléra. — Diagnostic, pronostic et traitement.

(M. Rostan.) (1).

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur le diagnostic différentiel du choléra, bien que M. le professeur Rostan l'ait établi avec le soin, la précision qui lui sont habituels, tant il est aisé, en réalité, de distinguer cette affection de toutes les autres, et même de celles qui offrent avec elle quelques ressemblances symptomatiques. Parmi ces dernières, les seules qu'il pourrait être possible de confondre avec le choléra sont la gastro-entérite intense, la péritonite, l'empoisonnement, la cyanose.

La gastro-entérite, toujours accompagnée d'une réaction fébrile plus ou moins intense, ne pourrait être confondue avec le choléra que par une inadvertance ou une grande inattention.

La péritonite a plus de ressemblance avec le choléra, mais elle en diffère notablement par la nature bilieuse des évacuations, et en particulier des vomissements, par la persistance du pouls, qui est petit et concentré, mais jamais complétement absent, par le ballonnement du ventre et par l'absence de cyanose.

L'empoisonnement est peut-être l'accident qui ressemble le plus au choléra. Les phénomènes généraux sont les mêmes. Ici la confusion serait possible jusqu'à un certain point; mais il est rare que dans un empoisonnement on n'ait pas d'avance la connaissance de l'ingestion d'une substance toxique. Dans les cas douteux, l'analyse des vomissements, en décelant la présence du poison, lèverait d'ailleurs tous les doutes.

Quant à la cyanose, soit par asphyxie, soit par suite d'une lésion organique du cœur, elle ne saurait non plus, avec la moindre attention, en imposer longtemps pour le choléra.

Il y a en ce moment même dans les salles de la clinique un homme qui présente une cyanose des plus prononcées; il est littéralement bleu. A la simple vue, on le prendrait pour un cholérique: mais dès que l'on considère que cet homme a une affection organique du cœur ancienne, qu'il n'a d'ailleurs ni selles, ni vomissements, que la température de la peau est à peu près normale, et qu'il n'y a d'ailleurs ni cette anxiété, ni cette prostration des forces élevées à un si haut degré dans le choléra, il n'y a plus d'hésitation possible.

Il serait inutile de poursuivre plus loin cette étude de diagnostic différentiel sur une maladie dont les caractères sont si tranchés et si bien connus qu'il est à peine possible qu'on se méprenne.

Il meurt à peu près en moyenne la moitié des malades. Est ce une raison pour que l'on ne doive pas chercher à asseoir les bases d'un pronostic autrement que sur les chances fournies par la statistique? Est-ce une raison surtout pour ne pas traiter les malades et pour s'en rapporter aux chances fatales du sort? Non, assurément.

Il y a des influences favorables comme il y a des influences défavorables. D'un autre côté, il y a une très grande différence entre la gravité de tels ou tels symptômes; aussi il est des conditions individuelles qui peuvent modifier jusqu'à un certain point la marche et l'issue de la maladie. Par conséquent, suivant la part et la nature de ces influences, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, il est évident que le pronostic en sera modifié et qu'il sera possible de supputer les chances favorables ou défavorables de la maladie.

Ainsi, pour nous borner ici à quelques exemples, lorsque les vomissements sont répétés et très abondants, c'est, en général, un signe d'un pronostic grave, et il y a peu d'espoir de guérison. Il en est de même de l'abondance des évacuations alvines; de même lorsque la langue est froide, sale et grisâtre. L'absence ou la petitesse du pouls, le refroidissement de la peau, l'amaigrissement rapide, l'affaissement de l'œil dans l'orbite, la coloration violacée de la peau sont autant de signes pronostiques graves. Sont au contraire des signes favorables le nettoiement spontané de la langue sur la pointe et sur les bords, circonstance sur laquelle M. Rostan a appelé l'attention des médecins dès 1832, et qu'il a vu se confirmer constamment depuis; le retour du pouls, la réapparition des urines, la cessation des selles ou leur changement de couleur et d'aspect, etc. Voilà pour les symptômes en général.

Les complications fournissent le plus souvent des éléments importants au pronostic. Toutes les complications sont fâcheuses en général, mais les plus fâcheuses de toutes sont les complications inflammatoires, surtout du côté des méninges ou du cerveau. Ce n'est pas en effet, ainsi qu'on l'a vu déjà par ce que nous en avons dit précédemment, pendant la période algide que survient le plus souvent la mort; c'est très souvent aussi, et plus souvent peut-être en ce moment, pendant la période de réaction, et c'est dans ce cas presque toujours à l'une de ces complications inflammatoires que les malades succombent.

On se rappelle la distinction que nous avons faite des diverses formes de la maladie. Toutes les formes ne sont pas également périlleuses. La forme dite inflammatoire est en général la moins grave, ou du moins celle qu'il est le plus facile de combattre. Les formes le plus graves sont la cérébrale, l'ataxique ou typhoïde.

L'influence des âges a une très grande importance dans le pronostic. Les deux extrêmes de la vie sont le plus frappés, et constituent par conséquent une des circonstances les plus défavorables pour le pronostic. Les enfants ne sont en général atteints du choléra que dans une petite proportion; mais la maladie est chez eux presque constamment mortelle. Les femmes enceintes ou récemment accouchées, les sujets actuellement malades sont, toutes choses égales, plus prédisposés que d'autres à être atteints de la maladie, et lorsqu'ils en sont atteints, elle offre en général chez eux plus de gravité, en raison de cette complication. C'est donc encore une circonstance qui aggrave le pronostic. Enfin on doit tenir grandement compte pour le pronostic des circonstances antérieures, des habitudes, des manières de vivre et surtout des mauvaises conditions de régime, d'alimentation et de milieu hygiénique où vivaient les malades.

Traitement. — Le traitement doit varier suivant la période de la maladie, suivant ses formes, ses complications, la prédominance de certains symptômes. C'est surtout au point de vue du traitement que ces diverses distinctions, qui ont été établies en traçant l'histoire de la maladie, acquièrent de l'importance, car c'est de leur considération que se déduisent les principales indications. Et d'abord, avant de formuler ces indications, il importe de dire un mot des soins et du régime à conseiller à titre préventif.

Pour ce qui est du régime, on peut dire qu'il ne diffère en rien de ce que les règles d'une sage hygiène prescrivent en toute occasion. Un régime alimentaire modéré, ni trop abondant, ni trop ténu, ni trop excitant, ni trop relâchant; absence de tout excès et de tout écart: c'est à cela que se réduit à peu près toute la prescription de l'hygiène. Aussi dirons-nous à ceux qui suivent habituellement un tel régime: « Ne changez rien à vos habitudes. » A ceux, au contraire, qui se livrent à des excès de nourriture ou de boisson, nous dirons: « Modérez votre régime, apportez plus de tempérance dans vos habitudes. » Ce qui vient d'être dit pour le régime alimentaire peut également s'appliquer aux soins relatifs aux vêtements et aux divers moyens de se garantir du froid ou de l'humidité et des diverses influences des milieux, ainsi qu'aux habitudes de la vie, aux excès de travaux, de veilles, aux impressions morales, etc. Tout se réduit donc à dire qu'il faut éviter les excès en tout genre et n'apporter aucun changement à ses habitudes, si elles sont bonnes.

Les soins préventifs conduisent naturellement à parler des moyens à opposer aux accidents prodromiques.

Pendant une épidémie de choléra le moindre symptôme morbide doit être surveillé avec soin; à plus forte raison doit-on s'opposer, dès qu'ils se manifestent, aux accidents prodromiques du choléra, prévenir la diarrhée dite prémonitoire ou la combattre si elle existe déjà. Des boissons féculentes et opiacées remplissent ordinairement assez bien ce but; telles sont la décoction de riz, les boissons gommeuses acidulées, les décoctions de grande consoude, de cachou, de ratanhia, la thériaque, le diascordium. Ces moyens sont très bien secondés par des lavements d'une composition analogue. M. Rostan prescrit de préférence à tout autre un lavement composé de décoction de riz, d'amidon, de gomme adragante et de laudanum de Sydenham, qu'il fait prendre par quarts toutes les six heures. S'il existait des prodromes d'une autre nature, tels que des lassitudes, des vertiges, de la gastralgie, il faudrait les combattre avec non moins d'énergie par des moyens appropriés. Des bains tièdes et des infusions chaudes aromatiques de tilleul, de fleurs d'oranger avec quelques gouttes d'éther et l'extrait gommeux d'opium, sont les moyens que M. Rostan préconise plus particulièrement en pareil cas.

Le choléra confirmé, mais à la première période, présente des indications qui ne diffèrent pas notablement de celles de la période prodromique et qui réclament à peu près l'emploi des mêmes moyens, si ce n'est qu'il convient de les appliquer avec plus d'énergie. Ainsi ce sont encore les infusions chaudes aromatiques rendues stimulantes par l'addition d'une cuillerée de rhum, les infusions de thé, de romarin, de menthe poivrée, de mélisse, les bains chauds à 30 degrés renouvelés trois ou quatre fois par jour.

Dans la période algide, on substitue quelquefois avec avantage à ces bains les bains de vapeur ou d'air chaud, et on ajoute aux boissons excitantes l'usage des frictions stimulantes. Les opiacés ont encore ici l'indication de leur emploi, mais avec la précaution d'en diminuer et d'en éloigner tout à fait l'usage à mesure que se prononce la réaction.

Nous ne faisons que signaler d'une manière générale les indications, les diverses formules mises en usage dans les salles de M. Rostan, ayant déjà été reproduites dans les premiers articles de la revue du choléra.

La réaction étant établie, on diminuera les excitants; on les éloignera même tout à fait, comme on l'a fait déjà pour les narcotiques, à mesure qu'elle se prononcera plus franchement et d'une manière plus complète, et on substituera aux boissons excitantes les boissons émollientes acidules. Si, au contraire, la réaction était incomplète, insuffisante, comme on en a vu tant d'exemples dans l'épidémie actuelle, il faudrait insister encore sur les excitants et en particulier sur les excitants de la peau, bains et frictions, jusqu'à ce que la réaction fût complète. Si elle est trop forte, il faut la modérer à l'aide des évacuations sanguines générales et locales, suivant la nature des symptômes inflammatoires, mais en subordonnant l'abondance de ces saignées et leur répétition aux forces des sujets.

Si les vomissements persistent malgré le retour de la chaleur et le rétablissement régulier de la circulation, ce qui arrive assez souvent, on les modérera par la glace à l'intérieur. La persistance de la diarrhée sera combattue par les opiacés et les astringents, diascordium, ratanhia, etc. Enfin, lorsque la réaction est suivie du développement de phénomènes nerveux ou typhoïdes, il reste à combattre ces affections en se guidant d'après les données ordinaires de la thérapeutique, c'est-à-dire en combattant les symptômes prédominants par les moyens qui leur sont appropriés, comme on l'a fait dans les différentes formes inflammatoires, muqueuse, ataxique ou adynamique, de la fièvre typhoïde; en un mot, on fera la médecine des symptômes.

Ce que nous disons pour les phénomènes typhoïdes consécutifs au choléra, nous le dirons à plus forte raison pour les diverses suites morbides variées qui ont été décrites ou indiquées dans un des précédents articles et dont le traitement rentre dans les règles de la thérapeutique commune.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 31 décembre 1853 et 7 et 14 janvier 1854.

DE LA COLIQUE VÉGÉTALE;

Par M. le docteur Hervé, médecin de la marine.

On nous prie de publier cette communication, faite à la Société médicale du XIIe arrondissement, et dont la publication a été votée par la Société dans une de ses dernières séances. Nous accédons d'autant plus volontiers à ce désir, que la communication de M. Hervé présente un intérêt réel et porte sur une maladie peu fréquente et peu connue.

M. le docteur Hervé, membre étranger, a la parole pour communiquer les observations sur la colique végétale qu'il a recueillies à bord de la corvette à vapeur *l'Espadon*, sur la côte occidentale d'Afrique, pendant une croisière de l'année 1846—47.

La corvette à vapeur *l'Espadon*, ayant un effectif de cent-trente hommes, quitta la rade de Lorient le 10 décembre 1845. Le 7 mars suivant, éclata à bord le premier cas de colique végétale; et à ce sujet M. Hervé signale un fait qui, pour lui, paraît avoir exercé une grande influence sur le développement de cette maladie à bord de *l'Espadon*. Ce fait est l'immersion que le navire éprouva pendant une nuit, par le robinet de prise d'eau de la machine laissé ouvert; immersion qui fit jauger considérablement le navire et noya la majeure partie des vivres de campagne, qui furent néanmoins gardés à bord. Cet accident fut, pour M. Hervé, la cause principale de la grande humidité qui régnait à bord du navire, humidité qui, sous la haute chaleur du Sénégal, de la côte de Benin et de Biafra, devint la source d'un foyer putride et paludéen.

L'auteur signale encore une intoxication générale causée par l'usage de l'amande du palma-Christi, dont l'équipage fit usage pendant un séjour que la corvette fit à l'île de Fernando avant d'atteindre sa croisière, limitée entre le cap Saint-Paul et le Gabon, au 6e degré au delà de la ligne, où elle arriva le 20 juin 1846.

Ici l'auteur signale les conditions atmosphériques, topographiques et de climature de ces contrées, conditions qui peuvent se résumer ainsi: une chaleur excessive, une grande humidité, des exhalations miasmatiques et paludéennes, un air chaud, humide, rare, chargé d'électricité, qui occasionne des sueurs énervantes, des insomnies opiniâtres, la perte de l'appétit et des forces physiques de l'homme. L'économie animale subit une sorte de dégradation physique; les fonctions sont déprimées, ralenties; les humeurs deviennent épaisses, âcres, les sécrétions rares, le sang pauvre, noir, diffluent; enfin, le système nerveux ne tarde pas à subir lui-même cette influence; aussi les affections qui frappèrent sur l'équipage, telles que pneumonies, érysipèles, fièvres inflammatoires, fièvres intermittentes, dyssenteries, etc., présentèrent-elles un cachet d'anémie et d'asthénie bien caractérisé.

Après avoir décrit très explicitement les symptômes et la marche de la colique végétale et signalé les différents traitements employés avec plus ou moins de succès pour combattre cette terrible affection, qui atteignit violemment vingt et un hommes d'équipage, dont huit succombèrent, et dont la plupart appartenaient à la maistrance et aux mécaniciens, sans compter les individus légèrement atteints, M. Hervé trace le tableau de cette maladie aussi grave que continue. En effet, une fois développée chez un individu, elle se réitérait d'une manière constante et par intervalles plus ou moins rapprochés, sans cesser d'exister.

Ces développements donnés, l'auteur du mémoire se résume ainsi:

Dire avec la plupart des auteurs que cette maladie a une cause nerveuse dépendant de la moelle épinière et des nerfs de la vie organique n'est autre chose qu'indiquer un résultat secondaire dont le point de départ semble provenir d'une altération du sang, qui amène un trouble général dans l'économie, et primitivement dans les fonctions digestives, pour s'irradier ensuite sur les nerfs de la vie de relation et de la vie organique. Et quelque effort que l'on fasse pour relier la colique végétale à une intoxication saturnine, il demeure toujours constant que cette affection peut se développer dans certaines conditions spéciales de milieu et de climature.

M. le docteur Hervé assigne deux formes à la colique végétale:

La forme primitive, celle qui s'est développée spontanément à bord de *l'Espadon;*

La forme secondaire, qui est la plus fréquente et règne dans les hôpitaux du Sénégal, où elle succède aux fièvres intermittentes d'hivernage, à la dyssenterie, à l'hépatite. . . . .

Après avoir établi le diagnostic différentiel entre la colique végétale et la colique saturnine, l'auteur se demande quel est le point de départ de la première de ces maladies, et pense qu'il réside dans l'altération du sang quant à sa qualité, adoptant ainsi l'opinion du docteur Bousagrive, altération du sang due aux conditions de climature topographique et atmosphérique qu'il a signalées plus haut, jointes pour *l'Espadon* aux conséquences de l'insalubrité du navire par suite de son immersion dans le port de Lorient; conséquences fâcheuses, signalées du reste dans le rapport de la commission chargée de l'examen de ce navire à son retour en France.

M. Martin-Magron demande quelle est l'opinion de M. le docteur Hervé sur le mode d'action des causes de la colique végétale.

L'auteur pense qu'il y a intoxication miasmatique, qui amène une altération du sang dans sa qualité, avec abaissement de la température de l'économie et anesthésie accompagnée de vomissements convulsifs, qui font rejeter immédiatement toutes les boissons, de quelque nature

qu'elles soient, et amènent un amaigrissement général qui peut aller jusqu'au marasme le plus complet, avec paralysie des muscles soumis à la volonté, et par suite la mort par asphyxie.

M. Martin-Magron rappelle que dans la colique végétale les organes soumis à la volonté sont paralysés, tandis que ceux qui sont placés sous l'influence des nerfs de la vie organique sont dans un état de contracture, fait qui justifierait jusqu'à un certain point son opinion sur l'action des ganglions sur le système nerveux, action qui consiste à soustraire les organes animés par les nerfs qui traversent ces ganglions à l'influence de la volonté. Pour lui, tous les nerfs de l'économie tirant leur origine de la moelle épinière, le nerf grand sympathique n'existerait pas en tant que centre nerveux particulier.

M. Hervé fait observer que cet état de paralysie et de contracture n'est pas toujours simultané, puisque pendant les douleurs, les tranchées et les coliques, tous les membres sont agités de mouvements convulsifs.

M. Martin-Magron pense que cela ne détruit pas son observation, mais que dans ce cas tous les nerfs de l'économie sont ébranlés par la douleur.

M. Dumotel demande si la constipation ne tient pas à un état de vacuité du tube intestinal dû à l'impossibilité de faire ingérer soit des boissons, soit des aliments, par suite des vomissements convulsifs.

Pour M. Hervé le tube intestinal n'est pas vide, puisque dès que la douleur cesse les selles ont lieu et les lavements sont gardés, mais le défaut de selles tient à la contraction spasmodique des sphincters.

M. Dumas, tout en admettant qu'il n'y ait pas d'analogie entre la colique végétale et la colique saturnine, fait remarquer dans la première l'existence du liséré bleuâtre que l'on trouve aux gencives, à la couronne des dents; la paralysie des extrémités supérieures avec gonflement de la main et flexion des doigts, signes donnés comme authognomoniques de l'intoxication saturnine.

M. Hervé rappelle le début brusque de la colique saturnine et les circonstances appréciables au milieu desquelles elle se développe, ainsi que les heureux effets obtenus par la médication purgative et opiacée, choses qui ne se rencontrent pas dans la colique végétale. Quant au liséré bleuâtre, il pense qu'il tient à un état scorbutique, état qui accompagne fréquemment la colique végétale.

DE L'ŒSTRE DU CHEVAL.

Par M. le professeur Guiseppe Lessona.

De temps en temps on voit paraître dans les journaux vétérinaires des mémoires sur l'œstre du cheval; mais vraiment, de tous ceux qui jusqu'à présent ont eu les honneurs de la publicité, il n'y en a que deux qui s'accordent parfaitement avec le nombre des espèces de ces parasites en ce qui concerne leurs mœurs, leurs habitudes, ainsi que les accidents que peuvent déterminer les larves de ces diptères pendant leur séjour dans le ventricule ou dans les autres parties du tube digestif des solipèdes. Quelques vétérinaires, sur l'assertion des naturalistes qui ont rapporté les choses pour les avoir vues, non par leurs propres yeux, mais par simple relation, disent que l'insecte parfait dépose ses œufs tantôt sur les lèvres du cheval, tantôt dans les cavités nasales; il en est qui croient qu'il les dépose à l'orifice de l'anus; d'autres enfin à l'extrémité des poils les plus longs et dans les régions où l'animal peut facilement se lécher. Ces derniers, dans l'immense pluralité des cas, se rapprochent le plus de la vérité.

Certains professeurs dont l'autorité en impose dans beaucoup de parties des connaissances vétérinaires prétendent que les espèces des œstrides de l'estomac sont nombreuses, et que leurs larves sont d'autant plus abondantes dans le conduit digestif que l'animal dans lequel elles habitent est plus débile. Ces savants maîtres déduisent cette conséquence de ce qu'ils ont observé que les helminthes se multiplient numériquement en raison de ce que les individus sont et plus faibles et plus maladifs; mais ils sont dans une erreur profonde, parce qu'il n'y a aucune analogie entre ces deux ordres de parasites. Les larves de l'œstre du cheval passent en automne en nombre plus ou moins considérable dans le canal digestif, et ce nombre ne peut jamais augmenter, quelles que soient les conditions de l'organisme des solipèdes; de manière que si aucune cause ne vient porter atteinte à la vie de ces larves, et que si elles ne sont pas expulsées avant l'époque révolue, elles sortent du corps de l'animal un an environ après, en nombre égal à celui qui est entré; et si nous faisons attention que tous les œstrides indistinctement, les hypodermes, les cutérèbres, les œdémagènes, les céphalémyes, etc., comme l'a soigneusement observé Meigen, cherchent par leur instinct naturel les sujets les plus jeunes et les plus robustes pour les faire dépositaires de leur progéniture, nous verrons alors diminuer de plus en plus le poids de l'opinion de ces célèbres professeurs.

Quant au nombre des espèces dont les larves habitent l'estomac des monodactyles, contrairement à l'opinion de Clark, de Meigen, de Macquart et d'autres diptérologues, je pense qu'il n'y en a qu'une seule, et que s'il existe quelques légères différences dans la coloration du duvet de la face, dans les poils du thorax, ainsi que dans ceux des segments abdominaux de l'insecte, elles ne sont qu'accidentelles et dépendantes de la localité où les nymphes ont séjourné, ayant constaté moi-même que les insectes sortis de celles qui naissaient dans les détritus des chênes avaient toujours les poils plus foncés, tandis que les nymphes qui avaient passé leur période dans de la sciure de bois de peuplier ou dans le sable les avaient plus clairs. Quoi qu'il en soit, le séjour des larves dans l'œsophage, dans le ventricule et dans l'intestin duodénum ne peut servir pour établir les caractères propres des espèces; ce fait est accidentel et insignifiant. Qu'elles vivent isolément, en petits groupes ou en sociétés nombreuses, il s'en trouve toujours parmi elles de petites et de grandes, de rouges, même intenses, et de pâles.

Je ne saurais expliquer pourquoi, dans un même troupeau de poulains, il y a des individus chez lesquels les larves se fixent dans l'œsophage, au delà du pharynx, jusqu'à ce qu'elles aient atteint la moitié environ de leur croissance; chez d'autres, au contraire, pourquoi elles ne s'arrêtent pas dans ce conduit, le franchissent, vont droit à l'estomac et y séjournent jusqu'à ce qu'elles soient à la veille de la première métamorphose; alors elles émigrent et vont se fixer à la partie postérieure du rectum, d'où elles se détachent ensuite au fur et à mesure que leur développement devient complet. Les larves du sexe mâle sont toujours plus petites que les autres; on en trouve souvent d'isolées au delà du pylore, mais elles ne doivent point être considérées comme appartenant à une espèce particulière: cela est dû tantôt à l'effet de la migration, tantôt à l'effet de la mort du cheval chez lequel la circulation a cessé, et avec elle la température intérieure. Dans cette circonstance, quelques larves, les plus fortes, se détachent d'elles-mêmes, instinctivement, pour aller chercher des aliments et du calorique. En général, ces larves se trouvent d'autant plus disséminées dans l'intestin que la mort des solipèdes qui en renferment est plus rapprochée du mois d'août.

Ces préliminaires sur les larves étant posés, je donnerai la description des espèces des œstres admises par les auteurs les plus recommandables, afin que mes lecteurs soient à même de juger si mon opinion est réellement fondée ou non en admettant une seule espèce d'œstre du cheval, différente, bien entendu, de celle décrite par Vallisnieri, qui la fait propager dans l'intestin des bœufs et qu'il a crue être la cause de la peste bovine qui a régné de son temps; différente aussi de cette autre décrite par Linnée, qui est l'hypoderme du bœuf. Les caractères de ces œstrides étant donnés, je m'étendrai sur leurs mœurs, leurs habitudes; je parlerai des accidents que j'ai observés par la présence de leurs larves dans la cavité gastrique, surtout chez les poulains, et je placerai à la fin de mon travail l'exposé des moyens dont je me suis servi pour les expulser du corps des animaux.

L'auteur étudie ensuite les diverses variétés de l'œstre, qu'il regarde comme étant toutes de la même famille, et arrive au traitement.

Depuis deux ans, dit-il, je m'étais préoccupé de chercher un moyen sûr pour tuer les larves dans le corps des animaux, et parmi les médicaments que j'avais employés, ceux qui répondaient le mieux à mes vues étaient *la racine de bryone et l'acide méconique*, administrés ensemble; mais le nombre des résultats obtenus n'était pas encore assez considérable pour avoir une foi tout à fait entière dans ces deux agents.

Le 27 juin de l'année 1828, tous les poulains de l'âge de 12 à 15 mois, ayant été réunis au nombre de 75, furent soumis, trois jours après, à l'usage de ces remèdes, en commençant par ceux qui étaient le moins en état. La dose de la racine était, suivant la force des animaux, d'une 1/2 once (16 grammes) à 6 drachmes (24 grammes); celle de l'acide, de deux à trois gouttes pour les animaux les plus forts et de la plus grande taille. Immédiatement après l'administration de ce médicament, je faisais avaler aux poulains 1 livre d'eau à + 25°, et dans l'intervalle de six à sept heures il était bien rare de ne pas voir expulsées avec les matières alvines des larves mortes, dont le nombre augmentait à mesure que les déjections devenaient plus fluides et plus fréquentes. Il était bien rare aussi de n'avoir pas un résultat complet, s'il était nécessaire d'avoir recours à une seconde administration de cette plante; chez les sujets les moins débilités par les parasites, la bryone donnée une seule fois fut suffisante.

La formule sous laquelle peuvent s'administrer les deux substances médicamenteuses est simple et facile: on prend une racine de bryone fraîche, on en râpe de 15 à 25 grammes que l'on met dans une bouteille ordinaire, on verse dessus 500 grammes d'eau tiède, puis on ajoute deux ou trois gouttes d'acide méconique; on agite le tout et on fait avaler peu à peu au poulain, en ayant soin de lui soulever modérément la tête. Cela fait, on administre, peu de temps après, à l'animal la quantité d'eau tiède qui a été prescrite plus haut. La dose de l'acide est rigoureuse; cet agent demande à être employé avec circonspection. (*Recueil de médecine vétérinaire.*)

SUR LA RACINE DE L'ARBOUSIER

comme succédané de la racine de ratanhia, et sur le rang qu'elle doit tenir parmi les astringents,

Par M. Soubeiran.

La Société de pharmacie avait renvoyé à l'examen de M. Soubeiran une note de M. Guyot-Dannecy, pharmacien à Bordeaux, sur la racine de l'arbousier, comme succédané du ratanhia.

« Les usages de cette plante, disait M. Dannecy, dans les pays où elle croît spontanément et où elle se trouve en grande abondance, sont très limités. Dans plusieurs cantons seulement, les feuilles ont été employées pour remplacer l'écorce de chêne dans le tannage des peaux; les fruits l'ont été quelquefois dans la médecine domestique comme astringents. Là se bornent ses usages comme agent thérapeutique et son emploi comme élément industriel.

» L'abondance du principe astringent renfermé dans toute la plante m'avait fait soupçonner que la racine, fortement colorée en rouge dans la plus grande partie de sa masse et présentant un aspect résineux, pourrait bien recéler un principe extractif susceptible d'être utilisé. Quelques essais tentés dans ce but viennent de réaliser mes prévisions.

» Cette racine, convenablement divisée et traitée dans l'appareil de déplacement par l'eau-de-vie et l'eau, a fourni un extrait (représentant le cinquième de la substance employée) d'une magnifique couleur grenat, parfaitement soluble dans l'eau froide, d'une saveur astringente sans amertume, et présentant tous les caractères de l'extrait de ratanhia préparé dans nos officines.

» Cet extrait, avec lequel nous avons préparé un sirop, une teinture, des pilules, a été expérimenté par quelques praticiens, et leur a paru à tous et dans tous les cas remplacer l'extrait de ratanhia.

» Il est permis d'espérer de ces différents essais que la racine d'arbousier, se prêtant aux différentes formes pharmaceutiques, pourra remplacer la racine de ratanhia, dont elle partage les précieuses propriétés, et viendra prendre place à côté des astringents les plus employés. »

M. Soubeiran n'a pas cru devoir se borner à la comparaison de l'extrait de racine d'arbousier avec l'extrait de ratanhia. Il lui a semblé qu'il y aurait avantage à marquer sa place parmi les astringents à base de tannin de l'usage le plus ordinaire. Cette comparaison devait conduire d'ailleurs à une appréciation comparative de cet ordre de médicaments, qui ne paraît jamais avoir été faite convenablement.

Les extraits astringents sur lesquels il a opéré ont été :

Cachou en masse du Pégu.	Extrait d'écorce de monésia.
Cachou en galettes de l'Inde.	— de racine de bistorte.
Kino de la Jamaïque.	— — d'arbousier.
Kino d'Amboine.	— — de ratanhia.
Extrait d'écorce de chêne.	— — de tormentille.

Dans une première série d'expériences, il a pris pour terme de comparaison l'impression d'astriction plus ou moins prononcée que produisait sur la bouche la dissolution de ces divers extraits. Chaque dissolution préparée avec 1 gramme de chacun des extraits et 50 grammes d'eau froide à 20°, il a pris 10 centimètres cubes de chaque, qu'il a étendus avec 50 centimètres cubes d'eau, et il a goûté comparativement les liqueurs. Après un premier classement approximatif, les dissolutions ont été reprises deux à deux, en opérant successivement sur les deux plus voisines, et en laissant un grand intervalle de temps entre chaque dégustation pour conserver à l'organe du goût toute sa sensibilité et sa sûreté de jugement.

Voici l'ordre dans lequel les divers extraits astringents se sont placés en commençant par les plus sapides :

Cachou de Pégu.	Extrait de monésia.
Kino de la Jamaïque.	— de tormentille.
Kino d'Amboine.	— d'écorce de chêne.
Cachou de l'Inde.	— de racine de bistorte.
Extrait de ratanhia.	— — d'arbousier.

Il a pris alors 10 centimètres cubes de chaque liqueur, il les a étendus dans 500 centimètres cubes d'eau et a ajouté un peu de chlorure ferrique, qui a coloré diversement chaque solution. (Cachou de Pégu en vert, cachou de l'Inde, extrait de monésia et les deux kino en brun, extrait de ratanhia en gris sale, les autres en bleu.)

Il a alors étendu chacune de ces liqueurs colorées avec de l'eau jusqu'à ce que la coloration cessât d'être sensible. C'était un moyen d'estimer la proportion du tannin, et par suite la propriété astringente de chaque liqueur, moyen approximatif seulement, parce que le tannin est accompagné par des matières extractives colorées, qui, elles aussi, ont leur action colorante sur le sel de fer, et parce qu'il n'est pas possible de reconnaître avec précision le moment où la couleur due au tannate de fer a disparu. L'expérience pouvait cependant être utile en ne lui donnant que ce qu'elle pouvait donner, c'est-à-dire seulement une classification générale. 1 million de parties d'eau ont cessé d'être colorées quand la dissolution ne contint plus que :

8 parties de cachou de Pégu.	35 parties d'extrait de tormentille.
10 parties de kino de la Jamaïque.	50 parties d'extrait de bistorte.
12 parties de kino d'Amboine.	55 — d'extrait d'écorce de chêne.
14 — de cachou de l'Inde.	160 parties d'extrait de racine d'arboisier.
15 — d'extrait de monésia.	
15 — d'extrait de rathania.	

C'est le même ordre qui avait été trouvé par l'épreuve organoleptique.

Sur ces indications, on pouvait présumer que cet ordre représente aussi la puissance médicinale comparée de ces divers astringents, et en effet il s'accorde assez bien avec les effets observés dans la pratique des médecins.

En effet, M. Trousseau a mis sur le même rang le cachou, le kino et l'extrait de ratanhia. Les légères différences qu'il a observées s'expliquent assez bien par la difficulté de déterminer à quelle espèce commerciale il a eu affaire, et aussi parce que les sucs commerciaux de même origine ne sont pas toujours identiques dans leur composition. Les kinos et les cachous du commerce sont loin d'être toujours les mêmes; il me paraît que le cachou de Pégu marche incontestablement le premier. Quant à l'extrait de ratanhia, malgré le rang secondaire qu'il occupe dans les séries, j'estime bien acquise, dit M. Soubeiran, la réputation dont il jouit dans l'esprit des médecins, parce qu'il est très actif quand il a été bien préparé, parce qu'il est plus constant dans sa composition que

les divers sucs astringents du commerce et que l'on peut compter davantage sur la régularité de ses effets.

M. Trousseau place aussi l'extrait de monésia sur le même rang que l'extrait de ratanhia. Les expériences rapportées ci-dessus sont tout à fait d'accord avec cette opinion.

M. Trousseau reconnaît que l'extrait de tormentille est un astringent très énergique. C'est comme tel qu'il est classé depuis longtemps dans la matière médicale. Il doit venir cependant après l'extrait de ratanhia; mais il se recommande parce qu'il est le produit d'une plante extrêmement commune dans tous les bois et dont les médecins de campagne ne savent pas assez le parti qu'ils pourraient en tirer.

L'extrait de bistorte reste bien en arrière, sur le même rang à peu près que l'écorce de chêne. L'extrait de racine d'arbousier est bien plus loin encore, et M. Soubeiran conclut que M. Guyot-Dannecy s'est fait illusion sur sa valeur. Il peut sans doute être utilisé comme astringent; mais il est loin de pouvoir supporter la comparaison avec l'extrait de ratanhia; il arrive encore loin après l'extrait de tormentille et même après l'extrait d'écorce de chêne et de bistorte. (*Journal de pharmacie.*)

OBSERVATIONS SUR LE SEIGLE ERGOTÉ.

Par M. F. Winckler.

L'auteur vient de soumettre à une nouvelle analyse le seigle ergoté, afin de déterminer exactement la composition du produit qu'on en retire, et connu sous le nom d'ergotine. Les résultats obtenus lui ont donné la preuve que les différentes analyses qui ont été faites de cette substance sont loin d'être complètes et décisives.

L'ergot dont M. Winckler s'est servi dans ses expériences a été recueilli au commencement de la récolte de l'année dernière, sans avoir égard à son état de développement, desséché à 132.8° Fah., pulvérisé et traité d'abord par l'éther jusqu'à ce que toute l'huile fût séparée, et soumis ensuite à l'action de l'eau.

La quantité d'huile obtenue après l'évaporation de l'éther montait à 34,4 pour 100 de l'ergot employé; elle était d'une couleur vert jaunâtre, trouble. Après quelque temps il se déposa une matière vert brunâtre; l'huile était alors claire, épaisse, d'un jaune foncé, et avait une odeur rance désagréable.

D'après toutes les expériences faites antérieurement, la vertu médicale particulière du seigle ergoté n'a pas été attribuée à cette huile, qui n'a pas été conséquemment soumise à un examen plus étendu.

La liqueur aqueuse obtenue par une extraction complète était assez concentrée, claire, d'un violet pâle, moussait par l'agitation, et donnait avec le bichlorure de mercure, l'alun et l'acide azotique, des traces d'une certaine quantité d'albumine. Une portion de celle-ci fut traitée par de l'alcool concentré jusqu'à ce qu'il ne se produisit plus aucun trouble, et la matière albumineuse se sépara par la filtration. La liqueur alcoolique filtrée fut alors évaporée au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait. Durant cette opération, il se sépara une forte quantité de poudre brune se redissolvant lorsque le liquide se concentra, et présentant tous les caractères de la substance appelée *ergotine* par Wiggers.

Le résidu ainsi obtenu se dissolvait facilement dans l'alcool et dans l'eau, et une poudre brune se sépara en même temps. La solution aqueuse avait une saveur amère et non piquante, comme l'avance Wiggers, laissant une sensation de froid comme la *menthe*. Cette solution, distillée avec de la chaux caustique, donna un liquide d'une odeur extrêmement désagréable; neutralisée avec de l'acide chlorhydrique et évaporée au bain-marie, elle abandonna une forte portion d'un composé chloré d'une matière volatile analogue à la propylamine (*secaline*).

Ce liquide distillé ne contenait pas d'ammoniaque, et son principe constituant est pris par M. Winckler pour un composé de secaline et d'ergotine (Wiggers), qu'il considère comme un acide.

Indépendamment de ce produit, l'extrait d'ergotine renferme des sels organiques et inorganiques; parmi les premiers se rencontre de l'acide formique, et parmi les derniers de l'acide phosphorique, que Wiggers y a également trouvé. L'auteur a été à même d'y reconnaître la présence du sucre.

L'ergot, traité comme ci-dessus par l'éther et l'eau, fut pressé et mis ensuite en digestion avec quatre fois son poids d'alcool, à 80 pour 100. Le liquide avait une couleur claire d'un brun rougeâtre; il filtra parfaitement clair et ne laissa par évaporation qu'une petite quantité d'un résidu gluant qui se décomposa en partie dans l'eau, pendant qu'il se sépara une minime quantité de graisse de couleur foncée. Distillé avec de la chaux caustique, il n'indiqua avec l'ammoniaque que des traces de secaline. Une très petite quantité de matière colorante se sépara de l'ergot par ce traitement; et comme les expériences antérieures de M. Winckler l'ont conduit à croire que cette matière colorante était très analogue à l'hématine du sang, il soumit l'ergot à un mélange d'alcool et d'acide sulfurique dilué. Il obtint une substance rouge ferrugineuse, qui présenta sous tous les rapports la plus grande ressemblance avec l'hématine.

D'après l'auteur, ces résultats ne laissent aucun doute que l'ergot ne renferme plusieurs corps azotés très identiques entre eux. Le plus important de ces résultats est qu'il considère la secaline comme analogue dans tous ses caractères aux alcalis volatils, et l'ergotine comme un acide azoté. Indépendamment de ces matières, l'ergot renferme une substance rouge colorante ressemblant à l'hématine, sinon identique avec ce corps; une matière basique qui n'a pas encore été examinée et de l'albumine; une forte quantité d'huile grasse qui paraît ramener l'amidon dans son état normal granulé; du sucre qui tend à faire fermenter l'infusion aqueuse; des formates et des phosphates.

Selon Winckler, l'ergot en poudre destiné à l'usage médical devait être parfaitement desséché à une température n'excédant pas 132.8° Fah., et être bien conservé dans des flacons fermés. Il considère l'extrait aqueux comme la préparation la plus active, mais elle ne se conserve pas. La teinture alcoolique faite avec de l'alcool à 40 pour 100 renferme tous les principes actifs et fort peu d'huile.

L'extrait alcoolique, extrait d'ergotine, préparé de la manière suivante, a été trouvé très actif et se conserve bien. L'ergot en poudre très fine est traité à deux reprises avec une égale quantité d'eau froide, le liquide passé et complétement précipité par de l'alcool à 80 pour 100. La liqueur alcoolique, après un repos de vingt-quatre heures, est filtrée et évaporée. L'extrait ainsi préparé n'est que légèrement hygroscopique.

Winckler propose que des expériences soient faites avec le chlorhydrate de secaline, le composé de secaline et d'ergotine, qu'il appelle ergotate de secaline, avec la matière colorante rouge et le composé neutre de l'ergotine avec l'ammoniaque pour déterminer dans lequel de ces corps réside la propriété médicale de l'ergot.

(*Jahrbuch für praktische pharmacie* et *Arch. bel.*)

PETITS CALCULS D'OXALATE DE CHAUX

dans les trompes de Fallope et dans les ligaments ronds.

La rareté de l'existence et du siége de ces calculs nous engage à faire connaître les faits suivants :

Sur trois cadavres, le docteur Laurenzi (de Pavie) a constaté la présence desdits calculs; chez une dame de quarante-quatre ans et chez deux jeunes filles, dont l'une avait quatorze ans et l'autre dix-huit. Dans ce dernier cas, les calculs étaient adhérents au bord libre des trompes par un pédoncule de 3 à 4 lignes de longueur; leur dimension était d'un quart à un grain de millet, d'une couleur blanc jaune, demi-transparent ou d'un blanc opaque sur leur partie libre seulement; deux d'entre eux, les plus gros, étaient durs, de formeirrégulière, arrondis; presque tous étaient composés de bosselures isolées ou, pour mieux dire, réunies en grappe de raisin.

On a pu en trouver quatorze sur le bord libre de la trompe droite; un très petit sur la surface interne du pavillon, ayant un pédoncule de 3 lignes; un autre était sur le ligament rond, à la distance de 5 lignes de l'ovaire, à 1 pouce et demi du pavillon de la trompe, gros comme un grain de millet, adhérent par un pédoncule de 4 lignes de longueur. Au bord libre de la trompe gauche on en rencontrait seize, et il y avait deux pedoncules libres sans calculs au bout sur le ligament rond de ce côté.

L'analyse chimique, faite soigneusement, a fait constater dans les trois cas leur composition d'oxalate de chaux.

(*Gaz. méd. lomb.*)

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ENCRE.

Il y a déjà longtemps, un soldat en état d'ivresse but par mégarde la valeur d'un grand verre d'encre. Après avoir dormi une heure, il se réveilla avec les plus atroces souffrances. La couleur de ses lèvres et de sa langue, aussi bien que le liquide resté au fond du verre, firent reconnaître tout d'abord que l'empoisonnement était dû à de l'encre.

Le malade éprouvait une faiblesse extrême, des tremblements dans les membres et de violents battements de cœur.

Les symptômes de gastro-entérite étaient aussi accompagnés d'accidents nerveux, de mal de tête et de crampes très douloureuses dans les cuisses.

Après quatre ou cinq heures, le malade commença à vomir une masse pâteuse mêlée d'encre, dont la couleur eût fait supposer un empoisonnement par l'acide sulfurique.

On lui administra des boissons mucilagineuses et sucrées qui, après quelque temps, produisirent l'effet désiré.

Le troisième jour le malade entra en convalescence, mais se plaignit encore quelque temps de faiblesse dans les reins, de tremblements dans les cuisses et d'une douleur accablante et périodique siégeant derrière la tête et s'étendant quelquefois tout le long de la colonne vertébrale. (*Bell's pharm. journ.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Administration des ferrugineux.

Selon M. Van Oye, non-seulement il est important dans l'emploi interne des médicaments de choisir ceux qui conviennent le mieux aux circonstances et de les prescrire de la manière la plus convenable, mais encore faut-il s'assurer quelle est l'époque de la journée la plus favorable pour leur administration eu égard à la nature des substances, des conditions dans lesquelles vivent les malades, de leurs idiosyncrasies, etc.

C'est ainsi que pour les ferrugineux, par exemple, j'ai trouvé que c'est presque toujours le soir qu'ils sont le mieux supportés, et que donnés alors ils sont ordinairement suivis d'un effet plus prompt et beaucoup mieux marqué que si on les administre le matin ou dans la première époque de la journée. Cette particularité, qui avait déjà été signalée vers la fin du dix-huitième siècle par un auteur anglais, Clifton Wintringham, mais qui est passée inaperçue, s'applique spécialement aux femmes qui à une grande faiblesse joignent une irritabilité exagérée de l'appareil digestif. Ayant à traiter récemment une jeune fille chlorotique, je lui avais prescrit le fer sous plusieurs formes sans en obtenir un résultat satisfaisant; il y avait des pesanteurs d'estomac, de la flatulence, parfois même des vomissements, etc.

Ayant appris qu'elle prenait la plus grande partie de sa médecine dans la matinée, je la lui fis prendre le soir, plus grande dose en se couchant, en limaille, forme dont la malade n'avait pas encore usé jusque-là. Cette fois la médecine ne fut pas seulement bien supportée, mais encore elle produisit en peu de temps un effet des plus satisfaisants. Il est vrai qu'on pourrait admettre ici que le fer n'a mieux agi que parce qu'il a été prescrit isolément; mais, quand je rapproche ce cas d'un bon nombre d'autres dans lesquels les ferrugineux prescrits sous différentes formes ont été mieux supportés et se sont montrés plus efficaces le soir, je ne puis m'empêcher de conclure que la remarque de Wintringham a une certaine valeur et que dans les circonstances données les praticiens auraient tort de ne la pas prendre en considération.

(*Annales de la Flandre occidentale.*)

Emploi local de la vapeur de chloroforme contre les douleurs utérines,

Par M. S.-L. Hardy.

Les douleurs que le praticien anglais a surtout eu en vue de calmer par ce moyen sont celles que cause le cancer de l'utérus, souffrances atroces, torturantes, intolérables, que l'opium endort sans doute, mais au prix d'une congestion cérébrale qui amène un état de torpeur et de céphalalgie presque aussi insupportable que le symptôme contre lequel il a été administré. Aussi accueillera-t-on avec empressement cette nouvelle tentative, faite pour substituer un agent local à un sédatif qui n'opère que par l'intermédiaire d'une perturbation grave infligée à tout l'organisme.

L'appareil dont se sert M. Hardy est assez simple : c'est un récipient métallique auquel on adapte, d'une part, un insufflateur en caoutchouc, de l'autre un tube terminé par une canule de la longueur et de la forme les plus propres à porter l'agent anesthésique sur les parties malades. Notre confrère recommande de ne placer dans le récipient qu'une éponge imprégnée de chloroforme, et non du chloroforme en nature. Sans cette précaution, on s'exposerait, lorsqu'on comprime ensuite l'insufflateur, à pousser sur les parties malades non-seulement de la vapeur, mais du chloroforme liquide, ce qui doit être évité.

On comprend qu'avec ce mode de propulsion le praticien demeure maître de varier la quantité de vapeur et sa force de projection suivant les indications spéciales à chaque cas, et suivant aussi les premiers effets qu'il voit être déterminés par l'action de ce remède. En général, les malades ressentent d'abord une chaleur plus ou moins forte, et dont elles supportent plus ou moins aisément l'impression assez pénible; mais elle cesse au bout de peu de minutes et fait immédiatement place à un état de bien-être produit par l'apaisement des souffrances qui existaient précédemment. La douleur se suspend en premier lieu dans les reins, puis dans la région du pubis.

Le calme produit par ce procédé dure plusieurs heures; la douleur ne revient ensuite qu'atténuée. Toutes les malades chez lesquelles il a été mis en usage l'ont préféré à l'administration de l'opium, et comme il ne fatigue ni les organes digestifs, ni le système nerveux, on reste libre d'en recommencer l'application aussi souvent que l'indication s'en renouvelle.

Du reste, la dysménorrhée, les douleurs utérines qui succèdent parfois à l'avortement sont également soulagées par cette douche anesthésique. M. Hardy cite plusieurs cas où il a suffi d'une douzaine de jets de vapeur (dans la même séance) pour amener la sédation vainement demandée auparavant à d'autres médications.

(*Dublin Quaterly journal* et *Gaz. hebd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par arrêté du 3 janvier 1854, M. le préfet de police a nommé, sur la présentation du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Payen, président, et M. Trébuchet, secrétaire de ce conseil pour l'année 1854.

— M. le docteur Baschet, médecin du bureau de bienfaisance, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Blois, vient d'être promu au titre de chirurgien en chef de ce bel établissement.

— M. Laurencin, premier chirurgien en chef de la marine, dont le zèle scientifique ne s'était pas refroidi un instant, et qui tout récemment encore venait d'adresser une intéressante communication à l'Académie de médecine, a succombé inopinément le 7 de ce mois.

— M. le docteur Phillips commencera son cours des maladies des voies urinaires le mardi 24 janvier à trois heures, dans l'amphithéâtre n°4 de l'Ecole pratique, et il le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

Des hémorrhagies utérines pendant et après l'accouchement.

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'un accident très grave, d'un accident qui est le sujet des plus sérieuses préoccupations de l'accoucheur : je veux parler de l'hémorrhagie. Pour mon compte, je ne fais jamais un accouchement sans être dans l'appréhension de cet accident, et je ne suis dans une sécurité complète qu'après la délivrance. Vous avez vu il y a quelques jours dans le service une femme qui a été en proie à une hémorrhagie immédiatement après la délivrance. Cette femme avait été accouchée par le forceps; l'application du forceps avait été faite par l'un des élèves, et n'avait présenté aucune difficulté. On s'aperçut, aussitôt après la sortie de l'enfant, qu'il s'écoulait une assez grande quantité de sang; j'engageai l'élève à introduire la main pour hâter la délivrance. Ayant vu quelque hésitation de sa part, j'introduisis la main moi-même et je retirai le placenta, non sans quelque difficulté. Néanmoins l'hémorrhagie continua, quoique l'utérus fût dur et assez fortement contracté. Il fallut recourir aux moyens hémostatiques, dont je vous entretiendrai tout à l'heure, pour arrêter l'hémorrhagie.

Pendant que cet événement se passait ici sous vos yeux, j'avais l'occasion d'observer un accident semblable en ville, chez une jeune dame venue à Paris pour accoucher. Cette dame avait déjà perdu deux enfants en les mettant au monde, et la crainte de voir se reproduire une troisième fois le même accident l'avait engagée à venir se faire accoucher à Paris. Je fus frappé au premier aspect d'une légère œdématie de la figure. Je fis recueillir son urine, et j'y constatai la présence de l'albumine. Cependant je n'attachai pas une grande importance à cette circonstance. Quelques jours après je fus appelé auprès de cette jeune femme, qui se plaignait d'un violent mal de tête et d'une grande oppression qui me décidèrent à lui faire pratiquer une saignée assez abondante; elle était vers la fin de sa grossesse. Le mari me demanda avec une certaine sollicitude si cela n'avancerait pas le terme de la grossesse; je lui répondis que c'était possible, mais qu'il n'y avait d'ailleurs aucun inconvénient. En effet, quelques jours après je fus appelé pour l'accoucher. Les choses se passèrent naturellement. Cependant, à cause de l'oppression persistante et de la gêne qui en pouvait résulter pour peu que le travail se prolongeât, j'appliquai le forceps; ce qui fut fait avec une grande facilité. J'amenai un enfant vivant. J'appréhendais une perte. Cette appréhension était fondée sur ce qui s'était passé antérieurement : lors de ses deux premiers accouchements, cette dame avait eu une perte assez abondante. En effet, il s'écoula une assez grande quantité de sang aussitôt après la sortie de l'enfant. Je me hâtai de la délivrer. La perte n'en continua pas moins, et très abondamment, au point que j'en conçus un instant une très vive inquiétude. Bref, la perte finit par s'arrêter. Je dois dire que j'avais donné du seigle ergoté avant la délivrance, ce qui, ainsi qu'on le voit, n'avait pas suffi pour prévenir l'hémorrhagie.

Ces deux faits qui se sont passés presque simultanément, dont un a eu lieu sous vos yeux, et que vous aurez malheureusement de fréquentes occasions de rencontrer dans la pratique, m'ont engagé à vous entretenir de cet important sujet.

Vous connaissez très bien les connexions vasculaires du placenta et de l'utérus; vous savez que des artères nombreuses, petites et flexueuses émanant de la matrice vont se perdre dans le placenta, et que de nombreuses veines se perdent en cul-de-sac. Il y a donc de nombreux vaisseaux artériels et veineux qui peuvent donner du sang; c'est même par les veines qu'a lieu le plus ordinairement l'hémorrhagie. Pourquoi plutôt par les veines que par les artères? C'est parce que les artères sont très petites, très flexueuses, et que lors de la séparation du placenta d'avec la matrice ces artères subissent une modification qu'on a su utiliser dans d'autres circonstances pour prévenir l'écoulement sanguin (la torsion).

Mais, demanderez-vous, pourquoi, avec des dispositions anatomiques aussi favorables à l'issue du sang, l'hémorrhagie ne se produit-elle pas plus souvent? pourquoi même ne se produit-elle pas toujours? Il y a à cela deux raisons. La première, suivant moi, c'est que cette puissance attractive qui pendant la grossesse appelait incessamment vers ce point l'afflux sanguin a cessé par suite de l'expulsion de l'œuf. Indépendamment de cela, il y a une autre raison, c'est que l'utérus se rétracte et produit par le fait de cette rétraction des modifications extrêmement importantes dans l'état des parties. Le calibre des vaisseaux se trouve diminué par la compression qu'exerce sur eux le plissement du tissu utérin; la flexuosité naturelle de ces artères devient beaucoup plus prononcée encore. Cette double circonstance de la compression du calibre des artères et de l'augmentation de leur flexuosité s'oppose très certainement à l'hémorrhagie dans les conditions ordinaires.

Quelles sont donc les causes qui produisent ces hémorrhagies? Vous le devinez. C'est l'absence des conditions que je viens d'exposer. Que le sang continue à affluer vers l'utérus avec l'impulsion qu'il avait pendant la grossesse, impulsion trop forte pour les conditions nouvelles où se trouve placée la femme après l'expulsion du produit de la conception; d'un autre coté, que l'utérus ne se contracte pas, et par conséquent que les vaisseaux, n'étant point comprimés, conservent le calibre qu'ils avaient auparavant, voilà les deux causes essentielles, en quelque sorte nécessaires, de l'hémorrhagie.

Mais poursuivons l'étude de ces causes. Y a-t-il des circonstances particulières, des causes spéciales qui réalisent les conditions que je viens de supposer? Sans doute. Une femme pléthorique, chez qui l'impulsion du sang est généralement trop grande, est d'autant plus prédisposée aux hémorrhagies puerpérales; elle réalise l'une des conditions dont il vient d'être question, celle de la persistance de cette puissance attractive dont je parlais tout à l'heure.

Il est d'autres cas où une cause locale produit le même résultat : un corps étranger, la présence d'un caillot dans l'utérus. Enfin, il est des femmes chez lesquelles cette impulsion exagérée du sang a lieu sans qu'on puisse s'en rendre compte ni par la constitution pléthorique, ni par aucune des causes locales prévues; ce sont de ces cas d'anomalies inexplicables.

Une comparaison empruntée à un fait qui ne sort pas du sujet fera peut-être mieux comprendre ce que je viens de dire. Lorsque vous faites la section du cordon ombilical, il s'écoule un petit jet de sang, quelques gouttes seulement, si l'on n'en a pas fait la ligature, puis l'écoulement s'arrête. Il y a là sans doute une action rétractile qui concourt probablement à ce résultat; mais ce ne serait pas encore une raison suffisante pour expliquer ce phénomène. Le cordon est devenu inutile; il n'y a plus au bout un placenta; il n'y a plus cette puissance attractive; en un mot, il n'y a plus la vie. La même chose a lieu pour l'utérus; de sorte que d'une part comme de l'autre le sang cesse de couler par les mêmes raisons, parce que la force d'impulsion qui le faisait mouvoir n'existe plus.

Dans quelques cas, l'écoulement du sang continuerait à se faire par l'orifice béant du cordon si on ne le liait pas; c'est qu'il existe alors une de ces conditions anormales, une de ces causes d'impulsion exagérée que nous avons vues entretenir l'écoulement du sang chez les femmes après la délivrance.

Voilà pour ce qui concerne la part de la circulation.

Y a-t-il maintenant à faire la part de la contraction de l'utérus et par conséquent de l'absence de cette contraction? Oui. On admet en général, et avec raison, que chez les femmes à chairs molles les contractions utérines seront faibles, insuffisantes; c'est là évidemment une cause prédisposante de l'hémorrhagie; tel était l'état de la dame dont il a été question plus haut.

Une autre condition également prédisposante aux hémorrhagies, c'est la distension exagérée de l'utérus par un enfant volumineux, par deux jumeaux ou par une grande quantité de liquide amniotique. La fatigue par suite d'un travail prolongé peut amener le même résultat. Enfin, il est encore une autre circonstance qui peut aussi produire la disposition hémorrhagique, c'est la constitution propre de l'utérus. Vous m'entendez dire quelquefois que chez certaines femmes il y a des utérus paresseux, dont la contraction sera insuffisante et qui ne fera qu'une partie seulement de l'œuvre qu'elle devait accomplir. Cela tient à un défaut, à une insuffisance de la contractilité organique, de la contractilité de tissu de la matrice. C'est même là l'une des causes sous l'influence desquelles l'hémorrhagie se produit le plus souvent.

Il résulte de là qu'une hémorrhagie peut se produire par insuffisance de la contraction utérine ou par un excès d'impulsion circulatoire. De là deux formes d'hémorrhagies qu'il est important de connaître, l'une avec l'autre sans contraction de l'utérus.

Comment se fait l'hémorrhagie?

Le sang s'écoule d'abord dans l'utérus, c'est-à-dire dans une cavité limitée et plus ou moins contractile; puis dans le vagin, cavité non contractile; de sorte que ce qui paraît à l'extérieur n'est en quelque sorte que le trop-plein, le surplus de ce que renferme l'utérus. De sorte qu'il n'y a pas d'hémorrhagie externe sans qu'il n'y ait une plus ou moins grande quantité de sang contenue dans l'utérus et dans le vagin, mais une bien plus grande quantité dans

---

FEUILLETON.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX BULLETINS DES DÉCÈS.

Les observations que nous adresse sur ce sujet M. le Dr Bayard nous paraissent justes. Il serait à désirer, en effet, qu'une nomenclature uniforme fût adoptée dans les bulletins de décès transmis à l'autorité. Ce serait le seul moyen d'éviter des erreurs de statistique qui peuvent réagir sur le progrès de la médecine elle-même. Voici la lettre que M. Bayard a adressée au préfet de son département :

Monsieur le préfet,

J'ai l'honneur de vous adresser quelques observations relatives aux bulletins des décès que les médecins sont chargés de remplir. S. E. le ministre de l'intérieur paraissant prendre un vif intérêt à éclairer cette statistique restée jusqu'ici dans une profonde obscurité, j'espère que vous ne jugerez pas ces observations indignes de lui être transmises.

Si ces bulletins, monsieur le préfet, après avoir été coordonnés par les officiers de l'état civil, ne devaient pas servir à comparer la situation sanitaire à des *époques différentes*, ils ne seraient évidemment qu'une vaine superfluité. C'est donc à ce but utile qu'on doit tendre; mais pour établir cette comparaison instructive, il faut avant tout une nomenclature invariable, simple, ne laissant aucune latitude à des idées systématiques puisées dans tel temps ou dans telle école et ne permettant pas de donner trois ou quatre noms différents à une même affection morbide; autrement ces bulletins ne seraient d'un bout de la France à l'autre qu'un grimoire inintelligible aux officiels ministériels, ne pouvant servir de base à un travail de quelque importance.

En considérant la longue série de causes mortelles qui y sont énumérées, on serait presque disposé à croire, monsieur le préfet, que la mesure inaugurée par le ministre n'a pas l'approbation bien sincère de nos grandes autorités médicales; mais que, ne pouvant s'y opposer, elles ont cherché à rendre du moins son exécution à peu près impossible. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne pouvait mieux s'y prendre pour l'empêcher de porter quelques fruits, d'être de quelque utilité.

Je crois donc, monsieur le préfet, devoir proposer à Son Excellence d'imiter ce qui se fait depuis un siècle en Allemagne en adoptant une nomenclature intelligible pour tout le monde et réduite à ses points essentiels. Sussmilch, par exemple, en suivait une très simple qu'il serait fort désirable de voir reprendre aujourd'hui, non dans l'enseignement de la médecine bien entendu, mais dans la statistique médicale des décès, afin que l'on pût enfin établir entre les deux siècles, à cent ans d'intervalle, un parallèle incontestable. Il suffirait pour cela d'ajouter à cette nomenclature rapportée au tome II des *Archives statistiques* de Deferrière, page 94 (1804), deux ou trois notes marginales explicatives.

Par exemple, il ne peut y avoir aucun doute, monsieur le préfet, sur le sens qu'on doit attribuer aux mots convulsions, dentition, petite vérole, rougeole, phthisie, apoplexie, etc., etc. Ces mots n'ont point vieilli. Mais c'est sur le chapitre des fièvres qu'il est indispensable de bien s'entendre.

Sussmilch les divise en deux espèces : les *rhumatiques* et les *ardentes*. Sous le premier nom, il comprend toutes celles qui sont particulières aux maladies de poitrine; sous le second, il englobe toutes les fièvres *continues* qui ont amené la mort des malades.

Cette division est assurément très simple, très intelligible, très facile à suivre aujourd'hui; elle a l'immense avantage qu'il est à peine besoin d'être médecin pour s'y reconnaître parfaitement.

Il est utile de remarquer que dans son discours de rentrée à l'Académie de médecine, le 17 décembre 1844, M. Dubois, secrétaire perpétuel, s'exprimait ainsi : « La fièvre continue est simple ou grave..... grave, c'est la fièvre typhoïde. »

« Jusque-là, continue M. Dubois, on s'était à peine occupé de l'état » des organes dans les fièvres graves, continues. Prost et Broussais » avaient en vain attiré l'attention des médecins de ce côté. Il était » réservé à l'école actuelle de faire connaître les altérations vraiment » caractéristiques de ces sortes de fièvres; aussi on n'a plus à se per- » dre aujourd'hui dans les six ordres des fièvres de Pinel, encore moins » dans les synoques simples ou putrides, dans les synoques catarrha- » les, les fièvres lentes, nerveuses, les putrides, les pétéchiales, etc. » *La fièvre continue est simple ou grave* : simple, c'est l'éphémère des » anciens, la simple réaction fébrile; *grave, c'est la fièvre typhoïde.* »

Nous venons de lire le grand progrès signalé par M. Dubois, *les fièvres continues graves sous un seul et même nom* (typhoïdes). Écoutons

le vagin que dans l'utérus en raison de l'extensibilité beaucoup plus grande de cette cavité. C'est là une circonstance dont il faut tenir compte, mais dont on a fait une fausse interprétation lorsqu'on a décrit une hémorrhagie vaginale, ce qui est une erreur. Cependant il y a quelques exceptions à ce fait, et dans quelques cas c'est dans l'utérus seul ou du moins dans l'utérus principalement que se fait l'accumulation du sang. C'est ce qui a lieu, par exemple, dans les cas où un caillot vient à adhérer au col et à l'oblitérer de manière à retenir le sang extravasé dans sa cavité. Mais c'est là, je le répète, une exception. Dans les circonstances ordinaires, il y a toujours plus de sang dans le vagin que dans l'utérus.

A mesure que le sang s'écoule, la femme s'affaiblit, et c'est le plus souvent cet affaiblissement graduel qui donne l'éveil sur l'existence d'une hémorrhagie. Quelquefois cependant la femme ne s'en aperçoit pas ou ne s'en aperçoit que lorsque la perte dure déjà depuis quelque temps; c'est l'accoucheur qui s'en aperçoit soit à la pâleur de la femme, soit directement en la découvrant pour tout autre motif, et ce n'est que lorsqu'on l'a prévenue de ce qui arrive qu'elle remarque en effet qu'elle a la vue trouble et qu'elle se sent plus faible qu'à l'ordinaire. Cette faiblesse est bientôt suivie d'une syncope; puis au bout de quelques instants la femme reprend ses sens; mais l'hémorrhagie, qui s'était arrêtée pendant la syncope, reparaît avec le rétablissement de la circulation.

Je viens de dire que la syncope arrête l'hémorrhagie. Il arrive, en effet, dans quelques cas heureux, que l'hémorrhagie arrêtée par la syncope ne se reproduit plus après que celle-ci a cessé; de sorte que le mal lui-même devient quelquefois le remède au mal. Il faut bien qu'il en soit ainsi dans un certain nombre cas, et même dans un assez grand nombre de cas; car dans les campagnes, où les femmes accouchent le plus ordinairement sans l'assistance d'une personne de l'art, les hémorrhagies sont aussi fréquentes que partout ailleurs, et certainement les femmes qui ont des hémorrhagies dans ces conditions, c'est-à-dire en l'absence de tous soins médicaux, ne succombent pas toutes. Cependant il ne faudrait pas se laisser aller à cet égard à une confiance trompeuse. Les syncopes se répètent ordinairement; la réapparition de la perte après une première syncope qui n'a fait que la suspendre momentanément en amène une seconde, puis une troisième, et il arrive un moment où, après plusieurs syncopes successives, la malade accuse une grande douleur précordiale, puis elle a quelques convulsions, puis elle succombe.

Il peut arriver quelquefois que les femmes ne succombent pas immédiatement à une hémorrhagie, mais qu'elles succombent plus ou moins longtemps après à ses suites: un, deux, trois, quatre, cinq, six, dix jours et même quinze jours après. Mais je dois dire que la mort après un aussi long délai est nn fait rare. Pour ma part, je ne l'ai jamais vue survenir à un aussi long terme; mais d'autres accoucheurs ont été témoins de ces terminaisons fatales tardives. C'est donc là, comme on le voit, un accident des plus graves et auquel il faut porter remède le plus promptement possible, et un remède efficace.

Quels sont les moyens que l'on peut opposer aux hémorrhagies qui suivent immédiatement l'accouchement? Il y en a beaucoup, mais ils n'ont pas tous le même degré d'importance et d'efficacité; il n'y en a même, parmi la foule des moyens proposés, qu'un petit nombre qui soit nécessaire.

Le traitement de l'hémorrhagie puerpérale présente deux indications principales à remplir:

1° Provoquer la rétraction de l'utérus;

2° Diminuer l'activité de l. circulation utérine.

Tous les moyens de traitement doivent tendre à remplir l'une ou l'autre de ces indications, ou mieux, si cela est possible, ces deux indications à la fois. Sans doute on conçoit, jusqu'à un certain point, qu'en provoquant les contractions de l'utérus on diminue en même temps son activité circulatoire, de sorte qu'au premier abord il semblerait que ces deux indications n'en font qu'une en réalité. Oui; mais que l'on remarque bien que la contraction utérine ne suffit pas toujours à elle seule pour arrêter l'hémorrhagie, qu'il est des cas où, bien que l'utérus soit fortement rétracté, il suffit d'une impulsion exagérée de la circulation pour entretenir l'hémorrhagie, et dès lors on comprendra l'utilité de la distinction que je viens d'établir et que justifie suffisamment l'observation journalière. Tel était, en effet, le cas des deux femmes dont femmes dont je vous ai entretenus tout à l'heure.

Il y a donc deux indications qui sont parfaitement indépendantes. Il y a des cas où il faut surtout s'attacher à obtenir le retrait de l'utérus; d'autres, au contraire, où l'on doit principalement chercher à diminuer l'impulsion du mouvement du sang; d'autres enfin où il faut accomplir simultanément ce double objet, et faire converger tous les moyens vers ce double but. C'est donc une distinction essentiellement pratique.

Il y a deux moyens de provoquer la rétraction de l'utérus, il y a du moins deux moyens essentiels; ce sont certains agents médicamenteux spéciaux: le seigle ergoté et l'introduction de la main dans l'utérus. Quant aux moyens de diminuer l'impulsion de la circulation, ils consistent principalement dans l'application des réfrigérants, soit extérieurement, soit aussi intérieurement.

L'étude de ces trois ordres de moyens thérapeutiques: l'administration du seigle ergoté, l'introduction de la main et l'application des réfrigérants, fera l'objet de la seconde leçon.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau remède contre le rhumatisme.

Par M. Blanco y Millan.

Ce remède, dans lequel l'auteur paraît avoir une grande confiance, n'inspirera probablement pas le même sentiment à tous nos confrères. En voici la formule:

Prenez une livre de lombrics ou vers terrestres, nettoyez-les sans les laver, placez-les dans une bouteille de verre bien bouchée, que vous mettrez dans la boue à 50 centimètres de profondeur au moment où le contenu de la bouteille entrera en fermentation. Au bout de vingt-quatre heures, les lombrics sont convertis en un liquide trouble, un peu terreux, dont l'odeur forte et nauséabonde ressemble à celle des sardines pourries. Le remède est alors prêt: on s'en sert en imbibant de ce liquide tiède des linges que l'on applique sur la partie douloureuse. Par-dessus on met un papier de trace bien chaud; on renouvelle ces applications plusieurs fois par jour, et, dit l'auteur, au bout de peu de jours les douleurs disparaissent comme par enchantement.

L'auteur rapporte deux observations de douleurs rhumatismales chroniques dans lesquelles il a suffi de deux ou trois applications pour amener la guérison. (*Rev. thérap. du Midi.*)

Onguent d'huile de cade.

La formule suivante paraît avoir été employée avec succès en Angleterre dans quelques maladies de peau.

Cire jaune.	30 grammes.
Axonge.	45 —
Suif.	45 —
Huile de cade.	145 —

Mêlez selon l'art.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 janvier 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

Appareil inamovible. — M. Chassaignac présente une malade sur laquelle il a mis en usage un appareil inamovible pour une fracture du bras.

Les bandes de linge ont été préalablement trempées dans un mélange de plâtre de mouleur et de blancs d'œufs. La fabrication de cet appareil est facile, et sa consistance après la dessiccation ne laisse rien à désirer.

Coxalgie intra-utérine. — M. Morel-Lavallée fait la communication suivante:

Les deux cas de coxalgie intra-utérine que le hasard m'a présentés en même temps, presque le même jour, devant figurer plus tard dans un mémoire, je me bornerai aujourd'hui à fixer votre attention sur leurs principaux caractères anatomiques.

Le premier sujet, qui était une petite fille, avait coïncidemment à la lésion de la hanche une arthrite suppurée du même côté. Voici l'état de l'articulation coxo-fémorale: destruction d'une grande partie de la capsule, très dilatée dans la portion qui reste; quantité considérable de pus séreux dans l'article, qui avait fusé dans la fosse iliaque externe et dans la fosse iliaque interne, jusqu'à la crête, sur les deux faces de l'os. Tête du fémur n'offrant que son hémisphère externe, à surface lisse, évidemment arrêtée dans son développement. Cavité cotyloïde très superficielle, presque plane, très évasée, étendue jusqu'à la branche horizontale du pubis. Aucune trace d'altération de tissu ni sur la tête, ni dans la cavité cotyloïde; traces d'abcès métastatique nulle part.

La cuisse, très mobile, pouvait prendre toutes les attitudes sans être luxée dans un sens plutôt que dans l'autre.

Le deuxième cas, qui s'est rencontré chez un petit garçon, ne diffère anatomiquement du précédent que par les circonstances suivantes:

1° Le pus est complétement phlegmoneux; il est plus abondant, remonte en dedans jusque sous le rein et descend jusqu'au tiers inférieur de la cuisse;

2° Les trois pièces qui constituent par leur réunion la cavité cotyloïde ne sont pas soudées ensemble, et jouent, comme vous le voyez, les unes sur les autres.

Du reste, cette pièce a tant d'analogie avec la première, que M. Houël a d'abord cru que c'était la même que je représentais.

Je terminerai cette note en disant que ces enfants, sur lesquels je reviendrai, n'étaient âgés que de quelques jours. MM. Bouvier, Danyau et Monod, qui ont examiné les pièces de près avant la séance, n'hésitent pas plus que moi à reporter la lésion à la vie intra-utérine. Je suis heureux que leur autorité vienne à l'appui d'une opinion que j'établirai bientôt, j'espère, sans réplique.

Ces deux faits ont été suivis sur le vivant, et ce sont, je crois, les premiers qui aient été cliniquement observés.

CORRESPONDANCE.

M. le Dr Deguise, devant faire partie du jury pendant la seconde quinzaine de janvier, écrit pour obtenir un congé.

M. le Dr A. Richard adresse à la Société une lettre pour être porté sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

M. le président annonce à la Société que M. Nélaton est entièrement rétabli.

— Après la correspondance, M. Guersant présente, au nom de M. Apostolides, un porte-éponge pour la cautérisation du larynx et de la trachée après l'opération de la trachéotomie. Cet instrument, après quelques observations de M. Robert, est envoyé à l'examen de M. Guersant, chargé déjà de faire un rapport sur d'autres communications de M. Apostolides.

LECTURE.

M. Chassaignac termine la lecture de son travail sur les abcès sous-périostiques aigus. Si une discussion s'engage sur ce travail, elle aura lieu après la discussion du rapport de M. Robert. Nous transcrivons les conclusions de M. Chassaignac:

1° L'enfance et la diathèse scrofuleuse constituent une prédisposition notable à l'abcès sous-périostique aigu.

2° Les membres inférieurs sont spécialement prédisposés à ce genre d'abcès.

3° Parmi les causes des abcès sous-périostiques aigus doivent être mentionnés: 1° l'hérédité rhumatismale; 2° l'habitation dans des lieux humides; 3° les chocs extérieurs; 4° une commotion morale vive; 5° des fatigues excessives et disproportionnées à l'âge du sujet; 6° l'époque critique des fièvres éruptives; 7° la suppression brusque de la suppuration dans les trajets fistuleux entretenus par un os malade.

4° Dans l'abcès sous-périostique aigu, la douleur précède tous les autres symptômes, même la fièvre. Cette douleur est excessive, profonde, analogue à celle du panaris grave. Elle donne au malade la sensation d'une fracture imminente. Elle est sujette à des exacerbations nocturnes.

5° L'abcès sous-périostique ne s'accompagne point d'altération de couleur à la peau.

6° Dans l'abcès sous-périostique aigu du fémur, la maladie débute toujours par la moitié inférieure de l'os.

7° Dans l'abcès sous-périostique aigu, la tumeur est fluctuante et fait corps avec l'os.

8° Le moyen de percevoir la fluctuation dans l'abcès sous-périostique de la cuisse consiste à saisir le membre à pleines mains et à exercer des pressions alternatives en sens opposés.

9° Le pus des abcès sous-périostiques aigus présente des globules huileux.

10° Dans les abcès sous-périostiques aigus il y a constamment nécrose plus ou moins superficielle de l'os sur lequel existe l'abcès; les séquestres qui en résultent peuvent disparaître soit par résorption, soit par élimination parcellaire.

11° Dans l'abcès sous-périostique aigu, quelque étendu qu'il soit, les articulations contiguës à l'os affecté conservent presque toujours leur intégrité, tandis que dans l'ostéo-myélite elles sont ordinairement atteintes.

12° L'abcès sous-périostique se distingue cliniquement du phlegmon diffus: 1° par l'absence de l'empâtement; 2° par l'existence d'une fluctuation bien circonscrite; 3° par la localisation du gonflement sur un os en particulier comparée à la tuméfaction diffuse du phlegmon; 4° enfin par le caractère spécial de la douleur.

13° La première indication à remplir dans le traitement de l'abcès sous-périostique aigu, c'est d'inciser promptement et largement sur le foyer de l'abcès.

14° Certains abcès sous-périostiques exigent de toute nécessité l'emploi d'une contre-ouverture.

15° Dans le traitement des abcès sous-périostiques, le lavage, les canules en Y et le séton perforé sont des auxiliaires utiles contre la putridité; les douches à l'acide hydrochlorique dans la proportion d'un 2/1000 hâtent la disparition des séquestres.

---

le reste. Voici comment s'exprime en 1789 le docteur Duplanil, annotateur de la *Médecine domestique* de Buchan, t. II, pages 65 et 66):

« On sera sans doute étonné que M. Buchan confonde sous le nom » de *fièvre continue aiguë* les fièvres dont on a fait des maladies distinctes; et particulièrement la fièvre *ardente*, décrite sous le nom de » *causus*. Mais il n'est pas de praticien éclairé qui ne dise avec M. Le » Roy que le mot *causus* employé par Hippocrate signifie une fièvre » forte, vive, en un mot, non l'*espèce*, mais le *degré* de la fièvre.

» La fièvre continue aiguë dont il est ici question a tous ces caractères. Les symptômes divers qui l'accompagnent lui ont fait donner » bien des noms. De là sont venues les fièvres chimériques, connues » *ardentes, épiales, lipyries, comateuses, singultueuses, anhéloses,* » *anxieuses, syncopales, typhodes, bilieuses*, etc. Nous n'en finirions » pas si nous voulions donner les noms imaginés par la vanité pour » désigner *les fièvres continues aiguës*. Contentons-nous de dire que la » nature ne nous présente que deux espèces de fièvres continues, la » *bénigne* et la *maligne*. »

Que dit de plus M. Dubois? Tout le progrès consiste donc à nommer *typhoïde* ce que Sussmilch nomme *ardente*, ce que Buchan nomme *continue aiguë!* Il n'y a vraiment pas de quoi s'extasier!... Dans tous les cas, nous voici bien en règle, et les fièvres *ardentes* de Sussmilch sont bien les typhoïdes de M. Dubois, car elles sont *graves*, puisqu'elles ont tué le malade. On n'en peut trouver une meilleure preuve.

Entre les fièvres continues graves que Sussmilche nomme *ardentes*, et que M. Dubois nomme *typhoïdes*, il n'y a donc évidemment que la différence des deux mots destinés à les caractériser; l'un n'est pas plus explicite que l'autre. Pourquoi donc changer l'ancien pour le nouveau, et s'exposer ainsi à rendre inintelligible la statistique médicale comparée?

En outre, monsieur le préfet, tous les médecins ne sont ni du même temps ni de la même école. A la fièvre qu'avec M. Dubois je nommerai *typhoïde*, tel de mes confrères donnera le nom de *continue*, tel autre celui de *cérébrale*, un troisième celui d'*enterite*, puisque ces quatre noms sont compris dans la nomenclature officielle qui nous est adressée. Dès lors comment voulez-vous que l'officier de l'état civil coordonne son travail? Comment arrivera-t-il à des conclusions dignes de foi avec des documents ainsi viciés par leur base? En adoptant au contraire la nomenclature de Sussmilch, avec quelques notes marginales tout devient clair et précis. On voit du premier coup d'œil, par exemple, que les petites véroles et les convulsions ont diminué depuis le dix-huitième siècle, tandis que les fièvres *ardentes* sont devenues *trois fois plus meurtrières!*

Ne serait-ce pas, monsieur le préfet, pour dissimuler au gouvernement et au public cette écrasante vérité que nos grandes autorités médicales auraient laissé tant de place à l'arbitraire du praticien dans la rédaction des bulletins mortuaires?

Il est toujours pénible d'avouer qu'on a commis une erreur, mais un tel miracle d'abnégation est presque impossible à obtenir d'une assemblée de savants!

Agréez, etc. A. Bayard, d.-m.-p.

Cirey-sur-Blaise.

16° L'abcès sous-périostique peut donner lieu à l'indication d'amputer, soit primitivement, à raison des désordres considérables qu'il a produits, soit consécutivement, quand il devient une cause d'épuisement pour la constitution.

17° L'emploi des préparations mercurielles est contre-indiqué dans le traitement des abcès sous-périostiques quand ceux-ci surviennent chez des sujets jeunes et scrofuleux.

Chloroforme. Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. Denonvilliers prend la parole en ces termes :

Messieurs, le travail de M. Robert n'est pas seulement son œuvre individuelle; c'est aussi, comme il a pris soin de l'annoncer lui-même au lecteur, le résumé de la discussion ouverte naguère devant la Société de chirurgie. Si je rappelle cette circonstance, ce n'est point assurément pour amoindrir en quoi que ce soit le mérite de notre collègue : je reconnais combien il a contribué par ses laborieuses recherches et ses judicieuses remarques à l'élucidation et à l'avancement de la question; je veux seulement établir que, par cette participation publiquement avouée et non exactement déterminée, la Société est devenue solidaire et jusqu'à un certain point responsable des propositions émises dans le rapport qui lui est encore soumis en ce moment.

Pénétré de cette pensée, j'avais insisté, avant l'ouverture de la discussion actuelle, pour que la Société prît elle-même des conclusions ou votât du moins celles du rapport. Pour des raisons qui ont aussi leur valeur, la Société a préféré suivre la marche ordinaire; à la bonne heure : mais comme il lui est, quoi qu'elle fasse, impossible de se dégager entièrement de cette solidarité que je rappelais à l'instant en s'abstenant d'intervenir formellement dans la rédaction des conclusions, elle n'en a contracté qu'une obligation plus étroite de protester par la voix de ses membres contre les parties du rapport qui lui paraîtraient, à quelque titre que ce fût, vulnérables, hasardées ou compromettantes. Une telle obligation pèse d'autant plus impérieusement sur nous que les questions en litige ont une importance immense, que le travail de votre rapporteur est appelé à avoir le plus grand retentissement et l'autorité la plus incontestée sur l'opinion des praticiens et des magistrats, et à exercer par conséquent une influence directe sur le salut ou la perte des malades, sur la responsabilité médicale et sur l'avenir de la science en ce qui touche l'importante question de la chloroformisation.

Il n'a fallu, croyez-le bien, rien moins que ces considérations pour me déterminer à prendre la parole dans un sujet déjà si débattu, lorsque surtout mon intention est de revenir sur des propositions attaquées dans les séances précédentes par quelques-uns de nos collègues; mais cet accord même dans la critique ne semble-t-il pas établir à son profit ce préjugé que les points auxquels elle s'est si opiniâtrement attachée sont bien réellement les points contestables et les côtés faibles du travail, d'ailleurs si remarquable, de M. Robert ?

Un premier fait qui ressort pour moi de la lecture comparative du rapport et des conclusions, c'est qu'il n'existe point un accord parfait entre ces deux parties du travail, et que la dernière n'est point, comme on aurait pu l'espérer, un ensemble de propositions bien coordonnées entre elles, bien liées, se déduisant les unes des autres par un enchaînement logique, et présentant le résumé fidèle et saisissant de la discussion approfondie contenue dans le corps du rapport. Bien plus, parmi les conclusions il en est qui sont en opposition manifeste avec le rapport. Or c'est là une chose, à mon avis, très fâcheuse; car, en présence d'une telle contradiction, le lecteur se trouvera nécessairement embarrassé. Sans doute, celui qui sera attentif et appliqué n'hésitera pas et comprendra la supériorité du rapport, qui s'appuie sur les faits et déduit avec soin les preuves; mais, d'un autre côté, les conclusions sont par rapport au travail ce qu'une loi est par rapport aux considérants qui la précèdent; c'est le texte sacré, c'est l'expression la plus nette et la plus absolue de la pensée de l'auteur. Ainsi, il pourra arriver que les conclusions soient acceptées de préférence au rapport, même par ceux qui lisent, et pourtant c'est le rapport qui est l'œuvre sérieuse, l'œuvre véritable; c'est le rapport, hâtons-nous de le dire, qui doit l'emporter sur les conclusions. Que de gens d'ailleurs, qui n'ont pas le temps de lire ou de réfléchir et disposés à accepter une opinion toute faite, surtout quand elle provient d'une bonne source, s'en tiendront aux conclusions et s'y tiennent!

Nulle part les inconvénients que nous venons de signaler ne sont plus flagrants que pour la première des conclusions qui suivent le rapport. « *Le chloroforme*, est-il dit, *peut causer la mort lorsqu'il est mêlé » à l'air en trop fortes proportions.* » C'est là, suivant moi, une proposition malheureuse, parce qu'elle est au moins hasardée, parce qu'elle est contraire aux faits rappelés dans le rapport et à la pensée même du rapporteur, parce qu'elle est en même temps dangereuse et menaçante pour le chirurgien et pour la science.

Il n'est pas besoin de grands raisonnements pour démontrer le danger de cette proposition. Le mot *trop* exprime, en effet, une idée de blâme, et, du moment que l'on admet qu'une trop forte proportion de chloroforme peut tuer, on reconnaît implicitement qu'il existe une proportion suffisante, convenable, classique, qui est connue et que l'on ne doit pas dépasser, sous peine de faute grave. Calculez maintenant jusqu'où avec un texte semblable un avocat pourra conduire le pauvre chirurgien qui aura eu le malheur de voir périr entre ses mains un malade soumis aux inhalations chloroformiques! Ce ne serait rien si la proposition en question était démontrée, et, quelque grave responsabilité qui dût en résulter pour le corps médical, nous n'hésiterions pas à l'accepter si elle était acceptable, et nous découvririons sans difficulté le chirurgien si du même coup le malade devait se trouver couvert. Mais en est-il ainsi? mais la conclusion qui fait l'objet du débat est-elle prouvée, est-elle justifiable, est-elle soutenable? Ce n'est pas notre opinion.

Le raisonnement semble bien indiquer, à la vérité, que le danger du chloroforme doit être proportionnel à la concentration de ses vapeurs, et que, s'il détermine la mort quand il est mêlé à l'air dans la proportion de 4 à 7 pour cent, par exemple, il doit à plus forte raison la produire lorsqu'il est mélangé à lui dans la proportion de 10 à 12; mais qu'est-ce que le raisonnement en pareille matière? N'aurait-on pas été fondé à avancer aussi, avant d'avoir expérimenté certains poisons, que leur action devait être proportionnelle à leur quantité ou à leur degré de concentration? Et pourtant l'expérience est venue prouver, contre toute prévision, que le même poison qui tue à une certaine dose épargne les malades lorsqu'il est administré à des doses doubles, triples, quintuples! Le fait s'explique, dira-t-on, par le vomissement et le rejet des matières toxiques, et rien de semblable n'a lieu pour le chloroforme : sans doute. Mais savons-nous ce qui se passe dans l'intimité des organes? N'est-il pas possible que l'un des premiers effets des vapeurs chloroformiques concentrées soit de frapper de paralysie ou d'atonie les organes de l'absorption, de telle sorte que l'opération puisse se continuer ensuite sans inconvénient et sans danger? Je n'affirme pas, remarquez-le bien, qu'il en soit ainsi; mais rien n'empêche qu'on le dise, c'est-à-dire qu'il y a doute, et il faut bien se garder de présenter comme certain dans des conclusions finales ce qui est en définitive douteux.

Laissons donc le raisonnement qui pourrait nous égarer et qui est incapable à lui seul de nous éclairer, et venons en aux faits. Sur ce terrain, nous nous trouverons presque toujours d'accord M. le rapporteur et moi.

Le chloroforme peut causer la mort lorsqu'il est mêlé à l'air en trop fortes proportions! Faut-il prendre cette proposition dans son sens littéral? faut-il s'attacher à l'esprit plus qu'à la lettre, et entendre que le chloroforme peut tuer s'il est donné plus longtemps ou en plus grande quantité qu'on n'a coutume de le faire ou qu'on ne l'a fait dans les cas où le sommeil est arrivé sans qu'il soit survenu d'accidents? Examinons successivement ces diverses hypothèses.

1° Le chloroforme peut-il tuer lorsqu'il est mêlé à l'air en trop fortes proportions? Pour répondre à cette question, il faudrait d'abord pouvoir déterminer les proportions du mélange d'air et de chloroforme à l'inhalation duquel on soumet le malade. Or, M. Robert nous déclare, et dans son rapport et dans sa dixième conclusion, que, l'inhalation devant être faite, non dans un vase clos, mais à l'air libre, tout dosage est impossible. S'il en est ainsi, et je crois avec M. le rapporteur qu'il en est ainsi, comment serait-il possible de déterminer les proportions, et d'affirmer qu'ici elles sont convenables, et que là elles sont trop faibles ou trop fortes? Aussi, M. Robert n'a-t-il pas manqué de réfuter avec vivacité, dans son rapport, et de réduire à leur véritable valeur les prétentions ingénues de M. Snow qui fixait un maximum de condensation pour les vapeurs du chloroforme, et qui croyait pouvoir doser cet agent avec un appareil aussi incapable de ce résultat qu'aucun de ceux que nous employons nous-mêmes.

2° Le chloroforme peut-il tuer lorsque la durée de son administration est trop prolongée, ou lorsqu'il est administré en trop grande quantité? Mais qui nous enseignera quelle est la durée convenable, normale, régulière de cette administration, jusqu'à quelle quantité nous pouvons nous élever sans danger, et à quel point nous devons nous arrêter? Ce ne sera pas, je pense, M. le rapporteur, car il nous fait remarquer avec raison qu'il n'y a de limite régulière sous aucun de ces rapports. Tel, dit-il (page 21), est plongé dans un sommeil profond par quelques gouttes de chloroforme, tandis que tel autre peut impunément en absorber plusieurs grammes. N'en est-il pas de même pour la durée? N'y a-t-il pas des sujets qui ne s'endorment qu'après un quart d'heure d'inhalation, tandis que d'autres cèdent au sommeil au bout de quelques secondes, et chaque jour ne nous fournit-il pas quelque exemple des nombreux intermédiaires espacés entre ces degrés extrêmes? M. Robert n'a-t-il pas lui-même cherché les causes de cette variabilité dans la différence des circonstances au milieu desquelles se pratiquent les opérations, différences qui portent sur l'âge, le sexe, la vigueur des malades, la température, l'état de repos ou d'agitation de l'air ambiant, etc...? Mais, sans nous arrêter à ces différences en quelque sorte contingentes et accidentelles, n'y a-t-il pas dans les conditions essentielles du phénomène des différences que rien ne pourra jamais faire disparaître et qui rendront toujours impossible l'établissement d'une mesure de durée ou de quantité? Que faut-il, en effet, pour que les vapeurs chloroformiques exercent leur action anesthésique? Il faut : 1° qu'elles pénètrent dans le poumon, 2° qu'elles y soient absorbées, 3° qu'elles circulent mélangées au sang, 4° qu'elles impressionnent le système nerveux. Eh bien, je le demande, tous les individus respirent-ils de la même façon? ont-ils le même nombre d'inspirations à la minute? les inspirations ont-elles la même profondeur? le même volume d'air pénètre-t-il chaque fois dans le poumon? la capacité de cet organe et l'étendue de la surface muqueuse pulmonaire sont-elles égales? la puissance absorbante se ressemble-t-elle chez tous les hommes? le système circulatoire est-il également large? la masse du sang est-elle identique, la vitesse de la circulation pareille, et le pouls bat-il autant de fois à la minute? le système nerveux enfin est-il doué d'une impressionnabilité toute semblable? Qu'on ne s'étonne donc pas de ne pouvoir arriver à la mesure des doses nécessaires pour produire sur une machine aussi compliquée que la machine humaine des résultats uniformes : il serait bien plus surprenant qu'il en fût autrement et que cette mesure pût être déterminée.

3° Le chloroforme peut-il tuer lorsqu'il est donné en quantité supérieure à celle qui endort les malades sans danger? Il semble qu'à une telle question on doive forcément répondre par l'affirmative, et cependant on n'est pas autorisé à répondre ainsi. Et d'abord, comment fixer cette quantité qui endort les malades sans danger? Consultez les faits, recueillez les observations, et vous verrez, d'un côté, des malades succombant presque instantanément après l'inspiration des vapeurs dégagées d'un ou de deux grammes, que dis-je! de quelques gouttes de chloroforme, et, d'un autre côté, les forçats du bagne de Toulon auxquels on verse, comme nous l'avons appris de M. Fleury, le chloroforme sans mesure et sans inconvénients. Bien plus, le même malade qui s'est endormi naturellement un jour au bout de quelques minutes de chloroformisation succombe le lendemain ou les jours suivants au début même de l'opération et après quelques inspirations seulement.

Vous le voyez, à quelque point de vue qu'on se place pour l'examen de cette proposition, on la trouve toujours également insoutenable, toujours également hasardée.

Quelles sont pourtant les raisons sur lesquelles s'appuie M. Robert pour admettre le danger inhérent à la concentration des vapeurs chloroformiques? Ces raisons, les voici : nous les trouvons à la page 26 du rapport. Désireux d'étudier expérimentalement la mort par sidération, notre collègue avait fait respirer à quelques chiens des quantités considérables de vapeurs chloroformiques dans un temps très court, en leur plongeant la tête dans une vessie contenant plusieurs grammes de chloroforme, puis il avait noté les phénomènes qui avaient accompagné la mort. Or, ces phénomènes, il a cru les retrouver dans certaines observations de mort subite survenue chez l'homme soumis à la chloroformisation, et cette analogie dans les troubles fonctionnels l'a conduit à se demander s'il ne serait pas permis de rapporter la mort dans l'un et l'autre cas à une cause identique, c'est-à-dire à l'administration du chloroforme en trop grandes proportions. On voit sur quelle faible base repose la proposition, et avec quelle prudente réserve elle est d'ailleurs exprimée dans le rapport : nous regrettons qu'elle ait pris, en tête des conclusions finales, une forme plus affirmative.

Au reste, l'auteur du rapport ajoute immédiatement que les choses se sont passées d'une manière tout à fait différente dans la plupart des observations; d'où il tire cette conclusion, qu'il existe, en dehors de la sphère d'activité du chloroforme, une cause spéciale, un trouble nerveux, dont la source ne peut être placée ailleurs que dans la disposition où s'est trouvé l'organisme à un moment donné; et c'est là, ajoute-t-il, ce qui constitue le véritable danger de la chloroformisation. La même idée se trouve exprimée, répétée, développée, commentée et prouvée en divers endroits du rapport (pages 15, 17, 22, 23). Dans tous ces passages se trouve invoquée comme cause de mort la susceptibilité individuelle. On lit même, à la page 17, une phrase remarquable, dans laquelle M. Robert fait observer « qu'il avait insisté dans » son premier rapport sur ce fait capital, à savoir, que, dans les obser» vations par lui citées, on ne pouvait attribuer la mort à ce que l'é» thérisation avait été poussée jusqu'à ses limites extrêmes, mais bien » à des circonstances insolites inconnues dans leur essence et qu'il lui » a paru naturel d'attribuer à une disposition individuelle. » Et plus loin (pages 22 et 23) le texte est encore plus positif, s'il est possible. « Qu'il me soit permis, dit M. Robert, de rappeler quelques-uns des » cas malheureux que j'ai cités, et il demeurera constant pour tout » homme dégagé d'idées préconçues que les malades n'ont point suc» combé à des quantités trop considérables de vapeurs absorbées à la » fois. » Suivent quelques récits bien circonstanciés de cas malheureux empruntés à de très bons praticiens, puis vient la conclusion : » On arrive donc forcément à reconnaître cette vérité, à savoir, que » les malheurs doivent être imputés à des dispositions particulières » de l'organisme, dont la nature nous est inconnue. »

Après de telles citations, que pourrais-je ajouter? où trouverais-je de meilleures objections contre les conclusions du rapport que celles que j'emprunte au rapport même? N'étais-je donc pas fondé à m'étonner de voir figurer en première ligne une proposition tout au moins douteuse, et rejeter sur le second plan la proposition la plus importante et la mieux démontrée? N'avais-je pas raison d'annoncer en commençant que les deux premières conclusions n'étaient conformes ni à la lettre, ni à l'esprit du rapport, ni même à la pensée du rapporteur? Sa véritable pensée, en effet, c'est celle qu'il a présentée dans son premier rapport, et qu'il n'a pu s'empêcher de reproduire à chaque instant dans le second. Bien qu'elle s'appuyât sur l'analyse des faits les plus authentiques et les plus circonstanciés, cette opinion de M. Robert ne fut pas d'abord accueillie avec la faveur qu'elle méritait; elle fut vivement attaquée, un peu à cause de sa nouveauté et parce qu'elle surprit les esprits habitués à d'autres idées, beaucoup à cause de son entourage, et parce qu'elle se présentait escortée de propositions contestables sur l'inefficacité des précautions destinées à prévenir les accidents et des moyens propres à les combattre. En reconnaissant franchement qu'il avait été trop absolu dans ces dernières propositions, M. Robert a fait preuve d'un esprit judicieux et conciliant; mais il serait regrettable qu'il poussât la déférence plus loin et que, par un scrupule honorable dans son principe, mais exagéré dans son application, il abandonnât sa pensée première et craignît de lui donner dans les conclusions la place qui lui appartient. Pour mon compte, je n'hésiterais pas à blâmer une telle concession.

Voici en quels termes je proposerais de rédiger les premières conclusions :

Les accidents graves, et même la mort, peuvent être causés par le chloroforme.

Ces résultats funestes surviennent, soit que le chloroforme ait été administré en forte proportion ou que son administration ait été longtemps prolongée, soit qu'il ait été administré à faible dose et pendant un temps très court.

Ils ont été jusqu'ici beaucoup plus souvent observés dans les dernières conditions que dans les premières; ce qui semble indiquer dans les victimes une susceptibilité particulière, et ce qui explique leur production dans des cas où le chloroforme avait été administré pur et par des mains habiles.

Cette rédaction diffère de celle de M. le rapporteur en ce qu'elle supprime entièrement la première conclusion, et restitue à la seconde la place qu'elle n'aurait pas dû quitter. Ainsi se trouve franchement mise en regard de cette idée un peu présomptueuse, que le chloroforme bien employé ne peut pas nuire, cette autre idée plus modeste, mais incontestable, savoir : qu'employé par des mains habiles et avec les précautions généralement usitées, le chloroforme a été nuisible.

Quelques personnes semblent craindre pour l'avenir du chloroforme les conséquences qu'on pourrait tirer d'une telle déclaration. Mais si la rédaction que je propose est, comme je le crois, la déduction rigoureuse des faits aujourd'hui connus et l'expression fidèle de l'état actuel de la science, nous ne saurions la repousser sans trahir la vérité, et notre devoir est de l'adopter, quelles qu'en doivent être les conséquences. Ces conséquences sont-elles d'ailleurs si redoutables? Constater que les accidents causés par le chloroforme paraissent avoir eu jusqu'ici pour cause une disposition particulière, une idiosyncrasie des malades, plutôt qu'un défaut de précaution ou un vice dans l'administration de l'agent anesthésique, ce n'est pas déclarer que toute précaution est inefficace, et que les malades soumis à la chloroformisation sont aveuglément livrés aux chances du hasard, mais c'est avertir les observateurs que les moyens de préservation ne sont peut-être pas encore parvenus au degré de perfection désirable, et leur indiquer la direction qu'ils doivent donner à leurs efforts. Reconnaître que des

accidents sont arrivés dans des cas même où le chloroforme avait été administré par des mains habiles, ce n'est ni désespérer le praticien, ni le soustraire à toute responsabilité, c'est lui montrer combien de précautions sont nécessaires dans le maniement de cet agent redoutable, et lui faire comprendre en même temps que sa responsabilité ne se mesurera que sur l'exactitude avec laquelle il se sera conformé aux prescriptions de la science.

Je demande pardon à la Société d'avoir insisté si longtemps sur ce point; mais j'ai pensé qu'on ne saurait y regarder de trop près quand il s'agit de propositions qui peuvent avoir une si grande influence sur l'avenir de la profession et de la science. Qu'elle me permette d'ajouter quelques courtes réflexions à propos d'une autre conclusion du rapport de M. Robert.

« La syncope peut arriver au début même de l'opération, et semble » résulter de l'ébranlement imprimé à l'organisme par l'acte opératoire. » Elle peut se manifester immédiatement ou plusieurs heures après » l'opération. »

Tel est le texte de la sixième conclusion.

La première proposition, relative à ce que M. le rapporteur appelle le retentissement du traumatisme sur l'économie, est fondée sur trois cas d'amputation rapportés par M. Bickersteth (de Liverpool), et dans lesquels les pulsations artérielles auraient cessé tout à coup, à l'instant même où le couteau fut porté sur les parties vivantes, et seraient restées momentanément suspendues. Je n'ai aucune raison pour révoquer en doute les observations de M. Bickersteth, mais je dois dire que, depuis l'introduction des anesthésiques dans la pratique chirurgicale, je n'ai pas omis une seule fois de faire surveiller pendant toute la durée de l'opération l'état du pouls par un aide spécialement chargé d'en suivre et d'en indiquer les variations, et que jamais rien de pareil à ce qu'a rapporté notre confrère de Liverpool n'a été observé. Après la publication du rapport de M. Robert, j'ai fixé plus particulièrement mon attention sur ce point, et dans toutes les opérations, grandes ou petites, que j'ai pratiquées depuis ce moment, les résultats ont été absolument négatifs. Ce n'est pas une objection, c'est un simple renseignement que je livre à la Société.

La seconde proposition a pour objet les accidents qu'on pourrait appeler consécutifs et les morts survenues dans les heures qui suivent l'administration du chloroforme. M. le rapporteur cite :

1° Un fait qui lui est propre, et dans lequel le malade, opéré d'une hernie étranglée vers neuf heures du soir, succomba à une heure du matin;

2° Deux cas d'amputation à la suite desquels la mort survint au bout de trois heures pour l'un, de dix-sept heures pour l'autre;

3° Enfin une quatrième observation, due à M. Giraldès, et qui avait pour sujet un homme affecté de rétrécissement de l'urètre, qui tomba mort subitement quatre heures après une éthérisation, la seconde à laquelle il eût été soumis.

Dans ces quatre cas, les malades étaient revenus à eux et avaient recouvré la sensibilité et l'intelligence. Le dernier même s'était promené; et ce fut après quelques heures de cet état de calme annonçant la cessation complète de l'influence anesthésique que survint une syncope mortelle. M. Robert n'hésite pas, dans son rapport, à faire au chloroforme une grande part dans la production de ces tristes résultats, et dans ses conclusions il présente assez nettement ces syncopes tardives et mortelles comme des conséquences de la chloroformisation.

Je ne suis pas en mesure, et je ne crois pas que personne soit en mesure de réfuter absolument cette opinion de M. le rapporteur, mais je ne crois pas non plus qu'il puisse lui-même l'établir sur des preuves solides. Comment démontrer la relation de cause à effet entre l'éthérisation dont l'influence a cessé complétement de se faire sentir pendant plusieurs heures et la syncope mortelle survenant tout à coup et saisissant le malade à l'improviste au milieu d'un état de tranquillité bien établi? Je sais bien que dans quelques autres cas rappelés ici par M. Chélius les malades soumis à la chloroformisation ont conservé pendant plus ou moins longtemps un état d'abattement, de faiblesse, de stupeur, qui a donné des inquiétudes sérieuses, mais ces phénomènes se sont dissipés sans causer la mort. Supposer l'issue funeste, c'eût été sans doute, à l'appui de l'opinion avancée et soutenue dans le rapport, un argument puissant, mais non pas un argument sans réplique; car enfin, avant l'emploi du chloroforme on observait aussi des faits de ce genre, des faits tout aussi funestes, et pour lesquels la science avait une explication. On voyait alors comme aujourd'hui des malades tomber, à la suite des opérations longues ou douloureuses, dans un état de prostration qui pouvait se terminer par la mort, et qu'on rapportait avec raison à l'épuisement résultant de la perte du sang et de l'excès de la douleur. On voyait alors comme aujourd'hui de malheureux opérés s'éteindre tout à coup et sans cause bien apparente, lorsque rien ne semblait faire présager une telle fin. Je pourrais, si je ne craignais d'abuser des moments de la Société, citer bien des exemples de faits semblables, et même des exemples récents. Les observations de ce genre ne semblent pas après tout être devenues plus fréquentes depuis la découverte et l'application des anesthésiques, puisque les faits invoqués dans le rapport remontent déjà à plusieurs années, et sont restés depuis sans analogues.

Pourquoi donc, s'il en est ainsi, faire une si grande part au chloroforme ? qui autorise une telle conclusion ? Le chloroforme supprime les affreuses souffrances des opérations, il est vrai; mais il ne supprime ni les douleurs consécutives ou antérieures, ni l'écoulement du sang : or ce sont là des éléments qui ont bien aussi leur valeur, qui existent dans toute grande opération et qui se retrouvent dans les faits invoqués par M. Robert, excepté dans celui du malade affecté de rétrécissement. Mais ne voit-on pas succomber quelquefois à une syncope mortelle des individus qui n'ont pas été soumis aux inhalations anesthésiques, qui n'ont pas même subi d'opération et qui jouissent d'une excellente santé? Qu'on veuille bien remarquer que le malade de M. Giraldès était parfaitement revenu à lui depuis l'opération, qu'il s'était promené, qu'il avait pris un bain, qu'il avait mangé, et enfin qu'il était mort tout à coup dans les lieux d'aisance. N'est-il pas possible qu'il ait eu une indigestion ou une syncope provoquée par un effort de défécation, peut-être les deux choses à la fois? Et, dans cette hypothèse, n'aurait-on pas rapporté à l'agent anesthésique un résultat dont il était innocent? Ne sommes-nous pas, en un mot, un peu trop enclins, comme l'a fait judicieusement remarquer M. Larrey, à charger le chloroforme de méfaits et de malheurs qui ont leurs causes dans l'organisation humaine et qui étaient tout aussi fréquents avant l'introduction du chloroforme dans la chirurgie? Les dangers inhérents à l'emploi de cet agent sont déjà assez grands sans que nous nous appliquions à les grossir sans preuves et sans nécessité.

En résumé, et pour formuler mon opinion à cet égard, je dirai que la question me paraît encore incertaine. Il me serait impossible de démontrer que le chloroforme n'a aucune influence sur la production des accidents consécutifs précités, mais il me paraît tout aussi impossible de prouver qu'il a pris part à leur production. On ne saurait donc formuler à cet égard de proposition négative ou affirmative, et dans une telle incertitude le plus sage me paraît être de laisser la question en suspens, en se bornant à la signaler à l'attention des observateurs.

M. Robert. Je n'ai pas bien saisi le mode d'argumentation de M. Denonvilliers. Ainsi, notre collègue prétend que mes conclusions diffèrent des prémisses de mon rapport, et il m'a paru, dans la discussion à laquelle il s'est livré sur le corps du travail, arriver précisément à une démonstration tout opposée et justifier au contraire la rigueur de mes conclusions.

Ce qui paraît frapper spécialement M. Denonvilliers, c'est le danger que pourrait offrir dans une action judiciaire intentée à un confrère la première de mes conclusions, qui deviendra entre les mains des avocats une arme redoutable à l'aide de laquelle la responsabilité médicale serait grandement menacée.

Comme lui, je veux sauvegarder les intérêts professionnels, et un procès récent auquel il m'a fallu assister m'a encore bien plus démontré l'importance de ne donner aucune arme contre nous. Mais ce sentiment, que j'éprouve aussi vivement que possible, ne peut cependant nous empêcher de préciser les règles que nous croyons utiles aux praticiens, et nous ne pouvons oublier non plus que les intérêts de l'humanité nous commandent de dire, et de dire hautement, les écueils à éviter.

Eh bien ! cette première proposition, qui, je le sais, pourra servir de base aux accusateurs, devait cependant être formulée, car elle est vraie, et la lecture de mon rapport démontre jusqu'à l'évidence que l'excès de chloroforme peut tuer. Ainsi les animaux soumis aux inhalations de vapeurs de chloroforme presque pur succombent rapidement.

On me demandera si chez l'homme on a amené la mort par un procédé de ce genre; je ne puis répondre affirmativement : aussi ne l'ai-je pas dit dans mon rapport. Mais ce qui est réel, c'est que dans certains faits, que je ne puis et que je ne dois pas rapporter, faits venus du dehors et surtout de l'étranger, l'administration du chloroforme a été faite manifestement d'une façon bien imprudente. On étouffait les malades; on ne laissait pas absorber avec les vapeurs chloroformiques, qui sont évidemment toxiques, une quantité suffisante d'air atmosphérique. Un médecin m'a dit avoir vu en Amérique deux malades périr ainsi étouffés.

Ce n'est donc pas par le raisonnement seul que j'ai été conduit à formuler ma proposition, mais par l'examen critique des faits connus, examen que je n'ai pas voulu reproduire. S'il est vrai que cette proposition puisse servir de base à une accusation, il restera à la personne accusée la possibilité de se défendre avec succès en démontrant que les règles d'une bonne application n'ont pas été transgressées. Ainsi, pour moi, certains procédés sont mauvais : je n'hésite pas à les blâmer ouvertement, et, en agissant ainsi, je crois contribuer à diminuer la somme des dangers que fait naître l'emploi de l'anesthésie.

Du reste, notez que j'ai été aussi peu affirmatif que possible, car je n'ai pas dit : Le chloroforme en excès tue, j'ai dit seulement qu'il pouvait tuer.

Je reconnais que le dosage du chloroforme est impossible. Les instruments préconisés comme remplissant ce but me paraissent tout à fait insuffisants; c'est ainsi qu'expérimentalement j'ai pu juger l'inanité des prétentions de M. Snow.

Mais si le dosage est impossible, on sait bien reconnaître que l'excès des vapeurs chloroformiques absorbées par la respiration, en outre de l'action toxique, détermine aussi une espèce d'asphyxie par l'insuffisance d'air respirable, dont la proportion diminue en raison inverse de la somme de chloroforme absorbée. Sur ce point, les expériences de M. Lassaigne ne peuvent laisser aucun doute.

Ainsi cette proposition est incontestablement démontrée, pour moi du moins; l'excès du chloroforme peut tuer. Mais j'avoue aussi que je ne puis aller jusqu'à déterminer d'une façon précise le moment où la proportion de chloroforme devient mortelle; je n'ai donc émis qu'un principe général, et il ne saurait être contesté.

Si un tribunal réclamait mon arbitrage dans une question de ce genre, j'avoue que je croirais ma conscience engagée, et si l'appareil employé me paraissait mauvais, je n'hésiterais pas à le proclamer.

Quant à ma deuxième proposition, elle est, je pense, inattaquable; de même qu'il me paraît prouvé que le chloroforme peut tuer lorsqu'il est donné en excès, de même aussi, dans d'autres circonstances, inexplicables quant à présent, il peut tuer à petite dose.

M. Denonvilliers a lui-même très bien défendu cette proposition.

On m'a reproché d'avoir fait une catégorie d'accidents que j'attribue encore au chloroforme, sous le titre de morts tardives. Mais cependant, pour soutenir cette appréciation, je me suis servi de faits que j'ai rapportés dans mon travail. Quand il s'est agi de graves opérations, on a pu sans doute me combattre en arguant de la gravité même de ces opérations, mais lorsqu'il s'est agi de petites opérations, comme le cathétérisme, il faut bien admettre cependant qu'il y a là quelque chose de bien inattendu, de bien exceptionnel.

Toutes les substances toxiques sont éliminées par les voies naturelles; c'est là une chose bien connue; ne peut-il pas arriver, et, je le dis, c'est une simple hypothèse, que dans telle ou telle condition cette élimination ne se fasse pas ou se fasse mal? Alors le chloroforme, dont l'action sur les contractures du cœur me paraît manifeste, en se perpétuant augmente la disposition syncopale, et après une opération, on sait la gravité des syncopes.

Quoi qu'il en soit, du reste, sur ce point, je veux admettre que j'ai été un peu trop affirmatif; je suis tout disposé à faire une concession.

Il est enfin une autre de mes opinions que M. Denonvilliers a combattue. J'ai appelé l'attention sur un point d'une haute gravité. Il semblerait résulter de plusieurs faits bien observés que pendant l'anesthésie le malade reste encore sous le coup du traumatisme. Ainsi, pour parler de ce que j'ai observé, un de mes malades, pendant que je l'opérais, a présenté, sous l'influence de l'opération, un désordre circulatoire très sensible. On sait que sur des animaux même chose a lieu lorsque pendant leur apparente insensibilité on les pince, ou quand on irrite le pneumogastrique par l'électricité.

Les faits signalés par M. Buttulus viennent donner plus de poids à cette opinion, et ces faits ont été analysés avec une rigueur qui ne permet pas un instant de les révoquer en doute; ils avaient pour témoins MM. Simpson et Sem.

Quatre faits ont été signalés par le chirurgien anglais; ils avaient fixé mon attention. Du reste, je dois dire que depuis lors j'ai constamment fait explorer le pouls pendant que j'opérais, et qu'à part le fait que j'ai relaté je n'ai rien vu de bien positif.

M. Denonvilliers répond qu'il n'a pas révoqué en doute les faits de M. Bickersteth. Toute mon argumentation a porté surtout contre la première proposition, que je trouve excessive et grave par les conséquences qu'elle peut entraîner dans certaines circonstances données.

M. Robert nous dit, ajoute M. Denonvilliers : « La preuve que l'excès de chloroforme peut tuer, c'est que vous voyez succomber les animaux dont vous plongez la tête dans une vessie pleine de vapeurs chloroformiques. » Mais ce fait, incontestable sans doute, ne peut en rien nous servir dans l'appréciation de ce qui se passe dans la pratique, on n'agit pas ainsi avec les malades qu'on opère. Il est donc bien réel que nous ne pouvons rien dire de positif sur le dosage, et c'est pour ce motif que je repousse la première conclusion.

Je considère la deuxième, au contraire, comme la principale du travail de M. Robert, et je tiens à la laisser subsister seule.

M. Gerdy. Je suis d'avis aussi de mettre dans toute cette question une réserve extrême; je ne voudrais même pas admettre absolument les termes de la deuxième proposition. Il y a dans l'action du chloroforme une source de bienfaits qu'on ne saurait tarir, et il ne faut pas exagérer les accidents qui peuvent se développer sous son influence.

Pour moi-même, j'ai fait et je fais encore un usage bien fréquent du chloroforme. Ainsi je ne crois pas exagérer en disant que je me suis chloroformisé plus de quatre cents fois, et je n'ai jamais eu d'accidents. Une fois peut-être ai-je poussé trop loin les inhalations, et encore je n'en ai pas eu le sentiment; la personne qui m'assistait en a seule été frappée. Seulement j'ai soin de n'absorber les vapeurs que mêlées à beaucoup d'air atmosphérique.

Incidemment M. Gerdy ajoute qu'il a renoncé, pour lui, à l'emploi du chloroforme; il préfère l'éther.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Prix proposé par la Société de pharmacie. — Programme du prix de l'analyse du chanvre. — Il y a peu d'années, l'attention du monde médical fut vivement excitée par l'emploi de plusieurs substances rapportées d'Égypte et fournies par le chanvre indien, *cannabis indica*.

Ces substances possèdent, en effet, la singulière propriété de produire des hallucinations de l'intelligence et des illusions des sens de la vue et de l'ouïe. On s'en sert, dit-on, dans l'Inde pour se procurer des songes agréables.

Ces préparations sont de plusieurs sortes : le haschich, fourni par les sommités fleuries du *cannabis indica*, cueillies à la fin de la floraison, avant la maturité des semences, et divers extraits gras auxquels on ajoute souvent des substances aromatiques. Ces préparations ont une action très marquée sur l'économie, et peuvent même produire d'assez graves accidents.

Plusieurs chimistes se sont occupés de la recherche du principe actif contenu dans le chanvre. MM. Smith (d'Edimbourg), Andrews, Robertson, professeur au collége de médecine de Calcutta, et plus récemment, M. Decourtive, ont retiré du *cannabis indica* une substance résineuse d'une grande activité. Celle qu'obtint M. Decourtive, d'après le procédé décrit dans sa thèse présentée à l'École de pharmacie, paraît agir à la dose de 10 et même de 5 centigrammes, d'après les essais de M. Moreau (de Tours).

D'après M. Ratier, notre chanvre ordinaire a une action analogue à celle du *cannabis indica*, et le danger qu'il y a, dit-on, de s'endormir dans les champs plantés de chanvre ne paraît pas être sans fondement.

Si l'on joint à cette opinion ce fait, que les sommités de chanvre, très odorantes et très actives quand elles sont fraîches, perdent par la dessiccation une grande partie de leurs propriétés, on sera porté à admettre dans cette plante la présence d'une huile volatile.

Ce qui précède suffit pour montrer l'intérêt qu'il y aurait à connaître exactement la composition chimique du chanvre; c'est pourquoi la Société de pharmacie a décidé qu'elle décernerait en 1855 un prix de la valeur de 1,000 fr. à l'auteur d'une bonne analyse du chanvre.

Les auteurs devront joindre à leurs mémoires des échantillons des produits qu'ils auront obtenus.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, doivent être adressés à M. Soubeiran, secrétaire général de la Société de pharmacie de Paris, rue de l'Arbalète, 21, avant le 1er juillet 1854.

— Le *Moniteur* annonce que le choléra-morbus vient de nouveau d'éclater en Perse.

— M. le docteur Bouchet, médecin en chef de l'hospice général de Saint-Jacques, à Nantes, vient de mourir. C'est une perte réelle pour la science. M. Bouchet passait, en effet, pour un de nos médecins aliénistes les plus distingués.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Maladies de l'Algérie. — Des causes, de la symptomatologie, de la nature et du traitement des maladies endémo-épidémiques de la province d'Oran, par M. le docteur Aug. Haspel, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon. — 2 vol. in-8°. Prix : 12 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 25 JANVIER 1854.

Séances des Académies.

Les séances des deux académies ont été bien remplies.

A l'Académie de médecine deux intéressantes communications ont rempli la séance.

La première est un mémoire de M. Piorry sur les inspirations de l'iode dans la phthisie. Nous sommes forcé d'en remettre l'analyse à un prochain numéro.

M. Piorry a été conduit à faire ce mémoire par un travail présenté à cette savante Compagnie par M. Chartroule, *Les inspirations d'iode pur*. L'honorable professeur soutient que la phthisie pulmonaire est susceptible de guérison, et que les inspirations d'iode sont le meilleur traitement à employer dans les affections des voies respiratoires. Déjà il faisait usage de la teinture d'iode, lorsque M. Chartroule lui proposa d'y substituer l'iode pur en inspirations. M. Piorry n'hésita pas à suivre la voie indiquée et à abandonner la teinture pour l'iode lui-même. M. Chartroule, élève d'une école où l'on pense qu'en diagnose et en thérapeutique on doit se servir de mesures linéaires et pondériques, est parvenu à doser exactement la quantité d'iode qu'on veut faire aspirer à chaque malade. A cet effet, il emploie des cigarettes qui en contiennent une proportion donnée et des appareils spéciaux.

M. Piorry, désirant bien apprécier les effets de l'iode, et ne voulant pas s'en rapporter seulement à l'examen des symptômes ni même à des indications plessimétriques vagues, pensa à limiter avant tout l'étendue et la profondeur des altérations appréciables ; il en fit tracer le dessin au moyen de bandes de diachylum appliquées sur la poitrine, qu'on enlevait et qu'on replaçait exactement chaque fois que l'on voulait établir un terme de comparaison entre les résultats premiers et les variations ultérieures qui pouvaient survenir sous l'influence de l'iode. Il dépose sur le bureau de nombreux dessins tracés à la clinique de la Charité sur un certain nombre de malades ; or il suffit d'y jeter les yeux pour voir qu'après quinze jours, trois semaines, un mois, deux mois de traitement, il y avait presque constamment diminution dans les symptômes.

Tout le monde sait que l'iode est un corps très irritant en lui-même. Beaucoup de médecins, à la tête desquels nous devons placer l'immortel Laënnec, avaient pensé à employer cet agent dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; mais tous ont été obligés d'y renoncer, peut-être parce qu'aucun d'eux n'était parvenu à le *doser*, à n'en faire aspirer que la quantité voulue, et à éviter que la moindre parcelle ne vienne s'attacher au voile du palais. Voilà, selon l'honorable professeur, le traitement le plus rationnel, et on ne saurait trop engager M. Chartroule à persévérer dans la voie utile où il est entré.

La deuxième communication est due à M. le docteur Devilliers. Il s'agit de l'appréciation du bruit de souffle ombilical, auquel l'auteur attribue avec raison une valeur en pratique qui serait plus importante encore si ce bruit se présentait moins rarement.

A l'Académie des sciences l'intérêt a porté surtout sur un nouveau mémoire de M. Brown-Sequart, relatif aux résultats de la section et de la galvanisation du nerf grand sympathique du cou. L'espace nous manque pour examiner cette importante question ; nous ne pouvons que la signaler et renvoyer nos lecteurs au compte rendu de la séance.

M. Burin-Dubuisson a communiqué la formule qu'il croit préférable pour la préparation du perchlorure de fer. C'est avec cette substance ainsi préparée qu'ont été opérés les derniers malades de Lyon, et on sait qu'aucun accident n'est survenu chez eux. Ce résultat ferait penser à M. Burin-Dubuisson que son dernier procédé est, en effet, le meilleur.

Enfin, M. Chatin a adressé sur la recherche de l'iode dans l'air, les eaux et le sol, un nouveau mémoire qui fait suite aux travaux précédents de l'habile chimiste.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VALLEIX.

Choléra épidémique. — Gangrène des extrémités inférieures. Mort.

(Observation communiquée par M. HENRY, interne.)

L'observation qui suit est surtout intéressante en raison de la complication qu'a présentée la maladie.

Un homme jeune est pris, dans la plénitude de la santé, de symptômes que l'on peut rapporter à une fièvre continue peu intense ; au bout de quelques jours un choléra bien caractérisé se déclare, et ne tarde pas à être suivi d'une momification des extrémités inférieures et de la mort du malade.

Malgré l'état particulier du sang des cholériques et la difficulté de la circulation, on n'observe point chez eux ordinairement de gangrène. Ici l'autopsie est venue nous révéler la cause de cette momification, en nous montrant dans les artères iliaques des caillots très denses oblitérant à peu près complétement la lumière de ces vaisseaux, et des traces d'artérite, caractérisée par la rougeur et la friabilité de la tunique interne aux points d'adhérence des caillots.

Contrairement à l'opinion de Delpech et de Dubreuil, nous voyons que c'est dans les gros troncs, et non dans les capillaires, qu'a eu lieu l'oblitération des vaisseaux. Tous les vaisseaux des jambes et des pieds, examinés avec soin, étaient parfaitement perméables et n'offraient aucun caillot, si ce n'est un, léger, fibrineux, au tiers moyen de la tibiale antérieure du côté droit, qui n'oblitérait point complétement l'artère et n'offrait aucune adhérence.

Le malade a accusé dans les membres inférieurs des douleurs intenses, qui ont persisté jusqu'à la mort. Ces douleurs, qui ont été prises pour des crampes, et sur lesquelles on ne pouvait avoir aucun éclaircissement de la part du malade, à cause de l'état de son intelligence, pourraient bien être le résultat de l'artérite, qui semble avoir déterminé la momification des extrémités inférieures.

Dans le cours de l'année, nous avons eu occasion d'observer la gangrène d'un membre inférieur à la suite d'une fièvre typhoïde, et M. Michon a pratiqué avec succès l'amputation. Mais chez le malade dont nous donnons ici l'observation, les symptômes de fièvre typhoïde ont été tellement légers, que l'on doit regarder la gangrène comme la complication du choléra, et non comme une suite de la fièvre continue, car les symptômes de celle-ci se sont complétement effacés dès l'invasion de la redoutable affection à laquelle le malade a succombé.

Droz (Athanase), journalier, âgé de vingt-deux ans, vigoureux et bien constitué, entra à la Pitié le 5 décembre 1853, au n° 5 de la salle Saint-Raphaël.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, sans cause appréciable, il fut pris de frissons répétés, d'étourdissements, de tintements d'oreilles, et le lendemain de diarrhée et d'une douleur vive dans l'oreille gauche.

Malgré ces symptômes, il put venir à pied à l'hôpital, où nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Face uniformément colorée, chaleur de la peau assez élevée. Pouls vibrant, à 90. Langue humide, un peu blanche ; inappétence. Abdomen légèrement météorisé, à peine douloureux ; à la pression, gargouillement iléo-cœcal. Plusieurs selles diarrhéiques jaunâtres dans la nuit.

Le malade accuse une céphalalgie frontale modérée. Il se plaint de douleurs vives dans l'oreille gauche, où l'on ne voit ni rougeur, ni tuméfaction, ni écoulement. Lorsqu'on le fait asseoir la tête lui tourne et la face prend un aspect de stupeur assez marquée. Il n'y a pas eu d'épistaxis, et l'on ne voit aucune tache rosée lenticulaire, ce qui s'explique facilement par le peu de durée de la maladie. — Gomme sucrée ; lavement émollient ; diète.

Les deux jours suivants, peu de changements notables.

Le 8 décembre, à deux heures du soir, le malade se lève pour aller aux lieux, mais il ne peut se soutenir ; il est pris de lypothimie, il tombe, et l'on est obligé de le relever et de le mettre au lit.

Il éprouve alors un refroidissement considérable ; la face prend une teinte cyanosée, les traits se tirent, et quelques instants après le malade a une selle liquide, blanchâtre, floconneuse et des vomissements analogues.

L'interne de garde trouve le pouls petit, presque insensible, et constate les symptômes précédemment indiqués.

Il fait réchauffer le malade, prescrit 2 quarts de lavement avec 10 gouttes de laudanum ; 2 pots d'infusion de thé, à chacun desquels on ajoute 60 grammes de rhum et une potion stimulante avec acétate d'ammoniaque, éther et extrait thébaïque.

Lors de la visite du soir le malade est réchauffé, la face est altérée, cyanosée, les yeux excavés, offrant le cercle violacé caractéristique. Le pouls est petit et donne 100 pulsations.

Dans la nuit les vomissements s'arrêtent, mais la diarrhée continue avec les caractères de la veille.

Le 9 décembre, le malade a été agité pendant la nuit. La face offre une teinte violacée, les traits sont tirés, comme amaigris ; le nez pincé, les yeux hagards ; la langue est humide, sans refroidissement ; les vomissements, arrêtés dans la nuit, ne reparaissent pas ; la diarrhée continue. La soif est modérée. Comme symptômes nerveux, le malade éprouve des crampes modérées dans les mollets et un peu de céphalalgie.

Le pouls est petit, et donne seulement 80 pulsations.

Le malade n'a pas uriné depuis le début du choléra, et la percussion fait reconnaître qu'il y a défaut de sécrétion et non rétention d'urine. La voix est éteinte et à peine intelligible. — Tilleul, 2 pots ; eau de Seltz, potion gommeuse, extrait thébaïque, 0,05 ; 2 quarts de lavement, ratanhia, 2 grammes ; laudanum de Sydenham, 10 gouttes.

Le 10, depuis hier pas de vomissements ni d'urine. Plusieurs selles blanchâtres, floconneuses. Soif vive ; même état général. Pas de refroidissement de la langue. Intelligence obtuse ; réponses très pénibles. Voix éteinte. Pouls petit, à 120. Crampes très fortes et répétées dans les mollets. Refroidissement des extrémités inférieures. Couleur noirâtre des orteils, qui paraissent très amaigris et sont presque insensibles. Couleur violacée, lie-de-vin, occupant la moitié inférieure des deux jambes et se terminant d'une manière nette. Ces taches offrent absolument l'aspect de certains nœvi ; elle disparaissent très difficilement par la pression.

Le soir, agitation. Le malade tient des propos incohérents, et on ne le rappelle que difficilement au sentiment de sa position. — Traitement, comme hier. On met aux pieds des boules d'eau chaude ; on entoure les membres inférieurs d'alèzes très chaudes.

A l'aide de ces moyens, on rend aux membres une chaleur artificielle ; ils semblent se mettre en équilibre de température à la manière des corps inertes, mais la circulation ne se rétablit pas. On ne sent pas le pouls de la pédieuse, et les orteils sont complétement insensibles aux pincements, aux piqûres d'épingle.

Le 11, pendant la nuit, le malade a eu de l'agitation, du délire ; il a voulu sortir de son lit. Quelques selles blanchâtres ; pas de vomissements ni d'urine.

Le cathétérisme donne quelques gouttes d'une urine extrêmement albumineuse, comme on le constate par l'acide nitrique et la chaleur.

A la visite du matin, la face est très altérée, immobile, les yeux fixes, sans dessèchement des cornées. L'intelligence est presque nulle. La langue est sèche, luisante. L'oreille gauche est le siége d'un écoulement séro-sanguinolent peu abondant. Le pouls est peu développé, et donne 112 pulsations.

Les jambes sont, dans toute leur étendue, d'une couleur violacée, livide ; elles sont froides.

Les orteils sont noirs, desséchés, comme momifiés, et rendent un son sec sous le doigt, comme si l'on frappait contre un morceau de bois.

Les deux pieds offrent une teinte livide, et sont presque complétement insensibles. Il existe dans les jambes des crampes violentes qui arrachent des cris au malade et lui font exécuter des mouvements rapides d'extension et de flexion des jambes.

A la partie interne et inférieure de la cuisse gauche existe un empâtement considérable, œdémateux, et conservant l'empreinte du doigt. — Traitement, comme hier. Saignée du bras de 300 grammes. Le sang est épais, semblable à de la gelée de groseilles ; il coule très difficilement et donne un caillot mou, non distinct du sérum et sans couenne.

Six heures du soir. Aucune évacuation depuis ce matin. Agitation considérable, chaleur de la peau modérée. Le malade a cherché à se lever. Il est continuellement en mouvement. La face est comme égarée. Les yeux sont fixes et ont l'air de regarder quelque objet invisible pour les assistants, comme dans une sorte d'extase.

Les jambes restent froides, et la teinte violacée se prononce davantage, malgré les efforts que l'on fait pour réchauffer le malade.

Le pouls ne donne que 80 pulsations.

Le 12, pendant toute la nuit l'agitation du malade a été considé-

rable. L'état général est à peu près le même qu'hier. Le pouls est resté à 80 ; il est petit, dépressible.

La teinte violacée du membre inférieur remonte jusqu'aux aines. Les orteils sont devenus complétement noirs, et semblent avoir subi une véritable momification. Le corps s'est recouvert d'une éruption miliaire. Les yeux sont très congestionnés.

Le malade est complétement insensible, et l'on n'en peut tirer aucune réponse. Il succombe à une heure du soir.

Autopsie faite le 14 décembre, à deux heures du soir (48 heures après la mort), par un temps humide et froid.

Habitude extérieure du cadavre. — Rigidité cadavérique très prononcée. Membres supérieurs fortement fléchis; membres inférieurs d'un rouge vif, au lieu de la teinte violacée qu'ils présentaient sur le vivant. Les orteils des deux pieds sont noirs, desséchés, et rendent un son clair sous le choc du doigt, surtout à leur face plantaire. Les pieds offrent une teinte livide vergetée.

Cavité crânienne. — Injection des méninges; sinus gorgés d'un sang poisseux; substance blanche sablée de sang. Consistance normale.

Cavité thoracique. — Poumons congestionnés, gorgés d'un sang très noir, surtout à leur bord postérieur. Pas de sérosité dans les plèvres.

Cœur. — Pas de sérosité dans le péricarde; sang noir, poisseux, fluide dans le cœur gauche. Caillot fibrineux très mou, opalin, grisâtre, adhérent, occupant le ventricule droit, et se prolongeant dans l'oreillette droite.

Cavité abdominale. — Pas de sérosité dans le péritoine.

Intestin grêle. — Congestionné, surtout dans son tiers inférieur, qui offre une teinte violacée foncée, et une hypérémie considérable de tous les vaisseaux, fortement injectés d'un sang noir. A l'intérieur, mucosités blanchâtres; muqueuse violacée, ramollie. Quelques follicules isolés, saillants, gros comme des grains de millet. La psorentérie est peu marquée. Plaques de Peyer saillantes, offrant des séries linéaires de points bleus saillants.

Gros intestin. — Matières analogues à celles de l'intestin grêle. Muqueuse violacée.

Reins. — Congestionnés, offrant une injection arborisée extrêmement marquée, surtout à gauche. A la coupe, couleur rouge brun des deux substances. Autour de la base des pyramides de Malpighi, sortes d'ecchymoses complétement noires, entourées d'une zone d'un jaune clair.

Vessie. — Renferme environ 250 grammes d'une urine trouble.

Foie. — Congestionné.

Rate. — Molle, très friable, petite.

Vaisseaux. — Veine cave, veine porte énormément distendues par un sang noir, poisseux. Aorte à peu près vide.

Iliaque primitive gauche. — Contient un caillot fibrineux, grisâtre, comme chagriné à sa surface, dense, adhérent, oblitérant presque complétement le vaisseau, occupant toute sa longueur, et se prolongeant de deux centimètres dans l'iliaque externe du même côté.

Artère fémorale gauche. — Petit caillot analogue au précédent, mais beaucoup moins volumineux, long de 3 centimètres, non adhérent.

Iliaque externe droite. — Caillot très dense, occupant 3 centimètres de l'artère, adhérent, oblitérant complétement le vaisseau, se prolongeant dans la fémorale jusqu'à la naissance de la fémorale profonde. Dans les points où ces caillots sont adhérents, l'artère est d'un rouge brique à sa surface interne, et en en enlevant les caillots on déchire la tunique interne, qui paraît très friable. Dans les autres points, la tunique interne est blanche; les parois artérielles en paraissent peu sensiblement épaissies.

Il existe encore un petit caillot fibrineux dans le tiers moyen de la tibiale antérieure du côté droit. Les autres artères des membres inférieurs, et en particulier les deux pédieuses, sont vides et affaissées. Les veines fémorales sont gorgées d'un sang noir, poisseux, et à la partie inférieure de la veine fémorale gauche existe un épanchement de sang noir dans le tissu cellulaire, au point même où l'on avait constaté pendant la vie un empâtement œdémateux.

En faisant des coupes sur les orteils, on trouve le derme desséché, noirâtre, dur, comme parcheminé. Au dessus est une zone rouge noir d'un demi-millimètre d'épaisseur. Au-dessous de cette zone, le tissu cellulaire offre une injection rouge lie de vin.

En incisant les taches violacées des jambes, on trouve le derme injecté. Dans une épaisseur d'un demi-millimètre il est rouge foncé; au dessous il offre une teinte rosée.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hydropisie ascite symptomatique d'une affection organique du foie et de la rate. — Deux injections iodées. — Piqûre de la rate. — Guérison radicale.

Par M. le docteur Pé de Laborde, ancien élève des hôpitaux de Paris, à Monein (Basses-Pyrénées).

Depuis quelques années la presse médicale enregistre les résultats aussi heureux qu'inattendus de l'emploi des injections iodées.

Or une des plus utiles applications de cet agent thérapeutique serait, sans contredit, celle qui satisferait à la cure radicale des hydropisies en général et de l'ascite en particulier.

Comme la valeur de toute médication s'établit, en définitive, sur l'observation rigoureuse des faits, il est du devoir de chaque praticien de faire connaître tout ce qui peut servir à élucider une question à l'ordre du jour. L'observation à laquelle je viens vous prier d'ouvrir les colonnes de votre utile journal intéressera à plus d'un titre le public médical.

La rédaction vous paraîtra longue, peut-être même minutieuse; mais l'importance du sujet, l'hésitation de bien des médecins à propos d'une opération dont ils redoutent les conséquences méritent qu'on pose des jalons à ceux qui voudront s'engager dans une voie encore peu frayée. C'est dans cet esprit que je rapporte le fait suivant, dont j'ai cherché à faire ressortir les circonstances les plus saillantes.

La femme Garrou, de Lahourcade, canton de Monein (Basses-Pyrénées), âgée de trente-deux ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant eu trois enfants, dont le dernier est âgé de quatre ans, a eu dans son jeune âge des fièvres intermittentes très rebelles. Souvent coupées et revenant toujours, elles finirent par amener chez la malade un développement du ventre qui ne s'effaça jamais ; ce qui lui fait dire que depuis cette époque elle était *ventrue*.

Il y a trois ans (en mai 1850) les fièvres d'accès reparurent, à type quotidien, et cédèrent à l'usage de la quinine. Dès ce moment la respiration devint gênée. Un des médecins du lieu attribua ce symptôme à une affection du cœur, qu'il traita par des saignées, la digitale, etc.; et comme une douleur assez vive se faisait sentir à la région de l'estomac, il y fit appliquer des vésicatoires.

De ces divers moyens, les vésicatoires seuls calmèrent un peu la douleur épigastrique. Mais, pendant ce temps-là, la malade voyait son ventre s'emplir d'eau progressivement.

Cet état durait depuis un an lorsque, en août 1851, je fus appelé en consultation avec le médecin ordinaire de la famille.

Il me fut possible, malgré l'épanchement assez considérable de la cavité péritonéale, de constater et de faire reconnaître par mon confrère une hypertrophie du foie, sans bosselures, mais avec une sensibilité assez vive à la pression. Les poumons et le cœur n'offraient rien d'anormal.

Nous fûmes d'avis que la gêne de la respiration était due au refoulement des organes thoraciques par les organes abdominaux et l'épanchement péritonéal. Quant à la douleur de la région épigastrique, elle tenait évidemment à l'inflammation du foie, dont le volume était assez considérable pour s'étendre jusqu'à cette région.

En conséquence, nous prescrivîmes une saignée locale, un bandage compressif autour du ventre, l'emploi des drastiques et des diurétiques, et l'application de larges vésicatoires volants sur la partie douloureuse.

Tous ces efforts n'arrêtèrent point le cours de l'ascite, et le 12 mai 1853 le médecin ordinaire de la malade (je ne fus point appelé alors) fut dans l'obligation de pratiquer la paracentèse; cette opération donna issue à 16 litres de sérosité.

Huit jours après, le ventre, au dire de la malade, était déjà presque plein ; et l'épanchement alla toujours en augmentant jusqu'au 10 juillet suivant, époque où la malade, ne pouvant aller plus loin, envoya de nouveau me consulter.

L'utérus faisait saillie entre les cuisses et l'ombilic distendu formait un appendice contenant environ un litre et demi de liquide. Je conseillai de répéter la ponction[1], mais cette fois avec *injection iodée* selon la formule que je devais indiquer.

Le médecin ordinaire de la malade redouta à ce point l'opération qu'il refusa même de m'assister. Alors, sur l'invitation de la famille, j'assumai seul la responsabilité de cette décision, sans toutefois dissimuler les circonstances défavorables où j'allais opérer, en raison de l'affection organique du foie qui, après avoir occasionné l'épanchement péritonéal, pourrait bien le reproduire. Il ne fallut rien moins, pour me déterminer et faire partager mon avis, que la certitude d'une fin prochaine pour la malade dans le cas où l'on se bornerait à la simple ponction.

D'après cette manière de voir, je projetai de faire la ponction et une injection iodée, d'administrer les drastiques et les diurétiques pour provoquer une sécrétion exagérée de sérosité et d'urine, dans l'espoir de diminuer la masse des liquides et de réduire ceux-ci à des proportions telles qu'ils pussent circuler en totalité dans le calibre De leurs vaisseaux propres. J'espérais que l'inflammation adhésive résultant de l'injection oblitérerait pendant ce temps la cavité péritonéale.

Je pratiquai donc, le 12 juillet 1853, l'opération, c'est-à-dire deux mois après la première ponction, qui avait déjà fourni 16 litres de sérosité. Cette fois j'en retirai *vingt-deux litres* par une ponction que je pratiquai sur le milieu d'une ligne s'étendant de l'épine iliaque antérieure à l'ombilic. Après avoir vidé autant que possible la cavité péritonéale, je reconnus l'hypertrophie du foie que j'ai déjà signalée. Cet organe n'offrait d'ailleurs aucune trace d'inégalités à sa surface, ni de différences dans sa consistance.

J'injectai aussitôt par la canule du trocart le mélange suivant : eau, 120 grammes ; teinture d'iode, 30 grammes; iodure de potassium, 4 grammes.

Cette injection pénétra mal, et le quart au moins du liquide fut perdu. Néanmoins la douleur que l'introduction du mélange détermina instantanément fut tellement vive, que je dus évacuer à la minute la quantité qui avait pénétré. Cette circonstance fut cause que je ne pus malaxer le ventre de manière à faire toucher tous les points du péritoine par le liquide injecté. Cependant les symptômes de péritonite furent des plus intenses et s'accompagnèrent des phénomènes propres à l'absorption de l'iode : ainsi, étourdissements avec trouble de la vue ; malaise extrême ; pouls radial, petit et sans accélération (80) ; défaillances alternant avec des sueurs froides et prostration des plus marquées. Bientôt après profond sommeil, qui fut combattu par des excitants extérieurs, et qui céda au bout de vingt minutes. Les extrémités devinrent très froides ; la respiration s'accéléra ; chaque inspiration occasionnait une vive douleur dans l'abdomen, qui devint le siége de tranchées violentes et intermittentes.

A ce cortége formidable et pour ainsi dire foudroyant j'opposai des manuluves chauds, des sinapismes aux mollets et aux cuisses alternativement, des briques chauffées à la plante des pieds ; en même temps je fis prendre 3 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Le pouls, qui pendant ces accidents était devenu filiforme et profond, sans augmenter de vitesse, se releva bientôt. Cet état dura deux heures, pendant lesquelles je ne quittai pas la malade.

Six heures après l'opération (six heures du soir), on observait de la chaleur douce à la peau ; 100 pulsations à la minute, tympanite légère; douleurs abdominales un peu calmées; encore quelques tranchées.

De neuf à onze heures du soir (neuf heures après l'opération) de fortes tranchées reparurent et cédèrent à un cataplasme de farine de graine de lin sur le ventre et à 3 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Le 13, à trois heures du matin, la douleur abdominale était très modérée, et à quatre heures il y eut du sommeil.

A huit heures, je notai : chaleur à la peau, 94 pulsations, douleurs abdominales très modérées, légèrement exaspérées par la pression; un peu de météorisme.

Le restant de la journée fut satisfaisant; les tranchées furent encore moindres; le ventre resta toujours un peu tendu. — 3 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; gomme-gutte, 30 centigrammes; chiendent nitré; diète absolue; compression modérée du ventre.

Depuis vingt-quatre heures, la malade avait uriné à peu près comme d'habitude. Les urines étaient très foncées et très chargées d'iode.

A la fin de l'observation, je reviendrai sur cette particularité, voulant ne pas tronquer ce qui aura trait à ce sujet.

Le 14, neuf heures du matin, la pilule de gomme-gutte ne produisit aucun effet; la nuit fut bonne, sans agitation; la malade dormit assez longtemps; les douleurs abdominales furent très modérées; léger météorisme, ventre encore sensible à la pression; urines peu abondantes, toujours fortement iodées. — Bandage compressif autour de l'abdomen; 60 centigrammes de gomme-gutte; diète absolue; même tisane.

Le 15, nuit bonne; douleurs abdominales modérées; point de selles; urines peu abondantes et toujours chargées d'iode; ventre toujours un peu sensible à la pression et météorisé. Je reconnus alors des traces non équivoques d'un nouvel épanchement. 84 pulsations à la minute. — Même tisane; bouillon de poulet; gomme-gutte, 0,60.

Le 16, la malade dormit; il y eut une selle; le ventre était très peu sensible et très diminué de volume. 84 pulsations. Urines peu abondantes, chargées, mais moins iodées; appétit très prononcé. La malade se leva et fut autorisée à manger modérément.

Dix jours après l'opération, la malade avait quitté le lit et repris la direction de son ménage.

Elle dut prendre tous les quatre jours une goutte d'huile de croton tiglium et 1 gramme d'azotate de potasse dans 500 grammes d'eau chaque jour.

L'amélioration de cette malade était telle sept semaines après l'opération qu'elle était disposée à ne plus rien faire; mais, le ventre présentant encore un assez grand volume et une fluctuation évidente, je crus utile de recourir à une nouvelle injection de teinture d'iode.

Le 13 août, comme il était toujours resté un peu de douleur au ventre, au niveau de la dernière ponction suivie d'injection, comme la percussion en ce point rendait toujours un son tympanique, quelque position que je fisse prendre à la malade, ce qui ne laissait aucun doute que les intestins avaient dû contracter des adhérences avec les parois abdominales, je dus songer à pratiquer sur un autre point la nouvelle ponction. Et, comme alors je n'avais point été renseigné sur les précédents que j'ai signalés plus haut, la pensée ne me vint pas que la rate avait pu acquérir un développement anormal.

Je fis donc coucher la malade sur le côté gauche, qui présenta dans toute son étendue un son parfaitement mat à la percussion. Portant le trocart sur le point correspondant à celui du côté opposé que j'avais primitivement choisi, je l'enfonçai sans provoquer plus de douleur que lors de la première ponction. Mais grande fut ma surprise de voir la canule ne donner issue à aucune goutte de liquide. Je la retournai dans tous les sens, toujours inutilement. Je reconnus dans tous ces divers mouvements que le bout de cet instrument devait être dans un milieu plus dense que celui de la sérosité, et, quelques gouttes d'un sang noir ayant apparu au pavillon de la canule, je soupçonnai aussitôt que j'étais dans le parenchyme de la rate.

La pensée me vint de demander si la malade avait eu antérieurement des fièvres intermittentes, et c'est alors seulement que j'obtins les renseignements que j'ai donnés au commencement de l'observation et que j'appris qu'à la suite de ces fièvres rebelles le ventre était toujours resté volumineux. Je retirai la canule et j'appliquai sur la petite plaie un morceau de sparadrap de diachylum gommé.

Je cherchai au-dessous de cette première piqûre, en suivant la ligne vers l'épine iliaque antérieure, le point où la main gauche percevait sans intermédiaire le flot du liquide déplacé lorsque de la main droite je percutais le point de l'abdomen diamétralement opposé. Je replongeai en ce point mon trocart, et cette fois la sérosité s'écoula librement par la canule. Quelques soins que je misse à évacuer tout ce que la cavité péritonéale pouvait contenir, je ne retirai que deux litres et demi de sérosité parfaitement limpide, sans flocons ni nuages.

« Il est bon de faire ressortir que le 12 mai le médecin ordinaire
» retira seize litres de liquide, que huit semaines après (12 juillet) j'en
» retirai vingt-deux litres, et qu'après sept semaines de mon opéra-
» tion suivie d'injection iodée je n'en recueillis que deux litres et
» demi. Et si à cette première différence on ajoute la possibilité, je
» dirai même la facilité de la femme à vaquer aux soins de son mé-
» nage, tandis que lors de la première opération sans injection au
» bout de huit jours elle ne pouvait plus rien faire, tant son ventre
» était plein, on pourra apprécier l'efficacité de cette première injec-
» tion; mais là ne devaient pas se borner les heureux résultats de cette
» médication. »

Donc, après avoir vidé le péritoine, j'y injectai la même quantité et la même composition de liquide que j'avais employées pour ma première opération. Cette fois l'injection pénétra en entier. Je laissai la liqueur deux minutes, pendant lesquelles je malaxai le ventre de manière à toucher tous les points de la cavité péritonéale.

La malade souffrit peu pendant cette opération et les cinq heures qui suivirent.

Au bout de ce temps des tranchées très vives et semblables à celles déjà décrites lors de la première injection apparurent. Comme alors, elle éprouva un refroidissement général accompagné de sueurs froides.

A ces tranchées et à ces sueurs froides, qui alternaient, succédait une chaleur vive de la peau. Il y avait une violente céphalalgie, une grande loquacité, des imminences de syncope ou une grande agitation avec délire; un ptyalisme assez prononcé quand elle voulait boire, et alors aussi survenaient des nausées sans vomissements.

Ces alternatives et cette ivresse iodique durèrent depuis trois heures du soir (cinq heures après l'injection) jusqu'à deux heures du matin.

A dix heures du soir, on avait appliqué un cataplasme émollient sur le ventre, des compresses froides sur le front. On donna une pilule de 3 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

A partir de deux heures du matin, tous ces symptômes d'apparence grave diminuèrent progressivement et la malade s'assoupit. Les tranchées avaient cessé et étaient remplacées par une douleur obtuse et continue. Durant toute la nuit, il y eut grande chaleur à la peau.

Le 14, à neuf heures du matin, la peau était fraîche, le pouls battait 92 fois à la minute; il était petit, calme. La malade urina depuis l'opération, c'est-à-dire en vingt-trois heures, six fois. L'urine offrait quelques nuages avec un léger dépôt; l'iode paraissait y être en petite quantité (à l'opposé de la première injection); la malade d'ailleurs était calme, ne ressentait plus de tranchées : le ventre était ballonné et le siége d'une douleur continue, quoique faible. Point de selles depuis deux jours.

Purgatifs drastiques tous les quatre jours et diurétiques, alimentation très légère et repos, tels furent les seuls moyens que je mis en usage pendant la quinzaine qui suivit.

Le 1er septembre, l'amélioration faisait chaque jour des progrès; la malade dormait bien, urinait assez abondamment; le pouls était à 86 pulsations; l'appétit se déclarait. Dès ce jour j'autorisai une alimentation plus substantielle, et la malade dut porter un bandage compressif autour du ventre; elle dut prendre tous les jours 1 gramme d'azotate de potasse dans 500 grammes d'eau et 50 centigrammes de sulfate de quinine. (Ce dernier médicament en vue d'obtenir le dégorgement de la rate, que je constatai facilement après la dernière ponction.)

A cette époque, c'est-à-dire dix-sept jours après l'injection, le ventre n'offrait aucune trace de fluctuation. Il était encore un peu ballonné.

L'état général de la malade était des plus satisfaisants, et la piqûre de la rate n'avait donné lieu à aucun accident.

Quant au cœur et aux poumons, ils sont en parfait état.

Pour ce qui est des urines, celles que la malade rendit le premier jour après la première injection étaient fortement colorées en jaune foncé et sans dépôt. Les quatre jours suivants, il se forma des dépôts de couleur jaune foncé.

Essayées directement au moyen du chlore et de l'amidon, les premières urines se colorèrent instantanément en bleu, couleur qui disparaissait promptement.

Dans le but de s'assurer que cette coloration était due à la présence de l'iode, comme aussi pour déterminer le degré d'absorption de l'iode, on pesa chaque jour 100 grammes d'urine, qui fut traitée par la potasse pure. Après évaporation jusqu'à siccité et traitement par l'alcool à 40°, on obtint un liquide alcoolique qui, filtré, évaporé jusqu'à siccité, convenablement calciné pour détruire la matière organique, et repris par un peu d'eau distillée, dénota, soit avec l'amidon et l'acide sulfurique, soit avec le chlorure palladique, l'existence de l'iode.

Tous les jours la quantité d'iode trouvée dans les urines diminuait. Dès le quatrième jour l'iode, dont la présence n'était plus révélée directement par le chlore et l'amidon, se retrouvait, ainsi que le cinquième jour, par le procédé ci-dessus indiqué.

Avant de publier cette observation, j'ai voulu revoir la malade, cinq mois et demi après la deuxième et dernière opération. Son état général est sensiblement amélioré. L'embonpoint a augmenté avec l'appétit; les forces progressent, et elle peut faire sans nulle difficulté 2 kilomètres pour se rendre aux offices divins; son courage est complétement rétabli. Elle rend 800 grammes environ d'urine par jour. La matrice, qui pendant la période de l'épanchement et avant l'emploi des injections iodées, sortait hors de la vulve, a repris et conserve sa position sans incommoder la malade. Le bandage que je lui mis huit jours après la deuxième injection est toujours suffisant, sans qu'il ait fallu le relâcher.

En un mot, chacun répète que depuis de longues années on n'avait vu cette femme dans un état aussi satisfaisant.

Néanmoins, je dois à la vérité de dire que les mouvements des deux mains, combinés de façon à rechercher la présence du liquide dans le péritoine, y déterminent l'ondulation caractéristique. Toutefois il est très peu abondant, et ne semble pas augmenter de quantité. La malade croit même qu'il n'en existe point, attendu que le bandage abdominal n'a jamais été relâché. Le foie déborde les fausses côtes, en s'étendant vers l'épigastre de 9 à 10 centimètres. La rate a aussi triplé de volume.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 janvier 1854. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique envoie l'ampliation d'un décret en date du 19 de ce mois, par lequel l'Empereur a, sur son rapport, approuvé l'élection faite par l'Académie de médecine dans la séance du 10 courant de M. Davenne et de M. Milne Edwards pour remplir les places d'associés libres, vacantes par suite du décès de M. Benjamin Delessert et de M. Gay-Lussac.

M. le président invite MM. Davenne et Milne Edwards à signer la feuille de présence et à prendre place parmi leurs collègues.

MM. Davenne et Milne Edwards adressent quelques paroles de remercîment à l'Académie.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet les rapports :

1° De M. le docteur Pagès, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Alais (Gard), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le mois de juillet jusqu'au mois de novembre dans la commune de Barjac;

2° De M. le docteur Bourgeois, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Etampes (Seine-et-Oise), sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans plusieurs communes de la vallée d'Essonne depuis le mois de juillet jusqu'au mois d'octobre dernier;

3° De M. Scelles Montdésert, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Lô (Manche), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le commencement du mois d'août jusqu'à la fin du mois de décembre dernier dans la commune de Carentan;

4° De M. le docteur Piffard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Brignoles (Var), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le mois d'août jusqu'au mois de novembre dans les communes de Pontaves et d'Artigues, et sur une épidémie de variole qui a sévi depuis le mois de juillet jusqu'au mois d'octobre dans les communes de Varaye et Saint-Zacharie;

5° De M. le docteur Billot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Poligny (Jura), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Foncine-le-Haut pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1853;

6° De M. le docteur Boireau, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Mantes (Seine-et-Oise), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le mois de février 1853 jusqu'au mois d'août suivant dans les communes de Montreuil, Boinville et Bourdonné. (Commission des épidémies.)

Empoisonnement par les allumettes chimiques. — Le même ministre transmet avec demande d'avis un mémoire de M. le docteur Caussé, d'Albi (Tarn), sur le danger d'empoisonnement par les allumettes chimiques. (Commissaire : M. Chevallier.)

Causes et traitement du choléra. — Le ministre de l'instruction publique adresse un mémoire sur les causes et le traitement du choléra par M. Billiard, médecin à Corbigny (Nièvre).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Reproduction des sangsues. — M. Harreaux, de Grouville-Saint-Léger (Eure-et-Loir), adresse une note sur la reproduction de sangsues dans les bassins de Grouville. (Commissaires : MM. Desportes, Chevallier, Adelon, Bricheteau, Souheiran.)

Emploi du sulfate de quinine en injections dans le gros intestin. — M. Bertherand, médecin aide-major, à l'occasion d'une communication récente de M. le docteur Kuhn sur les avantages de l'administration du sulfate de quinine en injections dans le gros intestin, rappelle que dès 1849, dans un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes en Algérie, il a rendu compte d'expériences et de résultats analogues.

Il lui est arrivé, étant appelé au début d'un accès, de faire immédiatement ingérer par le rectum une certaine dose de quinine, dans la crainte d'une aggravation de l'état du malade, que certains symptômes donnaient droit de pressentir, et il dit s'en être toujours bien trouvé.

Peste. Mesures sanitaires. — M. le docteur Giusti (de Beyrouth) adresse une lettre sur la peste et sur les mesures sanitaires récemment mises en œuvre en Orient contre les progrès de cette maladie. L'auteur paraît penser que ces mesures n'ont eu jusqu'à présent aucun des résultats qu'on en attendait.

RAPPORTS.

Déclaration de vacance. — M. Requin, au nom de la commission de onze membres chargée de déterminer à quelle section devra appartenir la prochaine nomination, propose à l'Académie de déclarer la vacance dans la section d'anatomie pathologique.

M. LE PRÉSIDENT, considérant que la section d'anatomie pathologique se trouve en ce moment, par suite de l'absence d'un de ses membres, au-dessous du nombre voulu pour se constituer en commission d'élection, déclare qu'il y aura lieu de procéder, dans la prochaine séance, à la désignation d'un membre qui sera momentanément adjoint à cette section.

LECTURE.

Traitement de la phthisie par l'inspiration de l'iode. — M. Piorry lit un mémoire remarquable sur ce sujet. (Nous en publierons une analyse.)

M. LONDE. M. Piorry est entré dans une excellente voie dont on ne peut trop le féliciter. Cependant, il ne faudrait pas conclure de ce qu'il vient de dire que ce moyen soit le meilleur. Il en est d'autres qui ont donné des succès tout aussi réels; tel est, par exemple, l'arséniate de soude.

Je me rappelle notamment un phthisique, malade depuis très longtemps, qui a été soumis à ce traitement. Sans doute ce malade n'a pas guéri, mais il a engraissé; il a repris des forces, et en résumé il se porte bien. Les vapeurs d'iode ne sont donc pas peut-être le seul moyen capable d'enrayer la marche de la phthisie. Il fandrait, d'un autre côté, savoir comment agit l'iode; c'est ce que ne dit pas M. Piorry dans son mémoire.

M. PIORRY répond qu'il n'est nullement exclusif; il ne méconnaît pas du tout l'efficacité des autres moyens. Le sulfate de quinine n'est pas le seul moyen qui guérisse les engorgements de la rate; on obtient les mêmes effets par le sel. Il peut en être de même pour la phthisie.

M. MOREAU. Je regrette que M. Piorry n'ait pas cru devoir se servir du langage scientifique usuel; il résulte des expressions de phymie, de pneumophymie et autres semblables dont M. Piorry se sert alternativement avec celles de phthisie, de tubercules, une certaine confusion.

M. PIORRY. Quand on a publié un traité en huit volumes où l'on se sert d'un bout à l'autre d'une nomenclature connue aujourd'hui presque partout, on a bien le droit de s'en servir dans cette enceinte. M. Moreau est trop érudit pour ignorer que les expressions dont je me suis servi avaient été employées par Hippocrate. Est-ce d'ailleurs au sein d'une Académie comme celle-ci qu'on doit craindre de n'être pas compris en se servant d'étymologies grecques?

M. ROBINET. Il est question dans le mémoire de M. Piorry de quatre cas terminés d'une manière fatale. Je voudrais savoir si les dessins et les délimitations des organes que M. Piorry a faits sur le vivant ont été vérifiés par l'autopsie. Je désirerais également que M. Piorry voulût bien nous dire si sur les sujets qui ont succombé il a trouvé un commencement de cicatrisation ou une modification quelconque indiquant une tendance à la guérison.

M. BRICHETEAU. M. Piorry dit qu'après avoir employé le tartre stibié on l'a abandonné. J'ai publié un volume dont plus de 200 pages sont consacrées à la phthisie et dans lequel j'ai fait connaître les résultats avantageux que j'ai obtenus dans quelques circonstances par l'emploi du tartre stibié. Il m'a paru que c'était un très bon médicament. Il serait donc inexact de dire que ce moyen a été abandonné. D'ailleurs tout porte à croire qu'il n'y a pas un remède unique contre la phthisie et que des moyens très divers peuvent être utiles. J'engagerai donc M. Piorry à modifier ce passage de son mémoire.

M. PIORRY. J'ai commis une très grande faute en ne citant pas dans ce travail un excellent livre, celui de M. Bricheteau. Quant au tartre stibié, je n'ai pas tout à fait oublié d'en parler; j'ai rappelé, entre autres, les essais de Lanthois. Je n'ai pas entendu d'ailleurs préconiser exclusivement l'iode et prétendre que ce soit le seul remède : j'ai seulement voulu prouver qu'il était bon.

En ce qui concerne les questions de M. Robinet, il comprendra que mes occupations ne me permettent pas toujours de faire les autopsies; je suis tellement sûr d'ailleurs de l'exactitude de la plessimétrie que je n'hésite pas à dire que je n'ai pas pu me tromper.

M. CAVENTOU. M. Londe a parlé de fumigations de vapeurs d'arséniate de soude qui auraient eu entre ses mains d'heureux résultats. Je me demande comment on peut administrer des vapeurs d'arséniate de soude; ce n'est évidemment qu'à la faveur d'une décomposition. Or dans ce cas ce ne sera plus des vapeurs d'arséniate de soude, mais des vapeurs d'acide arsénieux qu'on fera inspirer. Il est bon qu'on connaisse cette circonstance.

M. CHATIN. On sait que d'après les médecins allemands il y aurait antagonisme entre le goître et la phthisie. Or il est connu aussi que l'iode guérit très bien le goître; si l'iode guérit le goître, n'y a-t-il pas lieu de douter qu'il puisse guérir la phthisie? C'est là une objection qu'on pourrait peut-être opposer à M. Piorry. Mais d'un autre côté, suivant un médecin italien, la phthisie serait une des terminaisons les plus communes du goître. Il y a là, comme on le voit, deux propositions diverses à examiner.

Diagnostic et valeur du bruit de souffle ombilical. — M. Devillier lit un travail intitulé *Recherches sur le diagnostic et la valeur du bruit de souffle ombilical*. Des faits et réflexions contenus dans ce mémoire l'auteur croit devoir conclure que :

1° Le bruit de souffle ombilical se laisse distinguer des autres bruits que l'on perçoit dans le travail de l'accouchement, et surtout de ceux qui sont propres au cœur du fœtus, par certains caractères particuliers.

2° Sa situation est aussi variable que celle des circonvolutions du cordon, et par conséquent ne suit pas aussi exactement qu'on l'a pensé le mode de présentation du fœtus; elle indiquerait mieux à la rigueur sa position.

3° Le bruit de souffle ombilical résulte de la compression du cordon que favorisent certaines dispositions, soit de ce cordon lui-même, soit des parties fœtales, soit des parois utérines et abdominales.

4° Toutes les fois qu'on l'entend, on doit soupçonner ou l'interposition du cordon entre les parois utérines et les parties fœtales, ou l'existence de ses circonvolutions autour de celles-ci, et par conséquent dans quelques cas celle d'une brièveté accidentelle du cordon, et se tenir en garde contre les conséquences possibles de ces accidents.

5° Cependant, si le souffle ombilical accompagne quelquefois les circonvolutions du cordon, plus fréquemment encore celles-ci existent sans qu'il se produise ou sans qu'il se trouve dans des conditions permettant de le discerner.

6° On peut au contraire, dans certains cas, se rendre compte de la présence du bruit de souffle ombilical, bien qu'au moment de la naissance il y ait absence de circonvolutions du cordon, ces dernières étant, ainsi que l'observation le démontre, susceptibles de se déplacer ou de se dérouler pendant les diverses phases du travail.

7° Quelque rare que paraisse être le bruit de souffle ombilical, il conserve donc en pratique une valeur très importante. (Commissaires : MM. Depaul, Danyau.)

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 janvier 1854. — Présidence de M. ROUX.

Résultats de la section et de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou. — M. Brown-Séquart lit sous ce titre un mémoire qu'il résume dans l'extrait suivant :

I. *Section du nerf grand sympathique au cou.*

..... Pour ce nerf, de même que pour tous les autres nerfs, il y a deux sortes d'effets qui suivent sa section. Les uns sont immédiats, et en général très peu durables; les autres se montrent après que les premiers ont cessé, et ils persistent très longtemps. Les premiers résultent de l'excitation du nerf au moment où on le coupe; ils ne diffèrent guère des effets de la galvanisation du nerf, si ce n'est par leur durée, qui est bien moindre. Les autres effets qu'on observe sont les véritables conséquences de la cessation d'action du nerf consécutive à sa section. Ce sont les seuls dont j'aie à m'occuper maintenant. Avant de les exposer, je dois dire que tous les faits qui suivent s'observent sur la moitié de la tête du côté où le nerf est coupé.

1° La pupille se resserre, ainsi que Pourfour-du-Petit l'a découvert. L'explication de ce resserrement, donnée par Valentin et admise par plusieurs physiologistes, et notamment par MM. Budge et Waller, n'est pas parfaitement vraie. L'abondance de sang en circulation dans l'œil est en grande partie la cause de la contraction des fibres musculaires circulaires de l'iris. Bien que resserrée, la pupille reste mobile, ainsi que John Reid l'avait déjà fait remarquer.

2° En même temps que ces fibres iriennes se contractent, plusieurs des muscles du globe oculaire, des paupières et de la face se contractent aussi.....

3° La sécrétion des larmes et celle du mucus palpébral sont augmentées. Biffi a prétendu, relativement à la sécrétion lacrymale, qu'elle n'est pas modifiée, et que c'est seulement par suite de la position du globe oculaire que les larmes coulent sur la joue et paraissent être plus abondantes. Je me suis assuré que les sécrétions de mucus et de larmes sont réellement augmentées.

4° Diverses altérations pathologiques se produisent quelquefois, et

ont été signalées ; mais comme elles ne sont pas constantes, je me bornerai à énumérer les principales. La cornée perd de son brillant, elle s'aplatit, elle s'ulcère parfois ; l'iris change de couleur, le mucus palpébral devient purulent, la conjonctive s'enflamme. Ce dernier fait est celui qui s'observe le plus fréquemment. Il est constant chez les chiens, suivant John Reid ; il ne se montre que quelque temps après l'opération, et disparaît, en général, après une ou deux semaines.

5° Si l'on tue l'animal, on remarque, ainsi que M. Bernard l'a trouvé, que les mouvements réflexes peuvent avoir lieu plus longtemps dans la moitié de la face du côté de l'opération que dans l'autre côté. J'ai observé qu'il en est de même, pendant l'agonie, pour les mouvements volontaires et respiratoires que pour les mouvements réflexes après la mort.

6° Les vaisseaux sanguins se dilatent dans toute la moitié de la tête, le sang y afflue et la température s'élève. Ces faits, entrevus par Dupuy, ont été retrouvés par M. Cl. Bernard, qui a attiré sur eux l'attention des physiologistes. Dans un mémoire spécial sur ce sujet, je ferai voir que l'élévation de température dépend uniquement de l'afflux de sang, et que cet afflux résulte de ce que les vaisseaux sanguins, étant paralysés, ouvrent une plus large voie au sang.

7° Les propriétés vitales des nerfs sensitifs de la face, du nerf optique et du nerf auditif paraissent notablement augmentées. Relativement à l'insensibilité de la face, M. Bernard avait déjà observé son augmentation. J'ai découvert les deux autres faits. John Reid avait déjà dit que probablement c'était parce que la lumière affectait désagréablement l'animal que l'œil était tiré en arrière et les paupières tenues demi-closes.

8° Après la mort, les nerfs moteurs et les muscles de la face et de l'œil, en y comprenant l'iris, conservent plus longtemps leurs propriétés vitales. J'ai vu quelquefois l'irritabilité musculaire durer un quart d'heure et même une demi-heure de plus que sur le côté sain.

9° La rigidité cadavérique à la face survient plus tard que du côté sain, et elle dure plus longtemps. Il faut que la température de l'air ambiant ne soit pas trop basse pour que ce résultat s'observe. Nombre de fois la putréfaction tarde davantage à se montrer, et paraît moins rapide du côté de la face correspondant au nerf coupé que de l'autre côté.

En résumant les résultats de la section du grand sympathique au cou, ou mieux de l'ablation du ganglion cervical supérieur, nous dirons que la quantité de sang qui circule dans la moitié de la tête correspondant au côté où l'opération a été faite est augmentée, et que la température et les propriétés vitales des muscles et des nerfs moteurs, sensitifs et sensoriaux sont aussi augmentées. J'essaierai de montrer prochainement que ces derniers effets sont, au moins en grande partie, la conséquence pure et simple de la paralysie des vaisseaux sanguins et de l'afflux sanguin qui en résulte. Les résultats de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou vont montrer que la contraction des vaisseaux sanguins s'accompagne de phénomènes inverses de ceux qui suivent leur dilatation.

II. *Galvanisation du nerf grand sympathique au cou quelque temps après sa section.*

1° La pupille se dilate, ainsi que Biffi et Morganti l'ont trouvé.

2° Le globe oculaire, qui était tourné en arrière et en dedans, reprend sa situation normale, ainsi que M. Bernard, M. Waller et moi-même l'avons vu.

3° Les paupières s'ouvrent, et les contractions des muscles de la face et de l'oreille cessent d'exister, ainsi que M. Bernard et moi l'avons vu.

4° La vascularisation diminue, ainsi que je l'ai découvert. Quelquefois les vaisseaux se contractent au point que le calibre des petites artères et des veinules disparaît complétement. Si alors on coupe ces vaisseaux, ils ne donnent pas de sang. Chez les animaux vigoureux, la vitesse de la contraction est quelquefois très grande : j'ai vu en un tiers de minute une artère, qui avait au moins trois fois son calibre ordinaire, revenir à ce calibre. Dans quelques cas, la contraction des vaisseaux a déjà commencé à se manifester en moins de deux secondes de galvanisation.

Quand on cesse la galvanisation, les vaisseaux ne tardent pas à se dilater de nouveau, et souvent alors ils acquièrent un degré de dilatation plus grand qu'avant l'application du galvanisme. Si cette application dure très longtemps, les vaisseaux se dilatent, même pendant qu'on continue de la faire.

5° J'ai trouvé que la température s'abaisse pendant la galvanisation. L'abaissement s'opère lentement, mais il arrive à être assez considérable pour que l'oreille et la narine se trouvent à une température inférieure de un à deux degrés centigrades à celle des mêmes parties du côté sain. La température m'a toujours paru être en relation directe avec la quantité de sang circulant ou ayant circulé dans les parties qu'on examine.

6° Il en est de même pour la sensibilité que pour la température. Cependant la diminution de sensibilité qui suit la galvanisation est plus lente encore à devenir manifeste que la diminution de température.

III. *Galvanisation au cou du grand sympathique non coupé ou aussitôt après sa section.*

Plusieurs des effets qui suivent la galvanisation du nerf quand il a été coupé depuis quelque temps se montrent aussi quand on le galvanise sans le couper. La seule différence est dans leur degré, qui est moins considérable.

Si l'on galvanise le nerf pendant longtemps et énergiquement sur un animal vigoureux, on trouve les faits suivants :

1° Quand on asphyxie l'animal, les derniers mouvements volontaires, respiratoires, convulsifs et réflexes, se montrent du côté sain. En d'autres termes, tous ces mouvements cessent alternativement du côté opéré avant de cesser du côté sain.

2° La sensibilité pendant l'asphyxie disparaît dans le côté opéré avant de cesser dans le côté sain.

3° Après la mort, l'excitabilité des nerfs moteurs et la contractilité musculaire disparaissent plus tôt du côté opéré que de l'autre côté.

4° La rétine et l'iris perdent leurs propriétés vitales plus vite du côté de l'opération que de l'autre.

5° La rigidité cadavérique vient plus tôt et elle dure moins dans les muscles du côté opéré que dans ceux de l'autre côté. Il paraît en être de même pour la putréfaction.

Quand on galvanise les filets du nerf grand sympathique, qui des ganglions abdominaux vont aux artères et aux veines de l'un des membres abdominaux, on obtient sur les vaisseaux, sur les muscles et sur les nerfs du membre des résultats analogues à ceux que l'on observe à la tête lorsqu'on galvanise le grand sympathique au cou.

Des faits contenus dans ce mémoire actuel je conclus :

1° Que la galvanisation du nerf grand sympathique au cou est suivie de la contraction des vaisseaux sanguins, d'une diminution dans la quantité de sang qui circule dans ces vaisseaux, d'un abaissement de température et d'une diminution dans les propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux du côté de la tête correspondant au nerf galvanisé ;

2° Que la section du grand sympathique au cou est suivie de la dilatation des vaisseaux sanguins, d'un afflux de sang, d'une élévation de température et d'une augmentation des propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux du côté de la tête correspondant au nerf coupé. (Commissaires : MM. Magendie, Serres, Flourens.)

De la respiration et de la chaleur moyenne dans le choléra. — M. Doyère lit sur ce sujet un travail qui fait suite aux recherches que l'auteur a précédemment soumises au jugement de l'Académie.

(Renvoyé à la même commission, composée de MM. Andral, Rayer, Serres, Balard.)

Du meilleur mode de préparation pour le perchlorure de fer liquide qui s'emploie dans le traitement des varices, des hémorrhagies et des anévrismes. — M. Burin-Dubuisson adresse sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait :

..... On purifie une solution de proto-sulfate de fer du commerce par de la limaille de fer et l'addition d'un peu d'acide sulfurique d'abord, puis, après avoir filtré par un courant lent de gaz sulfhydrique, on filtre et l'on péroxyde par l'acide nitrique. On précipite la solution par un léger excès d'ammoniaque, et on lave avec soin le péroxyde de fer gélatineux obtenu.

On sature ensuite aussi bien que possible de l'acide chlorydrique blanc et pur par l'hydrate ferrique ci-dessus, en laissant digérer d'abord à froid, puis au bain-marie d'eau bouillante. On filtre la solution et l'on commence à évaporer la liqueur à un peu moins de moitié sur un feu doux, puis on continue l'évaporation au bain-marie, comme l'a conseillé M. Goblcy pour la préparation de chlorure ferrique cristallisé, en ayant soin d'éloigner les vapeurs aqueuses, qui donneraient lieu à la formation d'acide chlorhydrique et à un dépôt d'oxydo-chlorure insoluble. Lorsque le liquide a ainsi acquis la consistance d'un sirop épais (à cet état il se fige par le refroidissement, sans cependant se prendre en masse solide), on cesse l'évaporation et l'on ajoute au liquide un excès d'hydrate gélatineux délayé dans un peu d'eau pure. On agite pendant un quart d'heure, et on laisse ensuite en repos le mélange pendant plusieurs heures. Nous ajoutons après l'eau distillée nécessaire pour amener la solution chloro-ferrique à la densité de 30° Beaumé, et nous l'abandonnons au contact de l'excès d'hydrate pendant huit jours, après quoi nous filtrons et nous laissons encore reposer le liquide filtré pendant quinze jours, puis nous filtrons une dernière fois pour séparer un peu d'oxydo-chlorure qui s'est précipité.

En opérant ainsi, on obtient un perchlorure de fer liquide de couleur brun foncé vu en masse, qui ne contient qu'une très faible quantité d'acide libre, et qui, grâce à ce petit excès d'acide, peut se conserver un temps très long sans déposer sensiblement.

L'innocuité du perchlorure de fer liquide ainsi obtenu a été plus que suffisamment démontrée dans la pratique de l'Hôtel-Dieu de Lyon :

1° Par la guérison d'un anévrisme du pli du coude obtenue par M. Valette ;

2° Par une observation de M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, au sujet d'un malade atteint d'une grosse tumeur anévrismale du tronc brachio-céphalique, dans laquelle il a été injecté, en trois ponctions faites à quinze jours d'intervalle, plus de 80 gouttes du nouveau liquide coagulateur sans accidents sérieux, et à la suite desquelles la position du malade, que nous voyons tous les jours, a été plutôt améliorée qu'empirée ;

3° Enfin par plus de quarante malades atteints de varices opérés par MM. Valette, Pétrequin et Desgranges avec le plus heureux succès, sauf un vieillard, et sur lesquels il a été fait environ 90 injections du même liquide.

Ce même perchlorure, largement employé dans les hémorrhagies de toute sorte, a toujours prouvé aux chirurgiens et aux médecins les avantages qu'ils étaient en droit d'en espérer. (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Velpeau.)

Recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires du Jura, du Valais, de la Lombardie, de l'Allemagne et de la Belgique. — M. Chatin adresse un nouveau mémoire, dont l'objet a été de rendre plus complètes ses recherches sur l'iode, tant au point de vue de la statique chimique qu'à celui de l'hygiène.

Ses observations se partagent en deux groupes, suivant qu'elles se rapportent à des faits généraux ou à des faits spéciaux.

Des faits généraux il résulte, après avoir fait la part de quelques conditions générales et surtout de l'humidité des lieux, qu'il y a correspondance, parallélisme entre l'état d'ioduration de l'air, des eaux, du sol et de ses produits et le chiffre des individus atteints par le goître.

De l'ensemble de ses observations, dont un grand nombre ont porté sur les eaux minérales, résulte la confirmation de ces faits.

L'insuffisance de la proportion d'iode qui entre dans le régime des habitants est la cause principale du goître et du crétinisme ; il sera quelquefois facile d'approprier aux besoins des populations les eaux minérales iodurées, qui par une circonstance providentielle jaillissent en grand nombre des contrées où les eaux potables sont le moins chargées d'iode. (Commissaires : MM. Thénard, Magendie, Dumas, Elie de Beaumont, Regnault, Bussy.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Depuis notre dernier article sur le choléra, c'est-à-dire du 16 au 22 janvier, on n'a observé que 4 nouveaux cas dans les hôpitaux de Paris, dont 2 déclarés dans l'intérieur de ces établissements.

Ainsi, le nombre total des malades est de 974, sur lesquels il y a eu 451 décès et 471 guérisons.

Dans cette semaine il est sorti 16 malades guéris, et il en est mort 5. On voit que nos prévisions sur la fin de l'épidémie étaient justes.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance annuelle le lundi 30 janvier, à deux heures. M. Flourens, secrétaire perpétuel, y lira l'éloge historique de M. de Blainville.

— *Don à la Faculté de médecine de Paris d'une collection de quinquinas*, par M. A. Delondre, pharmacien, fabricant de sulfate de quinine à Graville-Havre, de l'ancienne Société Pelletier-Delondre et Levaillant. En offrant cette collection à la Faculté, de la part de M. A. Delondre, M. le professeur Bouchardat s'est exprimé en ces termes :

« Messieurs,

» Après avoir consacré les plus belles années de sa vie à l'étude des quinquinas et à la fabrication du sulfate de quinine, M. A. Delondre vient aujourd'hui faire hommage à la Faculté de médecine des trente-quatre échantillons types qui sont décrits dans un ouvrage en voie de publication, qui a pour titre : *Quinologie*, par MM. Delondre et Bouchardat.

» Permettez-moi de vous exposer en peu de mots l'intérêt tout particulier qui s'attache à cette collection.

» On ne peut se dévouer plus complètement à l'étude d'une grande question que ne le fait M. Delondre à celle des quinquinas.

» Lors de la belle découverte de MM. Pelletier et Caventou, M. Delondre sut prévoir tout l'avenir qu'elle devait avoir. Ce fut lui qui engagea M. Ossian Henry à chercher un procédé économique d'extraction, et qui lui livra tous les quinquinas nécessaires à ses essais.

» Après avoir fondé, conjointement avec MM. Pelletier et Levaillant, la première et la plus grande fabrique de quinine du monde, M. Delondre a voulu étudier sur les lieux de production ces arbres qui nous fournissent ces précieuses écorces. Il a parcouru avec M. Weddel les forêts centrales de la Bolivie, impénétrables jusque-là pour les naturalistes européens.

» De retour en France, M. A. Delondre a fondé la fabrique de sulfate de quinine de Graville-Havre, et, pour l'approvisionner, il a par lui-même suivi toutes les grandes adjudications de quinquinas qui ont eu lieu sur les principaux marchés de l'Europe. C'est ainsi qu'il a formé cette collection *unique* de trente-quatre espèces ou variétés de quinquinas *qui depuis quelques années sont arrivées bien distinctes et en quantité assez considérable* sur les principaux marchés de l'Europe.

» Mais ce n'est pas tout ; M. Delondre, ne reculant devant aucun sacrifice, les a tous soumis à un traitement en grand dans sa fabrique. C'est ainsi que nous avons pu présenter toutes les écorces sous les noms de leur *provenance réelle* avec leur *teneur en alcaloïdes*. Dorénavant, en voyant un quinquina, on saura exactement ce qu'il vaut, en le rapportant aux types déposés dans les collections de la Faculté.

» Le résultat le plus important de ces recherches sur les quinquinas sera de faire connaître et d'apprécier ce qu'elles valent d'excellentes variétés de quinquinas qui existent en quantité considérable dans les forêts de la Nouvelle-Grenade ; de créer ainsi une concurrence sérieuse et durable au monopole des quinquinas de la Bolivie, et de maintenir à un prix modéré le sulfate de quinine, ce médicament qui rend des services si éminents, aux pauvres surtout.

» La découverte d'un quinquina à cinchonines sur la côte occidentale d'Afrique fait entrevoir l'espérance de pouvoir naturaliser les précieux arbres des Andes dans cette partie du monde. »

— Dans la séance de décembre dernier, la Société médicale du XIIe arrondissement a renouvelé son bureau pour 1854. Il se compose de :

MM. Martin Magron, président ;
Pinel-Grandchanp, vice-président ;
Vimont, secrétaire général ;
Gauneau et Auzias-Turenne, secrétaires particuliers ;
Focillon, trésorier.

— En 1849, l'Académie de médecine de Bruxelles avait mis au concours la question suivante :

« Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. »

L'appel fait aux praticiens n'eut pas tout le résultat que l'on était en droit d'attendre : un seul mémoire parvint en réponse à la question, et ce mémoire était plutôt une brillante dissertation philosophique qu'un travail pratique. Une médaille d'encouragement fut accordée à l'auteur, M. le docteur Massart (de Napoléon-Vendée), dans la séance du 29 novembre 1851, et, dans la même séance, l'Académie maintint au concours, pour 1853, la question non résolue.

Trois mémoires, cette fois, sont parvenus à l'Académie, et dans la séance du 26 novembre, le prix a été décerné au mémoire coté n° 2, dont l'auteur est M. le docteur Decaisne, médecin de garnison à Malines.

Nous nous empressons d'informer nos confrères qu'à partir de ce jour ils pourront avoir à notre bureau des collections reliées de l'année 1853.

Les anciens abonnés qui auraient perdu des numéros de 1853 ou des années antérieures, et les nouveaux souscripteurs qui voudraient compléter l'année 1853, sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix de ces numéros est fixé à 10 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat, soit en timbres-poste.

Le prix des années antérieures à l'année courante est toujours de 12 francs.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 12. — SAMEDI 28 JANVIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 12. — SAMEDI 28 JANVIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du traitement des fièvres typhoïdes qui règnent épidémiquement à Paris depuis plus d'un an. Modifications que la coexistence du choléra a dû y introduire.

Nous avons présenté dans notre numéro du 14 janvier quelques considérations sur les fièvres typhoïdes qui depuis plus d'une année n'ont cessé de régner d'une manière épidémique à Paris, et particulièrement sur les modifications que l'influence du choléra a paru exercer dans ces derniers temps sur leur physionomie, leur marche habituelle ou leur issue. Il nous reste aujourd'hui, pour compléter cette esquisse, à dire un mot du traitement qui a été le plus généralement mis en usage et des modifications que la coexistence de l'épidémie cholérique a dû introduire dans quelques-unes de ses indications pendant la durée simultanée des deux épidémies.

Le traitement de ces fièvres typhoïdes n'a présenté, en général, aucune indication spéciale dominante et qui ait dû entraîner la moindre modification dans la méthode de traitement usuel. Chaque médecin a continué à employer les moyens qui lui sont le plus familiers; et, vu la bénignité relative de la maladie et la prédominance presque constante de sa forme la plus simple et la plus commune, la forme muqueuse abdominale, la méthode expectante a pu être largement mise en œuvre, sinon avec un avantage évident, du moins sans grand préjudice pour les malades.

Ainsi dans les salles de M. Gendrin, où nous avons pu plus particulièrement recueillir ces informations, tous les malades ont été à peu près uniformément soumis au même traitement banal, la tisane commune, quelques légers purgatifs au début, des évacuations sanguines, mais seulement quand il y avait état pléthorique, ce qui était exceptionnel; des ablutions froides pour opérer la soustraction du calorique en excès, et pour régime quelques légers bouillons. Dans les cas où la bronchite acquérait un certain degré d'intensité et surtout lorsqu'il y avait hypostase sanguine dans les poumons, on cherchait à la résoudre par des vésicatoires volants ; enfin, dans les cas d'adynamie on substituait aux ablutions froides les ablutions avec le vinaigre aromatique.

Nous avons dit que ces fièvres typhoïdes avaient suivi leur cours ordinaire et avaient continué à se montrer avec leur fréquence et leurs caractères habituels sans paraître sensiblement influencées par le voisinage du choléra. Cela ne serait pas tout à fait exact. Outre (ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer dans nos divers articles sur le choléra) que cette dernière affection s'est assez fréquemment développée sur des convalescents de fièvre typhoïde, on a pu constater aussi que pendant le règne de cette épidémie il y avait en général chez tous les typhoïdes une plus grande abondance de selles diarrhéiques.

Cette circonstance, qui constituait une sorte de prédisposition fâcheuse au développement du choléra, et qui en tout cas était assez fâcheuse par elle-même, à cause de la débilité et de l'adynamie dans lesquelles elle jetait promptement les malades, était de nature à tenir l'attention des praticiens en éveil. M. Gendrin s'en était particulièrement préoccupé; aussi ajoutait-il, dès qu'il était averti de l'abondance et de la fréquence de ces diarrhées, aux moyens que nous venons d'indiquer plus haut, l'administration d'une certaine dose d'opium, tant dans les boissons des malades que dans les lavements. Ce moyen lui a en général parfaitement réussi pour modérer cette diarrhée, et en la modérant, pour mettre les malades à l'abri des accidents plus graves dont ils étaient menacés. Ajoutons qu'en prescrivant ainsi l'opium dans ces circonstances, M. Gendrin obéissait à une indication majeure et urgente, car cet agent est contre-indiqué à ses yeux dans le traitement des maladies aiguës fébriles, et habituellement repoussé à ce titre du traitement des fièvres typhoïdes.

Cancroïde énorme de la verge et des ganglions de l'aine. Extirpation complète. — Guérison.

Bien que les chirurgiens s'accordent aujourd'hui à reconnaître l'immense différence qui existe entre les tumeurs cancéreuses proprement dites et les cancroïdes, et toute la distance qui sépare ces deux affections au point de vue du pronostic, tous n'ont pas su ou n'ont pas osé en tirer les conséquences pratiques.

Depuis longtemps, et dans plusieurs circonstances remarquables, nous avons entendu M. Maisonneuve émettre sur ce point de doctrine des principes dont sa pratique nous a montré toute la justesse. Pour cet habile chirurgien, en effet, il est incontestable que les tumeurs cancroïdes, quel que soit leur siége, ne forment pendant un certain temps qu'une affection purement locale, susceptible d'être détruite par une opération chirurgicale..... Et si dans quelques cas cette destruction locale a été suivie de récidive sur place ou dans les ganglions voisins, une poursuite énergique du mal a été le plus souvent suivie d'une guérison définitive.

Voici l'observation succincte d'un de ces cas sur lesquels M. Maisonneuve a mis ces sages principes en application.

Rouffinot (Charles), âgé de cinquante ans, imprimeur en papiers peints, portait depuis cinq ans un cancroïde énorme de la verge avec engorgement et dégénérescence des ganglions de l'aine.

Ce malheureux, effrayé par les rapides progrès du mal, accourt à Paris, espérant y trouver des ressources contre cette affreuse maladie. Dans ce but, il se présenta aux consultations de plusieurs hôpitaux, réclamant avec instance une opération qui à ses yeux pouvait seule le préserver d'une mort prochaine. Ce fut inutilement. Partout l'affection était considérée comme au-dessus des ressources de l'art.

C'est dans cette occurrence que plusieurs élèves qui suivaient ces consultations, se rappelant de cas semblables heureusement opérés par M. Maisonneuve, conseillèrent à ce malheureux d'aller se présenter à l'hôpital Cochin.

Ce cas était des plus graves. La verge jusqu'à son origine était comprise dans une horrible dégénérescence. La région inguinale était recouverte d'une énorme tumeur formée par la dégénérescence des ganglions. Après un examen sérieux, M. Maisonneuve, convaincu qu'il avait affaire à un cancroïde et qu'il n'existait aucun engorgement profond dans la fosse iliaque, se décida à l'opération que le malade souhaitait si vivement. La santé générale était d'ailleurs assez bonne pour permettre d'espérer un heureux résultat.

Le 15 décembre 1853, le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve procéda à l'amputation de la verge en un seul temps et à la dissection de la tumeur de l'aine. Cette dissection fut assez laborieuse, exigea l'ablation d'une portion de l'aponévrose du grand oblique et occasionna une large plaie au fond de laquelle on apercevait à nu le cordon des vaisseaux spermatiques, ainsi que l'artère et la veine fémorale.

La plaie, débarrassée de toute trace d'induration, fut pansée à plat.

Les jours suivants, l'état du malade fut aussi satisfaisant que possible. La plaie de la verge fut rapidement cicatrisée. Le malade ne cessa pas un instant de conserver ou de lâcher ses urines à volonté. La plaie de l'aine, bien que plus longue à se cicatriser, se couvrit rapidement de bourgeons charnus, et aujourd'hui (20 janvier 1854) le malade est en pleine voie de guérison.

Absence de pénis chez un enfant nouveau-né.

Il s'est présenté mercredi matin à la consultation de M. Nélaton un cas très curieux.

Une sage-femme est venue consulter M. Nélaton sur le sexe d'un enfant qu'elle apportait ; elle était très embarrassée pour déclarer son sexe à l'état civil.

Cet enfant, qui était né depuis deux jours, était parfaitement bien conformé et tetait très bien. Le scrotum était à la place où il se trouve habituellement, mais il y avait absence complète de pénis ; à sa place, il n'y avait pas de traces, il n'y avait pas de cicatrice. On ne savait pas ce qui était contenu dans le scrotum : était-ce la vessie ou les testicules ?

Après un examen attentif, M. Nélaton reconnut que c'étaient bien les testicules qui se trouvaient dans les bourses. Ils étaient bien à leur place, mais du côté gauche il y avait un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale ; il y avait une hydrocèle. C'était donc un garçon.

L'enfant se portait bien, ne paraissait nullement souffrir de l'absence d'un organe aussi important que le pénis; il fallait donc que l'urine s'écoulât par quelque endroit.

On examina à cet effet l'ombilic pour voir si l'urine ne sortait pas par là ; car c'est presque toujours, comme chez le bœuf, par l'ouraque restée perméable que l'urine sort quand le pénis est imperforé ou manque complétement; mais le cordon ombilical ne présentait rien d'anormal; il était ce qu'il est naturellement deux jours après la naissance, flasque, mou, tombant sur le ventre ; la ligature était intacte. Il était donc certain qu'il ne donnait pas passage à l'urine.

Ce liquide ne pouvait sortir que par la dernière voie qu'on n'avait pas explorée, le rectum. On questionna la sage-femme à l'effet de savoir comment étaient les selles de l'enfant; elle répondit qu'elles étaient toujours liquides et semblaient contenir de l'urine. Il n'y avait plus de doute, c'était donc par le rectum que la vessie se vidait. Il y avait une communication entre ces deux cavités, une espèce de cloaque où se mélangeaient l'urine et le méconium, pour être ensuite expulsés par l'anus.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

Des hémorrhagies pendant ou après l'accouchement (1).

J'ai dit dans la dernière leçon qu'il y avait deux indications principales à remplir dans les hémorrhagies utérines qui surviennent immédiatement après l'accouchement : provoquer la rétraction de l'utérus et modérer l'impulsion exagérée du mouvement circulatoire. Ces deux indications sont remplies, la première par l'emploi du seigle ergoté et certaines manœuvres manuelles; la seconde par l'application des réfrigérants et la compression.

L'ergot de seigle est un moyen d'autant plus précieux qu'il excite à la fois la contractilité organique et la contraction du tissu de l'utérus. La meilleure préparation est la poudre. C'est celle d'ailleurs qu'il est le plus facile de se procurer; on la trouve presque partout.

La dose est de 2 à 3 grammes, plutôt 2 que 3. Je prescris ordinairement 2 grammes en quatre prises, que l'on administre à cinq ou six minutes d'intervalle. Il importe, en effet, que les doses soient assez rapprochées pour soutenir les contractions sans interruption. On fait prendre ordinairement l'ergot dans une petite quantité d'eau sucrée ou tout autre véhicule, n'importe lequel. Cependant il est bon de savoir que le seigle ergoté n'est pas toujours facile à administrer de cette manière. Les femmes éprouvent souvent, par suite de l'état de faiblesse où elles sont plongées, des nausées, des vomissements qui ne leur permettent de rien garder ; on est alors obligé de donner la poudre d'ergot en lavement. Ce mode d'administration n'est pas lui-même toujours facile. Si on la met dans une seringue ordinaire elle reste au fond et ne pénètre pas dans le rectum. Dans ce cas, il faut placer la poudre dans la canule même, de manière qu'elle soit injectée dès les premiers coups de piston. On a imaginé des appareils propres à faciliter ce mode d'ingestion du seigle ergoté ; mais en général, et autant que cela est possible, on doit préférer le mode d'administration par la bouche.

J'ai dit qu'on devait chercher aussi à provoquer ou à aider les contractions utérines à l'aide de certaines manœuvres. Ces manœuvres manuelles consistent à pratiquer des frictions sur l'utérus à travers les parois abdominales, combinées avec des pressions et une sorte de malaxation de l'organe. Ces manipulations, faites toutefois avec précaution, suffisent souvent pour provoquer la rétraction de l'utérus. Cependant on ne peut pas toujours y compter.

Une autre manœuvre plus importante, à laquelle il faut recourir quand celle-ci est insuffisante, est l'introduction de la main. Mais je dois dire tout de suite que l'introduction de la main dans l'utérus n'a pas seulement pour but de chercher à exciter la rétractilité de cet organe; elle a un autre objet qui n'est pas moins important, c'est de retirer les caillots de l'intérieur de l'utérus et du vagin, caillots dont la présence tend à entretenir et à prolonger indéfiniment l'hémorrhagie.

L'introduction de la main détermine ordinairement une contraction assez énergique. Cependant cette contraction ne se produit pas toujours du premier abord. Dans ce cas doit-on se borner à introduire la main et à la retirer aussitôt; combien de temps con-

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 janvier.

vient-il de l'y maintenir? Quelques accoucheurs conseillent de la maintenir jusqu'à ce que l'utérus soit devenu le siége de contractions énergiques. L'introduction de la main est un moyen utile. On en a beaucoup exagéré les avantages et les inconvénients, surtout en Angleterre. On lui a attribué les plus graves accidents, la rupture de l'utérus, par exemple. C'est évidemment très exagéré. Mais il n'en est pas moins réel que cette manœuvre réclame de la prudence, et qu'on ne saurait la pratiquer sans se tenir sur ses gardes et se préoccuper des accidents qui en pourraient résulter.

On a conseillé aussi de pratiquer des injections de substances irritantes et même caustiques dans la cavité de l'utérus. C'est au moins inutile, et j'ajouterai que cela ne serait pas sans danger. Doit-on injecter des liquides froids? Il y aurait moins d'inconvénients; mais ce serait le plus souvent une pratique superflue, et dont on peut par conséquent se dispenser, l'introduction de la main suffisant ordinairement.

Je passe à une autre classe de moyens que je n'ai encore fait qu'indiquer, les réfrigérants. Les réfrigérants s'appliquent autour de la malade et sur diverses parties.

Autour de la malade. — La première chose à faire lorsqu'une femme est en proie à une hémorrhagie, c'est de renouveler et rafraîchir l'air de la chambre. En hiver, cela est d'autant plus utile et d'autant plus facile que l'air de la chambre est ordinairement à une température très élevée relativement à celle du dehors.

Application du froid sur le corps de la malade. — En hiver on se servira de l'eau de la chambre, à la température ambiante; elle sera toujours assez froide. Mais en été ou dans une saison tempérée, il faut se servir d'eau de puits ou même de glace; l'eau de la chambre ne serait pas assez froide. L'eau froide suffit, du reste, presque toujours. On l'emploiera à l'extérieur au moyen de simples applications de serviettes mouillées et pressées sur les cuisses, le ventre et la vulve. Il est inutile et il pourrait même quelquefois être nuisible de porter l'eau froide à l'intérieur; les injections froides intra-utérines me paraissent donc devoir être rejetées. Mais dans le cas où les applications froides faites comme il vient d'être dit ne suffiraient point, on aurait alors recours à l'introduction de petites éponges mouillées froides, ou mieux encore à l'introduction de petits morceaux de glace dans le vagin. C'est un excellent moyen, en ce qu'il concourt en même temps à favoriser le retrait de l'utérus et à ralentir la circulation dans ces parties, c'est-à-dire à remplir simultanément les deux indications principales du traitement.

Une condition indispensable du succès des applications réfrigérantes, c'est que les corps froids soient renouvelés très souvent et toujours avant qu'ils commencent à se réchauffer. Un autre avantage qu'ont ces applications incessamment renouvelées, indépendamment de ceux que nous avons déjà fait connaître, c'est de produire une succession d'impressions dont l'effet est des plus efficaces. Aussi, à peine vient-on de terminer une de ces applications, qu'il faut recommencer presque aussitôt, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on soit bien assuré que la perte est complétement arrêtée. C'est là un point très important dans le traitement de ces sortes d'accidents. J'ajouterai que ces applications doivent être continuées pendant un temps assez long, et toujours à la même température, c'est-à-dire froides.

Quelques accoucheurs ont conseillé de verser de l'eau froide sur le ventre de la malade; ils ont pensé que ces sortes de douches, où l'action du choc serait jointe à l'impression du froid, auraient une plus grande énergie; d'un autre côté, l'eau froide étant ainsi incessamment renouvelée, il y a une succession rapide d'impressions de réfrigération qui ne peut qu'ajouter encore à cette énergie. Ce serait là, en effet, un excellent moyen et dont je me servirais volontiers à l'occasion s'il n'avait un inconvénient très sérieux et auquel il est difficile d'obvier, c'est de mouiller tous les objets de literie et tout ce qui entoure la malade. En raison de cet inconvénient, je pense donc qu'il convient mieux de s'en tenir aux premiers moyens que je viens d'exposer, d'autant qu'ils sont réellement suffisants dans l'immense majorité des cas, surtout lorsqu'on joint aux applications de linges froids l'introduction de morceaux de glace dans le vagin.

On a conseillé, dans le cas où les moyens dont il vient d'être question ne suffiraient pas, de recourir à la compression. Il y a deux manières de faire la compression, ou deux modes de compression: la compression générale de tout l'abdomen opérée au moyen d'une ceinture serrée et la compression directe de l'aorte. Lorsque ce dernier moyen fut proposé pour la première fois, on l'accueillit avec une sorte d'enthousiasme, et aujourd'hui encore il y a quelques accoucheurs qui le préconisent au delà de tous les autres. La compression de l'aorte n'est cependant pas à l'abri de quelques objections; il en est même qui ont dû se présenter naturellement à votre esprit. On ne peut évidemment comprimer l'aorte sans comprimer en même temps la veine cave. D'un autre côté, la compression étant faite au-dessus du point d'où naissent les artères rénales, n'est-il pas à craindre qu'elle soit inefficace et ses effets illusoires. De sorte qu'au premier abord, à en juger *à priori*, la compression de l'aorte aurait, d'une part, un inconvénient, et, d'autre part, elle n'aurait qu'un faible avantage, un résultat probablement insuffisant. Il faut dire cependant que l'expérience n'a pas tout à fait justifié ces objections. Il y a eu plusieurs applications de la compression de l'aorte faites avec un incontestable avantage, et j'ai moi-même très heureusement réussi une fois à arrêter l'hémorrhagie par ce moyen. C'est donc à mon avis un moyen qui peut être utile. Je ne m'exprimerai pas pour le moment plus explicitement à cet égard; j'en resterai à ces termes généraux.

Je n'ai pas indiqué, il s'en faut, tous les moyens qui ont été préconisés contre les hémorrhagies; et cela à dessein. Je n'ai voulu vous entretenir d'abord que des moyens principaux, ceux que l'expérience a consacrés, et sur lesquels vous pourrez le mieux compter. Cependant je ne dois pas vous laisser entièrement ignorer les autres moyens auxquels vous pourriez aussi à l'occasion avoir recours; j'y reviendrai. Mais pour le moment permettez-moi de me borner à résumer en quelques mots les préceptes que je viens de vous exposer.

Je suppose qu'au moment où une femme vient d'accoucher vous vous aperceviez qu'elle perd plus abondamment qu'il ne conviendrait; voici la conduite que vous auriez à tenir. Le premier soin est de procéder immédiatement à la délivrance, si cela n'est déjà fait. Si, une fois la femme délivrée, la perte continue encore, vous aérerez largement la chambre, vous enlèverez les oreillers et coucherez la femme à plat. Si vous vous apercevez que l'utérus est développé, qu'il se distend de plus en plus, vous introduirez la main pour extraire les caillots qui peuvent être contenus dans le vagin et dans l'utérus; vous administrerez immédiatement après le seigle ergoté, et en même temps vous appliquerez des compresses froides sur les cuisses et autour des parties génitales. Enfin, si malgré ces premiers soins la perte continue, ou si à plus forte raison elle devient plus considérable, tout en continuant à employer la même série de moyens, vous introduirez des morceaux de glace dans le vagin.

Dans l'immense majorité des cas, et sauf de rares exceptions, vous réussirez, par l'emploi bien combiné de ces moyens, à arrêter les hémorrhagies.

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. E. Soulé.

Tumeur épithéliale du sinus maxillaire ayant nécessité quatre opérations dans l'espace de moins de trois ans, le malade n'ayant présenté aucun symptôme d'infection cachectique.

Depuis quelques années les micrographes ont essayé de classer et de définir les tumeurs confondues auparavant sous la dénomination générale de cancers. Cherchant à s'étayer de la clinique, ils ont établi deux catégories qui, jusqu'à un certain point, pourraient expliquer la diversité des résultats à la suite des opérations:

1° Le cancer proprement dit, qui infecte fatalement l'économie, contre lequel le bistouri, la ténacité de l'opérateur viennent nécessairement échouer, car il n'est lui-même que la traduction d'un état spécial de l'économie, la *diathèse*;

2° Les *pseudo-cancers*, qui n'ont de commun avec le premier qu'une ressemblance extérieure; affections locales, ou qui ne se propagent que par voie d'absorption, dont les récidives laissent l'économie étrangère à toute manifestation morbide, et dont l'élément microscopique diffère du premier (*tumeurs épithéliales, fibro-plastiques*).

Maintenant, la théorie que M. Lebert a présentée, et qui a trouvé auprès de la Société de chirurgie de si hautes sympathies, est-elle le dernier mot de la science à cet égard? C'est ce que je ne puis décider. Ses partisans ont été forcés du reste de faire fléchir une de leurs lois en présence de ce qu'ils ont appelé la *fibro-plastie généralisée*, état dont il m'a été donné d'observer un exemple, et qui, soit dit en passant, ne ressemble pas mal à une *cachexie*. Mais, tout en ne prenant pas encore de conclusions définitives à cet égard, le praticien doit recueillir avec patience les faits qui viennent confirmer ou ébranler des idées qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître ingénieuses. C'est à ce titre que je publie l'observation suivante, qui est un exemple de tumeur épithéliale récidivée quatre fois, sans que la santé générale ait jamais participé en rien à cette désorganisation locale, si grave et si tenace à la fois.

Le nommé Cornier, âgé de trente-cinq ans, fut reçu à l'hôpital Saint-André dans le courant de juin 1851 pour s'y faire traiter d'une tumeur maligne du maxillaire supérieur droit, qui l'avait affaibli par des hémorrhagies abondantes et répétées, et qui gênait d'une manière notable la mastication. Son état à cette époque était le suivant: le maxillaire supérieur du côté gauche était envahi par une vaste fongosité saignant au moindre contact, et ayant amené la transformation de tout le bord alvéolaire de ce côté. Les dents, fortement ébranlées, étaient cependant conservées, quoique environnées de toutes parts par du tissu morbide. La voûte palatine offrait de ce côté une voussure et une mollesse indiquant l'eschare de l'os en ce point. La santé générale ne présentait qu'un certain degré d'anémie, déterminée par les hémorrhagies fréquentes qu'avait éprouvées le malade dans les derniers temps. Le sinus maxillaire paraissait avoir été le point de départ de cette production morbide, dont l'aspect me frappa; elle ressemblait en tout point à ces tumeurs qu'on a si souvent l'occasion de rencontrer sur les parties génitales de l'un et de l'autre sexe, et auxquelles le vulgaire, se fondant sur une grossière ressemblance, a imposé le nom de *crêtes de coq*, affection qui, comme on le sait, ordinairement bénigne, s'ulcère quelquefois, se transforme, fournit du sang, et pourrait dans ce dernier cas être confondue avec le cancer. Le microscope confirma la ressemblance extérieure; l'examen fait par notre excellent confrère M. Reimonencq démontra la nature épithéliale de la tumeur.

Je pratiquai l'ablation de la presque totalité du maxillaire supérieur, après avoir au préalable fendu la joue jusqu'à l'os malaire. J'eus la précaution, après avoir agi sur tous les points d'implantation de la tumeur, d'éteindre plusieurs cautères.

La guérison du malade fut prompte, mais la récidive se fit avec rapidité. Trois mois après, mon estimable collègue M. Bermond enlevait une seconde masse morbide analogue à la première, mais moins volumineuse, et dont l'implantation avait lieu sur la cloison, et empiétait même sur le maxillaire du côté opposé. La cautérisation fut encore ici pratiquée avec énergie.

Après deux ans d'une guérison qu'il croyait parfaite, ce malheureux nous est revenu en mars 1853. La repullulation avait eu lieu dans le sommet de la fosse nasale. Tous les points primitivement attaqués par la dégénérescence présentaient une cicatrisation parfaite. Je fendis cette fois la lèvre au-dessous de la narine, et procédai comme dans les manœuvres précédentes; la tumeur fut largement enlevée, plusieurs cautères successivement éteints. Un mois après aucun vestige de récidive n'ayant apparu, je renvoyai le malade, en lui recommandant d'une manière toute particulière de revenir promptement au premier soupçon. Il n'a point suivi mon avis, car cette fois encore il a laissé atteindre à la tumeur un développement considérable. La récidive a encore cette fois changé de siége; c'est la lèvre supérieure, le tissu cicatriciel résultat de la section que j'avais pratiquée la première fois, et l'aile du nez qui sont maintenant devenus sa proie.

Cette quatrième opération a été pratiquée le 16 janvier 1854. Le manuel a été ici le même que la troisième fois: fente de la lèvre supérieure, ablation consciencieuse de la tumeur, cautérisation énergique.

Réflexions. — Ce fait acquiert une certaine importance quand on le rapproche des lois qu'on a cherché dans ces derniers temps à établir à l'aide du microscope. Trois points me paraissent devoir spécialement être notés:

1° La nature de la tumeur;

2° Le siége de la récidive;

3° L'absence complète de participation de la part de la constitution.

Nature de la tumeur. — Je me suis déjà expliqué sur l'aspect de la production enlevée la première fois; il n'a pas varié depuis, et celle que j'examine maintenant présente encore les mêmes caractères physiques. Elle est constituée par une masse de petites tumeurs fortement tassées les unes contre les autres, et que l'on ne peut mieux comparer qu'à l'organisation de la framboise. La vascularité a toujours été grande. Arrivées à un certain volume, à une période donnée de leur évolution, ces diverses tumeurs ont constamment fourni du sang, et cette circonstance seule a décidé le malade à venir subir une opération qui comme la première, devait le délivrer d'un symptôme qui l'effrayait. Cette similitude que nous rencontrons dans les récidives a été également confirmée par l'examen microscopique.

Siége. — On ne peut, je crois, élever aucun doute sur le siége de la tumeur primitivement enlevée; elle a eu, à mon avis, pour point d'origine la muqueuse que tapisse le sinus maxillaire. Ce n'est qu'après avoir dilaté l'autre d'Hygmore, et s'y être développée pendant trois ans, qu'elle a amené l'absorption de l'os, l'ébranlement des dents, et formé une saillie qui est devenue le point de départ d'hémorrhagies répétées. C'est donc une variété de polype du sinus maxillaire que j'ai eu à traiter. Quant aux récidives, quoique très voisines, elles ont constamment porté sur des points différents et primitivement sains. C'est ainsi que la première fois nous avons observé la repullulation sur la cloison et un peu sur le maxillaire opposé, la deuxième dans la fosse nasale correspondante, et enfin en troisième lieu sur la lèvre et sur le nez. Remarquons que la maladie a procédé de dedans en dehors, et jusqu'à un certain point des parties profondes vers les superficielles.

Etat de la constitution. — Celle-ci a toujours été bonne; le malade n'a jamais présenté un état cachectique. La détérioration qu'a subie à diverses époques sa santé a toujours été produite par les pertes de sang, et on l'a vue trois fois promptement se reconstituer sous l'influence d'un bon régime et surtout du *sublata causa*. C'est donc là un exemple d'une affection des plus graves, essentiellement désorganisatrice et vivace, mais dont les manifestations sont toujours restées locales. J'ai eu souvent occasion d'observer un pareil état de choses à la face à la suite d'altérations étendues des lèvres et du nez, et cette bénignité plus grande de ce qu'ils considéraient comme des cancers d'une espèce particulière n'avait point échappé à nos devanciers, à Boyer entre autres.

Le précepte qu'on a formulé pour les cas analogues à celui que je viens de relater, c'est de poursuivre avec ténacité les récidives. En procédant de la sorte, j'ai donné au moins deux ans de vie supportable à ce sujet. Parviendrai-je à l'arracher à la mort? Je ne l'espère pas; je redoute beaucoup que la récidive n'ait le dessus. Il est à craindre, maintenant que les parties molles participent à la dégénérescence, de voir les ganglions devenir entièrement et consécutivement dégénérés, et enfin des désordres locaux s'établir avec tant d'acharnement, que la chirurgie soit réduite à une expectation désarmée.

Si je tente quelque autre manœuvre sur ce malade, j'aurai soin d'en publier le résultat, complément indispensable de ce qui précède.

HOPITAL MILITAIRE DE BRUXELLES. — M. Limauge.

Fracture de la base du crâne; guérison.

Un grenadier fit une chute du second étage et se fractura la base du crâne et la clavicule gauche. Malgré la gravité du cas, le blessé n'a pas succombé. Au dixième jour de l'accident, il était dans un état qui permettait d'espérer une guérison inattendue et qui mérite de fixer l'attention.

Transporté à l'hôpital immédiatement après l'accident, il était

dans un coma si profond, qu'il fut impossible d'obtenir de lui ni réponse ni mouvement. Le sang coulait par le conduit auditif externe gauche, et il fut possible d'en recueillir plus de huit onces.

Bientôt après son arrivée, il survint des vomissements; le pouls était ralenti : il ne donnait que 56 pulsations. Les extrémités étaient refroidies. Le membre supérieur gauche, privé du soutien de la clavicule, balançait librement, sans occasionner de douleur.

L'état du malade, malgré l'absence de signes sensibles, ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence d'une lésion profonde de la base du crâne. Le coma, l'insensibilité, la résolution des membres, le ralentissement du pouls, les vomissements, et surtout l'hémorrhagie par le conduit auditif, étaient suffisants selon nous pour établir le diagnostic d'une fracture.

Heureusement pour le malade, les symptômes de compression n'augmentèrent pas; ils diminuèrent successivement d'intensité sans interruption. Cet effet était sans doute dû à l'hémorrhagie de l'oreille, qui transmettait au dehors le sang épanché à l'intérieur du crâne; il frayait ainsi une issue à un liquide qui devait augmenter la compression s'il se fût accumulé dans le crâne.

Le pouls se relevait aussi; il devenait à peu près normal; une petite saignée fut pratiquée pour désemplir le système circulatoire, diminuer la compression du cerveau et enlever un élément à l'inflammation que l'on avait tant raison de craindre.

Comme les évacuations sanguines, loin de diminuer la fréquence du pouls, semblaient au contraire l'accroître, elles furent renouvelées coup sur coup, en ne laissant entre chacune d'elles qu'un intervalle de six à huit heures, mais en ayant soin de les faire peu abondantes pour se ménager les ressources nécessaires en cas de phlogose de l'encéphale.

Sous l'influence de cette médication, l'état du malade parut sensiblement s'amender; il demandait même de la nourriture; l'hémorrhagie de l'oreille avait cessé; le pouls était irrégulier, la fièvre nulle, les urines involontaires; constipation; les vomissements avaient cessé.

A mesure que le sang était tiré de la veine, on voyait l'intelligence revenir, ainsi que les mouvements et la sensibilité. Les premières sensations du malade eurent pour siége la clavicule fracturée; il fut même en proie à des mouvements convulsifs, et il arracha le bandage contentif qui soutenait son épaule fracturée.

Le 21, quatrième jour de l'accident, après une nuit agitée quoique sans délire, le regard parut plus assuré, plus intelligent, mais on pouvait constater alors la divergence des axes visuels et l'irrégularité des traits de la face, qui indiquait un manque d'innervation des branches faciales de la septième paire. Quant aux autres mouvements, ils étaient tous possibles.

A dater de cette époque, il ne se présenta plus guère de phénomènes dignes de remarque, et aujourd'hui nous pouvons espérer avec raison de lui conserver la vie.

Lors de l'entrée de cet homme à l'hôpital, il était bien difficile d'établir un diagnostic positif. La commotion, la compression et même la contusion du cerveau pouvaient être affirmées; mais il n'en était pas ainsi de l'état des parties dures.

Lorsque les fractures du crâne ont lieu à la périphérie, quand on peut directement explorer l'endroit même de la fracture, le diagnostic acquiert un degré de certitude qu'on ne peut jamais espérer de rencontrer à la base du crâne, et encore une fêlure, une fracture de la table interne se refusent à toute investigation.

Mais à côté des signes sensibles, comme moyens de diagnostic des fractures du crâne, se trouve une série de symptômes non moins importants et qui peuvent toujours, sinon déterminer toutes les conditions d'une fracture, du moins en établir l'existence. Ces signes rationnels, ainsi que nous l'avons déjà dit, n'ont point fait défaut au diagnostic.

Du reste, au bout d'un mois la guérison ne s'était pas démentie, et le malade n'était plus retenu à l'hôpital que par la fracture de la clavicule.

Quant à l'exercice des fonctions, elles se font librement, hormis celles qui sont sous la dépendance de la septième paire de nerfs crâniens du côté gauche de la face, qui est paralysé encore; le blessé dort bien, n'accuse aucune douleur, se promène, mange et digère parfaitement.

Voilà donc un cas assez remarquable de fracture du crâne, dont la guérison fut obtenue sans autre accident qu'une paralysie, qui pourra encore se résoudre si la cause qui la produit est, comme on a tout lieu de le croire, ou bien un caillot fibrineux non organisé, ou bien encore un cal osseux, qui doivent l'un ou l'autre se résorber et lever la compression qui s'oppose au libre exercice de l'action motrice du nerf facial. (*Arch. belg. de méd. milit.*)

DE LA PNEUMONIE CHEZ L'ENFANT AU BERCEAU.

Traitement par les vomitifs et les ventouses scarifiées;

Par M. Natalis Guillot, médecin de l'hôpital Necker.

Le râle crépitant indiqué par Laënnec est, suivant M. N. Guillot, le seul signe de la pneumonie, relativement aux symptômes. La dilatation des narines, le soulèvement du ventre, la toux, le cri, le bleuissement des veines du cou, la chaleur de la peau, l'accélération du pouls ne sont que des indices. Toute la difficulté est de bien reconnaître ce râle. Pour cela, il faut mettre l'enfant nu et ausculter toutes les parties du thorax. Mais il arrive souvent que l'accumulation des mucosités dans les bronches donne lieu à des râles muqueux à grosses bulles qui masquent le râle crépitant. Il est donc nécessaire de débarrasser préalablement ces bronches à l'aide d'un vomitif. Une fois cette précaution prise, on applique l'oreille sur les divers points de la poitrine, et l'on procède à cette investigation avec d'autant plus de soin que, chez le très jeune enfant, la phlegmasie pulmonaire n'occupe souvent qu'un ou deux lobules d'un poumon. Il convient aussi de ne pas oublier qu'au lieu de respirer de vingt à vingt-cinq fois par minute l'enfant au berceau ne respire que dix ou douze fois, ce qui met le médecin dans l'obligation de saisir au passage le bruit significatif de l'engouement pulmonaire.

M. Guillot considère ici le râle crépitant comme le fait capital de la pneumonie, parce que chez l'enfant cette inflammation reste presque toujours au premier degré. Quand on trouve du souffle et de la matité, on est en droit de soupçonner soit une pleurésie, soit des tubercules. Ces derniers sont généralement difficiles à reconnaître en l'absence absolue de toux et de crachats; et, pour le gazouillement, l'erreur est encore très facile, attendu que le râle muqueux qui se produit dans une grosse bronche peut en imposer et simuler le râle caverneux. De là la nécessité de recourir encore au vomitif pour dégager les bronches quand un enfant semble être tuberculeux. Ainsi M. Guillot a été appelé pour un enfant qu'on croyait phthisique parce qu'on entendait chez lui du gargouillement. Ce médecin a examiné les parents de l'enfant, qui se portaient bien. Eloignant alors l'idée de la tuberculisation chez leur rejeton, il a donné un vomitif; le gargouillement a disparu, et les bronches étant bien dégagées, on a reconnu du râle crépitant, c'est-à-dire une pneumonie contre laquelle on a employé des ventouses, et le petit malade a guéri. Des faits semblables s'observent chaque jour dans le service de M. Guillot, et montrent combien l'accumulation des mucosités dans les bronches peut obscurcir parfois le diagnostic.

Quand on a été ainsi à la recherche du râle crépitant pour asseoir ce diagnostic, M. Guillot veut qu'on aille à la recherche des ascendants pour déterminer le pronostic de la maladie.

La pneumonie des enfants n'est grave, en général, qu'en raison de la dégradation de la santé des parents. Supposez un enfant né de parents parfaitement sains, vous aurez toutes chances de le guérir; dans le cas contraire, vous aurez beaucoup de peine à le sauver. Il y a donc nécessité de séparer les races saines des races malades, et d'imiter en ce point les vétérinaires, qui savent très bien, d'après la notion de la race, quelle sera la portée d'une médication quelconque sur son produit.

C'est aussi cette considération qui doit dominer la thérapeutique de la pneumonie chez l'enfant. Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, l'état général ici tient une plus grande place dans l'appréciation des moyens curatifs qui conviennent à cette maladie que la lésion locale. Si, prenant pour point de départ sa nature inflammatoire, vous prescrivez des antiphlogistiques, ces antiphlogistiques ne réussiront pas de la même manière chez l'enfant robuste et chez l'enfant affaibli. Cependant, chez ce dernier, M. Guillot admet encore les émissions sanguines, mais avec la réserve que voici. Au lieu de ventouses scarifiées, il a fait appliquer des ventouses sèches. C'est un appel de sang, un déplacement de liquide qui, sans être la saignée, lui ressemble à certains égards.

Lorsqu'il s'agit d'un enfant bien constitué et de bonne race, on doit agir énergiquement sur son système sanguin. Dans ce cas, l'émission sanguine produit un résultat aussi avantageux que chez l'adulte, et ses inconvénients sont nuls quand on la pratique d'une certaine façon.

Il y a cinq à six ans que M. Guillot a remplacé les sangsues par les ventouses. La saignée lui a paru dans l'immense majorité des cas, même chez des sujets robustes, rencontrer des difficultés d exécution le plus souvent insurmontables. On ne peut guère y songer avant l'âge de quatre ans. Peut-on la remplacer par des sangsues? C'est là une grande question. Le moyen assurément serait excellent s'il était possible d'en limiter l'usage et de pouvoir préciser à coup sûr la quantité de sang qu'il doit donner. Mais il n'en est rien. M. Guillot a vu trois enfants succomber après avoir eu les jugulaires mordues par des sangsues. Dans des cas moins graves, vous trouvez les malades pâles, décolorés, anémiques et tombés d'un état morbide quelquefois simple dans un état de faiblesse générale déplorable. Aussi M. Guillot y a-t-il complétement renoncé, comme nous le disions, pour les ventouses, dont les avantages, suivant lui, sont immenses. Ainsi, par exemple, avec le scarificateur vous pouvez retirer à 10 grammes près ce que vous voulez de sang. Des ventouses vont en effet donner 10, 15, 20, 30, 60, 80 grammes de sang, selon que vous le prescrirez, et cela sans imbiber et souiller le linge et les draps du petit malade, sans l'exposer en outre à de fâcheux refroidissements, et vous permettant de suivre le progrès du râle crépitant et d'agir un jour sur un point, le lendemain sur un autre.

Les ventouses sont encore utiles comme révulsifs; mais à ce titre on préfère, en général, les vésicatoires volants, qui rendent des services dans beaucoup de circonstances. Seulement, M. Guillot les emploie rarement à l'hôpital Necker, dans la crainte que la diphthérite ne s'empare des surfaces dénudées du derme; d'un autre côté, les vésicatoires deviennent saignants ou se dessèchent. Alors, loin d'être utiles, ils sont gênants, embarrassants, douloureux, et font, en résumé, plus de mal que de bien.

L'ordre de moyens que M. Guillot devait examiner après la saignée et les vésicatoires comprend les vomitifs et les antimoniaux. Ces médicaments ont, suivant les uns, une action spécifique; d'autres ne leur accordent que la propriété d'agir comme émétiques. C'est à ce titre seulement que M. Guillot les emploie, et il ne craint pas de les administrer à des doses assez élevées. La potion généralement prescrite dans son service au début de la pneumonie est formulée de la manière suivante :

Tartre stibié.	1 décigramme.
Poudre d'ipéca. . . .	1 gramme.
Julep du Codex. . . .	120 —

A prendre par cuillerée à bouche de quart d'heure en quart d'heure.

A moindres doses, la même potion purgerait plutôt qu'elle ne ferait vomir. On continue cette médication jusqu'à ce que les bronches soient débarrassées des mucosités qui les obstruent. Ce résultat obtenu, on s'arrête; mais si l'indication se représente dans le cours de la pneumonie, on revient aux vomitifs.

Quant au remède principal de la phlegmasie pulmonaire, c'est la ventouse scarifiée appliquée sur le point correspondant au râle crépitant. M. Guillot y a recours plusieurs jours de suite de manière à tirer 60 grammes de sang chaque jour. Après cela, le meilleur auxiliaire des antiphlogistiques est la diète. Peu de mères la comprennent, et pourtant c'est un moyen de guérison aussi puissant chez l'enfant que chez l'adulte, et l'enfant, quoiqu'on ait dit le contraire, supporte mieux la diète qu'il ne pourra le faire à un âge plus avancé. On ne craindra donc pas de faire suspendre l'allaitement pendant quelques jours, et de conseiller une abstinence aussi rigoureuse que s'il s'agissait d'une entérite : la pneumonie n'en arrivera que plus tôt et plus heureusement à sa terminaison.

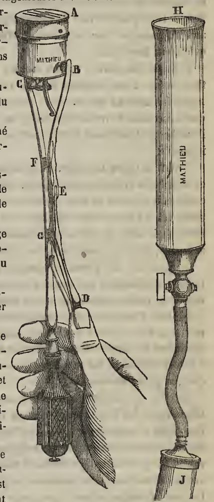
(*Journ. de méd. et de chirurg. pratiq.*)

NOTE SUR UN SCARIFICATEUR-VENTOUSE DU MUSEAU DE TANCHE.

Par M. le docteur Mayer.

L'utilité fréquente des saignées locales sur le col de l'utérus est généralement reconnue. M. Mayer, qui avait déjà recommandé les *scarifications multiples* sur le col pour remplacer les sangsues, dont l'application offre des difficultés souvent insurmontables, vient d'imaginer un scarificateur qu'il a communiqué dans la dernière séance de l'Académie de médecine et dont nous donnons ici le dessin et la description. Laissons parler l'auteur :

Je dois dire au préalable que l'appareil que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie est beaucoup mieux approprié au but que je voulais atteindre que le premier dont j'ai fait usage, grâce aux perfectionnements que lui a fait subir sous ma direction M. Mathieu, auquel la chirurgie doit déjà de si ingénieuses inventions.



Description. — A. Couvercle du scarificateur sans parties saillantes, afin de permettre son introduction dans le spéculum.

B. Tige ou palette articulée, s'abaissant par l'appui du pouce sur le levier.

C. Tenon fenêtré, destiné à recevoir le crochet du porte-scarificateur.

D. Levier brisé et à ressort, sur lequel s'appuie le pouce pour faire partir le scarificateur.

E. Point auquel cette tige s'articule avec un prolongement, pour la transmission du mouvement imprimé en D.

F G. Charnières sur lesquelles se meut le levier brisé D.

H. Ventouse cylindrique en verre, pouvant s'introduire dans le même spéculum que le scarificateur, et dans laquelle on fait le vide au moyen d'une pompe ordinaire, dont l'extrémité est figurée en J.

Le scarificateur, qui diffère complétement par son mécanisme de ceux dont on s'est servi jusqu'à ce jour, peut également s'appliquer aux scarifications de la peau. Il en est de même du spéculum et de la pompe, qui peuvent être employés aux usages habituels; de sorte que l'acquisition de mon appareil n'occasionnera au praticien aucun surcroît de dépenses.

Procédé opératoire. — On prend un spéculum plein, dont l'orifice utérin soit assez grand pour laisser passer le scarificateur; on l'applique et l'on a soin de bien embrasser le col. On le fixe de la main gauche, et avec la droite on embrasse le porte-scarificateur, comme l'indique la gravure. Il va sans dire qu'on a eu le soin d'y adapter préalablement le scarificateur. On porte celui-ci dans la cavité du spéculum jusqu'au col utérin; on appuie avec un certain degré de force, et l'on presse avec le pouce sur le levier du porte-scarificateur. Le ressort part, et la scarification est produite par les six lamelles que contient l'instrument. On retire aussitôt le scarificateur, en maintenant toujours en place le spéculum qui va servir à l'introduction de la ventouse. Dès que celle-ci est parvenue sur la surface scarifiée, on retire pardessus le spéculum, et on confie la ventouse à un aide, qui peut être la première personne venue. On visse alors la pompe à la ventouse et on fait le vide, lentement et avec précaution, jusqu'à ce qu'on ait re-

tiré la dose de sang voulue, ce dont on peut juger à travers les parois de verre de la ventouse.

EMPOISONNEMENT

par ingestion des racines de jusquiame noire apprêtées en ragoût;

Par M. le docteur Shilizzi (d'Aigues-Mortes).

Dans le courant de novembre 1853, les préposés de la Marette, petit poste de douane près d'Aigues-Mortes, en nivelant des terres provenant du château de cette ville pour en former des jardins, trouvèrent beaucoup de racines blanches ressemblant au navet; ils les jetèrent d'abord sans y faire attention; mais quelques jours plus tard, un de leurs camarades leur faisant observer que ces racines étaient bonnes à manger, les époux Maillard et Lacaussade s'empressèrent d'en apprêter un kilogramme environ pour les manger à leur repas du soir. En effet, le 5 décembre, vers cinq heures et demie, les deux ménages se mettent à table. Les époux Lacaussade et la femme Maillard prennent seuls part au repas. Le mari de celle-ci s'en abstient, parce que l'odeur qu'exhalait ce mets n'était pas de son goût.

Chacun des convives trouve ces racines excellentes. La femme Maillard se borne à une première portion; les époux Lacaussade y reviennent; le mari même achève tout, jusqu'au dernier morceau. Mais au même instant (d'après ce que les malades m'ont appris le lendemain), et avant que la dernière bouchée fût avalée, les trois convives eurent simultanément la langue paralysée, en même temps que le gosier se trouva tellement contracté qu'ils ne purent remuer le bol alimentaire dans la bouche, encore moins l'avaler, et se trouvèrent dans la nécessité de le retirer avec leurs doigts pour s'en débarrasser.

A peine cet acte est-il accompli, que la femme Maillard se met à rire, à danser, à courir dans son logement, cherchant à saisir avec les mains des objets qu'elle ne touchait jamais. Elle regarde les assistants avec des yeux fixes; elle n'entend pas et ne répond à aucune question. Si on veut la contraindre à boire ou à se coucher, elle se révolte, et la force de plusieurs hommes ne suffit pas pour dominer sa volonté. Elle a la figure pâle, le pouls accéléré, la respiration assez libre; les pupilles sont très dilatées, mais sans injection des capillaires sanguins.

Quant à la femme Lacaussade, qui avait mangé beaucoup plus que son amie, dès la fin du repas elle s'était assoupie sur sa chaise, immobile, dans un sommeil léthargique, la tête tombant sur la poitrine, la figure fortement colorée, la respiration profonde, la peau chaude, le pouls accéléré, mais petit, les yeux fermés; mais en écartant les paupières, les pupilles avaient disparu sous la cornée, et la conjonctive était fortement injectée. Tous les membres avaient conservé leur souplesse et obéissaient aux mouvements qu'on leur imprimait.

L'état de son mari m'a offert tous les symptômes de l'intoxication poussée à ses dernières limites. Cet homme, après avoir jeté le dernier morceau qui lui restait dans la bouche, se lève dans un commencement d'ivresse et se dirige en chancelant vers son lit, où il tombe machinalement tout habillé, et où il reste complétement immobile.

Il avait la figure très pâle, les yeux fermés, les pupilles effacées et le globe de l'œil fortement injecté. Son corps était froid et roide comme un morceau de bois. Il avait le pouls petit, filiforme et très précipité. La contraction tétanique des muscles cervicaux antérieurs était telle, qu'il m'a été impossible, même avec l'aide des assistants, de faire reposer l . tête du malade sur son traversin.

La paralysie des plexus pulmonaires nerveux, ainsi que la contraction spasmodique des muscles pectoraux, rendaient la respiration de ce malade stertoreuse et très pénible.

Tel était l'état des trois malades lorsque j'arrivai sur les lieux, une demi-heure après l'événement, muni de substances propres à combattre un empoisonnement que des renseignements déjà acquis à la hâte m'avaient fait supposer être le résultat de l'ingestion de quelque plante vénéneuse.

En effet, en examinant quelques restes des racines dont les malades avaient fait leur repas, j'acquis la certitude que leur état pathologique n'avaient pour cause que l'ingestion d'une énorme quantité de racines de jusquiame noire (*hyoscianus niger*). Après cette constatation, l'émétique, administré tour à tour aux malades, provoqua des vomissements abondants et l'expulsion de tout ce que l'estomac pouvait contenir. Après cette évacuation, je leur fis donner une forte décoction de café acidulé, et j'appliquai aux époux Lacaussade des sinapismes aux extrémités inférieures.

La femme Maillard, malgré la vacuité de son estomac, continua à faire toujours les mêmes extravagances, et ce n'est qu'à neuf heures du soir qu'on parvint à la mettre au lit; elle y fut maintenue jusqu'au lendemain matin, sans avoir eu un moment de calme ni de sommeil.

La femme Lacaussade, sortie vers dix heures du soir de son sommeil léthargique, et maintenue dans son lit jusqu'au lendemain, se livra à son tour aux mêmes folies et aux mêmes divagations que la femme Maillard.

Quant à son mari, réveillé aussi vers minuit, il a répété jusqu'au lendemain à midi les mêmes actes de démence que sa femme et celle de Maillard.

Le jour suivant, à ma visite, les malades étaient assez calmes; ils avaient les pupilles moins dilatées, le pouls moins accéléré; mais ils éprouvaient encore des tournoiements de tête, de l'incohérence dans les idées, des éblouissements, et la femme Maillard ressentait de temps en temps des crises nerveuses qui se terminaient par des pleurs.

Je prescrivis l'usage de quelques bouillons maigres, et pour boisson de légères infusions aromatiques, plus un lavement purgatif.

Sous l'influence de cette médication la nuit suivante fut calme, et les malades dormirent paisiblement. Le matin du troisième jour ils étaient presque revenus à leur état normal, à l'exception de la femme Lacaussade, enceinte déjà de cinq mois, qui, quoique tout à fait délivrée des accidents toxiques, souffrait de quelques coliques, de maux de reins et des envies de vomir; ce qui m'avait fait craindre une délivrance prématurée. Quelques prescriptions conformes à la circonstance ont fait cesser tous ces accidents, et le quatrième jour l'état des trois malades ne laissait plus rien à désirer.

Il résulte des faits, des symptômes et des phénomènes qui caractérisent cet empoisonnement :

1° Que l'intoxication par l'ingestion de la racine de jusquiame prise à dose moyenne agit seulement sur le système nerveux, et produit tous les symptômes qui caractérisent la folie;

2° Qu'ingérée à une plus forte dose, elle donne lieu à des mouvements apoplectiques par l'accélération qu'elle imprime au système circulatoire, à la cessation desquels succèdent toujours les symptômes nerveux;

3° Enfin que cette substance prise à dose illimitée agit non-seulement sur les systèmes nerveux et circulatoire, mais encore sur le système musculaire, et simule l'action des préparations de la noix vomique, par les accidents tétaniques qu'elle provoque.

DU SULFATE ACIDE DE SOUDE ET DE L'ACIDE TARTRIQUE

dans la préparation extemporanée des eaux gazeuses,

Par M. Dorvault.

Quand le prix d'un produit dépasse une certaine limite, il est naturel qu'on lui cherche un succédané.

Le prix de l'acide tartrique a plus que doublé en quelques mois et menace de s'élever encore. C'est bien le cas de chercher si un autre produit ne pourrait pas le remplacer dans quelques-uns de ses usages.

Tel est le but de cette note.

Deux causes ont concouru à l'élévation du prix de l'acide tartrique. C'est d'abord l'énorme consommation qu'on en fait aujourd'hui dans l'art de la teinture et dans les ménages à la préparation des boissons gazeuses à l'aide des divers appareils gazateurs.

C'est ensuite la pauvreté des deux dernières récoltes de vin, d'où manque de tartre.

Pour la préparation extemporanée des boissons gazeuses à l'aide des appareils précités, où sa consommation va chaque année en augmentant, une substitution à l'acide tartrique nous semble facile et aura lieu indubitablement d'ici à quelque temps. La proposition que nous faisons aujourd'hui devra y contribuer beaucoup.

Si l'acide sulfurique n'était pas incommode dans sa forme ni dangereux dans son maniement, en raison de son bas prix il résoudrait parfaitement la question. Ces deux inconvénients doivent le faire rejeter. Mais si au lieu de le prendre avec ses qualités physiques ordinaires on le solidifie en quelque sorte en l'unissant à un sel approprié, on se rapproche, on doit même atteindre le but cherché.

Aussi l'emploi des bisulfates alcalins a-t-il déjà été proposé à cet effet; mais il a été fait en temps moins opportun qu'aujourd'hui, peut-être aussi avec trop peu d'insistance, et enfin les bisulfates proposés peut-être n'étaient-ils pas exempts de défauts : aussi la proposition a-t-elle eu peu d'écho.

Le bisulfate de potasse a d'abord été présenté. Il a l'inconvénient d'être déliquescent; sa préparation offre quelque difficulté.

Le bisulfate d'alumine, qui est venu ensuite, a l'inconvénient, en présence du bicarbonate de soude, de laisser dégager son alumine et d'empêcher ainsi le libre dégagement du gaz carbonique.

Le bisulfate de chaux, auquel on aurait pu penser, se forme mal, et il donne un abondant précipité, qui salit les appareils. Autrement, ce sel s'obtient et à bas prix.

On n'a point encore essayé, que nous sachions, le sulfate de soude additionné d'acide sulfurique. Nous avons tenté quelques recherches dans cette direction, et nous sommes arrivé à des résultats satisfaisants. Ainsi, nous avons reconnu que l'acide sulfurique s'unit au sulfate de soude avec une remarquable facilité et dans une proportion considérable (jusqu'à 100 pour 100 et plus). L'opération est prompte et le produit se coule en plaques solides semi-opaques, convenablement friables et non déliquescentes, si ce n'est dans un air chargé d'humidité.

Voici, du reste, comment on opère. On prend :

Sulfate de soude cristallisé.	1,000 part.
Acide sulfurique à 66 degrés.	550 —

On introduit le tout dans une marmite de fonte émaillée, et l'on fait chauffer jusqu'à ce qu'une petite quantité de la matière jetée sur un corps froid se prenne en masse par le refroidissement; alors on coule sur des plaques en faïence, on laisse refroidir, et l'on conserve pour l'usage.

En raison de la légère déliquescence de ce produit, il faut le conserver dans des pots ou flacons bouchés; dans cet état, il se conserve sans altération aucune.

Il est donc bon pour l'usage auquel nous le destinons, la préparation des eaux gazeuses à l'aide des appareils gazogènes, de ne point le délivrer autrement que dans des vases fermés et en poudre grossière, ainsi que cela se pratique généralement aujourd'hui pour l'acide tartrique, et non point en paquets dans du papier. De petites mesures de plomb, de terre ou de verre de grandeurs différentes, suivant la dimension des appareils, serviront à mesurer les doses voulues.

Ainsi que nous l'avons dit, l'acide sulfurique s'unit au sulfate de soude en toutes proportions, les produits qui en résultent se ressemblent tous au point de vue des propriétés physiques; mais les proportions auxquelles nous nous sommes arrêté sont telles qu'un poids donné de ce nouveau produit peut décomposer un poids égal de bicarbonate de soude.

Outre l'avantage que présente un tel composé, ou mieux un tel mélange, car il ne s'agit pas ici d'un sel défini, il en est un autre non moins important, c'est sa solubilité dans l'eau, qui est à très peu de chose près celle de l'acide tartrique, de manière que l'emploi de ce produit ne diffère en rien de celui de cet acide. Ainsi même innocuité dans le maniement, même temps dans la production du gaz, même fixité dans la nature des produits.

Le bas prix auquel on peut le livrer a aussi son importance, et mérite d'être pris en grande considération; car moins un produit est cher, plus sa consommation augmente. Or, avec le sulfate acide de soude on pourra diminuer de moitié le prix de revient des eaux gazeuses. Il est possible en effet de le livrer aux pharmaciens à moins de 1 franc le kilogramme.

Des considérations qui précèdent nous concluons :

Que le sulfate acide de soude peut être substitué à l'acide tartrique dans la préparation des eaux gazeuses à l'aide des appareils gazogènes;

Que ce produit présente les mêmes avantages que l'acide tartrique; de plus, qu'en raison de son prix beaucoup moins élevé, il est appelé à le remplacer complétement et à augmenter encore la consommation des eaux gazeuses, dont l'usage intéresse à la fois la thérapeutique et l'hygiène. (*Répert. de pharm.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le roi de Hollande vient de nommer M. Le Roy-d'Etiolles commandeur de l'ordre de la Couronne de chêne.

— M. le baron Seutin, médecin en chef en disponibilité de l'armée belge, se retire, et est admis à faire valoir ses droits à la pension de retraite.

— On lit dans la *Gazette médicale de Toulouse* :

L'Association médicale s'est réunie dimanche (25 décembre) dans la salle ordinaire de ses séances, à l'Ecole de médecine, pour entendre la lecture du compte rendu annuel de ses travaux, et procéder à la nomination du bureau et au renouvellement de la commission générale.

Nous avons acquis la certitude de l'état prospère de cette institution, qui, à la noble mission de soulager l'infortune, joint aussi celle de poursuivre sans relâche tous les abus d'exercice illégal de la médecine, de vente de remèdes secrets, en un mot, de démasquer le charlatanisme. Ses efforts sur ce point ont été couronnés d'un plein succès, ainsi qu'il résulte du compte rendu clair et complet présenté par M. le secrétaire général Teillier.

Le bureau est ainsi formé pour 1854 :

MM. Sainte-Colombe, président;
Laforgue, vice-président;
Teillier, secrétaire général;
Guitard, secrétaire adjoint;
Dassier (Augustin), trésorier.

Des changements importants ont eu lieu dans le personnel de nos hôpitaux.

M. Desbarreaux-Bernard a été nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Dassier (Augustin);

M. Estévenet, chirurgien à la Maternité, professeur d'accouchements, en remplacement de M. Duclos;

M. Laforgue, chirurgien en chef de la Grave, en remplacement de M. Estévenet;

M. Fourquet, médecin du même hôpital, en remplacement de M. Ressayre.

Nous avons aussi parlé, mais sans le garantir, du projet qu'avait l'administration des hospices de nommer des adjoints pour chaque service. Nous ne nous étions pas trompé; seulement le concours pour ces places n'aura lieu qu'en novembre prochain, et en attendant cette époque la commission administrative a cru devoir désigner des médecins et des chirurgiens qui rempliront provisoirement ces emplois. Ce sont MM. Batut, Ad. Dassier, Despaignol, Dougnac, Colomiès, Guitard, Pégot, Ripoll, Roques-d'Orbcastel fils.

Un concours s'ouvrira donc au mois de novembre prochain pour deux places de médecin et chirurgien adjoints. Il en sera ainsi chaque année : il y aura un concours pour le remplacement de deux adjoints désignés par le sort, de façon qu'au bout de quatre ans il ne restera plus d'adjoints provisoires.

Nous désirons que cette combinaison amène de bons résultats; mais il faut pour cela que les candidats qui affronteront les chances d'un concours voient à l'expiration de leur temps d'exercice comme adjoint une position assurée plutôt qu'une perspective hasardeuse ou des promesses vagues à échéance douteuse.

Le tirage au sort, qui a eu lieu jeudi 19, a désigné pour sortir et être remplacés en novembre prochain MM. Ad. Dassier (section de chirurgie) et Guitard (section de médecine).

Nous publierons les conditions du concours quand l'administration nous les aura fait connaître.

— M. le professeur Piorry reprendra sa clinique le mardi 31 janvier. Il fera quelques leçons sur les saignées. La visite aura lieu à huit heures, la leçon à neuf heures, deux fois par semaine, le mardi et le samedi.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 13. — MARDI 31 JANVIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 13. — MARDI 31 JANVIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 30 JANVIER 1854.

PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA.

Dès qu'une maladie épidémique s'annonce en France avec un certain caractère de gravité, administrateurs et savants se concertent habituellement pour prévenir ou au moins pour atténuer le développement du fléau. En pareil cas, le choix des moyens prophylactiques est confié à la haute expérience des comités d'hygiène, au sein desquels s'élaborent les plans de préservation.

Parmi les agents auxquels la tradition officielle, comme la tradition populaire, attribue le pouvoir de neutraliser les miasmes pestilentiels, les plus réputés sont l'air pur, le camphre, l'ail, le vinaigre, l'acide sulfureux, l'acide nitreux, la poudre à canon, le chlore et la fumée de tabac.

Sans doute il importe que la science ne paraisse point désarmée à l'approche d'une épidémie, car il y a un avantage incontestable à rassurer les populations frappées d'effroi ; mais les prescriptions ordonnées dans ce but n'inspirent de confiance au public qu'autant qu'elles produisent des résultats réellement efficaces. Si nous avons remarqué récemment une indifférence presque générale dans l'exécution des mesures hygiéniques conseillées contre les envahissements du choléra, cela tient évidemment à ce que le choléra s'est publiquement joué des mesures prises contre lui.

En général, tout ce que fonde l'empirisme se résout en déceptions, et pour ce qui est de la prophylaxie, l'expérience démontre qu'elle n'a de chances de succès que lorsqu'elle repose sur une étiologie bien connue. Or, malgré la multiplicité des recherches dont le choléra a été l'objet en tous pays, malgré le mérite et les efforts des médecins qui ont pris part à ces travaux, on ne sait rien encore de bien positif sur les causes occasionnelles, non plus que sur les causes prédisposantes de cette maladie. En effet, on n'a que très imparfaitement établi jusqu'à quel point l'âge, le tempérament, la profession, la température et les diverses qualités de l'air, l'élévation et l'orientation des lieux habités, la densité de la population, le régime, les affections morales contribuent à la production d'une épidémie qui déroute par ses caprices la sagacité de ceux qui sont témoins de ses désastres. C'est ainsi que la statistique nous montre le choléra sévissant avec une égale rigueur sur les hommes voués aux régimes les plus divers, sur tous les types de la constitution humaine, sous un ciel brûlant comme dans les régions septentrionales, dans les lieux humides et infects comme sur les points les plus salubres ; en un mot, relativement aux données étiologiques, les faits observés jusqu'ici se contredisent de la manière la plus éclatante. Au milieu de cette obscurité, comment choisir une base sur laquelle on puisse asseoir sûrement un système rationnel de prophylaxie ?

La plupart des médecins, à défaut d'autre lumière, se laissant guider par l'analogie, assimilent le choléra-morbus à un empoisonnement miasmatique : une fois que son germe, qui est suspendu, dilué dans l'atmosphère, a pénétré au sein de l'organisme, il s'y développe pour ainsi dire à la manière des ferments, et transforme plus ou moins chaque individu en un foyer d'émanations pestilentielles.

En résumé, le miasme cholérique aurait pour excipient l'atmosphère et pour agents de migration l'homme et les courants aériens.

Telles sont les vues conjecturales dont s'inspirent les médecins qui recommandent de respirer de l'air pur comme moyen de se garantir de l'infection cholérigène. Mais ce précepte, déduction logique d'ailleurs de la théorie précédente, est loin d'être toujours praticable.

Qu'il s'agisse, en effet, d'une localité où règne l'épidémie, l'atmosphère ambiante sera tout entière contaminée, et par conséquent il ne s'y trouvera plus d'air pur dans le sens hygiénique du mot. S'il s'agit d'une cité comme Paris, la difficulté se complique davantage, car l'atmosphère y est viciée non-seulement par le miasme cholérique condensé, mais encore par une foule d'émanations méphitiques ou corruptibles qu'exhalent sans cesse un million d'habitants, 489,000 becs de lumière, 3,260 ruisseaux, 1,800 bouches d'égouts, 96,000 fosses d'aisance, un certain nombre d'industries insalubres, le macadam et les immondices qui couvrent le sol des rues, la vase qui forme le lit de la Seine ainsi que celui des canaux de la ville.

Il est évident que contre de pareilles masses d'effluves, l'art des purifications devient impuissant ; car s'il est donné à l'homme de modifier les qualités de la terre, l'atmosphère générale est d'un autre domaine que le sien.

Quant à l'air confiné, l'expérience prouve-t-elle qu'il existe des moyens spécifiques propres à le purger de tous les principes infectieux auxquels il sert de véhicule ?

Suivant Linnée, le flux dyssentérique se propage par l'intermédiaire d'animalcules particuliers pour lesquels le camphre est mortel.

Ces deux assertions sont certainement très contestables, et cependant elles se sont accréditées dans l'opinion publique, à ce point que celle-ci, généralisant l'idée de Linnée, ne voit plus dans la diffusion des maladies épidémiques que la conséquence de la multiplication de ces animalcules. Aussi le camphre est-il en grande faveur chez les gens du monde qui redoutent les atteintes du choléra. Cette vogue, déjà fort ancienne, s'est encore accrue dans ces derniers temps, bien qu'on ne puisse citer aujourd'hui un seul exemple de préservation dans lequel l'efficacité du camphre contre le choléra soit péremptoirement démontrée.

Les propriétés antimiasmatiques des bulbes alliacés ont été vantées dès les siècles les plus reculés. Ainsi, tandis qu'Horace voue au mépris ceux qui de son temps faisaient leurs délices de l'ail, Virgile, au contraire, recommande comme aliment très salubre un mélange d'amandes et d'aulx pilés, qu'il désigne sous le nom de *moretum*, et dont l'usage était familier aux soldats romains.

Arnault de Villeneuve nous apprend qu'au treizième siècle l'ail était considéré dans le midi de la France comme une panacée infaillible contre toutes les affections épidémiques.

Champion rapporte qu'au mois de mai les bourgeois et les gens de qualité avaient coutume de manger le matin de l'ail avec du beurre frais, bien persuadés que ce régime les garantissait de toutes maladies pendant l'année :

« Contre les vers ascarides, contre l'influence de l'air brumeux » et malsain, *en temps d'épidémie*, portez de l'ail sur vous, et sur- » tout ne sortez point sans vous être frotté les lèvres avec ce pré- » cieux remède. » (J.-B. de Roquefort, *Histoire de la vie privée des Français*.)

Voilà quelle était et quelle est encore la confiance du vulgaire dans les vertus des plantes alliacées, confiance qui du reste n'est pas tout à fait dépourvue de fondement. Ainsi, étant donné un cas d'infection miasmatique, le médecin doit s'appliquer à neutraliser le poison, à solliciter son élimination de l'économie. Il n'est pas douteux qu'en raison de ses propriétés diurétiques et diaphorétiques, l'ail concourt dans une certaine mesure à l'effort d'épuration sollicité par d'autres agents thérapeutiques, mais rien ne prouve qu'il soit doué d'une vertu spécifique contre le principe générateur du choléra.

Depuis longtemps déjà l'acide nitreux était employé en Angleterre à la désinfection de la cale des navires, lorsqu'en 1780 une endémie de fièvre maligne (typhus) s'étant déclarée parmi les soldats espagnols renfermés dans les prisons de Winchester, le docteur Carmichaël Smith réussit, dit-on, à arrêter les progrès de la maladie en faisant pratiquer dans les chambres des détenus des fumigations d'acide sulfureux.

L'acide nitreux et l'acide sulfureux sont, comme on sait, deux corps qui manifestent une grande affinité pour l'oxygène, qu'ils s'approprient partout où ils le rencontrent. Or, comme les miasmes proprement dits sont tous de nature organique, il est facile de comprendre pourquoi ils se décomposent et s'annihilent par leur mélange avec l'un ou l'autre de ces deux acides.

Le vinaigre à l'état liquide ou à l'état de vapeurs se comporte de la même manière et d'après la même loi.

Si la déflagration de la poudre à canon, pratique vulgaire usitée quelquefois en temps d'épidémie, a pour effet de désinfecter les lieux méphitisés, cela tient assurément à ce que la combustion du nitre et du soufre qui entrent dans sa composition fournit une certaine quantité d'acide nitreux et d'acide sulfureux.

Par une action spoliatrice analogue, mais avec des résultats inverses, le chlore frappe d'impuissance les émanations putrides en les privant de l'hydrogène qui fait partie de leur constitution chimique. Toutefois le chlore, pas plus que les corps précédents, n'a de prise sur l'élément cholérigène ; ce qui le prouve, c'est l'inutilité aujourd'hui bien démontrée des fumigations guytoniennes, c'est le nombre d'ouvriers employés aux préparations chlorurées qui ont été atteints par le choléra.

Le chevalier d'Arvieux rapporte dans ses mémoires qu'il fut témoin en 1658 d'une endémie de fièvres pernicieuses qui prit naissance à Saint-Jean-d'Acre, à la suite d'inondations pluviales qui avaient couvert le pays d'une eau fétide et limoneuse. La maladie n'épargna, dit-il, que ceux des habitants qui prirent la précaution de fumer en sortant de leur logis.

C'est une opinion universellement accréditée dans nos casernes et à bord des navires que l'eau-de-vie et la pipe chassent le mauvais air.

Qui ne sait que l'étudiant en médecine lui-même recherche dans la fumée de tabac une garantie contre les émanations cadavériques ?

C'est à coup sûr un fait digne d'attention que la faveur accordée au tabac comme agent prophylactique par des hommes de mœurs et d'origine différentes. Cette propriété est-elle purement imaginaire, et doit-on, à l'exemple de quelques médecins, ne reconnaître à cette plante d'autre privilége que celui de masquer par son odeur l'odeur d'une atmosphère empestée ?

Dans une série d'expériences que je viens de terminer au Val-de-Grâce, j'ai constaté que de la viande de bœuf imprégnée de fumée de tabac et soumise ensuite à une température de 15 à 20° centigrades a résisté à la putréfaction pendant 74 jours. Ce résultat pouvant être attribué uniquement à la créosote qui se trouve mêlée dans la fumée à la nicotine, il devenait indispensable pour mettre en évidence le véritable rôle du principe immédiat du tabac de modifier les conditions de l'expérimentation.

Voici ce que j'ai observé dans l'épreuve de vérification suivante : De deux morceaux de chair musculaire baignant l'un dans de l'eau pure, l'autre dans de l'eau chargée de nicotine, le premier était en pleine putréfaction au bout de neuf jours, tandis que l'autre était encore intact après deux mois d'immersion.

Une fumigation de tabac continuée pendant vingt-cinq minutes a suffi pour désinfecter du pus ainsi que de la chair putréfiée.

Si l'on joint à cette propriété antiseptique l'activité que le tabac imprime à la sécrétion salivaire, c'est-à-dire à un appareil d'élimination, on aura la somme exacte des avantages que l'homme trouvera à fumer lorsqu'il est enveloppé d'une atmosphère méphitique, sans qu'on puisse affirmer toutefois que cette précaution lui assure une immunité quelconque contre le choléra.

Par ce qui précède, il paraît donc démontré :

1° Que le camphre n'a qu'une efficacité préservatrice purement conjecturale ; tandis que l'ail, le vinaigre et le tabac concourent à l'épuration humorale en provoquant des évacuations urinaires, sudorales ou salivaires ;

2° Que les agents chimiques, tels que le chlore, les acides acétiques, nitreux et sulfureux, la fumée de tabac, ne décomposent et ne dénaturent que les émanations morbides ou méphitiques chargées d'odeur ou susceptibles de condensation ;

3° Que rien ne prouve que la cause essentielle du choléra doit être attribuée à l'existence d'un miasme particulier ; qu'en supposant même que ce miasme existe réellement, l'expérience démontre que les réactifs chimiques n'ont aucune action sur lui ;

4° Que la véritable prophylaxie du choléra est tout entière à créer.

Dr CHAMPOUILLON,
Professeur au Val-de-Grâce.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

De la friabilité du tissu cicatriciel à l'état récent, et des précautions à prendre pour en obtenir l'allongement.

Le rôle de la chirurgie, en face de l'élément cicatriciel, peut être envisagé sous trois aspects :

1° Le plus ordinairement le but du praticien, l'objet de ses recherches, c'est la production du tissu cicatriciel.

2° Dans un certain nombre de cas, le travail cicatriciel s'est effectué d'une manière vicieuse, ou bien il entraîne par sa configuration, par son siége, par sa tendance rétractile des conséquences fâcheuses. Il nuit au libre accomplissement de certaines fonctions. On est dans la nécessité de le détruire ; témoin les brides qui se forment à la suite des brûlures de la paume de la main.

3° Enfin, dans certains cas il ne s'agit ni de provoquer la formation du tissu cicatriciel, ni de le détruire, mais tout simplement d'en diriger la formation et de l'approprier aux destinations physiologiques des organes sur lesquels il s'est développé.

Pour agir dans ces diverses circonstances avec une utilité réelle, il est indispensable de se faire des idées bien nettes sur les qualités anatomiques et physiologiques de cette substance, qui forme l'élément nécessaire de toute cicatrisation. Il faut savoir, par exemple, que ce tissu, dans les premiers temps de sa formation, et quoique paraissant dur, ferme, résistant, se déchire avec une facilité extrême quand l'on veut le soumettre à une extension brusque; et cette circonstance donne lieu à des mécomptes de pratique dont il importe d'être averti.

Quel est, par exemple, le raisonnement du chirurgien qui vient de voir se former sous ses yeux, et sans qu'il ait cru pouvoir intervenir à cause de l'état aigu, une bride dont la présence entraîne des déviations fâcheuses?

Il dira: plus la formation du tissu est récente, plus il faut se hâter d'agir et d'obtenir d'emblée le rétablissement de la direction et de la conformation des parties. Elles n'ont point encore subi dans leurs articulations, dans l'ensemble de leurs conditions anatomiques de ces changements qui tendent à perpétuer les difformités. De plus, ce tissu cicatriciel nouveau n'a pas encore eu le temps de prendre une consistance qui lui permette de résister aux moyens employés pour l'étendre. En un mot, d'après le sens de ce fameux précepte, *principiis obsta*, il tombe dans la raison commune qu'on ne peut pas se trop hâter de combattre les vices de direction et de conformation qui succèdent à l'établissement vicieux du travail inodulaire.

Si, partant de ces données, qui semblent inspirées par la raison, on se met en devoir de rendre le plus promptement possible, et en une fois, la conformation naturelle aux parties qui l'ont perdue, qu'arrive-t-il? C'est que le tissu inodulaire se déchire, qu'il se déchire avec tout son entourage, et que cette rupture peut donner lieu aux accidents les plus fâcheux.

Parmi un certain nombre de cas où il nous a été donné d'observer les résultats de l'extension instantanée dans des tissus cicatriciels récents, il en est deux dont nous avons particulièrement gardé le souvenir.

Dans l'un, il s'agissait d'une bride formée longitudinalement dans le creux poplité, à la suite d'une gangrène de la peau du jarret due à un phlegmon diffus.

Un aide ayant placé le talon du membre malade sur son épaule, pendant qu'avec ses deux mains croisées sur la rotule il déterminait l'extension forcée du genou, la bride inodulaire se déchira, et nous ne dûmes qu'à des circonstances exceptionnelles l'absence de toute suite fâcheuse après une semblable lésion.

Chez ce même malade, après la cicatrisation du tissu qui venait d'être déchiré, on obtint plus tard, par une extension lente et graduelle au moyen des machines, l'allongement de cette corde et le retour des mouvements normaux du membre.

Chez une femme qui avait reçu à la main gauche un coup de feu avec large plaie, il se forma à la partie interne et un peu antérieure de la main une bride cicatricielle remontant jusque vers l'avant-bras.

Averti que nous étions de la possibilité d'une déchirure, nous n'employâmes qu'avec beaucoup de ménagement les efforts nécessaires pour redresser la main, et à peine la tentative avait-elle commencé qu'on vit le tissu inodulaire se rompre transversalement. On n'alla pas plus loin. Alors on eut recours à des moyens d'extension gradués avec beaucoup de ménagement, et on a fini en procédant ainsi d'une manière lente à obtenir le redressement complet de la main.

Le tissu inodulaire est donc très friable dans les périodes récentes de sa formation. Il se déchire si l'on veut l'étendre brusquement. Il s'accommode au contraire très bien d'une extension lente et graduelle, et conserve alors l'étendue nécessaire.

On aurait tort de croire que, parce qu'on a maintenu pendant le travail de cicatrisation le membre dans une attitude favorable, le tissu inodulaire ne se raccourcira pas. Chez le premier des malades dont nous avons parlé, on avait eu soin de maintenir le membre inférieur dans l'allongement le plus complet au moyen d'une gouttière. Il était donc permis de penser qu'en obligeant le tissu cicatriciel à se former dans cette attitude du membre, il n'y aurait pas de rétraction ultérieure. Mais l'événement est venu prouver le contraire, et nous a démontré qu'il ne suffit pas d'avoir dirigé le travail de cicatrisation dans l'attitude la plus convenable pour être certain qu'il n'y aura pas de rétraction.

HOPITAUX DE STRASBOURG. — M. Forget.

Résumé de dix cas de fièvre intermittente traités par le sulfate de cinchonicine.

Ces faits ont été recueillis à la clinique de la Faculté de Strasbourg, et rédigés jour par jour sous mes yeux par mes chefs de clinique, MM. Aron et Ledru.

Ces dix observations ont été choisies parmi un plus grand nombre, comme offrant des résultats plus précis et plus probants.

Le sulfate de cinchonicine a été administré généralemeent en solution, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, à prendre en deux prises (matin et soir). On est arrivé à reconnaître que la dose de 50 centigrammes en deux prises est celle à laquelle il convient de s'arrêter, les doses plus élevées produisant généralement des accidents.

Les accidents produits par le sulfate de cinchonicine diffèrent de ceux résultant du sulfate de quinine. Celui-ci donne lieu à des troubles cérébraux, tandis que la cinchonicine suscite des accidents d'irritation gastro-intestinale.

FEMMES.

Obs. I. — Fièvre quotidienne de sept jours. Cinchonicine à 50 cent. matin et soir, vomissements; réduite à 25 centigr. Pendant sept jours la fièvre persiste.

Sulfate de quinine, 50 centigr. le soir. Après trois accès la fièvre cesse.

La fièvre reparaît quelques jours après la suspension du sulfate de quinine.

Sulfate de cinchonicine (25 centigr. matin et soir); guérison après le troisième accès.

Dans ce cas, la cinchonicine paraît avoir agi à peu près comme le sulfate de quinine.

Obs. II. — Fièvre quotidienne résistant pendant cinq jours à la cinchonicine, cédant après deux jours au sulfate de quinine.

Ici la supériorité du sulfate de quinine est manifeste.

Obs. III. — Fièvre tierce. Cinchonine. Les deux accès suivants se produisent avec la même intensité.

Sulfate de quinine. Les accès ne reparaissent pas.

Supériorité du sulfate de quinine.

HOMMES.

Obs. IV. — Fièvre tierce de quinze jours. Cinchonicine. Le deuxième accès manque; les accès reviennent après huit jours et persistent pendant huit jours, malgré la cinchonicine.

Acide arsénieux (5 milligr.). Les accès s'amendent graduellement; suspendu après dix jours.

Retour de la fièvre après sept jours d'apyrexie. Cinchonicine. Disparition immédiate des accès.

Donc, succès, puis insuccès de la cinchonicine, succès temporaire de l'arsenic. Succès définitif de la cinchonicine.

Obs. V. — Fièvre tierce de huit jours. Cinchonicine pendant quatre jours (de 80 centigr. à 1,50); vomissements; cessation des accès.

Succès de la cinchonicine, mais accidents gastriques.

Obs. VI. — Fièvre quotidienne de cinq semaines. Cinchonicine (de 50 centigr. à 1 gramme); vomissements. Huit jours d'administration sans succès.

Sulfate de quinine. succès immédiat.

Insuccès de la cinchonicine; succès de la quinine.

Obs. VII. — Fièvre quotidienne d'un mois. Cinchonicine (50 centigrammes): vomissements. On continue pendant douze jours; les accès vont s'affaiblissant pendant sept jours. Après huit jours d'apyrexie, nouvel accès. Sulfate de quinine; guérison au second accès.

Succès lent de la cinchonicine; succès prompt du sulfate de quinine.

Obs. VIII. — Fièvre quotidienne de dix jours. Sulfate de quinine: un seul accès; céphalalgie seulement les jours suivants.

Onze jours après la cessation du remède, retour de la fièvre. Cinchonicine; accès pendant six jours, le septième manque. Les jambes s'infiltrent pendant l'administration de la cinchonicine. Extrait mou de quinquina, guérison.

Effet prompt du sulfate de quinine; effet lent de la cinchonicine.

Obs. IX. — Fièvre tierce, puis quotidienne d'un mois. Cinchonicine (50 centigr.), sept accès moins intenses.

Sulfate de quinine, cinq accès légers, puis guérison.

Insuccès de la cinchonicine, succès lent du sulfate de quinine.

Obs. X. — Fièvre quotidienne de quatre jours. Cinchonicine (50 centigr.), trois accès plus faibles, douleurs abdominales; suspension de la cinchonicine le septième jour, la fièvre ne revient plus.

Succès de la cinchonicine, douleurs abdominales.

On voit, d'après ces faits, que:

1° La cinchonicine n'a supprimé franchement la fièvre que trois fois sur dix; encore son action a-t-elle été plus lente que ne l'est celle du sulfate de quinine;

2° Que la cinchonicine occasionne des accidents gastriques, même à la dose de 0,50;

3° Que cinq fois le sulfate de quinine a manifesté sa supériorité sur la cinchonicine;

4° Que la récidive a lieu au moins aussi souvent après la cinchonicine qu'après le sulfate de quinine;

5° Que la cinchonicine, pas plus que le sulfate de quinine, n'empêche l'anasarque de se produire.

6° Nous n'avons pas eu l'occasion de constater l'action de la cinchonicine sur l'engorgement de la rate.

7° En définitive, la cinchonicine guérit la fièvre intermittente, comme tant d'autres remèdes; mais son efficacité ne peut entrer en parallèle avec celle du sulfate de quinine.

Voulant expérimenter la cinchonicine contre le rhumatisme articulaire, nous l'avons employée dans un beau cas de rhumatisme articulaire aigu datant de quatre jours.

Nous débutons par 1 gramme en deux prises. Nous arrivons à 2 grammes; mais de graves accidents gastriques se produisent. Cependant le rhumatisme est enlevé complétement dans l'espace de six jours.

Ce fait est isolé. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

HOPITAL DE CHELTENHAM. — M. Auguste Eves.

Cancer du rein.

M. ***, âgé de trente-huit ans, d'une complexion robuste, jouissait d'une bonne santé apparente, lorsque dans l'été de 1852 on le vit maigrir. Au mois de décembre de la même année il se plaignit de vives douleurs dans la région lombaire gauche et dans le côté gauche de l'abdomen, douleurs accompagnées d'abondante hématurie. La violence du mal augmenta pendant les deux ou trois mois suivants, diminuant par intervalles, mais ne cessant pas complétement. L'hématurie accompagnait toujours les souffrances. Ce dernier symptôme continua de se montrer de temps en temps, et en juillet 1853 le chirurgien se vit obligé d'employer le cathétérisme, car des caillots de sang venant obstruer le col de la vessie avaient déterminé une rétention d'urine.

Depuis le commencement de la maladie, vomissements fréquents, inappétence graduelle, plus tard impossibilité d'ingérer un aliment de quelque nature qu'il fût. L'émaciation continua à progresser, et dans les deux derniers mois devint excessivement rapide par une diarrhée concomitante. Ajoutons que parfois le mal se portait dans la région rénale droite.

Le docteur Speer fut appelé à examiner le malade avec moi quinze jours avant sa mort.

Sa maigreur était extrême; la peau avait cette blancheur de la cire légèrement nuancée de jaune, symptôme si caractéristique de la cachexie cancéreuse. L'estomac, comme usé par les vomissements incessants, les nausées et les autres symptômes mentionnés plus haut, avait perdu ses facultés.

L'urine présentait à l'examen un certain nombre de caillots plats, ovales et presque sans couleur. Le pouls était excessivement petit et faible, et le battement de l'artère radiale gauche était entièrement imperceptible.

A gauche de l'abdomen, une tumeur occupait tout le côté de cette cavité. Partant de la région rénale, pressant en avant sur la paroi antérieure de l'abdomen, cette tumeur était mobile, et par la pression de la région occupée par le rein, elle se dirigeait vers la paroi antérieure abdominale, ce qui prouvait que la tumeur était en relation avec le rein, ou bien que le rein avait pris un accroissement considérable.

Ce fait, appuyé sur les nombreuses attaques d'hématurie et le développement bien marqué de la cachexie cancéreuse, nous permit de diagnostiquer un cancer du rein. Le marasme fit des progrès rapides, et quinze jours après ma première visite le malade expirait épuisé.

Autopsie par M. le docteur Speer. — Amaigrissement extrême. La tumeur était apparente à l'extérieur, occupant la région lombaire et remplissant tout l'espace compris entre l'hypocondre gauche et la région iliaque, s'étendant à la ligne blanche.

A l'ouverture du corps, on trouva la tumeur couverte par l'épiploon, mais non adhérente; elle adhérait aux petits intestins, et de tous côtés elle était circonscrite par le péritoine. Celui-ci fut écarté en partie par dissection, en partie en le déchirant hors de ses connexions. M. Speer vit alors que ce n'était pas le rein qui se trouvait derrière la tumeur. Au-dessus paraissait la rate. En effet, la tumeur n'était que le rein énormément grossi et changé en une masse de cancer encéphaloïde, longue de sept pouces anglais (175 millimètres), large de cinq pouces (125 millimètres) et d'une épaisseur de quatre pouces (10 centimètres); elle pesait de trois à quatre livres.

En coupant la tumeur ouverte dans sa longueur, on put voir *faiblement* les restes de la structure du rein, tels que la distinction entre les parties corticales et médullaires. Cependant on ne reconnaissait que peu de sa structure anatomique. L'enveloppe du rein droit était remplie par un calcul du genre phosphate.

Le rein hypertrophié présentait trois formes différentes de structure dans les parties séparées de l'organe:

1° Une partie offrait une apparence ferme, blanchâtre, presque homogène et quelques vaisseaux à peine visibles;

2° Une autre partie présentait une structure très molle, de la consistance de la matière cérébrale, nuancée de lignes rouges semblables à des vaisseaux et de larges capillaires remplis de sang rouge;

3° Des cavités pleines d'une masse grumeleuse rouge, sans organisation, provenant de la marche destructive qui s'était développée dans ces parties à la suite de graves hémorrhagies.

Réflexions. — Les divers états que nous présente le rein dans cette observation auraient pu faire naître l'idée d'une marche lente analogue à celle qui se montre dans les dépôts tuberculeux; mais un moment de réflexion démontre la fausseté du rapprochement. Le cancer étant un tissu organisé, constitué par des cellules capables de s'accroître par envahissement (cystoblats de Walsh) ou déposées par les vaisseaux (ce qu'on voit dans le dépôt cancéreux de Lebert), ne peut être soumis aux lois qui régissent les dépôts sans organisation. M. Lebert (*Traité pratique des maladies cancéreuses*) soutient avec raison que la lenteur dans le cancer n'est pas une phase de son développement, mais un de ces effets de nutrition dérangée qui peuvent survenir ou ne pas survenir.

Un autre effet de ce dérangement de nutrition agissant sur les vaisseaux sanguins est, selon M. Lebert, l'hémorrhagie dans les tissus malades. Cette opinion doit être prise en considération dans cette observation et nous explique les cavités et leur contenu. La dissection n'a pu rendre compte de la cessation du pouls dans l'artère radiale gauche; peut-être quelque chose nous eût mis sur la voie de cette anomalie si on nous eût accordé assez de temps pour l'autopsie. L'hémorrhagie rénale semble être due autant au calcul du rein droit qu'au cancer du rein gauche. (*Monthly journal.*)

GUÉRISON SPONTANÉE des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse.

Par M. Woillez.

Jusqu'à présent on s'est accordé à regarder comme excessivement rares les exemples de guérison de perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse. Quelques auteurs même, et parmi eux nous citerons M. le docteur Saussier (de Troyes), dont la thèse remarquable a été si souvent citée, quelques auteurs considèrent cette guérison comme impossible, ou du moins n'en admettent aucun fait comme parfaitement incontestable. Le docteur Woillez

vient de publier sur ce sujet un intéressant travail dans lequel, après avoir rapporté en détail plusieurs faits nouveaux dus à divers auteurs ou observés par lui-même dans le service de M. Louis, il s'est proposé de résoudre plusieurs des questions qui se rattachent à la guérison de ces perforations tuberculeuses.

Ces questions sont au nombre de quatre :

1° Les conditions favorables à la cicatrisation des fistules pulmonaires tuberculeuses et le mécanisme de cette cicatrisation ;

2° Son meilleur mode de constatation sur le cadavre ;

3° Les symptômes qui peuvent la faire prévoir ou constater, ainsi que les conséquences qui en résultent ;

4° Enfin le rôle des moyens thérapeutiques mis en usage pendant la cicatrisation et les indications de traitement qui peuvent résulter des faits connus.

L'auteur analyse longuement dans son mémoire sept faits qu'il présente comme concluants en faveur de la possibilité de cette guérison, et voici les conclusions générales dans lesquelles il pense pouvoir résumer son travail :

1° La perforation pulmonaire d'origine tuberculeuse avec pneumothorax peut guérir spontanément par l'obturation de l'ouverture accidentelle au moyen d'une pseudo-membrane.

2° La fausse membrane obturatrice forme alors une couche ou nappe qui adhère à la plèvre au pourtour de l'orifice et qui par son autre face est unie le plus souvent à la plèvre opposée par des adhérences serrées ou en brides.

3° Toute cause qui produit le rapprochement des deux feuillets opposés de la plèvre au niveau de la fistule pulmonaire en favorise l'obturation ; ainsi agissent les anciennes adhérences voisines de la perforation et le refoulement de l'organe contre les parois opposées. L'immersion de l'ouverture par le liquide abondant de l'épanchement peut aussi la faire recouvrir d'une fausse membrane obturatrice.

4° Les cicatrisations de cette espèce seraient peut-être plus souvent constatées sur le cadavre si, au lieu de détruire les adhérences du poumon par arrachement, on enlevait avec l'organe la plèvre costale avant de mettre à découvert par une dissection attentive la surface pulmonaire.

5° Rien dans l'état général du malade ni dans les symptômes des signes locaux n'annonce une cicatrisation prochaine ; elle peut s'effectuer aussi bien après plusieurs mois de durée de la perforation que peu de temps après sa production.

6° Après l'oblitération, il y a persistance du pneumothorax pendant un temps plus ou moins long, mais il y a disparition des signes amphoriques entendus précédemment à l'auscultation, et qui résultent de la pénétration de l'air dans la plèvre. Dans des cas plus rares, il y a persistance de quelques résonnements amphoriques ou métalliques.

7° A la suite de la réparation anatomique de la perforation, il survient ordinairement une amélioration générale manifeste. Plus rarement, l'état du sujet est stationnaire ou continue à s'aggraver.

8° Le mode de cicatrisation spontanée de ces perforations peut, chez les phthisiques dont l'état général le permet, autoriser l'emploi combiné de la thoracentèse et des injections iodées faites avec les précautions convenables. Peut-être aussi des fumigations seraient-elles utiles ; mais, de part et d'autre, des indications précises ne sauraient être actuellement formulées.

(*Arch. gén. de méd.*)

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU GALIUM PALUSTRE dans le traitement de l'épilepsie.

Par M. Miergues.

Il y a plusieurs mois que M. Miergues a publié dans la *Revue thérapeutique du Midi* une courte note sur l'efficacité du *galium rigidum* et du *galium mollugo* contre l'épilepsie ; mais il y a tant de remèdes contre l'épilepsie que, celui-ci se produisant sans aucun fait à l'appui, nous ne crûmes pas devoir en encombrer nos colonnes. Mais M. Miergues revenant à la charge avec des observations, la chose prend un caractère plus sérieux, et nous reproduisons volontiers les observations et la formule du remède.

Il paraît que le *galium* est employé dans la famille de M. Miergues depuis trois générations. Gouan, dans son *Traité de botanique appliquée*, dit que la formule en fut donnée par Jourdan, recteur de l'hôpital de Tein, qui l'avait reçue pareillement comme un secret de famille, et Gouan ajoute que le *galium mollugo* est probablement le *galium palustre album latiori folio*, tant vanté par les anciens.

Voici d'ailleurs la préparation employée par M. Miergues :

« Je pile la plante fraîche, à laquelle j'ajoute un seizième de son poids d'alcool ; je broie encore quelques instants ; j'exprime et expose le suc à la température de 100° ; je filtre et fais dissoudre dans la colature s. q. de sucre pour l'amener à l'état de sirop concentré, auquel j'ajoute un quart d'eau de sirop d'oranger.

» Ce sirop est d'une saveur très agréable, surtout pour les enfants, qui le prennent avec plaisir. La dose est d'une cuillerée par heure lorsque les accès sont rapprochés, et deux ou trois soir et matin dans le cas contraire. »

Passons maintenant aux observations ; nous les donnons avec tous leurs détails :

Obs. I. — Le fils B..., âgé de vingt-cinq ans, taille moyenne, teint pâle, figure pleine, tempérament lymphatique, etc., avait plusieurs atteintes d'épilepsie très violentes tous les mois, à des intervalles très irréguliers, et dès sa plus tendre enfance.

Je prescrivis une forte cuillerée de sirop de galium soir et matin pendant tout le mois, puis tous les huit jours, et depuis plusieurs mois les accès n'ont pas reparu.

Obs. II. — La femme B..., d'une forte constitution, était atteinte d'éclampsie, suite de couche, et dans un état de ronflement qui n'était interrompu que par des accès épileptiques assez fréquents, et pendant lesquels elle se mordait la langue. La malade ne pouvait avaler ; les lochies étaient supprimées. — Sangsues aux cuisses, moutarde, etc.

Le soir, même état. — Lavement avec 4 grammes de coloquinte en décoction dans deux verres d'eau.

L'effet de ce lavement est assez prompt et produit une détente pendant laquelle la malade peut avaler quelques cuillerées de sirop de galium, que l'on continue pendant la nuit.

Le lendemain, la malade était tout à fait rétablie.

Obs. III. — La femme F..., boulangère, âgée de trente ans, d'une constitution nerveuse, teint pâle, membres fluets, taille moyenne, avait de fréquentes atteintes d'épilepsie hystérique depuis l'âge de puberté, et plus fréquentes vers les époques menstruelles. Les intervalles de calme n'ont jamais dépassé un mois. — Prescription du sirop de galium à la dose d'une cuillerée soir et matin pendant huit jours. Suspension du sirop pendant quinze jours, après quoi il est repris soir et matin jusqu'après l'époque menstruelle.

Depuis plusieurs mois les accès ne se sont plus reproduits.

Obs. IV. — Le fils Tessier, propriétaire, âgé de vingt-cinq ans, stature athlétique, tempérament sanguin, avait tous les mois plusieurs attaques d'épilepsie, et poussait des cris qu'on pourrait traduire par le mot *hurlements*, et des mouvements désordonnés tellement brusques et énergiques qu'il brisait tout ce qu'il rencontrait. A chaque atteinte, la face était livide, la langue mutilée et la bouche souillée d'écume sanguinolente ; survenait ensuite un ronflement suivi d'un coma profond qui durait jusqu'à l'invasion d'un second accès, puis d'un troisième, après quoi le malade restait hébété et idiot pendant quelques jours.

Cette affection avait résisté à tous les traitements très rationnels, même à la quinine, lorsque le 5 septembre, à la suite de plusieurs accès très violents, je lui prescrivis une cuillerée de sirop de galium soir et matin pendant tout le mois.

Le 5 octobre et à la même heure, il eut un autre accès unique pendant lequel il ne se mordit pas la langue ; il fut peu intense, de courte durée, et nullement suivi d'hébétude.

A dater du milieu du mois seulement, je fais reprendre une cuillerée soir et matin du sirop, jusqu'au 1er novembre, et je prescris alors une des pilules suivantes soir et matin :

Sulfure d'arsenic.	0,10 centigr.
Quinine.	1 gramme
Extrait d'aulnée.	s. q.

pour huit pilules.

Ce mois s'est passé sans accès ; j'ignore s'ils reparaîtront.

Aujourd'hui 1er décembre, je reçois des nouvelles du fils Tessier, qui continue de se bien porter et a l'air fort gai. Je l'engage à éviter tous les excès et à se munir de sirop de galium, afin de le reprendre dès qu'il éprouvera un peu de tristesse.

Obs. V. — Le fils d'un fermier nommé Chanson, âgé de cinq ans, d'une bonne constitution, était atteint depuis quelque temps d'accès épileptiques qui avaient lieu pendant la nuit, au milieu du sommeil. Cet état s'était déclaré à la suite d'une indigestion.

Il prit pendant trois matins consécutifs un demi-verre de suc de galium en trois prises, à une demi-heure d'intervalle.

Depuis quatre ans ces accès ne sont plus revenus.

Obs. VI. — Le fils Bastide, âgé de quatorze ans, était sujet depuis très longtemps à de fréquentes attaques d'épilepsie qui se reproduisaient très souvent dans la même semaine, et contre lesquelles tous les traitements avaient échoué, lorsqu'il prit 4 grammes d'extrait de galium délayé dans une tasse d'armoise, divisée en trois prises, à prendre dans le courant de la journée, pendant plusieurs jours.

Depuis plusieurs années les accès ne se sont plus reproduits.

Obs. VII. — David (Antoine), âgé de trois ans, né de parents sains, fut brusquement atteint d'attaques d'épilepsie sans cause connue ; elles avaient lieu tous les deux ou trois jours. Le bras et la jambe gauches entraient en convulsion, la tête se tordait du même côté, les muscles de la face étaient agités pendant un quart d'heure ; après quoi survenaient le calme et la torpeur. Pendant trois jours consécutifs le malade prend un quart de verre de suc de galium divisé en trois prises, à demi-heure d'intervalle ; et depuis trois ans le petit malade se trouve débarrassé de son affection.

Obs. VIII. — La femme d'un potier de terre de Saint-Jean-du-Gard, âgée de vingt-quatre ans, était depuis plusieurs années atteinte d'épilepsie, dont les atteintes les plus longues ne dépassaient jamais huit jours. Elle avait à chaque fois trois ou quatre accès, pendant lesquels le corps entrait en convulsions de demi-heure d'intervalle tout au plus, après quoi survenait la torpeur. A cette époque, les médecins de la localité ayant épuisé les ressources de l'art, elle fut envoyée à Montpellier, d'où elle rapporta une ordonnance dont les prescriptions, parfaitement indiquées, furent ponctuellement suivies, mais dont le résultat fut tout à fait nul. Ce fut alors seulement qu'ayant consulté mon père, il lui prescrivit pour toute boisson la tisane de galium et un verre de suc de la même plante à prendre en trois doses, à demi-heure de distance, le matin à jeun et pendant trois jours ; et ce fut le troisième jour seulement qu'elle éprouva un effet purgatif (ce qui est pour nous une preuve de l'efficacité du médicament). Elle prit encore pendant quelque temps une tasse de tisane de galium tous les matins. Les accès ne s'étaient plus reproduits, lorsque, trois ans après, cette dame éprouva une forte émotion ; une indigestion s'ensuivit, et l'épilepsie reparut pendant deux jours de suite, quoique moins forte. Même dose de suc de galium et cessation des accès, qui n'ont plus reparu depuis dix ans.

(*Revue médico-chirurg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique du 30 janvier 1854. — Présidence de M. Combes.

On a entendu dans cette séance :

1° La proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés ;

2° Un discours d'ouverture par le président, qui a payé un juste tribut d'éloges et de regrets à la mémoire de MM. Adrien de Jussieu et Arago, morts dans le cours de l'année ;

3° L'éloge historique de M. de Blainville par M. Flourens, secrétaire perpétuel.

Voici le programme des prix décernés pour les travaux adressés au concours des prix de médecine et de chirurgie :

1° Une récompense de 2,000 fr. à M. Kœlliker pour son travail sur l'*Anatomie microscopique des tissus* et le *Manuel de l'anatomie générale de l'homme* ;

2° Une récompense de 2,000 fr. à MM. Charles Robin et Verdeil pour leur ouvrage intitulé *Traité de chimie anatomique et physiologique* ;

3° Une récompense de 2,000 fr. à M. Magnus Hus pour son *Traité de médecine sur l'alcoolisme chronique* ;

4° Une récompense de 2,000 fr. à M. Morel pour son *Traité théorique et pratique des maladies mentales* ;

5° Une récompense de 2,000 fr. à M. Sestier pour son *Traité de l'angine laryngée œdémateuse* ;

6° Une récompense de 2,000 fr. à M. Vidal (de Cassis) pour son *Traité des maladies vénériennes* ;

7° Une récompense de 1,500 fr. à M. Giraldès pour son *Mémoire sur les kystes muqueux du sinus maxillaire* ;

8° Une récompense de 2,000 fr. à M. Guibourt pour son *Histoire naturelle des drogues simples* ;

9° Un encouragement de 1,200 fr. à MM. Becquerel et Vernois pour leur *Mémoire sur la composition du lait de la femme dans l'état de santé et de maladie* ;

10° Une récompense de 2,000 fr. à M. Abeille pour son *Traité des hydropisies et des kystes* ;

11° Une récompense de 1,000 fr. à M. Bouchut pour son *Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle* ;

12° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Willemin pour son *Mémoire sur le bouton d'Alep* ;

13° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Gubler pour son *Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis chez les enfants du premier âge* ;

14° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Bassereau pour son *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis* ;

15° Un encouragement de 1,000 fr. à M. Gosselin pour ses *Etudes sur l'opération de la cataracte par abaissement* ;

16° Une récompense de 1,000 fr. à M. Fontan pour ses *Recherches sur les eaux minérales des Pyrénées* ;

17° Une récompense de 1,000 fr. à feu M. Réveillé-Parise pour son *Traité hygiénique de la vieillesse* ;

18° Un encouragement de 500 fr. à M. Reynoso pour son *Mémoire sur la présence du sucre dans les urines*, etc. ;

19° Un encouragement de 500 fr. à M. Lecanu pour ses *Etudes sur le sang et sur les urines* ;

20° Un encouragement de 500 fr. à M. Mouriès pour son *Mémoire sur le phosphate de chaux dans ses rapports avec la nutrition des animaux*, etc.

— Sur le rapport de la commission du prix de statistique, l'Académie déclare qu'il n'y a pas eu lieu à décerner de prix pour 1853.

Elle a accordé deux médailles d'encouragement, l'une de la valeur de 300 fr., à M. Gustave Hubbard, auteur d'un mémoire intitulé *De l'organisation des sociétés de prévoyance ou de secours mutuels, et des bases scientifiques sur lesquelles elles doivent être établies*, avec une table de mortalité et une table de maladies dressées sur des documents spéciaux ;

L'autre, de la valeur de 200 fr., à M. A. Lachèse, docteur en médecine à Angers, pour son ouvrage intitulé *Résumé statistique et médical des décisions prises par le conseil de révision du département de Maine-et-Loire de 1817 à 1850*.

Elle accorde en outre des mentions honorables à M. Ad. Bérigny, à M. F. Roubaud et à M. le général Carbuccia.

— Le grand prix des sciences physiques a été décerné à M. G.-J. Van Beneden, professeur à l'Université de Louvain.

Une mention honorable est accordée à M. Frédéric Kuechenmeister, à Zittau (Saxe).

— Le prix de physiologie expérimentale a été accordé à M. Cl. Bernard pour des expériences qui mettent en lumière une propriété inconnue du système ganglionaire, laquelle consiste en ce que la portion cervicale du grand sympathique exerce une influence manifeste sur la température des parties auxquelles ses filets se distribuent en accompagnant les vaisseaux artériels.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 janvier 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

PRÉSENTATIONS DE MALADES.

Tumeur veineuse traitée par l'injection de perchlorure de fer. — M. Giraldès présente un malade âgé de soixante-dix ans, qu'il a opéré à l'hôpital de la Charité d'une tumeur de la lèvre inférieure. Cet homme avait, en outre, une seconde tumeur placée à la base du cou du côté droit, du volume d'une noix et constituée par du sang veineux. Une ponction la vida en totalité, mais elle se remplit de nouveau ; une injection de perchlorure de fer à 30° détermina la coagulation. Deux jours après l'injection elle avait presque triplé de volume, sans être enflammée. J'appelle l'attention de la Société sur ce point, dit M. Giraldès, car on observe toujours cette augmentation après les injections de perchlorure de fer dans les varices ; et, si on n'en était pas prévenu, on pourrait regarder ce phénomène comme le précurseur de quelques accidents graves. Quelques jours après la tumeur commença à diminuer, et aujourd'hui (seize jours après l'opération) elle n'offre que la moitié de son volume primitif.

Tumeur développée à l'entrée des organes génitaux sur une jeune fille de dix-huit mois. — M. Guersant présente une jeune enfant sur les organes génitaux de laquelle s'est montrée il y a deux mois une tumeur qui, liée une première fois, s'est reproduite depuis.

Cette tumeur, actuellement du volume d'un œuf, est implantée entre les petites lèvres et le canal de l'urètre à droite ; ce canal est déplacé, refoulé vers le côté gauche et aplati, sans que cependant il y ait obstacle à l'émission des urines.

La tumeur est bilobée. Le lobe postérieur est le moins volumineux ; il est saignant, assez résistant. Le lobe antérieur est élastique, un peu plus résistant. Le doigt peut être facilement introduit dans le vagin, et par cette exploration on reconnaît que la tumeur remonte assez haut dans le canal vaginal, mais sans y adhérer.

M. Huguier. Ce fait me paraît très intéressant, et peut être rapproché d'un autre fait analogue déjà présenté par M. Guersant.

Pour apprécier les rapports et l'origine de la tumeur, j'ai exploré successivement le rectum et la vessie, qui n'ont aucune connexion avec elle.

Elle est bien pédiculée et n'a qu'une seule implantation ; elle naît de la partie inférieure du pourtour du méat urinaire, se confondant à droite avec la base des nymphes.

Elle n'adhère en aucun point du vagin ; le col utérin, que l'on atteint avec facilité, est parfaitement sain.

Le doigt glisse le long de la tumeur, et on peut s'assurer qu'elle ne s'unit en aucun point au conduit vaginal, qu'elle remplit cependant en grande partie.

C'est une hypertrophie des corps sécrétoires et papillaires qui forment le renflement de la colonne antérieure du vagin.

Cette affection, abandonnée à elle-même, sera mortelle. On doit tenter de sauver la petite malade en enlevant la tumeur ; l'accident le plus à craindre dans l'opération sera l'hémorrhagie.

M. Huguier ajoute qu'il a fait faire le dessin de la première tumeur de ce genre déjà présentée par M. Guersant ; il le mettra à la disposition de la Société.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit la collection complète du *Journal de médecine et de chirurgie de Vandermonde.*

— M. Marjolin dépose sur le bureau, au nom de M. R. Duval, membre honoraire, sa thèse sur l'anévrisme variqueux soutenue en 1786 sous la présidence de Chopart.

M. Duval a accompagné cet envoi de la notice suivante :

« Le nom de Chopart ne doit pas rester étranger à l'histoire de l'anévrisme variqueux en France.

» A peine membre du Collége et de l'Académie royale de chirurgie, F. Chopart, dans l'intérêt de la science, avait fait un voyage en Angleterre en 1773, et il avait été témoin des observations et expériences qui eurent lieu en présence de plusieurs docteurs sur deux malades qui avaient fixé l'attention de Guillaume Hunter à l'occasion de l'anévrisme variqueux.

» Nul doute qu'à son retour il n'ait fait part à l'Académie de chirurgie de ce qu'il avait vu et entendu, mais rien ne l'indique ; et cependant, en 1781, feu notre collègue Boyer et moi, tous deux élèves de l'Ecole pratique, nous écoutions avec un vif intérêt les détails curieux que Chopart, qui était alors notre professeur d'opérations, nous donnait sur les anévrismes variqueux qu'il avait observés en Angleterre.

» Aussi, à l'époque de ma réception au Collége de chirurgie, en 1786, Chopart ayant bien voulu accepter d'être président de ma thèse, je crus devoir choisir pour sujet de celle-ci l'anévrisme variqueux ; et dès lors Chopart s'empressa de me communiquer les observations qu'il avait faites en Angleterre pour servir de base à la thèse *De anevrysmate varicoso,* titre qu'il a voulu consacrer à la mémoire de Guillaume Hunter. »

RAPPORT.

M. Giraldès fait le rapport suivant sur le 36e volume des *Medico-chirurgical Transactions.*

Ce volume renferme plusieurs travaux de chirurgie. J'appelle l'attention de la Société sur un mémoire de M. Curling sur les kystes du testicule. Ce travail important est le résultat des recherches de l'auteur sur ce point fort peu connu de la pathologie chirurgicale. M. Curling établit que les tumeurs décrites sous le nom de kystes, d'hydatides du testicule sont formées par des dilatations partielles des canaux de cet organe ; qu'elles sont constituées par des poches, des vésicules d'un volume variable, tapissées par un épithélium pavimenteux, remplies par un liquide trouble ou sanguinolent, mais ne renfermant jamais de spermatozoïdes. Ces dilatations rappellent donc des dispositions analogues qu'on observe dans la glande mammaire, et produites aussi par des dilatations partielles des canaux glandulaires de l'organe.

Dans l'intérieur des kystes du testicule, on trouve de petites végétations papillaires couvertes d'épithélium ; des productions pédiculées, arrondies, d'une couleur blanchâtre perlé et formées par de l'épithélium modifié ; enfin on y trouve quelquefois des productions cartilagineuses, des enchondromes. M. Curling pense que toutes les fois que le testicule est le siége d'enchondromes, ceux-ci sont toujours développés dans des dilatations kystiques des canaux de l'organe.

Les kystes du testicule, quel que soit leur volume, sont toujours enveloppés par une couche périphérique de vaisseaux séminifères ; la tumeur kystique est placée au centre, et les vaisseaux glandulaires l'entourent dans toute sa circonférence. Cette disposition curieuse laisserait juger que dans son évolution la production pathologique refoulerait graduellement les vaisseaux séminifères du centre vers la circonférence. Elle a servi à M. Curling à établir dans quel point de la glande les kystes se développent. A cet égard, il fait remarquer que si ces tumeurs se produisaient dans les vaisseaux séminifères mêmes, elles se trouveraient mêlées avec eux ou les refouleraient vers un seul côté, au lieu de présenter la disposition qu'il a signalée. Dans la supposition qu'on pouvait faire qu'ils sont le résultat d'une modification des tubes de l'épididyme, il répond qu'alors le testicule serait atrophié par la pression de la tumeur, mais que dans tous les cas les canaux glandulaires se trouveraient renfermés dans la tunique albuginée et distincts, au lieu de se trouver éparpillés à leur périphérie.

Il arrive enfin à dire que les dilatations qui constituent les kystes du testicule se produisent dans les vaisseaux du *rête.*

M. Curling établit que la maladie dont il s'occupe appartient à la classe des tumeurs bénignes. On peut donc assurer, après un examen attentif d'une production de ce genre enlevée par une opération, que la maladie ne se reproduira pas.

Mais M. Curling ajoute que des tumeurs de ce genre peuvent se trouver mêlées avec des productions cancéreuses. Il établit alors deux classes de kystes du testicule :

1° Des kystes de bonne nature, caractérisés par la présence de poches tapissées d'épithélium pavimenteux ;

2° Des kystes de mauvaise nature, caractérisés par des poches remplies de matière cancéreuse.

Suite de la discussion sur le chloroforme. — M. Chassaignac. Mon intention est de dire quelques mots sur deux points seulement.

D'abord sur ce qui est de l'excès du chloroforme ; ensuite sur les morts tardives attribuées à l'action persistante de cet agent.

Quant à l'excès du chloroforme, comme M. Robert, je crois à son influence funeste ; mais je crois aussi que parmi les causes qui peuvent rendre excessive l'inhalation, il en est une qu'il faut signaler comme prédisposant aux accidents. Je veux parler de l'inhalation produite en exposant le malade à une large surface d'évaporation. Dans ces conditions, une quantité même peu considérable de chloroforme peut être plus toxique qu'une dose bien plus forte donnée sur une surface peu étendue.

Je partage encore l'opinion de M. Robert sur les morts tardives. Ainsi, j'ai vu chez des malades l'état de stupeur, suite de l'anesthésie, persister pendant plusieurs heures.

M. Forget répond à M. Chassaignac que dans l'appréciation des effets du chloroforme l'étendue de la surface d'évaporation n'a pas été aussi peu prise en considération qu'il semble le croire. Pour sa part, il a particulièrement insisté sur ce point dans un travail qu'il a lu à la Société.

J'aborderai maintenant, continue M. Forget, un côté de la discussion qui, après tout ce qui a été dit sur les dangers auxquels expose le chloroforme, mérite de préoccuper la Société. Je me demande si vous pouvez sans inconvénient laisser à M. le rapporteur de la commission la responsabilité tout entière de sa conclusion, ou s'il n'y aurait pas avantage pour la Société, je dirai volontiers obligation pour elle, à se prononcer d'une manière ou d'une autre dans ce débat, qui depuis si longtemps fixe l'attention des praticiens.

Il me semble que des faits qui se sont produits, des appréciations qui en ont été faites, on peut dégager une vérité utile à proclamer, c'est la possibilité de donner la mort avec le chloroforme, fût-il pur et rationnellement administré. A cet égard, aucune dissidence ne s'est manifestée dans le cours de cette discussion, personne ne s'est levé pour défendre et relever la proposition de l'honorable M. Sédillot (de Strasbourg), *que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais ;* non plus que pour justifier le vote scientifique par lequel l'Académie de médecine, il y a quelques années, innocentait le chloroforme des accidents qui peuvent accompagner ou suivre son administration.

Si donc la Société de chirurgie est aujourd'hui suffisamment éclairée sur ce point capital dans l'étude du chloroforme, elle devrait le dire par une conclusion nette et très explicite, qui serait un service rendu tout à la fois au malade, qui saurait qu'il y a un danger à l'emploi de cet agent anesthésique, et au praticien, dont la position se trouverait ainsi sauvegardée contre les interprétations du magistrat et les accusations aveugles du public.

Je ne sais ce que vous déciderez de ma proposition ; mais, ajoute M. Forget, je la crois d'autant plus fondée que le vote de l'Académie de médecine que je rappelais tout à l'heure subsiste, qu'il n'a pas été revisé, et que conséquemment il pourrait, le cas échéant, être invoqué dans une affaire judiciaire de la nature de celle qui a été citée à l'origine de cette discussion : or c'est là un danger qu'il appartient à la Société de chirurgie de prévenir.

C'est cette considération d'un haut intérêt, à mon avis, qui m'a porté à appuyer l'esprit des deux premières conclusions de M. Robert. Quant à la forme sous laquelle elles sont rédigées, je partage l'opinion de M. Denonvilliers ; je la crois fautive en ce sens qu'elle suppose résolue une difficulté probablement insoluble, celle qui a trait au dosage du chloroforme et à la quantité qui peut en être employée sans danger.

Aussi je voudrais que, se renfermant dans le fait principal, celui de la mort déterminée par le chloroforme, la Société se prononçât, abstraction faite des procédés d'inhalation, des conditions propres à l'individu, du plus ou du moins de chloroforme employé, toutes questions subsidiaires qui n'ont, ainsi que l'a prouvé la discussion, qu'une importance secondaire dans la production des accidents graves qui ont été observés et sur lesquelles d'ailleurs on est loin de s'entendre.

En résumé, je formulerais ainsi cette conclusion : *Le chloroforme pur et administré d'une manière rationnelle peut donner la mort.*

M. Larrey proteste formellement contre la proposition émise par M. Forget. Si elle était adoptée dans ces termes, elle serait la condamnation absolue du chloroforme, et rien ne justifie une telle condamnation. Le chloroforme est d'une incontestable utilité ; on ne peut s'en priver en chirurgie, et, si son administration présente des dangers, on ne peut que s'efforcer de diminuer ces dangers.

M. Huguier insiste sur la nécessité de n'émettre qu'avec une extrême réserve les propositions qui peuvent engager la responsabilité médicale, et pour ces motifs il demande que la proposition première du rapport de M. Robert soit modifiée.

M. Maisonneuve pense qu'il ne faut pas se laisser détourner de la discussion par l'influence que pourraient exercer sur l'opinion certaines paroles prononcées dans le sein de la Société. Pour lui, l'application du chloroforme constitue une véritable opération, et, comme toutes les opérations, elle réclame une grande habileté, beaucoup d'attention, et, on doit le dire, en suivant toutes les règles d'une bonne application on pourra le plus souvent conjurer les accidents.

Après une discussion à laquelle prennent successivement part MM. Larrey, Denonvilliers, Morel-Lavallée, Chassaignac, il est décidé, avec l'approbation de M. Robert, que deux membres nouveaux seront adjoints à la commission, et que dans la prochaine séance cette nouvelle commission soumettra à l'approbation de la Société une série de propositions résumant toute la discussion qui a été soulevée sur la question du chloroforme.

M. le président désigne MM. Danyau et Morel-Lavallée pour faire partie de la commission.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Vous reproduisez dans votre dernier numéro un article extrait d'un journal, où l'on propose de substituer à l'emploi de l'acide tartrique le sulfate de soude additionné de 55 0/0 d'acide sulfurique, pour opérer la décomposition du bicarbonate de soude dans les appareils gazofacteurs.

On reconnaît, il est vrai, que cette proposition a déjà été faite en présentant les bisulfates alcalins ; mais on ajoute de suite que le moment était moins opportun, et que l'on a manqué d'insistance.

Organe des faits qui se passent dans les hôpitaux, il ne sera pas sans intérêt pour vous, monsieur, d'apprendre que depuis deux ans, ou, en d'autres termes, depuis que les appareils de Briet ont été admis dans les services pour fournir les eaux artificielles gazeuses, préparées jusque-là à la pharmacie centrale, on se sert, en remplacement d'acide tartrique, de sulfate acide de potasse, dont l'expérience, recueillie sur une grande échelle, a établi et confirmé le bon emploi.

La préparation du sulfate acide de potasse qui se fait à la pharmacie centrale s'exécute aujourd'hui sur une quantité de sulfate de potasse du commerce qui s'élève jusqu'à deux mille kilogrammes environ, et qui, s'augmentant de près d'un tiers de son poids par l'addition de l'acide sulfurique, donne en produit *deux mille huit cents kilogrammes* de sulfate acide.

Cent parties en poids de ce sel décomposent cent vingt-cinq parties de bicarbonate de soude, en rendant la liberté à l'acide carbonique.

M. Briet n'a pas assurément manqué d'insistance pour arriver au but qu'il s'était proposé le premier dans la pratique (je crois), et les conseils et la direction qui lui ont été donnés par M. Soubeiran ont écarté de sa route les difficultés qui s'étaient d'abord offertes à son inexpérience.

Aujourd'hui enfin le sulfate acide de potasse est entré dans l'industrie des eaux gazeuses, de manière à n'avoir plus à craindre pour y être exclusivement employé que les inconvénients naturels à un sel dans lequel l'acide sulfurique se trouve en excès, et peut produire au point de vue de la toxicologie et de l'économie domestique des effets qui méritent une sage et prudente surveillance.

Agréez, etc. Dublanc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret du 25 janvier, M. Maher (Charles-Adolphe), second chirurgien en chef au port de Lorient, a été nommé premier chirurgien en chef à Rochefort, en remplacement de M. Laurencin, décédé.

Par un autre décret du même jour, M. Duval (Ange-Eugène), chirurgien, professeur à Toulon, a été nommé second chirurgien en chef à Lorient, en remplacement de M. Maher.

— Le jury de concours pour les trois places de médecin vacantes au Bureau central des hôpitaux et hospices est définitivement constitué. Ce jury se compose de MM. Rayer, Hervez de Chégoin, Trousseau, Béhier, Cazenave, Chassaignac, Lenoir, titulaires, et de MM. Requin et Bérard, suppléants.

Les candidats inscrits sont : MM. Bernard (Ch.-Paul), Boivin, Boucher de la Ville-Jossy, Caillault, Cahen, Chammartin, Champeaux, Clairin, Davasse, Destouches, Frédault, Gabalda, Guibout, Hervieux, Labric, Laillier, Lasègue, Lemaëstre, Leudet, Matice, Mesnet, Milcent, Ozanam, Pioget, Poterin du Motel, Racle, Richard, Segond, Simonet, Trumet, Woillez.

— La séance générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine a eu lieu hier dimanche, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le compte rendu de la gestion financière de 1853 établit que les recettes, pendant cette année, se sont élevées à 16,422 fr. 50 c. ; les dépenses et l'emploi, à 14,964 fr. 50 c. Nous reviendrons sur cette séance.

— M. le professeur Roux a été pris samedi dernier d'un accident assez grave. Il a reçu immédiatement les soins de MM. Chomel, Andral, Velpeau et Danyau. Nous avons la satisfaction d'annoncer qu'aujourd'hui sa santé est dans un état d'amélioration sensible.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement, Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours ; par le docteur A. Foucart, lauréat (médaille d'or) et ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Légion d'honneur, secrétaire général de la Société de médecine pratique. Présenté à l'Académie impériale de médecine, et précédé du rapport lu dans la séance du 9 septembre 1851. Un volume in-8°. Prix, 6 fr. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traité complet des maladies syphilitiques, ou Etude comparée de toutes les méthodes qui ont été mises en usage pour guérir ces affections. Un vol. de 800 pages, avec 25 gravures coloriées. 2e édit. Prix : 6 fr. Par Giraudeau de Saint-Gervais, chevalier de la Légion d'honneur, docteur en médecine, etc.

Etude et traitement des maladies de la peau, par le même auteur. Un vol. de 700 pages avec gravures. Prix : 6 fr.

Ces ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, éditeur, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 14. — JEUDI 2 FÉVRIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 14. — JEUDI 2 FÉVRIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Leçons cliniques sur les hernies. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. P. Dubois). Des hémorrhagies utérines pendant ou après l'accouchement. — HÔPITAL DE LA GRAVE (M. Laforgue). Névrome du nerf cubital; extirpation suivie de guérison. Rétablissement de la sensibilité au moyen de l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. Epidémies. — Eaux minérales. — Nouveau procédé de ligature du tronc thoraco-brachial. — Emploi du phosphate de chaux en médecine. — Nouvel amygdalotome fonctionnant à l'aide d'une seule main. — Folie à double forme. — Sur un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme. — Iode. — ACADÉMIE DES SCIENCES. Expériences prouvant qu'un simple afflux de sang à la tête peut être suivi d'effets semblables à ceux de la section du nerf grand sympathique. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 1er FÉVRIER 1854.

Séances des Académies.

Nous avons eu trois communications intéressantes à l'Académie de médecine. Pour deux d'entre elles, nous nous contenterons de renvoyer nos lecteurs au compte rendu de la séance.

M. Baillarger a décrit une nouvelle forme de folie, ou plutôt une folie à double forme : l'une, dit-il, d'excitation, et l'autre de dépression. Est-ce bien là un fait tout à fait nouveau? Nous n'oserions le contester; mais on nous permettra de conserver quelques doutes à son sujet, malgré l'autorité de M. Baillarger.

Quant à M. Chatin, il a lu la suite de ses intéressantes recherches sur l'iode.

Ces deux communications n'ont provoqué et ne pouvaient guère provoquer de discussion.

Il n'en a pas été de même de l'observation remarquable de mort survenue après le cathétérisme utérin, que M. P. Broca a lue ensuite. Nous ne reprocherons pas à l'auteur l'étendue de sa narration, les détails un peu prolixes et minutieux d'anatomie pathologique dans lesquels il est entré; ce fait est fort important, et servira certainement à faire apprécier la valeur d'un moyen qui nous a toujours paru peu rationnel.

Ainsi que l'a dit M. Velpeau, qui lui-même avait eu, il y a quinze ou vingt ans, une idée analogue et l'avait mise à exécution; l'utérus est placé de telle manière, dans une position fluctuante telle, que les viscères abdominaux pressant sur cet organe ne peuvent manquer, alors même qu'on serait parvenu à le remettre en place avec le redresseur utérin, d'amener bientôt un nouveau dérangement. Mais là n'est pas le seul inconvénient que l'on puisse reprocher à la tige utérine. Sur cinq femmes chez lesquelles le chirurgien de la Charité l'a employée autrefois, deux ont éprouvé des accidents fort graves, et les autres n'ont pas guéri. Aussi, M. Velpeau y a-t-il entièrement renoncé.

Le fait mortel rapporté par M. Broca et ceux qu'il a indiqués avec l'autorisation de MM. Nélaton et Aran viennent singulièrement à l'appui de cette opinion; et malgré les succès que M. Valleix dit avoir obtenus, nous doutons que ce moyen de redressement soit généralement adopté par les praticiens.

Il est peu de médecins qui n'aient été consultés pour des cas d'insuccès ou d'accidents déterminés par la tige; et on comprend parfaitement qu'un instrument de ce genre introduit, surtout par des mains inexpérimentées, puisse provoquer des lésions dont les conséquences peuvent être plus ou moins graves. Nous pensons donc avec M. Velpeau, qu'il doit être rejeté comme dangereux et irrationnel.

Notons encore un nouvel et ingénieux instrument de M. Maisonneuve (amygdalotome), dont nous donnons la description et le dessin, et qu'on a l'avantage, si c'en est un bien réel, de faire fonctionner d'une seule main.

La séance de l'Académie des sciences a été remplie par la lecture qu'a faite M. Brown-Séquart de la suite de ses recherches physiologiques, dont l'ensemble sera aisément saisi par nos lecteurs, et que nous ne pouvons mieux résumer que par les conclusions mêmes de l'auteur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies,

Par M. le professeur MALGAIGNE.

La fréquence des hernies est une chose si remarquable que plusieurs auteurs se sont occupés de la rechercher et d'en déterminer les rapports; malheureusement aucun d'eux n'a assez considéré l'influence que produisent et l'âge et le sexe, de sorte que les calculs faits jusqu'à ce jour sont sans exactitude et sans application pratique.

Pour donner une idée des divers travaux faits à ce sujet, on peut dire qu'Arnaud fut un des premiers qui prétendit que la huitième partie des hommes en était atteinte; Bordenave, tombant dans une exagération opposée, dit que cette proportion n'allait pas à 1 sur 100; Louis, mieux inspiré, commença à séparer les sexes et à faire une catégorie distincte pour les enfants: le résultat de ses recherches fut que la proportion était chez les enfants de 1/50 du nombre total, de 1/32 chez les femmes et de 1/18 chez les hommes. En Angleterre, on a évalué ce nombre à 1/15 de la population; en France, presque à 1/20. Mais toutes ces statistiques ont été faites sans documents bien précis et ne portaient pas sur une population entière, mais bien sur une faible partie. A Paris, le nombre des bandages distribués au Bureau central est de deux à trois mille par an; mais dans ce nombre on sait qu'il y a des bandages donnés à des individus porteurs de hernies fort anciennes.

Maintenant la différence du nombre des hernies dans les deux sexes est très marquée. Louis estimait que le nombre des hommes était double de celui des femmes; Momsikof, chirurgien d'Amsterdam, disait que le rapport était comme 3 est à 1; Matbey (d'Anvers) a trouvé le rapport de 4 à 1, et en Angleterre on a donné celui de 6 à 1. Il serait possible que la proportion changeât selon les pays; mais on ne peut s'en rapporter à des appréciations pareilles. D'après les observations faites par M. Malgaigne au Bureau central en octobre et novembre 1835, sur 410 malades affectés de hernies, il s'est trouvé 335 hommes et 75 femmes: proportion, 4 1/2 à 1.

Dans les deux années suivantes, la proportion paraît plus faible. Ainsi, en 1836, sur 2,767 hernieux, il y avait 2,203 hommes et 564 femmes: la proportion est un peu moins de 4 à 1. En 1837, sur 2,373 hernieux, 1,884 hommes et 489 femmes: la proportion est de même moins de 4 à 1.

On pourrait conclure de ces trois séries recueillies avec soin que la proportion des hernies dans la classe indigente de Paris est quatre fois plus grande pour les hommes.

Suivant les âges, M. Malgaigne a trouvé que de la naissance à 1 an la proportion était de 1/50, puis de 2 à 3 ans la proportion diminue jusqu'à 1/62. Cependant ce nombre de hernies du premier âge est assez considérable. Ce sont ces hernies, faussement appelées congéniales, qui se produisent quelquefois dans les premières heures et dans les premiers jours de la vie, et qui sont déterminées par les efforts que fait l'enfant en criant, efforts qui ont pour résultat de repousser les viscères en bas alors que le canal n'est pas encore oblitéré. Il y a alors une période de cinq à six ans dans laquelle la proportion baisse d'une manière très notable. De quoi peut dépendre cette diminution? Serait-ce de la négligence des parents, qui ne prendraient pas soin de cette infirmité, ou bien y aurait-il un nombre considérable de guérisons obtenues, non par les bandages, qui sont généralement fort mal appliqués, ou bien enfin faut-il admettre que ces enfants hernieux meurent en plus grand nombre que les autres?

Après 13 ans, la proportion reparaît presque comme elle était à la naissance. De 13 ans à 20, chaque année en apporte 12; de 20 à 35, 20; de 35 à 70, 44.

Dans ces deux dernières périodes, il peut y avoir des hernies anciennes. Cependant l'expérience a démontré que de 35 à 70 ans ces hernies peuvent être regardées comme des hernies de l'âge mûr ou de faiblesse.

De 70 à 75 ans la proportion descend à 30 pour chaque année, et de 75 à 80 elle descend à 16.

Dans ces périodes où il se fait de nouvelles hernies, le rapport semble diminuer considérablement. Il est vrai que la population générale diminue aussi sensiblement. Mais il a dû en être de même dans la période de 35 à 70 ans, et c'est celle-là qui a fourni chaque année la moyenne la plus élevée.

Cette proportion des hernies selon l'âge n'est pas la même dans les deux sexes.

Le tableau suivant indique parfaitement cette différence, d'après les observations de 1836 et 1837 réunies :

De la naissance à 1 an. .	78	hommes et	15	femmes.	1/5
De 1 à 2 ans.	45	—	14	—	1/3
A 2 ans.	32	—	6	—	1/5
A 3 ans.	20	—	5	—	1/4
A 4 ans.	18	—	9	—	1/2
De 5 à 13 ans.	118	—	18	—	1/6
De 13 à 20 ans.	159	—	15	—	1/10
De 20 à 30 ans.	306	—	61	—	1/5
De 30 à 40 ans.	649	—	154	—	1/4 à 1/5
De 40 à 50 ans.	722	—	242	—	1/3
De 50 à 60 ans.	842	—	226	—	1/4
De 60 à 70 ans.	691	—	219	—	1/3
De 70 à 80 ans.	392	—	77	—	1/5
80 ans et au-dessus. . .	35	—	7	—	1/5

Ainsi, à diverses époques de la vie on trouve des différences très marquées.

De la naissance à 1 an, 78 hommes pour 15 femmes : la proportion est 1/5; de 13 ans à 20 ans, pour 159 hommes on ne trouve que 15 femmes: la proportion est ici baissée de moitié, 1/10; à quoi peut tenir cette diminution? Dans cette période, la vie est bien différente chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, c'est l'époque où les forces se développent, où il se livre à des exercices violents, où il embrasse diverses professions. Pour la femme, au contraire, c'est l'époque où cette sorte de turbulence de l'enfance se passe; c'est le moment où elle est le moins exposée aux fatigues et aux travaux. Mais après 20 ans, dans la période de 20 à 35 ans, la proportion primitive reparaît. En effet, si la situation de l'homme ne change pas, celle de la femme change bien, au contraire; c'est l'époque du mariage et des grossesses, qui souvent déterminent ces infirmités. Mais après 40 ans, époque où la situation de la femme est presque identique avec celle de l'homme, on etrouve la proportion de 1/4 et 1/3.

Toutes ces données, quoique exactes, ne portent pas sur la population tout entière de toutes les classes. On a cru y arriver en cherchant à déterminer le nombre des hernieux à l'époque du recrutement; on a trouvé sur 300,000 hommes, 4,000 seulement exemptés pour hernies. Ce chiffre paraît faible en présence des autres séries qui viennent d'être examinées; mais il faut remarquer que cette observation ne porte ici que sur des individus d'un seul sexe et de l'âge de 20 à 21 ans; qu'en outre ceux qui sont exemptés par défaut de taille ou par quelque infirmité fort apparente, de même que les fils de veuve, ne sont pas examinés et ne peuvent figurer dans ce calcul.

D'après deux séries importantes observées sur les recrues de Paris, il se trouverait que de l'an IX à 1810 la moyenne était de 1 hernieux sur 31 hommes; de 1816 à 1823, la moyenne s'est trouvée de 1 sur 32. On pourrait donc conclure, en prenant Paris comme le type de la France, que de 20 à 21 ans la moyenne des hernieux est de 1 sur 31; et pour la population générale, on trouve de la naissance à 100 ans : 1 hernieux sur 13 chez les hommes, et 1 sur 52 chez les femmes; ce qui donnerait 1/20 pour les deux sexes réunis.

En résumé, on pourrait dire qu'en France le nombre des hernieux est à peu près le 20e de la population; ce qui, pour 36 millions d'âmes, donne 1,700,000 hernieux.

Les hommes sont quatre fois plus exposés aux hernies que les femmes.

Cette proportion se maintient dans le jeune âge; puis de 5 à 13 ans et de 13 à 20 les garçons en ont beaucoup plus, 1 sur 5 ou 1 sur 10; puis la proportion primitive reparaît dans l'âge adulte, et elle arrive à 1 sur 3 dans la vieillesse.

Les hernies sont très fréquentes à la naissance : il y a

1 hernieux sur 20 garçons
1 — sur 80 filles.

Cette fréquence extraordinaire décroît de 5 à 13 ans et ne reparaît comme à l'époque de la naissance que vers 30 ans. Passé cette époque, les hernies augmentent tellement que chez les hommes elles vont à 1 sur 4 individus de 60 à 70 ans; à 1 sur 3 individus de 70 à 75 ans; après quoi le nombre en diminue considérablement.

Aux Invalides, on a trouvé 1/4 des individus ayant de 50 à 70 ans atteints de hernies. Voici du reste le résultat des observations de M. Hutin :

Au 1er avril 1851, sur 3,131 invalides il a trouvé 670 hernieux, plus de 1/5.

Du 1er janvier 1847 au 1er mars 1852, sur 4,252 invalides, dont 177 officiers, il s'est trouvé 896 hernieux, dont 34 officiers; la proportion est encore ici de 1/5 pour les soldats et les officiers.

Du reste, en séparant selon l'âge, on retrouve en moyenne 1/5. Ainsi :

De 20 à 30 ans,	37	invalides.						
De 30 à 40 »	89	»	1	hernie,	1	sur	89	
De 40 à 50 »	95	»	2	»	1	»	48	
De 50 à 60 »	536	»	124	»	1	»	4	
De 60 à 70 »	1,853	»	425	»	1	»	4	
De 70 à 80 »	1,406	»	331	»	1	»	5	
De 80 à 100 »	235	»	13	»	1	»	17	
	4,252		896					

Mais cette série ne comprend que des hommes qui à 20 ans n'avaient aucune prédisposition aux hernies et des individus d'élite et plus vigoureux que d'autres.

A Bicêtre, on a pu vérifier une autre catégorie d'individus : on a trouvé sur 1,824 sujets existant à Bicêtre 881 hernieux, plus 160 avec des pointes de hernies inguinales ; si on retranche du nombre ceux qui n'avaient que des pointes, la répartition selon l'âge est ainsi qu'il suit :

De 20 à 40 ans.	22 hernieux.
De 40 à 50 »	24 »
De 50 à 60 »	71 »
De 60 à 65 »	83 »
De 65 à 70 »	147 »
De 70 à 75 »	250 »
De 75 à 80 »	177 »
De 80 à 90 »	107 »
Total. . . .	881

Les observations recueillies à Bicêtre portent sur une classe indigente, et ce n'est pas là une petite cause dans la production des hernies ; la misère semble faciliter cette maladie, et cela est prouvé par l'observation des divers quartiers de Paris. Sous ce point de vue, on pourrait diviser les arrondissements en trois grandes catégories : les arrondissements pauvres, ceux de la classe aisée et les riches. Les deux dernières catégories sont à bien peu de distance l'une de l'autre, et leur moyenne serait environ de 1/38, tandis que celle de la première est de 1/32; il est à remarquer qu'on pourrait comprendre la banlieue dans la première classe.

Il reste donc prouvé que les arrondissements pauvres sont plus exposés aux hernies que les riches, et que la banlieue l'est aussi plus que la ville, sans considération du climat ou des races (deux conditions qui ont une influence sensible en France).

Il est à remarquer que les pays les plus sujets aux hernies sont ceux du Centre. Sur presque tout le littoral la proportion varie, il est vrai; mais on y rencontre rarement cette fréquence considérable qui existe au Centre. C'est à tort que l'on croirait que les pays de montagnes doivent en présenter davantage ; ce sont, au contraire, les pays de plaine. On avait prétendu que le Midi y était plus sujet : c'est une erreur. Si l'on tire une ligne au nord de tous les départements où croît l'olivier, on voit que toute cette partie méridionale est une des moins affligées de hernies ; de même, si on tire une ligne entre les pays où la vigne n'est plus guère cultivée, on voit que toute cette partie septentrionale en semble aussi exempte. Il n'y a qu'une province, la Flandre, qui fournit un contingent assez considérable. Il est vrai que la Flandre est une de ces provinces qui ont gardé leur type et leur race ; tandis qu'on peut remarquer que toutes ces races du littoral, qui ont été les premières victimes des invasions barbares, se sont pour ainsi dire retrempées dans des alliances avec d'autres races, et que pour ce motif leurs descendants se sont trouvés plus forts contre cette maladie. La vieille race bretonne semble être seule restée forte par elle-même, tandis que toute la France centrale, qui n'a en elle que des souches autochtones, paraît être affaiblie et plus prédisposée que toute autre aux hernies. Jules Ley.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. Dubois.

Des hémorrhagies utérines pendant ou après l'accouchement (1).

J'ai exposé dans la précédente leçon les moyens qui sont le plus usuels dans le traitement de l'hémorrhagie puerpérale, ceux qu'emploient presque tous les accoucheurs ; cependant il en a été proposé beaucoup d'autres, et quoique vous puissiez, pour la grande majorité des cas si ce n'est pour tous, vous contenter de ceux que je vous ai fait connaître, je ne veux pas vous laisser ignorer les autres, auxquels vous pourriez avoir recours à l'occasion. Je vous rappellerai d'abord les deux objets principaux que doit constamment avoir en vue l'accoucheur en présence d'une hémorrhagie et les deux indications vers lesquelles doivent tendre tous les moyens mis en œuvre, savoir : provoquer le retrait de l'utérus et ralentir la circulation utérine. Vous avez vu qu'on remplissait la première indication par deux moyens, l'administration du seigle ergoté et l'introduction de la main. On a conseillé, en outre, l'emploi d'injections de liquides de diverse nature dans l'utérus, les uns froids, les autres acides, d'autres presque caustiques. Ainsi, on a conseillé de faire des injections avec de l'acide sulfurique étendu. Ces injections ne sont pas convenables, la plupart sont même dangereuses; dans aucun cas, en les supposant innocentes, ces injections ne me paraissent devoir être préférées à l'introduction de la main. L'introduction de la main suffit presque toujours, ainsi que je l'ai dit, pour produire la contraction de l'utérus, et, dans le cas où une seule introduction ne suffirait pas, on peut la répéter plusieurs fois. Pour mon compte, je ne me rappelle pas avoir été obligé de répéter cette opération plus de deux fois; on pourrait le faire plus souvent sans que cela eût aucun danger, ni aucun inconvénient sérieux, pourvu qu'on le fît avec toutes les précautions convenables.

Un accoucheur distingué a eu l'idée de réunir en un seul moyen les deux modes d'action des liquides et des solides. Il conseille d'introduire dans l'utérus un citron écorcé qu'il y exprime et qu'il laisse ensuite en place.

Indépendamment de ces divers moyens, on a préconisé encore, à titre d'essai, l'emploi de l'électricité. C'est en Angleterre plus particulièrement que les essais de ce genre ont été faits. Ce moyen peut avoir quelques résnltats, mais il n'est pas d'un usage facile dans la pratique civile ; on n'a pas toujours sous la main les appareils nécessaires : c'est tout au plus un moyen à employer dans une clinique. L'emploi de l'électricité n'est d'ailleurs pas entièrement exempt d'inconvénients. Je les exposerai plus en détail à l'époque où je parlerai de l'accouchement prématuré ; qu'il me suffise de dire que l'électricité, agissant principalement sur la contractilité de tissu, ne remplit pas complétement le but qu'on se propose.

On a appliqué, il y a très longtemps, des ventouses sur les seins; on a pensé que les efforts de succion pourraient, en produisant un mouvement fluxionnaire sur les seins, déterminer, par suite de la synergie physiologique qui lie les seins avec l'utérus, des contractions dans ce dernier organe. On sait, en effet, que la succion sur les seins produit chez quelques femmes une excitation assez vive, excitation qui a pu dans quelques cas aller jusqu'à donner lieu même à des pertes, ce qui semblerait impliquer contradiction avec le but qu'on se propose, mais qui le plus ordinairement se borne à provoquer la rétraction de l'utérus.

Arrivons à la deuxième indication, la diminution de l'excitation circulatoire.

J'ai dit qu'on remplissait cette indication par des réfrigérants et la compression. Ici j'ai besoin d'entrer dans de nouveaux développements sur les réfrigérants. J'ai dit qu'on employait les réfrigérants à l'extérieur et même à l'intérieur ; vous savez maintenant ce que je pense de ce dernier mode d'emploi des réfrigérants. Indépendamment de ces deux manières d'appliquer la réfrigération, il en est une troisième dont je n'ai pas parlé encore et qui trouve ici sa place, je veux parler de l'ingestion dans l'estomac de boissons glacées. Vous verrez ce moyen préconisé dans Yvans. Dans mon opinion, ce moyen employé seul n'aurait aucune importance ; mais je le considère comme un adjuvant utile aux moyens réfrigérants externes. J'en dirai autant des réfrigérants employés par la voie rectale. Ce n'est qu'à titre de moyens accessoires qu'on peut y avoir recours; mais ils seraient par eux-mêmes insuffisants et sans valeur.

On a pensé qu'on pouvait trouver un auxiliaire utile dans un médicament dont nous faisons un grand usage dans d'autres circonstances, l'opium. L'opium a été conseillé dans un travail anglais traduit par Mme Boivin. Il a été également préconisé par Righbi et Duncan. Ce serait, suivant ces auteurs, un des meilleurs moyens d'arrêter les hémorrhagies. Pour moi, je crois que c'est un moyen beaucoup moins utile que ceux que j'ai exposés dans la précédente leçon. Ces moyens m'ayant paru suffisants d'ailleurs dans tous les cas où j'ai eu besoin d'y recourir, je n'ai pas eu l'occasion d'essayer l'opium.

Indépendamment de la compression vasculaire, vous savez qu'on a conseillé d'exercer une compression énergique sur l'utérus à l'aide d'un bandage approprié. Ce bandage a l'inconvénient d'empêcher qu'on se rende compte de l'état de l'utérus ; or c'est là un inconvénient sérieux, et pour ma part je déclare que c'est un sujet de grande perplexité en pareil cas que de ne pouvoir surveiller l'utérus et de ne pouvoir m'assurer par la vue ou par le toucher si l'utérus est distendu ou s'il se rétracte, et ce serait certainement pour vous aussi un grand sujet d'inquiétude. Ajoutons que ce moyen n'a réellement pas l'importance qu'on a voulu lui donner.

On a conseillé enfin de comprimer l'aorte à travers les parois utérines ; et, chose assez étrange, on a été jusqu'à conseiller aussi de comprimer dans l'intérieur de l'utérus sur le point d'insertion du placenta. Ce qui étonne le plus dans ce dernier conseil, qui est évidemment inexécutable, c'est qu'il émane d'un accoucheur extrêmement expérimenté et très judicieux, M. Budge.

Vient enfin le tampon. Tous les accoucheurs raisonnables, ce me semble, considèrent le tampon comme dangereux, surtout en ce qu'il inspire une fausse sécurité en supprimant la perte externe, à laquelle se substitue une hémorrhagie interne, dont il est plus difficile d'évaluer la gravité. En effet, le tampon n'oblitère que le vagin ; personne n'a jamais songé à l'introduire dans l'utérus. Or, je le répète, en oblitérant la cavité vaginale, on ne fait que transformer une hémorrhagie externe en une hémorrhagie interne.

Vous entendrez peut-être professer cependant, mais par des accoucheurs non suffisamment expérimentés, que le tampon est un bon moyen pour arrêter les hémorrhagies utérines. Un médecin de Dijon, M. Leroux, a publié des observations qui ont pour but de démontrer l'efficacité du tampon. Mais ce n'était pas un véritable tampon qu'avait appliqué M. Leroux dans les cas qu'il a rapportés dans son mémoire ; c'était un linge imbibé d'un liquide excitant. Or, on peut aussi bien, et plus justement même, attribuer dans ces cas la suspension de l'hémorrhagie à l'action du liquide excitant dont étaient imprégnés les linges introduits dans le vagin qu'à l'action mécanique de ces linges eux-mêmes n'agissant que comme tampon. Il n'est pas impossible, en effet, que l'utérus se fût rétracté sous l'influence de l'introduction de ces tampons imprégnés de liquides excitants, et que ce soit là la vraie cause de la cessation des hémorrhagies, et non, comme on a paru le croire, l'action directe du tamponnement. Quoi qu'il en soit, il ne faudrait pas trop compter sur ce mode d'action, car on n'ignore pas que dans certains cas l'hémorrhagie continue malgré la rétraction de l'utérus.

Le tampon d'ailleurs peut être appliqué avec avantage contre les hémorrhagies utérines qui se manifestent dans des conditions un peu différentes de celles dont nous nous occupons ici. L'hémorrhagie peut avoir lieu, par exemple, plus ou moins longtemps après l'accouchement, et alors que l'utérus est complétement revenu sur lui-même ; le tampon peut alors en effet arrêter une hémorrhagie, mais cela rentre alors dans les conditions des métrorrhagies qui ont lieu en dehors des conditions de la puerpéralité. Ainsi hier, par exemple, ayant à combattre une hémorrhagie dans un cas de cancer utérin, j'ai eu recours au tamponnement, qui a immédiatement mis un terme à l'écoulement sanguin. Mais, je le répète, les conditions sont ici toutes différentes.

Il est encore un autre moyen que Mme Lachapelle a proposé, en quelque sorte en désespoir de cause. Elle s'était demandé si on ne réussirait pas, en tamponnant le vagin, mais avec la précaution, pendant toute la durée du tamponnement, de comprimer l'utérus, afin de l'empêcher de se développer. Cette pratique ne me semble pas très sûre, mais elle n'est cependant pas entièrement à dédaigner, et elle pourrait être utile dans quelques cas que je laisserai à votre sagacité d'apprécier.

On a renouvelé dans ces derniers temps une proposition qui, à une autre époque, avait déjà fait un certain bruit, c'est d'introduire dans l'utérus une vessie vide que l'on remplit d'air une fois introduite, de manière qu'elle comble en quelque sorte toute la capacité de cet organe. On a pensé que cette sorte de compression exercée de dedans en dehors sur les parois mêmes de l'utérus pourrait suffire pour mettre un terme à l'hémorrhagie.

Je me rappelle que dans ma jeunesse un médecin amateur, nommé Rouget, imagina d'introduire une vessie de cochon dans l'intérieur de l'utérus et puis de l'insuffler. Il préconisa ce moyen avec une ténacité rare. N'ayant pas trouvé un accueil favorable auprès de ses confrères, et particulièrement auprès de mon père, qui n'approuva point son idée, il la développa dans un opuscule qu'il dédia au général en chef de l'armée d'Italie...

Il est évident que c'est là un mauvais moyen, en ce qu'il s'oppose précisément à l'accomplissement de la condition principale de l'arrêt de l'hémorrhagie, la rétraction de l'utérus. Cependant cette idée a été renouvelée récemment dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine. Je ne sache pas que ce mémoire ait été l'objet d'un rapport.

Je reviens à une question plus importante. J'ai parlé de l'emploi des réfrigérants comme de l'un des moyens les plus efficaces, et auquel on devra le plus souvent avoir recours dans les cas qui nous occupent. Mais on comprend aisément les inconvénients qui pourraient résnlter de la persistance d'un pareil moyen s'il arrivait qu'on fût obligé d'y insister et de maintenir pendant un temps prolongé ces applications réfrigérantes. Il convient donc de cesser ces applications dès que l'hémorrhagie est arrêtée et de réchauffer les malades. Mais vous aurez le soin de les réchauffer sur place, sans les mouvoir, sans les changer de lit. Ce ne sera que plusieurs heures après la cessation complète de l'hémorrhagie, et même une journée après lorsque la perte aura été abondante, que vous pourrez sans crainte déplacer la malade et la placer dans un autre lit.

Quand pourrez-vous quitter la malade? L'hémorrhagie est arrêtée; pourrez-vous vous en aller après quelques minutes d'attente seulement? Non, gardez-vous en. Restez au moins une heure auprès d'elle; et même une heure n'est pas assez si vous demeurez loin de la malade, si c'est à la campagne, par exemple; car l'hémorrhagie peut reparaître dans le cours de la première et même de la deuxième heure ; et ce n'est que plusieurs heures après sa cessation complète que vous pourrez avoir quelque sécurité à cet égard. Il faudra donc, dans ce dernier cas, rester plus longtemps auprès de la malade.

Enfin, rappelez-vous qu'une femme récemment accouchée et qui vient d'avoir une perte n'est pas dans les conditions communes des nouvelles accouchées. Elle a presque toujours de la fièvre. Ne prenez pas cette fièvre pour le symptôme d'un état morbide ; c'est une fièvre de réaction, une fièvre salutaire. De plus, les femmes, à la suite de cet accident, sont ordinairement jetées dans un état de faiblesse extrême, ce qui se comprend aisément ; elles ont ordinairement aussi une céphalalgie intense. Je dirai de cette céphalalgie ce que je viens de dire de la fièvre ; ne prenez pas cela pour un symptôme morbide, et gardez-vous surtout de chercher à combattre ce symptôme par la saignée. Lorsqu'il y a peu de sang en circulation, que le sang est très appauvri, il y a une grande disposition aux congestions locales ; les femmes qui ont été en proie à une hémorrhagie utérine abondante sont à cet égard dans des conditions entièrement semblables à celles des sujets anémiques chez lesquels on voit souvent survenir des congestions cérébrales accusées par une céphalalgie intense. Or, dans ce cas, je vous le répète, gardez-vous de recourir à la saignée, car vous ne feriez qu'accroître le mal en augmentant la disposition aux accidents que vous vous proposeriez de combattre.

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 et 28 janvier.

HOPITAL DE LA GRAVE. — M. LAFORGUE.

Névrome du nerf cubital; extirpation suivie de guérison. Rétablissement de la sensibilité au moyen de l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne).

Malgré les progrès de l'anatomie pathologique, les lésions des nerfs sont loin d'être connues, et il n'est pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de compléter le cadre des altérations qui se produisent dans le tissu nerveux. De nombreuses lacunes existent dans cette partie de la science, et, pour ne parler que de la maladie qui fait le sujet de ce travail, combien on est peu fixé sur la nature et l'organisation de ces tumeurs qui se développent dans les nerfs, et auxquelles on a donné la dénomination générique de névromes! La composition de ces tumeurs est loin d'être identique, et lorsqu'on étudie les faits qui sont consignés dans les recueils scientifiques, on ne tarde pas à être convaincu que l'on a donné le nom de névrome à toutes les productions qui peuvent se développer dans les nerfs et former une tumeur, sans distinction des éléments morbides qui la constituent. De cette variété de composition, dont on n'a pas suffisamment tenu compte, sont nées les opinions divergentes des auteurs relativement à la nature des névromes. Considérées par les uns comme cancéreuses, ces tumeurs ne sont pour les autres que des productions fibreuses ou bien des kystes sans dégénérescence organique. Ces opinions diverses montrent déjà que les tumeurs qui prennent naissance dans les nerfs sont de nature variée, et que l'anatomie pathologique des névromes n'est pas encore établie sur un assez grand nombre de faits bien observés et examinés avec le soin qu'exigent de pareilles recherches.

On n'a pas du reste fréquemment l'occasion d'examiner des névromes profonds ayant leur siége dans de gros troncs nerveux. Les tumeurs névromatiques superficielles sont beaucoup plus communes; mais leur étude n'offre que peu d'intérêt, car le plus souvent ces tumeurs sont indépendantes des nerfs sur lesquels elles sont situées, et ce n'est que secondairement que le tissu nerveux est altéré. Il n'en est pas de même des névromes profonds qui ont une autre origine, et dont l'extirpation entraîne toujours l'excision d'une portion du nerf affecté. Le fait que je vais rapporter rentre dans cette dernière catégorie, et c'est un motif pour l'étudier avec quelque attention.

Dans le mois de juin 1852, la nommée Laffont (Marie), âgée de trente-quatre ans, se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, se plaignant d'une vive douleur dans tout le bras, et d'une faiblesse avec engourdissement de la main et des doigts. A l'examen du membre, je constatai à la partie supérieure et interne du bras droit l'existence d'une tumeur dure, très douloureuse au toucher, sans changement de couleur à la peau, et qui avait le volume d'une noix. Interrogée sur les circonstances qui avaient précédé et accompagné le développement de cette tumeur, la malade nous donna les renseignements suivants :

Il y a environ huit ans, elle s'aperçut qu'une petite grosseur ayant le volume d'un pois s'était formée dans le point où existe maintenant la tumeur. Elle ne se serait pas doutée de la présence de cette grosseur, profondément située dans les chairs, si elle n'avait ressenti une vive douleur dans certains mouvements forcés, et surtout lorsque son bras était comprimé par les vêtements. La malade n'a pas reçu de contusion sur le bras, et elle ignore complétement la cause qui a donné lieu à la formation de cette tumeur dans cette région. D'un tempérament nerveux très prononcé, elle a eu plusieurs fois des attaques hystériformes, et elle est sujette à des céphalalgies intenses qui paraissent de nature névralgique. Lorsque la malade s'est aperçue de la présence de la tumeur sa santé était bonne, et elle n'avait pas eu de crise nerveuse depuis plusieurs années.

Soumise à un travail assez pénible, obligée de lever quelquefois des poids lourds, elle ressentait de temps en temps des douleurs vives, mais passagères, dans le bras et dans la petite tumeur, dont le volume resta assez longtemps stationnaire.

Il y a quatre ans, la malade ayant été prise d'une forte céphalalgie, une saignée lui fut pratiquée au bras droit, siége de la tumeur. A la suite de cette saignée, dont la plaie se cicatrisa parfaitement, elle ressentit des douleurs vives et continues dans tout le membre, et il lui fut impossible de se servir de son bras pendant près de trois mois.

Il y a un an environ, cette fille se croyant toujours tourmentée par le sang, et n'étant nullement préoccupée de la petite grosseur du bras, sur laquelle son attention ne s'était pas fixée un seul instant, se fit pratiquer une nouvelle saignée au même bras, qui n'eut aucun effet fâcheux.

C'est seulement depuis quatre mois, d'après les dires de la malade, que la tumeur aurait pris un développement sensible; c'est du moins à partir de cette époque que Marie Laffont n'a pu continuer son travail, à cause des douleurs violentes qui étaient produites par le plus léger mouvement. Elle éprouve depuis lors des fourmillements dans la main, principalement du côté interne et dans les deux derniers doigts. Le moindre contact sur le bras éveille des douleurs vives, au point de faire pousser des cris à la malade, qui est obligée de porter continuellement son bras en écharpe; les contractions musculaires suffisent pour provoquer les douleurs. Cette fille est maigre, pâle, et sa figure altérée porte l'empreinte des souffrances qu'elle éprouve.

Le diagnostic de cette tumeur n'était pas douteux. Nous avions affaire à un névrome; mais il fallait déterminer le siége précis de l'affection. La malade étant décidée à subir une opération pour être débarrassée de son mal, nous la reçûmes dans le service chirurgical à l'Hôtel-Dieu.

La tumeur, avons-nous dit, avait le volume d'une grosse noix, et était située à la partie interne du bras, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen; très dure, elle était peu mobile, et il était facile de reconnaître qu'elle était profondément placée dans l'épaisseur du bras, et qu'elle était indépendante de la peau et de l'aponévrose. Située en dedans de l'artère, on sentait très distinctement les battements du vaisseau artériel en avant et un peu en dehors de la tumeur, qui ne participait nullement à ces battements. Sa consistance et sa dureté, qui étaient comme squirrheuses, éloignaient l'idée d'un kyste, et je m'arrêtai à la pensée que j'avais affaire à une tumeur ganglionaire développée sur le nerf cubital, dont la compression était la cause des douleurs avec engourdissement ressenties dans le bras et la main.

L'extirpation de cette tumeur me parut être le seul moyen à mettre en usage pour détruire un mal qui augmentait tous les jours et qui était devenu intolérable. Moyennant quelques précautions, cette extirpation me parut possible, quoique dans une région aussi importante que celle de la partie interne et supérieure du bras. Je la pratiquai le 24 juin 1852 en présence des élèves, et assisté de M. Dieulafoy, chef du service, et de plusieurs confrères.

La malade étant anesthésiée au moyen du chloroforme, son bras étant étendu et écarté du tronc, je pratiquai une incision longitudinale dans le grand diamètre de la tumeur, après avoir reconnu la situation de l'artère, qu'un aide intelligent devait surveiller; la peau étant incisée dans l'étendue de 6 centimètres, je dus diviser dans la même direction l'aponévrose, au-dessous de laquelle je trouvai une couche assez épaisse de tissu cellulaire. Dans ce moment, les battements de l'artère devinrent visibles sur le côté de la tumeur, et un aide fut chargé de placer son doigt entre la gaîne des vaisseaux et le névrome pour éviter que l'artère ne fût blessée dans la dissection profonde que j'étais obligé de faire pour isoler la tumeur. Il me fut facile de reconnaître que je ne pourrais l'énucléer ainsi que j'en avais eu l'espoir, et avec mon doigt je pus me convaincre que la tumeur était libre en arrière, mais qu'elle était adhérente en haut et en bas à un cordon nerveux, volumineux, qui n'était autre que le nerf cubital.

Ayant dénudé le nerf aux deux extrémités de la tumeur, je constatai que l'ablation de celle-ci ne pouvait se faire qu'en coupant le nerf cubital, très reconnaissable à sa couleur et à son volume, ainsi qu'à sa direction. Je ne balançai pas de faire cette section au moyen de ciseaux courbes, d'abord en haut, puis en bas, au-dessous de la tumeur, qui dès lors fut complétement enlevée. Après cette extirpation, assez difficile à cause de la profondeur de la plaie et de sa situation, les bouts du nerf sectionnés restèrent écartés de quatre centimètres environ l'un de l'autre. La gaîne des vaisseaux était intacte au fond de la plaie, qui n'avait presque pas fourni de sang. Aucun vaisseau important n'ayant été ouvert, il ne fut pas nécessaire de placer de ligature; les lèvres de la plaie furent réunies par trois points de suture et maintenues rapprochées.

La malade avait ressenti de vives douleurs dans la main et dans les deux derniers doigts lors de la double section du nerf cubital, l'action du chloroforme ne s'étant pas maintenue jusqu'à la fin de l'opération. Des opiacés furent administrés, et le membre fut placé sur un coussin et dans la demi-flexion.

Immédiatement après l'opération, il se manifesta une insensibilité complète des doigts auriculaire et annulaire, et du bord interne de la main droite, qui persista même après la cicatrisation de la plaie; les mouvements étaient conservés et à peu près aussi libres qu'avant l'excision du nerf cubital.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses; une partie de la plaie se réunit par première intention; la partie moyenne suppura pendant quelques jours, mais l'inflammation traumatique fut modérée.

Vingt jours après l'opération, la cicatrisation de la plaie était complète, et le 24 juillet Marie Laffont sortait de l'hôpital très satisfaite d'être délivrée de cette tumeur douloureuse, qui était depuis si longtemps la cause de vives souffrances.

Après cette opération, la malade a conservé une grande faiblesse dans le bras et la main, et les mouvements de tout le membre thoracique sont restés douloureux pendant quelque temps; ces douleurs se sont calmées sous l'influence des frictions avec la pommade au chloroforme, et la malade a pu se servir de son bras; mais l'insensibilité des deux derniers doigts a duré plus longtemps.

J'ai revu cette fille au commencement du mois de mars, et j'ai constaté qu'il existait à cette époque, c'est-à-dire huit mois après l'excision du nerf cubital, une insensibilité complète dans le doigt auriculaire, à tel point qu'on peut le piquer et le pincer sans exciter aucune sensation. Le doigt annulaire n'est insensible que dans son bord interne; la sensibilité est rétablie dans les autres points de la main où elle était primitivement abolie. Les mouvements de ces doigts sont conservés, seulement le petit doigt est porté dans l'abduction; la peau qui le recouvre est froide, violacée; ce doigt est comme mort, dit la malade, et il pèse beaucoup. Elle se plaint d'une douleur avec faiblesse dans le pouce, ce qui l'empêche de coudre et de tenir des objets d'un petit volume.

Pour rétablir la sensibilité et remédier à cet état pénible de paralysie incomplète des doigts, j'ai prié M. Guitard de soumettre ces parties à l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne), dans l'espoir que par l'électricité on pourrait rétablir l'action nerveuse des muscles. La malade a supporté vingt-huit applications du courant électrique par induction.

Après ce traitement, la sensibilité est en grande partie rétablie dans les doigts; l'auriculaire perçoit les sensations tactiles, qui étaient complétement perdues; la faiblesse des muscles n'a pas diminué d'une manière notable.

La tumeur que j'ai extirpée du bras de cette malade était un névrome développé dans le nerf cubital. Une dissection attentive de la pièce anatomique, qui a été déposée dans les collections de l'Hôtel-Dieu et qui a été mise sous les yeux des membres de la Société de médecine de Toulouse, a montré de la manière la plus évidente que cette tumeur était constituée par un kyste à parois très épaisses, développé dans l'intérieur du nerf et dans le tissu cellulaire qui unit les uns aux autres les petits cordons nerveux qui forment le nerf cubital. La cavité de ce kyste renfermait quelques gouttes de sérosité sanguinolente et une substance gélatiniforme recouverte d'un caillot de sang et adhérente d'une manière intime à la surface interne du kyste. Les parois du kyste étaient constituées à l'extérieur par une membrane blanchâtre présentant tous les caractères du névrilème, qui formait sur le kyste une tunique d'enveloppe. Au-dessous de cette membrane, il était facile de suivre plusieurs cordons nerveux, aplatis, divergents, longeant toute l'étendue du kyste et se continuant manifestement avec le tronc du nerf, dont une portion était adhérente aux deux extrémités de la tumeur par suite de la double section qui avait dû être faite dans la continuité du nerf cubital pour extirper la tumeur névromatique. Ces cordons nerveux étaient comme enchâssés dans les parois du kyste, et il était manifeste que ces cordons, résultant de l'épanouissement des filets, constituant le corps du nerf, écartés les uns des autres et étalés sur la tumeur, se réunissaient à l'extrémité inférieure du kyste pour reconstituer le corps du nerf.

Cette tumeur n'était donc autre chose qu'un kyste formé dans le tissu cellulaire qui unit les cordons nerveux multiples qui composent les nerfs, et cette poche en prenant du développement avait séparé et écarté les filets nerveux et distendu le névrilème qui lui servait d'enveloppe extérieure.

(*Gazette médicale de Toulouse*, janvier 1854.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 janvier 1854. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Epidémies. — 1° Un rapport de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle) sur une épidémie de fièvre catarrhale muqueuse qui a régné dans la commune de Chezeaux pendant les mois de mars et avril derniers.

2° Divers rapports du médecin des épidémies de l'arrondissement de Melun sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Chaumos, Crisenoy et Le Châtelet de mai en octobre derniers.

Eaux minérales. — 3° Un rapport de M. le docteur Zambert sur les eaux minérales de Guillon (Doubs) pour l'année 1853.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Nouveau procédé de ligature du tronc thoraco-brachial. — M. Bonnal, médecin-major à l'hôpital militaire de Toulon, soumet à l'examen de l'Académie un nouveau procédé de ligature du tronc thoraco-brachial. (Commissaires : MM. Malgaigne, Jobert.)

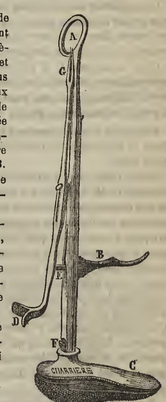
Nouvel amygdalotome fonctionnant à l'aide d'une seule main. — M. MAISONNEUVE soumet à l'examen de l'Académie un nouvel amygdalotome, et adresse sur ce sujet la note suivante :

Entre les mains des chirurgiens les plus habiles, l'amputation des amygdales est souvent une opération délicate, surtout quand les malades ne s'y prêtent qu'avec répugnance; aussi depuis longtemps a-t-on senti l'utilité des instruments qui rendent son opération plus rapide et plus simple.

L'amygdalotome de Fanestok a sous ce rapport rendu d'éminents services; malheureusement, il exige pour sa manœuvre l'emploi simultané des deux mains, de sorte que le chirurgien éprouve souvent de l'embarras à s'en servir quand le malade oppose la moindre résistance.

Nous avons pensé qu'on pourrait obvier à cet inconvénient en combinant le mécanisme de l'amygdalotome de manière qu'une seule main pût le manœuvrer facilement. Pour résoudre ce problème, nous avons fait appel à l'habileté de M. Charrière fils, qui a réalisé notre pensée de la manière la plus simple et la plus ingénieuse.

Cet instrument se compose :



D'une tige cylindrique longue de 30 centimètres, terminée en avant par un anneau ovoïde de 4 centimètres d'ouverture. Cette tige et cet anneau sont horizontalement fendus dans toute leur longueur en deux parties égales. Dans leur intervalle glisse une autre tige plate, terminée d'un côté par un anneau A tranchant dans sa concavité, de l'autre par une forte languette verticale B. Un manche volumineux C s'articule par un cliquet F à la tige cylindrique.

A la face supérieure de l'instrument est adaptée une tige accessoire, dont l'extrémité antérieure G se bifurque en forme de fourchette, et la postérieure, recourbée en haut, présente un demi-anneau D à surface rugueuse.

Enfin, à la face inférieure de cette même tige, existe une languette verticale E longue de 1 centimètre, qui glisse dans une rainure correspondante creusée sur la face supérieure du corps de l'instrument.

Pour se servir de cet instrument, le chirurgien le saisit de manière que son manche C appuie dans la paume de la main, où le fixent les deux derniers doigts. En même temps, l'index et le médius sont allongés pour saisir la languette ou détente verticale B, tandis que le pouce, fortement fléchi, appuie par son extrémité sur le demi-anneau D de la tige accessoire.

Dans cette position, l'instrument est porté dans la bouche, et par son anneau A embrasse l'amygdale malade; alors, en allongeant le pouce, le chirurgien fait glisser en avant la tige accessoire, dont la

fourchette G embroche la glande et l'écarte par un mouvement de bascule, pendant que l'anneau tranchant, devenu libre, est entraîné en arrière par la pression que les doigts index et médius exercent sur la détente verticale B, et coupe d'un trait l'amygdale à sa base.

Outre la facilité de sa manœuvre, cet instrument a l'avantage de se démonter avec la plus grande facilité.

M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres associés, M. Héricart de Thury.

Emploi du phosphate de chaux en médecine. — M. Mouriès répond à la réclamation que M. Piorry a adressée dans la dernière séance au sujet de sa communication sur le phosphate de chaux que, s'il n'a pas cité les travaux de ce savant professeur, c'est que, n'ayant ni le désir ni la possibilité d'étudier ce sel dans ses rapports avec la pathologie et la thérapeutique, il s'est exclusivement renfermé dans le domaine de la physiologie et de l'alimentation à l'état normal.

Procédé pour l'inhalation de l'iode. — M. Duroy adresse une note sur un procédé pour l'inhalation de l'iode, et demande que ce nouveau travail soit renvoyé à la commission qui s'occupe de son premier travail sur le même sujet. (Commission nommée.)

Folie à double forme, caractérisée par deux périodes régulières, l'une d'excitation et l'autre de dépression. — M. Baillarger lit un mémoire sur une variété spéciale de folie qu'il propose de désigner sous le nom de *folie à double forme*. Elle est caractérisée par deux périodes régulières, l'une d'excitation et l'autre de dépression.

Cette maladie se reproduit le plus souvent d'une manière intermittente.

La durée des accès est extrêmement variable. Il en est qui parcourent leurs deux périodes en huit jours, six jours ou même deux jours; d'autres accès se prolongent deux, trois, quatre mois. Les cas les plus nombreux sont peut-être ceux dont la durée est d'une année. La maladie passe alors six mois dans la dépression mélancolique et six mois dans l'excitation maniaque. La transition d'une période à l'autre est brusque et rapide dans les accès courts. Elle a lieu ordinairement pendant le sommeil. Dans les accès qui durent une année, la transformation des deux états se fait très lentement et par degrés insensibles. Il arrive même un moment où une sorte d'équilibre s'établit dans l'exercice des facultés intellectuelles, et le malade semble entrer en convalescence. Cependant, si le délire proprement dit a disparu, le retour à l'état antérieur est encore loin d'être complet. Quinze jours ou un mois plus tard, la seconde période éclate. Plus d'une fois, quand il s'agissait d'un premier accès, on a pris pour une convalescence réelle cet état de transition entre les deux périodes. Les malades sortis des hospices ont été presque immédiatement ramenés, en proie à une violente agitation maniaque. M. Baillarger signale plusieurs erreurs de ce genre; car on manque encore d'éléments certains de diagnostic pour prévoir la seconde période quand il s'agit d'un premier accès.

La durée des intermittences est très variable; elle peut être de quelques jours ou de plusieurs mois. Quelquefois les malades n'ont eu que sept ou huit accès dans l'espace de dix ou douze ans.

Quelquefois il n'y a pas d'intermittences, et les accès se succèdent sans interruption. La maladie peut alors être comparée à une longue chaîne dont chaque accès formerait un des anneaux. Les malades passent leur vie dans des alternatives régulières d'excitation et de pression, de tristesse et de gaieté, sans jamais s'arrêter à l'état d'équilibre qui constitue la santé.

Ce qui caractérise surtout la folie à double forme, ce qui sert à la distinguer des agitations irrégulières observées quelquefois au début, à la fin ou dans le cours de la mélancolie, ce sont les rapports d'intensité et de durée qu'on constate entre les deux périodes.

L'excitation maniaque est en effet d'autant plus violente que la dépression mélancolique a été plus profonde. Dans les accès très courts, la durée de chaque période est égale. Le même rapport existe encore, avec de légères différences dans les accès qui se prolongent plusieurs mois ou même une année.

Les symptômes dans la période maniaque consistent bien plus souvent en des impulsions instinctives qu'en des conceptions délirantes proprement dites : on observe la nymphomanie, le satyriasis, la dipsomanie, des impulsions continuelles à des actes de méchanceté.

Quant au traitement, M. Baillarger cite un cas dans lequel la saignée pratiquée plusieurs mois de suite au milieu des intervalles menstruels a fait cesser chez une jeune fille la période maniaque. Encore la période mélancolique a persisté et revient par accès.

Sur un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme. — M. Pau Broca lit une note sur un cas de mort survenu à la suite du cathétérisme utérin.

Séduit, comme tant d'autres, par les debors brillants de la nouvelle méthode, dit M. Broca, j'ai cru devoir y recourir trois fois. Plusieurs de mes malades présentaient des déviations utérines, et la plupart n'en souffraient pas; mais chez trois d'entre elles il y avait un cortége de symptômes assez sérieux pour légitimer l'intervention de l'art. Je résolus de faire profiter ces trois malades des bienfaits de la méthode Simpson, dont les succès nombreux n'étaient encore, à ma connaissance, contre-balancés par aucun revers.

Sur mes deux premières malades il ne survint aucun accident. L'une d'elles était atteinte d'antéversion, et l'autre de rétroflexion. Au bout d'une semaine, leur état n'avait encore subi aucune amélioration importante... Je ne puis dire ce qui serait advenu plus tard, car le traitement fut interrompu, les accidents développés sur ma troisième malade ayant brusquement diminué la confiance que m'inspirait la nouvelle méthode.

Voici l'histoire de cette troisième malade : *Antéversion; application de la sonde utérine réitérée chaque jour pendant cinq minutes. Le cinquième jour péritonite, puis un étranglement interne suivi de mort.*

(Nous publierons ce fait important avec les détails nécessaires dans un prochain numéro.)

M. VELPEAU demande à présenter quelques réflexions à l'occasion de la communication de M. Broca.

M. Broca a dit que j'avais eu la pensée de ce redresseur utérin, mais que je ne l'avais pas appliqué; il y a là une petite erreur, et c'est précisément parce que je m'en suis servi il y a quelque vingt ans que je sais à quoi m'en tenir là-dessus. J'ai appliqué à cette époque le cathétérisme utérin sur 5 femmes, et c'est parce que je n'ai pas eu lieu d'être satisfait du résultat que j'ai abandonné cette pratique. Sur ces 5 femmes, 3 n'éprouvèrent aucun accident, mais 2 eurent des accidents de métro-péritonite semblables à ceux dont on vient de nous entretenir. J'avoue qu'un pareil résultat pour une affection qui ne fait pas périr par elle-même les malades me fit peur. D'un autre côté, en y réfléchissant, j'ai reconnu depuis que cette opération n'avait pas de chances de succès. En effet, les déviations de l'utérus auxquelles on se propose de remédier par ce moyen sont en réalité irrémédiables. La matrice suspendue sur une sorte de toile mobile peut bien être redressée momentanément par l'action des instruments, mais c'est pour reprendre sa position vicieuse primitive sitôt qu'on a cessé l'usage des appareils redresseurs.

C'est donc parce que j'ai reconnu, d'une part, le danger de cette pratique et, d'autre part, le peu de chances de succès que j'ai dû y renoncer. Cependant, quand j'ai vu des observateurs aussi sérieux que MM. Simpson et Valleix venir affirmer qu'ils obtenaient de bons résultats, je me suis gardé de rien réclamer pour mon compte, mais j'ai voulu essayer de nouveau. Eh bien! je me suis assuré encore cette fois que, si quelques femmes se sont bien trouvées de ce moyen, d'autres ont éprouvé des accidents assez sérieux pour contre-balancer ces avantages dans mon esprit, d'autant plus, je le répète, que je ne crois pas que les avantages obtenus soient permanents. Je crois donc, en définitive, que c'est là une pratique qu'on ne doit point encourager.

M. MOREAU. Il y a une vingtaine d'années aussi environ que j'ai employé avec M. Amussat un moyen analogue à celui dont il vient d'être question. Ces manœuvres ont produit des résultats tels, que j'ai pensé dès ce moment que cette pratique avait plus d'inconvénients que d'avantages. Je pense donc, comme M. Velpeau, que c'est un moyen à abandonner, et je me félicite de ce que le mémoire que vient de nous lire M. Broca nous fournisse l'occasion d'examiner et de discuter plus tard cette question.

Iode. — M. Chatin lit la suite de ses recherches sur l'iode.

— L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre qui devra faire momentanément partie de la section d'anatomie pathologique pour l'examen des titres des candidats. Le membre élu est M. Grisolle.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 janvier 1854. — Présidence de M. COMBES.

Expériences prouvant qu'un simple afflux de sang à la tête peut être suivi d'effets semblables à ceux de la section du nerf grand sympathique. — M. Brown-Séquard présente sous ce titre le mémoire suivant :

« Dans le mémoire, dit l'auteur, que j'ai lu lundi dernier à l'Académie des sciences, j'ai rapporté tous les phénomènes découverts par moi ou par d'autres physiologistes après la section ou la galvanisation du nerf grand sympathique au cou, et j'ai annoncé que les résultats alors obtenus ne dépendaient pas de propriétés spéciales à ce nerf. Je viens aujourd'hui faire voir qu'un simple afflux de sang à la tête, occasionné par une cause tout autre que la section de ce nerf, y est suivi des mêmes effets.

» Après la section du nerf grand sympathique au-dessus du ganglion cervical supérieur, la portion périphérique de ce nerf (ainsi qu'il arrive pour tous les nerfs) perd ses propriétés vitales. Les effets durables qu'on observe après cette opération sont donc les conséquences de la paralysie, ou cessation d'action de ce nerf. Cette paralysie existant, il est tout simple que les vaisseaux sanguins que le nerf animait soient paralysés, et conséquemment qu'ils se dilatent. Leur dilatation ouvrant une plus large voie au sang, celui-ci y circule en plus grande abondance, et par suite on observe dans les parties alors abreuvées de suc nourricier une augmentation notable de vitalité. C'est par la même raison que, dans les expériences que je vais rapporter, un afflux de sang dû à une cause purement physique est suivi des mêmes effets.

» Si l'on prend un animal (surtout un lapin) par les deux membres postérieurs et qu'on le tienne suspendu la tête en bas, on observe une série de phénomènes presque identiques à ceux qui suivent la section du grand sympathique au cou.

» 1° La pupille se resserre presque autant qu'après la section de ce nerf, ou même qu'après l'ablation du ganglion cervical supérieur. Le resserrement s'opère d'abord très vite après le commencement de la suspension, et après deux ou trois minutes il s'augmente très lentement, et atteint son maximum vers la huitième minute. Dans quelques cas, je l'ai trouvé à ce moment aussi considérable, sinon plus, qu'après l'ablation du ganglion cervical supérieur chez les lapins. Si cette ablation a été faite avant la suspension, la pupille, déjà resserrée, se resserre encore davantage lorsqu'on suspend l'animal, et elle arrive à un degré excessif d'étroitesse. J'ai trouvé qu'après l'arrachement du nerf facial chez les lapins la pupille se resserre un peu, et j'ai vu que si, dans cette condition, l'animal est tenu la tête en bas, le resserrement de la pupille devient très considérable.

» Si l'on fait contracter les vaisseaux de la conjonctive et de l'iris par l'application de la belladone, que le grand sympathique soit coupé ou non, la pupille se dilate, mais plus vite cependant dans ce dernier cas que dans l'autre. Si, après que cette dilatation s'est opérée, on tient l'animal suspendu la tête en bas, dans les deux cas, la pupille ne se resserre pas d'une manière manifeste.

» 2° Les muscles droit interne, droit inférieur et oblique inférieur se contractent, et le globe oculaire est tiré en dedans et en bas. De plus, par l'action de l'oblique inférieur, il roule autour de son axe médian (du centre de la cornée au centre de la rétine). Quelquefois la troisième paupière fait saillie jusque sur la cornée, par suite de la rétraction du globe oculaire. Les paupières se ferment à demi ou aux trois quarts; ordinairement un peu plus qu'après la section du grand sympathique. Les muscles des lèvres et des narines sont aussi contractés; quelquefois ils sont le siége de tremblements plus ou moins forts.

» 3° Un larmoiement manifeste existe, comme après la section du sympathique.

» 4° Les vaisseaux sanguins (les artères comme les veines) se dilatent notablement.

» 5° La température des narines, de la bouche et surtout des oreilles s'augmente notablement. Dans un cas j'ai vu, après dix minutes de suspension, la température de l'oreille d'un lapin s'élever de 26 1/2 à 37° cent., l'air ambiant étant à 9°. Sur un autre lapin, chez lequel le ganglion cervical supérieur du côté droit avait été extirpé, j'avais trouvé, avant de suspendre l'animal, 35° cent. dans l'oreille droite et 27° dans l'oreille gauche. Après dix ou douze minutes de suspension, je trouvai 38° dans l'oreille droite et 33° dans l'oreille gauche. Cinq minutes plus tard, cette dernière oreille avait gagné 2° 1/2, l'autre était stationnaire. Dans une autre expérience sur un lapin très vigoureux, sur lequel j'avais arraché le nerf facial du côté droit, l'oreille paralysée était à 34°, et l'oreille saine à 30° seulement. Après dix minutes de suspension, l'oreille paralysée était à 38° 1/2, et l'oreille saine à 36°. L'air ambiant était à 14°, et la température de l'animal, prise dans le rectum, était à 39° 1/2.

» En général, la suspension est suivie, en huit ou dix minutes, d'une augmentation de température aussi grande que celle qui suit l'ablation du ganglion cervical supérieur.

» 6° La sensibilité de la face et des oreilles augmente manifestement. Il paraît en être de même de la sensibilité de la rétine et de la sensibilité auditive. Cependant, l'état d'émotion de l'animal pendant la suspension et aussitôt après ne me permet pas de décider positivement s'il en est ainsi à l'égard de la sensibilité auditive; mais quant à la rétine, il paraît plus certain qu'elle devient plus sensible; car si on tue l'animal, on voit que les mouvements de l'iris consécutifs à l'excitation de cette membrane nerveuse par une vive lumière durent plus longtemps qu'à l'ordinaire.

» 7° Si l'on asphyxie deux animaux aussi semblables que possible l'un à l'autre, l'un d'eux ayant été suspendu pendant un quart d'heure, l'autre n'ayant point été suspendu, on trouve que les mouvements volontaires respiratoires, convulsifs et réflexes cessent plus tard chez le premier que chez le second. Il en est de même quant à la durée des propriétés vitales de l'iris, des muscles et des nerfs moteurs de la tête; mais c'est surtout l'irritabilité musculaire qui dure notablement plus chez l'animal qui a été suspendu. J'ai vu dans un cas cette propriété vitale durer une heure de plus après la mort chez un lapin qui avait été suspendu vingt minutes que chez un autre qui n'avait point été suspendu.

» 8° La rigidité cadavérique se montre plus tard et dure plus longtemps dans les muscles de la tête chez les animaux tués sans avoir été suspendus de dix à vingt minutes, que chez ceux qui ont été tués sans avoir été suspendus du tout. De plus, la putréfaction, comme la rigidité, survient aussi plus tard et paraît être plus lente à s'achever.

» Ces résultats d'un simple afflux de sang à la tête produit par une cause purement physique ressemblent tellement à ceux qu'on observe après la section du grand sympathique au cou, que je crois pouvoir conclure que les effets de cette section sur l'iris et sur la température de la tête ne dépendent pas des causes qu'on leur a assignées. Ces effets, de même que les autres, paraissent dépendre directement ou indirectement de la quantité de sang qui circule dans la tête.

» Dans un autre mémoire, je donnerai de nouvelles preuves à l'appui de cette conclusion. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le *Moniteur* publie une liste des personnes autorisées à porter des décorations étrangères; nous avons remarqué parmi elles MM. les docteurs Clot-Bey et Ricord.

M. Clot-Bey est autorisé à porter la croix de chevalier de l'ordre de Grâce de Constantinien des Deux-Siciles, celle de commandeur de l'ordre de Sainte-Isabelle-la-Catholique, celle de 2e classe de l'ordre de l'Aigle rouge de Russie, et celle de 1re classe de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie et de chevalier des Saints-Maurice et Lazare de Sardaigne.

M. Ricord est autorisé à porter la croix de chevalier de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique, de chevalier de l'ordre du Christ (Portugal), de chevalier des Saints-Maurice et Lazare, et la croix de 2e classe de l'ordre du Nichan-Iftihar.

— L'ouverture projetée de trois pavillons à l'hôpital La Riboisière va encore être ajournée, par suite d'un accident arrivé aux calorifères, qui ne peuvent fonctionner quant à présent. Ce retard est d'autant plus regrettable que le nombre des maladies aiguës, telles que bronchites, rhumatismes, fièvres typhoïdes, est assez considérable, et que le Bureau central est contraint, faute de lits disponibles, de refuser chaque jour l'admission d'un grand nombre de malades.

— Quelques cas de choléra se sont encore présentés dans les hôpitaux et en ville du 23 au 31 janvier. On en a compté six dans les hôpitaux; la moitié s'était déclarée dans l'intérieur.

Du reste, il n'y avait plus que 52 malades en traitement. Depuis le commencement de l'épidémie, sur 980 cas en tout, 503 malades sont sortis guéris, et le nombre des décès a été de 453.

Espérons que l'approche du printemps ne réveillera pas l'activité de ce visiteur dangereux, et que, comme plusieurs autres villes, Paris cette année en sera quitte pour les ravages bornés qu'il a exercés jusqu'ici.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la GAZETTE DES HÔPITAUX sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Maladies de l'Algérie. — Des causes, de la symptomatologie, de la nature et du traitement des maladies endémo-épidémiques de la province d'Oran, par M. le docteur Aug. HASPEL, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon. — 2 vol. in-8°. Prix : 12 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 15. — SAMEDI 4 FÉVRIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 15. — SAMEDI 4 FÉVRIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du rachitisme. — De la confusion qui est faite encore entre le rachitisme et les affections qui en diffèrent essentiellement. — Ses caractères les plus généraux.

Deux malades atteints de rachitisme et qui ont succombé dans le service de M. Gendrin à des affections intercurrentes ont fourni l'occasion au savant médecin de la Pitié de tracer avec cette netteté et cette abondante facilité qui lui sont habituelles l'histoire étiologique et symptomatique du rachitisme. Nous n'avons pas ici l'intention de reproduire ces leçons, qui pourront d'ailleurs trouver place plus tard dans nos colonnes; mais nous voulons, à notre tour, et sous toutes réserves, saisir aussi cette occasion pour apprécier la portée de quelques-unes des propositions que nous avons entendu émettre au professeur, et pour rectifier quelques inexactitudes, osons dire le mot, quelques erreurs qui nous ont paru se glisser dans sa savante exposition.

Il est en pathologie certains ordres de faits, certaines catégories de maladies qui, par cela même qu'ils sont restés longtemps confinés dans le cercle d'une spécialité, semblent échapper à l'observation commune, et ne parviennent à faire partie des connaissances vulgaires que longtemps après que leur notion scientifique a été formulée. C'est ce qu'on a fréquemment l'occasion de constater en ophthalmologie, par exemple. Nous en pourrons dire aujourd'hui autant du rachitisme.

Malgré les belles recherches dont cette maladie a été l'objet dans ces quinze ou vingt dernières années, recherches qui en ont fixé l'étiologie et la symptomatologie différentielle d'une manière qui nous paraît péremptoire, il s'en faut que ces notions soient devenues vulgaires et que la confusion qu'elles ont eu pour objet de dissiper ait cessé d'exister encore dans beaucoup d'esprits, et des meilleurs. Ce sont là les réflexions que nous a suscitées l'audition d'une des leçons de M. Gendrin.

Pour ne pas rester dans les termes vagues d'une critique générale, nous allons rappeler quelques-unes des propositions qui nous ont plus particulièrement frappé.

Le rachitisme, pour M. Gendrin, serait (comme il a été longtemps et comme il était encore pour la plupart des médecins avant les travaux auxquels nous venons de faire allusion) toute espèce de déformation du rachis par ramollissement du tissu osseux ou autrement, arrivant n'importe à quel âge, à l'âge adulte comme dans l'enfance, ou même pendant l'existence intra-utérine. Il comprendrait ainsi toutes les déformations de la colonne vertébrale, à l'exception d'une seule toutefois, la déformation due au mal de Pott. En effet, dans le diagnostic différentiel qu'a tracé M. Gendrin, les déformations du rachis dépendant soit de la tuberculisation ou de la carie des vertèbres ont été très soigneusement distinguées, dans leurs causes et dans leurs caractères, d'avec les déformations rachitiques. Mais là s'est bornée sa distinction; et plus le professeur a insisté sur cette distinction, plus nous sommes fondé à considérer comme complète et générale la confusion qui subsiste dans son esprit entre les diverses autres causes et les autres formes corrélatives des déformations du rachis. Les déviations qui surviennent à l'âge de l'adolescence, chez les jeunes filles plus particulièrement, sous l'influence d'un accroissement rapide disproportionné, et du défaut d'équilibre qui résulte de ce développement irrégulier entre les divers éléments du squelette et les agents de la locomotion; celles qui résultent des rétractions musculaires actives; les déviations qui se manifestent à l'âge adulte par suite d'un ramollissement spécial du tissu osseux, ramollissement qui n'a dans ses causes aucune analogie avec celles du rachitisme et dans ses manifestations aucune ressemblance réelle avec cette affection; enfin les innervations séniles seraient ainsi confondues sous la désignation commune de rachitisme. Le rachitisme serait donc une affection de tous les âges, une affection susceptible de durer toute la vie, de se manifester à diverses époques, et après être restée en quelque sorte plus ou moins longtemps assoupie dans l'économie, sous l'influence de toutes les causes débilitantes. Enfin les causes de cette affection seraient des plus variées, quoique se résumant en général dans le fait d'un vice de nutrition ou de plasticité des os, sous la dépendance de toutes les conditions de débilitation. D'après cette définition, la cachexie rachitique et la cachexie scrofuleuse auraient entre elles une étroite affiliation.

Telle est à peu près, et dans ses termes les plus généraux, la théorie émise par M. Gendrin.

Or, s'il est un fait démontré aujourd'hui (et ce fait ressort de la manière la plus évidente des nombreux travaux et des recherches multipliées dont cette maladie a été l'objet depuis un certain nombre d'années, ainsi que nous le rappelions tout à l'heure), c'est que le rachitisme est une affection exclusive à l'enfance, affection parfaitement déterminée par l'observation et par les expériences dans ses causes générales, dans ses évolutions, ses caractères propres et distinctifs, et dans les phénomènes anatomiques ou les modifications intimes de texture du système osseux qui le constituent. On ne s'attend pas à ce que nous développions ici cette proposition, et à ce que nous tracions à notre tour l'histoire du rachitisme. Mais puisque des notions que nous devions supposer aujourd'hui acquises par tout le monde paraissent encore assez méconnues pour qu'un médecin éminent et dont l'enseignement jouit d'une si juste autorité se fasse encore l'écho de vieilles erreurs depuis longtemps réfutées, on voudra bien nous permettre, pour nous résumer, de rappeler quelques-unes des propositions qui servent de conclusion à un mémoire publié en 1839 par M. J. Guérin sur ce sujet.

Le rachitisme est une *maladie générale de l'enfance*, caractérisée par une altération ou perversion, et même la suspension du travail de développement et de réparation de l'organisme, et principalement du système osseux, dont les déformations se développent successivement de bas en haut et à des degrés qui sont en rapport avec cet ordre de développement; ce qui, indépendamment d'autres caractères, fournit au diagnostic un des éléments les plus précieux. Les difformités du rachis qui arrivent vers l'âge de la puberté et toutes celles qui n'ont pas été précédées de déformation des membres inférieurs, ne sont point de nature rachitique.

Enfin, le rachitisme est une affection *essentiellement différente des scrofules ou de l'affection tuberculeuse des os, ainsi que de toutes les espèces de ramollissements des os qu'on observe chez les adultes.*

Nous nous bornons pour le moment à reproduire ces propositions fondamentales de l'histoire du rachitisme, dont nous avons été à même de vérifier l'exactitude par de nombreuses observations, nous réservant de les reprendre et de les développer ultérieurement s'il y a lieu.

Du poids des nouveau-nés au point de vue médico-légal.

Une femme est accouchée à la Clinique, à terme, d'un enfant qui a frappé à la fois tous les assistants par le contraste de sa petitesse et de son poids avec l'état de développement parfait de la peau et de ses annexes et l'éclat de ses yeux. L'enfant pesé, on a constaté que son poids n'était que de 1,200 grammes au lieu de 3,000 à 3,500, qui est le poids moyen des enfants nouveau-nés. Un premier doute se présentait à l'esprit. Cet enfant était-il réellement venu à terme? Les réponses de la mère à cet égard étaient on ne peut plus précises : elle faisait remonter au mois d'avril dernier le début de sa grossesse, et rien ne semblait devoir faire suspecter sa déclaration; aucun intérêt ne pouvait la porter à dissimuler. D'un autre côté, l'aspect et l'attitude de l'enfant, le développement parfait de toutes ses parties, tout indiquait chez lui un enfant venu à terme, mais d'une petitesse et d'un poids insolites. Il restait à chercher quelle pouvait être la cause de cet arrêt dans le développement de la taille de cet enfant, quand toutes ses parties présentaient d'ailleurs les rapports de volume et tous ses tissus le degré de développement qu'ils doivent avoir au terme normal de la grossesse. La cause de cette petitesse ne pouvait résider que dans le placenta; c'était là au moins qu'il fallait la chercher. En effet, M. P. Dubois s'étant fait présenter le placenta de cette femme, voici dans quel état il l'a trouvé et ce qu'il a fait constater à toutes les personnes qui assistaient à la clinique.

Le placenta présentait une altération qui occupait près des deux tiers de son étendue. Dans un tiers environ de sa circonférence, il avait été le siége d'épanchements dont le résultat définitif avait été une induration complète de son tissu, qui le rendait entièrement inapte dans toute cette étendue à remplir ses fonctions. Une altération semblable, mais moins avancée, occupait environ un autre tiers de l'organe, et, bien que l'induration ne fût pas aussi complète dans ces points, elle était assez prononcée cependant pour que la circulation y fût également nulle; de sorte que près des deux tiers de ce placenta ne fonctionnaient plus du tout depuis longtemps, et que l'enfant, pendant les dernières périodes de la grossesse et peut-être même pendant toute sa durée, n'avait reçu les matériaux nutritifs que d'environ un tiers du placenta au lieu de les recevoir du placenta tout entier.

Ce fait, indépendamment de l'intérêt qu'il présente au point de vue physiologico-pathologique, a un intérêt médico-légal. Si l'on avait à déterminer si un enfant qui ne pèse que 1,200 grammes est ou non un enfant à terme, au premier abord on serait porté à résoudre la question négativement, et l'on pourrait, comme on vient de le voir par cet exemple, qui n'est pas unique et qui s'est reproduit plusieurs fois à la Clinique, être induit en erreur si l'on ne considérait que le poids de l'enfant comparé au poids moyen des enfants nés à terme. Lorsque avec un poids inférieur au poids moyen coïncide un développement régulier d'ailleurs de toutes les parties, on peut considérer l'enfant comme étant venu à terme; mais dans ce cas il faut chercher dans le placenta la cause de la petitesse du volume de cet enfant.

Une autre circonstance se présente très fréquemment et s'est présentée au moment même où se passait le fait que nous venons de rapporter. Une femme, qui venait d'accoucher d'un enfant pesant 3,100 grammes, très bien développé et d'une belle apparence, a assuré qu'elle n'était pas à terme, qu'elle n'avait pu devenir enceinte qu'au mois de juin, que son enfant n'avait par conséquent que sept mois. Quel peut être le motif qui porte cette femme à dissimuler l'époque réelle de la fécondation? On l'ignore. Mais en présence de cette double circonstance d'un enfant bien développé, dont toutes les parties présentent le degré de formation normale et pesant plus de 3,000 grammes, M. P. Dubois n'hésite pas à croire que cet enfant est venu à terme et que la mère se trompe ou a intérêt à tromper.

A cette occasion, M. Paul Dubois a raconté l'anecdote suivante :

Il y a quelques années, un étudiant en médecine étranger alla le consulter sur cette question délicate : une jeune fille, devenue enceinte par son fait, pensait-il, venait de mettre un enfant au monde. Il voulait faire dans cette circonstance ce que son devoir et sa délicatesse exigeaient. Mais un scrupule l'arrêtait. Si l'enfant était de lui, il ne devait avoir que sept mois; s'il avait plus de sept mois, il ne pouvait pas être de lui. Dans le premier cas, il était disposé à reconnaître l'enfant et à le prendre à sa charge; dans le second cas, il croyait devoir se borner à donner une indemnité à la jeune fille. M. Dubois, s'étant fait présenter l'enfant et l'ayant trouvé normalement développé et pesant plus de 3,000 grammes, n'hésita pas à répondre à l'étudiant qui le consultait : Vous pouvez vous borner à donner une indemnité.

Ectropion de l'œil gauche. — Examen des diverses opérations proposées pour remédier à cette difformité. — Application de la méthode imaginée par M. Maisonneuve, et que l'on peut désigner sous le nom de méthode par ankyloblépharon artificiel.

M. Nélaton a pratiqué ces jours derniers dans l'amphithéâtre de la Clinique une opération délicate sur l'issue probable de laquelle l'expérience n'a pu fournir encore des données suffisantes et dont le résultat définitif ne pourra guère être constaté avant un an d'ici. Voici de quoi il s'agit :

Un jeune homme d'une vingtaine d'années est entré dans le service de la Clinique pour un ectropion sur l'origine duquel il ne peut donner aucun renseignement précis. La seule chose dont il est certain, c'est que son infirmité date de sa première enfance. Quoi qu'il en soit, cet ectropion est un des plus étendus et des plus considérables qu'il nous ait été donné d'observer. Il comprend la paupière supérieure dans toute son étendue, de la commissure interne à la commissure externe, et l'extroversion est telle que le bord ciliaire de la paupière est appliqué sur le rebord orbitaire. Il n'y a presque qu'un espace linéaire entre ce bord et le sourcil. La conjonctive est presque tout entière à découvert; le cartilage tarse est complétement renversé, son bord inférieur regardant en haut et le bord supérieur en bas. Cette difformité, indépendamment de ce qu'elle a de hideux, entraîne à sa suite de graves inconvénients pour l'œil, qui serait menacé d'une destruction complète et prochaine si l'on n'y apportait un prompt remède. Or, quel remède apporter à une difformité aussi étendue et aussi ancienne? La chi-

rurgie est en possession de plusieurs méthodes anaplastiques. Mais laquelle de ces méthodes était applicable dans cette circonstance ? C'était ce qu'il importait d'examiner avant de fixer son choix.

Le procédé de Celse, le plus ancien et en même temps le plus simple, qui consiste à diviser la bride cicatricielle par des incisions transversales, eût été ici évidemment insuffisant; il n'y avait pas à y songer. Plusieurs procédés autoplastiques se présentaient : en premier lieu, celui de Warther Jones, qui consiste, après avoir enlevé la cicatrice et régularisé la plaie, qui doit être réparée par le lambeau, à pratiquer deux incisions partant l'une et l'autre des extrémités de la paupière pour se réunir à angle aigu à une certaine distance du bord libre palpébral, puis à détacher en partie le lambeau triangulaire qui résulte de ces deux sections, en commençant par son sommet jusque vers la partie moyenne de sa hauteur, et à faire glisser ce lambeau à l'aide d'une traction exercée sur le bord libre de la paupière de manière à reconstituer une nouvelle paupière. Ce procédé n'était pas applicable, à cause du trop peu d'étendue de la portion cutanée de la paupière. Emprunter un lambeau temporal d'après le procédé imaginé et mis en pratique par Dieffenbach présentait ici des difficultés particulières qui n'eussent pas permis de compter sur le succès d'une pareille entreprise. Les mêmes raisons s'opposaient à l'emploi du procédé de Fricke, qui, comme on le sait, est basé à peu près sur les mêmes principes que celui de Dieffenbach.

On a proposé encore un autre procédé, qui consisterait à faire une incision courbe en rapport avec la courbure du bord palpébral, à disséquer la paupière de manière à la dédoubler, et à obtenir ainsi une sorte de pont que l'on abaisserait jusqu'au point nécessaire pour recouvrir le globe oculaire. Cela fait, on fixerait cette nouvelle paupière au moyen d'un certain nombre de points de suture fixés à la joue, ou bien au moyen de bandelettes agglutinatives.

Ce procédé n'aurait pas plus de chances de succès que les autres, et cela par une raison qui leur est commune à tous, c'est la nécessité de maintenir les parties déplacées dans leurs nouveaux rapports à l'aide de sutures qui peuvent à peine rester en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, laps de temps évidemment insuffisant pour obtenir une adhésion solide. Il a donc fallu également renoncer à ce moyen.

En présence de semblables difficultés, il a paru à M. Nélaton qu'il n'y avait qu'une seule méthode applicable dans l'espèce, c'est celle qu'a imaginée et exécutée M. Maisonneuve dans une circonstance tout à fait analogue. Cette méthode consiste, après avoir sectionné et disséqué la face cutanée de la paupière rétractée, de manière à pouvoir l'abaisser jusqu'au niveau de la paupière inférieure, à faire adhérer ensemble ces deux paupières au moyen d'une sorte d'ankyloblépharon artificiel, jusqu'à ce que la cicatrisation ait comblé les vides faits par la dissection et reconstitué une paupière nouvelle.

Voici, du reste, pour rendre plus intelligibles le but et la mise en œuvre de cette méthode, de quelle manière M. Maisonneuve a conçu et exécuté cette opération.

Ayant commencé par diviser préalablement dans toute son étendue le tissu cicatriciel, il aviva le bord palpébral de l'une et de l'autre paupière, en laissant toutefois vers l'angle interne de l'œil un espace libre suffisant pour l'écoulement des larmes; puis, ayant rapproché les bords ainsi avivés, ce qui avait été rendu facile par la section de la cicatrice, il les réunit par une suture; l'occlusion forcée des paupières par l'adhésion de leurs bords fut maintenue pendant plusieurs mois, afin de laisser au nouveau tissu cicatriciel de la paupière le temps d'opérer son mouvement de retrait. Enfin, le laps de temps jugé suffisant étant écoulé, on sépara les deux paupières artificiellement soudées, et l'on put constater alors que la paupière supérieure recouvrait suffisamment le globe de l'œil.

Tel est le procédé ingénieux que M. Maisonneuve a mis en pratique dans un cas analogue à celui qui nous occupe. Mais malheureusement le succès n'a pas répondu tout à fait à l'attente du chirurgien; la cicatrice, dont la rétraction n'était qu'incomplétement opérée au moment où l'on a détruit l'adhésion des paupières, s'est rétractée encore après cette séparation, au point que la difformité s'est reproduite. De sorte que la guérison, que l'on avait pu un instant se croire fondé à considérer comme définitive, n'a été réellement que temporaire. L'adhésion des paupières n'avait pas été maintenue pendant un temps suffisant.

Toutefois, malgré cette chance défavorable, ou plutôt précisément parce qu'il a été suffisamment averti par le fait de M. Maisonneuve de la cause de cet insuccès, et qu'il devenait possible de l'éviter en prenant les précautions dont l'expérience venait de lui révéler l'utilité, c'est-à-dire en maintenant l'adhésion des paupières pendant un laps de temps beaucoup plus prolongé, M. Nélaton s'est décidé pour cette méthode, qu'il a immédiatement appliquée. Il ne pouvait être arrêté dans cette entreprise par l'inconvénient qu'on pourrait justement reprocher d'ailleurs dans toute autre circonstance à cette opération, de substituer à la difformité d'une seule paupière une difformité portant sur les deux paupières, et qui résulterait de la lésion des glandes de Meïbomius et des bulbes pileux, produite par l'avivement des bords palpébraux; car, quelque fondée que peut être cette crainte, elle ne pouvait être mise en balance avec ce qu'avait à la fois de hideux et de compromettant pour le salut de l'œil la difformité à laquelle il s'agissait de remédier. Voici en conséquence comment M. Nélaton a procédé à cette opération, en présence de ses élèves.

Le malade ayant été plongé dans l'anesthésie, M. Nélaton a commencé par pratiquer une large section transversale de la paupière immédiatement au-dessous du sourcil, comprenant toute sa longueur ; puis il a disséqué cette paupière de manière à détacher toute la surface cutanée des places profondes, et à la faire glisser ensuite en l'abaissant jusqu'à ce que son bord inférieur arrivât au niveau du bord libre de la paupière inférieure. Cela fait, les bords libres des deux paupières furent rafraîchis à leur partie moyenne dans une étendue d'un centimètre et demi environ, et maintenus en contact au moyen de trois points de suture ; et pour prévenir la rétrocession du cartilage tarse et le maintenir dans ses nouveaux rapports, on le traversa de part en part par une épingle à insecte fixée à la paupière inférieure.

Une fois l'adhésion des bords libres des paupières obtenue, ce qui sera l'affaire de quelques jours, l'intention de M. Nélaton est de laisser subsister cette adhérence pendant un temps suffisant non-seulement pour qu'un travail cicatriciel ait comblé les surfaces dénudées, mais encore pour que cette cicatrice ait complétement opéré son mouvement naturel de retrait, et qu'une fois la séparation faite des deux paupières la paupière de nouvelle formation conserve indéfiniment les dimensions qui lui auront été données et ne soit plus exposée à subir une nouvelle rétraction. Or, d'après l'expérience acquise sur la durée du pouvoir rétractile des cicatrices, M. Nélaton n'évalue pas à moins d'une année le temps durant lequel il faudra maintenir les paupières adhérentes.

Nous prenons acte de ce fait pour en constater en temps et lieu le résultat.

Extrait d'aconit dans les névralgies faciales périodiques.

Les névralgies périodiques cèdent ordinairement au sulfate de quinine; quelquefois cependant elles se montrent, malgré leur périodicité bien tranchée, rebelles à cet agent.

Il s'est présenté dernièrement dans le service de M. Aran, à l'Hôtel-Dieu, deux cas de ce genre très concluants au point de vue de l'utilité de l'extrait d'aconit contre les névralgies périodiques. Le premier, homme de cinquante-trois ans, avait été déjà atteint à deux reprises différentes d'une névralgie sus-orbitaire, pour la première fois en 1839 (la névralgie avait son siége à gauche, et elle résista vingt deux jours à des applications de sangsues, de glace et de vésicatoires), pour la seconde fois en 1849 (cette fois elle avait son siége à droite; après avoir été combattue sans succès par les saignées et les vésicatoires, la névralgie finit par céder au sulfate de quinine).

Le 20 octobre dernier, sans cause connue, le temps étant froid et humide, le malade fut repris de la névralgie sus-orbitaire et de nouveau à droite. D'abord assez supportables, les douleurs ne tardèrent pas à augmenter d'intensité et surtout à se régler périodiquement. Telle était leur intensité que le 24 octobre le malade demanda son entrée à l'Hôtel-Dieu.

A cette époque, les douleurs névralgiques étaient parfaitement réglées dans leur retour : toutes les nuits, à deux heures du matin, elles commençaient et augmentaient peu à peu d'intensité, pour diminuer ensuite et disparaître vers onze heures du matin. Pendant l'accès, les douleurs étaient atroces; le malade restait immobile, ne parlant pas, dans la crainte d'augmenter ses souffrances; l'œil droit était à demi fermé et larmoyant, des élancements parcouraient douloureusement le front et la tête, et des irradiations douloureuses se répandaient dans la face jusque dans les dents.

Après un jour de repos à l'hôpital, l'extrait d'aconit fut administré à ce malade à très haute dose, l'extrait d'aconit de la pharmacie de l'hôpital étant d'une activité assez médiocre. Huit pilules d'extrait d'aconit de 5 centigrammes furent données dans les vingt-quatre heures à trois heures d'intervalles; le malade les supporta très bien ; mais l'accès revint à la même heure et aussi intense. Nouvelle et semblable dose le 27. Cette fois l'accès fut retardé et sa durée diminuée (à huit heures du matin il avait disparu).

Le 28, la dose d'extrait d'aconit fut portée à dix pilules et le lendemain à douze. Pendant trois jours encore, on continua à la même dose.

Le 2 novembre, le malade n'en prit pas par erreur, et le 3 on revint encore à douze pilules, mais ce fut pour la dernière fois. Le retard et le raccourcissement des accès qui s'étaient montrés dès la deuxième dose ne firent que se confirmer davantage à partir de la troisième et de la quatrième. Après la cinquième dose, l'accès ne reparut plus.

Le malade est resté en observation jusqu'au 4 novembre; il est sorti parfaitement guéri à cette époque.

Dans un second cas, chez un charron âgé de vingt-quatre ans, la névralgie faciale, également sus-orbitaire, mais du côté gauche, s'était montrée pendant quelques jours à onze heures du soir; mais une fois à l'hôpital, et il y entra cinq jours après le début de la névralgie, les accès se montrèrent vers sept heures du matin.

Du 15 au 21 décembre, le malade prit un vomitif et un purgatif pour combattre un embarras gastrique dont il était affecté. Les douleurs névralgiques ayant résisté à ce traitement et au repos, l'extrait d'aconit fut administré, le 21, à la dose de quatre pilules de 5 centigrammes chacune, et continué à la même dose le 22 et le 23.

Le 24 et le 25, la dose des pilules fut portée à six. Les douleurs furent calmées immédiatement et réduites à très peu de chose, mais sans disparaître complétement. Cependant le 25 elles étaient presque nulles, et le 26 le malade, se trouvant très bien, quitta l'hôpital.

Nous ne ferons qu'une seule réflexion, dit M. Debout, à qui M. Aran doit le conseil d'avoir employé l'aconit, mais cette réflexion nous paraît de la plus haute importance ; c'est qu'il y aurait les plus grands dangers à administrer l'extrait d'aconit à une dose aussi élevée que cela a été fait par M. Aran, si cet extrait était bien préparé et jouissait, par conséquent, d'une activité convenable. La dose de 10 centigrammes en quatre ou six pilules ne nous paraît pas devoir être dépassée en commençant; mais on peut certainement aller beaucoup au delà, graduellement, et en suivant attentivement les effets du médicament.

MÉMOIRE SUR LA GLYCÉRINE

et ses applications aux diverses branches de l'art de guérir,

Par M. P.-A. Cap.

Notre savant confrère M. Cap vient de lire à l'Académie de médecine un travail fort intéressant, et qui est appelé à jeter un jour tout nouveau sur les propriétés du *principe doux des huiles*, découvert par Scheele, et auquel les chimistes modernes ont donné le nom de *glycérine*.

M. Chevreul a démontré depuis longtemps que les corps gras, à très peu d'exceptions près, devaient être considérés comme des combinaisons d'acides gras anhydres avec la glycérine, également anhydre, et faisant fonction de base. Vient-on à traiter ces espèces de sels par la potasse ou la soude en solution aqueuse, on déplace la glycérine, qui se dissout dans l'eau en même temps que les acides gras se combinent à l'alcali pour former de véritables savons. Or, la glycérine hydratée est un corps neutre, insipide, incolore; en un mot, sans fonctions chimiques bien arrêtées. Aussi n'a-t-elle excité de la part des chimistes et des industriels qu'un très médiocre intérêt. Ce n'est certes pas un des moindres mérites du travail de M. Cap que l'habileté avec laquelle cette substance, jusqu'ici dédaignée, est tout à coup mise en lumière de la manière la plus heureuse.

C'est dans les résidus provenant de la fabrication en grand des savons à base de potasse ou de soude que l'auteur va rechercher la glycérine, pour ainsi dire noyée au milieu de masses énormes d'eau et de sels calcaires ou alcalins, dont les acides gras possèdent une odeur repoussante.

Les bases sont saturées ou précipitées par l'acide sulfurique étendu, et les acides gras mis en liberté, étant volatils, sont éliminés par l'ébullition méthodique et intermittente qu'on fait subir à ces eaux-mères.

Pour avoir la glycérine parfaitement pure, il suffit d'évaporer ces liqueurs et de les décolorer par le charbon animal. Elle se présente alors sous forme d'un liquide onctueux, incolore ou très faiblement teinté en jaune, se mêlant en toute proportion à l'eau, l'alcool ou l'éther, dissolvant la plupart des corps employés en médecine (alcaloïdes, corps gras neutres, huiles volatiles, etc.), et se prêtant enfin à toutes les combinaisons médicamenteuses possibles. Mais laissons parler M. Cap, et écoutons-le détailler avec une complaisance légitime les vertus du nouvel agent qu'il a pris sous sa protection :

« La glycérine est légèrement hygrométrique et ne manifeste » aucune réaction ni acide, ni alcaline. Comme l'huile, elle est » onctueuse au toucher; elle ne s'évapore pas au contact de l'air, » et ne se décompose qu'à une température très élevée. Appliquée » sur les tissus vivants, elle les lubrifie et les assouplit sans les » graisser; elle se mêle en toutes proportions à l'axonge et aux » corps gras; elle dissout les huiles volatiles; elle n'est pas susceptible de rancir ni de fermenter spontanément. Voilà sans doute » des propriétés remarquables et assez étranges; car la glycérine » réunit à la fois la plupart de celles qui caractérisent deux corps » en quelque sorte antagonistes : l'huile et l'eau. »

L'auteur rend compte ensuite de nombreuses observations qui ont été faites par les médecins les plus distingués, et il suffit de citer les noms de MM. Trousseau, Cazenave et Bazin pour donner une grande valeur aux conclusions suivantes :

« La glycérine pénètre facilement dans les pores de la peau, » assouplit cet organe et maintient à sa surface, en vertu de sa » propriété hygrométrique, une sorte d'humidité permanente très » propre à combattre la sécheresse et l'épaississement du derme. » Elle cicatrise les fissures, les crevasses de la peau, lui conserve » sa souplesse et en calme l'éréthisme. La glycérine convient dans » toutes les affections de la peau qu'irriterait l'emploi des corps » gras; elle est aussi d'une grande efficacité dans certaines maladies de l'oreille qui tiennent à une irritation cutanée prolongée » de l'extérieur à l'intérieur de l'appareil auditif. »

J'ai été curieux, on le conçoit sans peine, de vérifier par moi-même cette facilité si précieuse avec laquelle la glycérine se prête aux combinaisons médicamenteuses les plus diverses, et j'ai vu se confirmer entre mes mains tous les résultats annoncés par M. Cap. Rien n'est plus facile que d'unir la glycérine au beurre de cacao, au camphre, au beurre de muscades, au laudanum et aux solutions aqueuses ou alcooliques des différents extraits, et dans toutes ces mixtures calmantes ou simplement cosmétiques, il existe une homogénéité parfaite. Les pharmaciens qui voudraient répéter les expériences de M. Cap et n'auraient pas à leur disposition les résidus des savonneries pourront très facilement retirer la glycérine des eaux-mères provenant de la fabrication de l'emplâtre simple. Ces eaux-mères, soumises à un courant d'hydrogène sulfuré qui

enlève l'oxyde de plomb et simplement évaporées au bain-marie, donnent la glycérine parfaitement pure.

Espérons que M. Cap tiendra la promesse par laquelle il termine son curieux mémoire, et qu'il poursuivra avec le même succès l'étude de la glycérine et de ses applications.

E. Robiquet,
agrégé de physique à l'Ecole de pharmacie.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Guersant.

Leçon sur quelques difficultés de la trachéotomie.

Dans une précédente leçon, M. Guersant a fait avec le plus grand soin le diagnostic différentiel du pseudo-croup ou angine striduleuse avec le vrai croup ; nous ne reproduirons cependant pas les caractères distinctifs qu'il a indiqués ; on peut les retrouver dans les différents articles publiés par MM. Bretonneau, Guersant père et Blache, ainsi que par M. le professeur Trousseau.

Avant d'exposer le manuel opératoire de la trachéotomie, M. Guersant met sous les yeux de son auditoire le résultat des opérations de quatre années successives (de 1850 à 1853 inclusivement) faites à l'hôpital des Enfants :

1850.	20 opérations.	6 guérisons.
1851.	31 —	12 —
1852.	59 —	11 —
1853.	61 —	7 —
Total.	171 opérations.	36 guérisons.

Si l'on considère ce tableau, il est facile de voir que, pris dans son ensemble, il donne un peu plus d'un cas de guérison sur 5 ; en ne considérant que les trois premières années, on a un peu plus d'une guérison sur 4 ; et enfin, dans les deux années 1850 et 1851, il a été sauvé 1 enfant sur 3.

C'est donc particulièrement l'année 1853 qui est venue élever le chiffre de la mortalité, et cela en raison de la quantité de bronchites graves dues à la constitution médicale de cette année. Ce résultat est, malgré tout, assez encourageant, si l'on réfléchit que la mort devient une règle presque fatale en dehors de l'opération, et que nous ne comptons comme guéris que les enfants qui ont pu être rendus à leur famille après la disparition de toutes les conséquences, soit de l'affection diphthérique, soit de l'opération. Bien d'autres succès seraient en effet à joindre à cette liste, si nous voulions compter comme tels les cas où les affections contagieuses de l'enfance (variole, rougeole, scarlatine) sont venues entraver une guérison presque assurée. Mais, tel qu'il est, ce relevé doit engager en conscience les médecins et les familles à recourir à l'opération, surtout dans la pratique de ville, où ne se rencontre aucun des inconvénients malheureusement inévitables dans les établissements de charité publique.

M. Guersant expose ensuite le procédé opératoire et les différentes modifications qu'il a successivement subies soit dans le manuel, soit dans la canule, etc., et il passe ensuite aux différentes causes qui peuvent rendre la trachéotomie difficile ou dangereuse. Une des premières consiste dans le soin qu'il faut prendre à ne pas ouvrir les vaisseaux, veines et artères placés sur les parties latérales du cou. Tout le monde connaît l'histoire de cet étudiant qui ouvrit le tronc brachio-céphalique sur son camarade. Sans être ouvert complétement, ce vaisseau peut être touché par le bistouri, et donner lieu à une hémorrhagie consécutive ; c'est ainsi que les choses se sont passées à la suite d'une opération pratiquée à l'hôpital par un interne : l'enfant, guéri du croup, mourut après sa sortie, et l'autopsie montra une perforation du tronc innominé. La première précaution à prendre est de se tenir bien sur la ligne médiane pour éviter les carotides et d'aller lentement, divisant couche par couche ; M. Guersant recommande de placer l'index de la main libre dans l'angle supérieur de la plaie pour arrêter la pointe du bistouri et l'empêcher de descendre trop bas vers le tronc brachio-céphalique. La division des veinules thyroïdiennes n'offre pas généralement de danger sérieux ; pourtant dans un cas où l'enfant que l'on opérait n'était pas arrivé au dernier degré d'asphyxie, la mort survint brusquement au milieu de l'opération. On crut à une syncope, comme il en arrive assez souvent ; mais c'était bien la mort survenue tout à coup, brusque, complète. A l'autopsie, on trouva des bulles d'air dans les cavités droites du cœur, l'artère pulmonaire et ses divisions ; il y avait eu introduction d'air par une veine thyroïdienne dont on constata la section. Il faut donc opérer lentement et faire écarter les veines pour éviter de les blesser.

Quand on est arrivé sur la trachée, il est important de la fixer, et on éprouve une certaine difficulté à y parvenir pour pouvoir en opérer la ponction avec sécurité ; c'est en vue d'atteindre ce but que M. Bretonneau avait imaginé son crochet. M. Guersant recommande d'appuyer sur le conduit aérien avec l'extrémité du doigt indicateur placé dans l'angle inférieur de la plaie et de conduire la pointe du bistouri sur l'ongle ; cette pression lui paraît suffisante et préférable à la manœuvre qui consiste à saisir la trachée entre deux doigts, qui fixe la trachée et qui en même temps permet de garantir le tronc brachio-céphalique. Aussitôt que la ponction est pratiquée, l'air s'échappe en sifflant, et l'on doit saisir la pince dilatatrice. Il arrive alors souvent que l'on a de la peine à retrouver la piqûre que l'on vient de faire. Pour éviter cet inconvénient qui expose au tâtonnement, il est bon de placer le doigt sur l'ouverture qui résulte de la ponction au moment où on vient de la faire et à ne le soulever qu'au moment d'introduire le dilatateur, qui écarte les lèvres de la plaie et fixe la trachée.

Quand la trachée n'a pas été complétement mise à nu, qu'il reste une couche de tissu cellulaire au-devant d'elle, et que la première ouverture est très petite, l'air, qui s'échappe difficilement, pénètre dans les mailles du tissu cellulaire et produit un emphysème quelquefois assez considérable. Il ne faut pas s'en effrayer. Après que la canule est placée, il suffit de quelques pressions pour le faire disparaître ; et du reste il ne tardera pas à s'effacer spontanément.

Quand la trachée a été suffisamment ouverte de bas en haut à l'aide du bistouri boutonné conduit entre les branches du dilatateur, pour que celui-ci n'échappe pas il faut lever un peu le poignet, au lieu de le tenir appliqué sur la poitrine. C'est pour éviter que le dilatateur ne sorte de la trachée que M. Trousseau a fait recourber en dehors les deux extrémités de cet instrument. Malgré cette modification avantageuse, il sera toujours bon de prendre la précaution que nous venons d'indiquer.

Au moment des premières expirations bruyantes, de fausses membranes sont souvent rejetées au dehors ; d'autres, qui ne sont qu'en partie détachées, se présentent à l'expiration, et rentrent pendant l'inspiration. Pour les retirer, on pourra se servir avec avantage de la petite éponge fixée sur une baleine. Mais ce moyen a son inconvénient ; suivant M. Guersant, c'est que, repoussant les fausses membranes en bas, il peut les entraîner, les bourrer pour ainsi dire dans la trachée ou une bronche, si l'on pénètre profondément. Il préfère donc se servir d'une petite pince œsophagienne étroite, ayant une courbure très allongée, à l'aide de laquelle on peut descendre très bas dans le tube aérien pour y saisir les fausses membranes.

Quand le sang qui a pénétré dans la trachée n'est pas très abondant, il n'entraîne qu'un danger médiocre, et du reste il est expulsé dans les efforts de toux, si l'enfant n'est pas trop faible. Si au contraire il est plus abondant ou que l'enfant n'ait pas assez de force pour s'en débarrasser, il peut causer l'asphyxie, et il est urgent de recourir à l'*aspiration*. Pour pratiquer cette succion, il faut introduire un tube de gomme élastique suffisamment large, et aspirer par le bout resté libre. On ne peut se dissimuler qu'il y ait un certain danger, en raison des propriétés très contagieuses de la diphthérite, et dans ce cas la conduite du chirurgien mérite de justes éloges. C'est ainsi que la presse médicale en a distribué des plus mérités à M. Roux, qui le premier fit cette aspiration, plus tard à M. Ricord, pour des cas où la possibilité de la contagion était probablement moindre que pour le croup. Quoi qu'il puisse en arriver pour l'opérateur, son devoir est de recourir à cet expédient si profitable pour son malade. C'est ainsi qu'ont plusieurs fois agi les médecins et les internes de l'hôpital des Enfants, sans qu'il en soit résulté d'accident pour eux.

Quand le moment d'introduire la canule est venu, il se trouve souvent qu'on éprouve des difficultés réelles, soit parce qu'on n'a pas pris le soin de la mettre suffisamment à nu en divisant le tissu cellulaire, dont les brides viennent se mettre en travers de l'ouverture, ou bien parce que celle-ci est un peu étroite ou placée latéralement, etc. M. Guersant conseille de se servir habituellement d'un mandrin qui peut consister dans une sonde en gomme élastique d'un volume assez petit pour qu'elle puisse traverser la canule. Au delà de l'extrémité libre de cette dernière, le bout de la sonde qui porte les yeux devra dépasser d'un ou deux pouces. Cette extrémité de la sonde, arrondie et peu volumineuse, pénétrera toujours facilement dans la trachée ; les yeux donneront passage à l'air, et l'on saura bien où l'on est. La canule, conduite sur le mandrin qui la traverse et lui sert de guide, ne court plus risque de s'égarer, et entre facilement dans le conduit aérien.

Quand la plaie de la trachée est large, que la canule est un peu courbe et l'enfant indocile, ou bien qu'il y a de violents efforts de toux, il peut arriver que la canule bascule et sorte du conduit aérien ; accident grave et qui expose l'enfant à une mort rapide. Dans cette prévision, il faut enfoncer fortement la canule en la ramenant dans l'angle supérieur de la plaie, et bien attacher les cordons. Dans ces cas de plaie trop étendue, il faut employer des canules plus longues. Les canules à pavillon arrondi ont, suivant M. Guersant, l'inconvénient de pénétrer entre les lèvres de la plaie ; aussi leur préfère-t-il la canule à ailes, qui a, suivant lui, l'avantage de se tenir mieux en place, et n'entre pas dans la plaie.

Il n'est pas rare qu'à la fin de l'opération l'enfant, qui était dans un état asphyxique très avancé, ne respire plus, et paraisse complétement mort. Cet état, sans manquer de gravité, ne doit pourtant pas inquiéter outre mesure. En faisant exécuter à la base de la poitrine des mouvements artificiels d'inspiration et d'expiration, on ne tarde pas à voir l'enfant exécuter deux ou trois inspirations profondes. Concurremment, on peut exciter la muqueuse trachéale avec l'écouvillon, et le petit moribond se réveille en toussant. Les frictions énergiques sont aussi très utiles. Enfin on recourrait aux insufflations d'air dans la trachée, si les moyens précédents échouaient : ce qui est rare.

M. Guersant dit qu'il fait souvent usage d'un procédé opératoire qui, suivant lui, aurait quelques avantages, et qui est dû à M. Chassaignac. Quand M. Bretonneau eut l'idée de fixer la trachée, ce ne fut qu'après avoir incisé toutes les parties qui la recouvrent.

M. Chassaignac a voulu opérer cette fixation dès le principe, et voici par quel moyen : il propose d'enfoncer un ténaculum très solide à travers les parties molles jusque dans le conduit aérien, au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde ; le tube aérien se trouve ainsi accroché, et l'opérateur, prenant le ténaculum de la main gauche, le tient solidement, attire la trachée-artère en haut et un peu en avant ; de la main droite, il plonge un bistouri à lame étroite juste au-dessous du ténaculum, qui peut être cannelé, et pénètre du premier coup jusque dans la trachée ; opérant la section de haut en bas, il ouvre les voies aériennes en même temps qu'il divise les parties molles. Avant de retirer le ténaculum, il introduit le dilatateur propre à fixer la trachée, et il n'a plus qu'à placer la canule.

Chez les personnes maigres, le cartilage cricoïde est facile à trouver ; chez les sujets gras, surtout chez les enfants, on ne le trouve pas, mais on se guide sur la partie inférieure du cartilage thyroïde, qu'il est toujours possible de constater, après quoi on n'a plus qu'à enfoncer le ténaculum à quelques millimètres plus bas.

Les avantages principaux de ce procédé sont, suivant M. Guersant, de fixer la trachée de façon à rendre toute erreur impossible, de rendre l'opération très rapide. Il reproche au ténaculum de M. Chassaignac d'être trop courbé et difficile à introduire ; il reproche aussi au dilatateur dont se sert M. Chassaignac d'être très gros et de gêner l'introduction de la canule ; mais il dit que ce procédé permet d'opérer plus sûrement, d'éviter le plus souvent d'ouvrir des veines et d'empêcher ainsi l'introduction du sang dans la trachée, de prévenir l'introduction de l'air dans le tissu cellulaire, puisque la trachée est fixée, de s'éloigner du tronc brachio-céphalique et de pouvoir opérer sans se servir d'érignes et presque sans aides.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Broca.

Cathétérisme utérin. — Mort.

Une femme de trente-neuf ans entra à l'hôpital de Lourcine, se plaignant de douleurs hypogastriques vives qui s'irradiaient dans la région supérieure des cuisses, de troubles de la digestion, perte d'appétit, coliques fréquentes, constipation habituelle, émission des urines plus fréquente que d'habitude, etc.

Le toucher vaginal me permit de reconnaître que le col était fortement porté en arrière, que la face antérieure du corps était devenue presque horizontale, et qu'il y avait, par conséquent, une antéversion très prononcée. L'examen au spéculum confirma le diagnostic. Le col fut assez difficile à embrasser. Il était assez gros, granuleux, et son orifice laissait écouler une quantité assez notable de matières glaireuses et purulentes.

Pendant les trois premiers jours, la malade fut tenue au lit et prit des bains.

Le 7 octobre, j'introduisis pour la première fois la sonde utérine. La malade était debout, et l'instrument, dirigé par le doigt indicateur, pénétra jusqu'à une profondeur de 6 centimètres 1/4. L'introduction une fois achevée, il me fut facile de ramener l'utérus à sa direction normale, où je le maintins pendant cinq minutes. La malade n'accusa aucune douleur.

Le lendemain, 8 octobre, répétition de la même manœuvre.

Le 10, le cathétérisme redresseur est pratiqué pour la troisième fois et prolongé encore pendant cinq minutes. La malade assure qu'il y a déjà dans sa position une amélioration notable, et qu'elle souffre beaucoup moins qu'à l'époque où elle est entrée à l'hôpital.

Le 11, l'introduction de l'instrument provoque une légère douleur. Au moment où je redresse l'utérus, la malade se plaint de souffrir dans le ventre et surtout à l'hypogastre. Je ne laisse séjourner la sonde que deux à trois minutes.

Le 12, la malade a éprouvé quelques petites douleurs dans le ventre. L'hypogastre est légèrement douloureux à la pression. Le pouls est parfaitement calme.

Le soir, l'interne de service trouve que les douleurs abdominales sont devenues très vives ; la pression de l'hypogastre les exaspère. Il y a déjà un peu de fièvre et quelques nausées. — 30 sangsues à l'hypogastre.

Le 13, l'état s'est encore aggravé. La nuit a été sans sommeil. Nausées, vomissements de matières bilieuses ; constipation. Pouls à 100 pulsations. — 30 sangsues ; un bain, etc.

Le 14, les symptômes se sont amendés. La douleur abdominale est moindre ; mais les vomissements persistent. — Onctions mercurielles sur l'abdomen.

Dans la journée, il survient un léger suintement de sang par le vagin ; il ne dure que quelques heures.

Le 15, apyrexie complète ; les douleurs abdominales ont disparu, et la palpation du ventre n'est pas pénible. Toutefois il existe un point, situé au niveau à peu près de l'ovaire droit, où la pression provoque encore un peu de douleur. On n'y trouve, du reste, aucune tumeur appréciable. Les vomissements se sont calmés ; ils ne surviennent plus spontanément, mais ils se manifestent toutes les fois que la malade avale une gorgée de tisane.

Le 17, tous les symptômes inflammatoires ont disparu. La pression abdominale, même assez forte, n'est plus douloureuse. La peau est fraîche, le pouls normal, et cependant la malade est tourmentée par des accidents fâcheux, dont la cavité pelvienne paraît être le point de départ. Ce sont des douleurs spontanées, intermittentes, revenant plusieurs fois par heure sous forme de crises aiguës, partant de l'utérus et s'irradiant dans tout le ventre. Les vomissements, qui sont fréquents, sont précédés d'une sensation très semblable à celle de la boule hystérique. Le toucher vaginal et le toucher rectal permettent de constater que l'utérus est toujours en antéversion. La pression exercée avec le doigt sur les diverses parties de cet organe n'est pas douloureuse. Enfin, la même exploration ne décèle l'existence d'aucune tuméfaction, d'aucune fluctuation péri-utérine appréciables. Cet état persiste les jours suivants, et s'aggrave même, en ce sens que les crises de douleurs deviennent de plus en plus fréquentes. L'estomac rejette aussitôt

tous les aliments, médicaments ou tisanes administrés par la bouche. La malade maigrit et dépérit rapidement; elle se plaint sans cesse. Insomnie, etc.

Le 21 et le 22, les phénomènes précédemment décrits continuent. Abattement, face terreuse, traits altérés par la douleur, pouls petit, ventre ballonné, nausées et vomissements incessants. — Douches froides dirigées sur le ventre et l'épigastre.

Le 22, aggravation des symptômes; prostration extrême, vomissements de matières stercorales.

La malade succombe le 23, après une longue et douloureuse agonie.

Des détails d'anatomie pathologique exposés par M. Broca il résulte qu'il y a eu deux péritonites : l'une ancienne, remontant à une époque inconnue; l'autre récente, provoquée, selon toutes probabilités, par les cathétérismes pratiqués sur l'utérus quinze jours avant la mort. Il cherche ensuite à préciser le rôle de ces deux péritonites et des adhérences qu'elles ont déterminées, dans la production de l'étranglement interne qui a entraîné la malade au tombeau.

La sonde utérine, introduite quatre fois en cinq jours, et maintenue en place cinq minutes chaque fois, détermine, sans aucune action traumatique, par le simple contact de l'instrument, une métrite qui débute le 11 octobre; l'inflammation semble avoir pris naissance au niveau de l'angle droit de l'utérus. Le lendemain, elle a déjà gagné le péritoine. Cette péritonite, combattue dès son début, cède promptement; les phénomènes inflammatoires disparaissent le 15 octobre, et tout permet de croire que le danger est passé. Mais bientôt de nouveaux accidents débutent. La péritonite est guérie, mais elle laisse des adhérences, et celles-ci gênent d'une manière croissante la circulation des matières fécales. L'obstruction intestinale qui a déterminé la mort a donc été favorisée par une lésion ancienne; mais on ne saurait méconnaître dans sa production l'influence de l'inflammation péritonéale provoquée par le cathétérisme utérin.

On peut être tenté de dire que le fait précédent, quelque malheureux qu'il soit, ne dépose pas contre la méthode nouvelle de redressement intra-utérin; qu'en définitive la péritonite provoquée par l'opération a été bien légère, puisqu'elle a promptement cédé à un traitement convenable. J'accorde en effet que dans le cas actuel la péritonite a été légère; mais il suffit qu'il y ait eu péritonite pour qu'on doive cesser de considérer le cathétérisme utérin comme un moyen inoffensif. Quand la péritonite commence, peut-on savoir où elle s'arrêtera?

Ce fait, malgré les circonstances atténuantes qui l'accompagnent, me semble de nature à faire faire sur l'opération nouvelle de sérieuses réflexions. L'autopsie a prouvé que la muqueuse utérine était entièrement intacte et que, sans la moindre déchirure, sans la moindre lésion de cette membrane l'inflammation pourrait être le résultat du simple contact des instruments et gagner de là le péritoine.

D'autres faits analogues ont été recueillis. Je suis autorisé à annoncer que MM. Aran et Nélaton ont perdu chacun un malade à la suite de l'application du redresseur, et que M. Cruveilhier a observé un troisième fait qui s'est également terminé par la mort. Dans les trois cas, les malades ont succombé à une péritonite aiguë. Ces accidents sont-ils les seuls qui aient été observés? Il est permis de croire que non, et j'espère qu'à l'avenir les chirurgiens, prévenus de la possibilité de pareils accidents, ne se décideront qu'avec la plus grande réserve à employer un moyen qui donne de semblables déceptions.

TROIS CAS DE GRENOUILLETTE

guérie par l'injection de la teinture alcoolique d'iode,

Par M. le docteur Borelli.

Obs. I. — N. N..., âgé de cinquante ans, d'un tempérament sanguin, très robuste et grand fumeur, s'était ouvert bien souvent luimême une petite tumeur située à gauche du filet de la langue; d'une forme ovale, grosse comme un œuf de pigeon, elle s'était développée dans le conduit de Warthon, dont l'orifice correspondant avait disparu. Ponctionnée au moyen d'une lancette, on l'a remplie avec une injection d'iode qui y est restée en partie. Après l'opération, il y a eu une douleur vive pendant quelques heures; plus tard, le lendemain, quelques symptômes de réaction générale et locale, un peu d'induration et de gonflement de la tumeur. Le quatrième jour, diminution des accidents. Le douzième jour, la région sublinguale présentait seulement un peu de rougeur à la muqueuse. Ainsi la guérison a été prompte et complète.

Obs. II. — N. M..., âgée de douze ans, à peu près dans les mêmes conditions de tempérament et de santé que le malade précédent, s'était aperçue depuis sept mois d'une tumeur sous la langue, d'abord ouverte et vidée par le médecin de son pays. Ses parents aussi lui firent des ponctions avec un canif; ce qui détermina une inflammation de la tumeur, qui se gonfla et déborda au-dessus de l'arcade dentaire et audessous du menton. Elle avait le volume d'une noix et était placée à la région sublinguale moyenne, un peu repliée à droite, où il y avait une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, peut-être par suite des incisions précédentes. On y pratiqua une ponction et l'injection iodée, répétée cette fois, en y laissant la teinture pendant cinq minutes et en fermant l'ouverture avec un peu de collodion. Réaction après deux jours et, comme dans l'autre cas, induration et augmentation du volume de la tumeur, puis diminution successive et guérison dans la quinzaine.

Obs. III. — Une petite fille de cinq ans présentait depuis un an sous la langue une enflure qui augmentait progressivement, s'était enflammée trois fois et avait acquis un très grand volume. La tumeur débordait au-dessus du niveau de l'arcade dentaire inférieure, et proéminait sous le menton comme un goître volumineux. Son diamètre horizontal était de 0,13, le perpendiculaire de 0,08, et elle occupait le centre et toute la partie droite de la région sus-hyoïdienne, en dépassant ainsi les bords inférieurs de la mâchoire. On pouvait sensiblement apprécier une ondulation liquide si l'on explorait à l'intérieur de la bouche et au-dessous du menton. Dans ce cas, on a traité aussi la grosse grenouillette avec l'injection iodée, faite à travers une petite incision pratiquée au moyen d'un trocart sur sa partie proéminente en bas de la tumeur. Les quinze grammes de teinture iodée introduits y séjournèrent et se combinèrent avec la matière glutineuse renfermée dans le kyste. L'induration et la tuméfaction successives furent cette fois énormes, le plus grand diamètre de la tumeur ayant augmenté de 3 centimètres et le plus petit de 2. Au septième jour, elle avait cessé d'être dure; mais elle était encore volumineuse, et elle présentait la même ondulation liquide qu'auparavant.

Après une vingtaine de jours, ne voyant aucune diminution, M. le docteur J.-B. Borelli, à qui nous devons la relation de ces faits, pratiqua, toujours sur la partie extérieure et proéminente de la grenouillette, une ponction afin de vider le liquide, qui sortit en effet en plus grande quantité et plus coulant qu'autrefois, entraînant de petits flocons blancs. Les bords de l'incision ont été fermés aussi par le collodion. Après huit jours, il n'y avait plus aucune trace de la tumeur, et la guérison a été stable et complète.

L'examen chimique attentif de la salive et du liquide de la grenouillette a fait constater que, si entre les deux substances il n'y a pas une identité parfaite, il y a du moins une grande analogie: ainsi toutes les deux présentent une faible réaction alcaline, toutes les deux contiennent du phosphate de chaux, des chlorures, de la ptialine, etc.; cependant dans la première il y a de l'albumine qui se coagule sous l'action de la chaleur, des sulfocyanures que l'on ne rencontre pas dans le second liquide, où il y avait à la place de l'albumine un autre composé protéique qui précipite abondamment au contact de l'alcool, de l'acide gallique, du sublimé corrosif. (*Gaz. méd. des Etats sardes.*)

EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER

contre les hémorrhagies consécutives au cancer du col de l'utérus.

Nous avons employé avec avantage, dit M. Remilly, le perchlorure de fer contre les hémorrhagies utérines qui accompagnent si fréquemment le cancer du col. C'est en injections qu'il a été alors administré, à la dose de 15 grammes de perchlorure pour 250 grammes d'eau. Voici plusieurs exemples de son utile application contre ces hémorrhagies tenaces, rebelles, amenant si rapidement l'anémie, l'anéantissement des malades, et qui sont le plus souvent si difficiles à maîtriser.

Chez une première malade, couchée au n° 6 de la salle Sainte-Marthe, âgée de soixante ans, et atteinte de cancer de l'utérus et d'anémie consécutive, il y avait douze jours que des pertes allaient en augmentant, de telle sorte que plusieurs fois par jour cette malade perdait des caillots du volume du poing. Deux injections sont faites le 12 septembre, à cinq minutes de distance; elles arrêtent l'hémorrhagie pendant trois jours.

Le 15, le sang reparaît; la malade tache son linge en rouge dans une étendue de la largeur des deux mains. Deux nouvelles injections sont faites; le sang s'arrête immédiatement, mais revient dans la nuit peu abondamment.

Le 16 et le 17, on continue les injections sans pouvoir faire cesser complétement l'hémorrhagie.

Le 18, après les deux injections, la malade pâlit et est prise d'une défaillance qui paraît avoir pour point de départ les symptômes locaux déterminés par les injections elles-mêmes; savoir: gonflement et tension douloureuse des parties génitales, qui se dissipent dans l'espace d'une ou deux heures. A cette occasion, la malade nous raconte qu'elle est sujette depuis longtemps à ces sortes de défaillances qui seraient produites par des causes physiques ou morales souvent fort légères. L'examen du cœur nous fait constater l'existence d'une hypertrophie avec dilatation. On suspend les injections.

Le 19, la malade est changée de salle, et pendant le transport est prise d'une perte assez abondante, qui s'arrête seule au bout d'une heure.

Dans la journée et dans la nuit du 26, elle rend encore quelques caillots; une injection de perchlorure, qui cette fois ne reproduit pas de défaillance, fait disparaître l'écoulement, et depuis cette époque, c'est-à-dire du 26 octobre au 19 novembre, la malade n'a éprouvé parfois qu'un sentiment de pesanteur à l'hypogastre et n'a plus perdu de sang.

Chez une seconde malade, couchée au n° 14 de la même salle, âgée de quarante-neuf ans et atteinte de fongosités du col, molles, s'écrasant sous le doigt, d'où un écoulement de sang noir et fétide, deux injections de perchlorure ont été faites le 10 novembre contre une hémorrhagie abondante. La première injection à elle seule a fait disparaître l'écoulement presque immédiatement.

Le lendemain, une seconde perte a lieu; une injection ne peut l'arrêter, mais la malade dit elle-même que la canule a été mal introduite.

Le 13, une injection modère immédiatement et très notablement l'écoulement de sang. Depuis la malade n'a plus que des pertes blanches à peine teintes de sang.

Chez une troisième malade, âgée de quarante-huit ans, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Cécile et atteinte d'un encéphaloïde du col de l'utérus à la suite d'hémorrhagies abondantes, on fait le 7, le 8 et le 9 novembre des injections de perchlorure qui modèrent l'écoulement. La malade se plaint que ces injections exagèrent la cuisson habituelle de ses parties génitales; depuis cette époque, elles ont été suspendues; il n'y a plus eu d'hémorrhagie sérieuse, et la malade rend seulement, malgré elle, ses urines et ses matières fécales teintes de sang.

Enfin, chez une quatrième malade, âgée de quarante et un ans, couchée au n° 3 de la même salle et atteinte de tumeurs abdominales multiples paraissant adhérentes à l'utérus et de polypes de la cavité utérine, les injections de perchlorure de fer faites pendant quatre jours n'ont pas modifié les hémorrhagies. Mais nous devons faire remarquer que chez cette malade le col est sain, et que, si le perchlorure n'a pas agi, c'est que les injections n'ont pu parvenir jusqu'aux parties d'où naissait l'écoulement.

Il résulte de ces faits, dit M. Remilly, que le perchlorure de fer a été réellement utile pour arrêter les hémorrhagies provenant d'affections cancéreuses du sein et de l'utérus; qu'il a ainsi retardé les progrès de l'anémie et prolongé l'existence des malades. Il est impossible de dire quelle a été et quelle pourra être dans l'avenir l'influence de cet agent hémostatique sur l'affection cancéreuse elle-même. Il est toutefois permis de penser qu'il viendra en aide aux traitements toniques, ferrugineux et autres, employés si souvent sans le moindre succès pour combattre le cancer et ses complications. (*Bulletin de thérapeutique.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Action préventive du chloroforme sur la folie puerpérale. — Le professeur Simpson a fait savoir à la Société d'obstétrique que trois cas de manie puerpérale étaient survenus chez des femmes qui, dans leurs accouchements, n'avaient pas été soumises à l'usage du chloroforme, tandis qu'aucun désordre mental ne s'était montré chez celles qui avaient été traitées récemment par cet anesthésique.

— *Population et statistique médicale des Etats-Unis.* — Le recensement des Etats-Unis pour l'année 1853 donne les résultats suivants: Blancs, 19,553,068; peuple libre de couleur, 434,495; esclaves, 3,204,313; ce qui forme un total de 23,191,876 habitants.

Sur cette population totale, on compte 50,994 individus atteints des infirmités dont voici la nomenclature:

	SOURDS-MUETS.	AVEUGLES.	ALIÉNÉS.	IDIOTS.
Blancs.	9,136	7,978	14,972	14,257
Libres de couleur. .	136	429	311	348
Esclaves.	531	1,387	327	1,182
Total.	9,803	9,794	15,610	15,787

— Le docteur Josiah Crosby, chirurgien distingué de Manchester (Etats-Unis), a refusé de réduire une fracture si le malade ne s'engageait par écrit à ne pas le poursuivre dans le cas de non-réussite. C'est, en effet, le procédé le plus sûr à mettre en usage pour éviter une foule de désagréments. La rage d'exigerdu chirurgien, aux Etats-Unis, des dommages-intérêts pour une opération malheureuse, ne peut être comparée qu'aux poursuites intentées aux compagnies de chemins de fer. Les jurys les condamnent toujours.

Un professeur de chirurgie d'une des plus anciennes et des plus respectables écoles de médecine de la Nouvelle-Angleterre s'est vu récemment accusé d'*inhabileté opératoire* et pour ce condamné à payer 800 dollars (4,000 francs). Ces faits sont devenus si communs — ajoute le *Journal de Boston*, à qui nous empruntons ce trait de mœurs américaines — qu'on devrait mettre en vente des blancs seings prêts à être remplis devant le juge de paix lorsque le chirurgien est appelé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Histoire de l'électricité médicale, comprenant l'étude des instruments et appareils, le résumé des auteurs, un choix d'observations, par M. le docteur Guitard, chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. — Un vol. grand in-18, avec 6 planches. Prix: 3 fr. 50 c. A Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine; à Toulouse, chez Feillès Chauvin et comp.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur F. Roubaud. Un fort volume. Prix: 4 fr. pour Paris, et 5 fr. par la poste. Chez J.-B. Baillière, éditeur, rue Hautefeuille, 19. — Les abonnés de la *Gazette* ne payent cet ouvrage que 3 fr. pris au bureau, ou 4 fr. par la poste.

Eléments complets de la science et de l'art du dentiste, par M. Désirabode, chirurgien-dentiste. Ouvrage adopté pour les écoles de médecine et de pharmacie, par ordonnance ministérielle, en date du 3 avril 1844, rendue sur le rapport du conseil royal de l'instruction publique, et pour les hôpitaux des ports et colonies, par ordonnance ministérielle du 24 avril 1844, sur le rapport de M. l'inspecteur général du service de santé de la marine. 2 vol. gr. in-8°, 15 fr. Chez l'auteur, Palais-Royal, 154, et chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Sous.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 16. — MARDI 7 FÉVRIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 16. — MARDI 7 FÉVRIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 6 FÉVRIER 1854.

Académie des sciences. — Un mot sur les prix de médecine et de chirurgie.

Les prix de l'Académie des sciences sont nombreux et pour la plupart importants cette année : prix de mathématiques, d'astronomie, de statistique; prix pour la navigation; prix de physique, des sciences naturelles, de physiologie expérimentale; prix d'hygiène; enfin, prix de médecine et de chirurgie. Ce sont ceux-ci qui nous intéressent le plus, et dont nous allons dire un mot.

L'Académie a été libérale et juste à l'égard des médecins; il paraîtrait même que les chimistes et les botanistes l'ont trouvée prodigue. Mais si l'on réfléchit au nombre considérable de nos confrères qui s'occupent des progrès des sciences médicales, on trouvera que le total des sommes qu'ils ont reçues n'a rien d'exagéré. D'ailleurs, plusieurs récompenses de cette catégorie ont été accordées à des travaux qui ont autant de rapport avec la chimie qu'avec la médecine. Ainsi, MM. Kœliker, Charles Robin, Verdeil, Lecanu, Reynoso ont reçu des récompenses, des encouragements pour des travaux de chimie et des recherches microscopiques. Il y a plus, M. Guibourt a obtenu 2,000 fr. pour son *Histoire naturelle des drogues simples*. Or, ici ce n'est pas le médecin qu'on a récompensé; c'est encore moins un chirurgien.

Les travaux couronnés qui se rapportent directement à la médecine et à la chirurgie sont dus à :

MM.	Magnus Hus. . .	qui a obtenu	2,000 fr.
	Morel.	—	2,000
	Vidal (de Cassis).	—	2,000
	Sestier.	—	2,000
	Abeille.	—	2,000
	Giraldès. . . .	—	1,500
	Bouchut. . . .	—	1,000
	Willemin. . . .	—	1,000
	Gubler.	—	1,000
	Bassereau. . . .	—	1,000
	Gosselin. . . .	—	1,000

L'ouvrage de M. Magnus Hus traite de l'*Alcoolisme chronique*. L'auteur montre l'homme physique et l'homme moral se dégradant par l'abus prolongé de l'alcool. Le tableau des accidents est saisissant, car il a été fait d'après nature et par un véritable artiste.

M. Morel a traité de l'*Aliénation mentale* au point de vue de la théorie, de la pratique et de la médecine légale. M. Morel veut supprimer *les loges* des aliénés, et cherche à placer le malade dans un milieu où l'*irritabilité nerveuse* qui fait la base de son état pathologique peut être calmée et modifiée. Cette réforme a vivement impressionné la commission.

La syphilis a tenu dans ces derniers temps une place importante dans la presse, dans les Académies. Le rapport a fait un chapitre spécial pour les questions qui se rattachent à cette branche importante de la pathologie. Ces questions étant toutes résumées et appréciées dans le traité de M. Vidal (de Cassis); de plus, ce syphiliographe ayant tracé et effectué un progrès réel dans l'histoire des accidants dits secondaires, l'Académie en a fait un examen approfondi. La partie du rapport qui concerne le *Traité des maladies vénériennes* est réellement remarquable.

MM. Gubler et Bassereau sont venus après, et ont obtenu un bel encouragement.

Le traité de M. Sestier sur l'*Angine œdémateuse* a été considéré par la commission comme le couronnement de l'œuvre commencée par Bayle. Ce qui était encore confus, incomplet dans l'histoire de cette grave maladie, a reçu un jour nouveau et des compléments dont la pratique et la science profiteront désormais.

Dans son livre sur les *Maladies des enfants*, M. Bouchut s'est montré praticien distingué et a mis en lumière un grand nombre de faits nouveaux : la récompense qui lui a été décernée par l'Académie n'est que la consécration de l'accueil qui avait été fait à son ouvrage par le public médical.

La chirurgie a surtout été représentée par MM. Giraldès et Gosselin. Le premier a démontré un fait encore ignoré, savoir : l'existence de kystes ayant pour point de départ des follicules muqueux, quand il y a ce que les classiques appellent *hydropisie du sinus maxillaire*.

Enfin, M. Gosselin a fait l'anatomie de l'œil après l'abaissement de la cataracte, et a ainsi éclairé le praticien sur les changements médiats et immédiats qui s'opèrent dans l'organe qui a été labouré par l'aiguille.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Du rhumatisme articulaire aigu. — Symptômes. — Marche. Nature. — Diagnostic différentiel. — Traitement.

Il y a eu simultanément ces jours derniers dans le service de la clinique de M. Rostan cinq sujets atteints à divers degrés de rhumatisme articulaire aigu, qui ont été traités par une méthode uniforme, les évacuations sanguines, et qui ont été tous conduits par ce traitement à une prompte convalescence.

Voici en quelques mots, et le plus sommairement possible, l'état de ces cinq malades :

N° 12, salle Saint-Antoine, est une jeune femme de vingt-trois ans, domestique, atteinte pour la première fois de rhumatisme; la maladie a débuté chez elle le 15 janvier, elle est entrée le 18; elle a eu sept à huit articulations prises successivement; on a constaté chez elle un très léger bruit de souffle au premier temps. Deux saignées ont été pratiquées. La malade est entrée en convalescence le 22; elle sort guérie le 4 février. Ce qui fait sept jours de maladie.

N° 16, même salle, une domestique du même âge que la précédente, vingt-trois ans, en est également à sa première attaque. Le début de sa maladie remonte au 12 janvier; elle est entrée dans les salles le 16. Il ne lui a été pratiqué qu'une seule saignée. La convalescence s'est établie chez elle un peu plus tard, vers le 25 ou le 26, au bout de huit à dix jours. Il n'y a eu chez elle rien au cœur.

N° 11, salle Sainte-Jeanne, est un jeune homme de vingt ans, garçon de salle. Celui-ci en est à sa troisième attaque. Il a eu sa première attaque de rhumatisme à quinze ans, la deuxième à dix-huit ans; la troisième, l'attaque actuelle, a débuté le 20 janvier; il a de suite été alité et mis en traitement : deux saignées. Ce malade était presque entièrement guéri le 4 février. Pas de souffle.

N° 15, jeune homme de vingt ans, tailleur, a eu également trois attaques : la première à onze ans, la deuxième à dix-huit. Depuis cette seconde attaque, il lui est toujours resté des palpitations. La troisième attaque a débuté le 14 janvier. Il est entré le 16. On a constaté dès ce jour-là même un bruit de souffle rude au premier temps. Ce malade a été saigné deux fois; entré en convalescence le 20 après quatre jours de traitement. Sorti guéri le 4 janvier.

N° 19, jeune garçon de dix-sept ans, cordonnier, en est à sa deuxième attaque. La première a eu lieu à treize ans. Sa dernière attaque a débuté le 4 janvier, il est entré le 9. Il y avait chez lui un léger bruit de souffle. On a pratiqué deux saignées; il est entré en convalescence le 13 (le neuvième jour), et il est sorti guéri le 3 février.

Avant d'apprécier l'influence qu'a pu avoir la méthode de traitement employée sur ces cinq malades et afin de donner en quelque sorte à ses élèves les motifs même de sa conduite, M. le professeur Rostan a tracé à cette occasion l'histoire générale du rhumatisme. Nous allons en reproduire les principaux traits, en insistant plus particulièrement sur les questions importantes que cette histoire soulève.

Tout le monde sait que le rhumatisme articulaire aigu frappe ordinairement de préférence les articulations d'un certain volume, et qu'il se traduit aux sens par l'augmentation de volume de l'articulation malade, de la rougeur, de la chaleur et de la douleur, c'est-à-dire par les caractères communs de l'inflammation. Mais combien cette définition du rhumatisme serait insuffisante et qu'elle serait loin de donner une idée de la maladie, si l'analyse de chacun de ces phénomènes ne venait en aide pour faire ressortir les différences nombreuses qui distinguent le rhumatisme de diverses autres inflammations auxquelles cette définition est commune, et pour en signaler les caractères propres.

Ainsi, douleur profonde, térébrante, arrachant des cris aux malades au moindre mouvement de l'articulation et les condamnant à une immobilité complète; rougeur très légère, presque insensible et qui serait plus justement rendue par l'expression de subrougeur (*subruber*, comme disait Sydenham); chaleur modérée, tuméfaction variable, depuis une très légère augmentation du volume de l'articulation jusqu'à sa déformation, ainsi qu'on en a pu voir un exemple chez l'un des malades dont il a été question tout à l'heure; tuméfaction, rougeur et douleur qui ne frappent d'abord qu'une articulation, puis qui en envahissent successivement plusieurs autres et quelquefois la presque totalité, qui peuvent quitter instantanément une articulation pour se porter aussitôt sur une autre; enfin, avec ces phénomènes locaux, des phénomènes fébriles généraux, tels que peau chaude, pouls fréquent, fort, dur, résistant, battant de 90 à 100 par minute, tel est l'ensemble des caractères auxquels on peut tout de suite distinguer le rhumatisme articulaire de toute autre maladie phlegmasique, d'un érysipèle, d'un phlegmon, d'une brûlure, etc. Ajoutons que le sang est couenneux, riche comme dans la pneumonie ou la pleurésie; qu'il y a de la céphalalgie comme dans tous les états sthéniques, que les urines sont généralement acides et sédimenteuses.

La marche du rhumatisme présente aussi des particularités qui lui sont propres. Les phénomènes locaux et généraux diminuent, et l'on est frappé cependant de voir persister la fièvre. Cette persistance de la fièvre après la disparition des douleurs, qui a été signalée par MM. Chomel et Bouillaud, a pour ces deux auteurs une signification très différente. Pour M. Chomel, cela veut dire que le malade est sous l'imminence d'une nouvelle attaque; pour M. Bouillaud, c'est le signe de l'invasion d'une affection du cœur.

Qu'est-ce que le rhumatisme articulaire ? MM. Louis, Chomel et les médecins de leur école disent : Ce n'est point une inflammation, c'est une maladie d'une nature particulière; et la preuve que ce n'est point une inflammation, ils la déduisent de la migration facile et rapide des phénomènes locaux du rhumatisme. Quant à la fièvre, ce n'est pas pour eux la fièvre inflammatoire, c'est une fièvre semblable à celle qui accompagne les douleurs, les névralgies.

Pour M. Bouillaud, au contraire, le rhumatisme articulaire est le type de l'inflammation. Symptômes locaux, lésions anatomiques, appareil fébrile général, tout concourt à ses yeux à démontrer la nature phlogistique de cette maladie. Douleurs articulaires, rougeur, diminution de consistance dans les tissus, inflammation des synoviales, épanchement de synovie, et quelquefois épanchement de matière purulente dans les articulations; ajoutez à cela un appareil fébrile des plus intenses, une couenne inflammatoire des plus prononcées sur le sang provenant de la saignée; que faut-il de plus, suivant M. Bouillaud, pour caractériser une inflammation ?

Le traitement de M. Bouillaud est formulé en conséquence de cette interprétation des faits.

Entre ces deux opinions extrêmes, dit M. Rostan, j'accepte la dernière; mais je l'accepte avec une modification que je crois indispensable. Oui, le rhumatisme articulaire aigu est, à mes yeux, une inflammation; mais ce n'est pas une inflammation simple comme l'inflammation traumatique, c'est une inflammation d'une nature spéciale. Dans l'inflammation traumatique, en effet, les phénomènes locaux sont fixes et permanents; ils parcourent toutes leurs phases sur place. Ainsi, l'arthrite qui se développe à la suite d'une entorse n'abandonne une articulation qu'après y avoir subi toutes ses évolutions naturelles. Dans le rhumatisme, au contraire, l'inflammation est sujette à des migrations, à des transports subits d'un point sur un autre. Cette facilité de migration accuse l'existence d'une condition particulière qui différencie le rhumatisme d'une inflammation traumatique ordinaire. Il faut donc bien admettre que c'est là une inflammation d'une nature spéciale, d'un génie particulier.

On a fait à cela une objection. On a dit: C'est tout simple; toutes les articulations sont des organes analogues, constitués par des tissus de même nature; c'est ce qui explique la facilité avec laquelle l'inflammation se propage d'une articulation à une autre. Mais eu ce cas il en devrait être de même pour l'inflammation traumatique, pour celle qui se développe à la suite d'une entorse; or, on sait que cela n'est pas.

D'un autre côté, on a fait aussi des objections contre la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire. Il y a quelques années, M. Andral vint lire à l'Académie de médecine une observation de suppuration articulaire ; et vers cette même époque, nous avions ici, dans les salles, un individu atteint d'une arthrite rhumatismale qui se termina par suppuration. On a objecté à ces faits que ce n'était point là des cas de rhumatisme, du moment qu'il y avait suppuration, que l'on avait eu affaire à une arthrite ordinaire. Avec un argument semblable, il n'y a plus de discussion possible.

Quelle est la marche du rhumatisme aigu? Le rhumatisme a une durée très variable. Il y en a dont la durée ne dépasse pas sept jours, mais il en est d'autres qui durent jusqu'à trois mois. La moyenne de la durée d'un rhumatisme articulaire aigu peut être évaluée à vingt-huit jours (quatre septénaires). Ces variations dans la durée du rhumatisme sont subordonnées du reste à différentes circonstances dont la connaissance peut jusqu'à un certain point la faire prévoir. Ainsi, le rhumatisme articulaire dure plus longtemps chez les sujets qui en ont été déjà affectés plusieurs fois; il est de beaucoup plus courte durée, en général, à la première attaque. Nous verrons plus tard quelle est l'influence du traitement sur cette durée, et les données que nous venons d'indiquer nous serviront même à apprécier cette influence.

Les causes du rhumatisme se résument en général dans l'action du froid et de l'humidité. Mais il semble que cette cause commune ait besoin, pour produire ses effets, du concours de quelques prédispositions particulières.

On admet, en général, que le rhumatisme atteint plus particulièrement les sujets blonds et à tempérament lymphatico-sanguin, qu'il attaque plutôt les hommes que les femmes. Nous verrons plus tard, en traitant du parallèle du rhumatisme et de la goutte, que les causes de ces deux affections, sur l'identité ou la différence desquelles les opinions ne sont pas encore bien fixées, qu'il y a en réalité quelques différences dans leurs causes. Quant à ces rétrocessions de diverses affections cutanées ou externes, auxquelles les auteurs anciens ont fait jouer un si grand rôle dans la production du rhumatisme, rien n'est moins démontré, et il s'en faut que ce fait ait l'importance qu'on lui a attribuée.

MALADIES DES YEUX. — M. Sichel.

Statistique des résultats de l'opération de la cataracte, pratiquée d'après les indications rationnelles.

Sous ce titre, M. le docteur J. Dingé vient de publier un travail important comprenant les résultats de toutes les opérations de cataractes pratiquées par M. Sichel, dans l'espace de six années consécutives, de 1846 à 1851 inclusivement.

Ces opérations s'élèvent au nombre de 689 ; elles ont été faites sur 432 individus de l'un et de l'autre sexe.

Cette statistique doit son intérêt au nombre considérable des opérations et à l'éclectisme qui a présidé au choix des méthodes opératoires.

M. Sichel n'accorde une préférence exclusive à aucune des méthodes; il les emploie toutes, mais en choisissant tantôt l'une, tantôt l'autre, d'après des indications rationnelles qui lui appartiennent, et que nous avons nous-même exposées de la manière suivante dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéro du 7 mai 1853).

« M. Sichel, disions-nous, abaisse les cataractes dures à tous les âges, bien que chez les vieillards il préfère les extraire, afin de ne pas laisser dans l'œil le cristallin, devenu un corps étranger mobile et irritant, capable d'amener et d'entretenir longtemps une violente phlegmasie des membranes internes, difficile à combattre chez des individus où l'emploi de la méthode antiphlogistique doit naturellement être restreint. Il opère par broiement toutes les cataractes molles et demi-molles chez les sujets au-dessous de 40 ans, surtout au-dessous de 30 ans, et exceptionnellement au-dessus de 40 ans. Il pratique l'extraction dans les cataractes molles et demi-molles séniles, c'est-à-dire existant chez des individus âgés de plus de 40 ans, et surtout de plus de 50 ans, par la raison que l'abaissement et le broiement de pareilles cataractes sont suivis d'un gonflement considérable du cristallin, qui vient comprimer les membranes internes et y déterminer une violente inflammation.

» Cette inflammation, combattue par le traitement énergique qu'elle exige, affaiblit la constitution et amène facilement le marasme. Si on l'attaque insuffisamment, elle occasionne la désorganisation des membranes internes et une amaurose incurable. Chez les individus au-dessous de 40 ans, et surtout chez les enfants depuis 6 mois jusqu'à 15 ans environ, la tolérance après les opérations pratiquées à l'aiguille et par une main exercée est excessivement grande, la réaction traumatique peu considérable, surtout chez ces derniers. De plus, la résistance de l'organisme à l'action affaiblissante du traitement antiphlogistique est à son maximum entre 20 et 40 ans. Par suite de ces indications, l'opération normale ou d'élection est l'extraction pour les cataractes séniles molles et demi-molles, le broiement pour les cataractes lenticulaires molles et demi-molles chez les individus jeunes, et surtout pour les cataractes congéniales, qui presque toujours sont peu consistantes. Les cataractes dures peuvent êtres abaissées à tout âge, bien que chez les vieillards il soit préférable de les extraire, afin d'éviter une phlegmasie trop intense. »

Selon M. Dingé, la pratique de M. Sichel pourrait se formuler de la manière suivante :

Avant 40 ans :
- Molles, demi-molles : broiement;
- Dures, demi-dures : abaissement.

Après 40 ans :
- Molles, demi-molles, demi-liquides : extraction ;
- Dures, demi-dures : extraction ou abaissement si les sujets sont forts.

Ces indications thérapeutiques de la cataracte ont-elles une valeur réelle assez considérable pour prévaloir sur les méthodes exclusives qui ont régné jusqu'à ce jour, et pour servir de base à une nouvelle pratique chirurgicale? En publiant ces résultats, nous fournissons l'élément essentiel pour juger cette question.

Toutefois, M. le docteur Dingé ne se borne pas à donner les résultats des opérations pratiquées par M. Sichel, il a cherché encore à éclairer par la statistique quelques autres points de cette affection, tels, par exemple, que l'influence du sexe, de l'âge, de la consistance de la cataracte, de la fréquence de la cataracte double.

Nous ne donnerons que le résumé de ces divers chapitres, et les ferons suivre de l'exposé analytique des résultats généraux obtenus par M. Sichel et comparés à ceux qu'ont publiés quelques autres auteurs.

Sexe. — Sur les 432 individus compris dans notre statistique, nous trouvons 194 hommes et 238 femmes : 44 femmes en plus.

Il résulterait de là que la cataracte serait plus commune chez la femme que chez l'homme ; cependant telle n'est pas la conclusion de l'auteur, qui, d'après les relevés de Fabini, de Dupuytren, de Maunoir, croit devoir admettre que les deux sexes sont également sujets à la cataracte.

Il nous reste cependant, dit-il, une remarque à faire. Sur 37 cataractés âgés de 5 mois à 30 ans, nous en avons 28 du sexe masculin, et 9 seulement de l'autre sexe. La cataracte serait-elle donc plus commune chez l'homme dans la jeunesse, chez la femme après cet âge? Les auteurs qui nous ont précédés ne disent rien à ce sujet.

Age. — Les 432 cataractés opérés par M. Sichel se trouvent ainsi répartis sous le rapport de l'âge :

De 5 mois à 10 ans.	15 malades.
De 10 ans à 20 ans.	11 —
De 20 ans à 30 ans.	12 —
De 30 ans à 40 ans.	6 —
De 40 ans à 50 ans.	31 —
De 50 ans à 60 ans.	90 —
De 60 ans à 70 ans.	154 —
De 70 ans à 80 ans.	102 —
De 80 ans à 90 ans.	11 —

Ces chiffres indiquent l'âge des malades au moment de l'opération, c'est-à-dire à l'époque où l'opacité du cristallin était complète ; si l'on voulait connaître l'âge qu'ils avaient au début de l'affection, il suffirait de rechercher combien de temps, terme moyen, la cataracte met à devenir complète et rajeunir chaque sujet d'autant.

Elle met cinq ans, suivant Maunoir ; deux ans suffiraient, suivant Demours (*Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 501).

Des relevés de Fabini et de Maunoir montrent qu'il y a à peu près un neuvième du nombre total des cataractés au-dessous de 40 ans ; le cinquième, entre 50 et 60 ; le tiers, entre 60 et 70 ; le quart, au-dessus de 70 ans. En d'autres termes, que la cataracte se montre à toutes les époques de la vie ; mais qu'elle est rare avant 40 ans, devient de plus en plus commune à partir de cet âge, pour atteindre son maximum de fréquence après 60 ans.

Maunoir n'a point de malades au-dessous de 20 ans ; il l'attribue à la rareté de la cataracte chez les enfants. Dans un article de la *Gazette des Hôpitaux*, publié en 1848, M. le professeur Malgaigne parle aussi de cette rareté de la cataracte dans l'enfance, et il ajoute : « Je crois bien avoir vu une cataracte chez un enfant, peut-être deux ; mais je n'oserais en affirmer qu'une, de peur de me tromper. » D'après le tableau de Fabini et celui que nous venons d'enregistrer, la proportion des jeunes cataractés serait environ de 1 sur 20. Nous devons ajouter que cette année même, dans l'espace de quatre à cinq mois, nous avons vu, seulement à la clinique ophthalmologique de M. Sichel, 9 individus qui sont ou ont été cataractés avant l'âge de 20 ans.

Siége. — Considérées sous le rapport du siége, nos 689 cataractes se trouvent réparties de la manière suivante :

Cataractes lenticulaires.	638
— capsulo-lenticulaires.	45
— capsulaires.	6

Dans les capsulo-lenticulaires, l'opacité de la capsule occupait toujours la partie antérieure de cette membrane. 20 de ces cataractes ont été opérées par extraction ; dans douze cas, M. Sichel a extrait la partie opaque de la cristalloïde ; diverses causes l'ont empêché de l'extraire dans les huit derniers.

Des 6 cataractes capsulaires, 4 étaient secondaires, c'est-à-dire consécutives à une opération ; les 2 autres étaient traumatiques : elles avaient été occasionnées par une blessure du système cristallinien, à la suite de laquelle le cristallin avait disparu.

Comme on le voit, notre statistique ne renferme aucun cas de cataracte capsulaire primitive : ce qui semblerait autoriser à conclure que cette espèce de cataracte ou n'existe pas, ou est excessivement rare. Cependant il n'en est pas tout à fait ainsi. Cette année même, nous avons rencontré, sur 6 individus, des taches ou des végétations de la capsule qui n'étaient ni traumatiques, ni secondaires.

Consistance. — Nous ne nous occuperons pas ici des différents degrés de consistance, ou plutôt de résistance, que présentent les cataractes capsulaires ; cet article sera uniquement consacré aux lenticulaires, qui se trouvent ainsi classées :

A. *Sans distinction d'âge :*

Cataractes dures.	17
— demi-dures.	167
— molles.	144
— demi-molles.	336
— demi-liquides.	19
— ossifiées.	1

Ainsi : 1° L'ordre de fréquence des cataractes lenticulaires, sous le rapport de la consistance, est le suivant : demi-molles, demi-dures, molles, demi-liquides, dures, ossifiées.

2° Quant à la proportion, la moitié des cataractes sont demi-molles, le quart demi-dures, le cinquième molles, le trente-sixième demi-liquides, le quarantième dures; une ossifiée se présente exceptionnellement.

B. *Suivant les âges.* — Jusqu'à 50 ans, les cataractes molles sont plus nombreuses que toutes les autres réunies ; après cet âge, la proportion de ces cataractes va toujours en diminuant.

Les demi-molles, communes à toutes les époques de la vie, deviennent de beaucoup les plus nombreuses après 50 ans.

Nous n'avons point de cataractes dures avant 40 ans; elles sont même rares dans tout le reste de la vie.

Les demi-dures, exceptionnelles avant 40 ans, deviennent plus fréquentes après cet âge, et sont en somme plus nombreuses que les molles.

Ce que nous avons dit des cataractes dures est en tout point applicable aux demi-liquides.

Donc les auteurs qui prétendent que les cataractes sont molles chez les jeunes sujets, dures chez les vieillards ont à peu près raison quant à la première proposition, mais sont dans l'erreur quant à la seconde.

Quant à la fréquence de la cataracte double, l'auteur prétend :

1° Que la cataracte traumatique n'est presque jamais double;

2° Que la cataracte spontanée est presque toujours double.

Résultats des opérations. — Dans l'exposé qui va suivre, nous donnons séparément les résultats fournis par les trois méthodes opératoires : broiement, abaissement, extraction. Ces résultats sont divisés en *immédiats* et *définitifs*.

1° *Broiement.* — M. Sichel pratique cette méthode suivant deux procédés :

1° En introduisant l'aiguille par la sclérotique (scléroticonyxis);

2° En l'introduisant par la cornée (kératonyxis) ; toutefois le premier procédé est celui qu'il emploie habituellement.

Récapitulation. — 86 yeux opérés sur 70 individus âgés de 5 mois à 78 ans ont donné pour résultat immédiat :

40 succès. . .	soit pour 100	46 44/86
36 demi-succès.	—	41 74/86
10 insuccès. . .	—	11 54/86

3 insuccès sont à défalquer pour causes précitées; des réopérations ont converti 25 demi-succès en 23 succès et 2 insuccès. Il reste donc pour résultat définitif :

Sur 83 yeux :

63 succès. . . .	soit pour 100	75 75/83
11 demi-succès.	—	13 21/83
9 insuccès. . .	—	10 70/83

2° *Abaissement.* — M. Sichel pratique l'abaissement, comme le broiement, tantôt par la cornée, tantôt par la sclérotique, mais bien plus souvent par cette dernière.

Récapitulation. — 78 yeux opérés sur 59 individus âgés de 29 mois à 81 ans ont donné pour résultat immédiat :

41 succès. . .	soit pour 100	52 44/78
29 demi-succès	—	37 14/78
8 insuccès. . .	—	10 20/78

Des réopérations ont converti 12 demi-succès en 11 succès et 1 insuccès; ce qui fait pour résultat définitif :

52 succès. . .	soit pour 100	66 52/78
17 demi-succès	—	21 62/72
9 insuccès. .	—	11 42/78

3° *Extraction.* — Toutes les extractions ont été faites par la partie supérieure de la cornée (kératotomie supérieure).

Récapitulation. — 525 yeux opérés sur 303 individus âgés de 35 à 90 ans ont donné pour résultat immédiat :

403 succès. . .	soit pour 100	76 400/525
60 demi-succès	—	11 225/525
62 insuccès. . .	—	11 425/525

9 insuccès sont à défalquer pour causes précitées; des réopérations ont converti 9 demi-succès en succès complets. Il reste donc pour résultat définitif :

Sur 516 yeux :

412 succès. . .	soit pour 100	79 436/516
51 demi-succès	—	9 456/516
53 insuccès. .	—	10 140/516

Récapitulation générale. — *Résultat de toutes les opérations de cataractes pratiquées par M. Sichel dans l'espace de six années.* — 689 yeux opérés sur 432 individus âgés de 5 mois à 90 ans ont donné pour résultat immédiat :

484 succès. . .	soit pour 100	70
125 demi-succès	—	18
80 insuccès. . .	—	12

12 insuccès sont à défalquer, savoir : 11 pour amaurose préexistante, 1 pour ophthalmie interne invétérée.

Des réopérations ont converti 46 demi-succès en 43 succès et 3 insuccès. Il reste donc pour résultat définitif :

Sur 677 yeux :

527 succès. . . .	soit pour 100	72
79 demi-succès	—	12
71 insuccès. .	—	10

On voit, par ces chiffres, que l'extraction fournit les résultats immédiats et définitifs les plus heureux. Les résultats immédiats de l'abaissement sont plus favorables que ceux du broiement, mais les résultats définitifs le sont moins ; de sorte que le classement des méthodes d'après les résultats qu'elles ont fournis à M. Sichel serait le suivant : 1° extraction ; 2° broiement ; 3° abaissement.

STATISTIQUES DES AUTEURS. — « De 206 cataractes extraites par Daviel, 182 réussirent, et 24 furent sans succès. (Lacournère, *Thèse sur la cataracte.*) Daviel est l'inventeur de l'extraction.

» De 34 autres cataractes extraites par le même chirurgien, 25 réussirent, et 9 furent sans succès (*Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, t. VI).

» Sur 19 extractions et abaissements pratiqués par Morand, Lafaye et Poyet, il y eut 12 succès et 7 insuccès (*Ibid.*).

» Richter guérit par l'extraction 7 malades sur 10 (Sabatier-Dupuytren, *Médecine opérat.*, t. IV).

» Sharp obtint un nombre égal de succès et de revers (*Ibid.*).

» D'après un tableau tracé par Tartra, Pelletan et Dupuytren obtinrent, sur 43 abaissements, 24 succès et 4 demi-succès ; sur 70 extractions, 19 succès et 6 demi-succès. Il est vrai qu'il faut déduire du nombre total 19 opérations par extraction et 6 par déplacement, dont les résultats nous sont demeurés inconnus (*Ibid.*).

» Sur 281 malades opérés plus tard par Dupuytren, 265 par abaissement, 7 par extraction et 9 par la kératonyxis, il y eut 216 succès complets ; 25 malades sortirent en voie de guérison et 40 sortirent dans le même état (*Ibid.*). Remarquer que les résultats sont comptés par individus.

» Sur 306 extractions pratiquées par M. Roux, il y eut 188 guérisons (*Ibid.*).

» Sur 99 yeux opérés par Cunier, il y a eu, suivant M. Sichel, 81 succès complets, 12 demi-succès et 6 insuccès (*Annales d'oculistique*, 1845, t. XVI), et, suivant M. Furnari, 83 succès, 7 demi-succès, 9 insuccès (*Gazette des Hôp.*, 1845, n° 106, Feuilleton).

» De 1826 à 1844, le professeur Jœger (de Vienne) a opéré 1,011 cataractés comme suit :

Extraction avec le lambeau supérieur.	728		
— avec le lambeau inférieur..	9		
Total des extractions. .	737	Non-succès. .	33
Extraction partielle.	58	Non-succès. . .	3
Broiement.	87	Non-succès. .	6
Réclinaison.	126	Insuccès. . .	21
Total des opérations pratiquées. .	1011	Total des insuccès.	63

(Sichel, *Ann. d'oculist.*, t. XVI.)

» Sur 35 yeux opérés en 1836 par M. Roux, 31 le furent par extraction et 4 par abaissement. Sur ces 35 yeux opérés, 14 ne recouvrèrent pas la vue ; les 21 autres la recouvrèrent, mais non pas tous au même degré ; 13 virent parfaitement. (Furnari, *Gazette des Hôpitaux*, 1845.)

» Quant aux personnes de Paris qui opèrent exclusivement par dépression ou par réclinaison, voici leurs résultats :

» Sur 50 opérations de cataracte, il y a, terme moyen, 19 succès complets, 10 demi-succès, 16 iritis (nous n'exagérons pas) qui obstruent plus ou moins complétement le champ de la pupille ; 3 atrophies du globe par suite d'hypopion ou de fonte purulente, et 2 amblyopies amaurotiques. *Que celui qui conteste ce relevé jette la première pierre.* (Furnari, *ibid.*)

» 100 yeux opérés par M. Sichel sur 64 individus, dont 37 des deux yeux et 27 d'un seul œil, ont donné pour résultats : succès complets, 79 ; demi-succès, 10 ; insuccès complets, 11.

» Parmi les insuccès, 3 sont dus à des amauroses préalablement constatées, et par conséquent doivent être défalqués. » (Sichel, *Annales d'oculistique*, 1845, t. XVI.)

689 autres yeux opérés par le même chirurgien sur 432 individus, dont 257 des deux yeux et 175 d'un seul œil, ont donné pour résultats : succès complets, 527 ; demi-succès, 79 ; insuccès, 83.

Parmi les insuccès, 11 sont dus à des amauroses préalablement constatées, 1 à une ophthalmie interne invétérée, et doivent par conséquent être défalqués (présente thèse).

En réunissant les deux statistiques de M. Sichel, nous trouvons pour résultats définitifs :

Sur 772 opérations, 606 succès, 89 demi-succès, 75 insuccès.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observation d'imbécillité avec accès réguliers de tristesse et de gaieté pendant un grand nombre d'années. — Inefficacité du sulfate de quinine et du haschisch.

Par M. A. BRIERRE DE BOISMONT.

La forme intermittente n'est pas rare dans l'aliénation mentale ; tous les ouvrages en contiennent des observations, et il n'est pas de médecin aliéniste qui n'en ait lui-même observé un certain nombre. Nous recevons tous les mois dans notre établissement une dame qui vient presque constamment aux mêmes époques pour une exaltation maniaque furieuse, suivie de dépression. Cet état existe depuis plus de dix ans. Dans l'origine de la maladie, on a eu recours à des doses considérables de sulfate de quinine, et à beaucoup d'autres médications, sans qu'il en soit résulté des changements dans la marche de l'affection.

Un grand nombre de maladies mentales présentent un jour de mieux succédant à un jour d'agitation. Le sulfate de quinine n'a pas mieux réussi dans ce cas.

Une longue pratique nous a rendu un peu sceptique sur l'influence de ce médicament pour arrêter, changer ou modifier la périodicité dans les formes principales de la folie. Nous savons que d'autres médecins ont été plus heureux ; nous les en félicitons, mais nous croyons que la plupart des médecins aliénistes partagent notre opinion. Si nous faisons nos réserves sur l'efficacité du sulfate de quinine dans le cas indiqué, nous nous empressons de reconnaître que ce médicament rend d'importants services dans les accidents intermittents périodiques qui viennent compliquer les maladies mentales. Il y a quelque temps, un jeune homme soigné par nous pour une exaltation maniaque fut pris d'une défaillance avec décoloration de la face, petitesse du pouls, sueurs froides. Ces symptômes, qui avaient été combattus par des excitants diffusibles, s'étant montrés la nuit suivante, nous n'hésitâmes pas à faire prendre au malade 20 grains de sulfate de quinine. Le troisième accès fut léger, et l'administration du médicament ayant été continuée plusieurs jours, la complication qui nous avait effrayé ne se montra plus. On pourrait multiplier les exemples. Nous ne sommes pas absolu, et il est possible qu'au début de l'aliénation on puisse combattre avec succès la forme intermittente ; mais ce fait ne s'est jamais présenté dans notre pratique.

Quant à l'observation suivante, elle nous a paru intéressante sous le rapport du type, des deux formes, de leur intermittence périodique et du long espace de temps pendant lequel elles se sont succédé constamment.

A. W... fut placé en 1836 dans mon établissement pour des actes qui avaient donné lieu à de nombreuses plaintes.

Il courait après les passants, entrait dans les maisons, adressait la parole au premier venu, voulait embrasser tout le monde, hommes et femmes, n'avait aucune retenue dans sa conduite. Il chantait à tue-tête, criait, gesticulait ; aussi ne tardait-il pas à déterminer des attroupements.

Cet ensemble de faits ne s'était manifesté que peu à peu. A..., qui appartenait à une bonne famille, alors très aisée, avait été élevé dans un collége ; il avait pu apprendre à lire et à écrire, mais la faiblesse originelle de son intelligence, la bizarrerie de ses manières, sa crédulité en avaient fait le bouffon de ses camarades. Aussi, à sa sortie de pension fut-il impossible d'en tirer aucun parti. A deux reprises différentes on le fit entrer en maison de santé ; mais ce ne fut qu'à l'âge d'environ trente ans qu'il y fut maintenu difficilement.

Sa mère et sa sœur étaient des personnes fort intelligentes ; son père, mort depuis longtemps, avait été d'un caractère excentrique.

Lorsque nous examinâmes A..., nous lui trouvâmes tous les traits d'un imbécile : la face était large, proéminente, sans expression ; la bouche ouverte, le rire fréquent et niais, la physionomie sans jeu ; le front droit, court, étroit ; la tête pointue, petite. A..., d'un tempérament lymphatico-sanguin, bien constitué, de taille moyenne, jouissait d'une excellente santé. Les appétits vénériens étaient très développés et demandaient beaucoup de surveillance, car il n'eût reculé devant aucun rapprochement.

Lorsque nous l'interrogions, il répondait aux questions qu'on lui adressait brièvement, et en répétant deux fois la réponse ; ses idées étaient bornées, n'embrassant que le côté matériel. La mémoire était assez bonne, son attention très faible, son jugement nul, sa crédulité extrême. Il avait des sentiments affectifs assez développés pour ses parents, quoiqu'il fût surtout sensible aux petits cadeaux qu'ils lui apportaient. Dans l'établissement, il s'occupait activement à différents travaux manuels, à scier le bois, nettoyer les souliers, porter l'eau. Les fonctions s'exécutaient bien.

Tel était l'état général de A... lorsque nous prîmes la direction de l'établissement ; mais ce qui nous parut remarquable dans son état mental, ce fut la forme intermittente régulière sous laquelle se présentaient les symptômes. Tous les trois jours, une métamorphose curieuse s'opérait dans sa personne. Gai, tapageur, interpellant chacun par son nom, sans cesse en mouvement, faisant retentir la maison de ses cris, d'autant plus bruyants qu'il était plus près de retomber dans sa forme triste, il continuait encore de marcher, mais sa démarche était incertaine, vacillante, il se rendait à son poste habituel, disant qu'il venait s'essayer. Ses yeux, agités de mouvements très rapides, erraient sans se fixer d'un objet à un autre. Il saisissait ce qui lui tombait sous la main, le laissait, s'éloignait, revenait le reprendre. Le cercle de locomotion se rétrécissait de plus en plus ; en l'observant, il y avait lieu de croire qu'il se débattait contre le mal, mais celui-ci l'emportait toujours.

Le pauvre A..., dont les chants avaient fini par faire place à un mutisme complet, allait se placer immobile près du réfectoire, dans la cour, sur trois pavés, constamment les mêmes, et gardait cette attitude de statue, depuis le matin jusqu'au soir, pendant le temps de la crise qui durait trois jours, et à laquelle succédaient trois jours de gaieté.

La lutte intérieure était annoncée par les changements de la figure : habituellement colorée, pleine, animée, elle prenait une teinte jaunâtre, s'amaigrissait, vieillissait de dix ans, devenait triste, immobile ; la bouche pendante lui donnait un air de stupidité particulier ; les yeux étaient mornes. L'affaiblissement général était très prononcé dans les jambes, qui avaient quelque peine à ne pas fléchir. Il était assez difficile de lui faire quitter son lieu d'élection pour prendre ses repas et le mettre à l'abri des intempéries des saisons.

Pendant près de dix ans que ce malade fut confié à mes soins, la régularité des accès varia peu, à l'exception des deux dernières années.

Nous avons pris une fois note de ces accès pendant six mois : leur forme, leur durée, leur époque ont été semblables ; le malade a été vu par un nombre considérable de personnes, qui le connaissaient sous le nom de l'*homme aux trois pavés*, parce que dans sa station il ne dépassait pas ce but.

Tant que durait la crise, on ne pouvait en tirer aucune parole ; il détournait la tête, donnait les signes d'un véritable malaise si l'on s'obstinait à lui parler ; et lorsque, vaincu par l'importunité, il murmurait quelques mots, ils étaient prononcés à voix basse, d'une manière entrecoupée, et comme si un obstacle en gênait l'émission. Quand il était à la fin de sa période de souffrance, on voyait les traits s'animer, la figure se colorer, et il disait que le poids de plomb qui le clouait au sol diminuait à chaque instant. Son retour à l'excitation était marqué par les mêmes symptômes ; il s'écriait : *Je suis guéri, je suis dans une gaieté*, se mettait à chanter, à sauter, à bondir et à faire les ouvrages les plus pénibles.

En présence de cette régularité dans les symptômes, nous eûmes la pensée de lui faire prendre le sulfate de quinine quelques heures avant l'apparition de la période de dépression. L'administration de ce remède ne présenta aucune difficulté ; car A..., naturellement glouton, avalait tout ce qu'il croyait pouvoir être bu ou mangé : disposition qui n'est pas générale, car on rencontre à chaque instant des malades qui, sous l'influence de fausses sensations ou persuadés qu'on empoisonne leurs aliments ou leurs boissons, refusent de se soumettre à l'usage des médicaments ; aussi est-on dans la nécessité de choisir de préférence les substances sans goût qu'on mêle avec leur manger. A... prit pendant plusieurs jours de suite et à diverses reprises de 5 à 10 centigrammes de sulfate de quinine.

Les seuls changements que nous observâmes furent un retard dans les accès, une période d'excitation un peu plus longue, des modifications dans l'époque de l'apparition de la période d'abattement, mais néanmoins la même forme, seulement variable en intensité et en durée.

M. le docteur Moreau (de Tours) venait de publier sur le haschisch un ouvrage qui avait fait sensation ; l'action exhilarante de cette préparation nous parut devoir modifier la crise de tristesse. A son début, nous administrâmes à M. A... 30 grammes de haschisch, qui nous avait été donné par M. Moreau lui-même. Deux ou trois heures après l'ingestion de la substance, la figure prit une teinte jaune verdâtre, comme chez une mélancolique qui avait été également soumise à son usage. A... commença à s'agiter ; il fut obligé d'abandonner son poste ordinaire ; il ne pouvait se tenir sur ses jambes : il lui semblait que tout tournait autour de lui. Il lui fut presque impossible de manger ; son état d'abattement, qui durait trois jours pleins, cessa au bout de deux jours et demi, et même dès le commencement du second jour sa figure s'était épanouie.

Lorsque le malade fut revenu à lui, il nous déclara que pendant l'action du médicament il avait eu des vertiges, ne pouvait se tenir sur ses jambes, avait mal à l'estomac et souffrait de la tête.

Quelques jours après, au plus fort de sa gaieté, nous fîmes prendre 45 grammes de haschisch.

A peine un quart d'heure s'était-il écoulé que sa physionomie changea brusquement, et tomba avec une rapidité extrême dans la tristesse habituelle ; la coloration devint jaune verdâtre, comme dans le cas précédent ; les traits, fortement contractés, révélaient une forte souffrance intérieure. Craignant pour sa santé, et frappé surtout d'une altération du visage que nous n'avions pas observée dans la première expérience, nous nous empressâmes de lui faire prendre une tasse de fort café, qui dissipa le malaise sans lui rendre la gaieté. L'accès de tristesse se prolongea cette fois quatre jours.

Le résultat de ces médications ayant été nul ou peu satisfaisant, nous y renonçâmes, et, comme nous avions affaire à une intermittence ancienne liée à une forme d'aliénation mentale incurable, nous abandonnâmes le malade aux effets de la nature. Dans les deux dernières années de son séjour à la maison, la forme intermittente périodique perdit de sa régularité ; les accès offraient beaucoup de variété dans le retour, la durée. Transféré dans un établissement public par suite de l'infidélité d'un gérant, il y est mort quelques mois après.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 janvier 1854. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur érectile de la face. — M. CHASSAIGNAC présente une jeune enfant de six mois, qui est affectée d'une tumeur érectile veineuse située sur l'extrémité du nez. Cette petite malade n'a pas encore été vaccinée. M. Chassaignac demande à quel traitement il serait préférable de recourir.

M. GUERSANT a vu un cas analogue ; l'enfant était vacciné. Il n'a donc pu la traiter par la vaccination ; il a eu recours à l'emploi du cautère actuel. Après quatre opérations pratiquées à l'aide de piqûres faites avec un stylet rougi à blanc, il y a eu guérison. Les cicatrices avaient l'aspect des cicatrices de vaccine.

Il pense, du reste, qu'il n'y a pas urgence à opérer immédiatement. Ces tumeurs disparaissent en effet quelquefois sans traitement. Si on se décide à opérer, il conseille la vaccination.

M. VERNEUIL, sans rien préjuger sur le choix proposé par M. Guersant, croit devoir cependant insister sur les inconvénients inhérents à l'emploi du vaccin. Ainsi, il a vu un enfant qui, blessé au nez par une pointe de lancette encore chargée de virus vaccin, a eu consécutivement une cicatrice difforme très étendue.

M. MOREL-LAVALLÉE ne saurait partager les craintes que pourrait faire naître le fait cité par M. Verneuil. Ce qu'on se propose surtout dans une opération de ce genre pratiquée sur la face, c'est d'éviter les cicatrices consécutives à une perte de substance, et, sans contredit, de tous les procédés, celui qui donne le meilleur résultat dans ce sens, c'est la vaccination, qui, du reste, ne saurait, pratiquée superficiellement suivant les règles de l'art, déterminer des accidents semblables

à ceux produits par une inoculation profonde comme celle dont il a été question.

Du reste, ajoute M. Morel-Lavallée, je me suis servi de la vaccination dans les cas analogues à celui de M. Chassaignac, et j'ai obtenu des guérisons parfaites, sans traces plus apparentes que celles qui résultent de la vaccination ordinaire.

M. Broca insiste aussi sur la différence du résultat lorsque la vaccination est faite superficiellement, et les résultats mauvais signalés par M. Verneuil doivent être imputés à la manière dont a été faite la piqûre.

M. Lenoir a eu à traiter un enfant présentant la même affection, siégeant au même point; il n'a pas employé la vaccination, car l'enfant était vacciné; mais il a employé la compression faite à l'aide d'un instrument approprié. La guérison n'est pas encore complète, mais la tumeur a considérablement diminué.

M. Monod a traité des tumeurs semblables en introduisant dans leur épaisseur des fils qui ont été laissés en place pendant plusieurs mois; il a obtenu aussi des guérisons sans traces de cicatrices.

M. Guersant a renoncé à l'emploi du séton, qui peut déterminer un érysipèle et même la mort. Un malade de Blandin a succombé ainsi.

Il a recours au vaccin d'abord, et si l'enfant est vacciné, il emploie les aiguilles rougies. Il possède une vingtaine de cas de guérison.

M. Huguier repousse aussi le séton, qui peut causer l'érysipèle et l'infection purulente. Sur un jeune enfant offrant une tumeur analogue à celle présentée par M. Chassaignac, j'ai obtenu une guérison complète par l'application répétée deux fois de la pâte de Vienne.

Tumeur ganglionnaire de la région cervicale. Ablation. — M. Huguier présente une malade sur laquelle il a enlevé une tumeur ganglionnaire du volume d'un œuf, située dans la région cervicale, appuyée sur les vaisseaux carotidiens. Pour éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs, M. Huguier a attaqué la tumeur par une incision longitudinale pratiquée suivant le relief postérieur du sterno-mastoïdien.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les journaux de médecine, et de plus, quarante-deux monographies étrangères sur divers sujets de chirurgie et d'obstétrique, offertes par un des membres de la Société.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert. — M. Denonvilliers donne lecture des conclusions proposées par la nouvelle commission.

Ces conclusions seront imprimées à part et discutées dans la première séance.

RAPPORT.

M. Broca donne lecture du rapport suivant, sur la candidature de M. Verhaeghe, dont les conclusions ont été adoptées immédiatement.

Sur la proposition de plusieurs membres de la Société, ce rapport sera inséré en entier dans les Bulletins.

« Messieurs, dans une de nos dernières séances, vous nous avez chargés, MM. Forget, Deguise et moi, de vous faire un rapport sur les travaux de M. Verhaeghe, candidat au titre de membre correspondant à l'étranger.

» M. Verhaeghe, chirurgien de l'hôpital d'Ostende, compte au nombre des praticiens les plus éminents de la Belgique. Plusieurs corps savants, parmi lesquels je citerai surtout l'Académie royale de Belgique, l'ont déjà associé à leurs travaux. Ces titres sérieux n'ont pu que nous disposer à accueillir favorablement la candidature de M. Verhaeghe; mais avant de nous prononcer, nous avons dû soumettre à un examen approfondi les publications que ce chirurgien nous a fait parvenir à l'appui de sa demande.

» Plusieurs de ces publications sont étrangères à la chirurgie, et nous ne croyons pas devoir vous en entretenir. Nous regrettons toutefois de ne pouvoir vous rendre compte d'un travail aussi remarquable par la forme que par le fond sur les causes de la phosphorescence de la mer dans les parages d'Ostende.

» Les publications relatives à la chirurgie proprement dite sont au nombre de quatre. Quoiqu'elles renferment peu d'idées originales, nous les avons lues avec intérêt, parce que l'auteur s'y montre bon observateur et praticien habile.

» Le premier travail n'est autre chose que la relation d'un fait de rhinoplastie pratiquée suivant les préceptes de Dieffenbach. Le résultat fut satisfaisant, ainsi que le constate un dessin annexé au mémoire. On sait que le procédé de Dieffenbach, emprunté à la méthode indienne, est surtout caractérisé par la nature des soins consécutifs à l'opération. Dès que le lambeau est convenablement greffé, le chirurgien s'occupe de donner au nez une forme convenable. Deux épingles passées à travers la base du lambeau, l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie moyenne, permettent d'exercer, à l'aide de deux languettes de cuir dur, une pression latérale qui aplatit le lambeau transversalement, fait saillir le dos du nez et laisse à la partie inférieure deux renflements latéraux semblables aux ailes du nez. Ce résultat final fut heureusement atteint sur le malade de M. Verhaeghe, et nous devons louer l'habileté d'exécution dont ce chirurgien a fait preuve dans cette circonstance. Du reste, en vous signalant un beau succès de la rhinoplastie, je n'ai pas l'intention de me prononcer sur l'opportunité de cette opération, et de trancher ainsi une question très controversée parmi nos contemporains.

» Le second mémoire de M. Verhaeghe est relatif, comme le précédent, à une opération de chirurgie réparatrice. Mais il s'agit cette fois d'une opération qui a du premier coup réuni tous les suffrages, et qui compte parmi les plus utiles conquêtes de la science moderne. Je veux parler de la périnéoraphie.

» M. Verhaeghe a eu pour but de faire connaître un nouveau mode opératoire, je dirai presque une nouvelle méthode, pour la guérison des ruptures complètes du périnée. Le professeur Langenbeck, qui est l'auteur de cette innovation, n'a encore rien publié là-dessus, et le mémoire de notre candidat acquiert ainsi l'importance d'un travail original. A ce titre, déjà votre commission croit devoir vous donner quelques détails sur cette opération nouvelle, et elle espère que ces détails ne seront pas sans intérêt pour une Société qui compte au nombre de ses membres le principal inventeur de la périnéoraphie.

» Depuis que M. Roux a définitivement introduit dans la chirurgie la suture du périnée, beaucoup d'auteurs se sont efforcés de perfectionner cette importante opération; leurs recherches ont porté sur l'époque où il convient de pratiquer la réunion, sur la nature des incisions qui doivent précéder le rapprochement, sur l'espèce de suture qu'il faut employer, enfin sur les soins consécutifs que réclame la position spéciale des opérées.

» Un grand nombre d'observations, et en première ligne celles de notre collègue M. Danyau (*Journal de chirurgie* de M. Malgaigne, juin 1843, t. I), prouvent qu'il est possible d'obtenir la réunion sur les nouvelles accouchées, et que le passage des lochies n'est pas un obstacle à la cicatrisation. M. Verhaeghe se montre partisan de cette idée; le rapprochement des cuisses et quelques points de suture suffisent alors pour maintenir en contact les surfaces de la déchirure. Mais il arrive souvent que le chirurgien n'est pas appelé au moment de l'accident, que les lèvres de la plaie sont cicatrisées isolément et largement écartées l'une de l'autre; c'est alors seulement que l'opération de M. Langenbeck trouve son application.

» Pratiquée dans ces conditions, la périnéoraphie doit toujours être précédée de l'avivement des bords. Après quoi, il s'agit de choisir la suture la plus convenable. Les Français et les Anglais, marchant sur les traces de M. Roux, ont presque tous donné la préférence à la suture enchevillée. Mais les Allemands, à l'exemple de Dieffenbach, ont reproché à cette suture de ne pas affronter exactement les couches superficielles, et sont revenus à la suture entrecoupée. Celle-ci, toutefois, n'a pas assez de puissance pour lutter contre la tendance à l'écartement. Pour faire face à cet inconvénient, Dieffenbach a eu l'idée de pratiquer à quelque distance de la plaie deux incisions latérales longitudinales destinées à relâcher les parties, suivant la méthode de Celse. Ces deux incisions de Dieffenbach ont été conservées par M. Langenbeck et font partie par conséquent de son procédé.

» Les soins qu'il faut donner aux femmes après l'opération constituent un élément important sur lequel les chirurgiens ne sont pas complètement d'accord. Tout le monde a reconnu que le contact de l'urine était très nuisible. Il est assez facile de se soustraire à cet inconvénient par des cathétérismes fréquemment répétés. Mais le contact des mucosités vaginales, celui des matières fécales sont plus difficiles à éviter. Le procédé de M. Langenbeck, comme on le verra tout à l'heure, a l'avantage de soustraire la plaie à l'action des liquides vaginaux. Quant aux matières fécales, elles gênent de deux manières: d'abord par leur contact irritant, ensuite et surtout par les tiraillements que subit la plaie au moment de la défécation. Afin de rendre ces tiraillements moins funestes, M. Roux et ses élèves administrent des minoratifs qui permettent d'expulser sans efforts les matières fécales. Dieffenbach, au contraire, commence par débarrasser l'intestin avant l'opération, puis il tient les malades à une diète sévère et leur administre des préparations opiacées destinées à entretenir une constipation complète jusqu'à ce que la cicatrice soit bien solide. M. Verhaeghe, qui a adopté ce précepte, l'a appliqué avec succès sur ses trois opérées. La première garde-robe a été reculée jusqu'au neuvième et au dixième jour, époque où la réunion offrait déjà une solidité suffisante.

» La partie la plus importante du procédé de M. Langenbeck est relative à la section des parties molles au moment où on pratique l'avivement, et a pour but de protéger la plaie contre le contact irritant des liquides vaginaux. Pour arriver à ce résultat, on dédouble de bas en haut, dans une étendue de 1 1/2 à 2 centimètres, la cloison recto-vaginale. Une incision curviligne, à concavité supérieure, permet de détacher la muqueuse du vagin et de la relever sous la forme d'un lambeau à base supérieure. Lorsque le premier temps de l'opération est terminé, on avive, comme à l'ordinaire, les bords de la solution de continuité supérieure, et on rapproche les surfaces saignantes par la suture entrecoupée. Enfin, on termine l'opération en abaissant le lambeau de muqueuse vaginale au-devant du nouveau périnée qu'on vient de reconstituer et en le fixant de chaque côté par de petits points de suture. En d'autres termes, on dédouble la cloison recto-vaginale. Le feuillet postérieur reste en place pour former la paroi du rectum; le feuillet antérieur est ramené en avant pour former la paroi du vagin, et, dans l'intervalle que laisse l'écartement de ces deux feuillets, on fixe les parties molles destinées à reconstituer le périnée.

» Tel est le procédé compliqué imaginé par M. Langenbeck et appliqué trois fois de suite par M. Verhaeghe avec un succès complet. Ce succès doit-il être attribué à l'ensemble des éléments accessoires que le chirurgien a fait intervenir, ou au procédé spécial suivi pour aviver la plaie et pour tailler le lambeau vaginal? C'est une question qui reste douteuse, et, pour ma part, je me demande si l'avivement simple, suivi d'une suture quelconque, n'aurait pas donné les mêmes résultats à la faveur des précautions nombreuses qui constituent les accessoires du procédé de M. Langenbeck.

» Les deux derniers fascicules de M. Verhaeghe sont des collections d'observations chirurgicales tirées de sa pratique. Je ne crois pas devoir vous présenter le résumé de toutes ces observations. Je me bornerai à vous citer les plus importantes.

» M. Verhaeghe a tiré parti du relâchement musculaire qué détermine l'anesthésie pour obtenir la réduction de plusieurs luxations qui avaient résisté jusqu'alors aux tentatives les mieux dirigées. Je citerai en particulier une luxation de l'épaule qui datait de six semaines et qui fut réduite avec facilité pendant le sommeil anesthésique.

» Je termine en résumant un fait qui présente pour nous un intérêt d'actualité, puisqu'il est relatif à un accident attribué au chloroforme.

» Un coup de canon chargé à poudre atteint un marin à bout portant et lui fracasse la cuisse; le blessé tombe dans la stupeur, et trois heures après, au moment où la réaction commence, M. Verhaeghe procède à l'amputation de la cuisse. Après avoir taillé les chairs, il reconnaît que l'articulation coxo-fémorale est intacte, et se décide à pratiquer un trait de scie dans l'épaisseur du grand trochanter, afin de laisser en place la tête et le col du fémur. Que serait-il résulté de cette conduite, dont l'utilité nous semble au moins contestable? C'est ce que la mort prompte du malade n'a pas permis de savoir.

» L'opéré en effet avait été soumis à l'action du chloroforme; il n'avait perdu que très peu de sang. Il revint à lui, et exprima sa satisfaction de n'avoir rien senti. On procéda alors au pansement. Comme le malade souffrait beaucoup chaque fois qu'on touchait sa plaie, il demanda avec instance à être chloroformé de nouveau. On ne crut pas devoir le lui refuser. Mais à peine avait-il fait quelques inspirations qu'il tomba sans connaissance, dans un état de syncope évidente. Des moyens actifs furent mis en usage, et réussirent à peine à ranimer le pouls. L'opéré revint à lui, mais une nouvelle syncope se produisit bientôt; elle fut suivie de plusieurs autres. Quoi qu'on pût faire, la mort survint trois heures après l'opération.

» M. Verhaeghe n'a point méconnu l'influence du chloroforme sur cette mort tardive, qu'il attribue principalement à la *répétition* du sommeil anesthésique. Il y aurait peut-être quelque observation à faire sur cette dernière opinion. En tout cas, il me paraît certain que le chloroforme n'a pas été étranger à ces syncopes successives au milieu desquelles le malade a fini par succomber.

» Ce fait peut être rapproché de deux autres que j'ai cités dans une précédente séance. La mort est survenue d'une manière entièrement analogue sur ce blessé de juin 1848 qui avait reçu une balle dans le creux poplité, et qui, déjà épuisé par l'hémorrhagie, dut subir encore l'amputation de la cuisse; comme sur le malade à qui M. Richard désarticula l'épaule pour un énorme ostéosarcome de la tête de l'humérus. Ces deux opérés avaient perdu, le premier surtout, une notable quantité de sang. M. Verhaeghe assure que sur le sien l'hémorrhagie avait été peu considérable; mais on sait combien il est difficile d'apprécier exactement la quantité de sang qui s'écoule pendant une opération comme l'amputation coxo-fémorale. Il serait donc possible que les syncopes réitérées eussent été dues, ici encore, aux effets combinés de l'hémorrhagie et de l'anesthésie.

» Quoi qu'il en soit, ces trois faits me paraissent différer entièrement de ceux que M. Robert a invoqués pour établir l'existence des syncopes tardives. Dans les trois cas, les opérés ne sont jamais revenus complètement à eux-mêmes; ils n'ont pas cessé un seul instant d'inspirer des inquiétudes croissantes à leurs chirurgiens; la circulation, la respiration ne se sont jamais entièrement rétablies, et la mort est survenue graduellement au bout de quelques heures. Au contraire, les malades cités par M. Robert ont repris toute la plénitude de leur connaissance, la circulation et la respiration ont recouvré leur énergie normale, l'anesthésie s'est dissipée sans laisser la moindre trace, et grande a été la suprise des chirurgiens en apprenant qu'une mort inattendue avait frappée au bout de plusieurs heures des opérés qu'ils croyaient définitivement soustraits à l'action du chloroforme. Autant il est naturel dans le premier cas d'attribuer la mort, en partie du moins, aux effets non interrompus de l'anesthésie, autant il me semble difficile, dans le second cas, de supposer que le chloroforme, après être resté plusieurs heures à l'état latent dans l'économie, ait pu tout à coup, et sans cause connue, exercer sur le cœur une action plus énergique qu'au moment de l'inhalation.

» Vous avez déjà pressenti sans doute les conclusions de ce rapport. Par sa valeur personnelle et par la position qu'il occupe, M. Verhaeghe nous a paru digne de faire partie de la Société. En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer de l'admettre au nombre de vos membres correspondants étrangers. »

— M. Houel donne ensuite lecture d'un rapport sur quatre mémoires adressés à la Société de chirurgie par M. Thorsile Valette, médecin major à l'hôpital militaire de Metz.

M. Houel conclut à l'admission de M. Valette comme membre correspondant de la Société.

On votera sur cette conclusion dans la première séance.

Il est décidé en outre qu'un extrait du rapport de M. Houel sera inséré dans les *Bulletins*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Fracture du crâne. — M. Demarquay présente une voûte crânienne recueillie sur un homme mort des suites d'une chute sur le crâne. On constate qu'il existe une fracture du frontal au niveau de la suture. Cette fracture, arrivée au niveau de la suture des deux pariétaux, s'est arrêtée dans ce point. Mais la violence a produit un autre phénomène: c'est la disjonction des deux pariétaux, sans avoir amené aucune solution de continuité dans les dentelures.

Le secrétaire de la Société: E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

On assure que notre compatriote M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, va être chargé d'inspecter les hôpitaux et d'organiser le service médical de l'armée du Danube, lequel, à ce qu'il paraît, laisse beaucoup à désirer.

En sa qualité de médecin au service du gouvernement français, le docteur Fauvel ne pouvait pas accepter cette mission sans l'autorisation de l'ambassadeur de France; une demande dans ce sens a dû être adressée au nom du Sultan lui-même à M. le général Baraguey-d'Hilliers.

— Dans la séance du 9 janvier, la Société de médecine de Lyon a élu: vice-président, M. Théodore Perrin; secrétaires adjoints, MM. Garin et Rambaud.

Dans la même séance il a été procédé à l'élection de membres titulaires. La commission de présentation avait proposé quatre candidats. Trois seulement ont pu réunir le nombre de suffrages exigé par le règlement; ce sont MM. Arthaud, médecin en chef de l'asile des aliénés de l'Antiquaille; Glénard, professeur à l'École préparatoire de médecine; Frêne, médecin de l'Hôtel-Dieu.

— Il est question de créer un nouvel hôpital à Lyon. L'administration des hospices est, dit-on, sur le point d'acheter l'établissement des Trinitaires, situé dans le quartier des Tapis. Si cette négociation réussit, on pourra établir, d'ici à quatre ou cinq mois, trois services de cent lits chacun. (*Gazette médicale de Lyon.*)

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 17. — JEUDI 9 FÉVRIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 17. — JEUDI 9 FÉVRIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 8 FÉVRIER 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un nouvel et redoutable assaillant a surgi au cathétérisme, ou plutôt au *redressement* utérin : M. Cruveilhier a communiqué un nouveau cas de mort après l'emploi du redresseur par une main expérimentée. Quoique cette observation manque de complément, c'est-à-dire d'autopsie, comme on ne peut méconnaître la cause de la mort, et qu'il est évident que les accidents ont été déterminés par le séjour de l'instrument dans l'utérus, il faut bien porter ce fait concluant au passif de la méthode.

Aussi, M. Cruveilhier s'est-il prononcé contre ce moyen d'une manière nette et absolue. Selon l'honorable professeur, les déviations utérines n'existent pas chez les jeunes filles vierges et chez les jeunes femmes qui n'ont pas fait d'enfants; et s'il est vrai de dire que le redresseur ne redresse pas, ou ne redresse que momentanément, il est encore plus vrai qu'on doit le proscrire chez les sujets sur lesquels il faut plus que de la complaisance pour découvrir une lésion absente. Consulté plusieurs fois pour de jeunes filles ou de jeunes femmes pour lesquelles on proposait l'introduction de la sonde, M. Cruveilhier a répondu invariablement : *Si c'était ma fille, elle ne serait certainement pas soumise à un traitement inutile et dangereux.*

L'honorable professeur s'est prononcé si nettement que M. Velpeau, qui certes n'est pas partisan non plus de la méthode, mais qui, peut-être malgré lui, conserve un reste d'entrailles de père pour un procédé qu'il a lui-même imaginé et employé avec des résultats divers et parfois fâcheux, a cru devoir prendre la parole pour témoigner quelque crainte qu'on n'aille trop loin dans la proscription. On n'a pas renoncé au cathétérisme urétral parce qu'il a quelquefois, et entre les mains de la plupart des chirurgiens, causé des accidents mortels; doit-on entièrement renoncer au cathétérisme utérin parce qu'il a parfois occasionné la mort ?

M. Huguier s'est chargé de répondre à cette *semi-rétractation* en demandant à M. Cruveilhier s'il ne serait pas mieux d'intituler son observation *Redressement utérin; mort,* au lieu de *Cathétérisme.*

En effet, le cathétérisme n'est que momentané et peut être tenté avec succès et sans accidents ; le redressement est un moyen inutile et certainement dangereux, même en des mains expérimentées. Il ne faut donc pas que l'on rende le cathétérisme responsable des accidents provoqués seulement par le séjour de la tige. Ajoutons que s'il est vrai que le cathétérisme urétral habilement et heureusement exercé a été quelquefois suivi de mort en quelques heures, il faut convenir que jamais personne n'a pu nier son utilité dans les rétrécissements, et qu'à tout prix il faut bien vider une vessie pleine et dont le canal excréteur est obstrué. En est-il de même de ce qu'on appelle le redressement utérin ? S'il peut être utile parfois d'explorer l'intérieur de cet organe, est-il utile d'employer un moyen que l'on a prodigué contre des déviations qui n'existent pas, et qui ne redresse pas ou ne redresse que passagèrement les déviations existantes ?

Du reste, sur la proposition de M. Bégin, le mémoire de M. Cruveilhier a été renvoyé à la commission chargée du rapport de celui de M. Broca. Cette commission est invitée à hâter son rapport, et la discussion ajournée, sur la demande générale, à l'époque où ce rapport sera lu. Espérons que ce travail ne se fera pas attendre, et que le public médical saura bientôt à quoi s'en tenir définitivement sur une méthode que nous ne craignons pas de nouveau d'appeler irrationnelle, et dont on a fait tant de bruit.

Cette lecture et cette courte mais importante discussion ont été suivies d'un rapport de M. Bouchardat sur les procédés désinfectants de MM. Raphanel et Ledoyen. Ici, les susceptibilités académiques se sont de nouveau fait une large place. Les conclusions du rapport ont été tiraillées, modifiées ; on a disserté sur la valeur désinfectante du nitrate de plomb, de l'acétate de plomb, du sulfate de fer, des chlorures, etc. ; on a discuté sur la valeur marchande du moyen indiqué par l'auteur du *siccatif brillant,* et l'on a conclu que le meilleur des désinfectants nés et à naître pour les salles d'hôpital, les casernes, etc., est... la ventilation. Médecins, chirurgiens, chimistes sont convenus qu'on ne savait trop ce qu'on détruisait par les désinfectants, et qu'il fallait avant tout se garder d'introduire dans l'air des salles des principes dangereux par eux-mêmes.

Væ victis! dirons-nous. Or, les vaincus à l'Académie sont toujours les industriels qui se soumettent à son jugement, et les rapporteurs plus ou moins charitables qui d'avance n'ont pas de parti pris et ne se laissent pas invariablement troubler le regard par le spectre de la quatrième page des journaux politiques. Nous ne disons pas que l'Académie ait tort; nous disons même qu'elle a le plus souvent raison, et nous y applaudirons de tout cœur si justice est faite également des autres espèces d'industries.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Dans la dernière séance, nous avons recherché quelle pouvait être la proportion des hernies selon l'âge et le sexe des individus, selon la population, le climat du pays et la configuration du sol, et nous avons résumé en quelques propositions le résultat de nos recherches.

Nous avons vu que les classes indigentes paraissent plus exposées aux hernies que les classes aisées. La proportion s'est trouvée de plus d'un quart plus forte dans les arrondissements pauvres de Paris.

La ville a été moins atteinte que la banlieue, qui est généralement plus pauvre.

Enfin, nous avons vu qu'en France, certains pays et certaines races s'y trouvent plus exposées que d'autres. Les pays de plaines nous ont aussi semblé influer beaucoup sur la production des hernies.

Nous avons maintenant une question plus difficile à résoudre, vu le peu d'exactitude de nos données : Quelle est la proportion des hernies dans les pays étrangers ?

En Angleterre, on a évalué cette proportion au quinzième de la population. A. Cooper prétend avoir rarement disséqué un vieillard sans avoir rencontré de hernie. En Suisse et en Hollande, elles paraissent très fréquentes. A. Cooper dit qu'à l'île de Malte elles sont en très grand nombre. Il attribue cette fréquence au climat, et dit qu'il en est de même dans tous les pays chauds. En Grèce pourtant il y en a beaucoup moins.

J'ai cru trouver quel en pouvait être le motif en voyant la manière dont certaines races grecques portent la ceinture. On comprend facilement qu'une ceinture portée et serrée en haut refoule les viscères en bas et détermine ainsi des hernies, tandis que si on la porte fort bas, comme ils en ont la coutume, ce peut être plutôt un préservatif.

Au cap de Bonne-Espérance, les hernies sont si communes qu'on ne les regarde plus comme une cause d'exemption du service militaire.

Selon Hyslop, les hernies sont très rares en Asie ; mais il ne les a examinées que sur les matelots lascars, qui sont une classe choisie.

En Egypte, la race copte y semble très disposée, et les médecins de l'expédition anglaise les disent très communes. Mais Clot-Bey dit seulement qu'elles sont assez communes.

On a accusé les débordements du Nil, l'influence des eaux, les bains chauds. Clot-Bey accuse surtout la constitution des individus, le climat, l'exercice du cheval et l'usage de la ceinture, inverse de celui des races grecques.

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 février.

FEUILLETON.

SUR LA PHYSIOGNOMONIE DE L'OREILLE.

> Nous croyons qu'il y a des oiseaux qui naissent exprès pour servir à l'art des augures.
> (CICERO, *De naturâ deorum,* lib. II, cap. LXIV.)

Il est démontré à l'esprit de tous les observateurs que les formes exercent une influence considérable sur les fonctions des organes. Les animaux en offrent des preuves toujours nouvelles à ceux qui veulent étudier les secrets de la nature.

Nous avons déjà dit plus d'une fois l'utile parti que les éleveurs d'animaux tirent de la transmission héréditaire des formes. Eh bien, cette fidélité de copie, cette reproduction plastique des organes des pères aux enfants se montrent plutôt dans certaines parties que dans d'autres; quelques-unes ont surtout le privilége de conserver la ressemblance.

Dans l'espèce humaine, l'*oreille* nous paraît être fort remarquable sous ce point de vue. Depuis plus de quinze ans que nous l'observons, nous avons pu constater que la conque auditive, quant à son aspect extérieur, est en rapport avec le caractère et les instincts, et démontrait la noblesse ou l'abjection originelles bien mieux que les parchemins, dont la pureté peut être ternie par tant d'adultérations diverses.

Qui donc, après y avoir réfléchi, s'étonnera de la valeur physiognomonique de l'oreille? N'est-ce point cet important organe qui rassemble les sons pour les transmettre aux influences nerveuses de l'ouïe? N'est-ce point par cette voie qu'une grande partie de nos connaissances nous arrivent? Les sons harmoniques, la douceur des impressions qui la frappent ne doivent-ils pas tendre à adoucir ses formes, comme la perte des sons a pour résultat d'en amener ou d'en augmenter la rusticité?

C'est la fidèle reproduction de ces nuances qui rend les œuvres des grands sculpteurs et des grands peintres remarquables, parce qu'elles représentent la nature dans ses plus minutieux détails.

Voyez dans le bel ouvrage de Lavater ce groupe de mendiants : quels individus ! quelles oreilles !

Allez à l'église Saint-Ambroise de Milan admirer la fresque de Léonard de Vinci qui représente cette scène copiée tant de fois. Le Judas Iscariote : quelle pose ! quelle figure ! quelle oreille !

La forme et la couleur de l'oreille coïncident donc : 1° avec la beauté et la noblesse ; 2° avec la laideur et la bassesse.

Il y a des oreilles intelligentes, des oreilles stupides, des oreilles dont les formes sont pleines de distinction ; il y en a qui sont ignobles, insuffisantes ou bestiales.

Une oreille blanche, souple, d'une forme harmonieuse et élégante, avec un lobule pur, d'une grandeur convenable, s'attachant heureusement à la tête qui la porte, ne peut appartenir à un être vulgaire. Le privilége de posséder ce bel organe ne peut échoir à celui qui est naturellement médiocre ou pervers.

Si au contraire l'oreille est rouge, rude, épaisse, si son lobule est massif et injecté de sang ; si cet organe est disproportionné dans ses parties, mal attaché, que son pavillon ait une forme bestiale ou insuffisante, dites que celui qui la portera sera disgracié de la nature, et que ses penchants pourront être ignobles ou répréhensibles.

Outre ces types extrêmes du bien et du mal, il y a, en raison des nombreux croisements de l'espèce humaine, une infinité d'oreilles intermédiaires.

Quelques-unes, fort grandes et charnues, existent chez des individus adonnés aux passions bestiales ou aux grossiers instincts.

D'autres, petites, minces à la base, collées le long de la joue, sont insuffisantes ; elles appartiennent ordinairement à des individus dépourvus de jugement, opiniâtres, jaloux, lâches. Une pareille conformation ne sera pas le propre d'un homme intelligent et noble ; et si par malheur cette petitesse se joint à l'excessive épaisseur et à une grande vascularité, aux tristes dons que nous venons d'énumérer viendront se joindre la crapule et la brutalité.

Mais c'est surtout sous l'aspect médico-légal que nos observations sur les formes de l'oreille nous paraissent avoir une importance capitale.

Nous avons dit que les éducateurs d'animaux domestiques savaient perfectionner ou corriger des organes selon leurs désirs ou leurs besoins, et qu'ils pouvaient imprimer à une partie la forme convenue à l'avance.

Ceci a lieu aussi chez l'homme : il nous a été permis de constater mille et mille fois sur les enfants les contours, les formes spéciales des

Knox les croit rares chez les nègres africains. Marshall dit qu'elles sont assez communes dans l'Afrique centrale, et surtout chez les négrillons, qui présentent un assez grand nombre d'exomphales.

M. Fortineau, médecin de la Louisiane, dit avoir vu beaucoup de ces exomphales chez les nègres, ainsi que d'autres hernies, si bien que lorsque se faisait la traite on examinait avec soin si les sujets n'étaient point porteurs de hernies. Il ajoute que les hernies étaient presque aussi fréquentes chez les blancs. Là, du moins, peut-on accuser l'abâtardissement des races.

M. Semur, dont le père a exercé pendant vingt ans à l'île Bourbon, m'a dit que les hernies crurales et inguinales étaient extrêmement rares chez les blancs ainsi que chez les nègres, mais qu'on trouvait chez ces derniers une quantité considérable d'exomphales, beaucoup plus fréquents chez les nègres Mackouas et Yambanes. Il voulut souvent faire rentrer ces hernies volumineuses, mais les sujets s'y refusèrent opiniâtrément. C'est, disent-ils, un signe de leur pays. Lors de la traite, au simple débarquement, on reconnaissait les nègres Mackouas. Ces hernies ombilicales sont très volumineuses, et semblent former une bosse en avant. M. Semur n'a jamais entendu parler d'étranglement de ces hernies.

Diverses espèces de hernies. — Maintenant que nous avons achevé ces préliminaires et ces généralités, nous allons examiner les hernies en elles-mêmes.

Je distinguerai cinq espèces principales de hernies : les hernies crurales, inguinales, ombilicales, les hernies de la ligne blanche, et une dernière espèce que j'appellerai hernies anomales.

Les hernies inguinales étant les plus fréquentes, je m'occuperai tout d'abord de celles-là.

Des hernies inguinales chez l'homme. — Quelques chiffres suffiront pour prouver la fréquence comparative des hernies inguinales.

En octobre et novembre 1835, sur 335 hernieux j'ai trouvé 316 hernies inguinales : proportion de 16 sur 17. A Bicêtre, sur 881 hernieux, j'en ai trouvé 815 : proportion, 13 sur 14. Aux Invalides, sur 896 hernieux, 845 hernies inguinales : on trouve encore la proportion de 16 sur 17.

Causes générales. — En outre des grandes prédispositions que nous avons énoncées, il faut encore examiner les causes générales qui produisent les hernies inguinales.

Morgagni prétend que c'est un allongement du mésentère ; mais cette assertion, en admettant qu'elle soit juste, est invérifiable. Cet allongement est un résultat de la hernie et non une cause.

Scarpa pensait que les hernies étaient produites par la pression réciproque des viscères et des parois. On pourrait tout au plus admettre la résistance des viscères et, avec M. Jules Cloquet, la pression des parois.

Astley Cooper est le premier qui ait jeté un grand jour sur la question. Il divise les hernies en deux grandes catégories, selon leur mode de production :

1° Celles qui sont produites par l'action surexcitée des muscles ou par *excès de forces ;*

2° Celles qui résultent de l'affaiblissement des parois, ou *défaut de forces.*

Dans les causes qui déterminent les hernies de la première classe se trouvent les efforts pour soulever ou porter un fardeau, les efforts de défécation en cas de constipation, ou ceux pour uriner, dans les rétrécissements de l'urètre ; les pantalons serrés, l'équitation, les marches forcées, les cahots de voiture, etc., etc. Dans la seconde classe, au contraire, viennent se grouper les causes débilitantes : la faiblesse de constitution, la convalescence, la vieillesse, la misère, l'ascite, la grossesse, et, comme dernière cause, l'hérédité.

A. Cooper dit que les enfants nés de parents hernieux ont l'anneau externe lâche et muni seulement de quelques fibres à son angle supérieur ; il se trouve ainsi en contradiction avec lui-même en prenant cette configuration de l'anneau comme cause de l'hérédité, puisqu'il a parfaitement établi le premier que la hernie commence par l'anneau interne.

La grande division d'A. Cooper nous conduit à examiner l'influence de l'âge sur les hernies inguinales. Sur 300 malades qui ont pu me déterminer exactement le temps de l'apparition de leur hernie, j'ai trouvé :

De la naissance à 1 an.	.....	22 hernies.
De 1 à 5 ans.	.....	7 —
De 5 à 10 ans.	.....	15 —
De 10 à 20 ans.	.....	26 —
De 20 à 30 ans.	.....	45 —
De 30 à 40 ans.	.....	66 —
De 40 à 50 ans.	.....	42 —
De 50 à 60 ans.	.....	36 —
De 60 à 70 ans.	.....	30 —
De 70 à 90 ans.	.....	11 —

D'après les chiffres que j'ai recueillis, j'ai distingué trois grandes époques dans l'histoire des hernies inguinales.

La première s'étend de la naissance à 10 ans. Là se trouvent les hernies de l'enfance, faussement appelées congéniales. Je dis qu'on les appelle à tort hernies congéniales, parce qu'il est tellement rare d'en rencontrer, que j'en ai longtemps nié l'existence. Ce sont des hernies qui se produisent dans les premières heures de la vie, et dont on ne peut déterminer exactement le moment d'apparition. Chaussier, sur un nombre considérable d'enfants, n'en cite que deux ; encore fut-il obligé de s'en rapporter au dire d'une sage-femme. Pour moi, je n'en ai jamais vu qu'un cas qui pût me paraître concluant. Passé la première année, on voit les chiffres diminuer beaucoup dans cette période.

Dans la seconde, de 10 à 35 ans, la proportion augmente et se maintient croissante en raison des efforts et des travaux auxquels l'homme se trouve exposé dans cette période dite de jeunesse, où pour ainsi dire une surabondance de force fait augmenter le nombre des hernies, qui sont presque toutes susceptibles de guérison. Mais à partir de 35 ans, période de l'âge mûr et de la vieillesse, à ce moment de déclin où les muscles et tous les tissus ont moins de vigueur, des efforts, même faibles, peuvent déterminer une hernie, et toutes celles qui apparaissent alors, et qui sont dites de faiblesse, peuvent être regardées comme incurables. Dans cette période pourtant les chiffres semblent diminuer ; mais il n'est rien, car la population de sujets de cet âge est beaucoup plus faible que celle des autres époques de la vie.

Proportion des hernies inguinales selon les professions. — On a toujours pensé que les professions qui exigent le plus d'efforts ou de fatigue influaient sur la production des hernies ; l'expérience a semblé démontrer le contraire. Il m'a été impossible de déterminer des professions exactes, car sur 247 malades, il y en avait de 85 professions différentes ; je me suis borné alors à faire deux grandes catégories. Dans la première se trouvent les professions qui exigent le plus d'efforts et où l'homme travaille debout, et dans la seconde celles où il est assis. Sur mes 247 malades, j'en ai alors trouvé 187 qui travaillaient debout, et 60 assis. La proportion est de 3 à 1.

Eu égard à l'âge, j'ai trouvé que de 15 à 35 ans les professions debout donnaient 83 hernieux, et les professions assises 21 ; rapport : 4 à 1. De 35 à 80 ans, les professions debout donnaient 104 hernieux, et les professions assises 39 ; rapport : 1 1/2 à 2.

Cette classification peut paraître arbitraire, car il est certaines professions où les ouvriers, tels que les cordonniers et les tailleurs, appuient sur l'abdomen ou refoulent les viscères en bas, déterminant ainsi l'élargissement des anneaux ; ce qui pourrait y contribuer davantage.

Les chirurgiens militaires disent aussi que les hernies sont plus fréquentes dans la cavalerie que dans l'infanterie. M. Hutin, sur 893 hernieux, en a trouvé 175 ayant servi dans le génie, l'artillerie et la cavalerie, et 718 dans l'infanterie. Mais il est à remarquer que l'effectif de l'armée, qui s'élève à 350,000 hommes, comprend 240,000 fantassins (environ les 2/3) ; qu'ainsi nous devrions retrouver le même rapport pour l'infanterie, tandis que nous avons un chiffre bien plus considérable, et que M. Hutin ajoute qu'il n'y avait que 128 fantassins qui eussent acquis leurs hernies sous les drapeaux.

Influence de l'hérédité. — L'hérédité exerce sur la production des hernies inguinales une influence qu'il est important d'examiner. Sur 316 hernieux, j'en ai trouvé 87 qui comptaient des hernieux dans leur famille. La proportion est de 1 sur 3 1/2.

Maintenant, à quel âge se fait sentir cette hérédité ? C'est généralement dans la première moitié de la vie. Ce n'est pas à dire pour cela que passé cette époque on en soit complétement affranchi.

Le tableau suivant donnera une idée exacte des divers degrés de l'hérédité selon l'âge.

J'ai trouvé :

Sur 122 hernieux de	0 à 30 ans,	44	hernies héréditaires.	1 sur 3
115	—	30 à 50	29	—	1 sur 4
71	—	50 à 70	13	—	1 sur 5 1/2
8	—	70 à 80	1	—	1 sur 8

Cette influence s'exerce-t-elle spécialement sur une ligne ou sur une autre ? Sur 77 hernies héréditaires, j'en ai trouvé 60 dans la ligne paternelle, et 17 dans la ligne maternelle. La ligne masculine paraît donc en déterminer 4 fois plus que la ligne féminine. Du reste, nous avons déjà trouvé que les hommes y étaient 4 fois plus exposés. Les 17 hernies de la ligne maternelle étaient réparties de la manière suivante : 11 en comptaient chez leurs mères, 2 chez leurs grand'mères, 2 chez leurs sœurs, et 2 chez leurs filles. Dans la ligne paternelle : 26 en comptaient chez leurs pères, 5 chez leurs grands-pères, 5 chez leurs oncles, 16 chez leurs frères, et 8 chez leurs fils.

De plus, pour montrer quelle peut être l'influence de l'hérédité, j'ajouterai que j'ai trouvé plusieurs sujets qui présentaient des particularités fort curieuses. Ainsi : 3 avaient leurs pères et mères hernieux ; 1 son père, son oncle et ses cousins ; 1 son père, son frère, son fils ; 1 son père, son aïeul et 5 frères ; 1 ses oncles et son fils ; 1 son fils, son frère, ses neveux et nièces ; 1 enfin en comptait dans presque toute sa famille.

On voit ainsi que l'hérédité se peut manifester à tout âge, et qu'en outre elle passe souvent une et deux générations d'ascendants avant de se manifester ; de même qu'elle se fait sentir sur une branche éloignée de la famille sans que les ascendants en aient été atteints. D'ailleurs, la proportion exacte restera fort obscure, car il est peu facile de savoir d'un malade si tel ou tel de ses parents était atteint de hernie, d'autant plus que c'est une infirmité que les parents cachent généralement à leurs enfants.

Influence de la taille. — La taille élevée m'a paru aussi une puissante prédisposition aux hernies. En effet, sur 78 cas, j'en ai trouvé 15 chez des sujets au-dessous de 5 pieds, 21 chez ceux de 5 pieds à 5 pieds 2 pouces, et 42 chez ceux de 5 pieds 2 pouces et au-dessus. Or, si l'on prend la taille de 5 pieds pour moyenne, on trouve 15 cas pour les petites tailles, et 63 pour les tailles élevées. La proportion est de 1 à 4. En prenant la moyenne de 5 pieds 2 pouces, qui paraîtrait exagérée, on trouverait encore un plus grand nombre de hernies parmi les individus à grande taille que parmi les petits. Quelle peut être la cause de la production de ces hernies ? La faiblesse ; et comme preuve, je dirai que l'on trouve plus de hernies de faiblesse dans les grandes tailles que dans les petites. En effet, sur 15 sujets au-dessous de 5 pieds, 11 avaient eu leurs hernies avant 40 ans, et 4 après ; tandis que sur 63 sujets au-dessus de 5 pieds, 33 avaient eu la hernie avant 40 ans, et 30 après.

De la forme du ventre. — La forme du ventre chez les hernieux m'a paru digne d'attention. Le ventre plat semble prédominer dans toutes mes observations ; j'en ai rencontré 153. Mais il faut le dire, chez les indigents la mauvaise nourriture influe beaucoup sur cette configuration particulière. Il est pourtant heureux, sous ce point de vue, d'avoir trouvé 13 sujets avec le ventre rebondi. Mais une forme toute particulière que j'ai observée chez les hernieux, c'est ce que j'ai appelé le ventre *à triple saillie.* Cette triple saillie se trouve déterminée par les muscles de la ligne blanche et les muscles larges. Ceux-ci semblent s'être affaiblis, et de chaque côté se trouve une vaste poche qui s'étend jusqu'à la crête iliaque, et où viennent se loger les intestins en élargissant les anneaux. J'ai trouvé 15 sujets présentant cette forme de ventre, qui me paraît une cause spéciale de hernie.

Jules Ley.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Barrier.

Des avantages de la cautérisation des amygdales par les caustiques suivant le procédé de M. Barrier.

Par M. Philipeaux.

L'usage de caustiques puissants, tels que la pâte de chlorure de zinc, et dont l'action peut être continuée pendant un temps plus ou moins long, nous paraît bien préférable au cautère actuel, si surtout on peut les appliquer sur le lieu même du mal sans être exposé à les voir couler ou fuser sur les parties avoisinantes.

Cette difficulté de fixer les caustiques a empêché la plupart des anciens d'en faire usage. M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a résolu ce problème de la manière la plus favorable. Il a fait construire un instrument qui offre par sa disposition une très grande analogie avec des pincettes de cheminée, ayant deux branches qui tendent à se rapprocher lorsqu'elles sont écartées par un mécanisme semblable à celui des serres-fines ; chaque branche se termine par une plaque qui se visse sur la tige et peut, au

oreilles de leurs pères ; nous avons remarqué qu'elles ne se perfectionnaient qu'à la longue, et que, sorti des rangs inférieurs de la société, le parvenu pouvait bien faire passer à ses enfants une fortune acquise, mais qu'il ne saurait leur transmettre des oreilles irréprochables dès la première génération ; semblable à la couleur des nègres, qui ne disparaît peut-être jamais entièrement, ce signe accusateur viendrait dénoncer une origine plébéienne si chez nous il pouvait encore y avoir des distinctions de naissance. Bien plus, puisqu'il faut le dire, nous avons pu constater d'une manière positive des relations adultères en rapprochant en nous-même, *et pour nous seul,* les formes des oreilles des pères de celles des enfants ; il nous a même été possible de confirmer la certitude morale que nous avions acquise par les aveux formels des mères.

On conçoit combien ces études ont acquis d'importance à nos yeux, puisque nous avons pu voir la justice, armée d'une nouvelle preuve, s'avançant avec son inflexible balance pour peser des torts reconnus au passage, comme une fraude matérielle qui se jauge ou s'essaye avec les réactifs d'une chimie infaillible.

Quelle réserve et quelle discrétion le médecin doit mettre dans de semblables observations !

La prudence ne nous permet pas encore d'affirmer toutes les conséquences que l'on peut tirer de nos longues remarques ; mais ce que nous savons, c'est que nul des organes de l'homme ne nous a paru transmettre avec autant de fidélité que l'oreille la ressemblance des pères aux enfants.

Il nous est apparu qu'elle se copiait plutôt du père aux fils ou aux filles que de la mère à ces descendants ; il semble que la nature se complaise à marquer du sceau de la vérité cet organe visible à tous les yeux, afin que l'infamie ne puisse manquer à la femme qui aurait méconnu ses plus sacrés devoirs !

Ces observations, fruit des veilles d'un homme des champs, d'un simple médecin de campagne, ont sans doute besoin d'être confirmées par les savants ; pour nous, la science physiognomonique n'est point une vaine science, et nous sommes convaincu que les formes, en se transmettant, exercent une influence des plus marquées sur les déterminations et les destinées des hommes.

Que l'oreille en particulier fournisse des signes physiognomoniques, la certitude ne laisse aucun doute à notre esprit.

Montre-moi ton oreille, je te dirai qui tu es, d'où tu viens, et où tu vas !

Amédée Joux,

Docteur en médecine et en chirurgie, médecin de l'hôpital de La Ferté-Gaucher.

Un grand nombre d'abonnés nouveaux nous ont exprimé le désir d'acquérir les années antérieures à 1854 sans avoir beaucoup d'argent à débourser à la fois. Nous pouvons fournir les années 1851, 1852 et 1853 toutes reliées à raison de 12 fr. l'année. On peut les prendre ensemble ou séparément.

moyen de plusieurs pièces de rechange, offrir une largeur en rapport avec l'étendue de la surface à cautériser. L'une des deux branches entre dans la bouche et va s'appuyer sur l'amydale, tandis que l'autre reste en dehors et repose sur la branche de la mâchoire ; la première seule est armée d'un caustique énergique, tel que le sparadrap de pâte de chlorure de zinc, que l'on fixe dans la concavité de la plaque au moyen d'un fil que les échancrures de sa circonférence empêchent de glisser.

Au moyen de cet appareil ingénieux, le caustique ne peut fuser, retenu qu'il est dans la concavité de la plaque, dont la circonférence lui forme encore une barrière impossible à franchir lorsqu'elle se trouve appliquée sur la partie malade. A l'aide de cet instrument, on pourra désormais substituer les caustiques à l'emploi du feu dans toutes les circonstances où ce dernier était indiqué ; on ne s'exposera plus dès lors à brûler les parties avoisinantes, comme cela avait lieu quelquefois ; et enfin, la cautérisation ne sera plus pour les malades un sujet de répulsion, ni pour les chirurgiens une méthode incertaine. En effet, tandis qu'en employant le fer rouge la fumée qui survient alors fatigue beaucoup le malade et empêche le chirurgien de savoir au juste ce qu'il fait, de pratiquer une cautérisation profonde, par le procédé nouveau tous ces inconvénients disparaissent, et l'application des caustiques se trouve ainsi réduite à un état de sûreté et de simplicité extrême.

Obs. — Une femme de soixante ans entre dans la salle Sainte-Marthe le 2 juillet. Elle portait depuis quelque temps une ulcération carcinomateuse de l'amygdale gauche qui avait déjà gagné une partie des piliers du voile du palais du même côté.

Comme la tumeur n'était pas saillante, qu'elle était mal circonscrite et que l'on ne pouvait pas espérer, en faisant usage de l'instrument de Fanhestock, de détruire le mal d'une manière complète, M. Barrier, tout en jugeant le cas très grave et très difficile à guérir, pensa que la cautérisation seule offrait quelques chances de succès. Après avoir excisé une partie du pilier antérieur du voile du palais, il introduisit dans l'arrière-bouche une des branches de l'instrument dont l'extrémité concave, munie d'un morceau de pâte de chlorure de zinc préalablement fixé dans cette situation par des fils, fut appliquée sur l'ulcération carcinomateuse, tandis que l'extrémité de l'autre branche, restée en dehors de la bouche, venait s'appliquer sur la région parotidienne. Le caustique, solidement fixé par cet ingénieux instrument sur le point malade, ne pouvait attaquer aucun tissu avoisinant.

Cette cautérisation, répétée à trois reprises différentes et pendant deux heures environ chaque fois, produisit une très grande amélioration. Elle aurait très probablement amené une guérison complète si la malade avait eu plus de courage pour supporter la douleur inséparable de l'opération et du siége de la maladie, et n'avait pas voulu quitter l'hôpital avant la fin du traitement.

Cet instrument méritait de notre part une attention particulière, parce qu'il peut non-seulement être utilisé pour les cas de cancer des amygdales, mais encore pour d'autres maladies de la région bucco-pharyngienne plus ou moins difficile à guérir.

Veut-on, par exemple, arrêter une hémorrhagie grave suite de l'excision des amygdales, il suffit de remplacer le caustique par une éponge légèrement imbibée de perchlorure de fer pour obtenir un résultat immédiat des plus avantageux. Ce sera sans doute pour remplir cette indication importante que cet instrument se répandra le plus dans la pratique.

Rien n'est plus facile que de cautériser par ce procédé la face interne des joues. On adapte à la branche de l'instrument qui doit pénétrer dans la bouche une rondelle de l'étendue de la surface malade, l'on y fixe le caustique et on l'applique sur le siége du mal, tandis que l'autre branche appuie en dehors sur la branche de la mâchoire.

Non-seulement cet instrument est applicable aux maladies de la région que je viens de mentionner ci-dessus, mais encore à certaines lésions du col de l'utérus, etc. Plus tard, lorsque je m'occuperai des maladies de cet organe, je signalerai les heureuses modifications que lui a fait subir M. Barrier pour pouvoir, à son aise, cautériser et détruire une des lèvres du museau de tanche, alors qu'elle se trouve malade ou hypertrophiée. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

sur le cathétérisme utérin en général et en particulier sur son application au traitement des déplacements de l'utérus.

Par M. le docteur Raciborski, lauréat de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, etc.

A l'occasion de la lecture faite dans la dernière séance de l'Académie de médecine par M. le docteur Broca, je crois devoir présenter quelques considérations sur le cathétérisme utérin en général et en particulier sur son application au traitement des déplacements de la matrice. On a tant exalté dans ces derniers temps les services rendus par les redresseurs mécaniques de l'utérus que, même après l'intéressante communication de M. Broca, il restera encore beaucoup à faire à la presse médicale pour fixer là-dessus définitivement l'opinion des praticiens qui, éloignés des vastes champs d'observation, n'ont souvent d'autre guide que l'opinion exprimée par les journaux.

Le cathétérisme utérin n'est pas aussi nouveau que quelques personnes paraissent le croire. Dans une thèse soutenue à Paris en 1828, M. le docteur Quetier dit, en parlant de la rétroversion, que M. Amussat avait eu l'idée pour guérir cette affection d'introduire dans la cavité utérine une *petite tige droite en ivoire* et que ce procédé avait réussi plusieurs fois. Cependant, d'après les préceptes mêmes de M. Amussat, cette introduction devait être faite avec la plus grande prudence, après avoir émoussé la sensibilité utérine par des introductions préalables d'une sonde en gomme élastique. « Avant d'accorder une confiance entière à cette méthode, dit l'auteur que nous venons de citer, il convient d'attendre qu'elle ait été sanctionnée par l'expérience, car on pourrait craindre qu'elle ne déterminât une inflammation aiguë de la cavité utérine. »

Dès son origine même cette méthode avait donc été regardée comme dangereuse et on en appelait à l'avenir pour se prononcer sur ses avantages. Ce qu'il y a de certain, c'est que M. Amussat, à qui la chirurgie moderne est redevable de tant d'intéressants travaux et même de précieuses découvertes, n'a jamais songé, que nous sachions, à réclamer en sa faveur l'honneur d'avoir proposé le premier cette opération; c'est que probablement l'expérience l'avait confirmé dans les idées du danger qu'il entrevoyait au début et qu'il a jugé plus prudent de n'en pas parler. Nous venons d'apprendre par MM. Moreau et Velpeau, deux autorités très compétentes en pareille matière, qu'eux aussi avaient pensé, il y a une vingtaine d'années, au cathétérisme utérin comme moyen de redressement dans certains déplacements de l'utérus; mais, mieux éclairés par l'expérience, ils ont dû également renoncer à leur projet.

Ce qui précède suffirait, je pense, pour condamner le cathétérisme utérin, du moins tel qu'on a cherché à l'introduire en pratique d'après le procédé du docteur Simpson, et ce n'est pas sans quelque étonnement que nous avons lu dans un compte rendu de la Société de chirurgie qu'un membre de cette Société regardait le cathétérisme utérin comme une des conquêtes de la chirurgie moderne.

Les faits rapportés par M. le docteur Broca, et ce ne sont pas les seuls qu'on ait déjà à déplorer, confirment notre jugement à cet égard, et j'espère que l'Académie de médecine prononcera dans ce sens en dernier ressort.

Un mot au sujet de l'application du cathétérisme utérin au traitement des déplacements de la matrice.

A mon avis, on s'est presque trop occupé des affections de l'utérus depuis trente ans, mais en réalité on n'a pas beaucoup fait pour elles. Une foule de procédés ont été inventés pour l'exploration des organes sexuels, et chaque inventeur d'un nouveau spéculum, d'un nouveau caustique ou d'un nouveau pessaire ou bandage croyait pour ainsi dire être arrivé à la conquête d'un nouveau monde. Cependant quand on examine avec sang-froid, on trouve réellement fort peu de véritables progrès dignes de figurer, par exemple, à côté de la méthode curative des fistules vésico-vaginales par glissement. Ce que je viens de dire des affections de l'utérus en général s'applique plus particulièrement encore aux différents déplacements de cet organe, où tout reste pour ainsi dire à faire.

Avant de livrer à la publicité le résultat de mes recherches, je formulerai ici en quelques propositions les principales conclusions auxquelles je suis arrivé :

1° On a commis une grande faute en voulant à tout prix établir des analogies entre la rétroversion et l'antéversion constatées pendant la grossesse et les mêmes déplacements en dehors de la gestation. La rétroversion chez les femmes enceintes, signalée pour la première fois en France par Grégoire et ensuite par Hunter en Angleterre, constitue réellement un état grave et réclame impérieusement la réduction ; et, quand celle-ci devient impossible, il faut vider la matrice de son contenu. Mais la gravité de cet état tient particulièrement à deux conditions : le développement progressif de l'utérus et la résistance insurmontable des parois de l'excavation du bassin. Rien de semblable n'a lieu en dehors de la grossesse. L'utérus, par la nature même de ses ligaments, ne pourrait jamais être condamné à garder une immobilité complète, et, quoiqu'il soit moins mobile sans doute que l'estomac ou les intestins, on aurait de la peine à comprendre que quelques-uns de ses légers déplacements dans le sens antéro-postérieur ou latéral fussent suivis de tant de troubles de la sensibilité, tandis que les autres organes auraient le privilége de supporter impunément des déplacements bien autrement considérables.

2° Il n'y a point de rapports précis entre les différentes formes de déplacements utérins et les symptômes rationnels qu'on leur attribue. Il nous est arrivé bien des fois de rencontrer accidentellement des déplacements de l'utérus dont les malades ne se doutaient même pas, tant ils étaient inoffensifs. D'un autre côté, nous avons eu l'occasion de noter les mêmes sensations qu'on attribue généralement à l'antéversion ou la rétroversion chez les malades qui avaient l'utérus dans les conditions normales.

3° Parmi les différents déplacements de l'utérus, il y en a un assez grand nombre auxquels il serait non-seulement inutile, mais même dangereux d'opposer la moindre tentative de réduction. De cette catégorie sont les déplacements de l'utérus consécutifs à d'anciennes phlegmasies des ovaires ou d'autres portions voisines s'étant terminées par des adhérences du col ou du corps de l'utérus avec ces parties, ce qui a modifié ensuite leurs rapports normaux. Qu'on juge du danger de l'introduction du redresseur dans quelques cas rares de ce genre où le cathétérisme serait encore praticable !

4° La plupart du temps les souffrances attribuées généralement aux déplacements de l'utérus nous ont paru reconnaître l'origine rhumatismale, et il nous arrive chaque jour de guérir par un traitement médical bien ordonné des cas absolument semblables à d'autres qui ne font au contraire que s'aggraver sous l'influence de tentatives de réduction, des fatigues d'une exploration souvent répétée des organes ou des applications irritantes.

5° Enfin, toutes les fois que je vais porter des solutions caustiques dans la cavité du col ou qu'il me faut pénétrer dans la cavité même de l'utérus, je me sers d'une tige en baleine large de trois millimètres et d'un millimètre d'épaisseur. Cet instrument si simple, et auquel il est facile de donner toutes les directions voulues en le chauffant un peu à la flamme de l'esprit-de-vin, remplit parfaitement toutes les indications. Chacune de ces tiges est gratée et amincie à une de ses extrémités dans une étendue de trois centimètres environ, et on arrondit sa pointe en la recouvrant d'un flocon de coton cardé, que l'on assujettit ainsi par quelques tours de fil de manière à lui donner le volume d'une grosse tête d'épingle. Cet instrument se prête facilement, grâce à son élasticité, à toutes les sinuosités de la cavité du col, pénètre plus facilement dans la cavité utérine et n'expose jamais ses parois aux inconvénients inséparables de l'introduction d'une tige droite en ivoire ou en métal, comme cela se voit dans le redresseur du docteur Simpson ou dans celui qui a été modifié par M. Valleix.

GRENOUILLETTE.

Guérison par incision ourlée,

Par M. le docteur C. Lauwers (de Courtray).

Au mois de septembre 1852 se présente en mon cabinet, à Menin, la nommée Mathilde B..., bobineuse, âgée d'une trentaine d'années, bien constituée et jouissant de la meilleure santé. Elle porte sous la langue une tumeur volumineuse, fluctuante, demi-transparente, qui, d'un côté, refoule contre le palais le principal organe de l'articulation des mots, de l'autre côté abaisse le plancher de la bouche et simule un engorgement sous-maxillaire. La mastication est impossible, la déglutition excessivement difficile. J'ai affaire à une énorme grenouillette. Je l'incise dans l'intérieur de la bouche; du liquide transparent, légèrement visqueux, s'en écoule, et tout rentre dans l'ordre. La tumeur sous-maxillaire a disparu ; sous la langue s'aperçoit la paroi flasque de la poche incisée. La parole, la mastication, la déglutition sont régulières et sans gêne. La pauvre femme, se croyant guérie, se retire en m'exprimant sa reconnaissance. Cependant je lui promets une prompte récidive.

En effet, moins de trois semaines plus tard, Mathilde B... revient exactement dans les mêmes conditions qu'avant l'opération.

J'avais lu quelque part, je ne sais où, ou bien j'avais rêvé que le moyen le plus sûr de guérir la grenouillette, c'est d'y faire une simple boutonnière et d'en ourler les bords en repliant les lèvres de la plaie en dedans, de manière à mettre la séreuse en contact avec elle-même, si tant est qu'on doive appeler séreuse la paroi intérieure d'une grenouillette.

Or voici le procédé que cette fois je mis en usage :

A droite et à gauche de la ligne suivant laquelle je voulus inciser le kyste sublingual, je passai, à l'aide d'aiguilles courbes, des fils ; puis, l'incision faite, je serrai les nœuds, et je coupai les bouts des fils.

Après cette petite opération, qui n'avait été guère douloureuse, Mme B..., guérie de nouveau, s'en alla pour ne revenir qu'en octobre 1853.

Elle rapporte que les fils sont tombés l'un après l'autre, presque sans qu'elle s'en soit aperçue.

L'ancienne poche, revenue sur elle-même, ne forme plus qu'une petite cavité dont l'ouverture, restée béante, n'est la cause d'aucun inconvénient appréciable.

Je ne pourrais dire si la grenouillette dont je viens de parler était le canal de Warthon dilaté, ou un diverticule de ce canal, ou un kyste entièrement indépendant.

Je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* du 4 février trois intéressantes observations de grenouillette guérie par des injections iodées. Le *fait* est important ; mais pourrait-on l'expliquer dans le cas où la grenouillette serait, comme on le croit souvent, une dilatation du canal de Warthon obstrué? et, dans ce cas *bien constaté*, la guérison s'obtiendrait-elle de la même manière ?

EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ

contre les coliques utérines après l'accouchement,

Par M. Leriche.

Dans ces derniers temps, l'Académie de médecine a discuté si l'on devait ou ne devait pas donner le seigle ergoté dans les accouchements ; moi, après les autres, je viens le recommander après l'accouchement dans le but de remédier aux coliques utérines. Les serviettes chaudes, l'opium, les cataplasmes n'ont aucune influence sur elles ; il faut que deux ou trois jours se passent pour qu'elles disparaissent. C'est pourquoi je donne dans ce cas-là, en deux prises, à une demi-heure d'intervalle, douze décigrammes de seigle ergoté au moment même où la tête du fœtus a franchi le détroit inférieur. Il est rare alors que les coliques se montrent, ou du moins qu'elles ne soient pas profondément modifiées. Depuis que je me suis décidé à en agir ainsi, j'ai rarement vu les femmes avoir des coliques, et je n'ai jamais eu d'hémorrhagies, même chez celles qui y avaient une disposition.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 février 1854. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet un rapport négatif du médecin des épidémies de l'arrondissement de Nîmes pour l'année 1853.

Eau minérale de Cusset. — Le même ministre adresse des échantillons provenant des deux sources d'eau minérale situées sur le territoire de la commune de Cusset (Allier) pour en faire l'analyse.

Système de désinfection. — Le même ministre demande un rapport d'urgence sur le système de désinfection proposé par MM. Raphanel et Ledoyen.

Nouveau traitement des fièvres. — M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre de M. Emile Billot relative à un nouveau traitement des fièvres et de la névralgie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Candidature. — MM. Beau, Ménière et Sestier écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Amygdalotome. — M. Blatin adresse une réclamation de priorité relativement à un amygdalotome qu'il a fait exécuter il y a deux ans par M. Mathieu, et dont celui qu'a présenté M. Maisonneuve à la dernière séance ne diffère que par des omissions.



Ce tonsillotome fonctionne à l'aide d'une seule main; trois doigts suffisent pour le maintenir solidement, tandis que le pouce fait mouvoir l'aiguille destinée à fixer l'amygdale, et que l'index, resté libre, tire en arrière la tige coudée qui entraîne la lame, pour opérer la section de la glande hypertrophiée.

Cette lame coupe en sciant, à la manière de l'instrument modifié par M. Le Roy-d'Etiolles, mais par un mécanisme tout différent. A cet effet, un tenon rivé sur sa tige, qui est articulée, glisse dans une rainure creusée en zigzag, et force l'anneau tranchant à faucher pendant qu'il est attiré en arrière par le doigt de l'opérateur.

LECTURES.

Folie circulaire. — M. Falret, à l'occasion du procès-verbal et au sujet du mémoire lu dans la dernière séance par M. Baillarger sur une nouvelle variété de folie, réclame la priorité d'observation de faits semblables, qu'il a désignés sous le nom de folie circulaire, et commence la lecture d'un mémoire sur ce sujet.

Sur l'observation de quelques membres, cette lecture étant de nature à donner lieu à une discussion, et l'ordre du jour étant très chargé, M. Falret est invité à remettre la suite de sa lecture à la séance prochaine.

Cathétérisme utérin. — M. Cruveilhier lit sur ce sujet une note que nous publierons dans le prochain numéro.

M. GIBERT commence par remercier M. Cruveilhier pour la communication intéressante qu'il vient de faire, et il saisit cette occasion d'ajouter un fait. Quelque innocentes que puissent paraître, dit-il, les manœuvres que l'on pratique journellement sur l'utérus, telles que les cautérisations, par exemple, dont on abuse tant, on voit de temps à autre survenir des accidents qui devraient rendre les praticiens plus circonspects. J'ai été témoin, il y a quelque temps, d'un fait de ce genre. Une femme, à laquelle on avait pratiqué la cautérisation du col utérin avec le fer rouge, a été prise d'accidents terribles qui l'ont enlevée en quelques jours. C'était une mère de famille qui aurait certainement eu encore longtemps à vivre.

M. VELPEAU. C'est une des questions les plus graves et les plus intéressantes qu'on puisse discuter. Si je ne m'y suis pas étendu plus longuement dans la dernière séance, c'est parce que j'ai pensé que le rapport nous fournirait l'occasion de la reprendre. Je suis heureux que M. Cruveilhier soit venu donner un nouvel appui à mon opinion; mais cependant je ne voudrais pas qu'on tombât dans un autre excès. De ce que le cathétérisme utérin ou la cautérisation du col ont pu produire dans quelques cas des accidents graves, il ne faudrait pas en conclure qu'il fallût renoncer à tout jamais à l'emploi de ces moyens. Le cathétérisme du canal de l'urètre aussi a quelquefois donné lieu à des accidents mortels, et cependant on n'y renonce pas. Il y a là une question de disposition spéciale qu'il est fort difficile de prévoir. J'en aurais très long à dire là-dessus; mais je m'arrête, en exprimant le désir que le rapport soit fait prochainement, afin de nous fournir l'occasion d'examiner cette question avec maturité.

M. HUGUIER regrette que M. Cruveilhier ait donné à sa communication un titre qui peut donner lieu à une fâcheuse confusion. M. Cruveilhier a intitulé sa note *Cathétérisme utérin suivi de mort.* Or ce n'est pas le cathétérisme, c'est le redressement de l'utérus par une tige placée en permanence dans l'intérieur de cet organe qui a donné lieu aux accidents en question, ce qui est bien différent. Entre le séjour d'un instrument à demeure dans l'utérus et le simple cathétérisme il y a une très grande différence, et il serait regrettable que l'on parût attribuer à l'un ce qui est exclusivement dû à l'autre.

M. BÉGIN exprime le désir que la discussion soit renvoyée après la lecture du rapport.

La discussion est close.

Eau inodore et désinfectante de MM. Raphanel et Ledoyen. — M. Bouchardat lit, au nom d'une commission, un rapport officiel sur l'eau inodore et désinfectante de MM. Raphanel et Ledoyen. Ce rapport est un complément d'un rapport que l'Académie a déjà entendu sur ce sujet en juillet 1850, et qui fut renvoyé à la commission, afin qu'on y joignît la comparaison du liquide en question avec les désinfectants généralement employés dans ce but.

M. le rapporteur examine successivement le liquide de MM. Raphanel et Ledoyen (nitrate de plomb) dans ses applications à la chirurgie et dans ses applications comme désinfectant aux amphithéâtres d'anatomie, aux casernes, aux hôpitaux, et enfin dans ce qui a rapport à la question des latrines et des vidanges.

D'après les faits exposés dans le rapport, la commission propose de répondre à M. le ministre :

« 1° La supériorité de l'eau inodore et désinfectante de MM. Ledoyen et Raphanel, comparée aux solutions d'acétate de plomb employées dans le pansement des plaies répandant une odeur fétide n'est établie sur aucun fait précis.

» 2° Dans les amphithéâtres d'anatomie, l'emploi du chlorure de zinc comme désinfectant est préférable à celui de la solution de nitrate de plomb.

» 3° Dans les casernes, dans les hôpitaux, pour combattre les inconvénients de l'encombrement, une ventilation bien réglée est préférable à l'emploi de l'eau de MM. Ledoyen et Raphanel.

» 4° Pour la désinfection des fosses d'aisances, le chlorure ou le sulfate de zinc, le sulfate de fer au maximum, à l'état le plus voisin de la neutralité, sont préférés au nitrate de plomb. Cependant, dans quelques conditions spéciales, quand on ne tiendra pas compte du prix du liquide employé, quand les précautions seront prises pour éviter l'action du plomb, on pourra utilement se servir de la solution du nitrate de plomb, préconisée par MM. Ledoyen et Raphanel. »

M. MALGAIGNE. La question soulevée par le rapport de M. Bouchardat est une question très sérieuse. Je m'attendais à trouver dans le rapport des faits positifs en grand nombre pour appuyer les conclusions, et j'ai été déçu. J'ai essayé, sur la demande de M. Ledoyen, l'emploi du nitrate de plomb comme désinfectant des ulcères et des plaies gangréneuses; j'ai trouvé que le nitrate de plomb était un désinfectant admirable. Cependant je dois dire que dans quelques cas il n'a pas aussi bien réussi, mais c'était de ces cas où la mauvaise odeur persiste quoi qu'on fasse et ne cède à aucune action chimique.

Il est un autre point qui n'est pas moins important, c'est l'action de ce sel de plomb pour la désinfection des lieux d'aisances. J'ai également été témoin d'expériences de ce genre de désinfection, et je dois dire que je suis étonné que M. Bouchardat ait traité ce point avec tant de légèreté.

M. Malgaigne rapporte ici les expériences dont il a été témoin, et desquelles il résulte que le nitrate de plomb désinfectait en général complétement les matières des vidanges et que les circonstances dans lesquelles la désinfection n'était point complète étaient de celles où aucun autre moyen chimique n'aurait été capable de désinfecter; c'était, par exemple, lorsque aux gaz ammoniaque et sulfhydrique se trouvaient réunies en plus ou moins grande proportion des matières organiques sur lesquelles tous les agents chimiques sont impuissants.

M. CHEVALLIER. Pour que les désinfectants désinfectent, il faut qu'ils soient employés en quantité suffisante et dans des proportions déterminées. C'est probablement parce qu'on n'aura pas tenu compte de cette condition que quelques-unes des expériences dont M. Malgaigne a été témoin ont échoué. Quant au nitrate de plomb, il n'est pas douteux que ce ne soit un bon désinfectant; mais il a un inconvénient qui devra toujours lui faire préférer les autres, c'est qu'il est beaucoup trop cher.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY. M. Malgaigne accuse la chimie d'impuissance en fait de désinfection, mais sans dire sur quoi il se fonde. Il n'y a pas de matières organiques qui ne soient susceptibles d'être désinfectées. Lorsqu'on désinfecte les lieux d'aisances, on détruit d'abord l'ammoniaque et les gaz hydrosulfuriques par les désinfectants dont il vient d'être question; il reste alors les matières organiques en putréfaction, qu'on détruit par le charbon divisé; mais il s'agit pour obtenir ce résultat d'employer ces divers agents dans les proportions convenables, ainsi que vient de le dire M. Chevallier. Quant aux sels de plomb, c'est par l'acide qui entre dans leur composition qu'ils désinfectent; mais tous ces sels sont en général d'un prix élevé, c'est là ce qu'il faut prendre en considération. Or de tous ces sels le nitrate de plomb est le plus cher : c'est ce qui s'opposera toujours à son emploi en grand.

M. MOREAU exprime le regret que M. Bouchardat n'ait pas indiqué le moyen d'arriver à utiliser les matières désinfectées pour les usages de l'agriculture.

M. Michel LÉVY appelle l'attention de l'Académie sur le côté le plus large de la question, le côté hygiénique. Quand il s'agit d'une atmosphère confinée, la question est complexe; il y a de l'eau, de l'acide carbonique, des matières organiques dont les proportions ne peuvent jamais être rigoureusement déterminées. Dans ce cas, il n'y a pas de matières chimiques qui puissent neutraliser ces divers éléments, et, d'ailleurs, la plupart de ces neutralisants pourraient eux-mêmes devenir nuisibles. C'est l'aération, le renouvellement de l'air, qui est le seul, le véritable désinfectant en pareil cas. Tel est le cas des salles d'hôpitaux. En 1849, à l'époque du choléra, où l'infection était portée au plus haut degré, dans les salles du Val-de-Grâce, on n'a jamais eu recours aux agents chimiques pour opérer la désinfection; on s'est borné à renouveler incessamment l'air, et ce moyen a suffi.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY rapporte un fait qu'il a eu l'occasion d'observer en 1839, à l'époque où il faisait partie d'une commission pour examiner la question de l'assainissement de la caserne d'Orsay; ce fait vient à l'appui de ce que vient de dire M. Michel Lévy.

M. BOUCHARDAT s'excuse de n'avoir pu, faute de temps, ce rapport ayant été demandé d'urgence, donner un développement suffisant à toutes les questions que comportait ce sujet; il a dû se borner à les indiquer. Il est parfaitement d'accord avec MM. Michel Lévy et H. Gaultier de Claubry en ce qui concerne l'aération dans les espaces confinés. Quant à ce qu'a dit M. Malgaigne, qui paraît croire qu'on n'a pas suffisamment rendu justice dans le rapport au méritte des recherches de M. Ledoyen, M. Bouchardat s'efforce de réfuter ce reproche.

La délibération est ouverte sur les articles. Après une longue et très diffuse discussion, les conclusions sont adoptées amendées ainsi qu'il suit :

1° Première conclusion comme dans le rapport.

2° Dans les amphithéâtres d'anatomie, pour conserver les cadavres, l'emploi du chlorure de zinc comme désinfectant est préférable à celui de la solution de nitrate de plomb.

3° Dans les casernes, dans les hôpitaux, pour combattre les inconvénients de l'encombrement, une ventilation bien réglée est préférable à l'emploi de l'eau de MM. Ledoyen et Raphanel, dont l'usage ne serait pas sans danger.

4° A la quatrième conclusion du rapport est substituée la conclusion suivante, proposée par M. Malgaigne :

« Quant à la désinfection des vidanges, le nitrate de plomb n'a pas d'avantages sur les sels employés jusqu'ici, et il est inférieur à la plupart, à raison de son prix et de la couleur noire qu'il imprime aux matières. »

L'Académie adopte l'ensemble des conclusions.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le professeur Nélaton a employé hier à sa clinique un nouvel instrument destiné à l'application locale d'un agent anesthésique. En attendant de plus amples détails, nous allons essayer de donner une idée de cet instrument, que l'on doit à M. Harry (de Dublin), et qui a été apporté en France par M. Charrière fils.

A un réservoir d'air en caoutchouc est adaptée une pompe en cuivre contenant une éponge, laquelle est destinée à recevoir le chloroforme. A l'autre extrémité se trouve une soupape permettant à l'air extérieur de rentrer dans l'appareil, qui se termine par un tube de caoutchouc que l'on peut changer à volonté.

Lorsque l'on comprime le réservoir, l'air se charge de vapeur de chloroforme, et on dirige ce jet sur la partie malade.

M. P. Dubois avait déjà employé avec avantage ce procédé dans ses salles d'accouchements.

M. Nélaton, après avoir cinq minutes durant dirigé sur un abcès le jet de vapeur de chloroforme, a pu pratiquer une incision à la face palmaire du pied sans que le malade ait fait le moindre mouvement qui pût indiquer un sentiment quelconque de douleur.

— Le conseil d'administration des hôpitaux et hospices civils de Lyon donne avis que le lundi 8 mai 1854, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical, et se composera de cinq séances.

1° Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, à l'Hôtel-Dieu, quinze jours au moins avant le 8 mai.

2° Nul ne pourra concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français.

Le candidat nommé fera pendant six ans, à partir du 1er janvier 1856, le service d'aide-major; il exercera ensuite les fonctions de chirurgien-major pendant six autres années, à l'expiration desquelles il conservera également pendant six années, sous la dénomination de chirurgien titulaire, le service indiqué par la délibération du 19 juillet 1848.

Les honoraires de l'aide-major sont de 400 francs par an; ceux du chirurgien-major de 720 fr.; l'un et l'autre ont de plus le logement et la nourriture à l'Hôtel-Dieu, ainsi que le chauffage et l'éclairage.

Le chirurgien titulaire est externe; il reçoit annuellement 600 fr. de traitement et 600 fr. de droit de présence.

— L'administration du palais de cristal de New-York vient de publier la liste des prix décernés aux exposants par le jury d'examen. L'industrie française, qui vient sur cette liste au second rang immédiatement après celle des Etats-Unis, a obtenu 178 médailles, dont 15 d'argent et 163 de bronze.

Nous avons remarqué parmi les médailles d'argent le nom de M. Charrière, fils de notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, qui soutient dignement la réputation que s'est faite son père.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 10 FÉVRIER 1854.

Nous croyons devoir rappeler qu'en exécution du sixième paragraphe de l'acte de donation du 10 octobre 1853, ainsi conçu : — « TROIS MILLE FRANCS seront consacrés à encourager » les auteurs des travaux utiles et surtout pratiques publiés » dans la *Gazette*. Tant que mes forces me le permettront, » je me réserve avec votre concours la distribution de cette » somme de 3,000 fr., » — la première répartition d'une somme de mille francs sera faite dans la deuxième quinzaine de ce mois aux auteurs des meilleurs travaux pratiques publiés dans la *Gazette* depuis le 15 octobre dernier.

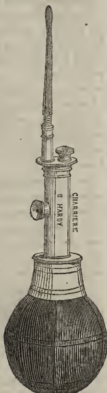
La seconde répartition de pareille somme aura lieu à la fin de juin, pour les travaux publiés du 15 février au 15 juin ; la troisième à la fin d'octobre, et ainsi chaque année aux mêmes époques.

A cette occasion, nous rappellerons à nos confrères qui voudront bien devenir nos collaborateurs et nous adresser le fruit de leurs observations personnelles ou recueillies dans des services d'hôpitaux, que l'appel fait par le généreux donateur de la *Gazette* est un appel général ; que personne n'en est exclu ; que praticiens et élèves, Français et étrangers, tous peuvent concourir et doivent s'attendre à un jugement également impartial.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Anesthésie locale. — Emploi de l'instrument de M. Hardy.

Nous avons, dans notre dernier numéro, signalé à l'attention de nos lecteurs la nouvelle méthode d'anesthésie locale que M. Charrière fils vient d'importer en France, et nous avons fait connaître le résultat du premier essai qui en a été fait à la Clinique par M. le professeur Nélaton. On se rappelle que l'instrument qui sert à la production de l'anesthésie locale se compose, ainsi que nous l'avons dit, d'un réservoir d'air en caoutchouc auquel est adaptée une pompe en cuivre contenant une éponge destinée à recevoir le chloroforme, et qu'une soupape située à l'autre extrémité de l'appareil permet à l'air extérieur de rentrer dans l'appareil, qui se termine par un tube en caoutchouc. La figure ci-jointe donne une idée suffisante de l'appareil aussi simple qu'ingénieux de M. Hardy et de son mécanisme.



Nous avons dit encore que M. P. Dubois avait également fait l'essai de cet appareil dans ses salles. Voici en deux mots la relation de ce fait :

C'est sur une fille de salle que cet essai a été fait. Cette fille avait un abcès à l'aisselle qui la faisait beaucoup souffrir et qui la mettait dans l'impossibilité de se servir de son bras. Outre cet abcès, elle avait une petite plaie à la face dorsale du poignet du même côté, également très douloureuse. Une première application locale de chloroforme faite à l'aide de cet appareil sur la tumeur de l'aisselle a eu pour effet de produire une insensibilité qui a duré trois heures. Cette tumeur, qui jusque-là était si douloureuse qu'on n'y pouvait toucher, et que la malade ne pouvait elle-même faire le moindre mouvement, est restée pendant tout ce laps de temps tellement indolente qu'on pouvait la toucher, la manier impunément, et que la malade pouvait faire agir son bras sans rien ressentir.

Dans une deuxième épreuve, l'abcès étant mûr, M. P. Dubois y a plongé un bistouri immédiatement après l'espèce de fumigation chloroformique en question, et la malade n'en a, dit-elle, pas même eu conscience ; elle n'a su qu'on venait d'ouvrir son abcès qu'après y avoir porté la main. A dater de ce moment elle n'a plus ressenti aucune douleur dans cette région. Ajoutons que la petite plaie de la main, fumigée de la même manière, est restée depuis complétement insensible.

Nous ferons connaître les faits nouveaux qui se produiront.

Remarques cliniques sur les hydrocèles.

Les recherches modernes permettent d'admettre un grand nombre de subdivisions dans l'étude des hydrocèles. En appelant l'attention sur quelques malades couchés dans son service et qui offrent des exemples de la plupart des cas décrits par les auteurs, M. Velpeau insistait récemment sur quelques particularités intéressantes au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic de ces affections.

Au n° 15 de la salle Sainte-Catherine se trouvait une femme atteinte d'une hydrocèle d'un sac herniaire : une première fois la tumeur a été ponctionnée ; mais, le liquide s'étant reproduit, on a pratiqué une incision qui a mis à découvert l'épiploon constituant la hernie. La malade est maintenant sortie complétement guérie.

Le malade du n° 35 de la salle Sainte-Vierge avait été opéré dans un autre hôpital d'une hydrocèle de la tunique vaginale il y a six semaines à peu près ; pendant trois semaines, on appliqua des cataplasmes sur les bourses pour calmer l'inflammation consécutive, et le scrotum reprenait peu à peu son volume normal, lorsque le malade voulut sortir. Mais au bout de peu de jours la persistance de la tuméfaction le força de se présenter à la Charité. Ce fut alors que M. Velpeau trouva derrière le testicule, tout à fait à la naissance du cordon, deux petites tumeurs fluctuantes ; pendant quinze jours, elles n'ont ni augmenté ni diminué ; mais au bout de ce temps on pratiqua isolément sur chacune d'elles une ponction qui donna issue à une petite quantité de sérosité parfaitement transparente et détermina leur affaissement. Le malade fut renvoyé ; on lui recommanda de revenir à l'hôpital si la tumeur tendait à reparaître. Il est probable que cet homme avait à la fois et une hydrocèle de la tunique vaginale et deux kystes de l'extrémité inférieure du cordon, qui auront passé inaperçus lors de la ponction et ne seront redevenus apparents que lorsque le scrotum a repris son volume normal.

Enfin, l'appendice épididymaire est lui-même le siége de quelques hydrocèles mieux connues depuis que M. Gosselin a appelé l'attention sur leur nature et leur mode de formation.

L'hydrocèle de la tunique vaginale est de toutes la plus commune, et ces jours-ci M. Velpeau en a opéré un grand nombre. Tantôt le liquide occupe uniformément toute la tunique vaginale, tantôt il est contenu dans l'intérieur de loges ou de cloisons dont l'existence s'explique facilement : on comprend, en effet, qu'à la suite d'une orchite avec sécrétion de lymphe plastique dans la tunique vaginale il se produise des adhérences partielles qui cloisonnent la séreuse. On sait que dans cette forme le testicule est presque constamment refoulé en bas et en arrière ; n'oublions pas toutefois qu'il peut se trouver en avant ; j'en ai vu, dit M. Velpeau, un exemple qui donna lieu à une erreur singulière : le chirurgien auquel le malade s'était adressé diagnostique une hydrocèle et fait la ponction ; rien ne sort par la canule. On enfonce plus profondément le trocart, aucun résultat ; on crut à un sarcocèle, et déjà l'on parlait d'enlever le testicule, quand le malade, effrayé, quitta l'hôpital. Il vint nous retrouver, et, après avoir reconnu à mon tour une hydrocèle, je me préparais à l'opérer, lorsque, prévenu des circonstances dont je viens de parler, je me livrai à un examen plus attentif de la tumeur : le testicule, placé en avant, avait reçu le coup de trocart, et ainsi tout s'expliquait.

Après avoir indiqué les principaux signes qui servent à distinguer l'une de l'autre les hydrocèles de la tunique vaginale, l'hydrocèle enkystée et l'hydrocèle de l'appendice épididymaire, comme la position relative de la tumeur et du testicule, le mode de développement, la forme, l'isolement du kyste, M. Velpeau fait remarquer combien il est difficile d'arriver à un diagnostic précis dans les cas où les kystes du cordon sont volumineux et naissent très bas ; mais lorsqu'à l'aide d'une ponction on a évacué la sérosité, la nature de cette sérosité vient aider puissamment au diagnostic.

Dans l'hydrocèle spermatique, c'est un liquide louche, souvent lactescent, dans lequel l'examen microscopique fait découvrir des débris de spermatozoïdes. Vient-on à ponctionner une hydrocèle enkystée du cordon, on donne issue à un liquide argentin, perlé, clair comme de l'eau de roche.

Dans l'hydrocèle de la tunique vaginale, le plus souvent c'est une sérosité citrine comme celle des grandes cavités séreuses, mais qui peut être colorée de diverses manières. Dans un cas que cite M. Velpeau, la tumeur, ponctionnée tous les deux ans, donnait constamment issue à une grande quantité de sérosité verte comme du jus d'herbes et contenant de la cholestérine. Mais le plus souvent c'est la matière colorante du sang qui se mêle à la sérosité citrine ; et cela est facile à comprendre quand on songe aux chocs, aux contusions auxquels est exposée cette tumeur des bourses. Avouons, toutefois, que cette transformation de l'hydrocèle en hématocèle peut se faire sans qu'on puisse en saisir de cause bien appréciable. Dans ces cas, la tumeur, qui était transparente à son origine, devient opaque d'un jour à l'autre, et plus tard, la résorption de la partie colorante du sang venant à s'opérer, la transparence reparaît en même temps. Si l'hydrocèle se transforme en hématocèle, l'hématocèle à son tour peut donc se transformer en hydrocèle. La connaissance de ces divers phénomènes explique parfaitement les diagnostics divers portés sur le même individu, mais à des époques différentes, ainsi que M. Velpeau en cite un exemple remarquable.

Comme phénomène intermédiaire, nous devons citer un cas d'hydro-hématocèle opéré tout récemment à la Charité, et dans lequel la transparence manquait ; mais en consultant les antécédents, on apprit que la tumeur se rompait tous les six mois à peu près, et la ponction donna issue à une sérosité rougeâtre qui, transparente lorsqu'on la voyait en couches minces, était parfaitement opaque lorsqu'on l'examinait en masse à travers un verre.

Rarement l'hydrocèle de la tunique vaginale disparaît spontanément ; il peut arriver cependant que, la tunique vaginale venant à se rompre, le liquide s'infiltre dans les bourses et finisse par se résorber, et quelquefois, dans ces cas, la guérison a été définitive. D'autres fois cette disparition de l'hydrocèle a lieu sans qu'on puisse suivre les diverses phases de la maladie, sans même que le malade s'en aperçoive. C'est ainsi que, dans deux cas tirés de sa pratique, M. Velpeau, après avoir examiné attentivement la tumeur et constaté la fluctuation, la transparence, etc., avait pris jour pour l'opération ; lorsqu'il se présenta, un ou deux jours après, il n'y avait plus traces d'hydrocèle.

Les divers modes de traitement jadis employés, l'incision, la cautérisation, le séton, etc., sont maintenant abandonnés, et la ponction suivie de l'injection est presque exclusivement usitée en France. On obtient des guérisons, quel que soit le liquide employé, et l'on sait combien les anciens faisaient varier leur nature, leur température et leur mode de préparation. Mais, sur tous, l'injection iodée a l'incontestable avantage de ne pas causer de douleur et d'être d'une simplicité extrême dans son application ; si par accident la teinture iodée s'infiltre dans le tissu cellulaire du scrotum, on n'a point à redouter ces suppurations accompagnées de gangrène qui rendent l'injection vineuse parfois si redoutable. Enfin, des recherches récentes de M. Hutin ont fait voir qu'avec l'iode on obtenait la guérison souvent même sans oblitération de la tunique vaginale, ce qui n'a point lieu avec le vin, et c'est là une considération qui peut bien avoir son importance.

Gangrène sèche des doigts. — Développement des accidents à Paris, trois mois après la cessation de l'usage du seigle ergoté.

Il nous est très rarement donné d'observer, à Paris, l'ergotisme gangréneux ; aussi la description donnée par les auteurs porte-t-elle sur des cas observés dans des contrées où cette affection est endémique et développée sur des sujets restés dans les conditions d'empoisonnement.

Bien qu'il y ait là les éléments d'une bonne description, on ne saurait nier cependant que cette persistance des conditions d'empoisonnement ne jette la plus grande incertitude sur le mode d'invasion de la maladie.

Un cas de ce genre actuellement en traitement dans les salles de chirurgie de l'hôpital Cochin nous a paru digne de fixer l'attention des praticiens par sa rareté, et surtout par les circonstances remarquables et insolites qui ont présidé à son développement.

Le 1er février 1854, Camins (Catherine), âgée de vingt-deux ans, domestique, se présenta à la consultation de M. Maisonneuve, se plaignant de ne pouvoir se servir de ses doigts depuis plus d'un mois. Ses deux mains offraient un aspect assez frappant et assez caractéristique pour attirer toute l'attention et faire penser à une

affection grave. L'âge de la malade, l'absence de toute cause traumatique et l'aspect caractéristique de l'affection ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'un ergotisme gangréneux. La malade, d'ailleurs, confirma aussitôt ce diagnostic en annonçant qu'elle avait toujours vécu de pain de seigle; que celui-ci passait pour avarié, lorsqu'il y a quatre mois elle avait quitté les montagnes de l'Auvergne pour venir habiter Paris.

Jusque-là rien dans sa santé n'avait pu lui faire supposer la fâcheuse influence sous laquelle elle se trouvait. Deux mois après son arrivée à Paris elle devint d'une grande sensibilité au froid; ses mains et ses pieds se tuméfièrent et se couvrirent de nombreuses phlyctènes. La malade crut avoir affaire à des engelures; et, bien qu'elle n'y eût jamais été sujette, elle ne s'en inquiéta nullement. Mais cette irritation, au lieu de se terminer par résolution, s'aggrava de jour en jour, changea complétement d'aspect, finit par lui rendre tout travail impossible et la força d'entrer à l'hôpital.

Les deux mains présentent des altérations non parvenues encore au même degré, mais évidemment de même nature. Au premier coup d'œil l'attention est fixée par une teinte noire très prononcée, uniforme, occupant la dernière phalange du petit doigt de la main droite et celle du doigt médius de la main gauche. Cette coloration disparaît presque brusquement au niveau du bord postérieur de l'ongle, et ne se fond pas avec celle des tissus voisins. L'extrémité des autres doigts présente une teinte violacée, non uniforme, vraisemblablement de même nature, et un refroidissement appréciable.

Les doigts, roides, froids, ratatinés et douloureux à la pression, présentent une disposition remarquable; ils sont amaigris, effilés et secs, et ne peuvent plus rendre aucun service. Les deux mains sont couvertes çà et là de plaques rougeâtres, comme érysipélateuses, et sont le siége, dans quelques points, de desquammations et de gerçures, suites probables des engelures accusées par la malade.

Le pouls radial est sensible au doigt, et a même conservé une certaine ampleur. Les pieds, bien que tuméfiés dans quelques points, n'offrent aucune trace de gangrène prochaine.

Les membres, chose remarquable, n'ont jamais été le siége d'aucune douleur spontanée, et aucun vertige n'a signalé le début de l'affection.

Enfin, depuis l'apparition de cette gangrène la malade n'a pas eu ses menstrues, qui jusqu'alors avaient été régulières.

Le fait de la gangrène une fois constaté, M. Maisonneuve s'est attaché à en préciser le diagnostic et à faire ressortir tout l'intérêt que présentait le mode de développement de cette affection.

La gangrène spontanée des extrémités, dit ce chirurgien, se manifeste dans deux circonstances différentes, avec un cortége de symptômes assez différent pour avoir fait admettre deux variétés, à chacune desquelles correspondrait un ordre de lésions distinct.

1° La gangrène spontanée humide, résultat d'une altération des veines, est rare. Elle s'annonce par de l'œdème, des vergetures sur le trajet des veines; il y a une véritable phlébite chronique. La circulation en retour ne se faisant plus, le membre est préalablement tuméfié. Or, dans le cas présent rien de semblable ne s'est observé.

2° La gangrène spontanée sèche ou sénile résulte d'un défaut de circulation artérielle; le sang n'aborde plus. Elle est précédée d'atrophie, de refroidissement, de tous les signes qui annoncent un défaut de vitalité. Elle est le plus souvent le résultat de l'artérite.

Une simple contusion a quelquefois suffi pour amener de tels désordres. D'autres fois un caillot se forme dans le ventricule gauche, pénètre dans l'aorte, circule dans les grosses artères du membre supérieur ou du membre inférieur, les oblitère, et cause finalement la gangrène sèche du membre. Ce cas s'observe dans quelques maladies du cœur.

La ligature de ces gros troncs artériels amène quelquefois le même résultat. M. Maisonneuve en a observé cinq ou six exemples.

La gangrène sénile proprement dite provient habituellement de l'oblitération d'une artère, de l'interruption de la circulation artérielle survenue peu à peu à la suite d'abus alcooliques, de concrétions et d'ossification des parois du vaisseau. La circulation se ralentit, se suspend; la calorification s'éteint, les tissus se racornissent, prennent une teinte rougeâtre, puis noire.

Mais aucune de ces influences ne peut être invoquée pour expliquer la gangrène de cette malade. On ne peut l'attribuer qu'à l'usage du seigle ergoté.

L'ergot de seigle, poison narcotico-âcre, a sur certains organes une action toute spéciale qui a pu être utilisée, mais qui, prolongée, produit une striction extrême des capillaires, y suspend la circulation, et peut occasionner les accidents connus sous le nom d'ergotisme gangréneux.

L'influence du seigle ergoté n'est pas douteuse dans ce cas, et peut seule nous expliquer le développement de cette gangrène des doigts. Seulement, nous ferons remarquer que ce fait a ceci de très curieux, que la gangrène n'a commencé à se manifester que deux mois seulement après que la malade eut cessé de faire usage de sa mauvaise nourriture.

Hémiplégie survenue à la suite d'une tentative d'asphyxie.

Il s'agit d'un homme qui s'est laissé aller à une tentative de suicide; il a voulu s'asphyxier par la vapeur de charbon.

On l'a trouvé sans connaissance sur son lit et on l'a apporté dimanche dernier à la clinique.

Aujourd'hui lundi, il ne paraît pas avoir recouvré encore son intelligence; il semble comprendre les paroles qu'on lui adresse; néanmoins il y a absence presque complète de liaison dans ses idées. Il présente un phénomène assez curieux, une paralysie déterminée par son asphyxie.

Il y a trois jours, il travaillait de son état de serrurier; on le voit encore par l'état de ses mains, qui ont des empreintes noires. Aujourd'hui, la main droite est complétement paralysée; elle n'a pas le moindre mouvement; elle tombe inerte après qu'on l'a relevée. Il en est de même pour le membre abdominal du côté correspondant du côté droit.

Hier il n'y avait qu'une paralysie du mouvement; aujourd'hui il semble qu'outre cette paralysie du mouvement il y ait paralysie de la sensibilité; lorsqu'on le pince du côté droit, il n'éprouve rien; tandis que, quand on le pince du côté gauche, il éprouve de la douleur.

La paralysie a donc fait des progrès depuis hier. De plus, les traits se trouvent tirés du côté gauche, avec flaccidité du côté droit; il y a occlusion incomplète de l'œil droit, et déviation du nez et de la commissure buccale vers le côté gauche. Il y a donc aussi hémiplégie de la face.

Ces paralysies sont très rares, et à peine en compte-t-on quelques cas dans la science.

Il serait bon de voir ce que deviennent ces paralysies survenant à la suite de l'asphyxie. M. Nélaton en a déjà vu plusieurs cas, et il dit qu'elles ont toujours persisté.

Voici ce qui a été fait comme traitement :

On a pratiqué d'abord une saignée et donné un lavement purgatif; on n'a rien gagné; on reviendra au même traitement, car il serait possible qu'il existât une congestion cérébrale; on fera une autre saignée; on donnera un purgatif énergique, 15 grammes d'eau-de-vie allemande, et on appliquera des vésicatoires sur les jambes. Nous ferons connaître le résultat de cette affection.

A. L.

DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

par les inspirations d'iode pur.

A l'occasion du mémoire sur le traitement de la phthisie pulmonaire au moyen de cigarettes iodées et d'un appareil spécial présentés à l'Académie en 1850 par M. Chartroule, M. le professeur Piorry a lu, dans l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, le remarquable travail dont nous extrayons ce qui suit :

La plupart des moyens employés jusqu'à ces derniers temps contre la phthisie ont été à peu près inutiles. Il n'est peut-être pas un seul des agents médicamenteux qui n'ait été proposé et prôné comme un remède efficace contre la phthisie, puis, bientôt après, oublié et abandonné. Sans remonter bien haut dans l'histoire de la thérapeutique, on verrait que depuis vingt ans le chlore, les eaux hydrosulfureuses, le tartrate antimonié de potasse ont été considérés comme des moyens curatifs, et que bientôt l'expérience a dû faire renoncer à leur usage.

En sera-t-il ainsi de l'iode et des préparations iodées? Il y a lieu d'espérer qu'il n'en sera pas de même, et la suite de ce travail contiendra des faits qui autorisent à concevoir cette espérance.

Avant d'exposer ces faits, il est bon de dire quelques mots relativement aux recherches qui ont été faites sur les effets de l'iode dans les cas de pneumophymie.

Dès les premiers temps de la découverte de ce corps métalloïde, Coindet ayant employé avec succès cette substance dans des cas de tumeurs du corps thyroïde et, par suite, dans des engorgements du cou considérés comme scrofuleux ou tuberculeux, on pensa qu'il pourrait en arriver ainsi pour les affections phymiques du poumon, comparées si généralement aux maladies dites scrofuleuses.

Dès 1826, Laënnec, qui avait vu que sur les côtes de la Bretagne les tubercules pulmonaires étaient rares, attribua à la respiration des vapeurs iodées qui s'élevaient des varechs une aussi heureuse influence.

Alors le professeur de clinique fit venir à Paris des fucus marins et en déposa de grandes proportions dans les petites salles de la Clinique, où il plaça un assez grand nombre de phthisiques; ceux-ci se trouvèrent ainsi dans une atmosphère saturée de vapeurs qui s'élevaient des varechs. Ce moyen eut peu d'action, et bientôt on y renonça.

M. Lugol, qui certes fut un de ceux qui utilisèrent le plus l'iode et ses diverses préparations, paraît avoir employé aussi ce médicament contre les tubercules pulmonaires, et je tiens d'un médecin des hôpitaux que nous estimons tous, qu'étant interne dans le service de M. Lugol, il constata ce fait, que plusieurs cadavres de pneumophymiques auxquels on avait administré de l'iode, portaient des cicatrices remarquables et de date récente qui étaient le résultat de la curation de tubercules.

Du reste, à ma connaissance, aucun fait exact, précis, positif n'a été recueilli qui ait constaté l'influence favorable de l'iode sur la marche de la pneumophymie; presque toujours ce sont des allégations qui ont été faites à ce sujet et non pas des observations sévères.

Après les succès obtenus dans l'hydrocèle et dans les foyers tuberculeux des testicules, il était tout naturel de rechercher si l'on ne pouvait pas obtenir des résultats du même genre dans les cavernes pulmonaires; il eût été très difficile, si ce n'est impossible, et à coup sûr tout à fait téméraire, d'injecter de la teinture d'iode étendue d'une certaine quantité d'eau dans les voies aériennes: dès lors on dut songer aux vapeurs d'iode.

D'abord on se servit de la teinture, puis de l'iode lui-même. M. Chartroule suivait alors le service de la Pitié. Ce médecin, élève d'une école où l'on pense qu'en diagnose et en thérapeutique on doit se servir des mesures linéaires et pondériques, me proposa de substituer à la teinture l'*iode pur, tout en le dosant*. A partir de ce moment, on employa la vapeur d'iode d'une manière générale; et, à cet effet, M. Chartroule fit confectionner un appareil et des cigarettes que les malades devaient fumer, contenant chacune une quantité d'iode déterminée, dont la composition et l'usage rappellent les cigarettes de datura stramonium, et qui avaient l'avantage de permettre aux malades de pratiquer fréquemment les inspirations d'iode.

Si l'on vient à interposer un papier amidonné et humide entre l'appareil contenant de l'iode et la bouche qui aspire, à l'instant même le papier bleuit. Si l'on vient à faire passer, au moyen de l'expiration, le même air (qui alors a passé dans les poumons) sur un autre papier amidonné, ce dernier ne se colore en aucune façon. La conséquence directe de ce fait, que j'ai répété un grand nombre de fois, c'est que l'iode contenu dans les voies respiratoires doit y être absorbé pendant le séjour de très peu de durée qu'il fait dans les vésicules pulmonaires.

Les pneumophymiques soumis au traitement par l'iode ont aussi été soumis en même temps à quelques autres moyens de traitement :

1° A l'emploi du tartrate antimonié de potasse pris à petites doses (un centigramme, par exemple), soit tous les quatre à cinq jours pendant une ou deux heures. Ce remède héroïque a été principalement administré quand des liquides muqueux, puriformes ou purulents se trouvaient contenus dans les bronches, et ajoutaient ainsi aux dangers de la phymopneumonie ceux de la présence dans les voies aériennes d'obstacles à l'entrée de l'air, obstacles qui pouvaient aussi donner lieu à des degrés divers d'asphyxie, ou mieux d'hypoxémie.

2° A des médicaments variés dits *astringents*, et supposés propres à calmer ou à suspendre les évacuations plus ou moins abondantes dont l'intestin était parfois le siége.

Dans ce nombre figurent principalement l'albumine, la thériaque et d'autres préparations opiacées; le phosphate de chaux, le sous-azotate de bismuth, etc. Mais l'administration de ces moyens n'était que momentanée, et cessait tout aussitôt que l'entérorrhée était dissipée.

3° A du sulfate de quinine à hautes doses, prescrit alors que la rate était volumineuse, simplement hypérémiée; et à faibles doses quand il existait seulement des redoublements fébriles nocturnes, dus à la pénétration dans le sang du pus ou de matière tuberculeuse ramollie.

4° A un régime généralement réparateur; et c'est là un point capital à noter, car il me paraît très utile d'y avoir recours, et certes si j'avais à faire choix, dans la curation de la pneumophymie, entre l'ensemble des moyens hygiéniques réparateurs et les médicaments autres que l'iode, à coup sûr ce serait aux ressources de l'hygiène que je donnerais la préférence.

5° Très rarement pour calmer les accidents a-t-on employé de l'opium, de la belladone ou d'autres narcotiques.

6° Des loochs, des médicaments dits béchiques ou pectoraux, n'ont été employés que pour calmer la toux.

7° Les cas qui se sont présentés dans le service n'ont pas paru exiger l'emploi d'exutoires, de moxas, de vésicatoires à demeure, etc., et je n'ai pas vu que ces lésions artificielles et pyogéniques aient été de quelque utilité dans le traitement d'états organopathiques, dont l'un des plus fâcheux accidents est la formation du pus.

8° Dans presque tous les cas observés, les malades sont restés à Paris ou dans les campagnes environnantes. On ne les a pas envoyés résider à Nice ou dans les autres parties de l'Italie, pays où, quoi qu'on en ait dit, les phthisiques venus du Nord ne guérissent pas plus vite ni mieux qu'ailleurs.

C'est à l'ensemble des moyens précédents, souvent assez incomplétement employés à l'hôpital, surtout sous le rapport des aliments réparateurs, que, depuis près de deux années, cinquante-deux phthisiques ont été soumis.

Lors de leur entrée ils présentaient tous, à des degrés divers, les symptômes généralement attribués à la phthisie pulmonire, c'est-à-dire la toux, des crachats puriformes, de la fièvre hectique, de l'amaigrissement. Le plus grand nombre d'entre eux était atteint d'évacuations alvines liquides et abondantes, probablement liées à des ulcérations tuberculeuses; le larynx paraissait aussi être frappé de lésions phymiques; des crachements de sang, dus à des pneumoerhémies, avaient aussi eu lieu chez un grand nombre de ces malades.

Tous ces tuberculeux présentaient de la matité à la partie supérieure des poumons, soit en avant, soit au niveau de l'omoplate en arrière. Le plus souvent ces parties donnaient une résistance marquée, une dureté très appréciable au doigt. Le plus ordinairement aussi il était possible de limiter en avant l'étendue de la matité et la circonscription nette et précise qui la séparait des portions du poumon restées saines ou moins malades que le sommet. Il était possible et même facile de distinguer par les sensations tactiles et auditives les points où la résistance était très marquée, et ceux où il n'y avait qu'une simple obscurité de son. Sur quelques-uns d'entre eux, un bruit hydraérique se faisait entendre.

Sur tous ces malades, les caractères stéthoscopiques étaient non moins évidents que ceux auxquels donnait lieu le plessimétrisme. La plupart présentaient, au niveau des points où l'on rencontrait la matité et la résistance, une respiration dure, tubaire, une voix retentissant avec plus ou moins de force. De vastes cavernes étaient souvent rendues évidentes par les ronchus très larges, par la respiration caverneuse et par la netteté dans l'articulation des sons vocaux.

Tous les malades dont il vient d'être parlé expectoraient des crachats épais, opaques, pyoïdes, arrondis et déchiquetés, et dont l'abondance correspondait au nombre et à l'étendue des désordres que les autres moyens de diagnose permettaient de constater.

Désirant bien apprécier les effets de l'iode, je ne voulus pas m'en rapporter seulement à l'examen des symptômes, ni même à des indications vagues de caractères plessimétriques dans les états pathologiques présentés par ces malades. En effet, les phénomènes fonctionnels des maladies sont susceptibles de tant de variations, qu'en s'en rapportant à eux pour juger de l'influence d'un traitement sur l'affection contre laquelle il est employé, on court les risques de se tromper parfois d'une façon étrange. Voici ce que l'on fit :

Une large plaque de sparadrap ou diachylum fut placée en avant sur la poitrine de chaque malade. On traça sur elle divers signes qui correspondaient soit aux clavicules, aux articulations sterno-claviculaires, aux saillies formées par les muscles sterno-mastoïdiens, soit à

la circonférence du cœur, à la face supérieure du foie et aux mamelons. Sur cette figure grossière mais exacte, il fut facile de tracer un dessin très précis des parties indurées, de circonscrire celles-ci très exactement, d'indiquer les nuances de sonorité, d'obscurité du son, de matité, de dureté, de résistance au doigt qu'elles présentaient et de noter aussi sur les images obtenues de cette façon les principaux bruits stéthoscopiques appréciables au niveau des masses malades.

Quelques jours plus tard, et alors que le traitement avait été exécuté, il était on ne peut plus facile de replacer la plaque de diachylon exactement sur les mêmes points, car les signes de limitations organiques servaient de jalons pour indiquer précisément le lieu où l'emplâtre avait d'abord été placé.

Or, en limitant de nouveau l'étendue des parties lésées, on voyait si la circonscription de celles-ci était bien la même ou si l'espace occupé par le mal avait des dimensions plus grandes ou moins considérables qu'auparavant.

On se borna à faire cette appréciation de l'état des poumons en avant, parce qu'il eût fallu trop de temps pour se livrer en arrière à de telles recherches, qui du reste y sont difficiles.

Je dépose sur le bureau trente-deux dessins tracés à la clinique de la Charité sur un pareil nombre de malades, dessins dont l'exactitude plessimétrique et stéthoscopique a été constatée pendant les diverses phases de la curation des malades non-seulement par le médecin, mais par les chefs de clinique : MM. Frémy, Charcot, Blain des Cormiers; par les aides de clinique : MM. Oleary, Ansiaux, Duriau, Glaize, etc.

Or il suffira de jeter les yeux sur ces dessins pour voir qu'après quatre, six, quinze, trente jours, six semaines, deux ou trois mois de traitement par l'iode, il y avait presque constamment une diminution de 1, de 2, de 3 centimètres dans l'étendue de la surface où existaient primitivement l'obscurité du son, la matité, la résistance au doigt, etc.; qu'en même temps les signes stéthoscopiques révélaient fréquemment une amélioration sensible dans l'état des masses indurées : la respiration, par exemple, devenait meilleure ou les ronchus étaient moins longs et moins abondants. Et ce n'est pas seulement sur quelques malades et chez ceux qui étaient le moins gravement affectés qu'il en arrivait ainsi, mais sur la presque totalité : un assez grand nombre de phthisiques avec cavernes ont paru guéris.

Voici les résultats définitifs obtenus :

Amélioration marquée dans les caractères anatomiques et dans les symptômes.	20 cas
Disparition des caractères anatomiques appréciables et de la plupart des symptômes.	7
Morts avec ou sans amélioration positive.	4
Total.	31

Il faut noter que l'amélioration dans l'état normal des malades correspondait à une modification avantageuse survenue dans les symptômes fonctionnels, tels que la toux, l'abondance et l'aspect des matières expectorées, les phénomènes dits fièvre hectique, etc. Il est même arrivé que plusieurs femmes, qui sous l'influence du mal avaient perdu une grande quantité de sang et dont les menstrues n'avaient plus lieu, ont vu, après quelques semaines, reparaître ces hémorrhagies physiologiques.

Les faits dont il vient d'être fait mention sont bien loin d'être les seuls que je pourrais faire valoir en faveur de l'utilité, dans la curation de la pneumophymie, des moyens d'administrer le médicament préconisé avec tant de bonheur par notre honorable confrère M. Chartroule.

Dès 1851, M. le docteur Frémy, alors chef de clinique, rendit compte des résultats observés cette année-là dans le service : Sur trente-trois malades, a-t-il dit, cinq n'ont pu être soumis au traitement iodé, parce qu'ils étaient entrés à la Charité dans la période la plus avancée de l'affection tuberculeuse ; ils n'ont pu être soumis à un traitement actif, et ont succombé. Vingt-huit malades ont été traités par les vapeurs d'iode, et onze, parmi ceux-ci, sont sortis sans avoir éprouvé une amélioration positive ; mais il n'y a pas eu au moins d'aggravation dans les accidents; on n'a observé chez eux ni hémoptysie, ni inflammation nouvelle des membranes muqueuses ; bien plus, sur plusieurs de ces malades l'hémorrhagie s'est promptement dissipée. Dans dix-sept faits il y a eu une amélioration notable, et M. Frémy donne un historique succinct de quelques-unes de ces observations ; parmi elles, il faut surtout noter celles qui se rapportent à un jeune homme de seize ans, chez lequel les symptômes fonctionnels et les caractères matériels les plus positifs des cavernes se dissipèrent en six semaines.

Or, M. Chartroule rapporte aussi un grand nombre d'observations dans lesquelles il a employé avec des succès marqués les inspirations de vapeurs d'iode ; seulement il se sert d'un appareil spécial avec lequel il dose la quantité d'iode qu'il veut faire aspirer à chaque malade, et de cigarettes iodées contenant une partie déterminée d'iode. Il s'agit dans ces faits de gens qui présentaient des signes phthisiques très caractérisés et les phénomènes fonctionnels les moins douteux de tubercules pulmonaires. Ces gens, sous l'influence du traitement, ont paru être guéris de la pneumophymie. M. Chartroule a la bonne foi de dire que, dans d'autres cas, le traitement dont nous parlons a plus ou moins échoué. Les observations de M. Chartroule portent, pour la plupart, des noms de médecins honorables qui ont constaté les faits, tels que MM. Vahu, chirurgien principal des armées ; Trucbon, président de la Société médicale du 5e arrondissement; Goulard, professeur à l'école de Rochefort; Lemaire, Maillot, Vasse, Sestier, Deslauriers. M. le professeur Trousseau a même adressé à M. Chartroule une lettre de félicitations sur un succès obtenu par ce médecin.

Je pourrais joindre à ces faits l'histoire d'un grand nombre de cas observés dans ma pratique particulière. Plusieurs de ces faits sont publiés dans le *Traité de médecine pratique*, articles PNEUMO-PHYMIE, PHYMÉMIE, etc..., et dans l'atlas de plessimétrisme. J'ai revu depuis plusieurs des malades que j'ai cités, et chez la plupart d'entre eux il n'y a pas eu de rechute. La jeune personne de Melun traitée par M. Fantin jouit d'un santé qui paraît solide. Dans un cas il arriva qu'une des malades citées périt en vingt-quatre heures d'une pneumonie aiguë, mais qui avait frappé le poumon dans lequel on n'avait pas constaté les tubercules, tandis que l'inflammation avait respecté celui qui avait été atteint par les phymies.

Chercher à expliquer cette action curatrice de l'iode sur les indurations pneumo-phymiques par une irritation spéciale, par une action chimique ou substitutrice, ne conduirait qu'à faire des suppositions dénuées de preuves. De la même façon qu'il est impossible de dire au juste pourquoi le sulfate de quinine fait diminuer la rate, de la même manière on ne peut actuellement rendre compte des circonstances organiques qui président à la diminution des engorgements périphymiques observés à la suite de l'emploi de l'iode.

Les cavernes ou speies qui succèdent à l'évacuation de la matière tuberculeuse ont été souvent modifiées à la suite de l'inspiration des vapeurs iodées.

Presque tous les malades qui paraissaient guéris portaient des excavations pulmonaires dont on ne trouve plus de traces.

Quoi qu'il en soit de tout ce qui précède, il est au moins certain que dans plusieurs cas des cavernes, sous l'influence des vapeurs d'iode, se sont cicatrisées. Et un tel moyen est de beaucoup préférable à l'usage de l'huile de foie de morue, médicament d'un goût détestable, et qui ne paraît devoir l'action curative dont il est doué qu'aux très faibles quantités d'iode qu'il contient.

Tels sont les principaux faits relatifs aux aspirations de vapeur d'iode dont nous avions à vous parler.

De l'ensemble de ce travail, il résulte :

1° Que les aspirations de vapeur d'iode peuvent être utiles dans la curation de la pneumo-phymie;

2° Que dans un grand nombre de cas elles sont suivies d'une diminution dans l'étendue des parties indurées qui entourent les tubercules, et d'une amélioration dans les symptômes généraux;

3° Qu'il n'est pas probable que les phymies elles-mêmes disparaissent sous l'influence de l'iode inspiré;

4° Que les inspirations de vapeur d'iode contribuent à la curation des cavernes pulmonaires dues à des tubercules ramollis;

5° Que, dans les cas de ramollissement de la matière tuberculeuse dans le poumon, il peut arriver que la caverne qui en résulte se cicatrise spontanément.

Permettez-moi alors, en terminant ce travail, de vous faire observer que, si quelques conséquences utiles à la thérapeutique sont ressorties des faits précédents, c'est au progrès et à la certitude de la diagnose que la science et l'humanité en seront redevables.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1854.

Cas de mort à la suite de plusieurs introductions du redresseur utérin.

M. Cruveilhier lit la note suivante :

Dans la communication qu'il a faite mardi dernier à l'Académie au sujet d'un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme utérin, M. Broca m'ayant cité comme ayant observé un fait du même genre, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de rapporter ce fait malheureux, bien qu'il ne m'ait pas été donné de vérifier par l'autopsie la lésion locale.

Voici ce fait :

Je fus appelé le 24 septembre 1853 dans le département de l'Oise pour une jeune femme âgée de vingt-quatre ans, que je trouvai dans un état désespéré ; elle était au dernier degré de la fièvre hectique et du marasme.

Voici son histoire :

Mariée depuis cinq ans et stérile, cette jeune femme éprouvait de sa stérilité un chagrin profond qui était devenu une véritable monomanie ; elle s'imagina qu'il pouvait y avoir dans sa conformation quelque disposition organique, peut-être accessible aux moyens de l'art, qui s'opposait à la conception. En conséquence, elle pria de s'en assurer. Le médecin de sa famille, qui reconnut une antéversion légère de l'utérus, mais qui n'attachait aucune importance à cette disposition, lui dit qu'il n'y avait rien à faire.

Peu de temps après, cette dame s'était liée d'amitié avec la femme d'un jeune médecin, qui pria celle-ci d'en parler à son mari, et consentit à se soumettre à un nouvel examen. Le jeune médecin reconnut qu'il existait un déplacement de l'utérus, lui affirma que la conception était complétement impossible dans la position vicieuse où se trouvait l'organe, et n'eut pas de peine à lui persuader de se soumettre à l'emploi d'un moyen nouveau qui faisait merveille et qui d'ailleurs ne pouvait avoir aucune espèce d'inconvénient; ce moyen nouveau, c'était la sonde de l'utérus de M. Simpson, ingénieusement modifiée par M. Valleix. Il se chargea de son application ; la première introduction fut accompagnée de douleurs vives qui retentissaient dans l'abdomen. La jeune femme fut même ébranlée dans sa confiance ; elle persévéra néanmoins. Mais la douleur devenant de plus en plus vive à la suite de nouvelles introductions, le médecin lui proposa de la conduire à Paris auprès d'un médecin plus habitué que lui à ce genre d'opération.

La jeune femme vint donc s'installer à Paris avec sa mère pour se remettre entre les mains du praticien distingué dont les leçons cliniques sur la sonde utérine ont eu un si grand retentissement. Notre confrère reconnut qu'il y avait une déviation de l'utérus ; il admit que cette déviation était la cause de la stérilité, et déclara que pour y remédier il était nécessaire d'opérer le redressement de l'organe.

L'introduction de l'instrument, dirigée par une main exercée, fut beaucoup moins douloureuse que celle opérée précédemment ; mais, malgré les recommandations du médecin, il fut impossible à la jeune femme de conserver la sonde utérine à demeure au delà de plusieurs heures : elle fut, en effet, presque immédiatement prise de malaise épigastrique, de nausées, de ballonnement du ventre, d'angoisses qui l'obligèrent à retirer l'instrument. Dès cette première application, la santé générale de cette jeune dame, qui n'avait pas été notablement troublée par les tentatives antérieures (à ce point que la veille de son départ pour Paris elle était allée à un bal où elle avait beaucoup dansé); dès cette première application, dis-je, avec séjour de la sonde pendant plusieurs heures, les forces et l'appétit se perdirent complétement, les nuits se passèrent sans sommeil, un malaise général se manifesta. Sur les sollicitations pressantes de la jeune femme et de sa mère, le traitement fut suspendu pendant plusieurs jours.

Cependant de nouvelles introductions du redresseur furent pratiquées. Il paraît que l'introduction, par elle-même, était peu douloureuse ; mais à peine l'instrument avait-il séjourné pendant quelques instants, que l'angoisse épigastrique avec ballonnement du ventre et état nauséeux se renouvelaient, si bien que la malade, malgré sa bonne volonté, malgré les recommandations les plus expresses du médecin, ne pouvait supporter l'instrument au delà de quelques heures, et le malaise général avec défaut d'appétit persistait pendant tout l'intervalle qui séparait les introductions.

Enfin, après cinq introductions faites avec les mêmes résultats, la mère de la jeune femme, voyant sa fille dépérir de jour en jour, se décida, malgré les instances réitérées du médecin, à laisser là le traitement et à ramener sa fille chez elle ; son séjour à Paris avait été d'un mois.

Il y avait cinq semaines seulement que la jeune malade était rentrée dans sa famille lorsque j'ai été appelé. Or, voici ce qui s'était passé pendant les cinq semaines, d'après le récit très circonstancié du médecin aux soins duquel elle a été confiée. A l'arrivée de la malade, il constata tous les symptômes locaux et généraux d'une métro-péritonite, caractérisée par le ballonnement du ventre et une douleur hypogastrique très vive. Le toucher causait beaucoup de douleur. L'utérus était plus volumineux que de coutume, placé en antéversion comme avant le traitement par le redresseur, et d'une sensibilité telle que le moindre soulèvement de cet organe arrachait des cris à la malade. Quant à l'état général : altération profonde des traits, angoisse épigastrique, nausées, efforts de vomissements, vomissements verdâtres, prostration extrême, fréquence très grande et petitesse du pouls.

L'état de l'abdomen paraît s'amender sous l'influence de l'application réitérée des sangsues et des cataplasmes émollients, mais l'état général s'aggrave de plus en plus; l'amaigrissement fait des progrès rapides, la fréquence et la petitesse du pouls augmentent; état d'angoisse épigastrique permanent, épuisement complet des forces. Tout espoir de guérison est enlevé. Je suis appelé; voici ce que je constatai : marasme porté au dernier degré, pouls filiforme, à plus de 120; épuisement complet des forces, nausées permanentes. L'abdomen est déprimé, l'hypogastre est à peine sensible à la pression. Il n'existe donc aucune trace apparente de péritonite.

Le toucher me fit reconnaître une antéversion de l'utérus. Le bout du doigt promené d'avant en arrière le long de la paroi antérieure du vagin rencontre la face antérieure de l'utérus dans toute sa longueur. L'orifice du museau de tanche est fortement porté en arrière. L'utérus est sensible au plus léger contact; mais d'ailleurs son volume ne me paraît pas notablement plus considérable que de coutume. La malade était dans un tel état de faiblesse, que je n'ai pas cru devoir explorer l'utérus et l'excavation du bassin par le toucher rectal.

Ne pouvant me rendre un compte suffisant de la fièvre hectique, bien évidemment symptomatique, par l'état actuel de l'abdomen, j'explorai la poitrine, et je ne trouvai que quelques râles muqueux dans le sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucun signe de tubercules.

Appelé de nouveau auprès de cette malade, je m'y rendis le 1er octobre; je la trouvai à l'agonie. Elle mourut, en effet, pendant la nuit. L'ouverture n'a pas été faite.

Tel est le fait que j'ai eu l'occasion d'observer; fait incomplet sans doute, puisqu'il n'y a pas eu d'autopsie qui constate positivement les lésions locales. Mais, quelque incomplet qu'il soit sous le rapport de l'anatomie pathologique, il m'a paru assez complet sous le rapport clinique pour qu'on puisse en conclure d'une manière positive que les accidents et la mort, dans ce cas, ont été la conséquence de l'introduction et du séjour de la sonde dans la cavité utérine.

Je demande la permission de faire suivre cette observation de quelques réflexions, qui d'ailleurs ne sont que le développement de celles qui ont été déjà présentées dans la dernière séance par MM. Velpeau et Moreau, dont je partage entièrement la conviction à cet égard.

1re *Réflexion.* — Il me paraît démontré que *le redresseur de l'utérus, ou, d'une manière plus générale, le cathétérisme de l'utérus par l'introduction d'une tige dans sa cavité, n'est pas toujours inoffensif.*

Que si l'utérus d'un certain nombre de femmes, j'accorde même du plus grand nombre, peut supporter impunément non-seulement l'introduction, mais encore le séjour de l'instrument pendant plusieurs heures par jour, et même pendant plusieurs jours consécutifs, il en est plusieurs chez lesquelles cette introduction et ce séjour, même trop peu prolongé, déterminent immédiatement des phénomènes locaux et généraux qui peuvent avoir la plus funeste conséquence. Et notez bien que je ne parle pas des cas où cette introduction a été faite par des mains inexpérimentées, qui déchirent, qui perforent les parois utérines, mais des cas dans lesquels elle est pratiquée par les mains les plus habiles.

2e *Réflexion.* — Mais admettons pour un instant que les déviations de l'utérus constituent une lésion tellement sérieuse qu'on doive passer par-dessus les inconvénients qui peuvent résulter, dans quelques cas, de l'emploi des moyens propres à y remédier, et voyons si le redresseur de l'utérus peut remédier efficacement aux déviations; c'est là le sujet de la deuxième réflexion.

Eh bien! je dis que le redresseur de l'utérus ne peut nullement remédier aux déviations de cet organe, qu'il peut tout au plus en opérer le redressement pendant le temps qu'il est maintenu en place, et que, lors même qu'il serait laissé à demeure pendant un grand nombre de jours, lors même qu'il redresserait l'utérus pendant toute la durée de son application, il faut de toute nécessité que l'utérus reprenne sa position primitive immédiatement après la cessation de l'emploi de l'instrument; et, ainsi que M. Velpeau l'a si bien dit dans la dernière séance, j'ajoute qu'il faudrait, pour qu'il reprît sa position primitive, que des adhérences solides se fussent établies entre l'utérus et les parties voisines pendant la durée de l'application de l'instrument. C'est ainsi que, dans le cas malheureux qui fait l'objet de cette lecture, j'ai trouvé l'utérus antéversé, c'est-à-dire dans la position où il se trouvait avant les tentatives.

3e *Réflexion.* — Mais je me demande *si la déviation de l'utérus dans l'état de vacuité constitue par elle-même un état morbide?* C'est là l'objet de la deuxième réflexion.

La solution de cette question est subordonnée à cette autre ques-

tion : *L'utérus, dans l'état de vacuité, a-t-il un axe?* A cela je réponds: Non, l'utérus, dans l'état de vacuité, n'a point d'axe proprement dit. Tous les anatomistes représentent, en effet, cet organe comme flottant dans l'excavation du bassin, où il n'est maintenu que par ses ligaments, par le vagin et par la vessie, à laquelle la moitié inférieure ou les deux tiers inférieurs de son col sont unis à l'aide d'un tissu cellulaire assez lâche. On peut dire que sous le rapport de sa direction l'utérus est pour ainsi dire à la merci de tous les organes environnants. Ainsi, la plénitude ou la vacuité de la vessie, la plénitude ou la vacuité du rectum, la présence ou l'absence d'un certain nombre de circonvolutions intestinales dans l'excavation pelvienne, les distensions plus ou moins considérables auxquelles les ligaments larges ou ronds ont été soumis dans des grossesses antérieures, la rétraction ou le relâchement du vagin, les différences de longueur que ce conduit présente chez les divers sujets, toutes ces choses exercent sur la direction de l'utérus la plus grande influence. Aussi, avais-je dit ailleurs (*Anatomie descriptive*, t. III, p. 690, et *Anatomie pathologique*, classe des déviations) que l'utérus n'avait d'axe normal que chez les jeunes filles et chez les femmes qui n'avaient pas eu d'enfants. Je suis encore plus absolu aujourd'hui, et je crois être fondé à établir d'une manière générale que, si l'utérus, dans l'état de grossesse, a des axes déterminés, dans l'état de vacuité il n'a pas d'axe proprement dit.

Or, s'il est démontré que l'utérus dans l'état de vacuité n'a pas d'axe normal proprement dit, il suit que les déviations de l'axe ne sont pas un état morbide, et c'est en effet ce que prouvent les observations cliniques et l'anatomie pathologique. L'observation clinique nous montre, en effet, tous les jours, par le toucher vaginal associé au toucher rectal, soit l'antéversion, soit la rétroversion, soit l'inclinaison latérale de l'utérus chez les femmes qui n'éprouvent aucun symptôme morbide du côté de cet organe. Et l'anatomie pathologique m'a démontré un très grand nombre de fois les déviations les plus considérables de l'utérus, soit en antéversion, en rétroversion ou même en rétroflexion, chez des femmes qui n'avaient pendant la vie accusé aucun symptôme du côté de cet organe. J'ai même observé des cas de ce genre dans lesquels la rétroversion, maintenue par des adhérences solides aux parois du bassin, présentait une obliquité telle que l'axe de l'utérus était de haut en bas et d'avant en arrière sous un angle de 45 degrés.

C'est parce que j'étais bien pénétré de ces vérités que j'ai dit ailleurs (*Anat. path.*) que j'ai été souvent tenté de considérer comme *imaginaires* ou du moins comme n'étant pas suffisamment démontrés les accidents attribués à la rétroversion et à la rétroflexion. Cette manière de voir est d'ailleurs confirmée par Boyer lorsqu'il dit que la *rétroversion de l'utérus n'a presque jamais lieu dans l'état de vacuité*, ce qui veut dire, d'après ma manière de voir, que cette rétroversion est exempte de toute espèce d'accidents. Et plus loin j'ajoute, en parlant des accidents attribués à l'antéversion : « Ces phénomènes morbides me paraissent tenir non pas à l'antéversion, mais bien à une fluxion chronique de l'utérus, à un catarrhe utérin auquel participe le tissu propre de l'organe; la preuve, c'est qu'on observe les mêmes accidents dans l'inflammation pure et simple de l'intestin indépendamment des changements de position de cet organe. »

De ce qui précède, je crois devoir conclure que les déviations de l'utérus ne constituent pas par elles-mêmes un état morbide, et que les symptômes attribués aux déviations utérines doivent être rapportés à une autre lésion, et le plus ordinairement à un catarrhe chronique utérin dont la flexion s'est propagée de la membrane muqueuse au tissu propre de cet organe et a déterminé ce développement subinflammatoire connu sous le nom vague d'engorgement.

4e *réflexion.* — *Les déviations de l'utérus sont-elles une cause de stérilité?*

J'ai dit que c'était pour une cause de stérilité que la malade qui fait le sujet de cette note s'était soumise à l'emploi du redresseur, et c'est le plus souvent pour la même cause que cet instrument a été mis en usage. Mais, de même qu'il est établi que l'utérus n'a pas d'axe proprement dit hors l'état de grossesse, que les déviations de l'utérus vide ne sont que des variétés presque indifférentes de position de cet organe, il suit que les déviations ne sont pas une cause de stérilité. On peut d'ailleurs prouver ce fait cliniquement de la manière la plus directe par le toucher, qui démontre les mêmes déviations sur les femmes fécondes que sur les femmes stériles. C'est dans cette conviction que, consulté plusieurs fois par de jeunes femmes stériles sur la question de savoir si elles devaient avoir recours à l'emploi du nouveau moyen dont on leur racontait des merveilles (et ce nouveau moyen était le redresseur), pour toute réponse, je disais : « Si vous étiez ma fille, je vous le défendrais. » Et cependant alors je n'avais encore connaissance d'aucun fait qui établît que des accidents graves et la mort pouvaient être la conséquence de l'emploi de la sonde utérine même appliquée par les mains les plus exercées.

(Cette communication, ainsi que nous l'avons dit dans notre dernier numéro, est renvoyée à la commission chargée de faire un rapport sur le fait de M. Broca. La discussion, sur la demande de M. Bégin, aura lieu après la lecture du rapport.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er décembre 1853. — Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Rupture successive des deux plantaires grêles. — M. Duperthuis. Dans la dernière séance, un de nos collègues, M. Lucien Boyer, nous a entretenus avec beaucoup d'intérêt de l'accident (la rupture du plantaire grêle) qui lui était arrivé dans la station et le repos. J'ai un fait non moins curieux à vous signaler.

Un homme encore jeune, exerçant les fonctions pénibles de facteur rural, fut pris, en s'habillant, d'une vive douleur dans la jambe droite, accompagnée d'une impossibilité de marcher. Le plantaire grêle venait de se rompre. J'en avais la certitude par l'examen de tous les phénomènes qui se produisaient, notamment par l'aveu du malade, qui disait avoir entendu et senti comme un coup de fouet.

Le même homme, lorsqu'il voulut marcher, au bout de trois semaines, fut pris d'accidents semblables dans la jambe gauche. Il y a de cela douze jours. Une enflure considérable existe dans tout le membre; la hanche y participe; la jambe est triplée de volume. Les douleurs ont commencé au mollet, puis ont gagné le creux du jarret et se sont généralisées; elles sont vives, progressives; mais ce qu'il y a de remarquable, et pour moi d'inexpliqué, c'est qu'il n'existe ni ecchymose, ni changement de couleur à la peau. Cette vaste tuméfaction n'est point de l'œdème ni un phlegmon diffus, du moins elle n'en a aucun des caractères; et je me demande encore quelle peut être la véritable nature de ces accidents.

M. Lucien Boyer demande quelle est la température du membre, s'il n'y a pas eu quelque chose du côté des vaisseaux, une rupture de la tibiale, par exemple, ou d'une artère moins importante. Il croit bien qu'il est difficile d'admettre l'existence d'une extravasation sanguine sans manifestation aucune de taches ecchymotiques. Il ne voit pas non plus les symptômes d'un travail phlegmoneux évident; mais cependant il pense que le gonflement est dû en grande partie à un épanchement.

M. Terrier demande des renseignements sur l'âge et la constitution du sujet.

M. Duperthuis. C'est un homme de trente-quatre ans, d'une constitution déjà détériorée avant le premier accident.

M. Terrier. Ces renseignements sont très importants. Il n'est pas rare de rencontrer ces ruptures du plantaire grêle à tout âge, et surtout chez des adultes; mais il n'en est pas ainsi de la rupture successive des deux plantaires grêles. Il est nécessaire d'avoir cette circonstance d'une constitution déjà ruinée ou détériorée avant le premier accident pour expliquer suffisamment la rupture du muscle dans la jambe droite pendant la convalescence, et l'œdème passif qui a suivi ce nouvel accident. L'homme est facteur, habitué, par conséquent, à un grand exercice journalier et au grand air, et, malgré ces conditions, il est d'une faible santé. Condamné à l'inaction et à rester au lit depuis plusieurs semaines, sa constitution avait dû subir une nouvelle atteinte.

M. Lucien Boyer. La constitution débilitée du malade donne, en effet, une signification toute particulière au fait; car elle a pu favoriser une ecchymose profonde beaucoup plus abondante qu'elle n'eût été chez un sujet bien portant. Il y avait sans doute une sorte de cachexie scorbutique à l'aide de laquelle on peut expliquer la production d'un épanchement considérable qui ne se fût pas produit dans les circonstances ordinaires. En résumé, voici l'ensemble de circonstances que présente le fait qui vient de nous être communiqué : Rupture d'un plantaire grêle, rien de bien particulier; trois semaines plus tard, rupture du même muscle à l'autre jambe, et cette fois développement d'un épanchement sanguin et d'un état subinflammatoire ou phlegmasique se propageant d'une manière latente.

M. Duperthuis ne se montre point satisfait de ces explications : il ne peut toujours se rendre compte de la tuméfaction, qui ne ressemble point à l'œdème, qui n'offre pas de fluctuation, pas de foyer purulent, qui ne s'accompagne pas non plus de réaction fébrile.

M. L. Boyer. L'état cachectique a masqué l'état inflammatoire enté sur des muscles scorbutiques. Mais au reste, si je donne mon explication comme acceptable, je ne prétends pas pour cela qu'elle soit la véritable.

Choléra. — M. Masson. C'est dans les épidémies graves que le savoir des médecins s'égalise et que les observations des praticiens modestes peuvent se placer au premier rang.

Ce que je vais dire remonte à 1832, époque où la première épidémie de choléra vint nous affliger. C'était au mois de mars, début du fléau.

Appelé chez un tapissier qui venait d'en être atteint et qui se croyait empoisonné (car c'était un préjugé assez répandu parmi le peuple que les cholériques étaient les victimes d'empoisonnements inconnus), je le trouvai saisi de mouvements tétaniques aux membres supérieurs et inférieurs, nonobstant tous les autres symptômes qu'il est inutile d'énumérer : il était mourant. Dans ce temps-là la doctrine physiologique de Broussais régnait encore avec assez de puissance, et pour un grand nombre de médecins le choléra n'était autre chose qu'une inflammation gastro-intestinale violente ou d'un caractère particulier. Cependant je fus frappé du cortége de symptômes qui s'offrit à moi. Ce ne peut être une inflammation, me disais-je, ce serait moins soudain; quand même elle envahirait d'emblée la tête, le ventre, tous les organes à la fois. Sauf les ruptures viscérales, les hémorrhagies graves, certains poisons, tels que l'acide hydrocyanique, le venin du serpent à sonnette, je ne vois pas quelle cause peut produire de tels effets. L'empoisonnement par certains principes morbifiques est, ce me semble, la seule explication à leur donner. Ces effets consistent dans un trouble profond du système nerveux; mais quel système? Ce n'est pas le cerveau, puisque toutes ses facultés sont conservées; c'est évidemment le cordon rachidien, puisqu'il y a des crampes, du refroidissement, et sans doute aussi le grand sympathique, ce que prouve l'altération des sécrétions, de la circulation, etc.

Partant de cette idée, je pensai que je devais agir sur le système rachidien, et je songeai à employer le vésicatoire dès que l'occasion s'en présenterait. Cela ne tarda pas. Une jeune fille, frappée d'une grave attaque, fut soumise à l'action d'un vésicatoire long et étroit, bien maintenu sur le rachis.

Le lendemain (au bout de vingt-quatre heures), je la trouvai ressuscitée en quelque sorte : elle avait passé presque subitement de l'état voisin de la mort à la vie.

J'ai obtenu beaucoup d'autres succès brillants à l'aide de ce moyen, que je considère comme le plus prompt pour déterminer la réaction. J'ai eu recours en même temps à des frictions faites de dix en dix minutes, de manière à rubéfier la peau, avec la pommade suivante :

Pommade au garou.	30 grammes.
Poudre de cantharides. . . .	10 —

Lorsque les malades vomissaient bleu, c'était de bon augure; la réaction se manifestait non pas à cause des couvertures ou des réchauffants, mais par l'effet du mouvement vital; elle m'a paru aussi être moins dangereuse par ce traitement.

En 1849, j'ai retiré de bons effets de la méthode que je viens de vous exposer. Cette méthode, que j'ai consignée dans une brochure, a eu l'honneur d'une approbation générale de la part des médecins de Bordeaux.

Suppression des quartiers de gâteux dans les asiles d'aliénés. — M. Josias lit, en son nom et en celui de M. Boyer, un rapport sur la candidature de M. le docteur Archambault, qui avait envoyé un mémoire sur un point important d'hygiène, la suppression des quartiers de gâteux dans les asiles d'aliénés.

Voici un court extrait de la note de M. Archambault :

« Les établissements d'aliénés renferment un grand nombre de malades chez lesquels l'intelligence est tellement affaiblie et même le plus souvent éteinte que non-seulement ils restent étrangers à tout soin personnel, mais qu'ils ont perdu jusqu'au sentiment de la propreté.

» Cette population déchue se compose d'aliénés tombés dans la démence la plus complète, à la plupart paralytiques, ou d'idiots dont le cercle mental se borne à quelques vagues instincts qui suffisent à peine aux nécessités les plus immédiates de l'existence. A ce point de dégradation, ces infortunés ne conservent en quelque sorte de l'humanité que l'organisation physique. Leur existence semble réduite à la vie végétative, aux besoins organiques, qu'ils ne peuvent plus diriger et auxquels ils obéissent d'une manière automatique. Ramenés à l'état de la première enfance, il faut pourvoir directement à tous leurs besoins, surveiller leurs repas, la nature et la qualité de leurs aliments; les maintenir dans un air respirable, dans une température convenable; les couvrir de vêtements, les coucher le soir, les lever le matin; il faut de plus emporter loin d'eux leurs immondices, car ces malheureux souillent incessamment leurs lits et leurs vêtements en laissant échapper indistinctement et au premier appel des fonctions les matières des selles et des urines.

» Le nombre des malades qui arrivent à ce degré d'abaissement est considérable. Dans tous les asiles ils forment une classe à part; ils y sont désignés sous le nom de gâteux, et ils y occupent un quartier spécial, ainsi que le prescrit l'ordonnance de 1839, réglementaire des établissements d'aliénés...

» Jusqu'à présent tous les efforts des médecins, secondés par les administrations les plus éclairées pour lutter contre de si déplorables conditions, se sont bornés à des modifications apportées à la disposition des lieux, à l'amélioration des objets mobiliers et de literie...

» En présence de l'insuffisance, pour ne pas dire de l'inefficacité de tous les efforts tentés jusqu'à ce jour pour détruire cette plaie, la dernière peut-être, et la plus repoussante des maisons d'aliénés, il m'a semblé qu'il fallait m'engager dans une autre voie... J'ai été naturellement amené à substituer à l'intelligence absente des malades l'intelligence active du personnel de service, dont le zèle a été stimulé par une forte prime mensuelle. Cette idée si simple a été mise à exécution. Les malades ont été conduits à la garde-robe soir et matin, et dès ce moment les draps et les blouses ont cessé d'être souillés par les déjections intestinales. J'ai insisté pour que l'émission des urines fût provoquée plusieurs fois par jour et deux à trois fois dans le courant de la nuit en leur présentant l'urinal.

» Mes tentatives ont commencé le 1er mai, et le succès a vraiment dépassé mes espérances. Les draps et la literie, les vêtements ont cessé d'être salis, et depuis le 20 mai tous les aliénés gâteux de Charenton ont repris les vêtements usuels que chacun d'eux avait quittés.

» Les blouses malpropres qui ne préservaient les malades ni du froid en hiver, ni de l'action du soleil en été, ont maintenant disparu. Les fauteuils hideux et tout le mobilier spécial et infect du quartier sont à présent relégués dans les magasins de l'établissement.

» Aujourd'hui, dans mon service, les gâteux sont revêtus de vêtements ordinaires; ils occupent une salle de réunion qui, ainsi que les dortoirs, est parquetée, cirée et frottée, et où ils sont assis sur des siéges et des fauteuils ordinaires. Dans ces salles, dans le réfectoire, en un mot dans tout le quartier, plus d'odeur fétide et repoussante, plus rien qui puisse le distinguer des autres divisions de la maison.

» Indépendamment de l'heureuse influence que ce retour aux habitudes ordinaires de la vie exerce sur l'aspect de cette classe d'infortunés, leur santé ne doit-elle pas se ressentir de la suppression de tant d'éléments contraires aux lois de l'hygiène? »

Les conclusions du rapport de M. Josias sont l'admission de M. Archambault au nombre des membres titulaires.

L'élection de M. Archambault est votée à l'unanimité.

Le secrétaire annuel : Dr A. Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La Société de médecine pratique a procédé aux élections pour le renouvellement de son bureau.

Ont été nommés :

Président : M. Paul Dubois.
Vice-présidents : MM. Terrier, Magne.
Secrétaire général : M. Foucart.
Secrétaire annuel : M. Bossu.
Secrétaire adjoint : M. Caron.
Trésorier : M. Moret.

— En parlant dans notre dernier numéro des prix décernés aux exposants par le jury d'examen du palais de cristal de New-York, nous avons omis de dire que M. Lüer, l'un de nos plus habiles fabricants d'instruments de chirurgie, qui depuis 1844 a obtenu des médailles à toutes les expositions françaises, qui a eu le *prize medal* à celle de Londres en 1851, a obtenu également une médaille d'argent à l'exposition universelle de New-York.

— Au lieu du no 71 (4 février) du *Heraldo medico* de Madrid, que nous devions recevoir aujourd'hui, nous recevons un avis imprimé annonçant que ce numéro *a été retenu par le Fiscal de l'imprimerie de cette ville.* Nous ignorons le motif de cette suppression.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 19. — MARDI 14 FÉVRIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 19. — MARDI 14 FÉVRIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Péritonite générale aiguë simulant un choléra. — Erreur momentanée de diagnostic.

L'histoire de la péritonite est connue aujourd'hui jusque dans ses moindres détails; si l'exemple que nous allons rapporter offre quelque intérêt, c'est parce qu'on y voit la phlegmasie de la muqueuse intestinale se frayer un passage, sous l'influence stimulante de l'alcool, jusqu'au péritoine lui-même, dont l'inflammation vient compliquer et aggraver les accidents primitifs.

Sous un autre point de vue, c'est-à-dire sous le rapport du diagnostic, cette observation mérite aussi quelque attention de la part des praticiens.

En effet, dans certains ouvrages devenus classiques, on trouve la définition du choléra exprimée à peu près identiquement dans ces termes: une maladie caractérisée par des vomissements, des selles fréquentes, de la prostration, le hoquet, le refroidissement et la cyanose des téguments externes, la faiblesse du pouls, des crampes dans les membres, la suppression plus ou moins complète des urines. N'est-ce pas là aussi le signalement auquel on reconnaît l'indigestion, certains empoisonnements, la péritonite à son début, etc.? Il y a dans les diverses phases de chacune de ces maladies des caractères tellement semblables à ceux qu'offre le choléra dans sa période algide, qu'une méprise à cet égard est très facile. Tout le monde se souvient qu'il y a quelques années, dans une circonstance mémorable, un médecin des plus éminents est tombé lui-même dans cette erreur.

Il est bien vrai que les crampes et la suppression de l'urine ne se montrent pas habituellement dans les cas d'indigestion, d'empoisonnement ou de péritonite; mais il est incontestable aussi que dans le choléra lui-même ces symptômes n'apparaissent pas toujours d'emblée.

Telle circonstance peut se présenter où il est d'obligation pour le médecin de donner immédiatement un nom à l'ensemble des phénomènes morbides qu'il a sous les yeux; or, nous le répétons, la confusion est parfaitement possible entre l'empoisonnement cholérique et certains désordres qui simulent assez bien sa physionomie. C'est donc à tort qu'on a écrit que le choléra offre un diagnostic si facile, si précis, des allures tellement spéciales qu'on ne peut confondre cette maladie avec aucune autre.

Le 23 décembre dernier, J..., jeune soldat au 67e de ligne, fut transporté, vers midi, à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans l'état suivant: face grippée, frissons, peau froide, légèrement cyanosée aux mains; prostration complète; abdomen médiocrement ballonné, dur à la pression; hoquet, vomissements bilieux; douleurs à l'épigastre; soif vive, impérieuse, appétence très prononcée pour les boissons froides; langue fraîche, humide, effilée, rouge sur ses bords; coliques atroces; diarrhée séreuse, teintée de jaune verdâtre; pouls faible, étroit, fréquent; respiration haute et pénible; voix sibilante, voilée.

A la vue de ces symptômes, le médecin aide-major de garde croyant reconnaître un cas de choléra, le malade fut transporté dans l'une des salles spécialement destinées au traitement de cette affection. Mais vers deux heures, un météorisme considérable et une sensibilité excessive de tout l'abdomen s'étant déclarés, on s'aperçut alors qu'il s'agissait plutôt d'une péritonite aiguë; et J... fut placé dans le service de M. Champouillon, où il succomba à cinq heures du soir.

Le début de cette maladie se rapporte à quelques circonstances qui ont particulièrement influé sur sa marche et sur son issue. Voici donc ce qui s'était passé:

Dans une faction montée pendant la nuit du 19 au 20 décembre, J... eut les pieds froids et humides. A peine relevé de sa garde, ce jeune soldat éprouva des coliques, d'abord passagères et limitées à la région ombilicale; mais le lendemain 21 elles rayonnèrent dans tout l'abdomen, et d'une manière à peu près continue. A la constipation, qui datait de trois jours, succéda une diarrhée fécale, puis séreuse, accompagnée d'une soif très vive, que le malade cherchait à calmer en buvant de l'eau froide, laquelle ne fit qu'augmenter la fréquence des selles et l'intensité des coliques.

Sur le conseil de l'un de ses camarades, J..., qui se sentait faiblir, avala dans la soirée du 22 un demi-litre d'eau-de-vie, espérant par ce singulier moyen se réconforter, et remédier à l'importunité des évacuations alvines. La diarrhée s'arrêta en effet pendant quelques heures, mais vers minuit elle reparut avec une nouvelle violence; le ventre était en feu. Les coliques devinrent intolérables, de même que la soif. Chaque recrudescence dans les douleurs intestinales était suivie de vomissements bilieux.

C'est à ce moment que J... fut envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce.

L'autopsie, faite avec toutes les précautions et tout l'intérêt qui s'attachent aux cas de cette nature, ne révéla d'autres lésions que celles que l'on s'attendait à trouver dans la cavité abdominale, c'est-à-dire une inflammation bien caractérisée de toute la muqueuse gastro-intestinale, mais sans aucunes traces visibles de perforation; une rougeur violacée sur toute la surface du péritoine viscéral et pariétal, notamment dans la zone hypogastrique, où cette membrane était recouverte d'une couche de matière albuminoïde. Un litre environ de sérosité sanguinolente occupait la cavité du petit bassin. M...

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Du rhumatisme articulaire aigu. — Symptômes. — Marche. Nature. — Diagnostic différentiel. — Traitement. (1)

L'un des points les plus intéressants de l'histoire du rhumatisme articulaire est celui qui a trait aux complications. Il est souvent assez difficile, au milieu des complications qui peuvent survenir pendant le cours d'un rhumatisme articulaire, de discerner celles qui ne sont qu'une simple coïncidence d'avec celles qui ont avec lui de véritables liens pathologiques. Autrefois on faisait jouer dans la pathologie un très grand rôle au rhumatisme. Les Allemands semblent avoir hérité aujourd'hui de ces croyances; aussi admettent-ils un grand nombre d'affections viscérales de nature rhumatismale. C'est ainsi qu'ils ont décrit avec les plus minutieux détails une ophthalmie rhumatismale, par exemple. Après mûre réflexion, et malgré la précision apparente des caractères qu'ils ont assignés à cette ophthalmie ainsi qu'aux autres affections de même nature je me demande encore si ces distinctions sont bien fondées et si elles doivent être admises dans la science. J'avoue que, pour mon compte, je ne le crois pas; cela du moins ne m'est pas démontré.

Ce serait ici le cas d'examiner cette question des métastases auxquelles les anciens attachaient une si grande importance. La théorie des métastases est fondée sur le fait des déplacements, des migrations dont nous parlions tout à l'heure. Il y a là un fait qui est vrai et une théorie qui est contestable. Le fait des déplacements, je l'ai déjà dit, est vrai. J'ai vu, dans le temps, à la Salpêtrière, une femme qui avait un ulcère à la jambe; cette femme sort, puis elle rentre le soir avec une pneumonie très grave. Je regarde la jambe, il n'y avait plus traces de suppuration. Y avait-il eu là transport direct de la matière morbide de la jambe sur le poumon, comme on l'aurait dit autrefois? Je ne le crois pas, et il y a plus d'une raison anatomique et physiologique qui s'opposeraient à l'admission d'une semblable explication. Mais il est certain qu'il y a eu dans ce cas un rapport direct entre le développement de la pneumonie et la disparition du travail de suppuration sur l'ulcère; la preuve, c'est qu'ayant appliqué un sinapisme sur l'ulcère, cela suffit pour amener une résolution immédiate de la pneumonie. J'admets donc la métastase comme vraie, mais sans lui donner la signification que lui donnaient les anciens; en un mot, j'admets le fait sans admettre l'explication.

J'en reviens à l'étude des complications. La pleurésie, la méningo-encéphalite, mais surtout l'inflammation des enveloppes du cœur, telles sont les complications les plus communes du rhumatisme articulaire. La coïncidence de l'inflammation du cœur avec le rhumatisme avait déjà été vue et signalée par les auteurs; on la trouve notamment indiquée dans un mémoire publié en 1814 par M. Chomel, et dans un article du *Dictionnaire des sciences médicales*. Mais c'est à M. Bouillaud que revient l'honneur d'avoir décrit cette complication avec précision et d'avoir calculé sa fréquence. Ici, nous devons le dire, le rapport de fréquence ne répond pas tout à fait à la loi formulée par M. Bouillaud. Sur cinq cas de rhumatisme articulaire aigu, nous n'avons trouvé que deux fois l'inflammation des enveloppes du cœur.

On a dit que toutes les fois qu'il y avait maladie du cœur il y avait dû avoir préalablement rhumatisme, et que ces maladies du cœur avaient toujours pour origine une inflammation. Cela n'est pas exact. Il n'est pas exact d'abord que toutes les maladies du cœur aient été précédées de rhumatisme; il n'est pas exact non plus que toutes les maladies du cœur soient de nature inflammatoire. Les maladies du cœur sont beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement; elles constituent peut-être une des causes de mort les plus fréquentes dans un âge avancé, contrairement à l'opinion des auteurs. Mais ce n'est ni le rhumatisme, ni l'inflammation qui produisent ces lésions; ces lésions sont le plus souvent le résultat des progrès de l'âge, elles sont la conséquence des concrétions qui se forment dans les parois des vaisseaux pendant la vieillesse. Il ne faut donc pas considérer, comme le font quelques personnes, toutes les affections du cœur comme des inflammations, et surtout leur appliquer uniformément le traitement de Bertini et de Valsalva.

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 février.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de percussion et d'auscultation, par M. le docteur SKODA (de Vienne); traduit de l'allemand avec des notes et des remarques critiques, par M. le docteur ARAN, agrégé à la Faculté de Paris.

La première question que l'on s'adresse à la vue de ce livre, celle du moins qui s'est offerte la première à notre esprit, est celle-ci: En présence des nombreux travaux qui depuis vingt ans ont surgi en France sur la percussion et l'auscultation, des traités théoriques, des cliniques, des manuels, etc., y avait-il nécessité, ou tout au moins utilité à aller chercher à l'étranger un nouveau traité de ces deux méthodes d'exploration si connues, d'un usage si répandu, si vulgaire, oserions-nous presque dire? On se sent porté tout d'abord à répondre négativement. Sous ce rapport, comme sous tant d'autres, la France, cette mère patrie de l'auscultation, n'a rien à envier aux pays voisins; et l'une des meilleures preuves en est la foule d'étudiants de toutes les nations qui se pressent dans nos hôpitaux, dans nos amphithéâtres, jaloux de compléter leur instruction et d'emporter chez eux ce diplôme de docteur français qui, nous l'espérons, restera longtemps encore dans tout l'univers une garantie de savoir et d'intelligence.

Mais à peine a-t-on lu quelques pages du nouveau traité que cette impression peu bienveillante se dissipe pour faire place à une autre tout opposée. C'est qu'en effet on s'aperçoit bientôt que l'ouvrage allemand diffère essentiellement de ceux que nous possédons et dans lesquels nous avons étudié. Ce qui le distingue principalement, c'est le point de vue véritablement philosophique auquel l'auteur s'est placé en cherchant à simplifier l'auscultation et la percussion, en s'efforçant de les ramener l'une et l'autre dans leurs limites rigoureuses d'application. « Pour M. Skoda, dit M. Aran, pas de signe physique infaillible, pas de signe d'une valeur absolue; et, tel est son scepticisme à cet égard, qu'à chaque pas il avertit le lecteur de ne pas conclure prématurément, de ne pas se fier à un seul signe, de multiplier, au contraire, les moyens de vérification et de contrôle, comme s'il pensait qu'on peut tomber dans l'erreur au moment même où l'on se croit le plus sûr de l'éviter. Pour M. Skoda, il n'existe non plus rien de pareil à ces divisions et subdivisions, en apparence si satisfaisantes, établies par les auteurs pour les signes d'auscultation et de percussion. »

En Allemagne, le livre de M. Skoda a eu un succès immense qu'expliquent suffisamment des vues nouvelles et originales, des expérimentations ingénieuses, une critique pressante et incisive. C'est surtout l'esprit d'analyse et de discussion qui domine dans cet ouvrage; et l'on peut dire qu'il constitue une des tentatives les plus radicales de réforme qui aient été faites depuis Laënnec dans le champ de l'auscultation et de la percussion.

A M. Aran, mieux qu'à tout autre, il appartenait de faire connaître au public médical français, trop peu curieux en général de ce qui font les étrangers, cette œuvre importante, qui, arrivée en Allemagne à sa quatrième édition, était complétement ignorée en France. Médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Paris, connu par d'importants travaux cliniques, par un *Traité des maladies du cœur* dans lequel il a montré en maître tout le parti que l'on peut tirer dans le diagnostic de ces affections de l'emploi raisonné de la percussion et de l'auscultation, il était au niveau de la tâche qu'il s'imposait, tâche plus vaste qu'il ne semble au premier abord.

En effet, ce n'est pas une simple traduction que nous offre M. Aran. Il n'eût pas été prudent de reproduire et de répandre sans commentaires des idées comme celles de M. Skoda; se conduire ainsi c'eût été en quelque sorte en accepter, en partager avec l'auteur la responsabilité, ce que ne pouvait ni ne voulait M. Aran. Il a donc à sa traduction ajouté des notes nombreuses, des remarques étendues portant sur les points les plus essentiels et sur les opinions les plus controversables du livre, s'appuyant des autorités les plus respectables et les plus compétentes, et contrôlant lui-même par l'observation directe du malade l'exactitude des phénomènes annoncés par M. Skoda.

Examinons maintenant le livre lui-même et voyons sur quel plan il a été conçu.

Disons tout d'abord qu'il est divisé en deux parties: l'une consacrée à l'exposition des phénomènes fournis par la percussion et l'auscultation, et considérés en général; la seconde renfermant l'exposition de ces mêmes phénomènes, mais considérés dans chaque état particulier

Le diagnostic du rhumatisme articulaire ne présente pas de difficultés sérieuses. La morve, l'infection purulente, qui présentent des douleurs articulaires assez semblables aux douleurs rhumatismales, se révèlent par un ensemble de symptômes diathésiques qui ne permettent pas la confusion, Il en est de même des douleurs articulaires qui se manifestent au début ou dans le cours des maladies aiguës.

Y a-t-il deux maladies qu'on puisse désigner : l'une sous le nom de rhumatisme articulaire, et l'autre sous le nom de goutte? Les médecins qui nous ont précédés ont généralement admis cette distinction, et ils donnaient comme caractères distinctifs et propres à la goutte les caractères suivants :

La goutte atteint les petites articulations, tandis que le rhumatisme atteint généralement les grandes articulations. La goutte procède par accès périodiques, revenant à des intervalles variables. Chez les goutteux, les urines sont généralement chargées d'acide urique, et ils sont fréquemment atteints de la gravelle. La goutte s'accompagne presque toujours de symptômes gastriques. Dans les articulations des goutteux, se rencontrent ses concrétions, ces tophus caractéristiques. Enfin, la goutte est héréditaire. Sa cause la plus commune consiste en une alimentation trop abondante, et elle affecte exclusivement les adultes et les gens âgés.

Il semble que ces caractères doivent faire assez nettement distinguer la goutte du rhumatisme. Eh bien, cependant, voici M. Chomel qui, en analysant un à un tous ces prétendus caractères distinctifs, arrive à démontrer théoriquement que ces deux affections ne peuvent réellement être différenciées, et qu'elles ne constituent qu'une seule et même affection.

Anatomiquement, on trouve en effet dans l'une et l'autre les mêmes lésions, les mêmes désordres articulaires. La seule différence, et cela n'en saurait constituer une sérieuse, serait dans le volume différent des articulations affectées.

La goutte procède par accès; mais il en est de même du rhumatisme.

Les urines des goutteux sont chargées d'acide urique. Mais vous avez pu voir que dans tous les cas de rhumatisme articulaire qui sont actuellement dans les salles nous avons constaté la présence de l'acide urique.

Les symptômes gastriques se montrent également dans le rhumatisme et dans la goutte. Il en est de même de la coexistence de la gravelle.

Tophus. — Mais lorsque le rhumatisme articulaire a frappé plusieurs fois les mêmes articulations, elles deviennent tophacées comme celles des goutteux. Ces tophus ne sont pas d'ailleurs toujours ce qu'on s'imagine. J'ai eu l'occasion de voir beaucoup de vieilles femmes goutteuses à la Salpêtrière. Savez-vous ce que j'ai trouvé souvent au lieu de ces tophus que les auteurs croient être si fréquents dans ce cas? La tête des os luxée.

L'hérédité se rencontre presque aussi souvent pour le rhumatisme que pour la goutte.

Quant aux causes, à l'influence du régime, à celle de l'âge ou de la position sociale, fût-il vrai qu'il y eût à cet égard quelques différences, ce sont des différences qui ne sauraient impliquer une différence dans la nature de la maladie.

Ainsi donc, par le raisonnement et par l'analyse des symptômes, on arriverait à cette conclusion que les deux maladies sont identiques. Telle est, en effet, la proposition que soutient M. Chomel. Eh bien! cependant, si, après avoir fait l'analyse de ces deux maladies, on en fait la synthèse; si, au lieu de les considérer dans chacun de leurs symptômes isolément, on les considère dans leur ensemble, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître les différences qui semblent impliquer une différence de nature, et cela sans qu'il soit possible de dire en quoi cette différence consiste.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT.

Corps étranger dans la trachée. — Hypertrophie du corps thyroïde s'opposant à la trachéotomie. — Mort.

J'ai lu dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux* (4 février) le résumé d'une leçon qui a été faite à l'hôpital des Enfants par M. Guersant, dans laquelle cet honorable chirurgien signale les difficultés qu'offre parfois la trachéotomie.

Il en est une qu'il n'a sans doute point rencontrée, et que fera connaître l'observation suivante. C'est une hypertrophie du corps thyroïde qui a rendu impossible l'ouverture de la trachée.

Indépendamment des obstacles matériels qui sont la conséquence du goître, la dilatation qu'acquièrent les vaisseaux expose encore les malades à l'introduction de l'air dans les veines.

Une petite fille âgée de cinq ans, dont la santé avait été bonne jusqu'alors, avale, le 31 mars dernier, un haricot qui servait à ses jeux. Immédiatement elle est en proie à des accidents de suffocation qui font craindre à sa mère qu'elle ne succombe. Le danger disparaît bientôt cependant, et la malade est portée chez moi à cinq heures du soir. Je lui trouve la figure et surtout les paupières un peu bouffies. Ses parents m'assurent qu'avant la crise ils n'avaient jamais observé la moindre tuméfaction au visage, et ils attribuent ce gonflement aux efforts qu'a dû faire l'enfant pour se débarrasser du corps étranger qui a pénétré dans les voies aériennes. A cela près, la respiration est calme, et on n'observe dans l'attitude de la petite malade que l'expression de la fatigue. L'auscultation du larynx, de la trachée et des bronches ne fournit que des signes négatifs. J'espère encore que le haricot se sera arrêté à l'entrée du larynx et qu'il aura été expulsé. Je renvoie l'enfant, en recommandant à sa mère de la ramener pour peu que le moindre accident se reproduise.

La soirée est bonne, une partie de la nuit est fort calme; mais à deux heures du matin une crise offrant quelque analogie avec celle de la veille, moins forte cependant, se manifeste. Je ne doute point dès lors que le corps étranger ne soit dans la trachée, et je fais transporter l'enfant à l'Hôtel-Dieu, où je pratique à sept heures l'opération de la trachéotomie.

La bouffissure du visage, plus prononcée que la veille, s'est étendue au cou et masque la saillie du larynx et du corps thyroïde, dont le volume est considérable. Une veine volumineuse qui part de la jugulaire externe traverse obliquement la partie inférieure de la région cervicale. Je divise la peau sur la ligne médiane dans l'étendue comprise entre le bord inférieur du larynx et la fourchette du sternum. Les efforts de l'enfant, qui fléchit fortement la tête, rendent l'opération des plus laborieuses. Deux ligatures sont placées sur la veine, qui est coupée entre elles sans fournir le moindre écoulement de sang.

C'est alors que je m'aperçois que le corps thyroïde est plus développé qu'à l'ordinaire, ce qui me force à agir sur la partie inférieure de la trachée.

Au moment où je cherche à écarter les muscles qui la recouvrent, un jet abondant de sang s'échappe d'une veine volumineuse que je viens d'ouvrir, en même temps qu'un sifflement se fait entendre. Il est tellement fort que les personnes qui m'entourent croient que j'ai ouvert la trachée-artère et que l'air s'en échappe; mais la pâleur de l'enfant, la syncope qui se manifeste à l'instant même ne me laissent aucun doute sur l'introduction de l'air dans le cœur. La mort me paraît imminente; car ce n'est pas à une hémorrhagie qu'il faut attribuer la perte de connaissance, ce vaisseau divisé n'a pas fourni une assez grande quantité de sang. Je saisis rapidement la veine avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, pendant que la droite, appliquée sur le thorax de l'enfant, lui fait exécuter des mouvements artificiels d'expiration et d'inspiration. Des bulles d'air s'échappent de la surface de la plaie, et bientôt la coloration du visage se rétablit. La petite malade se ranime, exécute quelques mouvements et demande sa mère, que j'avais éloignée.

Je crus devoir suspendre l'opération après avoir pratiqué une ligature sur le vaisseau qui avait été divisé, et attendre, pour la continuer que l'écoulement de sang fût arrêté. La journée fut assez bonne; l'enfant prit à plusieurs reprises quelques cuillerées de bouillon gras.

Le soir, à quatre heures, je tentai de nouveau l'opération commencée le matin.

La crainte d'ouvrir quelque autre veine me forçait de me rapprocher du larynx, où d'autres difficultés m'attendaient. Le corps thyroïde recouvrait le canal aérien dans une grande partie de son étendue; je l'incisai néanmoins, mais l'écoulement du sang, qui sort en nappe de la plaie, est tellement abondant que je n'ose diviser les anneaux de la trachée, dans la crainte de voir succomber l'enfant à l'introduction du sang dans les bronches.

La plaie est, comme le matin, pansée à fond avec de la charpie qui suspend l'écoulement du sang, et je renvoie au lendemain une troisième tentative.

Dans la soirée, la petite fille a une crise de suffocation tellement forte que l'on croit sa mort prochaine. Sa mère demande à la transporter chez elle. Les élèves, craignant qu'elle ne succombe en route, l'engagent à attendre jusqu'au lendemain.

A la visite du 1er avril, l'enfant me paraît beaucoup plus fatiguée; le pouls est d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes, la respiration est gênée, un gros râle muqueux se fait entendre à chaque inspiration, la figure est cyanosée. Je cède aux désirs de sa famille et j'accorde la sortie, bien convaincu que la mort est imminente.

A peine arrivée chez elle, la petite malade se ranime et, à l'exception de quelques crises de suffocation, elle va passablement le 1er, le 2 et le 3 avril. Sa mère ne doute pas qu'elle ne soit sauvée. On me prie, le troisième jour, de passer chez elle pour voir la plaie du cou, dont l'odeur est fétide.

Le 4 avril, dans la matinée, je me rends chez l'enfant, qui habitait un des faubourgs de la ville; je la trouve sans connaissance. Un accès de suffocation s'était manifesté, me dit-on, depuis une heure; il devait être le dernier.

Je prie une des personnes qui étaient dans l'appartement de me prévenir après la mort et d'éloigner la mère, afin que je puisse examiner les parties sur lesquelles avait porté l'instrument tranchant. A midi l'enfant succombait, et quelques heures après le cadavre était mis à ma disposition.

La plaie était béante. Dans sa partie la plus profonde, on apercevait les anneaux de la trachée-artère. Le corps thyroïde avait été divisé dans toute son étendue; il avait deux travers de doigt dans son diamètre vertical, et recouvrait encore les parties latérales du conduit aérien. Une incision de 2 à 3 centimètres me permit d'introduire une pince à polype qui me servit à extraire le haricot qui devait être placé à l'origine des bronches; il était très gonflé et placé verticalement.

Le nombre des goîtreux est considérable dans quelques parties du département du Puy-de-Dôme; à Clermont, il est peu d'enfants du peuple qui n'aient le corps thyroïde hypertrophié. Cette disposition rend les opérations à pratiquer sur la région cervicale bien plus difficiles; car, indépendamment de l'obstacle matériel qui existe au-devant de la trachée, les vaisseaux ont un développement qui est en rapport avec le volume de la glande; leur section fournit une grande quantité de sang. Les troncs veineux peuvent être liés; mais à un écoulement en nappe on ne peut qu'opposer la compression.

J'hésitai un instant. D'un côté, j'avais à redouter une mort immédiate si le sang pénétrait dans les bronches; de l'autre, l'issue devait être funeste si le corps étranger n'était point retiré. Le danger du matin me rendait, je l'avoue, un peu craintif; l'enfant avait été si près de sa fin que l'on eût dit avec quelque apparence de raison que c'était l'opération qui avait causé la mort, tandis que rien ne prouvait que le haricot ne fût pas sorti spontanément. Les parents en étaient même tellement convaincus que, deux jours après, ils la croyaient guérie et ne s'occupaient que des moyens de faire cicatriser la plaie du cou.

Si j'avais pu croire néanmoins que la vie se fût prolongée aussi longtemps, j'aurais fait une troisième tentative, et peut-être le succès eût-il couronné mes efforts; mais je n'avais plus la malade sous les yeux, et ce n'est qu'au bout de trois jours seulement que j'ai appris qu'elle vivait encore.

Récamier conseillait de pratiquer la trachéotomie en deux temps; je crois que dans un cas analogue on pourrait donner le conseil de faire l'opération en trois et en quatre, s'il le fallait, et d'attendre pour ouvrir la trachée que tout écoulement sanguin fût arrêté.

V. Fleury,

Professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine.

OBSERVATION

de métastase des oreillons sur le testicule.

Par M. le docteur E. Benoit, à Dieulefit (Drôme).

« Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, les auteurs se passent » de la main à la main des assertions erronées sur la prétendue » métastase des oreillons sur les testicules; mais si l'on consulte » les hommes graves de notre époque, ceux qu'une longue expé-

---

du thorax et de l'abdomen. Reprenons ces deux chapitres l'un après l'autre.

Ils sont tous deux divisés en deux sections, percussion d'une part, auscultation de l'autre. Après quelques considérations préliminaires sur la manière de pratiquer la percussion, M. Skoda cherche à déterminer les variétés des sons de percussion et les conditions de leur production. En opposition directe avec les principes établis par M. Piorry principalement, qui a fait faire tant de progrès à ce mode d'exploration, M. Skoda soutient que les divers organes, les divers tissus n'ont pas de son propre, non plus que les divers liquides. Pour lui, tout son fourni par la percussion du thorax et de l'abdomen, et qui diffère du son de percussion de la cuisse ou d'un os, est l'indice de la présence d'un gaz dans ces cavités. Et les différences de son ne tiennent qu'aux variations dans la quantité, la distribution, la tension de ce gaz. Il distingue quatre séries de son :

1° Du son plein au son vide;

2° Du son clair au son sourd;

3° Du son tympanique au non tympanique;

4° Du son aigu au son grave.

Et, à l'occasion de chacune de ces séries, il entre dans des développements circonstanciés où il s'efforce de battre en brèche la plupart des découvertes, nous pouvons nous servir de ce mot sans crainte, faites par l'habile professeur de Paris à l'aide du plessimètre. Enfin il traite assez légèrement les lois posées par M. Piorry au sujet de la sensation de résistance fournie par la percussion comme moyen de contrôler les phénomènes sonores développés par la percussion.

A ce premier chapitre le traducteur a ajouté, et c'était justice, des notes nombreuses pour rectifier, en ce qu'elles ont de trop absolu, les réformes du médecin de Vienne. Il rend à chacun ce qui lui appartient, et ne craint pas de discuter, avec toute la chaleur d'un homme convaincu, les opinions souvent hasardées de M. Skoda. Puis, à la fin de la section consacrée à la percussion, il apprécie l'ensemble des vues de M. Skoda, sa classification, et signale le défaut d'homogénéité des éléments qui lui servent de base. Cette appréciation, modestement intitulée *Remarques du traducteur*, est enrichie de citations, d'analyses nombreuses des travaux les plus modernes, et prouve chez M. Aran une rare érudition et la connaissance la plus approfondie, la plus pratique du sujet qui l'occupe. Cette critique, du reste, si vive qu'elle soit, ne s'éloigne jamais des formes les plus sévères des convenances scientifiques, et tout en repoussant les expériences sur lesquelles M. Skoda a basé son système et les conclusions absolues qu'il en a tirées, il déclare qu'on doit cependant lui être reconnaissant pour les faits de détail que ses travaux ont ajoutés à nos connaissances cliniques.

La deuxième section de la première partie, beaucoup plus longue que la précédente, renferme ce qui a trait à l'auscultation. Elle se subdivise en deux chapitres. Le premier comprend les phénomènes fournis par les organes de la respiration; et d'abord l'auscultation de la voix, dont l'auteur étudie la force et la clarté, le timbre, le ton, l'articulation, et dont il établit la division comparativement avec la division proposée par Laënnec.

Contrairement à l'ordre suivi par l'auteur de l'auscultation médiate, M. Skoda débute par les phénomènes tirés de la voix thoracique, et rejette sur le second plan ceux qui se relient à l'accomplissement des actes respiratoires. La raison de cette interversion, qui paraît un peu singulière au premier abord, on la trouve dans l'importance que M. Skoda attache à l'application de la théorie de la *consonnance* à l'auscultation, application dont M. Aran reconnaît que l'auteur a su tirer un parti des plus avantageux.

On sait ce que c'est que la consonnance. Une corde de guitare tendue fournit un son musical dès qu'une note semblable est produite par un autre instrument placé dans son voisinage. Un diapason tenu en l'air résonne plus faiblement que lorsqu'il est appliqué sur une table; la table renforce le son en fournissant des vibrations semblables, en entrant en consonnance avec le diapason. De même, dit M. Skoda, lorsque la voix s'entend avec plus de force dans un point du thorax qu'au niveau du larynx, cette augmentation de résonnance ne peut tenir qu'à la consonnance qui s'établit dans le thorax. Le raisonnement conduit l'auteur à examiner quels sont les points du thorax qui entrent en consonnance avec la voix, et quelles sont les circonstances qui peuvent faire varier la consonnance.

Tout en faisant à M. Skoda quelques reproches, celui par exemple d'exclure de toute participation à la production de la bronchophonie la trachée et les tuyaux bronchiques d'une part, le tissu pulmonaire

» rience, une haute position et de grandes lumières ont mis à » même de bien voir et de voir beaucoup, ces hommes répondent » qu'ils n'ont jamais vu de vraie métastase, et que les auteurs » anciens et modernes n'ont parlé de cette métastase que sur des » souvenirs. »

C'est ainsi que s'exprime dans sa 2e édition l'auteur d'un traité de pathologie externe très étendu. Certes je n'ai pas une longue expérience; je ne suis encore qu'au début de ma carrière médicale, j'ai par conséquent bien peu vu, pourtant je crois à la métastase des oreillons sur les testicules, et j'apporte à l'appui de mes croyances deux observations que je vais décrire, non d'après de vagues souvenirs, mais en ayant pour ainsi dire les faits sous les yeux.

Obs. I. — Le 15 septembre dernier, le nommé Aub..., tourneur, âgé de vingt-neuf ans, d'un tempérament sanguin, est pris à la suite d'un refroidissement d'un léger frisson accompagné de céphalalgie, d'envies fréquentes de vomir; ne pouvant travailler, il se met au lit, se fait transpirer et passe la nuit sans pouvoir dormir.

Le 16, je suis appelé près de lui, et je le trouve dans l'état suivant: face très injectée, peau chaude, sudorale; langue recouverte d'un enduit blanchâtre, pouls à 90; léger gonflement des deux régions parotidiennes; la bouche ne s'ouvre que difficilement. Pour prescription; émétique, 10 centigrammes; sulfate de soude, 20 grammes; 2 lavements émollients; limonade; cataplasmes laudanisés sur les parties malades; diète.

Le 17, le gonflement parotidien a triplé de volume; la peau qui recouvre cette région est des deux côtés rouge et luisante. La figure a cet aspect caractéristique dû à l'élargissement de son diamètre transversal; le malade peut à peine me faire voir sa langue, vu la douleur très vive qu'occasionne l'écartement des mâchoires; pouls à 85. — 10 sangsues de chaque côté; cataplasmes laudanisés; limonade; diète.

Le 18, le malade a un peu dormi. Le gonflement a bien diminué. La bouche s'ouvre comme le deuxième jour. Pouls à 70.

Le 19, plus de gonflement; la bouche s'ouvre presque sans douleur. Mais le malade ressent dans le testicule droit des douleurs qui l'ont empêché de dormir; l'on perçoit en effet un léger gonflement du testicule, qui est très douloureux à la pression. La peau du scrotum est plus rouge à droite qu'à gauche. Il n'existe aucun écoulement par la verge, ni aucune altération organique des testicules. — Cataplasmes laudanisés sur le testicule, limonade, lavement purgatif, diète.

Le 20, le testicule droit est plus gros qu'hier, la peau qui le recouvre est rouge et luisante; il y éprouve de violents élancements. Pouls à 80. — Dix sangsues sur le trajet du cordon droit, cataplasmes laudanisés, diète.

Le 21, même état.

Le 22, diminution du testicule; la peau est moins rouge; le pouls est à 70.

Du 22 au 26, l'état du testicule est allé en s'améliorant.

Le 26, plus de douleur. Le malade se lève et prend deux potages.

Le 28, le malade vient me voir bien guéri.

Obs. II. — Le 29 janvier dernier, je suis appelé à la campagne pour voir le nommé Augustin, âgé de vingt-trois ans, cultivateur, qui, me dit-on, souffre bien dans les parties. A mon arrivée, je trouve le malade dans l'état suivant: figure injectée, peau sèche et brûlante, pouls à 100. Langue blanche, rouge sur ses bords; soif vive. Le malade se plaint d'une vive douleur qui, depuis le 27, est survenue dans le testicule gauche. Je lui ai demandé depuis quand il était malade; il m'a répondu que depuis le 20 janvier il était au lit; car il lui était impossible de travailler, vu qu'il avait la fièvre et une grosseur très douloureuse de chaque côté de la figure, grosseurs qui lui empêchaient d'ouvrir la bouche. On constate encore un léger empâtement aux régions parotidiennes, qui sont douloureuses à la pression.

Je constate que le testicule gauche a deux fois la grosseur du testicule droit; je ne reconnais ni transparence ni fluctuation dans le testicule malade, dont l'enveloppe cutanée est très rouge et luisante. Il n'y a aucun écoulement par la verge. Le malade n'a jamais eu, dit-il, de maladie vénérienne. — Tisane d'orge, cataplasmes laudanisés, lavement purgatif, diète.

Le 31, on me dit que le malade était mieux, que le testicule avait diminué.

Le 4 février, je trouve ce malade en pleine convalescence. Les deux testicules sont égaux en volume. Le gauche n'est plus douloureux.

Comme on le voit dans ces deux observations, les malades n'avaient ni écoulement, ni lésions organiques des testicules. On n'invoquera pas une violence extérieure, les malades n'ont pas quitté le lit pendant toute la durée de la maladie. Que faudra-t-il donc invoquer, si ce n'est la métastase des oreillons?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er févier 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— Immédiatement après le procès-verbal, M. le président met aux voix les conclusions du rapport de M. Houel sur le travail de M. Tharsile Valette, chirurgien-major à l'hôpital de Metz.

Les conclusions du rapport ayant été adoptées, M. Th. Valette est nommé membre correspondant de la Société.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont, sur une *observation d'écoulement de sérosité et de sang par l'oreille.* (Renvoi à M. Gosselin.)

La Société reçoit 83 monographies étrangères sur divers sujets de chirurgie et le *Thesaurus chirurgiæ* d'Uffenbach offert par deux membres de la Société.

RAPPORTS.

M. Denonvilliers lit sur la question du chloroforme des conclusions proposées à la Société de chirurgie au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Larrey, Morel-Lavallée, Robert et Denonvilliers, rapporteur. Il s'exprime ainsi :

Un chirurgien distingué, placé à la tête d'un de nos grands hôpitaux de province, ayant communiqué à la Société de chirurgie de Paris l'observation d'un malade mort entre ses mains pendant qu'il le soumettait à la chloroformisation, ç'a été pour cette Société une occasion d'étudier avec l'attention qu'elle mérite l'importante question des dangers auxquels peut exposer l'emploi du chloroforme.

Après avoir entendu deux bons rapports de l'un de ses membres les plus autorisés, après avoir consacré un grand nombre de séances à une discussion approfondie, la Société a pensé qu'il y aurait avantage, au triple point de vue du salut des malades, de la responsabilité des médecins et des progrès de la chirurgie, à ce qu'il fût rédigé une note, dans laquelle se trouveraient condensés et exposés sous forme de propositions les points essentiels de la question, qui serait en quelque sorte le résumé des recherches du rapporteur, des discussions et des opinions de la Société, à laquelle celle-ci donnerait par un vote la sanction de son autorité, et dont le public médical pourrait prendre facilement connaissance.

En conséquence, elle a nommé une commission composée de MM. Danyau, Denonvilliers, Larrey, Morel-Lavallée et Robert, au nom de laquelle j'ai l'honneur de vous présenter et de soumettre à votre approbation la note suivante.

I. De même que plusieurs autres agents toxiques usités depuis longtemps en médecine, le chloroforme a causé des accidents graves et même la mort; mais ces tristes résultats sont extrêmement rares eu égard à la quantité innombrable de malades soumis à la chloroformisation depuis cinq ans que ce nouveau moyen a été introduit dans la pratique chirurgicale.

II. Il est impossible de se prononcer d'une manière absolue sur la valeur de toutes les observations publiées à ce sujet, soit que ces observations ne renferment pas les détails nécessaires, soit que le nom et la position des auteurs ne présentent pas une garantie suffisante; mais on connaît un certain nombre de cas dans lesquels l'événement a été funeste, quoique le chloroforme eût été administré pur et par des hommes d'une habileté incontestable.

III. Le chloroforme agit directement sur le cœur, dont il peut arrêter instantanément et définitivement les contractions. L'influence qu'il exerce sur la respiration est plus douteuse et moins prononcée, et les troubles de cette fonction, quand parfois il en survient, sont faciles à reconnaître et à combattre dès leur origine. L'asphyxie par l'emploi du chloroforme n'est donc pas à craindre, à moins qu'on ne fasse usage de procédés d'inhalation défectueux ou qu'on ne surveille pas la respiration. La syncope, au contraire, est très-redoutable: les accidents qu'elle occasionne ont une invasion si brusque et si imprévue et leurs progrès sont si rapides qu'ils mettent de suite la vie en péril; aussi est-ce à elle qu'il faut imputer la plupart des résultats funestes que déplore la science.

IV. L'analyse des faits montre que les accidents graves ou la mort sont arrivés, soit que le chloroforme eût été administré en forte proportion ou pendant longtemps, soit qu'il eût été administré à faible dose et pendant un temps très-court, soit que les malades fussent déjà affaiblis ou qu'il s'agît d'une grande et longue opération, soit que les malades fussent jeunes, vigoureux, et qu'il s'agît d'une opération légère ou ordinaire quant à sa durée et à sa gravité.

Contre toute prévision, les résultats funestes ont été beaucoup plus souvent observés jusqu'ici dans les dernières conditions que dans les premières; ce qui porte à penser qu'ils sont dus moins à la concentration ou à la quantité des vapeurs chloroformiques qu'à une susceptibilité particulière des victimes.

Cette susceptibilité est d'ailleurs inconnue dans sa nature et semble n'être que temporaire, puisqu'on a vu succomber à une seconde chloroformisation des individus qui en avaient bien supporté une première quelque temps auparavant.

V. Les accidents ont éclaté, dans un petit nombre de cas, à l'instant même où l'instrument tranchant a été porté sur les parties vivantes. Faut-il en conclure que, malgré l'insensibilité dans laquelle est plongé le malade, l'acte opératoire peut encore imprimer à l'organisme un ébranlement funeste et dont les effets se font immédiatement sentir? La chose n'est pas impossible, mais des observations plus nombreuses seraient nécessaires pour qu'elle pût être affirmée.

VI. La même incertitude règne touchant la véritable cause des morts survenues dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération et l'administration du chloroforme.

VII. Existe-t-il des circonstances propres à favoriser le développement des accidents chloroformiques, et qui puissent par conséquent être considérés comme des contre-indications à l'emploi du chloroforme? La raison indique qu'il existe de telles circonstances, mais l'expérience n'a pas encore prononcé à cet égard d'une manière absolue.

L'âge ni le sexe ne sont des contre-indications : le chloroforme peut être administré, chez la femme comme chez l'homme, depuis les premiers jours de l'existence jusqu'à la plus extrême vieillesse.

L'hystérie et l'épilepsie ne sont pas non plus des empêchements absolus.

Les maladies du cerveau, du cœur, et des poumons, ne sont des contre-indications qu'autant qu'elles sont très-prononcées.

La faiblesse qui suit les grandes pertes de sang, la prostration qui accompagne les étranglements herniaires datant de plusieurs jours, la commotion et la stupeur causées par les grandes blessures, les écrasements, les chutes d'un lieu élevé, les plaies d'armes à feu compliquées, etc., sont des contre-indications, parce qu'elles favorisent la syncope. Il en est de même de ces craintes exagérées et de cette excessive pusillanimité qui sont naturelles à certaines personnes.

La chloroformisation est aussi contre-indiquée pour toutes les opérations pendant lesquelles le sang peut tomber en abondance dans les voies aériennes.

Les propositions qui précèdent sont générales et non pas absolues, car il faut laisser une certaine latitude au chirurgien dans l'appréciation des circonstances spéciales et impossibles à prévoir qui viennent modifier chaque cas particulier.

VIII. L'utilité de la chloroformisation se mesure, non pas seulement sur la gravité des opérations, mais aussi sur leur durée, leur délicatesse, l'immobilité qu'elles nécessitent et les douleurs qu'elles occasionnent. C'est, du reste, aux malades ou aux familles à se décider après que le chirurgien les a avertis des avantages et des inconvénients de la chloroformisation.

IX. La pureté du chloroforme est une condition désirable, et cette pureté se reconnaît facilement aux signes suivants : 1° il dégage une odeur agréable, comparable à celle de la pomme de reinette; 2° versé dans le creux de la main, il se volatilise sans laisser après lui l'odeur particulière et nauséabonde de l'huile chlorée; 3° une goutte qu'on fait tomber dans un verre d'eau se précipite au fond du vase en conservant sa limpidité; 4° si on le mêle à un peu d'acide sulfurique, il ne subit aucun changement de couleur.

L'appareil destiné à l'administration de l'agent anesthésique doit être disposé de manière à livrer à l'air, tant inspiré qu'expiré, un passage large et facile; à permettre à la respiration de se faire en même temps par la bouche et par le nez; enfin à pouvoir être immédiatement enlevé, afin que le malade soit au besoin soustrait aux vapeurs chloroformiques et respire librement l'air atmosphérique.

Ainsi se trouvent proscrits les appareils appliqués sur la bouche ou sur les narines seules et ceux qui enveloppent la tête tout entière du malade.

Parmi les appareils qui remplissent le mieux les conditions exigées,

induré de l'autre, et en relevant ce que ses assertions ont de trop exclusif; tout en discutant avec une logique inflexible les expériences rapportées dans le but d'éclairer les causes des variations dans la force et dans la clarté de la voix, M. Aran se voit forcé de conclure que dans beaucoup de cas cette théorie de la consonnance est celle qui rend le mieux compte de certaines particularités restées inexpliquées jusqu'à ce jour.

Vient ensuite l'étude des bruits produits par l'entrée et la sortie de l'air pendant l'inspiration et l'expiration, bruits que l'auteur réduit à quatre, et dont il propose la division suivante :

4° Respiration vésiculaire;

2° Respiration bronchique;

3° Écho amphorique et tintement métallique;

4° Bruits respiratoires indéterminés; considérant la respiration bronchique et caverneuse de Laënnec comme une seule et même chose; sa respiration soufflante comme une respiration bronchique forte, et son souffle voilé comme une modification sans importance de la respiration bronchique.

Comme la plupart des médecins français, M. Aran croit à la possibilité d'établir une distinction entre la respiration bronchique et la respiration caverneuse, par la sensation particulière que cette dernière donne à l'oreille. Sur ce point il n'est pas d'accord avec M. Skoda, non plus que sur l'existence des râles sous-crépitant et muqueux que le médecin allemand raie d'un trait de plume, tandis que le traducteur en fait ressortir toute l'importance au point de vue du diagnostic.

N'oublions pas, avant de terminer ce qui a trait à l'auscultation des phénomènes respiratoires en général, de mentionner la théorie de M. Skoda relative au tintement métallique, qui pour lui est un phénomène de consonnance, reconnaissant le plus souvent pour cause un râle intense qui peut avoir son siége, soit dans un large tuyau bronchique voisin, ce qui est le plus ordinaire, soit dans une excavation ou dans la cavité de la plèvre, par le fait de l'ébranlement du liquide qui y est contenu.

On conçoit qu'il ne nous est pas possible de nous arrêter sur chacun des points remarquables soit du livre original, soit des notes du commentateur. Il nous faudrait, pour donner seulement une idée de l'étendue et de l'importance du travail de M. Aran sur ces différentes questions, un espace quatre ou cinq fois plus étendu que celui dont nous disposons ici. Aussi ne pouvons-nous qu'indiquer sans plus de détails le chapitre consacré aux phénomènes fournis par l'auscultation des organes de la circulation, chapitre où M. Aran a mis beaucoup moins d'annotations et de remarques, par cette raison que M. Skoda, beaucoup moins réformiste, s'éloigne assez peu ici des opinions généralement reçues.

La seconde partie du livre de M. Skoda comprend l'exposition des phénomènes fournis par les deux méthodes dans les différentes maladies du thorax et de l'abdomen. Après l'étude de l'état normal de ces deux cavités, l'auteur passe en revue toutes les conditions anormales où peuvent se trouver les organes qu'elles contiennent, et au diagnostic desquelles peuvent servir la percussion et l'auscultation.

Dans nombre de points de cet ouvrage on constate des lacunes regrettables, et qu'il semble que le traducteur aurait pu et dû combler dans des notes ou dans les remarques dont il fait suivre les principales divisions du livre de M. Skoda. M. Aran a prévu l'objection, et il a pris soin d'y répondre dans son avant-propos. En complétant ce qui manquait dans l'ouvrage original, il aurait craint, et nous sommes de son avis, de lui enlever son caractère et sa valeur propres. Ce qu'il a voulu donner, ce n'est pas un nouveau traité complet d'auscultation et de percussion, chose assez inutile après ceux qui existent déjà dans la science, et en particulier après celui, le plus récent et le plus estimé de tous, de MM. Barth et Roger. Il n'a voulu que présenter un travail remarquable par l'originalité, quelquefois par l'étrangeté de ses vues, en en faisant ressortir les vérités nouvelles inconnues jusqu'à ce jour en France, en en rectifiant aussi ce qu'il a considéré comme les erreurs ou les explications hasardées.

Pour nous résumer, le livre que vient de publier M. Aran est du plus haut intérêt, et sera lu avec avidité par tous ceux qui s'occupent sérieusement de l'art et surtout de la science. Mais ce n'est pas un ouvrage élémentaire destiné aux commençants. Il sera bon surtout pour ceux qui savent déjà et qui veulent s'instruire encore. C'est, en un mot, un livre de science philosophique et transcendante, et nous ne serions pas étonné qu'il fût la cause de quelques modifications dans les théories qui ont jusqu'à présent dominé l'enseignement de l'auscultation dans l'Ecole de Paris.

Dr A. Foucart.

figurent : 1° ceux qu'a imaginés M. Charrière; 2° les éponges taillées en cône creux et les simples compresses, sur lesquelles on verse le liquide et que l'on tient à quelque distance de l'entrée des voies respiratoires.

X. Il serait utile de pouvoir doser les vapeurs chloroformiques; mais, comme l'inhalation doit être faite à l'air libre, ce dosage est impossible dans la pratique.

XI. Le malade qu'on se dispose à chloroformer doit, autant que possible, être placé dans la position horizontale.

XII. Avant de commencer la chloroformisation, il faut calmer le malade, s'assurer qu'il sait respirer naturellement et lui apprendre à le faire s'il ne le sait pas, ce qui est plus commun qu'on ne pense chez les gens qu'on veut faire fonctionner à commandement.

XIII. Le chirurgien doit lui-même présider à la chloroformisation. Son rôle consiste à surveiller l'état général du malade et à observer en même temps la respiration et la circulation. Pour cela, il tient le doigt sur l'artère radiale jusqu'au moment où l'opération commence: alors seulement il cède sa place à un aide instruit, dont la mission est de signaler de temps en temps l'état du pouls et d'en indiquer les variations.

XIV. C'est dans les premiers instants que la chloroformisation présente le plus de danger et que les précautions doivent être le plus sévères.

XV. On débutera par des proportions très-faibles de chloroforme, et on n'en élèvera la quantité que par degrés, après avoir acquis la certitude qu'il est bien supporté. L'action du chloroforme étant progressive, on parviendra à obtenir l'insensibilité et même la résolution par le seul fait de la continuité des inhalations, sans qu'il soit nécessaire de forcer les doses.

XVI. Si la circulation ou la respiration venait à se troubler, on suspendrait la chloroformisation pour laisser au malade le temps de se remettre, et l'on recommencerait ensuite. Pour peu que le trouble des grandes fonctions se reproduisît ou acquît une certaine intensité, il serait prudent de renoncer pour l'instant au chloroforme et peut-être même de différer l'opération si la chose était possible.

XVII. La chloroformisation peut être poussée plus ou moins loin, suivant l'opération que l'on se propose de pratiquer ou l'effet qu'on veut obtenir; mais, en tout cas, il faut cesser l'administration du chloroforme aussitôt que le malade est plongé dans l'insensibilité et que la résolution s'est établie.

XVIII. S'il était nécessaire de prolonger l'état anesthésique, on pourrait le faire en revenant avec précaution à l'administration du chloroforme aussitôt que le malade se ranime. On a pu ainsi pratiquer, sans douleur et sans inconvénient pour les malades, des opérations qui n'ont pas duré moins d'une heure. Cependant, toutes les fois que de grandes quantités de vapeurs chloroformiques ont été absorbées, il faut se tenir en garde contre les syncopes consécutives.

XIX. Quoiqu'on n'ait vu que bien rarement des accidents survenir après l'opération, la prudence exige que le chirurgien ne quitte son malade qu'après l'avoir vu parfaitement ranimé.

XX. Dans les cas de syncope grave, voici ce qu'il convient de faire :

1° Placer le malade dans une position fortement inclinée et telle que les pieds soient élevés et que la tête occupe le point le plus déclive.

2° Pratiquer la respiration artificielle au moyen de pressions méthodiques exercées sur les parois thoraciques et abdominales; faire en même temps ouvrir la bouche du malade, attirer sa langue au dehors, nettoyer et exciter le fond de sa gorge avec le doigt ou avec une spatule.

3° Faire ouvrir les fenêtres, afin d'introduire dans la chambre un air frais et pur.

Ces moyens ont réussi déjà; mais, si l'on veut en tirer le parti qu'on peut en attendre, il faut les mettre en usage immédiatement, sans hésitation, et en continuer l'emploi avec énergie, foi et persévérance.

Quant aux frictions, au massage, aux aspersions froides, aux vapeurs ammoniacales, ce sont des moyens dont l'action est trop incertaine et surtout trop lente pour qu'ils soient employés autrement qu'à titre d'adjuvants.

N. B. Cette note ne traite que de l'emploi du chloroforme dans les cas d'opérations. Elle ne contient rien sur son application à la pratique obstétricale, parce qu'un rapport qui doit être lu prochainement devant la Société appellera sur ce sujet son attention particulière. Il n'y est pas parlé non plus de la comparaison du chloroforme avec les autres agents anesthésiques qui pourraient lui être opposés, non pas que votre commission pense que la science ait dit à cet égard son dernier mot, mais parce qu'il lui a semblé que cette question a encore besoin d'éclaircissement et qu'on peut sans inconvénient la renvoyer à un temps plus éloigné, tandis qu'il importe de faire connaître le plus tôt possible l'opinion de la Société sur l'administration de l'agent qui est aujourd'hui le plus généralement employé dans notre pays.

— A la suite de cette lecture, une discussion s'engage entre plusieurs membres de la Société.

Sur quelques observations de M. Robert, M. Denonvilliers reprend volontairement ces conclusions, qu'il avait rédigées au nom et avec l'approbation de la commission.

— M. Gosselin lit un rapport sur deux travaux de M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de l'Académie de médecine. Ces deux travaux sont intitulés, l'un *Mémoire sur un procédé nouveau de taille vésico-vaginale*, l'autre *Observation de taille hypogastrique précédée de ponction de la vessie à la suite d'une rétention d'urine avec fausses routes.— Extraction de* 78 *calculs. — Rétablissement du canal de l'urètre par l'intérieur de l'urètre.*

M. le rapporteur conclut:

1° A renvoyer les deux travaux de M. Vallet au comité de publication;

2° A nommer M. Vallet membre correspondant de la Société.

Après l'adoption des conclusions du rapport, M. Vallet est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES. — DISCUSSION.

M. Chassaignac présente une pièce anatomique au sujet de laquelle il donne les détails suivants:

Une femme âgée de trente-trois ans, blanchisseuse, était atteinte depuis l'âge de treize ans d'une hernie crurale gauche. Il y a six ans, la hernie, qui était entéro-épiploïque, ayant été prise d'étranglement, fut opérée. Elle ne tarda pas à se reproduire; mais, comme elle était réductible, la malade continua de vaquer à ses occupations, en maintenant toutefois la hernie au moyen d'un bandage.

Le 26 janvier 1854, les accidents d'un étranglement interne se déclarèrent, et la malade succomba le 28.

A l'autopsie, on constate qu'une portion considérable de l'intestin grêle occupant le côté droit de la cavité abdominale est rouge et violacée. Le péritoine contient un peu de sérosité sanguinolente et quelques lambeaux de fausses membranes. A un examen plus attentif, on reconnaît que toute la portion d'intestin qui est altérée (et elle avait près de 2 pieds de longueur) est étranglée à ses deux extrémités dans une ouverture de l'épiploon. Celui-ci avait contracté anciennement à la face interne du sac des adhérences par suite desquelles il faisait corps avec les parois du sac herniaire. C'est à travers une solution de continuité de l'épiploon ainsi adhérent que l'intestin grêle s'était engagé. Le cœcum avait été entraîné dans la fosse iliaque gauche, et se trouvait arrêté par son volume à l'orifice du trou épiploïque.

— A propos de cette pièce, une discussion s'engage entre quelques membres sur la valeur des opérations applicables aux étranglements internes.

M. Maisonneuve rappelle d'abord qu'une de ces opérations, c'est l'anus contre nature pratiqué au-dessus de l'étranglement, d'abord par un membre de l'Académie de chirurgie, puis par lui et deux fois par M. Nélaton. Mais cette année, pour un étranglement interne, il fit l'incision du ventre dans la région iliaque, et, pour éviter l'anus contre nature, il anastomosa l'intestin grêle avec le cœcum. La circulation intestinale s'était rétablie par cette voie, mais un léger suintement des matières intestinales dans le péritoine amena la mort.

Chez un deuxième malade, cette opération entraîna aussi la mort au bout de quarante-huit heures.

M. Denonvilliers fait remarquer qu'il n'est pas toujours facile de trouver le cœcum, car cet intestin n'est pas toujours dans la fosse iliaque gauche.

M. Guersant dit qu'il reconnaît combien est ingénieuse l'opération de M. Maisonneuve; mais il pense qu'avant tout le chirurgien ne doit pas faire une opération téméraire, quand, en agissant comme l'a fait M. Nélaton et d'autres, on a sauvé la vie à des malades en ouvrant le ventre et en perçant l'intestin au-dessus de l'étranglement. Alors on n'incise pas le péritoine et l'intestin dans plusieurs points, et on n'expose pas le malade à une mort certaine.

M. Maisonneuve répond qu'il a voulu, par cette opération, éviter l'anus contre nature en anastomosant l'intestin grêle avec le cœcum.

En réponse à ce qu'a dit M. Maisonneuve, M. Chassaignac objecte que rien ne démontre mieux que cette observation le vice de l'opération par anastomose intestinale.

Admettons pour un instant qu'on eût voulu pratiquer cette opération:

1° On n'eût pas rencontré le cœcum, qui était hors de sa place naturelle et avait été entraîné à gauche.

2° A quoi eût pu servir d'ouvrir dans le cœcum l'un des points quelconques de cette grande anse étranglée, qui se serait sans aucun doute présentée tout d'abord, à raison de l'espace qu'elle occupait dans l'abdomen? Cette anse, étant serrée à ses deux bouts, n'aurait pas permis le rétablissement du cours des matières.

3° La seule opération rationnelle dans ce cas eût consisté à ouvrir l'ancien sac herniaire, à pénétrer par lui dans l'intérieur de la cavité abdominale. Il est probable qu'alors on eût reconnu avec le doigt l'anneau épiploïque cause de l'étranglement, et celui-ci étant débridé, tout pouvait rentrer dans l'état normal.

M. Denonvilliers insiste sur la facilité si grande de l'opération qui a pour but de faire un anus contre nature. On ouvre à peine le péritoine; un intestin grêle distendu se présente aussitôt, on l'ouvre, et on le fixe à la paroi abdominale, sans pénétrer profondément dans le ventre. Au contraire, la recherche de l'étranglement interne est une opération laborieuse et qui met à nu une grande surface péritonéale.

— Après cette discussion, la séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire de la Société : E. Follin.

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra par l'acide sulfurique.

Poitiers, le 8 février 1854.

Monsieur le rédacteur,

Le mémoire que je vous ai adressé dans le mois de décembre dernier sur le traitement du choléra par l'emploi de l'acide sulfurique dilué a été l'objet d'une réclamation, dans laquelle un honorable confrère, M. le docteur Worms, expose que bien longtemps avant les médecins anglais Hunt, Smith et Griffith, c'est-à-dire en 1849, il a employé cet agent thérapeutique, dont il affirme comme moi la merveilleuse efficacité. Il conteste en même temps l'action physiologique que j'ai attribuée à l'acide sulfurique dilué. Cet acide, contrairement à mes observations, favorise, dit-il, les vomissements, bien loin de les faire cesser.

Soyez assez obligeant pour publier dans votre estimable journal quelques mots de réponse à ces deux affirmations.

« C'est de l'année 1851, dit mon honorable confrère, que date l'em-
» ploi de l'acide sulfurique comme moyen curatif du choléra par les
» médecins anglais, et dès l'année 1849 j'avais signalé l'importance et
» la bonté de ce mode de traitement; je l'avais employé dans un grand
» nombre de cas. »

Je ne conteste pas l'antériorité de 1849 sur 1851, mais je n'en insiste pas moins à faire honneur de la découverte dont j'ai entretenu vos lecteurs, sinon à MM. Hunt, Smith et Griffith, du moins, et très certainement à feu le docteur Thompson(1), leur maître, auquel ils l'ont empruntée. MM. Smith et Hunt disent en tête de leurs observations que l'inventeur de cette thérapeutique est le docteur Thompson, et moi-même, en terminant mon mémoire, je m'exprime ainsi :

« Je suis persuadé qu'avant peu cette thérapeutique simple et facile,
» dont l'idée première appartient au vieux docteur anglais Thompson,
» deviendra générale, etc. »

Il va sans dire qu'ainsi que l'honorable M. Worms en avait conçu l'espérance, j'aimerais mieux avoir à reconnaître que la découverte est française; mais avant tout il faut respecter la justice et la vérité. Dans tous les cas, si je me suis trompé dans mon affirmation, et si je me trompe en la renouvelant, j'ai du moins cette satisfaction que je n'aurai en aucune façon porté préjudice à mon honorable collègue; car, si j'en crois quelques renseignements qui m'ont été fournis depuis la publication de mon travail, ce n'est plus à l'année 1849, ni même à l'époque du docteur Thompson, mais bien au dix-septième siècle qu'il faut remonter pour trouver le nom du praticien français que la science ou le hasard a mis sur la trace de cette heureuse découverte.

A mon avis, il importe bien moins de préciser les dates en pareille matière que de bien constater la puissance du remède que j'ai essayé de faire connaître. Nous sommes d'accord, l'honorable M. Worms et moi, pour en proclamer la bonté; il ne s'agit plus que de consacrer nos efforts à le faire accepter et à le populariser.

Occupons-nous maintenant de la thérapeutique.

J'aurais répondu beaucoup plus tôt à la seconde affirmation de M. Worms; mais j'ai voulu, pour donner plus de force à ce que j'ai avancé, que mes propres observations fussent confirmées par celles de quelques confrères, et qu'ainsi l'exactitude de ce que j'ai écrit sur les modifications à apporter à la méthode anglaise ne pût être mise en question. Votre journal m'est venu surtout en aide; car je m'appuierai particulièrement auprès de vos lecteurs sur l'observation si concluante de M. le docteur Bellencontre; observation qu'ils ont lue comme moi, sans doute avec le plus grand intérêt, et à laquelle je ne reproche qu'une erreur à mon préjudice, c'est d'attribuer à M. le docteur Worms un traitement qui m'appartient.

Je regrette vivement que mon honorable confrère n'ait pas jeté les yeux sur le travail que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* le 24 et le 27 décembre dernier; il aurait vu que le traitement suivi par lui est celui que j'ai indiqué et non celui de M. Worms, dont la méthode se distingue de la mienne par des différences bien tranchées.

En effet, M. Worms donne avant tout le tartre stibié, puis à discrétion la limonade sulfurique concentrée, 20 grammes pour un litre d'eau. Il laisse boire les malades selon qu'ils en manifestent le désir; enfin, il prétend que la limonade sulfurique provoque les vomissements au lieu de les arrêter.

Selon ma méthode, un malade est-il atteint de choléra, on le place dans un bain salé et on lui donne l'acide sulfurique dilué par cuillerées à bouche.

Qu'il me soit permis de citer des fragments du chapitre II du mémoire, relatif au traitement curatif de la cholérine et du choléra sporadique :

« 1° Dans le choléra sporadique, on fait usage des potions n° 2. La
» potion pour les adultes contient 20 grammes d'acide sulfurique dilué
» pour 250 grammes d'eau.

» 4° Dans le choléra, on ne donnera pas à boire au malade pendant
» la durée des vomissements.

» 6° Si dans les cas de choléra sporadique les deux premières cuil-
» lerées de la potion sont rejetées par le malade, on recommencera un
» quart d'heure après à donner une nouvelle cuillerée, et ainsi de
» suite après chaque vomissement jusqu'à ce que ce symptôme ait
» cessé complétement.

» 8° Le nombre des cuillerées ne peut être limité le premier jour de
» la maladie; mais, lorsque les premiers accidents auront été conjurés,
» la dose sera de neuf cuillerées par jour. »

Or qu'a fait M. le docteur Bellencontre? A-t-il donné l'acide sulfurique dilué à discrétion? Non, mais il l'a fait prendre par cuillerées et de quart d'heure en quart d'heure, comme je l'ai indiqué, et, comme je l'ai affirmé et comme l'affirme à son tour cet honorable confrère, les *vomissements ont cessé !*

Comment donc M. Worms se trouve-t-il en opposition formelle avec nous sur un point si capital? La raison en est simple : c'est qu'il donne la limonade sulfurique et les boissons à discrétion, ce qui est une cause de plus à la persistance des vomissements; tandis que, pour les arrêter le plus tôt possible, je concentre la dose et l'administre seulement par cuillerées à bouche en mettant un certain intervalle entre chaque cuillerée.

Partis de données opposées, nous sommes arrivés nécessairement à des conséquences différentes. Loin de moi cependant la pensée de refuser à M. Worms la juste part d'éloges qui est due à tous les travaux utiles et consciencieux; mais je ne pouvais laisser passer ses affirmations sans y répondre.

J'ai pour moi l'expérience et de nombreuses observations auxquelles il me serait facile d'en ajouter plusieurs autres que j'ai eu l'occasion de faire depuis la publication de mon mémoire; je pourrais même citer un véritable cas de choléra asiatique dans lequel les crampes, les vomissements et la diarrhée ont cessé presque instantanément sous l'action de l'acide sulfurique et des bains salés; mais je désire avant tout, monsieur le rédacteur, ne pas mettre à une trop longue épreuve l'obligeance avec laquelle vous avez déjà accueilli ma première note, et je me résume en appelant encore une fois l'attention et les expériences de mes confrères sur un mode de traitement que je regarde comme excellent.

Agréez, etc.

E. Lepetit, d.-m.,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

(1) Thompson est un vieil auteur fort estimé, décédé il y a une vingtaine d'années.

MM. les professeurs Roux et Gerdy ayant dû interrompre leurs cours pour cause de santé, deux agrégés ont été désignés pour les remplacer.

M. Richet remplace M. Roux à l'Hôtel-Dieu dans son cours de clinique chirurgicale. La visite commence à huit heures.

M. Broca remplace M. Gerdy à la Faculté dans son cours de pathologie externe. Il exposera l'histoire des luxations. La première leçon a eu lieu vendredi 10 février à trois heures.

Le Sécret.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 20. — JEUDI 16 FÉVRIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 20. — JEUDI 16 FÉVRIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 15 FÉVRIER 1854.

Séances des Académies.

La séance de l'Académie de médecine a été pour ainsi dire une séance de réclamations :

M. Maisonneuve contre M. Blatin;

M. L. Corvisart contre l'Académie et les journaux;

M. Valleix contre M. Cruveilhier;

M. Falret contre M. Baillarger;

M. Baillarger contre M. Falret;

M. Londe contre M. Falret.

Les discussions personnelles ne nous intéressent qu'autant qu'elles touchent réellement à la science.

Nous dirons peu de chose des réclamations de MM. Maisonneuve, Corvisart et Valleix; nos lecteurs verront par les extraits que nous publions en quoi elles consistent. Chez M. Corvisart, c'est un petit accès de mauvaise humeur. M. Maisonneuve ne touche qu'à une question de modification d'instrument. M. Valleix, enfin, conteste la *réalité* du fait de M. Cruveilhier, ou du moins de la cause de la mort. Si M. Cruveilhier, qui était absent, a été induit en erreur, nous le saurons mardi prochain. Ce que nous savons dès aujourd'hui, c'est que M. Valleix ne conteste pas les dangers du redresseur, et qu'il ne s'explique pas sur l'opportunité, sur la rationnalité du moyen. Pour nous, c'est la question principale. Entre MM. Falret et Baillarger, il n'y a peut-être, comme on le dit communément, que l'épaisseur d'*un cheveu*. Il n'est pas contestable que M. Falret ait signalé dès 1851, dans la *Gazette des Hôpitaux*, la folie circulaire, et que la folie circulaire se rapproche de certaines formes de folie à intermittences rapprochées et presque continues; mais il nous paraît vrai aussi que dans les cas d'intermittences plus tranchées et plus longues la distinction de M. Baillarger peut être admise.

Voici du reste la différence réelle que nous voyons entre ces deux confrères distingués :

M. Falret a fixé son attention sur les alternatives de la mélancolie et de la manie indiquées par les auteurs, et les a consacrées par une dénomination nouvelle.

M. Baillarger croit que la mélancolie et la manie ne forment ici qu'un seul accès, qu'une seule maladie; il crée donc un genre nouveau, qui prend place à côté de la monomanie, de la mélancolie et de la manie. La folie à double forme peut dès lors être continue, intermittente, périodique, et même circulaire.

Mais il est une autre question, nous allions dire une *hérésie*, que nous avons peine à comprendre de la part d'un esprit aussi distingué que M. Falret, c'est la négation absolue de la monomanie. Élève, non pas, comme certain journaliste, *de tous les maîtres,* mais d'Esquirol seulement, et c'est bien assez, M. Falret se glorifie avec raison de ce noble patronage, mais il ne renie pas moins la doctrine de l'illustre aliéniste.

Pour lui, nier la monomanie est un *progrès*. Nous serions presque tenté de partager l'irritable susceptibilité de M. Londe. J'ai voyagé avec des monomanes, s'est écrié l'honorable académicien, et pour moi la monomanie est un fait incontestable : j'en citerais vingt exemples.

C'est une déplorable doctrine, répond imperturbablement M. Falret.

Que le fait soit contesté, nous l'admettons; mais nous ne voyons pas en quoi la doctrine, ou plutôt l'opinion d'Esquirol peut être dangereuse. Nous ne pensons pas qu'Esquirol ait jamais prétendu qu'on ne dût pas surveiller les monomanes, et qu'on dût s'abandonner imprudemment au péril de leurs accès.

Enfin, M. Maisonneuve a communiqué une note sur une nouvelle méthode d'urétrotomie pour la cure radicale des rétrécissements de l'urètre, et M. Legrand une note sur une nouvelle méthode de traitement des calculs biliaires. Nous en donnerons des extraits dans le prochain numéro.

— A l'Académie des sciences, on remarque une communication de M. Boussingault sur la quantité d'ammoniaque contenue dans la pluie et dans l'eau déposée par le brouillard. Nous donnerons aussi un extrait de cet intéressant mémoire.

HOPITAL DE CORBEIL.

Compte rendu des maladies observées pendant l'année 1853.

Par M. LIONNET, médecin en chef de cet hôpital.

Cet intéressant rapport est adressé à MM. les membres de la commission administrative. Il serait à désirer que nos honorables confrères placés à la tête des hôpitaux de province imitassent l'exemple de M. Lionnet, et donnassent de la publicité à leurs observations; on y trouverait des renseignements importants et dont on pourrait tirer un grand parti.

Il a été convenu, à la fin de 1852, que le médecin de l'hôpital ferait tous les ans un résumé du service médical; c'est ce devoir que je viens remplir aujourd'hui pour la première fois. Le rapport que j'ai l'honneur de vous adresser sur l'année qui vient de s'écouler établit, par le relevé des registres, une augmentation sur l'année précédente.

En 1852, nous avons donné des soins à 253 malades:

Civils.	234
Militaires.	19

25 ont succombé. Au 31 décembre, le nombre des malades restants était de 21.

En 1853, vous avez reçu 254 civils et 31 militaires. Total, 285. Sexe masculin, 173; sexe féminin, 85.

18 seulement ont succombé. Au 31 décembre 1853, le nombre des malades restant dans les salles est de 30. C'est donc 37 malades de plus que l'année précédente et 7 décès de moins.

Je vous rappellerai, messieurs, la mesure sévère, mais juste et nécessaire, que vous avez prise à l'égard de ces voyageurs importuns qui visitent la France entière aux frais de l'Etat, des communes ou des établissements de charité. Elle a été rigoureusement exécutée, grâce à la fermeté de M. le commissaire de police. Il n'est pas douteux que la faiblesse naturelle des médecins aurait, dans la majorité des cas, cédé aux instances importunes de ces frelons parasites qui semblent avoir pour mission ici-bas de ravir, à l'aide de maladies simulées, aux établissements de bienfaisance des ressources exclusivement destinées au soulagement de l'humanité souffrante. Vous auriez certainement à enregistrer, sans cette mesure, une augmentation beaucoup plus considérable que celle que nous venons de signaler.

Nous n'avons rien de remarquable à mentionner au sujet des militaires, qui sont pour la plupart des hommes simplement fatigués, blessés par leurs chaussures ou arrêtés par quelque maladie chronique, soit lorsqu'ils sont en congé, soit lorsqu'ils rentrent réformés dans leurs foyers ou vont rejoindre leur régiment en partant de tout autre point.

Le service des civils est donc beaucoup plus intéressant que celui des militaires au point de vue médical, tant par le nombre que par la nature des maladies.

1re CATÉGORIE. Indispositions qui ne méritent pas le nom de maladie, 12.

2e CATÉGORIE. Maladies chirurgicales, 60.

3e CATÉGORIE. Maladies internes appartenant au service médical proprement dit, 177.

1re CATÉGORIE. — Il n'y a rien à dire sur la première catégorie, si ce n'est que nous devons faire nos efforts pour en restreindre le nombre le plus possible, ce qui sera facile lorsque vous aurez réalisé les améliorations que les lenteurs administratives vous ont fait ajourner involontairement.

2e CATÉGORIE. — Sur les 60 cas de cette catégorie, 33 admissions ont eu lieu pour des accidents, 26 chez les hommes, 7 chez les femmes; nous les subdivisons en deux parties.

Dans la première, se trouvent groupées les maladies qui ont exigé de simples soins ou pansements, comme les plaies, les ulcères, les contusions, les brûlures, les foulures ou entorses légères, les efforts musculaires, etc.; elles sont au nombre de 27. Il n'y a ici rien de digne de remarque, si ce n'est un cas de varices du cuir chevelu qui doublait presque le volume de la tête et avait chassé un œil de son orbite. Cette maladie, qui est au-dessus des ressources de l'art, ne doit être signalée que comme objet de curiosité.

Dans la deuxième subdivision des maladies chirurgicales, sont celles qui ont nécessité une opération quelconque; elles sont au nombre de 33. C'est ici que nous avons groupé les maladies qui réclament une intervention sérieuse de la part du médecin, comme les tumeurs opérables, les polypes, divers cancers, les hernies, divers accidents, comme les blessures par éclat de mines, les blessures profondes par instruments tranchants, les plaies par écrasement, les fractures de diverses espèces, etc.

Ces faits, quoique peu nombreux, nous ont suggéré des remarques pratiques dignes de quelque intérêt; elles sont consignées sur le registre nouveau que je remets aujourd'hui à la commission administrative. Je me bornerai dans ce rapport à faire ressortir quelques considérations générales.

Depuis plus de quatre ans que je suis chargé du service de l'hôpital, un certain nombre de hernies étranglées se sont présentées dans le service. Une seule a nécessité l'opération et s'est terminée par la guérison; tous les autres cas, au nombre d'une dizaine, sans compter ceux que j'ai rencontrés dans ma clientèle privée, ont été réduits par le procédé que j'ai indiqué dans une brochure publiée en 1847. Voici en quoi il consiste : Je fais placer le malade sur un plan très incliné avec deux chaises renversées placées l'une à côté de l'autre et recouvertes d'un simple matelas. J'essaie, dans cette position, les différentes manœuvres de réduction pendant quelques minutes, en me gardant bien d'insister longtemps, surtout si la hernie est très dure et douloureuse. Je place auprès du malade une personne chargée de fomenter la tumeur avec des morceaux de flanelle trempés dans de l'eau très chaude et renouvelés toutes les deux, trois ou quatre minutes jusqu'à mon retour. Si je prévois une longue absence, je fais alterner ce moyen avec des cataplasmes émollients. Lorsque je revois le malade, après quatre, huit et même douze heures, je trouve la tumeur moins tendue, moins douloureuse, et presque toujours la réduction devient possible; quelquefois elle s'opère toute seule.

Cette position, quoique gênante, est généralement bien supportée; elle calme les coliques, arrête ou modère les vomissements et ralentit constamment la marche des accidents. Dans les cas les plus opiniâtres je fais composer les cataplasmes avec de la farine de seigle, du saindoux et de la boue de meule de rémouleur.

Mais ce procédé n'a pas la même efficacité dans les hernies ventrales, soit à cause de l'irrégularité de l'anneau fibreux, soit parce qu'il fuit sous la main avec la tumeur. Sur trois cas que j'ai rencontrés en ville, une seule a pu être réduite; un cas opéré par un chirurgien de Paris a été mortel; un autre, pour lequel on a refusé obstinément l'opération, a eu le même sort le cinquième jour de l'étranglement.

Tel est le traitement simple, facile et presque toujours efficace auquel nous devons l'avantage d'opérer si peu de hernies dans cet hôpital. Il serait désirable, dans l'intérêt des malades, qu'il fût plus connu; mais il ne faut pas oublier qu'il n'a pas la même efficacité pour les hernies de la ligne blanche que pour celles des orifices naturels.

Parmi les accidents graves que nous avons eu à traiter cette année, je citerai une blessure par une faux qui a coupé complétement les tendons extenseurs du pied et près de la moitié du tibia. L'extension forcée du pied sur la jambe au moyen d'une boîte munie de bandes nous a procuré une guérison complète, à part un peu de flexibilité qui reviendra très probablement.

Les grandes usines qui nous environnent nous fournissent fréquemment des accidents graves, comme fractures, arrachements de membres, plaies par déchirures ou par écrasements dans les engrenages. Ce dernier genre de lésions exige une certaine habitude; on compte trop souvent sur la réunion immédiate de ce genre de plaies, et lorsque plus tard les opérations deviennent indispensables, les résultats sont beaucoup moins sûrs. Il est urgent, dans les accidents de ce genre, de bien se rendre compte des organes lésés avant de procéder au premier pansement. Si les désordres sont trop profonds, c'est le moment de faire la part du feu; sinon on est exposé plus tard à faire un sacrifice plus grand, et même à compromettre l'existence du blessé.

Les mariniers ont l'habitude de verser de la térébenthine pure sur toutes leurs blessures; cette pratique est mauvaise pour les plaies régulières comme celles des instruments tranchants, mais elle peut être très utile dans les plaies par déchirement ou par écrasement.

Nous avons aussi employé dans les mêmes conditions avec avantage le baume de Commandeur et la teinture d'iode.

Nous n'avons eu cette année que 7 fractures, une de la rotule, une du tibia, deux de l'avant-bras, une du poignet et deux cas de fractures complètes de plusieurs côtes. Nous sommes sous ce rapport moins riches que l'année précédente, qui nous a présenté une rare série de fractures compliquées qui ont nécessité des résections suivies de résultats remarquables. Nous recevons rarement les malades pour les fractures incomplètes des côtes. Le malade étant saisi dans le diamètre opposé au point douloureux, il suffit d'exercer brusquement une forte pression pour réduire ce genre de fracture et procurer un soulagement presque immédiat. Ce procédé, peu connu jusqu'alors, a été le sujet d'un mémoire adressé en 1846 à la Société de chirurgie, qui m'a fait l'honneur de m'admettre au nombre de ses membres.

Nous avons eu à pratiquer 8 amputations : une du pouce et une de l'indicateur, toutes deux par suite d'abcès sous-aponévrotiques qui n'avaient pas été débridés hardiment; une du doigt indicateur, du médius et de l'annulaire de la main droite (l'auriculaire, quoique très mutilé, a pu être conservé et forme un crochet très utile); un autre des quatre doigts qui nous a fourni un cas remarquable d'autoplastie. Une portion de l'indicateur était tombée en gangrène par suite de la déchirure d'un nerf de la sensibilité; la cicatrice qui succéda à cette perte de substance, ne jouissant d'aucune sensibilité, rendait l'opéré très maladroit : nous avons disséqué cette partie et rattaché un lambeau formé aux dépens de la première phalange, dont la perte a été compensée par le rétablissement de la sensibilité et de la sensation du toucher.

Les quatre autres, qui ont entraîné le sacrifice entier du membre, sont :

1° Une amputation du bras pratiquée avec succès dans les plus mauvaises conditions possible, chez une femme de 77 ans, entrée à l'hôpital avec tout l'avant-bras envahi par la gangrène par suite de la piqûre d'un clou dans la paume de la main.

2° Une amputation de la cuisse à son tiers supérieur chez un adulte réduit au marasme le plus complet par le dévoiement colliquatif et la suppuration d'une carie du genou qui avait fusé jusqu'au voisinage de l'articulation coxo-fémorale. Opéré en quelque sorte malgré l'avis de plusieurs de nos confrères, la réunion immédiate et la cicatrisation des foyers purulents étaient presque complètes dix-huit jours après l'opération. Les abcès, vidés au moment de l'opération, avaient été barbouillés extérieurement avec de la teinture d'iode pure.

Les deux cas qui suivent ont été moins heureux; mais nous n'avions rien à nous reprocher, puisque nous n'avons fait que céder aux instances les plus pressantes de deux malheureux qui nous demandaient du soulagement ou la mort.

Théophile Bourlet, que vous avez tous connu, traînait depuis quelques années une carie du fémur survenue à la suite d'une chute; il n'était pas certain que la tête du fémur fût cariée. Le dépérissement dans lequel était tombé ce malheureux, épuisé par la suppuration, et l'acuité des douleurs lui faisaient solliciter l'amputation. Espérant que la suppuration n'avait pas pénétré dans la capsule coxo-fémorale, il nous restait quelque chance de salut; malheureusement les désordres de la cuisse nous prouvèrent le contraire. Nous fûmes réduits à la nécessité de pratiquer la désarticulation de la cuisse, et non-seulement la tête du fémur, mais l'os coxal étaient cariés. Tout espoir était perdu pour nous à l'aspect de pareils désordres ; mais nous eûmes une satisfaction, celle d'apporter un soulagement complet au malheureux patient : les huit jours qui suivirent cette grande opération s'écoulèrent presque sans douleur.

Les mêmes considérations d'humanité nous ont fait céder aux instances d'un autre malade, au risque de compromettre la réputation de la chirurgie. Il s'agissait d'un homme vigoureux, âgé de cinquante-cinq ans, atteint de gangrène spontanée; infecté par l'odeur repoussante du membre en décomposition, il veut en être débarrassé à tout prix, quelles que soient les conséquences. La gangrène étant limitée au-dessous du tiers supérieur de la jambe, nous avons acquiescé à son ardent désir, bien convaincus, six confrères et moi, qu'il ne pouvait y avoir qu'un soulagement momentané et un désir satisfait. L'opération, pratiquée au lieu d'élection, a été suivie des avantages que nous avions espérés. Le travail de cicatrisation a pu se faire presque entièrement ; le malade a pu retourner dans sa famille, et il a succombé plus tard à l'hydropisie générale qui a été la conséquence de l'oblitération des artères, et non pas aux suites de l'opération.

Ce cas était certainement, vu l'état général de la circulation et la faiblesse des battements du cœur, un de ceux qui devaient exclure le chloroforme ; mais comme l'absence de douleur pour le malade était la considération principale qui nous déterminait à céder à ses supplications, nous avons cru néanmoins devoir y recourir avec prudence, et il n'a été suivi d'aucun accident.

Il est d'usage de ne pas opérer dans les circonstances de cette nature, de crainte de compromettre la chirurgie; mais avec le bénéfice de la merveilleuse découverte moderne, il est des cas où c'est un véritable acte d'humanité de tenter presque l'impossible, surtout lorsque le malade a la certitude de courir cette faible chance non-seulement sans souffrir, mais encore en y trouvant un soulagement à ses tortures.

L'estime et la reconnaissance me font un devoir, en terminant la partie chirurgicale de ce rapport, d'exprimer à M. le docteur Labat, médecin suppléant, à M. le docteur Seurat (d'Essonne), le témoignage de ma gratitude pour leur assistance bienveillante et éclairée dans les cas qui ont réclamé les lumières et le concours de plusieurs médecins.

3° CATÉGORIE. *Service de médecine proprement dit.* — Le service médical proprement dit compte 179 malades, parmi lesquels se trouvent quelques incurables, qui vont disparaître de ce service par les travaux que vous allez exécuter.

Le dépouillement des registres, que je remets aujourd'hui entre les mains de l'administration, comprend un grand nombre d'affections aiguës de gravité variable, qui n'ont rien présenté de particulier. Les fièvres intermittentes y figurent pour un chiffre considérable, qui est dû en partie aux militaires qui reviennent d'Afrique. Il en est de même des rhumatismes, qui tiennent à la même cause, et peut-être aussi à notre voisinage de deux rivières. Nous avons donné des soins à 10 phthisiques, qui ont presque tous été soulagés par l'huile de foie de morue seule ou alliée à l'iodure de potassium. Les inspirations d'iode ont été employées concurremment avec les moyens précédents. La plupart de ces phthisiques sont étrangers à la localité ou récemment établis à Corbeil. Je crois pouvoir, d'après une expérience qui date bientôt de dix-huit ans, assurer que l'air un peu humide de notre localité prédispose peu au développement de la phthisie pulmonaire, et que ceux qui nous arrivent avec des phthisies confirmées y prolongent généralement leur existence plus longtemps que dans les localités élevées où l'air est sec et vif.

Mais la plus commune des maladies, à la campagne comme à la ville, tant dans la pratique civile que dans celle des hôpitaux, c'est sans contredit la fièvre typhoïde.

Nous avons traité cette année à l'hôpital 39 fièvres typhoïdes : hommes, 31; femmes, 8.

Trois ont succombé : homme, 1; femmes, 2.

Nous les divisons, en raison de leur durée et de leur gravité, en trois catégories :

Au-dessous de 30 jours, non compris la durée de la maladie avant l'admission à l'hôpital. 22

De 30 à 50 jours, non compris les jours qui ont précédé l'entrée. 11

De 50 à 90 jours, sans compter les jours de maladie avant l'entrée. 9

Il y a sur ce sujet des considérations pratiques de la plus haute importance, que je suis heureux de faire connaître à la commission administrative. Les chiffres de ces trois catégories prouvent que les 22 cas de la première n'ont pas été d'une gravité très alarmante; cependant nous n'y avons compris que des malades atteints de symptômes bien confirmés; le diagnostic n'a été inscrit sur le registre statistique dont nous analysons le dépouillement que vers le milieu ou à la fin de la maladie, c'est-à-dire lorsqu'il n'y avait plus de doute possible.

Voici comment nous expliquons la bénignité de la plupart des cas de cette catégorie : presque tous les malades étaient dans de mauvaises conditions hygiéniques, et quelques jours après leur soustraction à l'influence morbide qui pesait sur eux, le mieux se déclarait presque immédiatement. Et ce qui vient à l'appui de cette interprétation, c'est que nous avons vu deux fois cette année des jeunes gens presque guéris après huit jours de traitement, sortir de l'hôpital et y rentrer quelques jours après pour la même maladie complétement confirmée, et qui a parcouru toutes ses périodes. En général, la durée de la maladie a été d'autant plus courte que l'entrée à l'hôpital a été plus près du début; ce qui nous autorise à tirer cette induction, que le traitement à domicile est moins efficace que dans les établissements de charité lorsqu'ils jouissent des conditions hygiéniques désirables. Il serait utile de faire pénétrer cette vérité dans l'esprit des masses, qui, imbues d'idées tout à fait contraires, éprouvent trop souvent de la répugnance à entrer dans les hôpitaux.

Les 11 cas de la deuxième catégorie, c'est-à-dire de 30 à 50 jours, ne peuvent laisser de doute dans l'esprit de personne; à plus forte raison les 9 cas dont la durée a varié de 50 à 90 jours. Parmi les trois qui ont succombé, le premier, qui était un jeune coiffeur nommé Dumon, âgé de quinze ans, avait été soigné dans sa chambre pendant 18 jours; il n'est mort qu'après 66 jours de traitement à l'hôpital, c'est-à-dire le 84ᵉ de la maladie.

La femme Dubois, âgée de cinquante-neuf ans, traitée déjà à l'hôpital pour une pneumonie, fut prise de fièvre typhoïde en rentrant dans sa mansarde, d'où elle n'est descendue que lorsqu'on a entièrement désespéré de ses jours. Apportée presque mourante, elle lutta encore 9 jours contre l'agonie. L'autopsie confirma le diagnostic.

La troisième malade décédée est la femme Lefèvre, âgée de vingt-quatre ans, douée d'une constitution athlétique, mère de deux enfants, éprouvée par de violents chagrins et des privations; elle était traitée à domicile pour une fièvre typhoïde depuis vingt-deux jours, quand elle nous fut envoyée. Sa maladie a conservé la forme adynamique jusqu'à la mort, qui a eu lieu à la suite d'un phlegmon diffus du bras droit, le 54ᵉ jour de son admission, le 76ᵉ de la maladie. Un symptôme insolite avait persisté pendant toute la durée de la maladie, c'étaient des vomissements opiniâtres.

A l'autopsie, nous avons trouvé, outre les désordres du phlegmon, le système vasculaire presque entièrement vide de sang. Le cerveau ne porte aucune trace d'inflammation ; les ventricules seuls sont remplis de sérosité limpide. Tous les viscères parenchymateux sont atrophiés; les cavités ne contiennent aucun épanchement. L'estomac est très dilaté; il porte les traces d'une violente inflammation. Les intestins sont rétrécis et ne portent aucun vestige d'ulcération ni de cicatrices qui attestent qu'elles aient existé.

Si l'on pouvait admettre des fièvres typhoïdes graves sans ulcérations des plaques de Peyer, ce cas en serait un exemple; mais comme la cicatrisation a pu s'opérer pendant une maladie aussi longue sans laisser de traces, nous nous bornerons à signaler la singularité de cette gastrite générale, qui explique la persistance des vomissements. L'aspect des organes porterait à supposer, sans l'existence du phlegmon, que cette malheureuse est plutôt morte d'anémie que de la fièvre typhoïde.

Presque tous les malades des deux dernières catégories, qui sont au nombre de 17, ont présenté des symptômes ataxiques très alarmants et des eschares d'une profondeur effrayante. Une de ces malades, la fille Masson, qui a eu huit abcès considérables, sortie avant d'être entièrement guérie et que j'ai vue dans sa famille encore deux mois après sa sortie, n'a cessé de crier nuit et jour pendant un mois, à tel point qu'on fut obligé de la mettre dans une chambre particulière.

Je suis porté à attribuer une partie de nos succès dans les cas les plus graves à une addition que nous avons faite cette année au traitement habituel de la fièvre typhoïde : je veux parler du sulfate de quinine jusque-là vanté par les uns et rejeté par les autres, parce qu'on ne connaissait pas son véritable mode d'action. Ayant eu l'occasion de m'entretenir avec M. le professeur Coze, doyen de la Faculté de Strasbourg, ce savant confrère m'apprit qu'il avait acquis la certitude, par des expériences nombreuses sur les animaux, que la strychnine et le sulfate de quinine ont la propriété d'augmenter la contractilité vasculaire du cerveau ; tandis que l'éther, le chloroforme, l'opium et la plupart des narcotiques âcres ont la propriété inverse, c'est-à-dire qu'ils congestionnent le cerveau. Frappé de la propriété singulière dont jouissent, d'après cet expérimentateur, le sulfate de quinine et la strychnine, je me suis expliqué pourquoi les opinions étaient si opposées au sujet de ces médicaments.

J'ai administré depuis lors très fréquemment le sulfate de quinine à la dose de 50 à 60 centigrammes contre le délire de la fièvre typhoïde ataxique, et presque toujours il a été suivi d'un calme que l'on n'obtient pas par les autres médicaments.

Je viens d'essayer le même médicament dans une épidémie de méningite observée récemment à Petit-Bourg; j'avais perdu 5 malades de suite avant de recourir à ce moyen. Aussitôt que j'eus recours au sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes deux fois par jour, je n'en perdis que 1 sur 4 autres qui furent pris de la même manière que les premiers.

Ces faits, quoique peu nombreux, confirment les propriétés annoncées par M. Coze et méritent de fixer l'attention.

M. le professeur Piorry a démontré (fait admis aujourd'hui par tout le monde) que le sulfate de quinine racornit la rate très promptement : pourquoi ne contracterait-il pas en vertu de la même propriété les vaisseaux de l'encéphale, ceux des articulations dans le rhumatisme, ceux même des viscères parenchymateux, comme les poumons et le foie ? Partant de ce principe, j'ai employé le sulfate de quinine deux fois dans l'hémorrhagie cérébrale avec une apparence d'amélioration et trois fois avec succès dans les convulsions des enfants ; si ces propriétés se confirment, l'emploi empirique du sulfate de quinine fera place au rationalisme, qui offre bien plus de garanties au praticien.

Tel est, messieurs, le résumé succinct des faits principaux observés dans le service pendant l'année 1853; si vous ajoutez au nombre des malades admis celui plus grand encore des malades traités à la consultation, notamment pour les maladies des yeux, que nous avons traitées cette année avec un succès remarquable par la cautérisation extérieure des paupières, vous trouverez que le nombre des malades assistés s'élève au delà de 600, nombre qui ne peut qu'augmenter après les améliorations que l'hôpital va subir sous votre sage direction.

Permettez-moi, messieurs, en terminant de vous rappeler encore dans l'intérêt de l'humanité la malheureuse situation des aliénés par suite des lenteurs administratives. Il est rare qu'ils séjournent ici moins de huit jours, et plusieurs sont restés dans les cabanons un et même deux mois avant d'être transférés dans l'établissement où ils doivent recevoir des soins. Vous avez entendu avec un profond sentiment de tristesse les lamentations et le désespoir de quelques-uns, les cris et la fureur de plusieurs autres; vous avez vu un maçon qui a démoli une cloison avec son écuelle; enfin, tout récemment, un malheureux atteint de monomanie religieuse, trouvé par les gendarmes agenouillé devant une croix, s'était condamné à un jeûne de 40 jours; il a été impossible de lui faire avaler, même de force, le moindre aliment; il est mort de faim et des mutilations qu'il exerçait lui-même sur son corps en attendant son transfert dans une maison d'aliénés.

Ne serait-il pas possible d'abréger le supplice de ces malheureux aliénés déjà si dignes de compassion ! Peut-être l'administration supérieure ignore-t-elle les inconvénients des lenteurs que nous venons de signaler : il est de notre devoir de les lui faire connaître.

SUR L'APPLICATION LOCALE DE LA VAPEUR DE CHLOROFORME dans le traitement de diverses maladies, et spécialement de celles des organes utérins.

Par M. le Dr S.-L. Hardy, examinateur pour les accouchements au Collége royal des chirurgiens d'Irlande, vice-président de la Société d'obstétrique de Dublin, etc.

Pendant ces dernières années, le chloroforme a été souvent mis en usage comme un moyen puissant et avantageux de calmer les douleurs, et son mode d'emploi a varié suivant les cas. Tantôt on a préféré les inhalations de vapeur; d'autres fois cette substance a été administrée en potion, et enfin on l'a employée à l'extérieur, soit seule, soit combinée à d'autres liniments ou d'autres pommades. Malgré les avantages du chloroforme appliqué par ces diverses voies, il est des cas dans lesquels aucune de ces méthodes n'est à l'abri d'objections, et qui fournissent d'une manière certaine les avantages qu'on s'en promet. Une maladie peut être située de telle manière qu'elle se soustraye à l'influence de ce médicament, administré en lavement ou en liniment. Il peut s'écouler un temps assez long sans qu'on puisse obtenir du soulagement; alors ou il faut avoir recours à des remèdes plus prompts, ou si l'on a recours aux inhalations de vapeur, le malade achète le soulagement par la perte de connaissance. Or, sans parler de la répugnance des malades, il peut se trouver telle ou telle circonstance, une maladie du cœur ou du poumon, par exemple, qui mette un obstacle absolu à l'emploi des inhalations.

Pensant que le chloroforme peut être employé avec grand avantage sans être inhalé, et de cette manière calmer les souffrances plus rapidement qu'il ne le fait en application sous forme liquide, en pommade ou en liniment, j'ai essayé de le démontrer par l'application locale des vapeurs de cet agent au moyen d'un appareil particulier que j'ai fait construire. Trop peu de temps s'est écoulé depuis le moment où j'ai porté cet instrument à sa perfection pour que j'aie pu en faire l'essai sur une très grande échelle; cependant les résultats en ont été tellement satisfaisants, et les quelques cas que je vais faire connaître donneront, je l'espère, une idée tellement favorable de son efficacité, que l'on pensera peut-être avec moi que c'est une méthode dont on peut espérer de bons résultats.

C'est surtout dans les maladies du système utérin que cette méthode me paraît applicable. Des essais ultérieurs montreront peut-être que beaucoup d'autres maladies, dans les deux sexes, seraient susceptibles d'être traitées de la même manière. Mais comme un assez grand nombre de maladies des femmes sont excessivement douloureuses, et de plus très difficiles à traiter, par suite d'un état de sensibilité excessive du système nerveux, on se trouve dans la nécessité d'employer l'opium, qui a le grave inconvénient de déterminer de la céphalalgie, de la perte d'appétit, de la constipation; et si l'opium est contre-indiqué, on n'a plus sous la main que des médicaments insuffisants ou infidèles; tandis qu'à l'aide des applications locales de vapeurs de chloroforme on peut espérer le soulagement le plus complet et le plus rapide.

De prime abord ces applications déterminent une sensation de chaleur dont certains sujets se plaignent plus que d'autres, mais qui ne se prolonge pas au delà de quelques minutes. Si cette sensation est trop vive, on ralentit ou on suspend pendant quelques instants l'action de l'instrument. Cela suffit, si l'application est faite dans le vagin, pour calmer les douleurs dans les lombes, et quelquefois les douleurs sus-pubiennes, qui dépendent d'une irritation utérine; immédiatement après la sensation de chaleur qui est accusée par les malades, par suite de la présence des vapeurs, les douleurs se calment, d'abord dans le dos, et ensuite à la région pubienne.

Jusqu'ici je n'ai encore observé qu'un cas dans lequel le chloroforme employé de cette manière n'a pas soulagé immédiatement les douleurs; mais il y avait, indépendamment des douleurs éprouvées vers l'utérus ou vers le vagin, un état d'irritation de l'utérus résultant d'une excoriation.

Le soulagement produit par les applications locales de vapeur de chloroforme n'est pas ordinairement passager. Dans tous les cas où la douleur a été calmée, elle n'a pas reparu de plusieurs heures, et encore n'est-elle revenue qu'à un très faible degré. Dans les intervalles, il y avait habituellement un bien-être complet. Les malades qui avaient pris auparavant de l'opium préféraient le chloroforme, parce qu'il n'occasionnait le lendemain aucune sensation désagréable vers la tête.

Nous avons donné (voir notre numéro du 11 février) la description et le dessin de l'appareil; nous n'y reviendrons pas.

Arrivons à l'exposition de quelques-uns des cas dans lesquels les vapeurs de chloroforme ont été employées localement; la première maladie dont j'ai à présenter l'histoire est certainement une des plus douloureuses que l'on connaisse, une de celles qui tourmentent le plus les malheureuses femmes qui en sont affectées, et dans lesquelles il est malheureusement trop souvent indispensable de recourir à l'opium. Cependant les applications locales de chloroforme y ont été des plus avantageuses; la douleur a été supprimée en aussi peu de temps qu'elle aurait pu l'être par les inhalations, sans le moindre désagrément pour la malade, qui s'endormit immédiatement d'un sommeil parfait et dormit ensuite tranquillement toute la nuit, et cela à plusieurs reprises.

Obs. I. — Mistriss L..., âgée de quarante-cinq ans, très grosse et très robuste, mère de sept enfants, dont le plus jeune a cinq ans, avait eu de fréquentes attaques d'hémorrhagies utérines à des périodes irrégulières, hémorrhagies qu'elle supposait être *ménorrhagiques*, parce que la menstruation régulière, disait-elle, n'avait pas cessé lorsque ces écoulements hémorrhagiques irréguliers étaient survenus. Elle y avait fait d'abord peu d'attention; mais comme ces accidents résistaient au traitement mis en usage par son médecin, elle me fit appeler le 10 février 1853.

J'appris qu'outre les hémorrhagies, elle avait eu dans les intervalles un écoulement mucoso-purulent fétide, sensation de brûlure aux lombes, vessie plus ou moins irritable, constipation habituelle avec selles noirâtres et striées de sang; état nerveux très marqué, pâleur remarquable et faiblesse extrême par suite d'hémorrhagies abondantes et répétées.

Au toucher, je trouvai l'utérus profondément envahi par un cancer, le col détruit par l'ulcération dans une grande étendue, les bords de cette ulcération très sensibles au toucher; la plus légère pression déterminait une douleur très vive.

Des lotions astringentes et calmantes, des ventouses sur les lombes et sur le sacrum, des toniques à l'intérieur, etc., suffirent pour arrêter l'hémorrhagie, qui ne reparut plus qu'à de longs intervalles, et le plus souvent par suite de circonstances accidentelles, telles que des émotions morales auxquelles sa disposition nerveuse la rendait très sujette, ou du défaut de soins de la part de la garde, qui touchait quelquefois le col avec la seringue pendant les injections. La sensation de chaleur vers les lombes fut calmée aussi en quelques jours et ne se reproduisait plus que de temps en temps; mais une constipation rebelle venait ajouter à ses souffrances et nécessitait fréquemment l'emploi des purgatifs.

A cette époque, la malade ne souffrait pas beaucoup et n'avait pas encore l'aspect particulier des sujets cancéreux. Dans le désir de ne pas recourir continuellement aux opiacés pour calmer les douleurs, j'employai une foule de moyens, la teinture de chanvre indien, le camphre et l'extrait de jusquiame, le chloroforme en potions, des ventouses sur les lombes et sur le sacrum, des bains de siége tièdes, etc. Elle fut surtout soulagée par des frictions avec une drachme de chloroforme, un scrupule de camphre et une drachme d'extrait de belladone. Un peu d'exercice au grand air contribua à relever la santé générale et à ramener du sommeil.

Cependant les douleurs devinrent telles plus tard qu'il fallut de temps en temps recourir à la morphine, et c'est alors que je songeai à l'application locale des vapeurs de chloroforme. Lorsque ces applications avaient été faites pendant deux minutes, le doigt pouvait toucher l'ulcération de l'utérus sans occasionner la moindre douleur; ces douches occasionnaient seulement un peu de chaleur suivie d'engourdissement.

La première fois que cette application fut faite, la douleur fut complétement enlevée en quelques minutes, et le soulagement fut tel qu'en retirant l'instrument la malade tomba dans un profond sommeil et reposa parfaitement toute la nuit. On y a recours aujourd'hui toutes les fois qu'il faut calmer les douleurs, et la malade préfère de beaucoup ce moyen à la morphine, parce que la tête est plus libre et n'est pas lourde le lendemain comme après l'emploi de ce dernier médicament.

Dans les observations suivantes, et surtout dans les observations II et III, la vapeur de chloroforme semble avoir parfaitement réussi. Avant d'en faire l'essai, j'avais espéré de bons résultats de son application; mais la rapidité avec laquelle elle apporta du soulagement sur les deux malades et la permanence de calme apportée dans le sujet de la IIIe dépassèrent de beaucoup mes espérances. Il est à remarquer que dans l'obs. II la durée de la période menstruelle fut beaucoup retardée, d'où on peut conclure que l'application a non-seulement pour effet d'épargner au malade ses souffrances habituelles, mais encore, en surmontant l'action spasmodique de l'utérus, elle tend à amener une sécrétion plus naturelle. Jusqu'ici je n'ai pas eu l'occasion de vérifier cette sorte d'efficacité chez la malade de l'obs. III. Il est dans mon intention néanmoins de recourir à ce moyen lorsqu'elle sera arrivée aux approches de la prochaine menstruation; de sorte que sous peu je pourrai en faire connaître le résultat.

(Dans une note à la main, M. Hardy nous écrit que cette malade en a fait usage, en effet, et qu'elle a été menstruée sans douleur pour la première fois de sa vie.)

Obs. II. — Miss R..., âgée de vingt-cinq ans, était depuis quelques mois en traitement pour une maladie de l'utérus avant de se confier à mes soins.

Lorsque je la vis pour la première fois, le 13 septembre 1853, elle me dit que l'ulcération qu'elle avait au col de l'utérus était depuis quelque temps cicatrisée (ce que je vérifiai en effet), et qu'elle éprouvait maintenant une douleur très vive dans cet organe, douleur qui se manifestait tous les matins à son réveil, et continuait plus ou moins pendant la journée, en s'accompagnant de sensations douloureuses dans la partie inférieure du dos. La menstruation venait à des époques régulières, mais ses approches s'accompagnaient de douleurs très vives; l'excrétion était peu abondante et ne durait qu'un jour. L'appétit n'était pas bon, et la malade était extrêmement nerveuse et faible.

Le traitement que j'adoptai avec cette dame fut l'application de la vapeur de chloroforme à l'utérus, ce que la malade pouvait faire elle-même. Au bout de quelques jours elle me dit que la vapeur la soulageait toujours; son état s'améliora par son usage, et quand elle faisait l'application le soir, en se couchant, la douleur qu'elle éprouvait le lendemain matin était beaucoup moindre.

Le 19 septembre, elle éprouva les sensations habituelles qui annonçaient l'approche de la menstruation, qui, dans les époques précédentes, était, comme je l'ai dit, très douloureuse; mais elle eut recours à la vapeur du chloroforme; la douleur en fut rendue très supportable, et la sécrétion, qui ordinairement ne durait qu'un jour, continua pendant trois jours.

Obs. III. — Mistriss F..., âgée de vingt-cinq ans, d'une très forte constitution, se confia à mes soins le 23 avril 1853. Peu après son mariage, qui avait eu lieu trois années auparavant, elle avorta. Depuis lors elle n'est plus devenue enceinte. Sa menstruation, avant le mariage et jusqu'alors, était toujours très douloureuse et peu abondante.

Depuis deux ans et demi, la santé et la vigueur naturelles avaient beaucoup décliné, et la malade souffrait de vives douleurs dans le dos et la région utérine, accompagnées de leucorrhée. Par l'examen au spéculum, on reconnut une excoriation du col utérin qui céda promptement au traitement adopté.

Le 15 septembre, je fus de nouveau consulté pour le retour des douleurs vives aux lombes et à l'utérus qui la tourmentaient depuis quelque temps, mais qui, la veille du jour où elle vint me voir, avaient été si cruelles et s'accompagnaient de douleurs si grandes dans la poitrine, qu'elle ne comprend pas qu'elle ait pu les supporter. Ce jour-là, la douleur de poitrine était moins forte, mais elle souffrait à peu près autant que la veille des douleurs du pubis, du dos et de l'utérus. L'utérus était plus mou au toucher quand on l'examinait avec le doigt, mais le spéculum ne fit découvrir aucune ulcération du col. La vapeur de chloroforme, appliquée localement par la *douche anesthésique*, eut les effets les plus heureux et les plus prompts. Dans aucun des cas que j'ai rencontrés le soulagement n'a été plus instantané. A peine une minute s'était-elle écoulée depuis le commencement de l'application, que la malade se dit soulagée, d'abord de la douleur lombaire, et bientôt de la douleur du pubis et de l'utérus. Après que j'eus retiré l'instrument, elle éprouva pendant quelque temps une sensation de chaleur très agréable, avec un sentiment de force dans le dos. Elle ajouta que depuis plusieurs mois elle n'avait été aussi bien délivrée de douleur et dans un aussi bon état.

A en juger par la contenance de la malade, un changement si immédiat de la douleur au calme me parut très remarquable. Il n'y eut pas de retour de douleur avant huit heures du soir, et l'application du chloroforme avait eu lieu le matin, entre midi et une heure. La douleur était d'ailleurs si modérée qu'elle n'y attachait aucune importance. Le jour suivant, deux ou trois jets de la douche firent disparaître toute trace de malaise. La malade dit que non-seulement elle était soulagée de la douleur du dos, mais qu'elle était entièrement délivrée d'une sensation de pesanteur qui depuis quelque temps l'avait beaucoup fatiguée.

Nous donnerons la suite de ces intéressantes observations dans le prochain numéro.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 février 1854. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet des rapports de MM. Dusoriel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres), sur une épidémie de fièvres intermittentes qui a régné dans les communes de Clussais, Caunay et Pers, du mois d'août au mois d'octobre dernier; — Madier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Verdun (Meuse), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Vadelincourt; — Rondolphi, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Sarreguemines (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Laning.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine. — M. Bayard, de Cirey-sur-Blaise (Haute-Marne), adresse une note en réponse au rapport de M. Bricheteau relatif à l'influence de la vaccine sur les fièvres.

Traitement des fièvres intermittentes par les baies de lilas. — M. Clément, de Forges (Cher), adresse un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par les baies de lilas.

Pessaires à réservoir d'air dans le traitement des déviations utérines. — M. Gariel, à propos de la communication faite dans les deux dernières séances par MM. Broca et Cruveilhier, adresse une note intitulée *Notice sur l'application du pessaire Simpson et du pessaire à réservoir d'air dans le traitement des déviations utérines.* (Commissaires : MM. Danyau, Velpeau et Robert.)

Méthode nutrimentive. — M. Lucien Corvisart adresse un mémoire ayant pour titre *Observations propres à démontrer l'efficacité de la méthode nutrimentive ou preuve thérapeutique.* (Commissaires : MM. Longet, Londe et Bouchardat.)

M. Boudault, pharmacien, adresse un mémoire sur le principe digestif, les préparations nutrimentives, les moyens propres à reconnaître et mesurer leur action. (Même commission.)

Sonde utérine. — M. Valleix adresse la lettre suivante :

« Mon nom ayant été plusieurs fois prononcé dans les dernières séances de l'Académie, et M. Cruveilhier ayant communiqué à l'assemblée un fait qui me concerne, on serait sans doute étonné de me voir garder le silence. Aussi mon intention était-elle de présenter quelques explications à l'Académie. Mais atteint du choléra il y a quelques jours, je ne me sens pas encore assez fort pour entrer dans ce débat. Je prierai sous peu l'Académie de vouloir bien m'entendre. En attendant, je vous prie, monsieur le président, si vous n'y voyez aucun inconvénient, de vouloir bien communiquer à l'assemblée les remarques préliminaires suivantes :

» 1° On pourrait penser d'après les citations faites à l'Académie qu'après M. Simpson je suis à peu près le seul qui ai mis en usage le traitement dont il s'agit et que par conséquent la *responsabilité* est très peu partagée. Je rappellerai donc que ce traitement était, à quelques modifications près, celui de Kiwisch à Prague, qu'il est employé aujourd'hui par M. le professeur Mayer à Berlin, qu'en Angleterre, à côté de M. Simpson, se placent MM. les docteurs Rigby, Protherae, Smith, Cunning, etc., etc.; qu'à Paris MM. Richet et Maisonneuve en ont fait usage avec succès; que MM. Broussonnet à Montpellier, Piachaud et Maunoir à Genève, Le Diberders à Lorient, Moussous à Bordeaux l'ont adopté; que M. le docteur Pé de Laborde se propose de publier, ainsi que je l'ai appris récemment, une série d'observations sur ce sujet; que M. le professeur Dieulafoy (de Toulouse), dont le nom est

avantageusement connu, en possède aussi un certain nombre, et qu'enfin cette pratique a été adoptée par un bon nombre d'autres médecins français ou étrangers qui avaient pris connaissance des faits.

» J'ajoute que tout cela ne s'applique qu'à l'emploi du pessaire Simpson, du pessaire Kiwisch et Mayer, ou du redresseur intra-utérin.

» Quant à l'usage de la sonde utérine, il est bien plus répandu encore. Je me contenterai de citer M. Huguier, qui lui a donné le nom d'hystéromètre, et M. le professeur P. Dubois, dont la prudence n'est pas plus contestable que la haute valeur scientifique. J'ai en effet appris de M. P. Dubois lui-même qu'en y mettant tous les ménagements nécessaires il se servait avec avantage de la sonde pour redresser progressivement l'utérus dévié.

» 2° Je ferai remarquer qu'on a eu tort de confondre dans une même discussion ce qui est relatif à l'emploi de la *sonde utérine* et ce qui concerne l'*application du redresseur utérin*. Il n'y a aucune parité à établir; et quant à l'observation de M. Broca, que je n'ai connue que par le compte rendu incomplet qui se trouve dans les journaux de médecine, on peut dire déjà qu'il y a des circonstances si singulières que beaucoup de personnes ont douté de la réalité de la cause invoquée. Mais je me réserve de la discuter quand j'en aurai pu prendre connaissance d'une manière complète dans le *Bulletin* de l'Académie.

» 3° Relativement à l'observation de M. Cruveilhier, je me contenterai de dire aujourd'hui que j'ignorais complétement ce qui s'est passé, que je peux maintenant démontrer que le fait lui a été raconté de la manière la plus inexacte, et que l'interprétation de l'honorable professeur s'en est tellement ressentie, qu'il me sera facile de prouver que le titre de l'observation doit être totalemeut changé.

» 4° Une troisième question bien distincte a été soulevée par mon honorable maître M. Velpeau, c'est celle de la curabilité des déviations utérines. C'est une question qui ne peut être résolue que par les faits, et qui doit dominer toute la discussion. Je ne peux pas l'aborder ici, et je ne pourrai le faire complétement qu'après avoir fait un appel à tous mes confrères qui ont mis en usage le redresseur, afin qu'ils adressent à la commission ou à moi tous les cas favorables ou défavorables de leur pratique. Ainsi la vérité sera connue, et quel que soit le résultat, je m'en féliciterai, car si le danger de ce traitement dépassait celui qu'on doit malheureusement (ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Velpeau) craindre des plus minimes opérations chirurgicales, je redouterais plus que personne de les affronter. Je n'ai jamais nié, en effet, qu'on ne puisse provoquer des accidents. Ces accidents, je les ai signalés; mais ils ne m'ont pas paru de nature à faire renoncer à un traitement que je regarde comme efficace dans un grand nombre de cas.

» 5° Qu'on n'oublie pas enfin que ce traitement va en se perfectionnant tous les jours; que bien des accideuts qu'on a produits faute d'une expérience suffisante sont aujourd'hui évités, et que dans les déviations en arrière j'ai remplacé avec avantage l'emploi du redresseur intra-utérin par celui du redressement avec la sonde et du pessaire en caoutchouc combinés, qui me donne chaque jour d'excellents résultats. Mais je n'insiste pas sur ces points, car ce sont autant de questions posées naturellement à la commission académique, et qu'elle pourra résoudre quand elle aura pris connaissance des faits. » (Commission nommée.)

Amygdalotome. — M. Maisonneuve adresse la lettre suivante :

« D'après la réclamation adressée dans la dernière séance par M. le docteur Blatin, l'amygdalotome que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie ne serait autre que le sien.

» Permettez-moi, monsieur le président, de repousser cette prétention, qui ne supporte pas l'examen, et que dément le plus simple coup d'œil jeté sur les deux instruments. »

— M. Maisonneuve adresse un mémoire sur une nouvelle méthode d'urétrotomie pour la cure radicale des rétrécissements de l'urètre. (Nous en publierons un extrait.)

— MM. Chassaignac, Nélaton et Moreau (de Tours) écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

LECTURES.

Folie circulaire. — M. Falret reprend et termine la lecture du mémoire qu'il avait commencé de lire dans la dernière séance sur la folie circulaire. (Nous en donnerons un extrait.)

M. Baillarger. Dans la communication que notre collègue M. Falret avait commencée dans la dernière séance et qu'il a terminée aujourd'hui, il y a deux choses complétement distinctes :

1° Une réclamation relative au travail que j'ai lu à l'Académie il y a quinze jours;

2° Un mémoire sur la folie circulaire.

Je n'ai pas à m'occuper du mémoire rédigé depuis la lecture de mon travail, à laquelle notre collègue avait assisté.

Reste donc la réclamation; elle se fonde sur un court alinéa faisant partie d'une leçon publiée en 1851 dans la *Gazette des Hôpitaux*. D'après M. Falret, la folie circulaire qu'il a indiquée dans ce passage ne serait autre chose que le genre de folie décrit par moi sous la dénomination de *folie à double forme*.

Avant de discuter jusqu'à quel point cette réclamation est fondée, permettez-moi, messieurs, de la réduire à ses véritables proportions. A mon avis, en effet, elle ne peut s'adresser qu'à une petite partie des observations que j'ai étudiées sous le nom de folie à double forme. Pour le prouver, il me suffira de rappeler ce que M. Falret entend par folie circulaire.

C'est une forme spéciale des maladies mentales caractérisée par la succession continue d'accès de mélancolie et de manie, séparés seulement entre eux par de courtes intermittences.

Je ferai remarquer que la condition essentielle est ici la continuité dans la succession des accès; sans cela, l'espèce de roulement qui a donné à notre collègue l'idée d'employer la dénomination de circulaire n'existerait pas.

Ceci bien établi, il sera facile, je l'espère, de démontrer que beaucoup d'observations de folie à double forme ne peuvent en aucune manière rentrer dans cette définition.

1re *catégorie.* — Elle comprend les accès isolés, soit que le malade n'en ait qu'un seul, soit qu'il en ait au plus quelques-uns séparés par de très longs intervalles, et provoqués par de nouvelles causes.

Ces faits n'ont rien de commun avec la folie circulaire, puisque le caractère principal, la continuité dans les accès, n'existe pas.

2e *catégorie.* — Les accès se reproduisent d'une manière intermittente, mais irrégulière. Le malade a huit, dix, douze accès à des intervalles de six mois, d'un an, deux ans même, et aucune cause nouvelle ne peut expliquer l'apparition.

Ici encore les observations n'ont rien de commun avec la folie circulaire.

3e *catégorie.* — C'est la folie à double forme périodique. La durée des intermittences est régulière, mais très variable, selon les cas. Dans l'un des faits que j'ai cités, elle était de quinze jours; dans l'autre, de huit mois.

Ici encore point de continuité dans les accès, qui ne peuvent être rattachés à la folie circulaire. S'il en était autrement, les mots folie circulaire seraient synonymes de folie intermittente périodique, et on ne peut pas prêter à notre collègue M. Falret la pensée d'avoir voulu confondre deux choses si différentes.

Il faut d'ailleurs bien distinguer les intermittences dont M. Falret a parlé de celles dont il est ici question.

Les premières auraient lieu entre les périodes de l'accès; les secondes, au contraire, séparent les accès eux-mêmes.

Supposez, par exemple, qu'il y ait une intermittence bien tranchée, mais très courte, entre chacun des trois stades qui se succèdent dans l'accès de fièvre intermittente, ce sera quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans la folie circulaire; mais ces intermittences, je n'ai pas besoin de le dire, sont très différentes de celles beaucoup plus prolongées qui séparent les accès eux-mêmes.

C'est une distinction qu'il est utile de ne pas oublier.

4e *catégorie.* — Je rangerai ici les accès qui se succèdent sans interruption, mais dont la durée est au plus de quelques mois. Ces faits pourraient rentrer dans la folie circulaire, mais ils en sont exclus par l'un des caractères principaux; je veux parler des intermittences. Ici la transition est si brusque, si rapide qu'aucun doute n'est possible. Les périodes et les accès se succèdent sans interruption. M. Brierre de Boismont a cité il y a quelques jours un fait de ce genre. Le malade était trois jours gai, expansif, agité, trois jours triste, abattu et inerte. Il n'y avait aucune intermittence ni entre les périodes, ni entre les accès.

5e *catégorie.* — C'est la seule série d'observations qui rentre dans la folie circulaire telle que l'a définie M. Falret. Il s'agit d'accès de longue durée qui se succèdent sans interruption.

Le passage d'une période à l'autre se fait d'une manière lente, graduelle, et on peut même croire, à un certain moment, que le malade est revenu à la santé.

Je ne crois pas que ce retour soit complet, et par conséquent qu'il y ait même une courte intermittence.

M. Falret, au contraire, admet cette intermittence.

C'est là une dissidence importante, sans doute, mais qui, en réalité, n'empêche pas que je ne reconnaisse complétement ici les observations qui ont fixé l'attention de notre collègue.

Voilà, messieurs, un premier fait.

Sans rien exagérer, et en prenant les termes mêmes dont s'est servi M. Falret, sur cinq catégories d'observations que comprend la folie à double forme, une seule rentre dans la folie circulaire, et encore faudrait-il supprimer l'un des caractères principaux indiqués par M. Falret, c'est-à-dire les intermittences entre les périodes.

C'est donc à tort, comme on le voit, que notre collègue a présenté d'une manière générale la réclamation qu'il a élevée. Pour être exact, il eût fallu la restreindre à une partie seulement des observations dont j'ai parlé.

Voilà le premier fait que je tenais à bien établir.

Cette réclamation une fois ramenée dans les limites qu'elle n'aurait pas dû franchir, recherchons jusqu'à quel point elle est fondée, et pour cela voyons sur quelle base s'est appuyé M. Falret pour admettre la folie circulaire.

Cette base est nettement établie au commencement de l'article qu'il a lu devant vous.

Il résulte de cet article :

1° Que la transformation de la manie en mélancolie, ou réciproquement, a été signalée de tout temps comme un fait accidentel;

2° Qu'on n'a pas assez remarqué, ou au moins qu'on n'a pas dit d'une manière assez expresse que cette succession se manifeste quelquefois avec continuité et d'une manière presque régulière.

M. Falret ajoute immédiatement : « Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme de maladie mentale que nous » appelons folie circulaire, etc. »

Ainsi, messieurs, aucun doute n'est possible sur la pensée principale : avant notre collègue, la succession de la manie en mélancolie était considérée comme un fait accidentel.

En opposition avec ce fait, il établit pour certains cas deux choses : la continuité et la presque régularité de cette succession.

Je crois, messieurs, que M. Falret a commis ici une assez grave erreur; avant lui, la succession de la manie et de la mélancolie n'avait pas été considérée dans tous les cas comme accidentelle.

Examinons d'abord ce qui se rapporte à la continuité de cette transformation.

Tous les auteurs ont dit que la mélancolie et la manie alternaient entre elles. Or quelle différence y a-t-il entre deux maladies qui alternent entre elles et deux maladies qui se succèdent d'une manière continue?

Ici, je dois le dire, il y a eu un changement très notable entre le passage de la *Gazette des Hôpitaux* et celui que M. Falret a lu devant l'Académie et qui se trouve dans ce que j'appellerai la seconde édition de ses leçons.

Dans le premier cas, M. Falret ne dit point que la succession de la manie avec la mélancolie a seulement été considérée comme un fait accidentel.

Il reconnaît, au contraire, que les auteurs ont fréquemment parlé des alternatives de la mélancolie et de la manie.

Le fait de la continuité des accès ayant été fréquemment indiqué par les auteurs, il est évident que je n'avais pas à l'emprunter à notre collègue.

Reste la circonstance plus importante de la régularité.

Ce caractère ne se trouve pas dans le passage de la *Gazette des Hôpitaux*; il n'est que dans la deuxième édition des leçons. Je crois devoir faire remarquer que je ne pouvais pas connaître cette deuxième édition, qui a paru quelques jours seulement après la lecture de mon mémoire. Mais j'admettrai si l'on veut que M. Falret a simplement omis dans la *Gazette des Hôpitaux* le fait de la régularité dans la succession des accès.

Ce caractère, je ne l'ai point emprunté à notre collègue, par une raison bien simple, c'est qu'il se trouve dans l'ouvrage d'Esquirol, t. II, p. 170, et je dois rappeler que j'ai cité ce passage au commencement de mon mémoire. Il y a cependant une différence que je dois signaler entre ce passage et celui de M. Falret : dans ce dernier, la succession des accès est présentée comme *presque* régulière; Esquirol est plus net et moins timide, il proclame que cette succession est *très* régulière.

Ainsi, non-seulement notre collègue n'a pas dit le fait d'une manière plus expresse qu'on ne l'avait fait avant lui, mais, au contraire, il l'a atténué. Quel emprunt pouvais-je donc lui faire sous ce rapport, puisque la base sur laquelle il s'appuie était connue et nettement définie?

Mais si M. Falret n'a rien ajouté au fait principal, il est bien vrai qu'il lui a donné une dénomination nouvelle. Cette dénomination, je n'ai pas à la critiquer, mais évidemment elle m'eût été, quand bien même je l'eusse connue, complétement inutile.

M. Falret n'a parlé de la folie circulaire qu'après la folie intermittente. C'était là sa place, puisqu'il n'a eu en vue que de consacrer un mode particulier de succession.

Mais de même qu'on ne pourrait pas appeler intermittente une maladie qui est souvent continue, de même je n'aurais pu me servir du mot circulaire pour une maladie qui, dans les trois quarts des cas, ne présente pas ce mode particulier de succession.

Il résulte de ce que je viens de dire que je n'avais à emprunter à notre collègue ni le fait qui lui a servi de base, puisqu'il était connu, ni la dénomination qu'il a créée, puisqu'elle ne pouvait convenir à mon travail.

En résumé, je crois pouvoir conclure de la discussion à laquelle je viens de me livrer :

1° Que la réclamation élevée par M. Falret, présentée comme elle l'a été sans restriction et d'une manière générale, est inexacte, puisqu'au lieu de s'adresser à tout mon travail elle ne se rapporte qu'à une seule des catégories des observations que j'ai étudiées;

2° Que même dans ces limites cette réclamation n'est pas fondée, puisque je n'ai pu emprunter à notre collègue ni le fait principal sur lequel il s'est appuyé et qui avait été nettement indiqué avant lui, ni la dénomination nouvelle qu'il a créée, puisqu'elle ne pouvait s'appliquer à mon travail.

Avant de terminer, permettez-moi, messieurs, d'ajouter quelques mots.

Il est bien vrai que le court alinéa de la *Gazette des Hôpitaux* m'avait échappé, mais cette omission paraîtra peut-être assez légère, si j'ajoute que M. Morel, l'élève et l'ami de notre collègue, et qui a si longtemps suivi ses leçons, vient de publier deux volumes dans lesquels il a décrit un très grand nombre de variétés de folie, sans mentionner la folie circulaire.

Mon silence a été involontaire; mais en eût-il été autrement, que je comprendrais difficilement que notre collègue montrât à cet égard quelque susceptibilité.

M. Falret a écrit cent pages sur les hallucinations, et en particulier sur la théorie de ce phénomène; il a dans dix endroits discuté, sans le citer une seule fois, mon travail sur le même sujet, auquel l'Académie a bien voulu accorder le prix Civrieux en 1845, et qui fait partie de la collection de ses *Mémoires*.

Je n'ai jamais songé à me plaindre du silence de notre collègue, ayant pour principe qu'il faut s'habituer sous ce rapport à une grande tolérance. Sans cela, en effet, la vie se passerait en vaines discussions, dont le moindre inconvénient serait de n'avoir pour la science aucun espèce d'utilité.

Calculs biliaires. — M. A. Legrand lit un mémoire intitulé *Nouvelle méthode de traitement de la maladie connue sous le nom de calculs biliaires.*

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La Société de médecine de Nîmes a mis au concours pour l'année 1855 la question suivante :

« Quels sont les moyens thérapeutiques qui, employés dès le début » dans les fièvres graves, peuvent le plus sûrement en enrayer la » marche. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 fr.

Les mémoires devront être envoyés, *franco*, selon les formes académiques, avant le 1er mars 1855, au siége de la Société, à l'hôtel de ville à Nîmes.

— Les pharmaciens seuls ont le droit de tenir et de vendre des préparations inscrites au *Codex*. L'eau-de-vie camphrée étant de ce nombre, les épiciers chez lesquels on avait trouvé de ce médicament ont donc été condamnés.

L'herboriste peut vendre seulement des plantes indigènes non toxiques. Il ne peut tenir chez lui en dépôt des médicaments portant le cachet d'un pharmacien. Il ne peut préparer, vendre ni débiter des médicaments sans agir contrairement à la loi, qui est chargée de les réprimer, s'ils sont signalés à l'autorité par les jurys médicaux.

— Le tribunal correctionnel, 7e chambre, présidence de M. Pasquier, dans son audience du 19 janvier, a condamné le sieur Spineux, élève en pharmacie, demeurant Grande-Rue, à La Chapelle-Saint-Denis, à 250 fr. d'amende, pour avoir, sans être reçu suivant les formes voulues, préparé, vendu et débité au poids médicinal des compositions pharmaceutiques, et avoir détenu et mis en vente de la poudre de ciguë corrompue.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 21. — SAMEDI 18 FÉVRIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 21. — SAMEDI 18 FÉVRIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Anesthésie locale. — Faits négatifs.

A côté des faits que nous avons cités et que nous pourrons rapporter encore de l'action favorable des applications locales de la vapeur de chloroforme, il nous en est communiqué plusieurs dans lesquels cette action paraît avoir été nulle. Nous devons rapporter les expériences négatives comme nous avons donné les autres; c'est le seul moyen d'arriver à une appréciation vraie et exacte d'une méthode qui semble s'annoncer avec des résultats satisfaisants, que nous verrions avec peine démentis par une observation rigoureuse. Avant tout cependant, la vérité.

Voici donc des faits négatifs :

Une première expérience a été faite dans le service de M. Velpeau avec l'appareil de M. Hardy. Il s'agissait d'un abcès de l'aisselle. Les douches de chloroforme, continuées pendant trois ou quatre minutes, n'ont diminué en rien la douleur de l'incision.

Chez une autre femme, les douches, continuées pendant six minutes, n'ont altéré en aucune façon la sensibilité de la peau qui recouvrait une tumeur cancéreuse du sein.

Les douches ont été dirigées pendant six minutes au moins sur un point très circonscrit de la main d'un élève du service; au bout de ce temps il sentait les piqûres d'épingle comme auparavant.

— Dans le service de M. Gerdy, suppléé par M. Giraldès, on ne compte que des insuccès. Dans un cas où il s'agissait d'un abcès de la paume de la main qui fut ouvert sans douleur, on croyait à l'action locale du chloroforme, mais un examen du malade répété le lendemain, fit voir que cet engourdissement de la sensibilité tenait uniquement à une plaie très profonde de la région antérieure de l'avant-bras, qui devait avoir divisé tous les nerfs superficiels de cette partie. Et en effet, le lendemain encore toutes les parties placées au-dessous étaient aussi insensibles que la veille.

— Nous avons parlé d'un premier essai fait par M. le professeur Nélaton; voici, d'après une relation exacte des internes de son service, les résultats qu'il aurait obtenus.

Dans un premier cas, un jeune homme de dix-huit ans portant un abcès de la région dorsale du pied, consécutif à une ostéite, abcès peu douloureux du reste, et qui ne faisait souffrir à la pression qu'une douleur tolérable, fut soumis à l'action locale du chloroforme pendant cinq minutes et demie préalablement à l'ouverture de cet abcès. L'incision fut faite lentement avec un bistouri dans une étendue de 2 centimètres. Le malade n'avait point été rendu complétement analgésique. Il perçut la douleur, mais à un faible degré; il la compara à celle qu'aurait produite une piqûre d'épingle.

Une seconde expérience a été faite sur un jeune homme de vingt-sept ans, porteur d'une tumeur mélicérique du volume d'une petite noix à la partie postérieure et supérieure du bras. Les insufflations de chloroforme furent faites pendant cinq minutes. Dans ce cas l'insuccès fut complet; l'incision fut ressentie très vivement par le malade, qui exprima la douleur de la manière la plus énergique.

Une troisième expérience a été faite sur un jeune homme de vingt-quatre ans, étudiant en médecine, et chez lequel une adénite suppurée nécessitait une incision. Cette incision fut faite après cinq minutes d'insufflations chloroformiques. Ce jeune étudiant assura avoir ressenti une douleur aussi vive que si l'on n'eût pas fait usage du chloroforme.

— Nous nous sommes rendu hier à l'hôpital des Enfants, où nous savions que plusieurs essais devaient être faits sur des enfants qui avaient à subir diverses opérations. Mais, avant d'assister à ces expériences cliniques, nous avons été témoin avec quelques médecins et quelques élèves de l'hôpital d'une expérience faite dans des conditions physiologiques, c'est-à-dire sur la peau saine. L'auteur et le sujet de l'expérience était le chef de service lui-même, M. le docteur H. Roger.

Avant d'aller plus loin, nous devons dire que ces expériences, ainsi que celles que nous rapporterons tout à l'heure, ont été faites avec un appareil modifié de manière à rendre l'application du chloroforme beaucoup plus immédiate, et à la circonscrire dans des limites déterminées et que l'on peut varier suivant l'étendue des régions que l'on se propose de rendre insensibles. Cette modification, que M. Charrière fils a introduite dans l'appareil, et qui lui a été suggérée par M. le professeur P. Dubois, consiste à remplacer à volonté le tube terminal en caoutchouc par un long tube flexible auquel est adaptée une ventouse qui s'applique sur les parties que l'on veut soumettre à l'action du chloroforme. La figure ci-jointe fera suffisamment comprendre cette modification.

Dans une première expérience, M. H. Roger a reçu sur la face dorsale de l'avant-bras les vapeurs de chloroforme pendant trois minutes. Puis, pendant qu'il avait les yeux fermés, l'un des assistants a piqué alternativement avec une épingle les points de la peau qui avaient reçu les vapeurs de chloroforme et les points voisins qui étaient restés à l'abri de son action. Les piqûres d'épingle ont été ressenties par M. Roger avec tout autant d'intensité sur les premiers points que sur les seconds, ainsi que sur diverses autres parties du corps plus éloignées du siége de l'expérience. Cette première expérience pouvant paraître insuffisante, une seconde a été faite de la même manière sur la face palmaire de l'avant-bras, mais en prolongeant les insufflations pendant cinq minutes. Les résultats eu ont été tout aussi nuls. La région de l'avant-bras soumise au chloroforme est restée aussi sensible aux piqûres que les régions voisines. Enfin, dans une troisième expérience, les insufflations ont été dirigées sur la joue, et prolongées pendant dix minutes. Mêmes résultats négatifs. Et cependant M. Roger nous a assuré qu'après cette troisième expérience il éprouvait une sorte d'excitation légère du cerveau, comme un premier degré d'ébriété, semblable à l'état que produit un verre de champagne. Cette épreuve a donc été, pour M. H. Roger comme pour nous, complétement négative.

De là, nous nous sommes dirigé vers l'amphithéâtre, où M. P. Guersant se disposait, ainsi que nous venons de le dire, à pratiquer plusieurs opérations.

Sur une petite fille d'une dizaine d'années environ, portant un vaste abcès à la région inguinale gauche, après cinq minutes d'insufflations, M. Guersant a largement incisé la peau. La petite malade a poussé des cris aigus et perçants, qui témoignaient assez de la persistance de la sensibilité de cette région.

La seconde expérience a été faite sur un jeune garçon de onze à douze ans, calculeux, et qui avait déjà subi l'avant-veille une séance de lithotritie. Cette première séance de lithotritie avait été faite sous l'influence de l'inhalation du chloroforme; mais, loin d'aider à l'opération, l'action du chloroforme y avait nui plutôt en produisant un certain degré de contracture dans les muscles des régions périnéo-pelviennes. Cette fois c'est à l'anesthésie locale que M. Guersant a voulu recourir. Les parties génitales externes et une partie du périnée ont été englobées dans la ventouse et soumises aux fumigations chloroformiques pendant cinq minutes; puis M. Guersant a introduit l'instrument lithotriteur. L'introduction de l'instrument a été accusée par l'expression non douteuse d'une assez vive douleur; mais le reste de l'opération s'est passé sans que le jeune malade ait paru en souffrir notablement. On ne peut guère conclure de ce fait ni pour ni contre, la douleur produite par le cathétérisme chez un sujet déjà soumis plusieurs fois à cette opération n'étant en général pas très vive. Quoi qu'il en soit, l'opération n'a tout au moins pas été compliquée par cette manœuvre préalable, comme elle l'avait été précédemment par l'action insuffisante de l'inhalation, et elle a pu être exécutée avec une grande facilité.

Voilà, comme on le voit, des faits dont on ne peut jusqu'ici rien conclure en faveur de la méthode nouvelle.

Les mêmes insuccès ont été constatés dans divers services chirurgicaux, notamment à l'Hôtel-Dieu par M. Jobert (de Lamballe), et plus tard que ce matin même à l'hôpital de Lourcine par M. Gosselin. M. Gosselin, ayant à exciser des végétations syphilitiques autour des parties sexuelles chez une femme, a voulu aussi essayer l'action anesthésique locale; il a également échoué. Les excisions ont paru être aussi douloureuses que d'habitude.

Ajoutons toutefois qu'il ne faudrait pas encore se prononcer définitivement et d'après ces seuls faits sur la valeur de cette méthode. Outre qu'on rapporte des résultats qui auraient été plus heureux; que M. Laugier, par exemple, aurait eu à se louer de son emploi dans plusieurs cas, il faudra nécessairement multiplier et varier les expériences, avoir la patience peut-être de les prolonger plus longtemps avant de se prononcer. Et enfin s'il restait démontré que cette méthode fût inapplicable aux opérations, il y aurait encore à étudier son action soit comme moyen de combattre les douleurs spontanées névralgiques ou d'autre nature, soit dans diverses applications à l'obstétrique ou au traitement de certaines affections utérines, contre lesquelles son inventeur l'a particulièrement préconisée. Tout ce que nous pouvons dire jusqu'ici à l'égard des douleurs spontanées, c'est qu'un amputé de la cuisse du Val-de-Grâce qui souffrait d'intolérables douleurs de son moignon a éprouvé un grand soulagement à ses douleurs à la suite de l'application locale du chloroforme à l'aide de l'appareil en question, si bien que M. Larrey a prié M. Charrière de confectionner pour l'usage de ce blessé une espèce de manchon destiné à envelopper le moignon, et à le maintenir aussi longtemps qu'on le désirerait plongé dans une atmosphère de chloroforme.

— Ajoutons que M. Ricord a pratiqué hier l'opération du phimosis sur trois sujets chez lesquels il a eu recours à l'anesthésie locale.

Le premier malade n'a ressenti aucune douleur; les deux autres ont été très sensibles et ont jeté des cris comme s'ils n'avaient pas été anesthésiés.

— Enfin, M. Michon a employé ce moyen chez une fille de salle qui portait sous l'aisselle un abcès; elle n'a pas souffert de l'incision. Mais il faut observer que l'abcès était très avancé, mûr, et par conséquent la peau amincie et naturellement peu sensible.

Nous suivrons ces divers essais, et tiendrons nos lecteurs au courant de leurs résultats.

Opération de fistule à l'anus. — Anesthésie locale prolongée pendant seize minutes. Résultats absolument nuls.

M. le docteur Adolphe Richard nous communique de son côté le fait suivant :

Mlle J. P., âgée de vingt-deux ans, fut opérée par moi, il y a un an, d'une fissure à l'anus au moyen de la dilatation forcée. Débarrassée pendant deux mois de tout symptôme douloureux du côté de l'anus, elle vit reparaître après ce temps quelques douleurs qui, dernièrement s'étant exagérées, me portèrent à l'examiner attentivement. Je découvris avec étonnement l'existence d'une fistule complète, qu'aucun abcès n'avait précédée; fistule très simple, du reste, offrant au milieu d'une petite saillie fongueuse deux orifices extérieurs entre le coccyx et l'ouverture anale, et immédiatement au-dessus du sphincter l'orifice interne, facile à sentir. L'opération fut décidée et pratiquée jeudi dernier, 16.

Lors de la première opération j'avais endormi la malade, mais difficilement et non sans éprouver quelques craintes; si bien que j'étais tout disposé, d'accord avec les amies de cette jeune femme, à ne point y avoir recours de nouveau. C'était donc une bonne occasion d'essayer l'anesthésie locale, et je préparai tout pour que l'expérience fût aussi probante que possible. La finesse et la délicatesse des téguments de la région malade me semblaient être une bonne condition, et aussi le voisinage de l'anus de l'orifice interne, la voie ouverte entre les deux orifices par le trajet fistuleux. En un mot, nous avions là, pour les vapeurs chloroformiques, une perméabilité parfaite des tissus que devait intéresser l'instrument tranchant.

D'un autre côté, je voulus donner à l'appareil une puissance et une précision très grandes, dont est, du reste, bien éloignée la simple vessie élastique du docteur Hardy (de Dublin). Le tube d'un soufflet neuf fut vissé à un récipient de la capacité d'un demi-litre. Celui-ci, à demi-rempli par une éponge, présentait un trou à son milieu, par lequel le liquide devait être versé, et ce trou ensuite pouvait être bermétiquement fermé. Au bout opposé à l'abouchement du soufflet, on adapta au récipient une petite pomme d'arrosoir percée de trous convergents. Je m'étais muni, chez notre

collègue M. Mialhe, d'une demi-livre d'un mélange à poids égal d'éther et de chloroforme.

Une plaque de diachylon embrassait par son centre percé l'union de la pomme d'arrosoir et du récipient. La circonférence de cette plaque de diachylon déchiquetée fut collée avec soin sur le pourtour de l'anus, de manière à circonscrire la région malade et à constituer au-dessus d'elle une poche imperméable emprisonnant les vapeurs chloroformiques sans cesse projetées. Pendant seize minutes, assisté de M. Lefort, interne, nous poussâmes ainsi sur l'anus un jet soutenu de vapeurs éthérées. Environ 200 grammes du mélange anesthésique furent employés.

La malade se plaignit d'abord de chaleur, puis de cuisson, enfin d'un froid excessif autour du fondement, dont la sensation alla au point de provoquer un refroidissement général avec frissonnement et claquement de dents.

En effet, quand nous mîmes la région à nu, la peau était comme gelée. Le stylet, introduit doucement, provoqua pourtant de la douleur, laquelle devint très vive et fut accusée par les cris de la patiente quand je fis basculer le bout du stylet à travers l'anus. Enfin, pendant tout le temps que, par quelques coups de bistouri, j'extirpai le trajet fistuleux la douleur devint atroce et se prolongea longtemps après l'application du pansement.

En somme, au point de vue de l'anesthésie locale, le résultat a été entièrement négatif; car il n'y a pas eu même une légère diminution de la sensibilité. Le stylet, introduit avec douceur, a été senti, et douloureusement. Il me semble, de plus, qu'il est impossible de faire plus en grand l'application locale du chloroforme et de s'entourer de plus de précautions. Enfin, il n'est pas inutile d'ajouter que, m'appuyant sur l'expérience de M. Paul Dubois et de M. Nélaton, je comptais sur un succès, fût-il partiel, et j'avais tout fait pour l'obtenir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Dans la dernière leçon, nous nous sommes occupés de déterminer les grandes prédispositions aux hernies inguinales; pour en résumer les points principaux, je dirai :

1° Les hernies inguinales, chez l'homme, sont à toutes les autres : : 16 : 1.

2° Les hernies inguinales, quant à l'époque de leur apparition, comprennent trois grandes périodes: De la naissance à 10 ans, hernies de l'enfance; de 10 à 35 ans, hernies de la jeunesse ou de force; et de 35 à 100 ans, hernies de l'âge adulte et de la vieillesse, ou hernies de faiblesse.

3° Les professions *debout* ou qui exigent plus d'efforts en donnent trois fois plus que les professions assises jusqu'à l'âge de 35 ans. Après cet âge, cette proportion s'élève jusqu'à 4 contre 1, et redescend à 2 1/2 contre 1 dans l'âge du déclin.

4° Les hernies héréditaires sont dans la proportion de 2 sur 7. L'influence de l'hérédité masculine est quadruple de celle de la ligne féminine. Cette influence s'exerce surtout jusqu'à l'âge de 30 ans, période pendant laquelle elle fournit environ 1/3 des hernies. Jusqu'à 60 ans elle en fournit 1/4, et passé cet âge elle n'en donne plus que très peu.

5° La taille élevée nous a paru aussi être une puissante prédisposition aux hernies. A ce sujet, je fus abordé à la sortie de ce cours par un jeune Anglais, fils d'un chirurgien militaire, qui m'apprit que dans son pays on refusait pour la cavalerie les individus de taille trop élevée, parce qu'ils étaient trop sujets aux hernies.

6° Chez les hernieux indigents, le ventre plat s'est offert sur les 2/3 des sujets, et une configuration du ventre qui m'a paru le plus exposer aux hernies est celle dite *à triple saillie*.

Prédispositions de l'enfance. — D'où peut venir chez les nouveau-nés cette énorme proportion de hernies? La prédisposition se trouve parfaitement évidente d'après un détail anatomique. Pendant le cours de la vie intra-utérine, et souvent même longtemps après la naissance, le testicule n'est pas descendu dans le scrotum. Lorsqu'il descend, d'après son adhérence au péritoine il l'entraîne avec lui comme un doigt de gant; mais il lui adhère dans un point où ce dernier ne forme point de repli viscéral; il peut donc descendre sans entraîner d'anse intestinale; et si alors le péritoine contracte des adhérences dans le trajet du canal, on a plus de chances d'être préservé des hernies. Mais si le testicule descend quelque temps après la naissance, et que les enfants fassent des efforts de toux et de cris, on court grand risque de voir apparaître en même temps une hernie.

Sur 102 fœtus à terme observés par Brasdor, 72 avaient les deux testicules descendus; il s'en trouvait donc 30 prédisposés à la naissance. En outre, ce n'est pas toujours la descente du testicule qui est une cause de hernie; mais chez certains individus le canal péritonéal qui lui a livré passage n'est pas oblitéré, ou ne l'est que partiellement, de sorte que dans les efforts que fait l'enfant, les viscères se trouvant refoulés en bas d'après le degré d'oblitération, il y a ou non formation de hernie.

Sur 63 sujets examinés par Camper, et chez qui les deux testicules étaient descendus :

7 seulement avaient les deux canaux oblitérés ;
34 les avaient ouverts des deux côtés ;
14, canal ouvert à droite ;
8, canal ouvert à gauche.

Il y avait donc les 8/9 de ces sujets plus spécialement exposés aux hernies inguinales.

Proportion des hernies inguinales selon le côté. — Je vais maintenant m'occuper de la différence de fréquence des hernies inguinales d'un côté par rapport à l'autre. D'abord, elles sont plus communes à droite qu'à gauche chez l'enfant nouveau-né que chez l'adulte. Chez les sujets qui avaient le canal ouvert d'un côté seulement, 14 l'avaient à droite et 8 à gauche. La proportion est de 7 sur 4 pour le côté droit. Et avant d'aller plus loin, je veux vous conter un fait personnel, un souvenir d'enfance. Mon père était un chirurgien établi loin de toute communication facile avec une grande ville; il était donc obligé de se munir de bandages pour sa clientèle, et généralement on lui vendait douze bandages droits pour un gauche. La proportion est sans doute exagérée; cependant il lui est resté encore quelques bandages du côté gauche.

Quant à moi, sur 273 individus que j'ai examinés au Bureau central, il s'en est trouvé 171 porteurs de hernies droites, et 102 de gauches. Il est remarquable que la proportion soit ici la même qu'à la naissance. A Bicêtre, sur 439 sujets n'ayant de hernies que d'un côté, 253 l'avaient à droite et 186 à gauche : proportion, 7 à 5. Aux Invalides, M. Hutin a trouvé 296 hernies droites pour 216 hernies gauches: proportion, 7 à 5. Ces quatre séries prouvent que les hernies droites sont aux gauches dans le rapport de 7 à 4 ou 5.

Il est très difficile de déterminer la cause qui influe sur le côté droit plus que sur le côté gauche. En serait-il de même que pour certaines lésions, telles que luxations et fractures, qui sont plus fréquentes d'un côté que de l'autre? Peut-on admettre que là aussi les muscles du côté droit agissent plus que ceux du côté opposé? Schinke en a accusé la présence et le poids du foie; mais ce viscère est suffisamment soutenu pour ne point peser sur les parois. Martin pensait que c'était l'inclinaison du mésentère qui vient précisément à droite. Mais alors, puisque cette conformation est générale, pourquoi la fréquence ne serait-elle pas plus considérable?

M. J. Cloquet a proposé la solution la plus raisonnable. Il pense que cette proportion est due au plus grand nombre d'individus qui agissent des membres droits. D'après sa théorie, quand un homme est droit et qu'il fait un effort, le diaphragme, qui participe aux actes musculaires, se contracte et refoule les viscères en bas. La résultante de cette pression vient alors aboutir à la région hypogastrique qui est très forte, et si elle agit directement en avant, il ne peut y avoir de hernie inguinale; mais si cette résultante vient agir directement en avant et en bas, il peut y avoir une hernie double. Si le corps est un peu penché, ce qui est le cas le plus fréquent, la pression s'exerce spécialement du côté opposé à la courbure du corps, et la hernie se fait alors de ce côté. Il y a du vrai là dedans; mais si l'on recherche pour cette théorie la preuve matérielle des chiffres, l'idée seule subsiste. En effet, penché à gauche en portant un fardeau à droite, doit-on nécessairement avoir la hernie à droite? On a vu des sujets ayant la hernie à droite après avoir porté un fardeau à gauche *et vice versâ*. On peut seulement en déduire cette conclusion: c'est que la hernie se produit surtout du côté où les muscles agissent le plus; il est éminemment difficile d'en déterminer le mécanisme. Le fait établi, on devrait trouver quelque rapport entre le nombre des droitiers et celui des hernies droites; cependant, sur 151 hernieux interrogés avec soin, j'ai trouvé 136 droitiers et 15 gauchers: des 136 droitiers, porteurs de hernies inguinales uniques, 91 l'avaient à droite et 45 à gauche; de même 10 gauchers l'avaient à gauche et 5 à droite. D'après ces chiffres, le droitier est deux fois plus exposé à la hernie droite, le gaucher deux fois plus à la hernie gauche.

J'ai voulu savoir si dans la disposition anatomique il n'y avait pas chez l'adulte quelque chose de semblable à ce qui se rencontre chez le nouveau-né. On a accusé le poids du scrotum et du testicule, ou même le plus grand poids d'un testicule sur l'autre; cette différence de poids, examinée par M. J. Cloquet, est si faible qu'elle est de peu d'importance. En outre, on dit généralement que le testicule gauche descend plus que le droit. Il y a bien des individus chez qui cette disposition se présente, mais beaucoup aussi les ont tous deux au même niveau, et beaucoup ont le droit plus bas que le gauche. Chez le vieillard, l'hydrocèle peut être une cause de hernie; mais il n'en est pas de même pour le poids du testicule.

Causes déterminantes des hernies inguinales. — Quelle peut être la cause déterminante d'une hernie? Cette question posée à tous recevrait la même réponse: Un effort. Ce n'est pourtant pas la règle générale; et ce qui m'a surpris dans l'histoire des hernies, c'est que sur 310 sujets examinés à ce point de vue, il s'en est trouvé 57 chez qui la hernie s'était produite sans cause connue : ce sont celles-là que je nomme *hernies spontanées*. Le malade ne s'est pas aperçu de son apparition; il n'a souvenir ni d'une chute, ni d'un coup, et est fort surpris de se trouver porteur d'une hernie; il ne sait quand et comment elle s'est produite. Des 253 autres, 65 avaient eu leur hernie en soulevant un fardeau. Or, pour élever un fardeau, on commence par écarter les jambes pour se faire une plus large base de sustentation, on penche le corps en avant, et c'est dans cette position que la force s'exerce; c'est aussi dans celle-là que les anneaux se trouvent le plus écartés et offrent conséquemment moins de résistance, et lorsque le corps chargé se redresse d'avant en arrière, quoique penché à droite ou à gauche, la pression se produit obliquement et violemment à l'endroit des anneaux et détermine ainsi des hernies.

La connaissance de ce fait est très importante pour le traitement des hernies par les bandages, car le plus souvent les bandagistes se contentent d'appliquer le bandage lorsque le malade est debout et de le faire tousser. C'est donc au chirurgien de faire mettre le malade dans cette position et de bien examiner si le bandage comprime suffisamment la hernie, et s'il n'y a pas à craindre qu'elle ne fasse saillie et ne puisse passer en dessous de la pelote.

38 sujets seulement avaient eu la hernie en portant un fardeau, 36 en faisant des efforts pour vaincre la constipation, 20 après une toux violente comme dans la coqueluche, 17 après des chutes, 9 par suite de coups sur le ventre, 2 après des efforts de vomissement, et 1 enfin en s'efforçant d'uriner pour cause de rétrécissement de l'urètre.

A propos de coups sur le ventre, laissez-moi vous citer un fait remarquable. Il y a longtemps, avant l'époque où je fis mes recherches sur les hernies, je fus consulté par une femme enceinte qui avait reçu un coup de pied dans le ventre, et prétendait qu'il en était résulté une hernie. Je l'examinai avec soin, et ne trouvant pas de traces de ce coup, qui, disait-elle, était de date récente, je conclus que la hernie était ancienne. Erreur! car l'ecchymose et la production d'une hernie à la suite de coups sur le ventre ne sont nullement solidaires l'une de l'autre.

Voilà pour la production des hernies par les efforts; mais on se trouve bien embarrassé dans l'application de cette théorie. En effet, un homme est devenu hernieux en portant un fardeau; à quel moment s'est produite la hernie? ne lui a-t-il pas fallu faire plusieurs efforts pour soulever, porter et décharger ce fardeau? Il est difficile d'éclaircir ces questions; on doit s'aider des souvenirs du malade et tenir compte des grandes prédispositions, telles que hérédité, faiblesse de constitution, etc.

Des hernies inguinales doubles. — Tout ce qui a été dit jusqu'ici n'a trait qu'aux hernies simples; pourquoi ne nous sommes-nous pas encore occupé des doubles? sont-elles donc si rares? On les a négligées parce que les chirurgiens ne se sont occupés des hernies qu'au point de vue de l'étranglement. Qu'importait donc qu'il y en eût deux ou une? Elles sont bien loin d'être rares; car, sur 319 hernies inguinales observées en 1835 et 1836, il y avait 133 hernies simples et 186 doubles. Ces dernières sont donc plus fréquentes. Se produisent-elles aussi de la même manière que les simples? J'ai classé ces 186 hernies doubles : 34 s'étaient produites ensemble à la suite d'un effort ou spontanément et 8 étaient de celles que l'on nomme faussement congéniales. Voilà pour les hernies doubles *simultanées*. Mais pour celles qui sont devenues doubles par le développement d'une autre que j'ai appelée *secondaire* et qui arrive plus ou moins longtemps après la hernie primitive, sur 144 hernies doubles, 44 seulement avaient été déterminées par un coup violent et 100 avaient apparu sans qu'on pût en déterminer la cause.

Ainsi, un homme affecté d'une hernie prend toutes les précautions possibles; ce qui n'empêche pas qu'à son insu il ne se développe une hernie *secondaire;* et qui plus est, ces hernies *secondaires*, si nombreuses, peuvent se manifester à tout âge et aussi bien peu de jours après l'apparition de la première que 50 ans après. On ne se trouve donc assuré par rien contre la hernie secondaire. Il y a pourtant une période où l'on s'y trouve plus exposé : c'est dans les six premières années qui suivent la hernie primitive. Ainsi j'ai trouvé 12 sujets chez qui la hernie secondaire avait suivi la première de quelques jours, quelques semaines ou quelques mois, et 34 chez qui elle s'était développée de la deuxième à la cinquième année.

On voit donc que les hernieux sont plus sujets que les autres aux hernies, et que cet agrandissement du réceptable des viscères qui se fait d'un côté est loin de préserver l'autre.

Développement des hernies inguinales. — Je vais m'occuper maintenant du mode de développement des hernies, et sous ce rapport je les classerai en deux grandes catégories. Dans la première sont les hernies de l'enfance, que l'on peut appeler hernies à *canal ouvert;* dans la seconde, celles de l'âge adulte ou de la vieillesse, ou hernies à *canal fermé*. Ces hernies de l'enfance, A. Cooper les appelait hernies dans la tunique vaginale. Cette dénomination ne suffit pas, car je distinguerai tout à l'heure quatre variétés de hernies dans la tunique vaginale. Pour Scarpa, les hernies congéniales sont celles qui se forment au-dessous du testicule descendu. Mais ce sont les plus rares, et au Bureau central je fus souvent deux mois sans en rencontrer. Ce sont ces hernies que j'ai appelées *hernies vaginales testiculaires*. Mais dans la majeure partie des cas l'oblitération a commencé dans le canal; le rétrécissement au-dessus du testicule; là s'arrête alors l'intestin. Il peut s'arrêter plus ou moins loin de l'anneau; mais il est toujours au-dessus du testicule qui est libre; la hernie n'est donc en contact qu'avec le cordon. J'appelle cette espèce *hernies vaginales funiculaires*. A. Cooper donne à une certaine espèce de hernie le nom de *hernie vaginale enkystée*. Cette dénomination est fausse; il n'y a rien d'enkysté; seulement dans ces hernies, après avoir ouvert le sac herniaire, si l'on pousse un peu plus loin on arrive dans un autre sac sans ouverture; c'est encore ici la *hernie funiculaire* qui, poussée plus bas par un nouvel effort, a doublé la tunique vaginale et a formé ainsi deux poches, dont une renferme le testicule et l'autre le cordon.

Voici donc deux variétés importantes de hernies dans lesquelles le testicule est descendu dans le scrotum. Il en est deux autres

(1) Suite. — Voir les numéros des 2 et 9 février.

dans lesquelles il ne l'est pas, et cette circonstance est bien plus fâcheuse. En effet, si avec le testicule qui se présente à l'anneau il y a une hernie, celle-ci par sa pression enflamme le testicule; si on comprime la hernie par un bandage, on gêne le testicule et on le retient dans le ventre, ce qui est encore plus mauvais. D'un autre côté, si on ne fait rien, on est exposé aux accidents de la hernie. J'appelle cette variété *hernie testiculaire*. Le testicule étant dans l'anneau, il est très rare qu'il se produise une *hernie funiculaire*. La sortie brusque n'est même pas toujours une cause de hernie. J'ai vu un jeune homme qu'un maladroit avait jeté à plat ventre sur l'eau, et chez qui le testicule arriva brusquement dans le scrotum très tuméfié; il n'y eut pas de hernie; l'oblitération du canal suivit immédiatement la sortie du testicule. Enfin ne peut-il pas se faire une autre espèce de hernies le testicule étant encore dans le ventre? J'ai vu un sujet chez qui la tunique vaginale entraînée dans le scrotum avait fait un petit recul vers le périnée. Ne pouvait-il pas dans ce cas se produire de hernie dont l'anatomie ne repousse pas la possibilité? Je n'en ai jamais rencontré de ce genre.

Jules Ley.

SUR L'APPLICATION LOCALE DE LA VAPEUR DE CHLOROFORME

dans le traitement de diverses maladies, et spécialement de celles des organes utérins (1).

Par M. le Dr S.-L. Hardy, examinateur pour les accouchements au Collége royal des chirurgiens d'Irlande, vice-président de la Société d'obstétrique de Dublin, etc.

Obs. IV. — Mistriss K..., âgée de trente-deux ans, de complexion délicate, mère de six enfants, dont elle nourrit le plus jeune, fut prise, en août dernier, d'une violente hémorrhagie utérine; depuis ce temps, elle a souffert beaucoup dans le dos, et, trois jours avant que je la visse, elle éprouva en même temps une douleur très vive à la région épigastrique. Cédant à la violence de ses souffrances, elle vint me consulter trois semaines environ après son hémorrhagie utérine. Elle paraissait souffrir beaucoup, était courbée en avant par suite de la douleur épigastrique qu'elle disait se faire sentir de droite à gauche. Il fallait apporter au plus tôt du soulagement; je procédai donc à l'application de la vapeur de chloroforme sur l'utérus, par le vagin, au moyen de la douche anesthésique, dans l'espoir de la calmer plus promptement par ce moyen que par tout autre. J'eus à peine lancé une demi-douzaine de jets sur le col de l'utérus, que la douleur s'apaisa d'abord dans le dos, et bientôt après à l'épigastre. La sensation qu'elle éprouva lui parut très agréable; ce fut une chaleur douce dans le dos, une disparition complète de toute douleur, ce qu'elle n'avait pas éprouvé depuis trois semaines. En se relevant du canapé pour se mettre debout, elle éprouva un peu de faiblesse, mais seulement pendant quelques minutes. Pendant l'application de la vapeur, elle n'éprouva aucune sensation désagréable à la tête, et le pouls ne parut pas affecté.

Obs. V. — Mistriss R..., âgée de trente-trois ans, très-faible, et d'aspect maladif, fut confiée à mes soins, le 4 avril 1853, pour une hémorrhagie utérine survenue à la suite d'un avortement qui avait eu lieu trois semaines auparavant. Elle avait eu trois enfants, tous venus avant terme, et avait avorté plusieurs fois. D'après l'apparence extérieure de la malade et l'histoire de sa maladie, je crus reconnaître dans sa constitution une atteinte de syphilis; le manque de soins et d'avis dans ses avortements et en tout temps avait dû contribuer beaucoup à la délicatesse de sa santé. Après que l'hémorrhagie utérine eut été arrêtée, je découvris sur le col de l'utérus une ulcération qui se cicatrisa par un traitement convenable. Pendant qu'elle existait, et quelque temps après sa cicatrisation, la malade souffrit beaucoup dans le dos et les aines, éprouva des élancements pénibles dans le vagin, pour lesquels beaucoup de remèdes furent employés. L'un des plus efficaces fut l'emploi dans les aines et sur le sacrum d'une pommade de chloroforme et de camphre, comme dans la première observation.

Le 12 septembre, elle éprouva un retour de douleur dans le dos et le vagin, mais sans réapparition de l'ulcère du col utérin. Elle recourut de nouveau aux onctions, mais sans succès.

Le 15, elle fut forcée de venir me voir, ayant beaucoup souffert la nuit précédente, et se trouvant dans un état d'angoisse extrême. J'appliquai alors la vapeur de chloroforme au moyen de la douche anesthésique sur l'utérus et le vagin. Au bout de quatre ou cinq minutes, elle éprouva du soulagement d'abord dans le dos, et ensuite dans le vagin. Je continuai les douches pendant quelques minutes, afin d'en rendre les effets plus permanents, ce qui réussit si bien, qu'elle put s'en aller, se trouvant tout à fait délivrée de ses douleurs. Quand je la revis, quelques jours après l'application, elle me dit que le calme persistait, et qu'elle se trouvait beaucoup mieux qu'elle n'était depuis longtemps.

Obs. VI. — A. Coffey, âgée de trente ans, mère de cinq enfants, vint me consulter le 16 septembre 1853. Une semaine auparavant, son fils, âgé de treize mois, lui mordit en tetant le bout du sein gauche, et elle en ressentit une vive douleur. Elle persista cependant à nourrir jusqu'au 16 septembre, où elle fut obligée de cesser, à cause de la vivacité de la douleur. Le sein entier était très-sensible au toucher, surtout à la partie inférieure et vers l'aisselle, où il était très-dur et très-gonflé; la peau était mobile sur la glande tuméfiée, et ne présentait aucune trace d'inflammation. Le mamelon était aussi très sensible, et offrait une petite plaie telle que peut la faire la dent d'un enfant.

La malade me dit que depuis quelques jours elle avait fréquemment éprouvé une sensation de défaillance, et elle paraissait très faible et languissante.

Dans l'intention de prévenir l'absorption trop rapide de la vapeur, je couvris son sein d'une capsule de papier, et sous elle je dirigeai le bec de la douche vers le mamelon, sur lequel je fis agir le chloroforme pendant la première partie de l'opération. Au bout d'une minute environ, elle put endurer que je le pressasse entre deux doigts sans éprouver la moindre douleur. Je fis alors arriver la vapeur sur la partie tuméfiée, au-dessous de l'enveloppe de papier, et l'effet sur cette partie fut le même que sur le mamelon; la malade put souffrir l'examen et la pression en n'éprouvant qu'une douleur très faible. La malade porta sa propre main au-dessus et au-dessous du sein, témoignant de son soulagement et affirmant qu'elle se trouvait bien mieux qu'elle n'avait été depuis quelques jours. Lorsque je la revis, elle me dit que son sein avait été fort bien pendant le reste du jour où le chloroforme fut appliqué.

Obs. VII. — Ce fait est pour ainsi dire hors de sa place ici, suivant l'auteur; mais comme à cette époque le choléra semblait de nouveau menacer l'Angleterre, il a cru devoir le consigner comme une preuve de l'action bienfaisante que l'on peut obtenir du chloroforme dans cette maladie. J'ai mis en usage, dit-il, ce moyen très fréquemment dans la plupart des cas de vomissement et de diarrhée qui se sont présentés à mon observation, et d'après ce que j'ai reconnu de son efficacité pour calmer l'irritabilité de l'estomac et ramener la chaleur, je suis très bien disposé en sa faveur.

M. B..., âgé de cinquante-neuf ans, fut pris de choléra dans la nuit du 27 août 1853. Il n'avait pas dormi, vomissait tout ce qu'il portait dans son estomac, avait eu des selles abondantes, fréquentes et riziformes aqueuses; il éprouvait des crampes violentes dans l'abdomen et les membres, qui lui arrachaient fréquemment des cris de douleur.

Je le vis de bonne heure le 28. Il était très faible et fort mal; il avait de l'anxiété, une cyanose très marquée; le pouls était très petit, peu augmenté de fréquence; la surface du corps et les extrémités étaient froides. Les évacuations alvines avaient cessé depuis quelques heures, mais il continuait à rejeter toutes les boissons qu'il prenait par en haut. Je prescrivis une mixture qu'il vomit immédiatement, quoiqu'elle lui fût donnée dans le but de le calmer. Il avait pris du camphre dissous dans l'alcool qui lui procura beaucoup de soulagement, mais n'arrêta pas le vomissement. Je lui donnai alors 15 gouttes de chloroforme dans un peu d'eau froide qu'il but avec grand *plaisir*, en disant que c'était la meilleure chose qu'il eût prise. Peu après, il tomba dans un sommeil paisible et réparateur pendant deux heures. A son réveil, il se trouva beaucoup mieux; l'estomac était calme, et il se sentait réchauffé et dans un bien meilleur état.

Je prescrivis alors qu'on lui donnât toutes les heures 10 gouttes de chloroforme dans un peu d'eau, tant que les vomissements persisteraient; mais le soulagement produit par la première dose fut si grand qu'il en demanda une seconde, qu'on lui donna bien que les vomissements ne fussent pas revenus. L'estomac demeura entièrement calme et il était tout à fait bien, lorsque malheureusement ses amis lui donnèrent, sur sa demande, un verre de gingembre, qui ramena les vomissements et les selles. Je lui prescrivis alors de l'acétate de plomb et de l'opium, de la glace, de l'eau froide, etc.; et pour calmer les crampes qu'il éprouvait aux aines, dans le ventre et les extrémités, on le frotta avec du chloroforme, dans la proportion d'une drachme dans une once d'axonge. Ce liniment agit parfaitement et produisit non-seulement l'effet désiré en calmant les crampes, mais contribua aussi beaucoup à arrêter les vomissements. Au bout de quelques jours, il entrait en convalescence.

En observant les effets du chloroforme appliqué localement en vapeur dans les cas qui précèdent, je me suis efforcé d'arriver à une appréciation vraie de sa valeur comme remède. Outre les cas que j'ai cités, j'ai appliqué la vapeur localement dans diverses autres formes d'irritation. Dans l'une de ces formes surtout, dans laquelle je désirais connaître son action, c'est le *pruritus pudendi*, maladie extrêmement inquiétante et désagréable pour les malades, et pour laquelle elles répugnent souvent à demander des secours. Je m'en suis servi dans un cas de ce genre sur une malade très intelligente, qui depuis longtemps en était tourmentée, surtout aux approches de la période menstruelle, et avait inutilement employé différents remèdes. La vapeur de chloroforme, me dit-elle, lui procura beaucoup de soulagement.

Si les futures observations coïncident avec les résultats déjà observés, on pourrait en tirer les conclusions suivantes :

1° Que dans plusieurs formes de maladies accompagnées de douleur ou d'irritation l'application locale de la vapeur de chloroforme agit fréquemment avec autant de promptitude pour amener du soulagement que lorsqu'elle est inhalée selon la méthode ordinaire;

2° Que la vapeur appliquée localement n'occasionne aucun effet désagréable (à l'exception d'une sensation de chaleur plus ou moins grande), soit au moment même, soit après, et doit être, par conséquent, préférée dans les circonstances où il existe des contre-indications pour l'inhalation;

3° Que, comme remède, l'application locale est préférable à l'usage de l'opium et des narcotiques dans les affections spasmodiques et douloureuses, particulièrement du système utérin, à cause d'abord de son innocuité sur les organes digestifs, et, en second lieu, de la rapidité de son action.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'URÉTROTOMIE

pour la cure radicale des rétrécissements de l'urètre.

Lu à l'Académie de médecine (séance du 14 février).

Jusqu'à l'époque toute récente, dit M. Maisonneuve, où M. Syme (d'Edimbourg) et M. Reybard (de Lyon) eurent l'heureuse idée d'appliquer au traitement des rétrécissements de l'urètre la méthode des grandes incisions, la cure radicale de ces maladies était considérée comme à peu près impossible. La cautérisation, sur laquelle on avait fondé de grandes espérances, n'avait tenu aucune de ses promesses. La scarification, considérée du reste plutôt comme un adjuvant utile de la dilatation que comme une méthode curative, n'avait donné que des succès éphémères. Enfin, la dilatation elle-même, malgré les nombreux perfectionnements apportés à ses procédés, ne réussissait, dans le plus grand nombre des cas, qu'à pallier le mal, sans en détruire la canse organique.

Le traitement des rétrécissements de l'urètre n'avait donc, malgré les efforts incessants de la chirurgie, réalisé presque aucun progrès; seule, la méthode des grandes incisions renferme une idée féconde, et nous paraît enfin devoir atteindre le but si longtemps poursuivi.

Il n'est plus permis, en effet, de révoquer en doute la possibilité d'obtenir un élargissement durable de l'urètre à l'aide d'incisions profondes pratiquées sur le tissu inodulaire qui constitue les rétrécissements. Les magnifiques travaux de M. Reybard ont établi ce fait d'une manière incontestable, et les observations cliniques qui le démontrent sont actuellement assez nombreuses pour que chacun ait pu les voir et les constater.

C'est donc un fait actuellement bien acquis à la science qu'une incision profonde pratiquée longitudinalement dans le canal de l'urètre donne lieu à une cicatrice déprimée, et que celle-ci forme une sorte de rigole permanente, dont la largeur augmente d'autan les dimensions du canal.

Mais si ce principe fondamental de l'urétrotomie a reçu l'assentiment de presque tous les chirurgiens, il n'en est pas à beaucoup près ainsi des méthodes et des procédés opératoires imaginés pour son application.

Ces méthodes sont au nombre de trois. L'une, dite méthode de Syme, boutonnière ou urétrotomie de dehors en dedans, consiste à diviser successivement avec un bistouri la peau, le tissu cellulaire et les parois de l'urètre au niveau du rétrécissement.

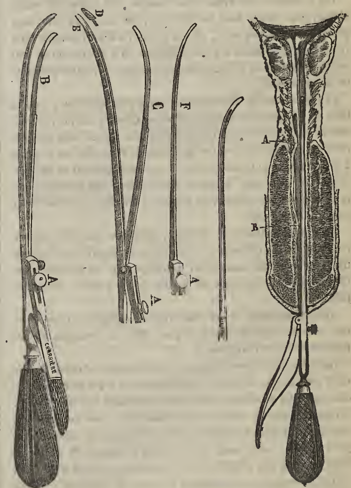
La seconde méthode, imaginée par divers chirurgiens, mais appliquée plutôt aux scarifications qu'aux incisions profondes, es dite urétrotomie d'avant en arrière, et s'exécute avec des instruments de forme très variée, dont la pointe, introduite dans l'ouverture du rétrécissement, sert de conducteur à une lame tranchante que l'on fait saillir au-devant de l'obstacle, et que l'on pousse ensuite contre lui pour le diviser.

La troisième méthode enfin, imaginée par M. Reybard, sous le nom duquel elle est connue dans la science, consiste à diviser d'arrière en avant toute l'épaisseur des parois urétrales au niveau du point rétréci, au moyen d'un intrument dont la lame, d'abord cachée, s'ouvre quand elle a dépassé l'obstacle. Cette lame, ainsi ouverte à angle obtus, est ramenée d'arrière en avant contre le rétrécissement, qu'elle incise dans toute l'épaisseur de la paroi du canal.

Chacune de ces méthodes remplit bien certainement le but principal, qui est la division du point rétréci; mais leur manuel opératoire est ordinairement si délicat et si complexe, et surtout les accidents qu'elles entraînent sont si nombreux et si graves, que les praticiens les plus expérimentés hésitent à en faire usage.

La méthode nouvelle que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie a l'avantage d'arriver au même résultat que les précédentes, sans présenter presque aucun de leurs inconvénients, et son exécution surtout est si facile et si simple, qu'elle peut sous ce rapport être rangée dans la catégorie des opérations les plus vulgaires.

Cette méthode, que je désignerai sous le nom d'*urétrotomie de dedans en dehors*, consiste à diviser les parois rétrécies au moyen d'un bistouri caché dont la lame, enveloppée d'une gaîne, est introduite jusque dans l'ouverture de l'obstacle, et là, par un mécanisme des plus simples, se dégage, presse de dedans en dehors sur le rétrécissement qu'elle tend à dilater, puis, au moindre mouvement de traction, incise les parties malades à la profondeur que l'on a déterminée à l'avance.



Instrument. — L'instrument dont je me sers n'est point un in-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

strument nouveau; il est connu de tous les chirurgiens, son mécanisme leur est familier : c'est tout simplement le lithotome de frère Côme. Pour en faire un urétrotome, je me suis contenté de rendre sa lame un peu plus longue et courbe sur le plat; de donner à sa gaîne une forme plus mousse, surtout à son extrémité; d'y faire tracer les divisions du mètre, afin d'y faire adapter un régulateur plus précis pour graduer son degré d'ouverture; enfin de disposer son articulation de manière qu'au besoin l'écartement de la lame puisse être égal dans toute son étendue.

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION. — *Précautions préliminaires.* — Avant de pratiquer l'urétrotomie par notre méthode, le chirurgien doit préalablement amener graduellement l'urètre au degré de dilatation suffisant pour que l'urétrotome puisse être facilement introduit. Il doit surtout accoutumer le canal au contact des instruments, afin d'éviter les accidents fébriles qui dans cette région compliquent si fréquemment les opérations même les plus simples. En conséquence, pendant une quinzaine de jours au moins, le malade sera soumis à la dilatation graduée, au moyen de bougies élastiques. En même temps, on le tiendra à un régime doux; on lui prescrira des bains fréquents, des lavements émollients, des boissons rafraîchissantes.

Ce traitement préliminaire n'a pas seulement pour objet d'accoutumer le canal au contact des instruments et d'obtenir la dilatation nécessaire pour l'introduction de l'urétrotome, il est encore utile pour permettre au chirurgien d'introduire les instruments explorateurs, et de s'éclairer ainsi d'une manière précise sur le nombre des rétrécissements, sur leur position, leur étendue, leur degré de résistance, etc. Toutes ces données étant acquises, on peut procéder à l'opération.

Le malade doit être couché sur le dos et maintenu dans cette position par des aides. Il est bon aussi qu'il soit soumis au chloroforme. Le chirurgien, placé à droite, explore une dernière fois l'urètre avec une bougie à boule, puis saisissant l'urétrotome, dont il a fixé d'avance le degré d'ouverture à 15 millimètres environ, il l'introduit comme un cathéter ordinaire jusqu'à 3 centimètres au delà du rétrécissement, et le dispose de manière que sa concavité regarde en haut. Alors, tenant la verge tendue sur l'instrument, il ouvre celui-ci en pressant sur la bascule, et par un mouvement de traction lui fait parcourir un trajet de 2 centimètres d'étendue.

Ce mouvement suffit pour que la lame tranchante incise tous les obstacles qui s'opposaient à son développement, sans néanmoins intéresser les parties saines intermédiaires. Alors l'opérateur cessant aussitôt de presser sur la bascule, la lame rentre dans sa gaîne et l'urétrotome est retiré doucement.

Mode d'action de l'urétrotome sur les rétrécissements. — Nous avons vu qu'au moment où le chirurgien presse sur la bascule, dans la manœuvre que nous avons décrite, la lame de l'urétrotome, chassé de sa gaîne, rencontre d'abord l'obstacle qui s'oppose à son écartement, puis, aussitôt qu'on imprime à l'instrument un léger mouvement de traction, son tranchant incise les parties indurées sans intéresser préalablement les parties voisines.

Cette propriété qu'a notre urétrotome de ne pouvoir atteindre les parties saines qu'après avoir incisé les parties rétrécies est un des caractères essentiels de la méthode et n'est pas un de ses moindres avantages. On comprend combien il en résulte de sécurité pour le praticien et le malade.

C'est surtout dans les cas de rétrécissements multiples que cet avantage est réellement précieux. Lors, en effet, qu'il existe une série de rétrécissements séparés par des intervalles variés, l'urétrotomie par les méthodes ordinaires est une opération tellement effrayante que l'on comprend à peine sa possibilité.

Par la méthode de Syme, par exemple, le chirurgien serait obligé, pour inciser tous les obstacles, de fendre l'urètre dans presque toute sa longueur, et son auteur l'a si bien compris qu'il réserve son application aux cas seulement où il n'existe qu'un seul rétrécissement et où le rétrécissement occupe la portion périnéale ou membraneuse.

La méthode de M. Reybard n'est guère plus applicable; car, la lame de l'instrument devant se déployer derrière chaque rétrécissement et devant nécessairement diviser une portion assez considérable de tissu sain en avant et en arrière de l'obstacle, on a peine à comprendre que toutes ces incisions réunies puissent ne pas constituer une seule plaie immense. Sans compter que leur exécution exige une série de manœuvres longues et difficiles pour ouvrir et fermer l'instrument.

Dans notre méthode, au contraire, quels que soient le nombre et la position des obstacles, le chirurgien est assuré que d'un seul trait tout ce qui fait obstacle au développement de la lame tranchante sera divisé sans que les parties saines puissent être compromises.

Ainsi disparaissent et les manœuvres compliquées et les énormes incisions qui effrayaient à juste titre les praticiens et leur faisaient redouter l'urétrotomie.

Immédiatement après l'incision, le chirurgien introduit dans le canal une bougie métallique volumineuse de 5 à 6 millimètres de diamètre, afin de s'assurer que tous les obstacles sont bien divisés. Il remplace ensuite cette bougie par une sonde élastique du même volume, qu'il laisse à demeure pendant 24 heures au moins et trois jours au plus; cette sonde a pour objet d'épargner au malade les douleurs vives que produit l'urine en passant au niveau de la plaie, en même temps que de maintenir l'écartement des lèvres de l'incision et d'arrêter l'écoulement sanguin.

Il est nécessaire ensuite de continuer pendant six semaines environ l'introduction journalière d'une bougie d'étain de gros calibre, pour entretenir la dilatation du canal.

Accidents consécutifs à l'opération. — En général, les suites de l'urétrotomie pratiquée d'après notre méthode sont d'une grande simplicité.

L'hémorrhagie s'arrête en quelques heures; la douleur produite par le passage de l'urine cesse dès le huitième ou dixième jour, et la suppuration se tarit vers la fin de la sixième semaine. Mais, dans quelques circonstances, on observe des accidents d'une autre nature :

1° *Engorgement du testicule.* — Cet accident ne survient guère que vers le huitième jour. Il a peu de gravité et disparaît de lui-même sous l'influence du repos et de cataplasmes émollients. Une fois cependant nous l'avons vu acquérir les proportions d'une orchite très aiguë, qui exigea l'emploi du débridement et de plusieurs applications de sangsues.

2° *Abcès au périnée.* — Dans les premiers essais que nous avons faits de notre méthode, alors que nous pratiquions l'incision directement en bas sur la ligne médiane, nous avons observé deux cas d'abcès urineux, suivis de fistules multiples au périnée et sur les bourses; mais depuis que nous avons adopté l'incision latérale nous n'avons plus rien observé de semblable.

3° *Fièvre urétrale.* — Tous les praticiens savent combien sont fréquents à la suite du cathétérisme les accidents fébriles à types intermittents et rémittents. Ces accidents, quelquefois fort graves, peuvent se manifester après l'urétrotomie, comme après toutes les opérations que l'on pratique sur les voies urinaires. Jusqu'à présent, ceux que nous avons observés n'ont offert aucune gravité; ils se sont bornés à quelques frissons éphémères. Mais le chirurgien ne doit pas perdre de vue que c'est là un des dangers les plus redoutables de l'opération qui nous occupe, qu'il doit apporter toute son attention à le prévenir ou à le combattre. Les bains fréquents, les boissons mucilagineuses, le repos et surtout l'extrême discrétion dans le cathétérisme dilatateur sont les meilleurs moyens d'arriver à ce résultat.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 février 1854. — Présidence de M. COMBES.

Sur la quantité d'ammoniaque contenue dans la pluie et dans l'eau déposée par le brouillard. — M. Boussingault communique sur ce sujet la note suivante :

Le 3 janvier, vers neuf heures du soir, une très forte averse étant survenue, j'ai reçu successivement cinq volumes d'eau, dans chacun desquels j'ai dosé l'ammoniaque.

La dose, en moyenne, a été, pour 1 litre de pluie, de 308 milligrammes 08 d'ammoniaque.

Cette proportion se rapproche de celle constatée par M. Barral dans les eaux pluviales provenant des udomètres de l'Observatoire. Mais pour des pluies aussi abondantes que l'a été l'averse tombée à Paris, la quantité d'ammoniaque paraît être beaucoup moindre que dans les eaux recueillies loin des grands centres de population. Ainsi, pour des hauteurs d'eau comparables à celle mesurée le 3 janvier, je trouve dans mes observations du Liebfrauenberg, en moyenne, dans 1 litre de pluie, 34 cent-milligrammes d'ammoniaque. Une différence de cet ordre est due probablement aux matières qui flottent incessamment dans l'air d'une grande ville. L'aspect de l'eau reçue pendant les diverses phases de la pluie du 3 janvier indiquait évidemment la présence de ces matières. En effet, l'eau de la première prise tenait en suspension une substance noirâtre dans laquelle, indépendamment de quelques flocons de suie, on reconnaissait une poudre très ténue de nature siliceuse. La deuxième et la troisième eau étaient encore assez troubles. La quatrième et la cinquième eau ne donnèrent lieu à aucun dépôt.

Eau déposée par le brouillard. — J'ai obtenu de l'eau déposée par des brouillards qui ont apparu à Paris dans le mois de janvier. On se rappelle que le brouillard du 23 occasionna une obscurité telle qu'à dix heures du matin on fut obligé d'éclairer les appartements.

L'eau recueillie était limpide, mais elle avait une teinte ambrée provenant très vraisemblablement des vapeurs fuligineuses répandues dans l'atmosphère de Paris; du moins, je puis affirmer que les eaux de brouillards que j'ai reçues au Liebfrauenberg ont toujours été limpides et incolores. L'eau des brouillards de Paris obtenue dans le cours du mois de janvier jusqu'au 23 inclusivement était surtout remarquable par la forte proportion d'alcali qu'elle contenait. Dans un litre on a dosé 138 milligrammes d'ammoniaque. Or, l'eau météorique la plus ammoniacale que j'ai examinée dans les recherches faites à la campagne n'en renfermait que 50 milligrammes par litre; elle avait été déposée par un brouillard qui avait régné sans interruption dans la vallée du Rhin du 14 au 16 novembre. 138 milligrammes d'ammoniaque équivalent à 64 centigrammes de bicarbonate, état auquel il est raisonnable de supposer que l'ammoniaque existe dans l'atmosphère, puisqu'elle se trouve en présence d'un excès d'acide carbonique. Le fait d'une aussi notable proportion d'un sel ammoniac volatil dans un litre de l'eau qui constitue la vapeur vésiculaire expliquerait peut-être pourquoi, dans certaines circonstances, le brouillard des villes possède une odeur assez pénétrante pour affecter péniblement les organes de la respiration.

Restauration des plaies qui sont ou non au contact de l'air. — M. Mouchaux soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre *Nouvelles doctrines sur la restauration des plaies qui sont ou ne sont pas au contact de l'air.*

Topique pour la guérison des varices. — M. Gavelle adresse de Villeneuve-Saint-Georges une note concernant un topique au moyen duquel on obtient, suivant lui, la guérison des varices. A sa note est joint le modèle en relief d'une jambe variqueuse sur laquelle l'application de son remède a, dit-il, pleinement réussi.

Influence exercée sur la santé publique par les industries insalubres. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce invite l'Académie à lui transmettre les documents propres à faire connaître les résultats des études qui ont été faites en France relativement à l'influence exercée sur la santé publique par diverses industries dites insalubres, et relativement aux moyens chimiques ou mécaniques qui ont été pris dans le but d'en prévenir ou d'en atténuer les dangers.

Ces documents, demandés par l'ambassadeur de S. M. Britannique, sont destinés à être transmis au conseil général de salubrité (*Board of health*).

L'Académie désigne, pour préparer un rapport répondant à la demande de M. le ministre, une commission composée de MM. Thénard, Magendie, Chevreul, Dumas, Boussingault, Payen, Rayer et Bussy.

Legs Bréant. — M. le ministre, dans une autre lettre, invite l'Académie à lui faire connaître d'une manière précise les dispositions du legs Bréant, relatives tant au prix de 100,000 fr. qu'aux autres prix qui pourront être décernés avec les fonds provenant du revenu de cette somme aussi longtemps que le prix principal n'aura pas été décerné. M. le ministre annonce qu'il a besoin de ces renseignements pour être en état de répondre aux diverses demandes qui lui sont adressées relativement aux conditions du concours.

Les renseignements demandés par M. le ministre seront rédigés par les soins de la section de médecine. Il était déjà dans les intentions de l'Académie de publier relativement à ce legs, dans les comptes rendus bebdomadaires des séances, une instruction destinée aux personnes qui désireraient concourir pour le prix.

Embryologie. — M. Lereboullet demande l'ouverture d'un paquet cacheté qu'il avait déposé dans la séance du 25 avril 1853. Ce paquet, ouvert en séance, renferme deux notes : l'une sur l'embryologie de l'écrevisse de rivière; l'autre sur l'embryologie du brochet et de la perche.

Contagion. — M. Delfrayssé présente des considérations sur la contagion épidémique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'Association des médecins du département de la Seine, dans sa séance annuelle du 29 janvier dernier, avait à nommer son président, ses vice-présidents et le secrétaire général.

Elle a élu presque à l'unanimité les candidats présentés par la commission générale, et son bureau se trouve complété de la manière suivante :

MM. Paul Dubois, doyen de la Faculté, président;
Adelon et Bérard, professeurs, vice-présidents;
Cabanellas, docteur en médecine, secrétaire général;
Vosseur, *id.* trésorier;
Ménière, *id.* secrétaire de la commission;

Sur la proposition de la commission générale, M. le docteur Perdrix, qui avait décliné l'honneur d'une troisième réélection, a été nommé par acclamation secrétaire général honoraire, conservateur des archives de la Société, avec voix délibérative dans tous les actes de la commission générale et de son bureau.

— La souscription relative au monument à élever à la mémoire de M. Orfila sera close le 15 mars prochain. Les souscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris et chez M. Labé, éditeur des œuvres de M. Orfila.

— Sur l'avis de M. l'inspecteur général Vleminckx, les salles de galeux viennent d'être supprimées dans les hôpitaux militaires de la Belgique. Des mesures analogues ont déjà été prises dans les hôpitaux militaires de Paris.

— M. le préfet de la Haute-Vienne vient d'adresser l'avis suivant aux maires de ce département :

« Par suite d'une épidémie qui vient de se manifester dans la partie de l'hospice occupée par les filles enceintes, il a été décidé qu'il ne serait admis dans l'établissement aucune fille pour y faire ses couches avant le 1er mai prochain. Toutes celles qui, nonobstant cet avis, seraient dirigées sur l'hospice de Limoges n'y seraient point admises. »

— On lit dans le journal la *Presse* :

« Dans le nord de la Chine, il existe ce que l'on appelle *la plante à sucre*. D'après les communications qui ont été faites à ce sujet à la Société centrale d'agriculture, une seule tige de cette plante donne 150 grammes de jus, lequel, essayé au saccharimètre, accuse une richesse de 10 à 13 pour 100.

» En comparant ce jus à celui de la betterave, on trouve qu'il ne s'agirait de rien moins que d'une différence de 30,000 kilogrammes par hectare. Il se présente d'ailleurs dans d'excellentes conditions : blanc et transparent comme de l'eau de Cologne, il ne semble pas contenir autant de matières étrangères que celui de la betterave, et produit moitié plus. »

— M. le professeur Gavarret commencera son cours de physique médicale à la Faculté de médecine le vendredi 3 mars, à dix heures trois quarts, et le continuera les lundi, mardi et vendredi, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de Julien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité des Plantes médicinales indigènes, précédé d'un cours de botanique, par le Dr A. BOSSU. — Un fort vol. in-8, avec atlas de 60 planches gravées sur acier, représentant les organes des végétaux, les caractères de chaque famille, et 270 plantes (en tout près de 1100 figures). — Prix : avec atlas colorié, 22 fr.; avec atlas noir, 13 fr. — Paris, chez l'auteur, rue de Seine, 31; et chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

LE SOCRD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 20 FÉVRIER 1854.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

LES PRINCIPAUTÉS DANUBIENNES.

La Moldo-Valachie, théâtre et objet de la guerre actuelle entre les Turcs et les Russes, est située dans le sinus formé par les Carpathes et les Balkans, vastes montagnes qui se rejoignent sur leur zone occidentale, et laissent ce pays largement ouvert à l'est et au sud-est. Ces provinces doivent à leur orientation, et surtout à leur configuration géographique, un climat exceptionnel, en ce qu'il diffère de celui des autres régions comprises comme elles entre le 43e et le 46e degrés de latitude nord. En effet, sous ces parallèles, le froid et la chaleur n'atteignent généralement leur maximum d'intensité que par une gradation intermédiaire. Dans la Moldo-Valachie, au contraire, l'hiver et l'été ne se relient que par des transitions rapides et insaisissables qu'on ne peut guère considérer comme des saisons proprement dites.

Vers la fin de novembre, souffle du nord-est un vent âpre, sec, mordant (le *krivaz*), sous lequel les feuilles meurent et tombent en quelques jours; puis surviennent tout à coup des frimas, des neiges et des glaces : c'est l'hiver qui commence. Le froid se maintient pendant toute la saison entre 20 et 25 degrés Réaumur. Toutefois, il ne sévit avec cette rigueur et cette constance que sur les rives du Danube, au pied et dans l'intérieur des montagnes, dont le sol s'entr'ouvre en larges et profondes crevasses.

Le printemps commence en mars, avec le vent de sud-est. Son apparition et sa marche sont habituellement si brusques, qu'en moins de quinze jours les arbres, jusque-là chargés de givre, se montrent couverts de fleurs.

Pendant l'été, qui comprend les mois de mai, juin, juillet, août et septembre, la chaleur devient excessive, quelquefois intolérable. De midi à trois heures tous les travaux sont suspendus; les habitants s'abandonnent au sommeil ou s'abreuvent de *doultchaz* (confitures de cerises délayées dans l'eau). Après le coucher du soleil, la température tombe souvent de 15 et 20 degrés, l'atmosphère se rafraîchit, mais elle se charge en même temps de miasmes et d'humidité.

L'automne, saison d'aussi courte durée que le printemps, s'annonce par d'épais brouillards et des pluies torrentielles : un voile d'eau descend des nuages sur la terre. Cependant, vers midi, le ciel s'éclaircit habituellement et le soleil darde encore ses rayons avec force pendant deux ou trois heures.

La constitution géologique du sol dans la Moldo-Valachie varie suivant l'altitude des lieux. La plaine, d'une fertilité inouïe, offre partout une couche superficielle de 12 à 15 centimètres composée d'humus, et une couche profonde de nature sablonneuse, calcaire ou argileuse, çà et là des plages marécageuses dans la fange desquelles se vautrent des troupeaux de buffles.

L'ossature des collines et des montagnes est formée généralement de gypse, de calcaire rouge, de grès et de marbre. Il en est quelques-unes, comme le *Sakoïéni*, le *Gorge*, le *Moutchélou*, au sein desquelles la nature a enfoui d'incalculables richesses minérales. La houille, l'ardoise, le jayet, le fer, le plomb, le cuivre, le manganèse, l'étain, le mercure, l'argent, l'or même s'y rencontrent pour ainsi dire à chaque pas. Chose incroyable ! les indigènes qui vivent au milieu de ces trésors ne songent même pas à en tirer profit !

Du versant méridional des Carpathes descendent en foule des torrents et des rivières; après une course de 80 ou 100 lieues, leur eau troublée et impétueuse se précipite dans le lit du Danube.

Les plus remarquables par leur importance sont le *Rimnick*, la *Julonitza*, l'*Olto* ou *Aluta*, l'*Artjiche*, la *Prahóva* et la *Dimbowitza*, qui coule entre des fleurs et des herbes odoriférantes; la Dimbowitza, dont un poëte a dit : « Eau douce et pure, qui se désaltère à ta source ne s'en va plus. »

Les contrées qu'arrosent ces divers cours d'eau sont presque toutes de riantes savanes émaillées de fleurs et de riches moissons, entrecoupées de collines et d'une multitude de ruisseaux qui y entretiennent l'ombre et la fraîcheur.

Lorsque arrive la fonte des neiges, le Danube et ses affluents se gonflent et noient leur rivage; l'eau débordée ne retourne point tout entière dans son lit; une partie filtre à travers le sol, sur lequel elle dépose un sédiment fertile. Aussi la richesse agricole des principautés est-elle proverbiale; là point de jachères, point d'engrais; une seule culture suffit pour couvrir les champs de blé, de seigle, d'orge, d'avoine, de pois, de lentilles, de *kukuruse*, etc. La culture du maïs, de la pomme de terre, du millet et d'une variété infinie de légumes ne demande ni plus de soins ni plus de travail. On rencontre dans les provinces moldo-valaques tous les fruits à noyau ou à pepins que produisent la Touraine et la Provence : on y trouve de plus l'ananas en pleine terre et le *jasbagalban*, ou grosse fraise, qui croît au milieu des prés.

Telle est la vigueur du terroir en ce pays que la vigne, abandonnée à elle-même, couvre les plus hautes collines, ainsi que la crête aride des rochers. Les vins de *collines* sont d'un blanc opaliu, peu alcooliques, pourvus néanmoins d'un bouquet fort agréable. On leur donne d'habitude plus de corps et plus de force au moyen de la congélation. Les vins de *rochers*, naturellement plus riches en alcool, sont aussi plus enivrants; comme ils ont été fortement mutés, ils causent aux consommateurs qui en abusent des vertiges, des tremblements et même la mort. Le vin rouge est peu estimé, parce qu'il manque d'alcool et de parfum; les indigènes y font macérer le fruit de l'absynthe et boivent cette liqueur à titre de stomachique.

Le bœuf, le veau, la chèvre, le porc, le mouton d'Abyssinie, la vache et la bufflesse, qui donnent un lait suave et abondant avec lequel on prépare d'excellents fromages, le gibier, la volaille, une foule de poissons représentent les espèces animales comestibles dans ces contrées.

Le paysan moldo-valaque est d'une sobriété sans exemple : son régime habituel se compose du *bosh* et de la *mamaliga*. Le *bosh* est une espèce de bouillon préparé avec la décoction de son aigrie par la fermentation. La *mamaliga*, mets essentiellement national, consiste en une bouillie très épaisse faite avec du lait et la farine de *kukuruse*. Cette frugalité est relevée, pour les jours de gala, par des *sarmali*, ou boulettes de viande hachée, qu'on enveloppe d'une feuille de chou et que l'on fait frire dans le beurre.

Comme boisson alimentaire, le paysan estime l'eau plus que le vin, à moins qu'elle ne soit d'une flagrante insalubrité.

Les boyards ont seuls le privilége et l'habitude de la bonne chère.

La Moldo-Valachie est sur différents points remarquable par le nombre de ses volcans; plusieurs montagnes creusées de cratères en ébullition vomissent incessamment le soufre et le bitume. D'horribles tremblements bouleversent le sol et le couvrent de ruines; aussi les maisons ont-elles généralement l'aspect de misérables bicoques bâties avec des pierres brutes et de mauvais moellons; dans ces huttes, tout est branlant et malpropre. On ne loge pas dans ce pays comme ailleurs : on y campe.

Dans la plupart des villes, même dans les plus considérables, comme Bucharest, Giurgéwo, Orsowa, Tergovitz, Galatz, etc., les rues sont étroites, sinueuses, humides, obscures; on y marche, selon la saison, tantôt dans une couche épaisse de poussière, tantôt dans une fange noire et gluante, d'où l'on a beaucoup de peine à se tirer. Jassy est peut-être la seule ville qui possède des reverbères et des pavés; mais ceux-ci sont tellement pointus qu'ils marquent leur empreinte sur la plante des pieds, comme un cachet sur la cire molle, ce qui rend les courses fort pénibles, même en *drozka*.

Les provinces danubiennes, malgré leur étendue et leur fertilité inépuisable, bien qu'elles offent tous les enchantements de la Grèce antique ou des plus heureuses contrées du Nouveau-Monde, ne renferment cependant que 3,200,000 habitants, plus, 150,000 *Zigans* (Bohémiens). On sait que les Moldo-Valaques descendent surtout des Daces et des Romains. Comme leurs ancêtres, ils sont vigoureux, d'une taille élevée et bien prise; ils ont les cheveux noirs et épais, le sourcil bien arqué, l'œil vif, les lèvres minces, les dents naturellement blanches, à moins qu'elles ne soient gâtées par l'abus de la pipe. Les Zigans ne leur cèdent en rien pour la vigueur, mais la teinte bistrée de l'Ethiopien décèle en eux une autre origine.

Les Romans ou Roumais, c'est aussi le nom qu'on donne aux habitants des principautés, sont très hospitaliers, d'un caractère doux et indolent; ils ne travaillent que pour vivre, et non pour s'enrichir. Lorsque le *tchâran* (paysan affranchi) a pourvu à son approvisionnement annuel de *kukuruse*, il se retire dans sa chaumière pour manger, fumer ou dormir sur un banc garni de nattes, ou sur la vaste plate-forme d'un poêle russe. Il y a en lui quelque chose de l'animal hivernant.

Les Romans professent la religion grecque schismatique. Ils célèbrent un si grand nombre de fêtes, qu'il ne leur reste pas par année plus de deux cents jours de travail (1). Le divorce est toléré parmi eux, mais particulièrement dans la classe des nobles; aussi la foi conjugale n'y est-elle qu'un vain mot. On change de femmes comme de meubles : c'est l'usage. Les enfants, selon leur sexe, suivent la condition du père ou de la mère.

Les Moldo-Valaques forment, ai-je dit, une race d'hommes magnifique. Tous n'offrent pas cependant les attributs de la force et de la beauté, car dans plusieurs localités où les eaux sont séléniteuses, incrustantes même, les *muntéi* (montagnards) portent audevant du cou cette informe tumeur qu'on appelle le goître, et dont ils se débarrassent toutefois en avalant le suc d'une herbe dont j'ignore l'espèce et le nom.

L'attitude nonchalante ou l'aspect maladif qui caractérisent certains Romans de la plaine proviennent soit de la simplicité et de la fadeur du régime alimentaire, soit de l'insalubrité des habitations, soit des endémies paludéennes qui sévissent périodiquement, surtout aux environs de Galatz, de Matchini, d'Hirsowa, d'Ismaïl, de Roustchouck, etc. Au printemps, après le retrait des eaux; en automne, dès les premières ondées pluviales, apparaissent dans ces lieux et au voisinage des étangs les fièvres intermittentes pernicieuses et la dyssenterie, qui épargnent généralement les montagnards, à moins qu'une brise pestilentielle ne les atteigne dans leurs retraites escarpées. La cachexie aqueuse, l'anasarque, les ventres pâteux, les grosses rates, la traine, une sénilité précoce, tels sont les altérations morbides que l'on observe habituellement chez les fébricitants de ces régions.

Il y a, comme on voit, une grande similitude d'espèces et de formes entre les maladies qui règnent dans les provinces danubiennes et celles que l'on rencontre dans nos possessions d'Afrique.

Comme sectateurs de l'orthodoxie grecque, les Romans pratiquent le carême et les jours d'abstinence avec une sévérité extrême. Grâce à ce régime austère et à la frugalité habituelle de son régime, le peuple moldo-valaque ne connaît ni la goutte, ni la gravelle, ni la pneumonie, mais il a en partage un certain nombre d'affections exanthémateuses qui sévissent particulièrement vers la fin de l'hiver.

Sous la domination des Osmanlis, la peste, venue de Constantinople, fit plusieurs fois irruption au delà du Danube; si bien que depuis lors ce fleuve est bordé, de Kronstadt jusqu'à Ibraïla, de lazarets ou quarantaines destinés à la purification des voyageurs et des marchandises arrivant de la Turquie. La durée de la quarantaine varie de 4 à 20 jours, suivant la saison.

Il existe jusque dans les moindres villages de la Moldo-Valachie des bains d'étuves, ou *cabanes de sueur*, à l'usage des individus placés sous l'influence de l'intoxication palustrique. Mais dans les villes, les fébricitants font plus souvent appel au quinquina et à ses sels, dont les qualités sont entièrement inconnues des paysans. Ceux-ci, indépendamment des bains de vapeurs, dont ils se servent comme fébrifuges, recourent dans le même but à de vaines amulettes que leur vendent à prix d'or les jongleurs et les charlatans, race vampirique composée de juifs, de vagabonds allemands, polonais et de Zigans.

Suivant Strabon, la Moldo-Valachie ne fut d'abord qu'un lieu d'exil peuplé de Gètes, de Daces, de Romains, de Turcomans, de Huns, de Kazars, etc. Du neuvième au treizième siècle, elle eut continuellement à souffrir des déprédations commises par des hordes de Tartares ou de Cosaques qui ne se retiraient de cette contrée qu'après l'avoir pillée, incendiée, ruinée. Indépendante jusqu'en 1460, la Romanie fut alors conquise par les Turcs, sous le commandement de Mahomet II, qui lui imposa un tribut perpétuel et une suzeraineté qui a été contre-balancée plus tard par le protectorat de la Russie. Cette double servitude a cruellement pesé sur les destinées d'un pays en butte à la convoitise de deux peuples qui s'en disputent depuis des siècles la domination exclusive. Ces luttes ont été une cause de ruine et un obstacle permanent aux progrès de l'industrie et de l'hygiène dans les provinces danubiennes. Voilà comment une terre comblée de toutes les faveurs de la nature est restée un foyer d'insalubrité où le poison miasmatique se cache sous l'herbe et les fleurs. Dr CHAMPOUILLON.

(1) Stanislas Bellanger.

MALADIES DES YEUX. — M. SICHEL.

Excroissance fongueuse causée par un crin implanté dans la conjonctive palpébrale.

M. Sichel a signalé il y a longtemps, comme cause de végétations fongueuses de la conjonctive palpébrale supérieure, l'introduction de barbes de blé et de corps étrangers, minces, allongés et de nature végétale. Le cas suivant, qui rentre dans cette catégorie, bien que le corps étranger fût de nature animale, n'est pas sans intérêt.

Un enfant de huit mois est présenté à la clinique de M. Sichel pour une affection oculaire. L'œil gauche seul est malade ; sa paupière supérieure est excessivement gonflée, surtout dans son milieu, où elle est bosselée. Le gonflement rend difficile de relever cette paupière, à la face interne de laquelle on voit une végétation qui semble remonter le long de la face postérieure de ce voile membraneux. La conjonctive oculaire est rouge, injectée, gonflée ; mais il n'existe pas de sécrétion muqueuse abondante, ni de granulations à la conjonctive palpébrale inférieure.

Cet état de choses suffit au professeur pour déclarer qu'il doit exister un corps étranger long, mince, de nature non minérale, corps dont l'une des extrémités, implantée dans la conjonctive palpébrale, a été la cause première de la végétation fongiforme ; qu'il est indispensable, par conséquent, de rechercher et d'extraire ce corps étranger avant de réséquer la végétation, qui, sans cela, repullulerait toujours.

Pour procéder à cette recherche, on renverse la paupière supérieure, ce qui est difficile, à cause de son gonflement. Lorsqu'on y a réussi, on voit que la fongosité, large de 5 millimètres dans sa partie inférieure, qui descend jusqu'au bord libre palpébral, est pédiculée dans sa partie supérieure, qui s'insère près du bord supérieur du cartilage tarse. Là il existe une ulcération en forme d'échancrure assez profonde, entourant la racine du pédicule. En déplaçant avec une pince cette racine et une petite quantité de mucus concrété qui la recouvre, on dégage l'extrémité pointue d'un corps étranger jaunâtre et mince qui y est fixé, et dont tout le reste est caché dans la partie interne du grand pli de la conjonctive, recouvert par cette membrane fortement gonflée. Saisi et extrait, ce corps étranger est un crin long d'un centimètre environ. La mère, interrogée, dit que le jour où l'œil est devenu malade l'enfant avait joué avec une brosse qu'on lui avait mise dans la main. Un des crins s'en étant détaché s'était introduit dans l'œil, et, glissant entre le globe et la paupière supérieure, s'était fixé dans la partie supérieure de la conjonctive palpébrale, tout près du grand pli.

La difficulté que le gonflement de la paupière apportait à son renversement fit ajourner à une prochaine séance la résection de l'excroissance. Des fomentations d'eau froide sur l'œil et quelques cuillerées à café de sirop de chicorée composé furent ordonnées.

Trois jours plus tard le gonflement de la paupière avait notablement diminué. L'enfant ne souffrant plus, la mère demanda un nouvel ajournement de la petite opération, mais elle ne vint plus présenter son enfant.

Il sera intéressant, l'adresse du petit malade ayant été prise, d'examiner au bout de quelque temps si de pareilles végétations, qu'il est toujours rationnel de réséquer, peuvent disparaître spontanément par l'atrophie de leur pédicule, après l'extraction du corps étranger qui leur a donné naissance.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. SOULÉ.

Réflexions sur le traitement des kystes du cou.

Les kystes du cou constituent une des affections importantes de cette région, et d'autant plus délicate dans les appréciations auxquelles ils peuvent donner lieu que, nécessitant souvent par leur développement l'intervention de la chirurgie armée, le succès réside alors dans le choix de la méthode qu'on leur oppose. Quel est le chirurgien qui n'a pas été frappé des difficultés sérieuses qu'il a rencontrées dans la thérapeutique de cette maladie, et qui, voyant l'insuccès de telle ou telle médication, ne s'est pas repenti de ne pas avoir procédé d'une autre manière ?

La science possède cependant sur ce sujet des travaux nombreux et importants. Les savantes recherches de Maunoir, de MM. Velpeau, Bonnet (de Lyon), Voillemier ont fait parvenir l'histoire des diverses tumeurs enkystées qui peuvent attaquer le cou à un point tel de précision qu'il ne reste qu'un bien faible champ pour des investigations ultérieures. C'est pourquoi je m'abstiendrai ici d'aborder les questions qui se rapportent au siége précis de ces tumeurs, à leur développement, leur étiologie, renvoyant mes lecteurs à l'excellente thèse de concours de M. Voillemier. Je n'aurai en vue que la thérapeutique, que la préférence de choix qu'il convient de donner à telle ou telle méthode, tel ou tel procédé, suivant le cas auquel on a affaire. C'est dire que les kystes du cou ne seront présentés ici que comme tumeurs enkystées, abstraction faite de toutes considérations étrangères à leur traitement, mais en ne perdant cependant point de vue l'importance de la région, le voisinage si intéressant des vaisseaux et des nerfs volumineux.

Ayant traité et vu traiter un certain nombre d'affections de cette nature, j'ai pu comparer entre elles les principales méthodes qu'on a tour à tour préconisées contre elles. C'est ainsi que j'ai rencontré deux fois des kystes séreux purs (hydrocèles de Maunoir), que j'ai eu à traiter des sujets porteurs de tumeurs à parois épaissies et indurées, que dans deux circonstances j'ai eu occasion de disséquer de vastes kystes *dermoïdes*. Enfin, j'ai donné des soins à une femme affligée d'une vaste caverne tuberculeuse enkystée située au-dessous du sterno-mastoïdien et contre laquelle ont échoué presque toutes les méthodes que l'on a conseillées contre les kystes.

Une première question qui, à mon avis, doit préoccuper le chirurgien, c'est l'appréciation exacte des conditions anatomiques du kyste ; car telle méthode devra, le cas échéant, être rejetée d'emblée. Une bonne thérapeutique se base sur un diagnostic précis, et, reconnaissons-le, il est souvent bien difficile de l'établir dans ce cas. La richesse de la région en vaisseaux et en nerfs importants commande de n'effectuer les ponctions exploratrices qu'avec des instruments d'une finesse extrême. Or un contenu concret, une certaine épaisseur des parois peuvent ici induire en erreur le praticien le plus soigneux. Une substance très épaisse ne pourra pas s'écouler ; l'instrument, implanté dans des parois épaisses, plongé au centre d'un magma d'une certaine densité, ne pourra effectuer que des mouvements douteux et difficiles.

Je me suis trouvé en présence de l'éventualité que je signale : une vieille femme, parvenue à un degré très avancé de marasme, est admise à l'hôpital Saint-André pour une tumeur très volumineuse occupant tout le côté droit du cou. Des inégalités, des bosselures, coïncidant avec une consistance variant selon le point qu'on considérait, venaient encore compliquer le diagnostic. Tout semblait indiquer une tumeur maligne. La malade succomba.

Avant de procéder à l'autopsie de cette production morbide, j'y plonge un trocart explorateur, qui ne pénètre qu'avec difficulté. Rien ne s'écoulant par la canule, le peu de mobilité de cette dernière semblait donner gain de cause au diagnostic porté pendant la vie. Il était d'autant plus légitime de conclure ici à l'existence d'une tumeur encéphaloïde en voie de ramollissement que la maigreur de la malade, que la teinte jaune de la peau semblaient donner tout à fait raison à ce diagnostic. Une dissection attentive démontra qu'il s'agissait d'un vaste kyste dermoïde à parois très épaisses et ayant déjà déplacé plusieurs organes importants.

Ces quelques réserves sur la difficulté du diagnostic une fois faites, abordons l'examen des principales méthodes que l'on a conseillées contre les kystes du cou.

En premier lieu, nous trouvons l'injection iodée préconisée par MM. Velpeau et Bonnet, et qui ici, comme dans une foule d'autres collections de liquide, trouve une heureuse application. Je ne pense pas que ce moyen thérapeutique ait besoin d'être défendu à l'heure qu'il est ; son innocuité dans la majeure partie des faits, sa rareté à produire des inflammations suppuratives et gangréneuses ont été nombre de fois proclamées par des voix d'un poids bien autre que la mienne. Cependant je puis dire qu'il convient de bien choisir ici le champ d'application, et c'est faute d'en avoir exactement limité l'emploi et pour avoir exigé de ce moyen plus qu'il ne pouvait donner qu'on l'a accusé d'inefficacité et, ce qui est plus grave, d'accidents fâcheux.

Dans un mémoire très intéressant de notre excellent confrère et ami M. Philippeaux (de Lyon), sur lequel j'ai été appelé à faire un rapport à la Société de médecine de Bordeaux, il se trouve des exemples de ce résultat qui servent à l'auteur de texte pour accuser l'injection iodée et pour lui substituer une thérapeutique qu'il a parfaitement exposée, la caustication à l'aide du chlorure de zinc, moyen employé avec un grand bonheur par M. Bonnet. Mais notre confrère n'est-il pas allé un peu trop loin dans la réprobation qu'il a cherché à imprimer à ce moyen thérapeutique, et, quelle que soit l'innocuité de cette variété de cautérisation, peut-elle être mise en rapport avec celle de l'injection iodée appliquée aux cas qui la comportent ? Je ne le pense pas.

Quelle que soit la nature du contenu d'un kyste cervical, pourvu toutefois qu'il soit d'une liquidité suffisante pour s'écouler par la ponction, l'injection iodée me paraît être la méthode générale, sauf cependant les restrictions sur lesquelles je vais avoir à m'expliquer. Kystes séreux, kystes à contenu huileux ou sanguinolent, tous peuvent être utilement modifiés et définitivement guéris par l'injection, et cela avec la même facilité que l'hydrocèle de la tunique vaginale et que les autres tumeurs enkystées à contenu liquide qui s'établissent dans divers points du corps. Cette question a singulièrement marché depuis Maunoir ; la teinture alcoolique d'iode, mise en rapport avec des séreuses de la dernière importance, le péritoine, la plèvre même, avec la vaste cavité synoviale du genou, n'a pas développé des accidents aussi graves que la théorie semblait le faire pressentir. Cette injection a donc des qualités spécifiques, et son innocuité est maintenant aussi bien démontrée que son efficacité.

Les insuccès, les accidents qu'on lui reproche doivent être plus particulièrement attribués à certaines contre-indications, qui, au cou, me paraissent être les suivantes :

1° *Volume extrême et compression exercée par le kyste.* — Certaines tumeurs enkystées du cou, c'est le cas le plus ordinaire, ne se traduisent par aucun symptôme appréciable ; c'est tout au plus si la voix est altérée, si le malade est un peu plus sujet à de la congestion vers la face. Mais les choses se passent bien autrement lorsque les kystes du cou se sont beaucoup accrus, lorsque, par leur position tout à fait à la base de cette région, et bridés qu'ils sont par le sternum et la clavicule, ils déterminent des accidents graves de suffocation. Pourra-t-on, dans ce cas, calculer d'avance les conséquences de l'inflammation déterminée par l'iode, et avoir l'assurance que des accidents primitifs ne viendront point enrayer la marche de la médication ? Pour ma part, je craindrais fort de ne pouvoir maîtriser ces derniers, et n'attaquerais qu'avec une réserve extrême une tumeur placée dans les conditions que je viens d'exposer.

2° *La grande épaisseur des parois du kyste.* — L'injection iodée est un puissant résolutif ; ce fait est incontestable. Dans une foule de circonstances on la voit suivie de succès pour les hydrocèles se compliquant d'un léger degré d'orbite ou d'épaississement de la vaginale. Appliquée au cou dans des conditions analogues, c'est-à-dire lorsque les parois du kyste ne sont que médiocrement indurées et encore sous le coup d'un état *subinflammatoire*, elle aura des chances de réussir pareillement. Mais que pourrait-elle faire sur ces coques fibro-cartilagineuses offrant quelquefois des plaques calcaires, produits définitivement organisés, réfractaires à la résorption ? Rien ; si ce n'est cependant y développer une inflammation qui, ne pouvant devenir adhésive, s'éternisera, passera à l'état suppuratif, et deviendra alors pour le malade une source de dangers et de souffrances. Voilà donc l'écueil qu'il faut éviter, voilà les cas dans lesquels l'iode a ses dangers.

Le fait suivant montre l'inefficacité de cette méthode dans pareille éventualité.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Des accouchements spontanés, prompts et sans douleurs. Quelques observations qui tendent à faire connaître quelle est la cause de ces accouchements ;

Par le Dr A. MATTEI, professeur d'accouchements à Bastia (Corse).

Il y a des femmes qui semblent échapper presque complétement à cette condamnation qui pèse sur leur sexe : *Tu mulier, paries cum dolore.*

Le fait de l'accouchement sans douleurs a été constaté par quelques accoucheurs ; mais aucun, ce nous semble, ne l'a expliqué avec des faits à l'appui. Nous allons essayer de le faire, et si nous ne sommes pas heureux dans cette entreprise, nous fournirons au moins quelques matériaux qui pourront être utiles.

OBS. I. — Le 29 octobre 1846, est entrée à l'hôpital des Cliniques la nommée Bruant, âgée de vingt-deux ans, ouvrière. Cette femme, d'une bonne constitution et d'une conformation du bassin bien faite, avait déjà eu, outre la grossesse actuelle, un autre grossesse arrivée à terme.

Réglée à l'âge de quatorze ans, elle a toujours vu depuis régulièrement tous les mois pendant trois jours. Ses dernières règles ont paru le 25 janvier 1846, de sorte qu'elle est au terme de sa grossesse. Cette femme n'a jamais eu d'indispositions ni de douleurs, et si elle se présente à l'hôpital, c'est qu'elle sait être dans son dernier mois, et qu'elle a vu paraître quelques gouttes de sang à la vulve.

L'accoucheuse en chef l'examine à midi et demi, et trouve que, malgré l'absence de douleurs, la dilatation du col est complète ; les membranes bombent et on les rompt à une heure. Le travail marche ; la tête se présente en position occipito-iliaque gauche antérieure, et malgré l'absence des douleurs, l'accouchement est terminé à une heure et quart. La délivrance est naturelle.

L'enfant est un garçon vivace, pesant 3,200 grammes, d'une longueur totale de 0m,51, et ayant 0m,27 du sommet à l'ombilic. Les diamètres de la tête sont ceux d'un enfant à terme.

A cette observation, que je trouve dans les notes de mes études, sont jointes quelques remarques écrites sur place et que voici.

Ces renseignements ont été pris sur le bulletin de l'hôpital, et le fait a eu lieu sous mes yeux. L'accouchement s'est fait sans douleurs d'enfantement. Ce cas a une grande valeur en médecine légale ; car cette femme aurait pu accoucher dans un moment où elle ne s'y attendait pas, et si la vie de son enfant pouvait en souffrir, elle aurait pu être accusée à tort d'infanticide.

Mon attention n'étant pas alors éveillée sur ces sortes d'accouchements, je n'ai pas remarqué si, malgré l'absence des douleurs, il y avait des contractions utérines intermittentes bien marquées, comme lorsqu'elles sont douloureuses. Je ne me rappelle pas non plus si la femme faisait beaucoup d'efforts volontaires pour aider la sortie de l'enfant ; de sorte que je transcris cette observation telle qu'elle, sans l'altérer par des souvenirs incertains.

Ce qui résulte irrévocablement de ce cas cependant, c'est l'absence des douleurs coïncidant avec un travail très prompt. Ici la dilatation du col a été complète sans que la femme en ait eu conscience ; à peine y a-t-il eu apparition de quelques gouttes de sang. La poche des eaux a été déchirée sans douleur, et le travail s'est fait comme à l'ordinaire, malgré les craintes des accoucheurs. L'utérus s'est rétracté sans donner d'hémorrhagie.

OBS. II. — Madeleine Giustini, journalière, du village d'Omessa (Corse), est entrée à l'hôpital de Bastia le 15 décembre 1853, se disant au terme de sa grossesse. Cette femme, d'une taille moyenne et d'une bonne conformation du bassin, a été régulièrement réglée depuis l'âge de douze ans. Elle a eu un premier accouchement à terme il y a six ans, et maintenant, à l'âge de trente ans, elle a eu une deuxième grossesse. Elle dit être restée enceinte à la suite d'un seul coït, vers le milieu du mois de mars 1853. Depuis lors elle n'a plus eu ses règles et n'a plus vu d'hommes. Dans sa grossesse elle n'a eu qu'un peu de dyspnée ; mais il faut tenir compte d'une bronchite chronique dont elle est affectée depuis une époque antérieure à sa grossesse.

Examinée à son entrée à l'hospice, cette femme offre l'orifice de la

matrice entr'ouvert de manière à laisser pénétrer la pulpe du doigt et à sentir la tête de l'enfant à travers les membranes.

Tout le mois de décembre est passé, et au 19 janvier aucun travail n'ayant encore commencé, j'ai examiné la femme et j'ai trouvé le col effacé, mou, offrant une dilatation grande comme une pièce de cinq francs. Elle avait un poids douloureux dans les reins, mais constant; le ventre devenait aussi légèrement douloureux à chaque mouvement de l'enfant.

D'après cet état, j'ai annoncé que les douleurs ne tarderaient pas à arriver, et que dans les vingt-quatre heures même elle pourrait accoucher.

Six jours cependant se sont passés sans que mes prévisions se soient vérifiées. Les douleurs de reins et du ventre augmentaient légèrement, mais le travail ne commençait pas, ou pour mieux dire il n'y avait pas de douleurs d'enfantement. Quelle n'a pas été ma surprise lorsque le 25 janvier, à deux heures de l'après-midi, j'ai examiné cette femme, et que j'ai trouvé une dilatation complète du col! Je puis constater à travers les membranes une position occipito-iliaque gauche antérieure; et les battements du cœur de l'enfant, situés à gauche et en bas de l'ombilic, confirment ce diagnostic. Pendant tout le temps que j'ai mis à bien examiner le col et le ventre, non-seulement il n'y a pas eu de douleurs, mais pas l'ombre d'une contraction de l'utérus.

D'après le compte de cette femme, elle serait au dixième mois de sa grossesse, et cette dilatation du col me ferait croire qu'une torpeur de l'utérus aurait pu faire retarder ainsi cette grossesse. Je n'eus pas l'idée de déchirer les membranes, comme on le fit dans le cas de Paris; mais comme tout était prêt pour l'accouchement, je dis que si cet état continuait les jours suivants, je donnerais du seigle ergoté pour éveiller les contractions utérines.

En partant de l'hôpital, je dis que cette femme pouvait accoucher aux premières douleurs qu'elle aurait; aussi on dut me prévenir au moindre indice de travail. En effet, deux heures ne s'étaient pas écoulées depuis ma sortie, que la femme commença à ressentir quelques douleurs. On voulut m'appeler, mais elle dit alors qu'elle sentait l'enfant sortir. La poche des eaux se rompit aussitôt avec éclat, et à peine eut-on le temps d'étendre la femme sur le lit que l'enfant franchit la vulve.

D'après l'avis de la malade et des autres femmes de la salle, elle n'aurait eu que cinq douleurs environ, mais fortes et rapprochées dès le début. Le placenta est sorti presque aussitôt après, et l'accouchement s'est terminé en peu de minutes. C'est un garçon vivant, pesant à peine 3 kilogrammes, et dont tous les signes démontrent qu'il est au terme ordinaire de neuf mois. Les suites de couches de cette femme ont été des plus heureuses.

Ici, comme on le voit, la dilatation du col a été complète sans douleurs, et si j'avais percé les membranes sans toucher au reste, tout l'accouchement se serait terminé peut-être aussi sans douleur. L'examen détaillé que j'ai fait du col et de la position du sommet, la palpation, l'auscultation du ventre, etc., ont agacé l'utérus et ont réveillé ses contractions intermittentes et douloureuses.

Si nous devons juger par analogie quel est le motif des accouchements très prompts et peu douloureux, nous devons conclure d'après ces deux faits que la cause principale, et je dirai presque unique, est la dilatation préalable du col sans que la femme en ait la conscience. Je dis presque unique avec intention, car un cas est venu pour ainsi dire faire exception, et confirmer en même temps la règle.

Obs. III. — Marie Taviani, âgée de vingt-cinq ans, domestique, native de Tallone (Corse), est entrée à l'hôpital de Bastia à la fin du mois de décembre dernier, pour une grossesse qu'elle croit être à terme. Elle dit être primipare. Réglée à dix-huit ans, elle a toujours vu régulièrement tous les mois pendant cinq jours. Elle a eu ses dernières règles à la fin du mois de mars dernier, époque de la conception, et n'a rien éprouvé d'extraordinaire pendant les neuf mois suivants.

Examinée à son entrée, cette femme présente le museau de tanche non arrondi et régulier, mais entr'ouvert et déchiqueté comme celles qui ont fait des enfants ou qui l'ont eu altéré par des ulcérations. Le col est encore long, mais mou et entr'ouvert de manière à permettre qu'on puisse arriver à l'œuf à travers l'orifice interne.

Cette femme passe presque tout le mois de janvier sans aucun signe d'accouchement; ce n'est que le 28, à la visite du matin, qu'elle accuse une douleur de reins sourde, continue, et qu'elle ressentait dès la veille. J'examine le col utérin, et je trouve en effet qu'il est encore ici complètement effacé. Il est non-seulement dilatable, mais il offre déjà une ouverture de 7 centimètres environ. Comme l'ouverture est dirigée un peu en arrière et à gauche, je puis à peine atteindre le pourtour du col sur ces points, tandis qu'il est bien accessible en avant et à droite. On sent la tête, non encore engagée dans l'excavation, présenter une large étendue osseuse, et qui ne peut être offerte que par un des pariétaux. On peut atteindre une suture dirigée de gauche à droite et d'avant en arrière, mais il est impossible d'arriver encore aux fontanelles.

Ce cas présentant beaucoup d'analogie avec le précédent, je laisse les mêmes ordres. Mais les choses ne se sont pas passées de la même manière. L'examen aussi a pu réveiller les contractions douloureuses de l'utérus, qui se sont manifestées dans l'après-midi; mais ici j'ai bien eu le temps d'arriver et de suivre le travail jusqu'à la fin.

A sept heures du soir j'examine la femme, et je trouve que les douleurs légères qu'elle avait eues n'avaient guère fait avancer la dilatation. Le col, au lieu d'être mou et dilatable, était un peu tendu, dans l'absence même de la douleur. La tête est un peu engagée, mais le diagnostic de la position reste le même. L'auscultation donnant le maximum des pulsations du cœur de l'enfant à gauche et au-dessous de l'ombilic, on a affaire à une première position en variété pariétale droite. Comme le travail ne marchait pas, quoique tout fût bien disposé, je rompis la poche des eaux.

Les douleurs ne tardent pas à se déclarer fortes; la tête se redresse et fait sa rotation de manière à laisser bien sentir la fontanelle postérieure à gauche et puis en avant. L'accouchement a lieu à neuf heures; la face en sortant se tourne vers la cuisse gauche de la femme, et le reste du corps franchit la vulve sans rien offrir d'extraordinaire. La délivrance a été naturelle. L'enfant, du sexe masculin, est très vivace, il a une longueur de 50 centimètres et un poids de 3,010 grammes. Les suites de couches ont été aussi très heureuses.

Nous voyons ici la dilatation complète du col utérin se faire à l'insu de la malade; mais, soit que j'aie provoqué les contractions douloureuses par mes attouchements, soit qu'elles se soient manifestées spontanément, le fait est qu'elles ont roidi le col et l'ont rendu peu dilatable aux efforts des contractions. Il a fallu que j'aie déchiré la poche des eaux pour hâter le travail. Quant au reste de l'accouchement, bien que nous eussions affaire à une femme primipare avancée en âge, le travail n'a duré que trois heures, à partir des premières douleurs un peu fortes de l'enfantement. Il y a donc des cas où la dilatation complète du col utérin peut se faire sans douleurs, mais dans lesquels pourtant l'accouchement se prolonge pendant quelques heures. Les primipares, à cause de la résistance des parties molles, seront de ce nombre.

Si nous en croyions quelques traités d'obstétrique, les accouchements prompts et peu douloureux se rencontreraient chez les femmes qui ont un bassin très large; les deux observations suivantes cependant prouvent qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Obs. IV. — Mme Berla, native de Gênes et établie à Bastia depuis quelque temps, est une des femmes que j'ai vues accoucher avec le plus de promptitude. Elle est mère de trois enfants, quoique âgée seulement de vingt-cinq ans. Elle est d'un tempérament nerveux et d'une constitution un peu sèche; elle a une taille moyenne et un bassin bien fait, sans agrandissement dans ses dimensions.

A son premier accouchement, le mari alla à la recherche d'un accoucheur dès les premières douleurs d'enfantement, et à peine étaient-ils arrivés que la femme accoucha; quoique primipare, elle ne resta pas même une heure en travail.

A son deuxième accouchement, qui eut lieu dans la nuit, elle appela sa mère et sa sœur qui dormaient près d'elle, et non-seulement elles n'eurent pas le temps d'appeler une personne de l'art, mais sa sœur vint à elle sans avoir même pu passer les deux manches de sa chemise. Dans deux douleurs seules, mais très vives, elle donna l'enfant encore recouvert d'une partie des membranes.

A son troisième accouchement c'était le mari qui veillait à côté d'elle, et sachant qu'il n'aurait pas le temps d'appeler d'autres personnes, il ne la quittait pas un instant. Mme Berla, en effet, voit quelques gouttes de sang et sent une légère douleur; elle appelle aussitôt son mari, et à peine celui-ci a-t-il le temps de l'étendre sur un canapé que la troisième douleur amène l'enfant hors de la vulve. Cette dame, dans le dernier mois de sa grossesse, ne sort jamais de chez elle; car, dit-elle, je serais sur la place, dans la rue ou sur un escalier, que je n'aurais pas le temps de fuir, ni d'appeler du secours. Ici la dilatation se fait sans doute très lentement, et les douleurs ne viennent qu'au moment de l'expulsion; aussi Mme Berla dit qu'à ses deux derniers accouchements elle a fait à la fois les eaux et l'enfant.

Quant aux douleurs, cette dame convient que celles qu'elle a sont très violentes, et que peut-être si elle devait en avoir plusieurs, comme les autres femmes, elle ne pourrait pas les supporter.

On voit, d'après ce fait, qu'avec un bassin normal on peut accoucher très promptement lorsque les autres conditions existent. Mme Berla m'a assuré que sa mère et ses sœurs, dont la taille et la corpulence sont moindres que les siennes, accouchent aussi promptement qu'elle.

Obs. V. — Marie-Joséphine Germolane, fabricante de cigares de la ville de Bastia, d'une taille au-dessus de la moyenne et surtout d'un développement prononcé dans les saillies osseuses. Agée de trente-six ans, cette femme est d'un tempérament lymphatico-bilieux et d'une santé un peu grêle; elle est mariée depuis douze ans, et a eu dix grossesses.

La première grossesse était de sept mois, et l'enfant naquit mort, dit-elle, parce qu'on lui pratiqua deux saignées. Elle avait alors des éblouissements.

La deuxième donna une fille à terme, mais chétive, et qui n'eut que deux mois de vie.

La troisième donna aussi un enfant à terme, et qui est mort à l'âge de trois mois, portant sur le corps des boutons livides.

La quatrième donna encore un enfant à terme, mort; ici il y eut perte des eaux avant l'apparition d'aucune douleur.

La cinquième donna une fille bien portante, et qui est aujourd'hui âgée de six ans.

La sixième et la septième ont donné à toutes deux un avortement au troisième mois.

La huitième a donné un enfant bien portant, et qui est âgé aujourd'hui de trois ans.

La neuvième a donné un avortement à trois mois et, comme dans les cas précédents, sans cause connue.

Dans tous ces accouchements, elle a eu deux présentations par les pieds et le travail a été toujours le même. Elle souffrait des douleurs de moyenne intensité pendant vingt-quatre heures; mais dès qu'elles devenaient bien fortes, elle accouchait au bout d'une heure. Les organes génitaux externes de cette femme ne présentent pas de déchirures anormales à la fourchette ni ailleurs.

Un an après le dernier avortement, elle est devenue enceinte et n'a pas souffert pendant la grossesse; elle avait seulement un ventre très développé. Les mouvements de l'enfant, qu'elle a sentis dès le cinquième mois, se sont continués jusqu'à la veille de l'accouchement (22 décembre 1853). Elle a senti d'abord des douleurs dans la nuit du 22 et qui se sont prolongées pendant tout le 23, et à chaque douleur il y avait sortie d'un peu d'eau amniotique. L'accoucheuse, appelée dans la soirée, dit avoir reconnu une mauvaise présentation, mais elle a attendu; et, comme malgré les douleurs fortes le travail n'avançait pas, on m'a fait demander à deux heures après minuit.

A mon arrivée, j'ai trouvé l'ouverture du col complètement dilatée, et à travers cette ouverture un paquet situé dans l'excavation et que l'accoucheuse ne savait pas démêler. C'étaient, en allant de gauche à droite de la femme, d'abord un pied gauche, puis le cordon tendu et qui ne battait plus, et enfin la tête qui était à droite. Les douleurs étaient encore assez vives. La présence simultanée de la tête et du pied, coïncidant avec un ventre très développé, m'a fait penser d'abord à une grossesse double, tandis qu'il n'en était pas ainsi.

Après avoir cherché quelle était entre le pied et la tête la partie la plus mobile pour la refouler en haut, j'ai trouvé que c'était la tête; mais, s'il s'agissait de deux jumeaux, il pouvait arriver que la traction du pied, sans retenir la tête toujours élevée, permît son engagement avec une partie du fœtus sur lequel on exercerait des tractions, et l'accouchement, comme cela a eu lieu quelquefois, devenir impossible par l'engagement simultané de deux fœtus. Je me suis donc décidé à refouler le pied. Pour cela, j'ai saisi cette partie par l'espace qui sépare le gros orteil du suivant et que j'ai enfourchée avec l'espace qui sépare l'index du médius de ma main droite fortement accolés l'un contre l'autre. En poussant ainsi le pied pendant le ralentissement de la contraction utérine, j'ai pu, quoique avec peine, refouler cette partie dans la matrice. J'en ai fait de même pour le cordon, et alors la tête s'est engagée aussitôt. Dans vingt minutes l'accouchement était terminé. Je m'attendais à un second enfant, mais c'était une grossesse simple.

Le reste de l'accouchement n'a rien offert de remarquable, si ce n'est la sortie d'une espèce de gâteau charnu aussi large que le placenta et bien plus épais que lui. Une face de cette masse charnue offre l'aspect un peu décoloré de la fibrine concrète et presque organisée; l'autre face offre, au contraire, une trame plus friable, plus rare et infiltrée de sang noirâtre. C'était là évidemment le résultat d'une hémorrhagie interne qui ne s'était manifestée par aucun signe extérieur, mais qui, quoique au terme de la grossesse, avait été peut-être la cause de la mort de l'enfant et du commencement du travail. Le placenta n'offrait rien d'anormal.

Les suites de couches ont été très heureuses; il n'y a pas eu de fièvre de lait, comme il n'y en avait pas eu chez les femmes des deuxième et troisième observations.

La rareté de l'engagement simultané des pieds et de la tête dans une grossesse simple m'en a fait chercher l'explication dans la conformation du bassin. Je marque ici les diamètres de la tête de l'enfant, les dimensions du bassin de la femme et celles du bassin normal.

Diamètres de la tête. —	Bipariétal.	0,09
	Occipito-frontal.	0,105
	Occipito-mentonnier.	0,135
	Sous-occipito-bregnatique.	0,135

Ces dimensions sont celles d'un enfant à terme.

Bassin de la femme. —	Espace entre l'épine antéro-supérieure	0,26
	Espace entre le milieu des crêtes iliaques.	0,29
	Espace sacro-pubien.	0,19

Ces dimensions sont celles d'un bassin dont les diamètres de l'excavation et des détroits sont exagérés.

Bassin normal. —	Espace entre l'épine antéro-supérieure.	0,23
	— entre le milieu des crêtes iliaques.	0,25
	— sacro-pubien.	0,165

On peut y ajouter 1 centimètre pour les parties molles.

Nous trouvons dans ce dernier cas une foule de petits accidents qui s'expliquent par l'agrandissement des dimensions du bassin; mais il nous offre en même temps dix grossesses dont le travail a au moins duré vingt-quatre heures pour chacune et où les contractions utérines ont toujours été douloureuses. Ce cas étant isolé pourrait faire partie de la règle générale comme exception; mais en attendant d'autres faits qui lui donnent sa place, il prouve que la brièveté et le peu ou l'absence de douleurs dans les couches ne sont pas toujours le résultat d'un bassin trop large.

Je pourrais tirer de tout ce qui précède des conclusions d'une grande importance; mais j'attendrai pour cela d'autres faits; je me contenterai de dire pour le moment que chez les femmes douées de toute leur intelligence et de leur sensibilité, lorsque le travail de l'enfantement est court et peu ou pas douloureux, il est ordinairement le résultat de la contraction de tissu permanente et accrue de l'utérus. Cette contraction dilate complétement le col de la matrice à l'insu de la malade, et à la rigueur elle peut suffire même pour faire passer le fœtus à travers la filière du bassin et des parties molles. Cela s'est vu quelquefois, du reste, chez des femmes après leur mort pendant qu'elles étaient paralysées sous l'influence d'une attaque d'éclampsie ou dans un tout autre état anesthésique quelconque.

MÉMOIRE SUR LA FOLIE CIRCULAIRE,

Forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé;

Par M. le docteur Falret.

(Lu à l'Académie impériale de médecine le 14 février 1854.)

Avant d'aborder la description de la folie circulaire, l'auteur commence par éliminer plusieurs ordres de faits de rémissions ou d'intermittences dans les maladies mentales pour mieux faire comprendre, par comparaison, ce qu'il entend par folie circulaire. Il passe successivement en revue :

1° Les rémissions et les paroxysmes que l'on observe dans presque toutes les maladies mentales, dont l'existence est bien connue de tous, mais qui, selon lui, n'ont peut-être pas suffisamment attiré l'attention ni dans l'aliénation générale, ni dans l'aliénation partielle.

2° Les intermittences proprement dites. Il signale, en passant, comme caractères des folies intermittentes, l'invasion rapide des accès, l'uniformité de leur marche, la guérison brusque, et enfin la ressem-

blance extrême que présentent habituellement les divers accès chez le même malade. La durée des accès peut augmenter à mesure que la maladie devient plus ancienne, mais la folie intermittente ne finit pas par devenir continue; elle est donc curable dans ses accès, mais incurable dans son essence; d'ailleurs, dans les maladies mentales, l'intermittence est rarement de la périodicité.

3° Les intermittences à courts intervalles, moins connues que les précédentes et qui méritent pourtant bien de l'être, soit au point de vue du pronostic, qui est plus grave encore que dans les folies intermittentes à longs intervalles, soit sous le rapport de la médecine légale.

4° Les folies rémittentes à courts accès, qui diffèrent des rémissions ordinaires en ce que la diminution des symptômes est beaucoup plus tranchée et plus fréquente, et des folies intermittentes à courts intervalles en ce que la suspension de la maladie n'est pas complète et en ce que le pronostic en est bien plus favorable.

A ces distinctions préalables, l'auteur ajoute que l'on constate assez fréquemment des états mélancoliques soit au début, soit dans le cours, soit au déclin de la manie ordinaire; que, d'un autre côté, l'aliénation partielle présente assez souvent des paroxysmes maniaques, qu'il est une mélancolie agitée qui arrive quelquefois jusqu'aux limites de l'aliénation générale, et qu'enfin même on voit quelquefois la manie succéder à la mélancolie ou réciproquement d'une manière accidentelle, ainsi que tous les auteurs l'ont noté; mais pour constituer la folie circulaire, la dépression et l'excitation doivent se succéder pendant un long temps, d'une manière presque régulière, dans un ordre toujours le même et avec un intervalle de raison ordinairement assez court relativement à la durée des accès.

La folie circulaire caractérisée par l'alternative régulière de l'excitation maniaque et de la dépression mélancolique est tantôt à courtes et tantôt à longues périodes; tantôt le cercle est décrit en trois semaines ou un mois, tantôt il n'est complet qu'après plusieurs mois ou plusieurs années; mais cette différence de durée ne change rien à la nature de la maladie; c'est donc une forme véritable de maladie mentale, puisqu'elle consiste dans un ensemble de symptômes physiques, intellectuels et moraux, toujours identiques à eux-mêmes dans les diverses périodes et se succédant dans un ordre déterminé possible à prévoir. Elle n'est pas basée, comme la manie ou la mélancolie, sur un seul caractère principal, la quantité des délires, la tristesse ou l'agitation, mais sur la réunion de trois états se succédant dans un ordre particulier et n'étant pas susceptibles de transformations.

Un caractère général de cette maladie, c'est la ressemblance des diverses périodes de chaque accès chez un même malade non-seulement dans leur ensemble, mais jusque dans la plupart des manifestations délirantes; uniformité bien propre à faire réfléchir sur la prétendue variété infinie des idées délirantes des aliénés et sur la possibilité de découvrir plus tard un petit nombre de formes naturelles dont la folie paralytique et la folie circulaire nous donnent déjà un spécimen dans l'état actuel de la science.

DESCRIPTION DES TROIS PÉRIODES DE LA FOLIE CIRCULAIRE DONT LA SUCCESSION CONSTITUE UN ACCÈS COMPLET.

1° *Période d'excitation.* — En général, elle consiste dans une simple exaltation de toutes les facultés: activité extrême de l'intelligence qui, au début, pourrait paraître une modification avantageuse en bien, s'il ne s'y joignait bientôt des altérations des sentiments et des actes étranges et désordonnés; exubérance des idées, exaltation des sentiments, manifestations malveillantes et haineuses, mouvements rapides et incessants; les malades se livrent aux actes les plus désordonnés, bouleversent tout ce qui les entoure, font mille niches et mille tours, font des projets et les exécutent, composent, écrivent en prose et en vers; insomnie, sentiment d'une santé parfaite, augmentation de l'appétit, activité plus grande de toutes les fonctions, acuité des sens, absence de fatigue malgré les mouvements incessants et la privation de sommeil, face colorée, yeux brillants, traits d'une grande mobilité: tels sont les symptômes physiques habituels de cette période qui ordinairement se prolonge ainsi à peu près au même degré, sans modification, jusqu'à la fin, qui d'autres fois présente de temps en temps, au milieu de cet état de simple exaltation, des paroxysmes maniaques, et enfin, dans un certain nombre de cas, consiste en un véritable accès de manie ordinaire, même avec illusion et hallucinations très prononcées.

L'excitation diminue ordinairement graduellement, surtout dans les folies circulaires à longues périodes, et passe au bout d'un temps plus ou moins long à la période de dépression par nuances insensibles.

Le plus habituellement, l'observateur exercé ne constate pas de véritable intervalle lucide entre l'excitation qui s'affaiblit de jour en jour et la dépression qui commence à poindre. Néanmoins il est quelques cas exceptionnels où le malade se trouve pendant quelques jours dans un état qu'on peut considérer comme un intervalle de raison; mais sa durée est très courte, même dans les folies circulaires à longues périodes, et elle est toujours moins longue que celle du véritable intervalle lucide qui succède à la dépression.

2° *Période de dépression.* — Habituellement elle se produit par degrés, mais elle peut quelquefois survenir brusquement. Le malade commence à se tenir à l'écart et à ne proférer que de rares paroles; il semble manifester de la honte ou de l'humilité. Bientôt il reste tout à fait solitaire et dans l'immobilité. L'affaissement physique et moral devient de jour en jour plus prononcé, et il peut quelquefois être porté jusqu'au point de transformer en quelque sorte le malade en une statue. Le cours des idées est ralenti, sans cependant arriver jusqu'à la suspension de l'intelligence. Les sentiments sont affaiblis; les malades ne manifestent ni sympathie ni antipathie, et sont sans impulsion. Les mouvements sont lents ou presque nuls. Face pâle, traits tirés en bas et dénotant l'affaissement plutôt que l'anxiété; yeux ternes, paupières à peine entr'ouvertes, sentiment de malaise général, organes du mouvement dans un état de torpeur, appétit très diminué, digestion lente, défécation difficile, sommeil meilleur que pendant l'exaltation, mais irrégulier et interrompu. Généralement, la période de dépression ne présente que ces symptômes généraux de prostration physique et morale. Dans un certain nombre de cas cependant il y a des idées tristes prédominantes, principalement des idées d'humilité, de ruine et de culpabilité. Cette période est ordinairement plus longue que la période d'excitation; cependant il est des cas ou des accès où elle paraît avoir à peu près la même durée. Elle a habituellement d'autant plus de durée que la période d'excitation a été elle-même plus prolongée.

3° *Intervalle lucide.* — La période de dépression, après un temps plus ou moins long, diminue en général progressivement: le malade semble s'éveiller à la vie de relation et retourne à ses habitudes d'ordre et de travail; il redevient alors à peu près ce qu'il était à l'état normal. Mais plus on a d'expérience et de sagacité dans l'observation, plus la durée réelle de l'intervalle lucide se trouve diminuée; cependant il existe. Il est toujours plus court que chaque période considérée isolément, et sa durée est variable, et dans les folies circulaires à longues périodes elle peut être de plusieurs mois. Au bout d'un certain temps les signes de l'excitation se manifestent de nouveau, et insensiblement, en général, un autre cercle maladif recommence et présente successivement les mêmes caractères.

Après cette description sommaire, l'auteur prévient qu'il a entre les mains un certain nombre d'observations de folie circulaire à longues et à courtes périodes, mais qu'il ne peut les lire devant l'Académie, de crainte d'abuser de son attention. Il termine son mémoire par l'indication de quelques conséquences pratiques à tirer de la connaissance de la folie circulaire. Et d'abord est-elle fréquente?

Elle l'est davantage qu'elle ne le semblerait en se basant sur le peu d'attention qui lui a été accordée, et même sur les faits que l'on rencontre dans les asiles. On a méconnu son degré de *fréquence*, parce qu'on observe peu la marche des maladies mentales; parce qu'un petit nombre de médecins se trouvent en position de suivre un même malade pendant de longues années, et parce qu'un certain nombre de ces malades restent dans la société, où ils ne sont pas considérés comme aliénés, parce que leur période d'affaissement passe pour de l'ennui ou du découragement, et la période d'excitation pour de la vivacité d'intelligence ou pour un défaut de caractère. L'auteur en a acquis la preuve par l'observation directe et par les renseignements fournis par les parents des malades relativement à leurs ascendants. Les mêmes renseignements le portent à penser que cette forme de maladie mentale est plus *héréditaire* que les autres, mais il ne peut l'affirmer d'une manière positive, à cause des difficultés que présentent les recherches de ce genre. Il n'a pas les mêmes doutes à l'égard de la fréquence beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme, qui résulte pour lui de la comparaison entre les services de la Salpêtrière et de Bicêtre, et de sa pratique particulière. Le pronostic est très grave. Cette maladie est incurable; mais la constatation de cette gravité est inutile pour ces malades eux-mêmes, en provoquant le zèle pour la découverte de nouveaux moyens; et pour les autres espèces de maladies mentales, en dégageant leur pronostic de ce fâcheux élément. La détermination de cette forme sera d'ailleurs utile:

1° A la nosologie des maladies mentales, en ouvrant la voie à une classification plus régulière et plus naturelle avec celle que nous possédons aujourd'hui;

2° Pour la thérapeutique, en attribuant, à force d'apprécier exactement l'action des agents curatifs, non sur la folie en général, mais sur certaines formes en particulier, par la connaissance préalable de leur marche naturelle;

3° Pour la médecine légale, en fournissant (dans les cas de ce genre) aux médecins experts des moyens de conviction et de démonstration bien précieux puisés dans la marche des maladies mentales, et non dans les mobiles ou les détails de l'acte même soumis à leur appréciation.

— Après le discours de M. Baillarger, que nous avons publié dans notre avant-dernier numéro, M. Falret a pris la parole en ces termes:

L'Académie me permettra de lui rappeler que, lorsque dans la dernière séance notre honoré secrétaire perpétuel, pour faire renvoyer la lecture de mon mémoire à la séance d'aujourd'hui, a parlé de la possibilité, de la certitude même d'une discussion, je me suis écrié que, si elle avait lieu, je n'y prendrais aucune part. Eh bien! messieurs, la réflexion n'a fait que confirmer la spontanéité de ma résolution.

J'y persiste pour deux raisons: d'abord la question sur laquelle porterait la discussion a un côté personnel, et l'Académie sait combien de ce côté la pente est rapide et entraînante! Eviter ce danger est un devoir pour la dignité de nos séances et pour ma propre dignité.

Quant à la question scientifique, l'Académie sentira que j'ai dû regarder mon travail comme sérieux, puisque je suis venu le lui communiquer, et que la discussion ne saurait apporter de modifications profondes à des convictions qui sont le fruit d'une observation multipliée. La discussion d'ailleurs me forcerait à des redites sans utilité que je n'aime guère et que je veux épargner à l'Académie.

En outre, la question scientifique qui fait l'objet de mon mémoire est tout à fait clinique, et la distinction que j'ai cherché à établir ne peut être vérifiée que par l'observation directe. Mon mémoire sera bientôt publié avec les faits particuliers à l'appui, et les médecins aliénistes seront à même d'observer dans la direction que j'indique s'ils le jugent convenable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 févier 1854. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un nouveau travail intitulé: *Etudes expérimentales et pratiques sur le nitrate d'argent fondu et sur la cautérisation des rétrécissements de l'urètre indurés, calleux, ordinairement infranchissables, faite avec une pâte caustique.*

Ce travail est renvoyé à M. Monod, chargé de faire un rapport.

— M. Marjolin, après avoir donné connaissance de plusieurs lettres de remercîments écrites par MM. les docteurs Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, Verhaeghe, chirurgien de l'hôpital civil d'Ostende, et Valette (de Metz), récemment nommés membres correspondants, dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Chélius, la dernière édition de son *Traité de chirurgie.* Cet envoi est accompagné d'une lettre dans laquelle M. le professeur d'Heidelberg remercie la Société de l'accueil honorable qu'elle lui a fait.

M. le docteur Cazeaux, membre de l'Académie de médecine, fait hommage à la Société de son *Traité sur les accouchements.*

— La Société reçoit en outre une série assez considérable de monographies chirurgicales étrangères, offerte par l'un de ses membres.

— M. LE PRÉSIDENT consulte la Société pour savoir s'il lui convient de procéder à la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats pour une place vacante.

La Société consultée décide qu'elle attendra.

— M. Gautbier Labouley lit à l'appui de sa candidature comme membre correspondant un travail sur plusieurs observations de chirurgie.

— M. CHASSAIGNAC présente une pièce de hernie étranglée non opérée, et lit un travail sur le mécanisme de l'étranglement dans les hernies. La pièce en question est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Broca, Chassaignac et Gosselin.

La discussion sur ce travail est renvoyée à l'une des prochaines séances.

— M. Ferdinand Martin met sous les yeux de la Société un instrument destiné à mesurer les membres inférieurs. (Renvoi à M. Robert.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, E. FOLLIN.

ANESTHÉSIE LOCALE.

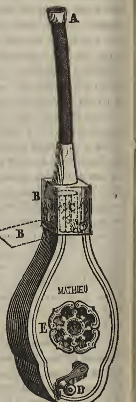
A sa clinique de ce matin, M. Velpeau passait en revue les faits observés sur l'anesthésie locale, et faisait voir combien ils étaient peu concluants. Tout ce que rapporte M. Hardy de l'action de la vapeur de chloroforme portée sur le vagin a trait à des douleurs utérines, et l'on sait que d'ordinaire ces douleurs disparaissent d'elles-mêmes et suivent une marche tout à fait irrégulière. Quant aux faits observés à la Clinique d'accouchements, d'après M. Paul Dubois lui-même, ils sont loin d'être positifs. Dès le début, ajoute M. Velpeau, on était en droit d'avoir peu de confiance dans les succès annoncés. L'éther et le chloroforme n'ont d'action réelle que lorsque, absorbés par les voies pulmonaires, ils vont influencer les grands systèmes de l'économie, et l'on ne saurait comprendre comment leur action anesthésique pourrait se limiter à tel ou tel point.

A ce propos, M. Velpeau rappelle qu'il est un agent dont l'action anesthésique réelle est bien plus prononcée: c'est le froid. Depuis longtemps il emploie pour certaines opérations très douloureuses, comme celle de l'ongle incarné, un mélange réfrigérant de quatre parties de glace réduite en petits fragments et une partie de sel commun, qu'on renferme dans un sac de mousseline épaisse, et qu'on met en contact pendant plusieurs minutes avec la partie. Il se produit une véritable congélation, et l'insensibilité est complète.

Mais ce moyen, excellent pour l'ongle incarné, peut être d'une application moins commode sur quelques autres régions du corps. C'est ainsi qu'appliqué sur un abcès, en congelant la peau il rendrait l'incision moins facile.

Sous ce rapport il y aurait donc à trouver des perfectionnements, et c'est dans ce sens que devraient être dirigées les recherches sur l'anesthésie locale.

Sur ces indications, M. Mathieu a imaginé un appareil qui permet de mettre à profit le froid produit par la volatilisation de l'éther. Une ventouse à laquelle est adapté un robinet laisse tomber goutte à goutte l'éther sur la peau. Sa volatilisation est activée par l'action d'un ventilateur dirigé vers la partie humide. Le froid produit est assez intense, pas encore assez cependant; car si on paraît avoir réussi dimanche à rendre la peau insensible à des piqûres d'épingle, lundi matin l'action du ventilateur et l'instillation des gouttes d'éther prolongées pendant deux minutes n'ont paru avoir que peu d'action sur un jeune garçon de quinze à seize ans que M. Velpeau a opéré d'un ongle incarné, et qui dit avoir ressenti une vive douleur. De ce côté, il y a donc encore à faire.



Voici du reste le dessin de l'instrument de M. Mathieu; c'est avec cet instrument qu'ont été faites aussi les expériences dans le service de M. Ricord, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro. L'instrument de M. Mathieu peut également servir avec avantage dans les inhalations pour l'anesthésie générale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire de Chimie et de Physique, par le docteur HOEFFER. Un vol. grand in-18. Prix: 4 fr. — A Paris, chez Firmin Didot frères, rue Jacob, 56.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 22 FÉVRIER 1854.

Séances des Académies.

La séance de l'Académie de médecine s'est bornée à la lecture de la correspondance. La mort imprévue de son honorable président, M. Nacquart, a naturellement engagé M. le vice-président à lever la séance.

M. Nacquart, président de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, a succombé lundi dernier à une pneumonie, à l'âge de soixante-quatorze ans. (Il était né en 1780.) M. Nacquart, auteur de quelques articles justement estimés du grand *Dictionnaire des sciences médicales* et de quelques autres œuvres scientifiques que l'ancienneté de leur date a pu faire oublier de la génération médicale actuelle, était surtout connu comme un praticien recommandable. Il était particulièrement estimé pour la dignité de son caractère et pour le zèle et le dévouement qu'il apportait dans tout ce qui pouvait contribuer à la dignité et à la prospérité de la profession à laquelle il avait voué sa vie. C'est surtout à ses qualités personnelles, qui l'avaient placé en si haute estime auprès de tous ses confrères, qu'il avait dû les suffrages qui l'avaient successivement et plusieurs fois élevé aux dignités de vice-président et de président de l'Académie.

M. Nacquart avait présidé encore l'avant-dernière séance, et rien ne faisait prévoir alors chez lui une fin aussi prochaine. Quelques jours auparavant il avait assisté à une réunion confraternelle des membres de la Société de médecine de Paris, où il avait reçu de la part de ses confrères les hommages les plus flatteurs. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui mercredi, au milieu d'un grand concours de médecins et d'amis de sa famille.

L'Académie des sciences a reçu une importante communication ; M. Lussana lui a adressé une observation de guérison d'un anévrisme de l'artère maxillaire externe par l'injection de l'acétate de sesqui-oxyde de fer.

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire avait ouvert la séance par l'exposé du plan qu'il a adopté dans son important ouvrage sur l'histoire naturelle générale des règnes organiques.

Enfin, M. Kuecheneister a communiqué quelques nouveaux faits relatifs au développement des vers intestinaux ; et M. Boulu a adressé un mémoire sur un nouveau mode d'application de l'électricité magnétique au traitement des maladies.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Remarques sur l'opération du strabisme.

Depuis longtemps on ne parle plus de l'opération du strabisme, les discussions si vives élevées sur ce sujet, il y a dix ou quinze ans, se sont brusquement arrêtées de manière à laisser l'opinion publique incertaine et même à faire soupçonner que c'était là une pratique inutile et bonne à rejeter définitivement. Il n'en est rien cependant ; si le zèle des chirurgiens s'est ralenti, c'est uniquement parce que le nombre des strabiques est infiniment moindre qu'à l'époque où cette opération fut proposée pour la première fois. Jusqu'alors, en effet, aucun moyen sérieux de traitement n'avait été proposé contre cette difformité : dès que les premiers succès furent connus, tous ceux qui s'en trouvaient affectés vinrent avec un merveilleux empressement se remettre entre les mains des chirurgiens ; tout le monde en opérait, et pour mon compte, tant en ville qu'à l'hôpital, j'en ai soigné un nombre considérable. Mais le nombre des sujets a dû nécessairement baisser les années suivantes, et maintenant encore on rencontre infiniment moins d'occasions de pratiquer la section d'un des muscles de l'œil.

Vous voyez donc qu'il ne faut pas attribuer à des mécomptes ou à des déceptions cette indifférence apparente. Bien au contraire, maintenant que les faits ne manquent pas pour juger cette opération, voici les résultats que nous croyons pouvoir lui assigner : si la manœuvre opératoire est bien faite, on réussit d'une manière presque complète, dans la moitié des cas au moins. De plus, un quart des malades opérés éprouve un peu d'amélioration, mais ne guérit qu'avec un peu de déviation en dehors ou de saillie du globe oculaire ; enfin, dans le dernier quart, l'opération ne réussit en aucune façon ou même laisse après elle une difformité plus considérable.

Par malheur il est impossible, quoi qu'on en ait dit, de savoir quelles sont les conditions qui influent sur ces résultats. C'est que dans l'histoire du strabisme, et surtout dans son étiologie, il est encore des données qui sont loin d'être certaines. Comment, par exemple, concilier la théorie du raccourcissement musculaire, que l'anatomie pathologique n'a d'ailleurs jamais vérifié, avec ce fait si connu que, lorsqu'on vient à fermer l'œil qui ne louche pas, l'autre exécute parfaitement tous les mouvements qui lui étaient impossibles un instant auparavant ?

L'opération n'est pas dangereuse, ajoute M. Velpeau, et pour mon compte je n'ai connaissance d'aucun cas où elle ait amené la mort. Je sais que des accidents ont été observés ; mais on ne peut faire entrer en ligne de compte les faits où trois ou quatre muscles ont été coupés, où même le nerf optique a été intéressé, ainsi que j'en ai présenté un exemple à l'Académie de médecine. Rarement l'inflammation est sérieuse ; pendant quelque temps la muqueuse reste rouge, boursouflée, mais peu à peu elle se déterge, se cicatrise et blanchit.

Les procédés opératoires imaginés pour couper les muscles de l'œil sont tellement nombreux, qu'il serait inutile et fastidieux de vous les décrire tous ; je veux seulement appeler votre attention sur quelques-uns d'entre eux.

1° Dans une méthode dite sous-cutanée, ou plutôt sous-conjonctivale, après avoir fixé le globe de l'œil, on ponctionne la base d'un pli de la muqueuse, puis on introduit par là un petit ténotome qui va couper le muscle. Mais si à l'aide de ce procédé on guérit sans rougeur ni boursouflement de la muqueuse, le plus souvent il se produit une large ecchymose ; et d'ailleurs, il est si difficile de couper tout le muscle, qu'en somme les inconvénients de ce mode opératoire dépassent ses avantages, et qu'il n'a guère été employé que par son auteur.

2° M. L. Boyer fait à la conjonctive, un peu au-dessous du muscle, une incision transversale ; par là il introduit un crochet qui isole le muscle, l'accroche et l'amène à la plaie extérieure, où il est facile d'en opérer la section. On réussit par ce procédé, mais l'opération est longue, délicate, et plus d'une fois on ne peut réussir à saisir tout le muscle.

3° Pour opérer les premiers strabiques qui se sont présentés à moi, j'introduisais dans l'orbite une érigne avec laquelle j'allais accrocher le muscle en râclant le globe de l'œil, puis, à l'aide de ciseaux, je coupais et le muscle et la portion de conjonctive qui le recouvre ; mais quelquefois la pointe de l'érigne s'implantait dans le muscle au lieu de passer en dedans de lui, quelquefois même elle passait en debors, et il fallait reprendre ce temps de l'opération.

Depuis, j'ai modifié ce procédé de manière à lui donner à la fois plus de simplicité et plus de rapidité.

Les instruments nécessaires sont un blépharergon, deux pinces à griffes solides dont les branches présentent derrière les griffes un certain écartement pour loger le repli de la muqueuse, des ciseaux droits à extrémités mousses.

Les paupières étant maintenues écartées à l'aide du blépharergon, on saisit avec une pince à griffes un pli de la muqueuse et le muscle en même temps, près de son attache à la sclérotique ; avec l'autre pince on saisit le même pli plus en arrière, mais en ayant soin de râcler le globe de l'œil de manière à bien saisir tout le faisceau musculaire. Cela fait, on la confie à un aide ; puis, à l'aide de ciseaux droits que l'on dirige perpendiculairement au globe de l'œil, on coupe à la fois et le pli de la muqueuse et le muscle : tout cela est d'une rapidité extrême. Avant de lâcher la pince qui a fixé l'œil, il est bon d'exciser un petit lambeau de conjonctive et la faible portion qui reste du tendon du muscle. Est-il nécessaire de débrider pour achever de couper toutes les insertions, il suffit de deux coups de ciseaux, l'un en haut, l'autre en bas.

Le seul inconvénient de cette myotomie qu'on pratique à ciel

FEUILLETON.

Association des médecins du département de la Seine.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

M. le docteur Perdrix vient de publier le compte rendu des travaux de cette Association pendant l'année 1853. L'honorable secrétaire général avait à entretenir l'Association de la perte qu'elle a faite dans la personne de son fondateur, M. Orfila, et de la libéralité dont elle a été l'objet de sa part. Il l'a fait en termes dignes, et comme d'habitude le cœur lui a inspiré des paroles nobles et bien senties.

« Lorsque, plein d'espérance et d'admiration, a dit M. Perdrix, il y a un an à pareil jour, je prononçais devant vous ces paroles avec l'expression d'une vive satisfaction : « L'année 1853 s'inaugure pour nous » sous les plus heureux auspices, » j'étais loin de prévoir qu'un malheur immense menaçait notre Association ; j'étais loin de penser qu'une perte prochaine et irréparable allait changer en deuil les joies de notre grande famille !... Le digne fondateur de l'Association, réalisant enfin des intentions depuis longtemps et souvent exprimées, venait d'accomplir une promesse sacrée et de remplir un engagement de cœur et de conscience ; M. Orfila venait de doter l'œuvre qu'il avait créée vingt ans auparavant, qu'il avait vue grandir et prospérer, et que, grâce à sa persévérance, une sanction légale, un décret, venait d'asseoir sur des bases désormais solides et durables.

» Le 6 février 1853, l'Association des médecins du département de la Seine, réunie comme aujourd'hui, donnait pour la vingtième fois un témoignage de sa déférence, de sa sympathie, de sa gratitude à son fondateur, M. Orfila, témoignage que les circonstances rendaient peut-être plus éclatant encore, mais assurément plus précieux pour celui qui en était l'objet. En effet, d'un côté l'Association venait de prendre part à des libéralités qu'elle avait à cœur de reconnaître par une de ces manifestations qui empruntent un caractère de vivacité et d'enthousiasme à la vérité et à la chaleur des sentiments dont elles émanent ; d'un autre côté, un moment incertaine, d'après les nouvelles dispositions de la loi, sur le maintien de ses attributions, de ses anciennes prérogatives, l'Association apprenait qu'elles ne lui étaient point contestées et qu'elle restait libre d'en user. Aussi était-ce avec un élan plus spontané, un entraînement plus vif, avec une satisfaction plus grande et en quelque sorte mieux sentie qu'elle conférait, comme par le passé, de plein gré et de plein droit, la présidence à son fondateur, devenu son bienfaiteur ! »

C'est avec raison, ainsi que l'a rappelé M. Perdrix, que M. Orfila regardait *comme le plus beau et le plus durable de ses titres celui de président fondateur de l'Association* ; il y avait *là quelque chose qui ne pouvait changer pour lui*. Dépouillée, en effet, de toute pensée étroite d'influence dominatrice et d'exclusion, cette institution devait rendre et a rendu d'incontestables services. Elle n'a maintenant plus rien à craindre des circonstances et des événements : reconnue comme établissement d'utilité publique, elle ne peut que prospérer de plus en plus et d'année en année.

Après avoir fidèlement retracé les difficultés que M. Orfila eut à vaincre pour la fondation de l'Association, c'est au fondateur lui-même que M. Perdrix emprunte le compte rendu des résultats obtenus. Ecoutez M. Orfila, dit l'honorable secrétaire général, c'est lui qui va parler :

« Cent cinquante mille francs distribués en secours.

» Cent mille francs placés en rentes sur l'Etat.

» Nombre considérable de sociétaires, de veuves et d'enfants et de personnes étrangères à l'œuvre, efficacement secourus.

» Bourses dans les lycées et colléges accordées à des fils de médecins par l'intervention de l'Association, quelques-unes payées à ses frais.

» De malheureux confrères sans asile, des veuves âgées et infirmes, placés par l'Association dans des établissements hospitaliers. De pauvres médecins aliénés, sans ressources, placés comme boursiers par l'Etat, à la demande de l'Association, dans la maison de Charenton.

» Nombreuses poursuites exercées contre une foule de charlatans sans diplôme, qui exploitaient et trompaient odieusement le public.

» Retrait par deux ordonnances royales, sur la demande de l'Association, du droit d'exercer la médecine en France à plusieurs médecins étrangers indignes de cette faveur, et condamnés par les tribunaux pour des actes déshonorants et criminels.

» Intervention de l'Association dans les affaires litigieuses ; conseils et consultations ; preuves d'intérêt et de sympathie données soit au corps médical tout entier, soit à plusieurs confrères injustement attaqués devant les tribunaux, et défendus par l'Association avec autant de générosité que de succès.

» Nombreux et fréquents rapports de l'Association avec les autorités municipale, administrative et supérieure, en vue de la morale, du bien public, de la science et de la dignité médicale. »

Voilà ce qu'avait fait il y a un an l'Association. Forte maintenant de ces résultats et de sa position officielle, elle a plus de liberté dans ses mouvements, et n'a pas à craindre d'inviter à entrer dans son sein les confrères honorables qui, par un motif quelconque, s'en sont tenus écartés. Une circulaire leur a été adressée dans ce but l'année der-

découvert, c'est la formation d'un petit bourgeon charnu que plus tard il est très facile d'exciser.

Tel est le procédé que j'emploie maintenant d'une manière exclusive. Sans doute on parvient ainsi à redresser l'œil; mais il ne faut pas oublier que chez les strabiques, comme un seul œil sert habituellement à la vision, l'autre finit par s'affaiblir, pour peu que la difformité soit ancienne. De cette inégalité dans la force des deux yeux on voit résulter, après l'opération, des troubles fonctionnels quelquefois longs à disparaître.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.—M. SOULÉ.

Réflexions sur le traitement des kystes du cou. (1)

OBS. I. — *Kystes fibro-cartilagineux du cou. — Deux injections iodées; séton. — Insuccès de ces deux moyens.*

Une femme d'une trentaine d'années, la nommée Siailles, journalière, entre à l'hôpital le 6 décembre 1846 pour deux tumeurs enkystées du cou, l'une du volume d'un œuf, l'autre d'une grosse noix, et dont la nature fut démontrée par une ponction exploratrice. Il s'agissait de kystes séreux. L'injection iodée fut faite une première fois le 11 décembre. On put dès ce moment se faire une idée de l'épaisseur des parois, qui étaient fibro-cartilagineuses.

L'état de la malade ne s'étant pas amélioré, une deuxième ponction suivie d'une injection iodée au 1/3 fut pratiquée le 13 février. Le résultat fut cette fois plus fâcheux encore, car l'inflammation suppurative obligea à faire une ponction sur chacune des tumeurs.

A quelques jours de là on établit deux sétons, qui furent maintenus pendant plusieurs semaines sans aucun bénéfice pour la malade, qui sortit peu de jours après.

Les diverses modifications que je viens de décrire n'avaient exercé aucune influence sur l'état des parois de la tumeur. Les kystes conservaient toute leur capacité primitive et étaient soumis à des évacuations périodiques précédées d'inflammation d'une certaine acuité.

A côté de cet insuccès, qu'on pouvait jusqu'à un certain point prévoir et éviter par une autre thérapeutique, je vais placer deux observations dans lesquelles l'injection iodée a amené des résultats aussi prompts que favorables.

OBS. II. — *Kyste séreux prétrachéal. — Guérison après deux injections iodées.*

Un jeune homme, garçon de café, récemment arrivé de la Suisse, son pays natal, offrait un kyste d'une très grande régularité et de forme oblongue, s'étendant depuis le cricoïde jusqu'à l'extrémité supérieure du sternum. Point de douleur, point de rougeur à la peau; en un mot aucun signe d'inflammation. Le malade déclare n'éprouver aucune gêne, à part toutefois un certain degré de raucité de la voix, qui n'a apparu que depuis peu de temps. Le volume croissant de la tumeur le décide cependant à venir réclamer l'opération.

Ce sujet a toujours eu le cou gros vers sa base. Il ne peut assigner un terme précis au début de cette tumeur. Une première ponction évacue environ un verre à un verre et demi d'un liquide parfaitement citrin et entièrement analogue à celui qu'on retire de l'hydrocèle. Une injection est pratiquée dans la proportion d'un quart de teinture d'iode pour trois quarts d'eau. On peut dès lors constater l'absence d'induration des parois du kyste; c'est à peine si, une fois son contenu évacué, on sent un léger empâtement.

Réaction modérée, fièvre peu intense, tension des tissus ne compromettant en rien l'état de la respiration, telles furent les conséquences de cette première injection.

Un mois après toute résorption ayant cessé, on se décide à faire une nouvelle injection, qui amène la cure, dont j'ai pu à diverses reprises constater la solidité.

OBS. III. — *Kyste séreux prétrachéal et rétrosternal. — Une injection iodée. — Guérison.*

Un jeune Béarnais âgé de vingt-quatre ans s'est présenté dans mon service, dans les premiers jours du mois de novembre 1853, pour s'y faire traiter d'une tumeur cervicale qui depuis quelques mois a fait des progrès rapides. Fluctuante, elle offre cette particularité, que, placée comme la précédente dans la fossette susternale, elle plonge, en s'élargissant vers sa base, en arrière du sternum. Cette circonstance lui donnant des rapports de voisinage plus intimes avec les gros troncs artériels de cette région, explique des battements visibles à l'œil, produits bien positivement par le soulèvement. Lorsque le malade fait un mouvement prononcé pour déglutir, la tumeur s'élève, et en secondant cette ascension à l'aide de la main, on parvient à déloger le kyste de derrière le sternum, à limiter sa base, et on fait ainsi cesser presque complétement les battements que j'ai signalés.

Je fis quelques jours après l'entrée du malade une ponction avec un trocart explorateur qui permit la complète évacuation du kyste. Ainsi que dans le fait précédent, l'induration de ses parois était nulle. J'injectai environ 30 grammes d'un liquide dans lequel la teinture d'iode entrait pour le quart. Quinze jours après, cet homme quittait l'hôpital parfaitement guéri. Je lui recommandai de venir me revoir s'il apercevait quelque chose de nouveau. Jusqu'à présent il ne s'est point représenté.

J'ai procédé ici avec un instrument très délié, un trocart explorateur. J'avais été témoin, dans le cas qui précède, d'une hémorrhagie qui donna quelques inquiétudes au chirurgien. Au moment où il retira la canule, qui avait des dimensions un peu fortes, un jet de sang artériel d'une certaine intensité eut lieu. Il tenait probablement à l'existence d'une artériole pathologiquement développée dans les parois du kyste.

Efficace dans des cas analogues à ceux que je viens de citer, l'injection iodée est insuffisante, dangereuse même, dans quelques éventualités que j'ai cherché à préciser, et dont la principale est, à mes yeux, l'extrême induration des parois du kyste. Quelle sera alors la méthode qu'il conviendra de lui substituer? Serait-ce, par exemple, le séton? J'ai, il y a un instant, signalé un double insuccès de cette méthode; j'aurai tout à l'heure à en citer un plus concluant encore.

J'avoue, pour ma part, que dans les kystes, et principalement dans ceux du cou, il me paraît offrir des dangers qui doivent rendre extrêmement circonspect dans son emploi. Le séton est essentiellement irritant; il pourra réagir d'une manière fâcheuse sur les couches périphériques aux kystes constituées par un tissu lâche et prédisposant au dernier point aux fusées purulentes. De plus, les liquides sécrétés par le kyste trouvant souvent une issue difficile par les deux ouvertures qui existent, croupiront et contracteront des qualités délétères sous l'influence de l'action de l'air. Bon tout au plus lorsque les parois ne sont que médiocrement et récemment indurées, le séton doit échouer contre les dégénérescences si tenaces que nous observons ici.

Que faut-il alors pour obtenir la guérison? L'exfoliation complète ou tout au moins partielle du kyste. Ce résultat ne sera que très rarement déterminé par l'action d'une mèche, alors même qu'on aura pris le soin de l'enduire de pommades irritantes et modificatrices. Il faut pour cela une suppuration franche, louable, effectuée, si je puis m'exprimer ainsi, *à ciel ouvert.*

Pour parvenir à ce dernier résultat, deux conduites s'offrent au chirurgien :

1° L'instrument tranchant;

2° Les caustiques.

L'une et l'autre méthode a ses inconvénients et ses avantages. Essayons d'en aborder sommairement la discussion. L'incision a pour elle la promptitude, mais participe de la gravité inhérente à toutes les opérations sanglantes; de plus, au cou, il y a à redouter les hémorrhagies, l'ouverture de veines importantes exposant le malade à la résorption purulente et aux accidents si graves, et heureusement si rares, de l'introduction de l'air dans ces vaisseaux. La combinaison de l'incision avec la manœuvre précédente ajoute encore ici un nouveau cachet de gravité. Enfin, il convient aussi de tenir compte de l'importance si anciennement proclamée des plaies du cou.

Effrayés de ces inconvénients, d'autres praticiens ont proclamé ici l'emploi des caustiques; et il faut reconnaître qu'ils ont certains avantages qu'on ne peut nier. Avec eux la résorption purulente est rare, les hémorrhagies moins fréquentes, et nécessairement consécutives. Les tissus ambiants se trouvent, lorsque la suppuration se manifeste, envahis par une induration périphérique qui rend moins faciles les fusées le long des gaînes fibreuses multiples qui sillonnent le cou en différents sens.

M. Bonnet (de Lyon), d'après M. Philippeaux, use maintenant d'une manière exclusive de cette thérapeutique pour les tumeurs enkystées de cette région. D'après les conditions anatomiques du kyste, et selon qu'il faut agir d'une manière plus ou moins directe sur ses parois, ce chirurgien préconise :

1° La cautérisation limitée, qui répond à la ponction;

2° La cautérisation linéaire, qui a son analogue dans l'incision;

3° Enfin la cautérisation sur une surface étendue, qui, mortifiant d'emblée une grande partie des parois du kyste, a une action qu'on ne pourrait mieux rapprocher que de l'incision.

Le caustique qu'emploie à cet effet le célèbre chirurgien de Lyon est le chlorure de zinc.

La pâte de Cancoing a en effet des avantages, au nombre desquels il convient de signaler celui de produire des eschares d'une très grande profondeur, et, ainsi que le démontre le fait exceptionnel de traitement d'un anévrisme de la racine du cou par cet agent, il expose beaucoup moins que les autres à l'hémorrhagie. Mais n'y a-t-il pas à se méfier de son extrême activité? J'ai été frappé de la douleur extrême que détermine chaque application.

Cherchant donc à concilier, d'une part, l'application d'un caustique plus doux avec l'énergie qu'il doit cependant avoir, c'est à la pâte de Vienne que j'ai donné la préférence; j'ai combiné avec son emploi l'incision de l'eschare dans le fait suivant :

OBS. IV. — Un jeune homme âgé de dix-huit ans portait en avant de la trachée une tumeur du volume d'une noix de moyenne grosseur, dure, quoique fluctuante cependant. Une ponction exploratrice avait établi deux faits :

1° Le peu de capacité du kyste;

2° L'épaississement extrême de ses parois.

Ce cas rentrait donc complétement dans la catégorie de ceux qui me paraissent ne point comporter l'emploi de l'injection iodée. Je procédai de la manière suivante : j'effectuai une cautérisation linéaire à l'aide d'une traînée de pâte de Vienne. Quelques jours après une deuxième application eut lieu. J'eus le soin de ne faire reposer le caustique que sur le centre de la plaie qu'avait produite la première cautérisation. L'eschare me paraissant avoir attaqué les parois du kyste, je me décidai à ponctionner et à inciser avec précaution à l'aide de la sonde cannelée. — Pansement avec bourdonnets cératés; cataplasmes.

Pendant quelques jours, fièvre et réaction modérée. La suppuration s'établit et amène l'expulsion de la coque fibro-cartilagineuse qui constituait le kyste. Dès lors la guérison a été d'une extrême promptitude, et le malade est sorti vingt jours après le début des manœuvres.

J'ai l'intime conviction que l'injection iodée aurait été ici sans effet; peut-être même aurait-elle, comme dans notre première observation, créé des conditions défavorables à l'emploi ultérieur d'un autre moyen thérapeutique.

Je fais précéder les quelques conclusions qui vont terminer ce travail de la relation historique d'un kyste cervical rebelle à une foule de médications, et pour lequel divers chirurgiens de l'hôpital Saint-André ont dû intervenir.

OBS. V. — *Kyste profond du cou à parois fibro-cartilagineuses, et paraissant avoir pour siége une coque ganglionaire hypertrophiée. — Thérapeutique variée et inefficace. — Guérison par l'incision partielle combinée avec le séton.*

La nommée Marie Puchet, âgée de vingt-six ans, entra à l'hôpital Saint-André le 26 décembre 1851 pour un kyste du volume d'un œuf situé à la partie supérieure gauche du cou. La ponction et l'injection iodée constituèrent la première phase du traitement, et cela sans bé-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

---

nière, et va de nouveau être adressée cette année. Il est à croire que les adhésions qu'elle provoquera ne seront pas moins nombreuses et moins importantes que celles qu'elle a obtenues l'an passé.'

« Soixante confrères environ ont répondu à cet appel, dit M. Perdrix, et nous croyons être assez bien informé pour espérer que ce nombre doublera d'ici à peu de temps.

» L'assemblée entendra avec une vive satisfaction les noms des nouveaux sociétaires, que le règlement, d'ailleurs, prescrit de faire connaître dans l'assemblée générale. Ces honorables confrères sont, par ordre d'admission :

» *Pour Paris.* — MM. Adolphe Richard, Payer, Delastre, Requin, Demarquay, Sestier, Despaulx-Ader, de Miramont, Mouzard, Léon Boyer, Magonty, Duplay, Faivre, Archambaud, Baret, Bécourt, Forget, Marchal (de Calvi), Richet, Hardy, Grisolle, Mialhe, Le Roy-d'Etiolles fils, Fougeirol, Contour, Barbette aîné, Boullard fils, Corvisart (Lucien), Gaudet, Suasso, Legendre, Duméril fils, Sandras, Vernois, Trélat, Gubler, Allié, Eugène Gardet, Otterbourg, Tartivel, Bonnafont, Fabrège, Chausit, Piogey, Fano, Denonvilliers, Nélaton.

» *Pour les arrondissements de Saint-Denis et Sceaux.* — MM. Josias, Pourrat, Calmeil, Thore, Deguise fils, Larcher, Accassat, Souchard de Lavoreille.

» Parmi les libéralités dont l'Association a été l'objet pendant l'année 1853, de la part de personnes charitables à qui nous adressons ici, au nom de l'Association, nos félicitations et nos sincères remercîments, par une déférence doublement motivée, nous placerons en tête celle d'un confrère étranger; la bienfaisance rapproche les nations et resserre les liens de la confraternité. Un Anglais, M. le docteur Rayner, honorable et savant confrère de la Faculté de Paris, a voulu que l'Association des médecins de la Seine participât aux actes de philanthropie qu'il a accomplis cette année dans son pays et dans le nôtre, M. le docteur Rayner a fait don à notre Association d'une somme de 1,500 francs.

» La commission générale a été d'autant plus sensible à cette bonne action, que le docteur Rayner a confondu dans une même pensée, dans un même sentiment, les Associations de prévoyance de Londres et de Paris, et comme témoignage de sa reconnaissance, elle a inscrit le nom de M. Rayner parmi ceux de vos bienfaiteurs.

» M. le docteur Villeneuve, membre fondateur, que la Société a eu la douleur de perdre cette année, a donné à l'Association des médecins de la Seine, par une disposition testamentaire, une somme de 500 fr. Le nom du docteur Villeneuve a été également placé sur la liste des bienfaiteurs de l'institution.

» La Société de MM. les agrégés de la Faculté de médecine de Paris a versé, comme les années précédentes, dans la caisse de l'Association, une somme de 100 fr.

» La Société de chirurgie vient de donner à l'Association un témoignage de sa sympathie en lui votant une somme de 60 fr.

Après avoir mentionné d'autres dons moins importants et rappelé celui de M. Orfila, qui consiste en une rente perpétuelle de 400 fr., M. Perdrix annonce que l'Association vient de recevoir un témoignage de haute sympathie qui honore tout à la fois et l'œuvre et le bienfaiteur. M. le docteur Conneau, médecin de S. M. l'Empereur, vient de mettre à la disposition de la Société une somme de 500 fr. qui sera employée à constituer au profit de la Société une rente perpétuelle.

La part affectée au fonds de réserve pour l'exercice 1853 s'est élevée à la somme de 5,729 fr. 50 c.

Cette somme a été employée à l'achat d'une rente 3 p. 0/0 sur l'Etat de 220 fr.

« Le 1er janvier 1854, l'Association possède une rente sur l'Etat de 4,600 fr. 4 1/2 et 3 p. 0/0.

» Le compte rendu financier de l'exercice de 1853 se trouve résumé, comme d'habitude, dans le tableau suivant, indiquant la situation de la caisse du 1er janvier au 31 décembre 1853. Il vous a été adressé, et vous avez pu en apprécier l'importance. Ce travail, d'une grande précision, présenté à la fin de l'année à la commission de comptabilité et soumis à son examen, témoigne de l'ordre parfait et des soins éclairés que M. le docteur Vosseur ne cesse d'apporter dans sa gestion et dont l'Association ne saurait trop le remercier.

SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1853.

	fr.	c.
Recettes. — Le 1er janvier 1853, en caisse.	350	00
Cotisations.	5,832	00
Dons et admissions.	3,823	00
Huit dons.	2,305	00
Rentes, 2 semestres.	4,112	50
	16,422	50
Dépenses, emploi. — Secours aux personnes étrangères à l'Association.	1,235	00
Sommes allouées à 7 sociétaires et à 9 veuves de sociétaires.	7,180	00
Dépenses de gestion, imprimés, etc.	820	00
Achat de 220 francs de rentes 3 p. 100.	5,729	50
	14,964	50

néfice pour la malade, car la tumeur ne tarda pas à prendre des dimensions plus considérables. Renonçant à cette méthode, le chirurgien qui dirigeait alors le traitement établit un séton. Ce moyen ne fut pas plus favorable; l'accès de l'air dans la poche vicia la suppuration, et une inflammation de mauvaise nature s'empara de la tumeur.

La mèche fut nonobstant maintenue pendant huit mois, et pansée avec diverses pommades modificatrices. Dès que le séton est supprimé la tumeur se reforme, puis se vide spontanément. Après plusieurs mois d'expectation, pendant lesquels la poche fut soumise à des réplétions et à des évacuations périodiques, on se décida à appliquer un cautère sur le centre de la tumeur, comptant, avec ce moyen, amener l'expulsion ou tout au moins la résolution des parois du kyste. Le résultat fut nul; le caustique n'avait point, du reste, attaqué les parois de la tumeur. Pendant quelques mois encore, pommades résolutives, vésicatoires volants, régime atrophique général; tous ces moyens furent également sans résultat.

On reprend l'usage des moyens propres à modifier de nouveau l'intérieur du kyste. Solutions concentrées de teinture d'iode, de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, de chlorure, d'oxyde de sodium, tout cela fut tenté sans aucune amélioration.

Ce fut sur ces entrefaites et après presque deux ans du traitement que je viens d'exposer que la malade s'adressa à moi. L'expérience me détournait du sentier qu'avaient inutilement parcouru mes collègues, je me décidai pour l'incision et l'excision des parois indurées du kyste. Voici, du reste, quel était alors l'état de la malade :

Lorsque le kyste était en état de réplétion, l'inflammation était vive, la tumeur douloureuse, puis il se rouvrait par l'une, et quelquefois par les deux ouvertures qui avaient livré passage au séton. Pendant plusieurs jours, la suppuration était abondante et fétide, puis elle perdait peu à peu ces caractères, devenait séreuse, pour se supprimer tout à fait. Les ouvertures se refermaient alors et le kyste faisait de nouveau les frais d'une inflammation. L'introduction de la sonde cannelée dénotait une cavité d'une capacité considérable et la profondeur de la tumeur.

Au moment où j'allais, après l'avoir chargé sur un conducteur, inciser ce pont, qui n'avait pas moins de 8 pouces d'étendue, je m'aperçus qu'il devenait impossible de respecter la jugulaire externe. Le manuel opératoire que j'avais projeté fut dès lors changé ainsi qu'il suit ;

L'incision ne porta que sur les trois quarts postérieurs du kyste ; il s'écoula un pus fétide chargé de grumeaux tuberculeux. La tumeur se trouvait bien, ainsi que je l'ai dit, placée au-dessous de l'extrémité supérieure du sterno-mastoïdien, et avait pour origine une caverne tuberculeuse ganglionaire enkystée, à parois épaissies et indurées par l'inflammation. J'excisai une certaine étendue de ces parois et j'établis un séton dans la portion du trajet que la présence de la jugulaire m'avait fait respecter.

Afin d'abréger autant que possible une observation déjà si surchargée de détails, je dirai que les suites de cette manœuvre ont été des plus simples, que la suppuration détacha quelques fragments du kyste, et que le séton fut maintenu pendant deux mois.

Pendant quelque temps son trajet a fourni de temps à autre quelques gouttelettes d'un pus séreux; aujourd'hui la guérison est complète, les cicatrices sont fermes, résistantes; la tumeur a entièrement disparu.

Résumant les quelques faits pratiques qui me paraissent ressortir des observations que contient ce travail, je formulerai les conclusions suivantes :

1° Un point de la dernière importance pour le traitement des kystes liquides du cou, c'est l'appréciation exacte de l'état de ses parois.

2° Il est une catégorie de kystes que l'on doit attaquer par l'injection iodée. Il en est d'autres qui pourront être encore modifiés par elle, malgré un léger épaississement des parois. Enfin certains d'entre eux ne peuvent en retirer aucun bénéfice, et seront même souvent aggravés par ce moyen.

3° Le séton offrira quelquefois de grands dangers; souvent il sera inefficace.

4° L'exfoliation complète des parois du kyste est dans certains cas le seul mode de guérison possible.

5° A raison des accidents que peuvent offrir les plaies du cou, l'incision et l'excision doivent être remplacées en général, et principalement dans les tumeurs d'un certain volume, par la cautérisation seule, ou tout au moins combinée et employée comme moyen préparatoire et propre à en pallier les inconvénients.

CLINIQUE DE LA VILLE.

(MAISON DE SANTÉ DE M. LE DOCTEUR LEY.)

Deux observations de fistules vésico-vaginales opérées par M. le docteur Jobert (de Lamballe).

Dans le numéro 148 de la *Gazette des Hôpitaux* (année 1853), j'ai déjà essayé de démontrer l'utilité de ne pas laisser passer un seul fait de ce genre inaperçu. Tout en admettant que ces lésions, envisagées sous un point de vue général, pouvaient et devaient rentrer dans un même cadre nosologique, j'ai établi que chacune d'elles se présentait avec un cachet particulier, avec un caractère d'individualité qu'il était bon et souvent utile de connaître. Ce que j'ai dit en n'étudiant la question qu'au point de vue pathologique pur et simple, je viens aujourd'hui le répéter en l'examinant plus spécialement dans ce qu'elle a de pratique, c'est-à-dire sous le rapport des circonstances accidentelles qui peuvent se présenter après l'opération et qui sont de nature à favoriser ou à entraver, quelquefois même à arrêter complétement la marche de l'action curative. Ce point de vue est assurément un des plus importants; il a l'avantage de contenir un enseignement susceptible d'éclairer et de diriger le praticien dans le traitement souvent difficile de ces terribles infirmités. Ce sont ces considérations qui m'ont fait penser qu'on ne lirait pas sans intérêt les deux observations suivantes.

Obs. I. — *Fistule vésico-vaginale du bas-fond de la vessie. — Autoplastie par glissement. — Perte de sang le sixième jour après l'opération. — Guérison.*

Mme T..., habitant Dijon, vint à Paris le 11 janvier 1854 consulter M. Jobert et réclamer ses soins pour une fistule vésico-vaginale dont elle est affectée depuis quatre ans. Cette dame, âgée de vingt-trois ans, quoique d'une constitution en apparence un peu délicate, a cependant toujours joui d'une bonne santé. Elle n'a plus ni père, ni mère; cette dernière a succombé à une affection cancéreuse du sein. Quant à son père, tout ce qu'elle en sait, c'est qu'il est mort à l'âge de cinquante-trois ans. Elle a de plus un frère et une sœur, qui l'un et l'autre se portent très bien.

Réglée pour la première fois à l'âge de quinze ans, la menstruation s'établit de suite avec une parfaite régularité sans qu'il en résultât le moindre dérangement dans l'état fonctionnel des organes. Mariée à dix-neuf ans, elle devint enceinte après deux mois de ménage. Cette première grossesse ne présenta rien de particulier; la première période en fut caractérisée par les symptômes que l'on observe d'ordinaire en pareille circonstance. Sans autre accident, elle parvint à son terme normal. L'accouchement fut long et laborieux. Le travail s'annonça le 26 décembre 1850 par des douleurs qui prirent de suite un degré d'intensité assez grand; le liquide amniotique s'écoula dès le début. Les contractions utérines devinrent plus vives et persistèrent sans interruption jusqu'au 27 au soir; l'accouchement eut lieu alors spontanément. L'enfant, dont la tête était volumineuse, mourut quelques instants après sa naissance. La délivrance fut opérée sans aucune difficulté. Les suites de couches furent longues, compliquées de symptômes inflammatoires qui nécessitèrent l'application de sangsues sur le ventre. Ce ne fut qu'au bout de six mois que le rétablissement fut assez complet pour que la nouvelle accouchée pût se lever.

Immédiatement après être délivrée, Mme T... sentit que les urines coulaient par le vagin sans qu'il lui fût possible de les retenir. Elle consulta alors un médecin, qui se contenta d'examiner l'état des parties sans faire aucune tentative pour diminuer les inconvénients d'une aussi terrible infirmité. L'écoulement du liquide urinaire était incessant, quelque position que prît la malade; aussi n'éprouva-t-elle jamais le besoin de le rendre.

Au bout de huit à neuf mois les règles reparurent; mais le sang menstruel était moins abondant qu'auparavant, et ne revenait plus avec sa régularité habituelle. Malgré cela, notre malade devint de nouveau enceinte. Cette seconde grossesse ne présenta rien de particulier, et se passa même mieux que la première; mais elle n'apporta aucune modification avantageuse dans l'état fonctionnel des organes urinaires, et parvint à son terme ordinaire. L'accouchement fut aussi facile que le premier avait été laborieux; mais l'enfant, venu au monde avec toutes les apparences d'une bonne santé, ne vécut que neuf jours. Après ce second accouchement, Mme T... remarqua un léger changement favorable dans l'écoulement de l'urine, elle pouvait en conserver une certaine quantité lorsqu'elle était assise ou couchée. Du reste, c'était là une modification presque insignifiante.

Deux mois après, le flux menstruel reparait et continue d'être moins abondant qu'il ne l'était avant l'existence de la fistule.

Au mois de mai 1853, ennuyée et profondément chagrine de l'état dans lequel la réduisait son infirmité, Mme T... consulta M. le docteur Lépine. Après avoir constaté l'existence de l'ouverture anormale, notre confrère essaya d'en obtenir l'oblitération au moyen de cautérisations pratiquées avec le nitrate d'argent. Quinze cautérisations successives furent faites, et comme elles n'apportèrent aucun soulagement durable, la malade se résigna à demeurer comme elle était et à regarder sa maladie comme incurable. Lorsque M. le docteur Canqoin l'engagea à venir à Paris se faire opérer par M. Jobert, elle suivit le conseil qui lui fut donné, et entra dans la maison de santé de M. le docteur Ley, où il nous fut permis de constater l'état suivant :

1° Les grandes et les petites lèvres, ainsi que les parties internes et supérieures des cuisses, sont érythémateuses et le siége de cuissons quelquefois très fortes, surtout après une longue marche.

2° En examinant l'état des parties avec un spéculum univalve qui déprime la paroi recto-vaginale, on aperçoit vers le milieu environ de la cloison vésico-vaginale une dépression au fond de laquelle se trouve sans doute la solution de continuité. Il est facile de s'en assurer; il suffit pour cela de relever avec l'extrémité d'une sonde d'argent le pourtour de l'infundibulum : on voit, en effet, que le fond est occupé par une ouverture anormale.

3° Cette perte de substance, irrégulièrement arrondie et dont les bords sont formés par un tissu inodulaire résistant, offre une direction oblique d'avant en arrière qui ne permet pas de faire pénétrer de suite une sonde cannelée dans l'intérieur de la vessie; il faut pour cela que l'instrument soit fortement recourbé et qu'il soit introduit d'arrière en avant et de bas en haut. Cette disposition fait qu'au premier abord on n'aperçoit qu'imparfaitement l'orifice de la fistule, au-devant de laquelle s'avance la lèvre antérieure qui forme dans ce point comme une espèce de valvule.

4° A un ou deux centimètres en arrière de cette solution de continuité, on voit le col de l'utérus dont la lèvre antérieure est aplatie et a subi une déperdition de substance.

5° L'urètre est libre et laisse facilement pénétrer dans la vessie la sonde ordinaire de femme.

6° L'état général est satisfaisant.

Après avoir laissé la malade se reposer quelques jours et lui avoir fait subir quelques préparations préliminaires, M. Jobert pratique l'opération le 16 janvier, à trois heures de l'après-midi, en présence de MM. les professeurs Cloquet et Bouillaud, de MM. les docteurs Conneau, Ley, Pietra-Santa et de plusieurs élèves.

1° La malade est couchée sur le dos, le siége placé sur le bord d'un lit préparé à cet effet, les jambes écartées, fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin; elle est maintenue dans cette position par deux aides, qui en même temps, avec des leviers coudés, écartent à gauche et à droite les grandes et les petites lèvres; un troisième aide déprime la paroi recto-vaginale avec le spéculum univalve. Enfin, avec une pince à dents ou un instrument mousse quelconque, la partie du vagin située au-devant de la fistule est relevée dans le but de rendre la perte de substance facilement accessible à l'instrument tranchant.

2° Toutes ces précautions prises, M. Jobert procède au ravivement des lèvres de la solution de continuité et le pratique en deux temps : dans le premier, au moyen d'une pince à dents et du bistouri promené en sciant tout autour de l'ouverture anormale, le conduit fistuleux est enlevé en totalité; dans le second, le pourtour est ravivé de manière à obtenir une surface saignante ayant une étendue de 0,01 centimètre environ. Cette dernière partie est faite avec le bistouri ou avec des

---

	fr.	c.
Balance. — Recettes.	16,422	50
Dépenses, emploi.	14,964	50
Reste.	1,458	00
Le 1er janvier 1854, il reste en caisse.	1,458	00

» Une somme de 7,180 fr. a été votée, dans les séances mensuelles de la commission générale sur les 5/6es du fonds de secours exclusivement destinés aux ayants droit, pour être répartie entre sept sociétaires et neuf veuves de sociétaires.

» La *commission générale* a distribué en totalité le sixième du fonds de secours à vingt-deux personnes étrangères à l'Association, *pouvant* avoir, aux termes du règlement, qualité pour recevoir, et parmi lesquelles se trouvent :

» Quatre docteurs en médecine,

» Deux officiers de santé,

» Exerçant ou ayant exercé à Paris ou dans le département de la Seine;

» Seize veuves de docteurs ou d'officiers de santé, aux mêmes titres.

» La *commission générale* a dû écarter un assez grand nombre de demandes qui n'étaient justifiées par aucun titre.

» Toutes les fois cependant qu'elle a cru pouvoir prêter l'appui moral de l'Association, elle l'a fait, et, je dois le dire, avec un grand discernement. C'est ainsi qu'elle a apostillé, cette année, plusieurs demandes pour l'obtention de bourses, soit dans les lycées pour les fils de médecins, soit dans des établissements spéciaux pour de malheureux confrères aliénés, ou pour des veuves de médecins âgées et infirmes.

» Six sociétaires n'ayant pas rempli les obligations prescrites par l'article 17 des statuts, soit pour cause de départ, soit pour d'autres motifs, ont été, aux termes du règlement, considérés comme démissionnaires. L'Association ne peut assurément que regretter le concours des honorables membres qu'elle voit s'éloigner d'elle, mais il est d'autres pertes qui l'affligent profondément; ce sont les pertes irréparables, ces séparations sans retour, et chaque année, messieurs, j'ai la douleur de vous en faire connaître de nouvelles.

» A peine vous avais-je annoncé, il y a un an, la mort de nos confrères Devilliers et Fiard, qui succombaient quelques jours avant notre séance générale, que l'Association comptait déjà une autre victime, et celle-là, la mort venait la choisir parmi les plus illustres, c'était M. Orfila !... Puis bientôt tombaient MM. Andral père, Cornac, Serrurier, Morin, Villeneuve, Lefaivre, Dronsart, Cahen père, Collin de l'Arbre, Braive et Lapp !...

» L'heureuse direction imprimée jusqu'à ce jour à nos affaires guidera nos successeurs. Un ordre admirable règne dans la partie financière. Tout nous semble donc de nature à dissiper les appréhensions, s'il en existait, et à laisser dans vos esprits cette confiance en l'avenir, que mon honorable successeur viendra justifier chaque année dans un compte rendu plus concis, je le désire pour vous et pour lui, mais non moins substantiel, je l'espère dans l'intérêt de l'Association. »

L'impression et la distribution de ce compte rendu aux médecins du département de la Seine ont été votées par l'Assemblée.

Immédiatement après ce vote, M. le président Adelon a donné la parole à l'honorable trésorier, M. le docteur Vosseur, qui s'est exprimé en ces termes :

« La commission générale de 1853 soumet à l'assemblée générale la » proposition suivante :

» L'Association des médecins du département de la Seine regrette » vivement que M. le docteur Perdrix, son secrétaire général depuis » dix ans, ait persisté dans sa résolution de décliner l'honneur d'une » troisième élection.

» Appréciant toute l'importance des services signalés qu'il n'a cessé » de lui rendre pendant ce long espace de dix années, désirant aussi » ne pas être privée de son concours si éclairé, si dévoué, si hono- » rable pour elle, l'Association croit devoir témoigner toute sa recon- » naissance à M. le docteur Perdrix, en lui décernant le titre de se- » crétaire général honoraire, lui confiant la garde des archives de la » Société, et lui donnant voix délibérative dans tous les actes de la » commission générale et de son bureau. »

L'assemblée a accueilli le vœu de la commission générale avec un sympathique empressement, et a sanctionné sa proposition par un vote unanime.

Nos abonnés nous ont souvent demandé de leur rendre de petits services, comme de transmettre leurs mémoires aux académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc., etc. Une personne attachée à l'administration de la *Gazette* leur rendra ces bons offices avec tout le zèle et l'empressement désirables.

ciseaux. La perte de substance permet alors l'introduction facile d'une grosse sonde.

3° Deux points de suture entrecoupée sont appliqués d'avant en arrière et réunissent les lèvres saignantes de manière à former une suture transversale. Ils sont pratiqués avec des lacets de soie cirés, qui sont immédiatement noués.

4° Après s'être assuré qu'il n'existe plus d'intervalle susceptible de laisser passer le liquide urinaire, M. Jobert détache le vagin de son insertion au col au moyen d'une incision demi-circulaire; cette incision, pratiquée sur les parties restantes de la lèvre antérieure du museau de tanche, pénètre d'abord dans un tissu très résistant; mais bientôt, en la prolongeant plus profondément, on arrive sur l'insertion proprement dite du vagin, qui se porte aussitôt en avant par un mouvement de glissement très marqué et qui vient de cette manière réparer la perte de substance.

5° Pour éviter toute espèce de tiraillement entre les parties réunies, deux autres incisions longitudinales sont pratiquées sur les côtés de la suture.

6° Les fils sont coupés à une petite distance du nœud; plusieurs injections d'eau froide sont faites dans le vagin; un tampon d'agaric est poussé au fond de ce conduit, et la malade est reportée dans son lit, où une sonde en gomme élastique est placée à demeure dans la vessie. Elle donne issue d'abord à une petite quantité de sang, mais bientôt l'urine reprend sa transparence. Le reste de la journée se passe è s bien, et dès le soir le tampon est retiré.

Le 17, la sonde marche très bien; l'état général de la malade est satisfaisant. Il en est de même le 18. Plusieurs fois cependant l'algalie a dû être changée. M. Jobert permet quelques petits bouillons.

Dans la nuit du 19 au 20, il s'écoule une petite quantité de sang par la sonde; en d'autres termes, l'urine devient légèrement sanguinolente.

Le 20 au matin, elle a repris sa transparence.

Dans la nuit du 20 au 21, le même phénomène se reproduit de la même manière et cesse aussi promptement. L'état général est satisfaisant.

Le 21, à trois heures de l'après-midi, M. Jobert examine l'état des parties opérées. Le vagin contient une certaine quantité de sérosité sanguinolente, qui est enlevée avec précaution au moyen de petites éponges fines. Il est facile de voir alors que les deux fils sont bien en place; immédiatement ils sont coupés, et, après une injection d'eau tiède, la malade est reportée dans son lit, où une sonde est remise à demeure dans la vessie et continue de donner issue à la totalité du liquide urinaire.

Le 22, à dix heures du matin, l'algalie est violemment chassée hors de la vessie, et il sort par le méat urinaire un petit caillot sanguin. A la suite de ce petit accident, les parties reprennent leur calme habituel, et la sonde est remise à demeure. Le soir, à huit heures, elle est de nouveau chassée, et sous l'influence de contractions douloureuses plusieurs caillots sanguins volumineux sont expulsés et sortent les uns par l'orifice vulvaire, les autres par l'urètre; les contractions sont telles que les matières fécales elles-mêmes ne peuvent être retenues. Des compresses d'eau froide sont appliquées sur les parties génitales externes. L'écoulement ne tarde pas à s'arrêter. La malade est affaiblie, pâle et préoccupée des conséquences qui résulteront de là. Malgré cela, la nuit se passe assez bien, et le lendemain 23 la sonde, remise à demeure dans la vessie, donne issue à une assez grande quantité d'une urine parfaitement claire et transparente.

Le 24, l'état de Mme T... est satisfaisant; le pouls est à 100. La sonde fonctionne très bien et laisse écouler la totalité de l'urine. — Bouillons.

Le 26, nouvel examen, qui permet de constater que les parties opérées sont dans le meilleur état possible. La perte de substance est complétement oblitérée; aussi M. Jobert ordonne-t-il de retirer la sonde. La malade devra être sondée toutes les fois qu'elle éprouvera le besoin d'uriner, et au moins toutes les deux heures, alors même que le besoin ne se ferait pas sentir.

Le 27. Depuis hier la malade n'a pas perdu une seule goutte d'urine. Elle a été sondée plusieurs fois, et toujours on a retiré une assez grande quantité d'urine accumulée dans l'intérieur de la vessie. Il en est de même les jours suivants.

Le 28, M. Jobert, après avoir constaté que la guérison est complète, permet à la malade d'uriner seule.

Enfin, le 8 février 1854, elle est examinée une dernière fois en présence des personnes mêmes qui ont assisté à l'opération. On constate alors l'état suivant :

1° L'urètre est libre, et une sonde d'argent introduite dans la vessie retire une certaine quantité d'urine parfaitement claire et limpide.

2° En déprimant la paroi recto-vaginale avec un spéculum univalve, on aperçoit en avant une cicatrice linéaire transversale, coupée dans deux points différents de son étendue par deux autres petites cicatrices rosées perpendiculaires sur elle. La première cicatrice résulte de la réunion des lèvres de la fistule; les deux autres sont les traces des points de suture.

3° Sur les côtés de cette cicatrice transversale on voit deux autres cicatrices linéaires longitudinales résultant des incisions de débridement.

4° Enfin, en arrière et au niveau du col de l'utérus, une dernière cicatrice qui offre encore une petite partie recouverte de bourgeons charnus de bonne nature, ce qui explique la présence de la petite quantité de pus que l'on remarque au fond du vagin.

5° La santé générale est excellente. Depuis une dizaine de jours déjà Mme T... se lève, se promène, et tout cela sans qu'il s'écoule involontairement une seule goutte d'urine. La vessie a même déjà repris sa capacité normale, car Mme T... n'éprouve le besoin de rendre les urines que de loin en loin; pendant le jour elle peut rester cinq heures sans uriner, et pendant la nuit sept heures.

Le 29, Mme T... quitte Paris pour retourner à Dijon. E. Rozé.

(Nous publierons dans le prochain numéro les réflexions qui accompagnent ce fait, et la deuxième observation de M. Jobert.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 février 1854. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet : 1° Un rapport final de M. le docteur Heulard d'Arcy, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Clamecy (Nièvre), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au village de Château-du-Bois (commune d'Entrain).

Eaux minérales. — 2° Une caisse contenant quinze bouteilles d'eau minérale provenant d'un puits situé à Sotteville-lès-Rouen, pour être analysée.

Remèdes secrets. — 3° Diverses lettres et notes relatives à des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Demande de mission. — M. Chopin annonce à l'Académie qu'il va exercer la médecine à Sydney (Australie), et qu'il se met à sa disposition pour remplir telle mission dont elle jugerait convenable de le charger.

Hernie étranglée. — M. Rémy (de Châtillon-sur-Marne) adresse l'histoire d'une hernie étranglée irréductible sans opération après la formation d'une eschare considérable comprenant le sac qui contenait la portion d'intestin étranglée, longue de 0,05 cent., sans laisser d'anus artificiel. (Commissaires : MM. Malgaigne, Jobert.)

Candidature. — M. Maisonneuve se porte candidat pour la section d'anatomie pathologique.

— Après le dépouillement de la correspondance, M. le vice-président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de son président, M. Nacquart.

La séance est immédiatement levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 février 1854. — Présidence de M. Combes.

Histoire naturelle générale des règnes organiques. — M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire présente à l'Académie le premier volume d'un ouvrage qu'il vient de publier sous le titre d'*Histoire naturelle générale des règnes organiques.*

Ce travail est l'exécution du projet que l'auteur avait annoncé en 1840, lors de la publication de ses *Essais de zoologie générale*, de réunir les résultats de toutes ses recherches pour en former un travail d'ensemble sur l'histoire naturelle organique. Quatre autres volumes, dont les matériaux sont réunis et la rédaction préparée, doivent faire suite à celui qui paraît aujourd'hui.

« Pour assurer ma marche à travers le champ immense que j'avais à parcourir, dit M. Geoffroy-Saint-Hilaire, j'ai cru devoir commencer par une introduction historique où se trouvent présentés dans leur enchaînement les principaux progrès des sciences naturelles, et par des prolégomènes étendus sur leurs rapports avec les autres parties du savoir humain, sur leur rang hiérarchique dans ce qu'on a appelé l'encyclopédie, sur leur état actuel, sur leur méthode et sur la direction où elles doivent présentement s'avancer.

» Ce résumé historique et ces prolégomènes forment le premier volume, dont j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie. Dans les quatre volumes suivants, j'exposerai méthodiquement les faits généraux, les rapports et les lois relatifs aux êtres organisés, dans leurs instincts et leurs mœurs, et dans leur distribution ancienne et actuelle à la surface du globe. »

Urétrotomie. — M. Maisonneuve adresse une note sur une nouvelle méthode d'urétrotomie pour la cure radicale des rétrécissements de l'urètre. (*Voir* le numéro du 19 février.)

Cure radicale d'un anévrisme par injection d'acétate de sesquioxyde de fer. — M. Lussana adresse sur ce sujet une lettre dont nous publions l'extrait suivant :

Avant les belles expériences du docteur Pravaz, un célèbre chirurgien d'Italie, Monteggia, avait conseillé dans le traitement des anévrismes l'injection des astringents dans le sac, préalablement piqué avec un trocart, pour obtenir une coagulation prompte et durable du sang, après avoir comprimé l'artère au-dessus pendant un temps assez long. Mais ce vœu du grand opérateur resta inexaucé jusqu'à ces derniers temps, où, grâce à l'habileté persévérante du docteur Pravaz, les anévrismes furent traités par l'injection du perchlorure de fer. M. Ruspini, après avoir pris connaissance des recherches et des essais du docteur Pravaz, songea à remplacer le sel de fer qu'avait employé le médecin français par une autre substance jouissant d'une activité au moins égale, et ne présentant pas les inconvénients que le chlore amène toujours à la suite des injections du perchlorure de fer. Après un grand nombre d'essais, M. Ruspini reconnut que l'acétate de peroxyde de fer, avec une puissance hémostatique supérieure, n'introduisait dans l'organisme aucune substance nuisible à l'économie, et en conclut qu'on devait le préférer dans le traitement des anévrismes. Mais, jusque-là, ses expériences n'avaient porté que sur des matières albumineuses ou sur de légères hémorrhagies. En janvier de cette année, je proposai à M. Ruspini d'essayer son hémostatique dans un cas d'anévrisme de l'artère maxillaire externe. Le succès, comme on va le voir, couronna nos espérances.

Marie Gelmi, jeune fille âgée de vingt-deux ans, avait depuis longues années une tumeur molle, flottante et homogène dans l'épaisseur de la joue gauche, entre le coin de la bouche et l'angle de la mâchoire. La forme de cette tumeur était ovoïde, et son volume celui d'une grosse noix. Une piqûre faite avec une fine aiguille en avait laissé s'échapper un jet de sang rutilant, ce qui ne permettait plus de doutes sur la nature anévrismatique artérielle de la tumeur.

Dans le courant de janvier de cette année, chez mon excellent ami et collègue le docteur Pierre Gelmi, et avec son concours, je pratiquai dans la tumeur, à l'aide d'une lancette très effilée, une ponction de trois millimètres environ de largeur, du côté qui regardait la cavité buccale; à peine l'incision fut-elle pratiquée, que le sang en jaillit rouge et abondant. J'introduisis aussitôt dans la plaie le bec effilé d'une petite seringue en verre remplie d'acétate de peroxyde de fer pur. Je poussai dans la tumeur de huit à dix gouttes de la solution hémostatique, et, après en avoir sorti l'appareil injecteur, je tins mon doigt sur l'incision pendant une minute à peu près; l'ayant alors retiré, on ne vit plus aucune goutte de sang s'échapper de l'ouverture. La tumeur, de molle et flottante, était devenue solide et dure et avait légèrement augmenté de volume. La malade n'avait jeté qu'un petit cri au moment de l'injection; mais la douleur qui l'avait causé s'était aussitôt arrêtée.

Les jours suivants se passèrent sans que le sang sortît par la petite ouverture. La tumeur devint plus dure et plus épaisse, et ses contours enflèrent légèrement par suite d'œdème sous-cellulaire. Il n'y eut point d'inflammation. La jeune fille se porta constamment bien, et put vaquer sans interruption à ses travaux journaliers. Au bout d'une semaine l'enflure œdémateuse s'était effacée; la tumeur, toujours dure, diminua peu à peu par absorption lente et graduelle.

Le dixième jour, une piqûre d'essai, qui avait dépassé l'épaisseur de la muqueuse buccale, ne fit pas sortir de sang, et rencontra la résistance très sensible du caillot anévrismatique. La résorption se continue avec régularité, et la forme du visage y gagne sensiblement chaque jour. (Commissaires : MM. Thénard, Roux, Velpeau, Lallemand, Rayer.)

Développement des vers intestinaux. — M. Kuechenmeister, dont les travaux concernant le développement des vers intestinaux et leur mode de transmission d'un animal à l'autre ont obtenu une médaille au concours pour le grand prix des sciences physiques de 1853, en adressant ses remercîments à l'Académie, lui communique quelques nouveaux faits relatifs à ce sujet. De ces faits, les uns sont dus à ses propres recherches, d'autres à celles de M. R. Leuckart (de Dresde).

M. Leuckart a fait sur le développement des cœnures des expériences comparatives. Il nourrissait depuis longtemps dans deux cages distinctes des souris blanches, et sur aucun de ces animaux, dont il avait sacrifié à diverses époques un assez grand nombre pour ses expériences, il n'avait trouvé de cœnures. Cependant, ayant placé dans une des cages des œufs de *tœnia crassicollis*, en ayant mis dans l'eau et les aliments qu'il introduisait dans la cage, il a vu au bout de quelque temps les souris qui habitaient cette cage infestées de cœnures, tandis que celles de la cage voisine n'en avaient pas plus que par le passé.

M. Kuechenmeister annonce l'intention d'adresser prochainement à l'Académie des pièces conservées dans l'alcool et offrant tous les états de développement des cœnures depuis la grosseur d'un petit grain de moutarde jusqu'à celle d'une noix.

Application de l'électricité magnétique au traitement des maladies. — M. Boulu adresse un mémoire sur un nouveau mode d'application de l'électricité magnétique au traitement des maladies. (Commissaires : MM. Magendie, Rayer, Despretz.)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le mercredi 22 mars 1854, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2, à Paris, pour la nomination à trois places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission, et se faire inscrire, du mercredi 22 février courant au 6 mars prochain, à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général,

Signé : L. Dubost.

Le concours qu'annonce aujourd'hui l'administration de l'assistance publique portera à six le nombre des médecins du bureau central qui seront nommés cette année. Le concours ouvert le 28 janvier dernier se poursuit en ce moment. L'épreuve écrite a eu lieu; on s'occupe maintenant de l'épreuve clinique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Dans sa séance du lundi 20 février l'Académie des sciences a élu un membre en remplacement de M. Aug. Saint-Hilaire. M. Moquin-Tandon, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine, a été nommé; il a obtenu 36 voix sur 50 votants; les autres voix ont été partagées entre MM. Duchartre et Payer.

— Le nombre des malades est toujours très considérable en ce moment. Pour obvier à l'insuffisance du nombre des lits d'adultes dans les hôpitaux de Paris, et en attendant l'ouverture si désirée de l'hôpital de Lariboisière, l'administration de l'assistance publique vient de faire ouvrir à l'hospice de Bicêtre deux services supplémentaires qui ont été confiés à des médecins du bureau central, MM. Moutard-Martin et Delpech. Bien qu'éloignés de Paris, ces services seront fort utiles, et ils permettront de recevoir un grand nombre de malades qu'on se trouvait, faute de place, dans la triste nécessité de refuser au bureau central d'admission.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons cliniques de Médecine Mentale faites à l'hospice de la Salpêtrière par M. Falret, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine et de la Légion d'honneur. — Première partie : *Symptomatologie générale des maladies mentales.* Un vol. in-8 de 270 pages. Prix : 4 fr. — Chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Le Catalogue d'une nombreuse et intéressante collection de *Livres sur les Sciences naturelles*, *la Médecine chimique*, *les Secrets*, *la Magie*, *les Prophéties, etc.*; *le Magnétisme*, *l'Électricité*, etc., composant la bibliothèque de M. le docteur V..., de Nuremberg, et dont la vente aura lieu les 3 et 4 mars prochain, à sept heures du soir, hôtel des ventes, rue Drouot, se trouve chez *Aubry*, libraire, rue d'Anjou-Dauphine, n° 9, à Paris.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Variole confluente chez une femme de vingt-trois ans vaccinée. — Paraplégie et paralysie du bras gauche survenues brusquement à la fin de la période de desquamation. — Mort. — Absence complète de lésions dans les centres nerveux.

Une jeune femme a succombé récemment, dans les salles de M. Trousseau à l'Hôtel-Dieu, aux progrès rapides d'une paralysie survenue brusquement pendant la convalescence d'une variole confluente, et qui a simultanément envahi les membres inférieurs, le membre thoracique gauche, la vessie et le rectum, puis les organes de la respiration, sans qu'à l'autopsie la moindre lésion des centres nerveux soit venue donner la raison matérielle de ces redoutables accidents. Cette observation nous a paru trop intéressante sous ce rapport pour que nous n'ayons dû chercher à nous procurer les détails les plus précis et les plus circonstanciés tant sur la maladie qui a précédé le développement des accidents paralytiques que sur l'invasion et la marche de ces accidents euxmêmes. Nous devons la relation complète de ce fait à l'obligeance de M. le docteur Viollet, qui a donné ses soins à la malade en ville jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, et qui a bien voulu nous adjoindre à lui pour suivre les dernières phases de la maladie. Nous laissons parler notre confrère :

Le 25 décembre dernier, je fus appelé auprès de Mme F... Cette femme, âgée de vingt-trois ans, d'une bonne santé habituelle, me raconta que depuis environ huit jours elle était mal à son aise. Elle avait des maux tête, de la lassitude, de la courbature; elle avait continuellement froid; enfin la veille de ma visite, vers midi, elle fut prise d'un frisson violent qui la força de prendre le lit.

Voici l'état dans lequel je la trouvai :

Céphalalgie frontale très intense, insomnie, face animée; les joues sont colorées et l'œil est brillant; agitation assez marquée. L'appétit est nul; la bouche pâteuse et amère; la langue, chargée d'un enduit saburral peu abondant, est rouge à la pointe et sur les bords; la soif est modérée. L'épigastre est peu douloureux à la pression; le ventre est naturel; il n'y a ni gargouillements ni diarrhée.

Le pouls est fréquent (120 pulsations), un peu dicrote; la peau chaude et modérément sèche.

Rapprochant cet état des renseignements fournis par la malade, je pensai immédiatement que j'allais avoir affaire à une fièvre typhoïde ou à une variole. Toutefois, l'absence des douleurs lombaires, de vomissements bilieux, l'âge peu avancé de la malade, qui avait des cicatrices de vaccine régulières, me firent pencher plutôt sur la probabilité d'une fièvre typhoïde.

Je prescrivis une tisane de bourrache miellée, cataplasmes sur le ventre et 25 grammes d'huile de ricin.

Le 26, à midi, l'huile de ricin à provoqué plusieurs garde-robes.

L'état de la malade présente les mêmes caractères qu'hier; le mouvement fébrile est moins intense; il y a moins d'agitation. — Tisane de bourrache, cataplasme, sinapismes le soir.

Le 27, lundi matin, la fièvre continue; 112 pulsations; pas de selles depuis hier; insomnie et un peu d'agitation pendant la nuit. — Lavement avec le miel de mercuriale.

Le 28, mardi, à trois heures, la céphalalgie, l'insomnie continueut; le pouls est à 120. J'aperçois sur le front, sur le nez, les lèvres de petites taches lenticulaires rosées en assez grand nombre, ce qui me fixa définitivement sur la nature de la maladie. Je me gardai bien d'entraver la marche régulière de cette éruption par une médication active, et je continuai les boissons légèrement diaphorétiques et les lavements de guimauve. Toutefois, comme l'éruption paraissait devoir être assez intense, je fis faire sur toute la face des onctions d'onguent mercuriel.

Les jours suivants, 29, 30, 31 décembre, l'éruption s'étendit régulièrement aux membres et au tronc; elle fut très abondante, mais elle eut un cours très normal. Le gonflement de la face du moins fut très prononcé et nécessita l'emploi de cataplasmes sur les avant-bras, qui étaient très douloureux.

Dans les premiers jours de janvier, les périodes de suppuration et de desquamation se succédèrent si régulièrement que le 6 la malade s'était déjà levée deux fois, qu'elle avait mangé et que j'avais prévenu son mari que je cesserais mes visites.

Aussi quel ne fut pas mon étonnement lorsque le surlendemain matin son mari vint me chercher pour la voir en me disant qu'elle était paralysée !

Je retournai immédiatement auprès d'elle, et j'appris qu'en allant à la garde-robe elle avait été prise tout à coup d'une douleur très vive dans la nuque, douleur qu'elle comparait à une brûlure, et qu'immédiatement elle s'était affaissée sans pouvoir se relever. Elle était alors dans l'état suivant :

Paralysie complète du mouvement et de la sensibilité dans les membres abdominaux. Cette paralysie a envahi les parois de l'abdomen, qui est ballonné jusqu'au-dessous des deux seins; la vessie, distendue par l'urine, forme une tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic; cette rétention d'urine est très douloureuse : c'est de tous ces accidents celui qui paraît lui causer le plus de souffrance. Le bras gauche, jusqu'à la partie moyenne de l'humérus, est frappé de la même manière; il est, en outre, le siége d'élancements très douloureux, que la malade compare à des brûlures. La région cervicale est très douloureuse à la percussion, qui occasionne dans toute la longueur de la colonne des douleurs analogues à celles qui se font sentir dans le bras.

La respiration est très anxieuse, très fréquente; le visage allumé; la malade est en proie à des angoisses tellement vives que la mort me paraît imminente et que j'en avertis son mari.

Au milieu de tous ces accidents terribles, le pouls est fréquent (130 pulsations), petit, très irrégulier.

Mon premier soin fut de vider la vessie, et je prescrivis immédiatement 25 sangsues sur la région postérieure du cou. Je n'osai pratiquer une saignée générale, à cause de la faiblesse de la malade. Outre les sangsues, je fis donner le calomel à doses réfractaires. Je la quittai ne comptant plus la retrouver en vie.

Vers trois heures de l'après-midi, je la retrouvai dans un état moins inquiétant. La respiration était devenue plus régulière, moins anxieuse; mais le pouls avait une fréquence incalculable. Cette amélioration se maintint toute la soirée et la nuit suivante, et m'encouragea le lendemain (9 janvier) à recourir de nouveau aux sangsues. Ces sangsues, appliquées au nombre de quinze, fatiguèrent beaucoup la malade; elle eut deux syncopes. Cependant dans la soirée le mieux d'hier paraît confirmé; toutefois il n'est survenu aucun amendement dans les symptômes de paralysie.

Entrevoyant alors une durée considérable pour cette maladie, qui devait entraîner des frais au-dessus des ressources de ces braves gens, je leur procurai une carte de dispensaire, et mon honorable confrère M. Brochin voulut bien voir ma malade et m'aider de ses bons conseils.

D'après l'avis de M. Brochin, je suspendis l'usage des moyens antiphlogistiques; et comme le ventre continuait à être fortement ballonné, et que le calomel n'avait provoqué aucune selle, nous donnâmes 30 grammes d'huile de ricin.

Le 11 janvier, l'état de la malade n'est pas changé; l'huile de ricin n'a produit aucun effet. — Nous lui prescrivons une goutte d'huile de croton.

Le 12, l'huile de croton a produit une évacuation très abondante, et à raison de la paralysie du rectum, la malade ne peut être remuée ou changée de place sans qu'immédiatement il y ait sortie de matières fécales. La rétention d'urine persiste et nécessite le cathétérisme deux fois par jour.

Le 13, les évacuations alvines continuent; la peau est toujours sèche, le pouls très fréquent; la langue est couverte d'un enduit très épais et desséché. — Alcoolature d'aconit, 2 grammes dans une potion.

Le 14, l'aconit paraît avoir ralenti le pouls; l'état de la malade est assez satisfaisant. M. Brochin me conseille de continuer l'usage de l'aconit,

Le 15, même état. Les parents de la malade se conforment au désir qu'elle exprime, et la font conduire à la clinique de M. le professeur Trousseau.

Nous avons dit quelle avait été l'issue de cette maladie.

A dater de son entrée à l'Hôtel-Dieu, les phénomènes morbides décrits par notre confrère n'ont fait que s'aggraver; la respiration s'est embarrassée, et bien que l'examen le plus attentif ne révélât aucune lésion du côté des poumons, la malade succomba le mercredi suivant, c'est-à-dire deux jours après, à une véritable asphyxie.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin par M. Lasègue, en pré-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique et pratique des Maladies des Vieillards; par M. le docteur DURAND-FARDEL, membre correspondant et lauréat de l'Académie impériale de médecine. (1)

Chaque âge a ses maladies, dit-on assez généralement. Ce qui ne veut pas dire, pour la plupart des cas, que telle ou telle affection soit exclusivement propre à telle ou telle période de la vie, mais seulement qu'un âge donné semble constituer une prédisposition à contracter certaine affection plutôt que certaine autre, et, de plus, que l'état dans lequel se trouvent les appareils organiques aux différents âges peut, sans changer leur nature intime, modifier quelque peu la symptomatologie, le pronostic des maladies et surtout influer puissamment sur la thérapeutique à leur opposer. Ainsi, la bronchite devient plus souvent pseudo-membraneuse chez l'enfant que chez l'adulte, bien que celuici n'en soit pas tout à fait exempt; elle est plus souvent catarrhale et emphysémateuse chez le vieillard. De même chez ce dernier on observe fréquemment des affections de l'appareil urinaire assez rares à des époques moins avancées de la vie.

(1) Un volume in-8°. Prix 9 fr. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Chose singulière! tandis que fourmillent les traités spéciaux sur les maladies des enfants, il n'a pas encore été publié en France de traité des maladies des vieillards; à peine même existe-t-il quelques rares travaux sur la pathologie de la dernière période de la vie. M. Durand-Fardel a voulu combler cette lacune. Attaché pendant plusieurs années comme interne aux hospices de la vieillesse (hommes et femmes), où il a été à même d'observer un nombre considérable de faits, de recueillir des documents intéressants et des plus variés, il a depuis quinze ans continué ses travaux dans la même direction et fait des maladies des vieillards l'objet de recherches assidues. Il y a dix ans déjà la publication de ses études sur le *ramollissement du cerveau*, fragment du travail entier qu'il livre aujourd'hui au monde médical, avait été favorablement accueillie, et ce premier succès l'a encouragé à poursuivre la tâche qu'il s'était imposée.

Une introduction étendue contient les généralités du sujet, c'est-à-dire les considérations anatomiques, physiologiques, pathologiques, thérapeutiques et hygiéniques relatives à la vieillesse, considérations qui sont la préface nécessaire d'un traité comme celui-ci et dont il n'est nul besoin de justifier la présence en tête de ce livre. Les tissus organiques ont subi chez le vieillard des modifications importantes dans leur structure intime, leur volume, leur résistance, etc.; d'où par suite modifications dans la manière dont les organes accomplissent leurs fonctions, dans le choix et l'emploi des moyens destinés à prévenir ou à guérir les maladies dont ils peuvent devenir le siége. Ainsi le tissu nerveux subit un retrait et un endurcissement notables; le cœur augmente de volume; le tissu fibreux du système circulatoire s'ossifie; les cellules pulmonaires s'accroissent d'abord, puis se raréfient et se déforment; les vaisseaux capillaires s'oblitèrent; les os, les cartilages deviennent plus secs, plus friables, etc. Tous ces changements ont été étudiés par M. Durand-Fardel avec un soin tout particulier, et il a su en tirer les indications les plus utiles et les plus rationnelles.

C'est par l'histoire des maladies de l'encéphale que débute l'auteur, et il étudie successivement la congestion cérébrale, considérée comme base, comme point central de la pathologie cérébrale du vieillard; puis les infiltrations séreuses de la pie-mère, qui se rattachent directement à la congestion, l'hémorrhagie cérébrale et enfin le ramollissement. Cette première partie se termine par un chapitre unique consacré au traitement.

Il est facile de comprendre que le traitement de ces affections diverses ne saurait subir de très importantes modifications, suivant les conditions d'anatomie pathologique auxquelles on a dû subordonner l'étude de ces maladies; l'auteur a donc évité, en n'y revenant pas à propos de chacune d'elles, une série de répétitions inutiles, et a pu traiter d'une manière plus large cet important sujet. Il n'y a guère, en effet, à cet âge que la congestion cérébrale elle-même qui, au milieu de tous ces phénomènes divers, puisse être modifiée par l'intervention du thérapeutiste.

La deuxième partie a trait aux maladies de l'appareil respiratoire, qui tiennent une place au moins aussi importante que les maladies de l'en-

seuce de M. Trousseau et de la plupart des élèves qui suivent habituellement sa visite, n'a révélé dans les centres nerveux aucune lésion appréciable. Le cerveau et la moelle étaient dans toutes leurs parties et dans toute leur étendue dans un état parfait d'intégrité; pas la moindre trace d'épanchement de sang ou de sérosité dans les cavités. Les méninges ne présentaient, pas plus que la substance cérébro-spinale, la moindre apparence d'inflammation.

Cette observation soulève des questions de fait et des points de doctrine dont l'examen exigerait des développements dans lesquels il ne nous est pas possible d'entrer en ce moment. Nous y reviendrons incessamment. B.

Accouchement prématuré provoqué au huitième mois de la grossesse par les douches utérines chez une femme dont le bassin était vicié.

Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur une méthode propre à provoquer l'accouchement prématuré artificiel qui a déjà donné d'assez nombreuses preuves d'efficacité et d'innocuité pour mériter de prendre place dans la pratique obstétricale, nous voulons parler des douches utérines. Une nouvelle application de cette méthode qui vient d'avoir lieu récemment à l'hôpital de la Clinique, dans le service de M. P. Dubois, nous engage à revenir aujourd'hui sur ce que nous en avons dit rapidement dans le temps. Exposons d'abord le fait qui s'est passé ces jours derniers; ce fait lui-même nous reportera d'ailleurs naturellement aux faits antérieurs.

La femme Chauvière, âgée de vingt-quatre ans, est entrée le 2 février dernier à la Clinique et le 19 suivant à la salle d'accouchement, enceinte pour la quatrième fois. Cette femme, d'une petite stature et rachitique, présente une déformation très prononcée des membres inférieurs; le bassin, vicié dans sa conformation, ne présente dans son diamètre sacro-pubien que de 81 à 82 millimètres. Elle a déjà accouché trois fois; la première fois à terme, après un travail de quarante-deux heures, et qui n'a pu être terminé que par l'emploi du céphalotribe. A la seconde grossesse, elle fut accouchée par M. Dubois plusieurs semaines avant terme, au moyen de l'éponge préparée. La troisième fois, elle était environ au septième mois et demi quand elle se présenta de nouveau à la Clinique; cette fois on eut recours à l'usage de la douche utérine. A la troisième douche les contractions utérines commencèrent à se produire, et l'accouchement eut lieu sans trop de difficulté. Nous arrivons enfin au dernier accouchement.

La femme Chauvière n'a jamais pu dire d'une manière précise à quelle époque elle avait dû devenir enceinte; mais d'après la date de ses dernières règles, qui remontaient au mois de juin, on pouvait présumer qu'elle l'était environ de sept mois et demi à huit mois au plus. On a eu recours, comme à son précédent accouchement, à l'emploi des douches; mais tandis que trois douches avaient suffi la première fois, il en a fallu cette fois-ci un bien plus grand nombre. Ce n'est qu'après la neuvième douche que le travail a commencé à s'établir. M. Dubois pense que cela a dépendu de ce que l'utérus de cette femme avait subi une légère déviation, par suite de laquelle le col se trouvait dirigé en avant; de sorte que les douches, au lieu de venir frapper sur cet organe, portaient sur la paroi postérieure de l'utérus. La preuve, du reste, qu'il en était ainsi, c'est que du moment où, prévenu de cette circonstance, M. le chef de clinique Campbell, qui procédait à l'administration des douches, a dirigé la canule de l'instrument de manière à faire porter directement la colonne d'eau sur l'orifice du col, les contractions se sont manifestées.

Quoi qu'il en soit, les premières douleurs ont paru, après la neuvième douche, le samedi 18 février, à une heure de l'après-midi; les membranes ont été rompues à quatre heures trois quarts, la dilatation étant complète depuis environ un quart d'heure, et l'accouchement a été terminé le 19, à cinq heures du matin, mais non sans une intervention active. En effet, après la rupture des membranes, la tête placée sur le détroit, poussée par de fréquentes et fortes contractions, ne s'engageant qu'avec une extrême lenteur, il arriva un moment où il fut facile de voir par la déformation imprimée au crâne que l'obstacle qui l'empêchait de passer était trop considérable pour être vaincu par les seules ressources de la nature. Les battements du cœur du fœtus étant devenus sourds et lents, M. Dubois fit une application du forceps et, après une série d'efforts très énergiques, amena un enfant mort.

La tête de cet enfant portait sur le pariétal gauche une dépression profonde produite par la compression qu'exerçait sur ce point l'angle sacro-vertébral. Le volume de cet enfant paraissait, du reste, dépasser celui d'un enfant de sept mois et demi; il pesait 2,700 grammes.

Revenons aux douches.

Nous disions que cette méthode nous paraissait destinée à remplacer avec avantage les diverses méthodes usitées jusqu'à présent pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Il résulte, en effet, des observations publiées par M. le professeur Kiwisch (de Würtzbourg), qui l'a le premier proposée et mise à exécution, et des faits observés à la clinique de M. le professeur P. Dubois, que cette méthode joint à l'efficacité l'innocuité la plus complète et une grande facilité d'exécution. C'est, si nous ne nous trompons, la cinquième fois qu'elle est mise en pratique à la Clinique (quatre fois, y compris le fait que nous venons de rapporter, pour des cas de rétrécissement du bassin, et une fois pour un cas de travail prolongé par inaction utérine); et dans ces cinq cas l'effet en a été aussi satisfaisant qu'on le pouvait espérer, et il n'en est pas résulté le moindre inconvénient.

Nous croyons devoir reproduire en quelques mots les principaux détails du procédé opératoire d'après la description qu'en a faite M. Campbell dans un travail spécial qu'il a publié sur ce sujet.

L'appareil dont on se sert pour cette opération consiste en un réservoir d'eau de 3 à 4 litres de contenance fixé au mur à 6 pieds au-dessus du lit où doit reposer le bassin de la femme, réservoir de la partie inférieure duquel descend un tuyau flexible muni d'un robinet près de son extrémité libre et qui est lui-même terminé par une canule en gomme élastique d'un petit calibre. M. Campbell a substitué à cet appareil l'appareil de M. le docteur Eguisier, qui lui a paru mieux approprié encore à ce mode d'opération. Quant à la longueur et au calibre des canules adaptées au tuyau flexible, on peut à volonté les augmenter ou les diminuer, suivant l'intensité que l'on veut donner à l'impulsion de la douche.

La femme étant placée sur le bord du lit, les pieds appuyés sur des chaises ou tout autre soutien, comme pour les diverses opérations qui se pratiquent sur l'utérus, l'opérateur, placé devant la femme, introduit l'index de la main gauche jusqu'au col, et dirige sur la région qu'il désire doucher l'extrémité libre de la canule, dont la base adaptée au tuyau flexible est supportée, au dehors de la vulve, par la main droite. Les choses étant ainsi disposées, le robinet est tourné et la douche est dirigée sur le col pendant cinq, dix ou même quinze minutes. Cette opération est recommencée au bout de quelques heures et ainsi de suite, à plusieurs reprises, jusqu'à ce que les contractions s'établissent.

Anesthésie locale.

Notre contingent de recherches et d'observations sur l'anesthésie locale sera fort léger cette semaine. Soit découragement, soit impatience, la plupart des chirurgiens ont renoncé à poursuivre des expériences qui ne leur avaient donné que des résultats nuls ou insuffisants. C'est ainsi que M. le professeur Paul Dubois, qui, ainsi que nous l'avons annoncé, avait commencé une série d'essais sur l'utérus, y a renoncé, convaincu de l'inefficacité de ce moyen dans cette circonstance. Le seul fait dont nous ayons été témoin depuis la semaine dernière est le suivant:

M. Richet, ayant à ouvrir sur une femme un abcès ganglionaire de la paroi axillaire thoracique, a essayé sur cette malade l'anesthésie locale; non point d'après le procédé de M. Hardy, mais d'après un procédé dont nous avons déjà dit un mot dans un de nos précédents numéros, et dont l'idée a été suggérée à M. Mathieu par M. le docteur Guérard.

Ce procédé, qui se rapproche plutôt de la réfrigération que de la chloroformisation, consiste à verser du chloroforme goutte à goutte sur la région que l'on se propose d'insensibiliser, et de souffler dessus afin de hâter la vaporisation. Ce moyen n'a pas eu un succès complet, mais on ne peut pas dire non plus qu'il ait échoué. La malade a senti de la douleur au moment où l'opérateur a plongé l'instrument dans la tumeur, mais la sensibilité était manifestement émoussée; car, bien que l'instrument ait été plongé profondément et que l'incision ait été assez large, la malade a comparé la douleur qu'elle avait éprouvée à celle qu'eût produit une piqûre de lancette (et elle employait ce terme de comparaison en toute connaissance de cause).

Nous avons appris, en outre, que l'application du manchon que M. Larrey a fait faire par M. Charrière pour son amputé du Val-de-Grâce avait eu tout le succès désiré. Le blessé a éprouvé à la suite de cette application un soulagement de plusieurs heures de durée.

C'est vers ce genre d'expériences qu'il nous semble surtout utile de diriger nos vues maintenant, sans renoncer toutefois complétement à suivre les essais qui pourraient être faits encore comme moyen préalable aux opérations.

Incision et cautérisation des kystes des paupières.

Un grand nombre de procédés ont été vantés pour opérer les kystes que l'on rencontre si fréquemment dans l'épaisseur des paupières. L'extirpation, malgré l'habileté de l'opérateur, peut exposer à perforer la paupière ou à blesser le cartilage tarse. Pour la pratiquer, il faut plusieurs instruments; ainsi, outre l'érigne ou la pince, les ciseaux et le bistouri, on a conseillé l'emploi de plaques de diverses natures destinées à protéger le globe de l'œil, tantôt en forme de capsule, tantôt munies à leur partie antérieure d'une rainure transversale destinée à fixer la paupière.

M. Velpeau, considérant que sur 50 de ces kystes il en est peut-être 45 ou 48 qui contiennent de la sérosité ou une matière demi-liquide, a presque entièrement renoncé à l'extirpation pour recourir à l'incision suivie de la cautérisation du sac. De la main gauche, il fixe solidement la paupière à l'aide d'une pince, dont l'une des branches est glissée sous la face muqueuse de cette paupière, tandis que l'autre est appliquée sur la surface cutanée, soit au côté interne, soit au côté externe de la tumeur, puis on incise le kyste de dedans en dehors. Une fois l'incision faite et le liquide écoulé, il suffit de cautériser toute la surface interne du sac à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent très finement taillé. M. Velpeau vient, récemment encore, d'employer deux fois ce procédé; il est infiniment plus simple et plus rapide que tous les autres, et la guérison s'opère tout aussi vite.

Suppuration de la tunique vaginale après la ponction et l'injection iodée d'une hydrocèle.

M. Nélaton raconte qu'ayant opéré par l'injection iodée une hydrocèle exempte de toute complication, il a vu se produire après l'opération un accident qui s'est montré pour la première fois dans sa pratique.

L'opération a été faite le 16 janvier. Dans les jours qui suivirent, on put voir un travail qui n'était pas le mouvement fluxionnaire nécessaire à la cure de l'hydrocèle, mais une inflammation intense. Les bourses étaient rouges, gonflées, luisantes. Après une légère réduction, on vit se concentrer en un point un engorgement œdémateux qui indiquait une collection purulente. On reconnut en effet la formation d'un abcès dans le voisinage de la ponction qui avait été faite, et en comprimant on faisait sortir par l'ouverture des bulles gazeuses qui indiquaient une décomposition des liquides. On avait eu affaire non pas seulement à un simple abcès de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, mais à une inflammation de la tunique vaginale qui s'était terminée par suppuration. En effet, il y avait une excavation de la tunique vaginale où le pus séjournait et se décomposait.

M. Nélaton ouvrit largement la tunique vaginale, et il en retira du pus et des lambeaux mortifiés de la tunique. Les testicules étaient sains. Chaque jour, en comprimant les bourses, on vidait la tunique, et des adhérences ne tardèrent pas à s'établir entre le testicule et la tunique vaginale.

Cette suppuration de la tunique vaginale n'a pas été funeste; elle a retardé seulement la guérison. A. L.

Cataracte capsulaire centrale consécutive à des ulcérations perforantes de la cornée, et souvent confondue avec la cataracte capsulaire centrale congéniale.

On regarde assez généralement les cataractes capsulaires centrales comme congéniales et produites par un arrêt de développement de l'œil ou du cristallin; elles ne le sont cependant que rarement. La plupart des cataractes capsulaires centrales réputées congéniales sont acquises, développées à une époque plus ou moins éloignée de la naissance, par suite d'une ulcération cornéenne perforante. La théorie de ces cataractes capsulaires centrales, fort simple, bien qu'inconnue jusqu'alors, a été développée pour la première fois par M. Sichel, il y a vingt et un ans, dans une de ses leçons cliniques insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* (1833, n° 24). Il l'a rappelée et complétée à l'occasion d'un cas semblable qu'il s'est présenté dernièrement à sa clinique.

---

céphale dans la pathologie de la vieillesse. C'est par le poumon que succombent, nous ne craignons pas de le dire, la plus grande partie des vieillards, et en particulier par les catarrhes et les pneumonies; car il est deux maladies, bien communes à d'autres époques de la vie, la pleurésie et la phthisie pulmonaire, qui deviennent de plus en plus rares à mesure que l'on avance dans la période décroissante de l'existence.

Viennent les affections de l'appareil circulatoire, maladies du cœur et des vaisseaux, si fréquentes dans la vieillesse et malheureusement, à cet âge plus qu'à tout autre, au-dessus des ressources de l'art. On lira avec intérêt dans ce chapitre tout ce qui est relatif aux gangrènes séniles, à leur mode de production, à leurs causes et à leur mécanisme, ainsi qu'aux indications thérapeutiques dont elles sont l'objet.

Les maladies de l'abdomen n'ont pas été traitées avec moins de soin et d'étendue.

Nous y avons remarqué un article qui comprend la diététique des vieillards et qui décèle un observateur attentif et judicieux, en même temps qu'un praticien expérimenté. Disons-le en passant : dans la vieillesse plus qu'à tout autre âge des modificateurs hygiéniques offrent des ressources puissantes et salutaires qu'il ne faut jamais négliger. Or c'est une justice à rendre à M. Durand-Fardel que l'hygiène occupe dans son livre une place importante qu'elle n'était pas accoutumée à trouver dans les livres de médecine pure et de thérapeutique.

Cette section renferme également un remarquable chapitre où sont traitées *ex professo* les maladies, si communes chez les vieillards, des organes urinaires, l'hypertrophie de la prostate, la stagnation, la rétention et l'incontinence d'urine, le catarrhe vésical, et l'appréciation des diverses méthodes mises en usage pour traiter ces affections. Ce chapitre, plutôt du domaine de la chirurgie que de la médecine, est dû à la plume d'un praticien qui, jeune encore, a su se placer à un rang des plus honorables dans la spécialité des maladies des voies urinaires, le docteur Ch. Phillips.

Enfin, un appendice contient les maladies qui n'ont pu se ranger dans aucun des quatre groupes précédents: la goutte et le rhumatisme goutteux, et quelques maladies de la peau.

On voit que M. Durand-Fardel n'a pas cru devoir parcourir le cercle entier de la pathologie. Suivant nous, il a eu raison. Il est des maladies qui attaquent les vieillards comme les adultes, mais qui n'offrent à considérer rien de plus spécial dans cet âge que dans les autres; leur étude n'eût pas été justifiée suffisamment, et eût inutilement grossi un volume dans lequel l'auteur n'a voulu envisager qu'un côté bien défini de la pathologie, la pathologie sénile.

Rendons-lui, en terminant, cette justice, qu'il a voulu faire et qu'il a fait en effet un livre utile, éminemment pratique, et dans lequel on puisera de précieux enseignements, en même temps qu'on y trouvera des recherches originales et une érudition de bon aloi. A. F.

Un ouvrier âgé de trente ans a à l'œil droit une opacité capsulaire centrale, arrondie, blanche et un peu élevée, nettement circonscrite, d'un millimètre et demi de diamètre. La pupille est irrégulière dans sa partie inférieure, dont plusieurs points adhèrent à une cicatrice cornéenne presque centrale, semblable pour sa forme et sa couleur à l'opacité capsulaire, bien que beaucoup plus grande. Le professeur rattache à l'observation de ce cas les considérations suivantes :

Les cataractes capsulaires centrales congéniales sont très rares. La plupart des cataractes qu'on a regardées comme telles sont acquises, consécutives à des ulcérations perforantes de la cornée, d'ordinaire survenues à la suite de l'ophthalmie des nouveau-nés, souvent aussi causées par des ophthalmies d'autres espèces et à un âge plus avancé. Lorsque l'ulcération rompt la cornée, l'écoulement de l'humeur aqueuse, en amenant l'abolition temporaire de la chambre antérieure, met en contact le point perforé de la cornée et la cristalloïde antérieure. Cette dernière est recouverte, dans une portion plus ou moins rapprochée du centre, de la matière sécrétée par l'ulcération, qui y forme un dépôt concrescible, et plus tard une plaque opaque, blanchâtre, élevée et d'une forme irrégulièrement arrondie, rappelant plus ou moins celle de la cicatrice qui se forme sur la cornée après la guérison de son ulcération. Quelquefois aussi la cristalloïde antérieure, mise en contact avec la partie phlegmasiée de la cornée, peut se phlogoser elle-même et sécréter de la fibro-albumine, qui plus tard se transformera en plaque opaque, en cataracte capsulaire centrale. Dès que la perforation de la cornée, souvent capillaire et n'intéressant que ses lames postérieures, s'est obstruée par de la fibro-albumine exsudée, l'humeur aqueuse, accumulée de nouveau, rétablit la chambre antérieure et sépare de la cornée le concrément fibro-albumineux capsulaire. La cicatrice cornéenne, qui s'éloigne souvent beaucoup de l'opacité capsulaire et s'éclaircit d'ordinaire notablement, n'est plus reconnue par la plupart des praticiens pour la cause primitive de la cataracte.

Dans le cas de l'ouvrier dont il s'agit, la maladie était survenue dans le courant de la première année de la vie. L'œil gauche jouissant de l'intégrité de ses fonctions, il n'était pas rationnel de tenter une opération dont le résultat, même le plus heureux, aurait pu troubler la vision de l'œil gauche ou donner lieu à une diplopie. Si l'œil gauche, par un accident quelconque, venait à perdre l'intégrité de ses fonctions, la cataracte de l'œil droit pourrait être opérée avec succès par broiement, vu l'âge peu avancé du malade; mais l'opacité de la cornée en face de la partie inférieure de l'ouverture pupillaire exigerait peut-être plus tard l'opération de la pupille artificielle par excision. *(Iridectomie.)*

CLINIQUE DE LA VILLE.

(MAISON DE SANTÉ DE M. LE DOCTEUR LEY.)

Deux observations de fistules vésico-vaginales opérées par M. le docteur Jobert (de Lamballe). (1)

OBS. II. — *Fistule vésico-vaginale. — Perte de substance considérable. Autoplastie par glissement. — Diphthérite du vagin, de la vulve et des parties génitales externes. — Cautérisations avec le nitrate d'argent. — Guérison presque complète.*

Mme M..., habitant Denain, près Valenciennes, vint à Paris dans le mois d'octobre 1853, réclamer les soins de M. Jobert. Cette dame, âgée de quarante-sept ans, offrant tous les signes extérieurs d'une santé délicate, s'est néanmoins toujours assez bien portée. Réglée à l'âge de seize ans pour la première fois, la menstruation s'établit de suite avec une parfaite régularité. Les quelques mois qui précédèrent l'évolution de cette nouvelle fonction furent cependant marqués par un malaise qui n'eut d'ailleurs rien de grave.

Mariée à vingt-sept ans, Mme M... devint immédiatement enceinte. Cette première grossesse n'offrit rien autre chose que ce que l'on observe d'ordinaire en pareille circonstance, et arriva à son terme normal. L'accouchement fut long, mais se termina naturellement; quant à la délivrance, elle ne présenta aucune difficulté, et au bout de dix jours la nouvelle accouchée, qui nourrissait son enfant, était complétement rétablie. Lorsque ce dernier fut sevré, la menstruation ne tarda pas à reparaître et reprit sa régularité habituelle : ce ne fut pas de longue durée; car Mme M... redevint presque immédiatement enceinte. Cette seconde grossesse ne présenta rien de particulier, non plus que l'accouchement. Elle en eut aussi deux autres qui n'offrirent rien à noter, si ce n'est que la troisième fut double. Enfin, à l'âge de trente-deux ans elle devint enceinte de son dernier enfant. La grossesse ne présenta rien de plus particulier que celles qui l'avaient précédée, et arriva sans aucun accident au terme normal. L'accouchement fut laborieux et long; il ne dura pas moins de trente heures. Dès le début, le travail s'annonça par des douleurs très vives et fut marqué par l'écoulement presque immédiat des eaux amniotiques. Malgré cela, comme la tête de l'enfant restait enclavée sans avancer, on fit prendre à la malade un grand bain, mais elle ne put le supporter et y resta seulement quelques minutes.

Après douze heures, les douleurs contractiles perdant de leur intensité, Mme M... prit une dose de seigle ergoté. Sous l'influence de ce médicament les contractions utérines se ranimèrent, devinrent plus fortes, les douleurs plus vives, et tout cela, sans que le travail de l'accouchement fît aucun progrès. Après dix-huit heures d'attente on se décida à tenter une première application du forceps; mais elle resta sans résultat avantageux, ainsi que plusieurs autres qui furent successivement faites. MM. les docteurs Dutemple (de Valenciennes) et Carpentier (de Denain) furent appelés et terminèrent l'accouchement au moyen d'une dernière application de forceps. L'enfant ainsi retiré était volumineux et avait cessé de vivre depuis plusieurs heures. La délivrance fut opérée immédiatement, sans difficulté.

Pendant tout le temps que dura ce laborieux accouchement, la malade ne fut pas sondée, malgré la gêne qu'elle éprouvait pour uriner. A partir du moment où elle a été débarrassée, le besoin de rendre les urines ne s'est plus fait sentir.

Le lendemain, comme les parties génitales externes étaient le siége d'une tuméfaction assez considérable, M. le docteur Carpentier les examina avec soin, et en écartant les grandes et les petites lèvres l'une de l'autre, il s'aperçut qu'il existait sur la paroi vésico-vaginale une large eschare qui commençait au niveau du col de la vessie à une petite distance du méat urinaire. Il prescrivit de faire dans le vagin des injections avec le chlorure de chaux et d'introduire la sonde plusieurs fois par jour dans la vessie, afin d'en retirer l'urine contenue dans son intérieur. Cette dernière précaution était d'ailleurs rendue nécessaire par l'absence complète du besoin d'uriner.

Trois jours après être accouchée, Mme M..., dans un accès de toux, se sentit tout à coup inondée. A partir de ce moment, l'urine a continué de s'écouler par le vagin d'une manière incessante, et dans quelque position que prît la malade. M. le docteur Carpentier examina l'état des parties, reconnut qu'il existait à la paroi vésico-vaginale une énorme perte de substance, et mit une sonde à demeure dans la vessie, dans le but de protéger autant que possible les parties génitales externes. Malheureusement ce moyen était tout à fait insuffisant, et comme il ne passait que fort peu d'urine par la sonde, celle-ci fut retirée.

Ce ne fut qu'après trois semaines que Mme M... fut assez bien rétablie pour se lever et marcher, et encore ne le put-elle qu'avec beaucoup de difficulté; elle traînait plus particulièrement la jambe droite. Ce phénomène disparut au bout de quelques jours, mais les urines continuèrent de couler par le vagin, en produisant sur les parties génitales externes et sur les parties internes des cuisses une irritation qui devenait la source de douleurs et de cuissons contre lesquelles la malade ne pouvait lutter que par des soins extrêmes de propreté. Malgré cela elle finit par se rétablir complètement et put vaquer à ses affaires.

Quinze années s'écoulèrent ainsi, sans que jamais aucun traitement fût tenté pour atténuer au moins les effets de cette fâcheuse infirmité, lorsque, dans le courant de l'année 1853, M. le docteur Gody, jeune médecin distingué de la Faculté de Paris, et parent de notre pauvre malade, l'engagea vivement à venir se faire opérer par M. Jobert. Mme M... suivit le conseil de son parent, arriva à Paris dans le mois de novembre 1853, et se plaça dans la maison de santé de M. le docteur Ley, où M. Jobert nous fit constater l'état suivant :

1° Les grandes et les petites lèvres, ainsi que les parties internes des cuisses, sont érythémateuses et le siége de cuissons déterminées par le contact permanent de l'urine.

2° En abaissant la cloison recto-vaginale avec le spéculum univalve et écartant à droite et à gauche les parties génitales externes, on aperçoit sur la paroi vésico-vaginale une ouverture énorme à travers laquelle la muqueuse vésicale fait hernie en formant dans ce point une tumeur volumineuse, qu'il est facile de réduire, c'est-à-dire de faire rentrer dans la vessie soit avec une sonde d'argent, soit avec un instrument mousse quelconque. Il devient alors plus facile d'apprécier exactement l'étendue et la forme de la perte de substance. Elle est irrégulièrement arrondie, plus étendue cependant transversalement que dans le sens antéro-postérieur. Située au bas-fond de la vessie, dont elle occupe toute la dimension, elle s'étend en avant jusqu'au col de la vessie et à l'urètre, et se prolonge en arrière jusqu'à un demi-centimètre ou un centimètre du museau de tanche; quant à son étendue transversale, elle est telle qu'elle occupe toute la paroi supérieure du vagin d'un côté à l'autre et qu'elle permet d'introduire trois doigts dans la vessie.

3° Les lèvres de cette solution de continuité sont hypertrophiées et formées par un tissu cicatriciel dur et résistant.

4° L'urètre est libre, et laisse pénétrer facilement une sonde d'argent avec laquelle on peut refouler en haut la partie de la vessie qui fait hernie; la sonde alors est aperçue dans le vagin, et en parcourant la perte de substance d'une extrémité à l'autre elle permet d'apprécier plus exactement encore son étendue.

5° Vers la commissure gauche de l'ouverture anormale, il existe un tissu cicatriciel qui forme une espèce de bride saillante.

6° Le vagin est large, très extensible, ce qui fait que dans l'état ordinaire la bride dont nous venons de parler se trouve perdue au milieu des nombreux plis que forme le conduit vulvo-utérin. Cette disposition fait aussi qu'au premier abord la perte de substance paraît moins considérable qu'elle ne l'est en réalité. Il y a, d'ailleurs, encore une assez bonne manière d'en apprécier la dimension; c'est que, malgré la largeur du vagin, malgré son extensibilité, ce n'est qu'en écartant très fortement à droite et à gauche ses parois latérales que l'on parvient à apercevoir de chaque côté les angles de la fistule.

7° D'après tout ce que je viens de dire, il est facile de prévoir que la vessie est considérablement rétrécie et réduite à la capacité d'une petite noix environ.

8° Tout à fait en arrière, on voit le museau de tanche dont la lèvre antérieure est aplatie.

9° Enfin l'état général est satisfaisant, et la malade, parfaitement résignée, se trouve dans les meilleures conditions morales pour subir l'opération.

Après l'avoir laissée reposer quelques jours et lui avoir fait subir quelques préparations préliminaires, M. Jobert, aidé de ses élèves, pratique l'opération en présence de MM. les professeurs Bouillaud, Piorry et de MM. les docteurs Valleix, Gimelle, Ricord, Cecconi, Pietra-Santa et Ley.

1° La malade est placée dans la même position que Mme T..., qui fait le sujet de l'observation précédente. (*Voir* le dernier numéro.)

2° La paroi recto-vaginale est déprimée avec le spéculum univalve, et les parois latérales sont fortement écartées avec les leviers coudés.

3° Une sonde introduite dans la vessie par l'urètre sert à refouler en haut la muqueuse vésicale herniée, qui de cette manière se trouve protégée contre l'instrument tranchant.

4° Avec une pince à dents et un bistouri long et à lame étroite, les lèvres de la fistule sont ravivées. L'instrument, promené en sciant autour de la perte de substance, enlève d'un seul coup un long ruban de tissus couvrant le bord de la solution de continuité; cela fait, le ravivement est complété de manière à former tout autour de l'ouverture anormale une surface saignante d'une étendue circonférentielle de 0,01 centimètre environ. Cette partie importante de l'opération présenta de sérieuses difficultés dans son exécution; les angles de la fistule, peu accessibles à la vue, devenaient difficiles à atteindre avec l'instrument tranchant.

5° Six points de suture entrecoupée sont appliqués et réunissent les lèvres de la fistule d'avant en arrière. La suture est donc transversale. Son étendue est de 0,07 centimètres. Les liens qui ont été mis en usage sont des lacets de soie cirés offrant une largeur de 0,003 millimètres environ, placés à une distance les uns des autres de 0,01 centimètre environ; ils sont immédiatement noués et coupés à une petite distance du nœud.

6° Après s'être assuré avec une sonde cannelée qu'il n'existe plus d'espace perméable entre chaque point de suture, M. Jobert détache le vagin de son insertion au col au moyen d'une incision demi-circulaire qui s'étend à droite et à gauche jusque sur les côtés du museau de tanche. On voit immédiatement le vagin se porter en avant et venir réparer la perte de substance. L'incision est d'autant plus profonde que le tiraillement dans ce sens était plus considérable.

7° Deux longues incisions sont faites longitudinalement sur les côtés latéraux de la suture; elles s'étendent en avant jusque sur les côtés du méat urinaire : de cette manière, les parties réunies se trouvent circonscrites en quelque sorte de toutes parts par les incisions de débridement. L'incision latérale gauche est rendue plus profonde que la droite, afin de détruire la bride que nous avons dit exister de ce côté.

8° Après plusieurs injections d'eau froide poussées dans le vagin, un tampon d'agaric assez volumineux est placé dans ce conduit.

9° Enfin la malade est reportée dans son lit, où une sonde en gomme élastique est mise à demeure dans la vessie, ainsi que M. Jobert le pratique d'ordinaire chez les femmes qui ont subi l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Pendant la première heure qui suivit il s'écoula une assez grande quantité de sang, qui amena quelques faiblesses, quelques lipothymies, qui n'allèrent cependant pas jusqu'à la syncope.

Deux heures après l'écoulement de sang est arrêté; la sonde est changée et remplacée par une autre, qui donne immédiatement issue à une assez grande quantité d'une urine légèrement sanguinolente.

Le 2 décembre, le sang n'a pas reparu. La malade, qui en général est très pâle, et qui l'était davantage encore hier, offre un teint animé, rouge. La sonde a très bien fonctionné. Au moment où nous arrivons, l'écoulement est arrêté depuis environ une heure; aussi le besoin d'uriner s'est-il fait sentir à plusieurs reprises. Immédiatement une nouvelle sonde est mise dans la vessie, qui contenait en effet une assez grande quantité d'urine claire et limpide.

Le 3, Mme M... a repris l'aspect ordinaire. La sonde fonctionne assez bien, à la condition cependant d'être changée souvent, parce que l'urine contient des mucosités très épaisses et en assez grande abondance. L'état général, quoique assez satisfaisant, au moins au dire de la malade, présente cependant un mouvement fébrile continu très marqué, puisque le pouls donne 120 pulsations.

Le 6, M. Jobert examine l'état des parties et enlève quatre points de suture. Ce sont ceux du milieu qui sont laissés en place. Hier soir notre malade est restée deux heures sans que la sonde soit placée dans la vessie. Pendant ce temps, l'urine s'est accumulée dans l'intérieur du réservoir urinaire, et a été évacuée au moyen d'une autre algalie. Les mucosités vésicales sont toujours très abondantes. Malgré tout cela, M. Jobert constate l'état satisfaisant des parties opérées. — Bouillons de poulet.

Le 7, le pouls est toujours à 120. Depuis hier la sonde fonctionne moins bien, et une certaine quantité d'urine s'écoule par le vagin; c'est au moins la sensation qu'éprouve la malade, dont la couche est en effet mouillée. De plus, la présence de l'algalie commence à devenir très douloureuse, et détermine des cuissons incommodes que Mme M... n'avait pas encore ressenties jusqu'alors.

Les jours suivants, même état. Le pouls donne toujours de 120 à 130 pulsations; la langue est sèche, râpeuse. Les douleurs occasionnées par la présence de la sonde sont vives.

Le 11, nouvel examen, qui permet de se rendre compte des phénomènes observés, et surtout de l'état fébrile continu. La malade est en effet dans l'état suivant :

1° Etat diphthéritique des organes génitaux externes.

2° Petites et grandes lèvres tuméfiées. Ces dernières sont œdémateuses.

3° Toutes ces parties sont recouvertes de plaques membraneuses grisâtres qui dans quelques points sont ramollies.

4° Membranes diphthéritiques sur la paroi postérieure du vagin et sur le pourtour de l'anus.

5° Fausses membranes sur le bulbe et sur les côtés de l'urètre. Ces fausses membranes, ramollies dans plusieurs points, offrent l'aspect de blancs d'œufs, et présentent en dessous des ulcérations.

6° Les lèvres de la fistule sont en contact; mais comme le reste des organes, elles sont recouvertes de fausses membranes ramollies et ulcérées.

7° Toutes ces parties sont touchées avec du nitrate d'argent; de plus, M. Jobert prescrit de faire des injections fréquentes avec une décoction de son, de thym et de sauge; de boire pour tisane de la limonade vineuse, et enfin de prendre deux fois par jour une pilule de 0,05 centigrammes d'extrait aqueux d'opium. Enfin la sonde est retirée.

Le 12, l'urine coule par le vagin. Quelquefois cependant le besoin d'uriner se fait sentir; c'est surtout lorsque la malade est couchée sur le côté droit. Toutes les parties génitales sont toujours le siége de cuissons très vives. Pouls à 128. — Même traitement; bouillons de poulet.

Le 13, le pouls à 120; les cuissons sont un peu moins intenses.

Le 14, même fréquence du pouls.

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore. Les plaques diphthéritiques des grandes et des petites lèvres et de l'entrée du vagin

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

se détachent et laissent apercevoir la muqueuse vaginale avec son aspect normal.

Le 22, M. Jobert examine de nouveau Mme M... Les plaques diphthéritiques sont disparues, la fistule est presque entièrement oblitérée; on aperçoit seulement à gauche une surface recouverte de bourgeons charnus de bonne nature. Ces derniers sont touchés légèrement avec la pierre infernale. Cette disposition explique très bien comment il se fait que Mme M... conserve un peu plus facilement ses urines lorsqu'elle est couchée sur le côté droit.

Les jours suivants l'état général devient meilleur; l'appétit revient, et la malade peut se lever. Mais cette amélioration ne se continue pas; la santé reste chancelante, et les fonctions des organes digestifs en particulier ne s'exécutent qu'avec difficulté. C'est ainsi que notre malade se trouve prise de coliques et de diarrhée qui persistent à tous les moyens mis en usage pour les combattre. De plus, elle est sous l'influence d'un état nostalgique qui décide M. Jobert à la renvoyer dans son pays respirer l'air natal, après avoir toutefois procédé à un dernier examen, qui permet de constater l'état suivant, le 18 janvier 1854 :

1° Il n'existe plus aucune trace de diphthérite.

2° En abaissant la cloison recto-vaginale et écartant à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres, on voit que l'énorme perte de substance décrite plus haut est presque entièrement oblitérée, et remplacée par une cicatrice transversale qui occupe plus des trois quarts de l'étendue de la suture. Un peu à gauche de la ligne médiane il existe encore une petite ouverture entièrement masquée par un volumineux bourgeon charnu de bonne nature, dont la surface est touchée avec le nitrate d'argent. M. Jobert espère qu'à l'aide de cautérisations on parviendra à obtenir la guérison radicale de la malade. Si toutefois on n'en obtient pas l'effet désiré, lorsque la santé générale sera entièrement rétablie, il sera toujours facile de terminer la guérison à l'aide d'un ou deux points de suture et de l'autoplastie par glissement.

3° A droite et à gauche il existe deux longues cicatrices; la gauche présente sur sa longueur des rayonnements que l'on ne voit pas sur celle du côté opposé.

4° En arrière on aperçoit une autre cicatrice transversale résultant de l'incision faite pour détacher le vagin de son insertion au col de l'utérus.

5° L'urètre est libre.

6° Enfin les cuissons déterminées par l'urine sur les parties génitales externes ont complétement disparu.

Réflexions. — L'observation que je viens de rapporter offre un exemple remarquable des désordres effrayants qui peuvent se produire au moment de l'accouchement, des pertes de substance énormes qui en sont quelquefois la conséquence; et quoique notre malade ne soit pas entièrement guérie, nous n'en regardons pas moins ce fait comme un de ceux qui viennent prouver le mieux l'efficacité de la méthode autoplastique nouvelle. Si les nombreux médecins présents à l'opération ont pu être surpris que l'habile opérateur ait seulement tenté de fermer une aussi vaste ouverture, ils le seraient bien davantage du résultat obtenu, et cela malgré les accidents sérieux qui sont venus tout à coup entraver la marche de la cicatrisation, et sur lesquels je demande au lecteur la permission d'appeler un instant son attention.

La diphthérite du vagin, à la suite de l'opération de la fistule vésico-vaginale, n'est pas une chose nouvelle; M. Jobert en a relaté plusieurs exemples dans son savant *Traité de chirurgie plastique*, et a été à même, depuis sa publication, d'en observer d'autres; mais tous ces faits se sont produits dans les salles de l'hôpital, au milieu d'un air vicié qui prédispose plus ou moins à ces sortes de complications des plaies. Ici, au contraire, la malade était dans un air aussi pur que possible, et placée dans les meilleures conditions hygiéniques; cela rend difficile l'appréciation exacte de la cause qui a pu donner lieu à un semblable accident, qui ne peut s'expliquer alors que par une prédisposition naturelle ou un vice constitutionnel resté inaperçu.

Quoi qu'il en soit de cette lésion considérée au point de vue étiologique, il serait peut-être utile de chercher à en étudier la marche et d'examiner si elle débute par l'extérieur pour s'étendre consécutivement aux différentes plaies du vagin, ou bien, au contraire, si, attaquant primitivement ces dernières, la muqueuse vaginale et les parties génitales externes ne se trouvent envahies qu'en second lieu. Bien qu'une pareille question ne puisse être résolue que par l'observation clinique, je crois que, sans présomption aucune, il est permis de supposer au moins que ces ulcérations grisâtres que l'on observe si fréquemment sur les grandes et les petites lèvres des femmes affectées de fistule vésico-vaginale peuvent, dans certains cas, devenir le point de départ de l'affection diphthéritique telle que nous l'avons décrite plus haut. Il est d'autant plus important de les constater, qu'au moyen d'injections, de cautérisations et d'un traitement approprié, il est presque toujours possible d'en arrêter les progrès et de préserver les parties réunies par la suture des effets nuisibles de cette terrible complication, qui ne se contente pas d'empêcher la cicatrisation, mais qui, de plus, altère d'une manière sensible la santé générale, et peut même compromettre la vie des malades.

Nous joignons à ces réflexions celles qui accompagnaient la première observation et que nous avons été forcé de retrancher dans le dernier numéro.

Réflexions. — Au point de vue des considérations que nous avons présentées au commencement de ce travail, nous dirons quelques mots de l'écoulement de sang survenu le sixième jour après l'opération, et qui par la manière brusque dont il s'est produit était certainement bien susceptible d'en compromettre la réussite, si l'ingénieuse méthode autoplastique de l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'avait été là pour protéger la réunion des lèvres de la fistule en garantissant la solidité de la suture. Le fait ne mérite pas moins de fixer un instant notre attention; il doit même être étudié avec d'autant plus de soin qu'il est très important de chercher à en éviter le retour, afin de prévenir autant que possible les malades contre les dangers qui pourraient en résulter dans le cas où les parties opérées se trouveraient placées dans des conditions moins favorables.

Si l'on examine les circonstances au milieu desquelles l'écoulement du sang a eu lieu, ainsi que les différents symptômes dont il a été accompagné, il est, je crois, facile de se convaincre tout d'abord qu'il n'a pu être fourni par la surface des plaies faites dans des parties où il n'existe aucun vaisseau important, et qu'il doit être considéré comme le résultat d'une exhalation, qui d'ailleurs me paraît facile à expliquer. Tout le monde connaît l'effet produit par une émission sanguine locale pratiquée dans les parties avoisinant l'utérus, et personne n'ignore que c'est un moyen généralement employé pour rétablir le flux menstruel momentanément suspendu. Sous ce point de vue, l'opération de la fistule vésico-vaginale me paraît pouvoir produire le même résultat, et cela par deux raisons différentes : d'abord par la quantité inévitable de sang perdu, et ensuite par le traumatisme, quelque modéré qu'il soit d'ailleurs, qui en est une conséquence obligée. Il me paraît donc n'y avoir rien d'extraordinaire à ce que le sang des règles reparaisse, alors même que, ainsi que M. Jobert le fait toujours, l'on a eu la précaution d'attendre pour opérer la terminaison de l'écoulement sanguin. J'irai même plus loin, et, en rappelant mes souvenirs, je crois pouvoir dire que c'est là ce qu'on observe le plus souvent. Sans doute la quantité de sang varie presque toujours; elle est peu considérable et ne réclame aucun soin particulier; mais quelquefois aussi il arrive, comme chez la malade dont je viens de rapporter l'observation, qu'elle est assez abondante pour nécessiter l'intervention des moyens hémostatiques.

Quant à l'hémorrhagie vésicale, il me paraît bien difficile, pour ne pas dire impossible, qu'elle soit produite par le sang venu de l'utérus; je ne peux m'expliquer, en effet, comment une suture qui empêche très bien le liquide urinaire de filtrer de la vessie dans le vagin permettrait le passage bien plus difficile du liquide sanguin du conduit vulvo-utérin dans le réservoir urinaire. Je ne vois pas d'ailleurs pourquoi l'on n'admettrait pas qu'il existe dans la vessie une exhalation semblable à celle qui se rencontre dans l'utérus, et cela me paraît d'autant plus facile à concevoir que la congestion de la muqueuse vésicale doit se trouver augmentée par le contact insolite du liquide irritant.

Quoi qu'il en soit de la nature de l'écoulement du sang, ce qui est incontestable, c'est qu'il peut être préjudiciable au succès de l'opération. Sous ce rapport, il serait important de rechercher quel serait le meilleur moyen de l'empêcher ou au moins d'en éviter les inconvénients.

Si les considérations que je viens de donner sont justes, elles me permettent, je crois, d'en déduire comme conséquence que dès le début de l'accident une petite saignée dérivative serait le moyen qui conviendrait le mieux. Ce n'est là, du reste, qu'une simple question que je pose, que je n'ai nullement la prétention de résoudre et que je soumets à l'autorité compétente de mon savant maître.

A. Rozé.

ÉPIDÉMIE D'OREILLONS. — MÉTASTASES SUR LE TESTICULE.

Nous recevons de M. le docteur Cornac, médecin major du 66e régiment de ligne, à Versailles, la note suivante :

« Je lis dans le numéro du 14 février de votre estimable journal deux observations de métastase sur le testicule, par M. le docteur E. Benoît. Les réflexions judicieuses qui accompagnent la note de notre honorable confrère m'engagent à vous communiquer quelques remarques pratiques sur cette affection, qui, sous l'influence de la température froide et humide, vient de se produire sur un assez grand nombre de jeunes soldats nouvellement incorporés. L'invasion de la maladie, qui s'est présentée sous forme épidémique, a été brusque; et, à part un léger malaise sans symptômes précurseurs, le gonflement parotidien, chez quelques-uns, a été considérable et a envahi le cou et la partie supérieure de la région pectorale. La plupart de mes malades sont guéris ou en voie de guérison. Je n'ai pas l'intention, quant à présent, de faire l'historique de cette affection, connue et parfaitement décrite par les auteurs, encore moins de relater en détail toutes les circonstances qui se rattachent aux symptômes qu'elle a présentés, à sa marche et au traitement employé, toutes choses qui n'offriraient d'ailleurs au praticien qu'un intérêt secondaire. Mais à l'appui de l'opinion de M. le docteur Benoît, basée sur deux cas bien observés, je pourrais présenter cinq observations (sur quatorze malades) de métastase sur le testicule, la coïncidence du gonflement scrotal et de la région parotidienne avec l'absence de tout écoulement et de lésions organiques, ne pouvant laisser au médecin la moindre incertitude sur cette métastase. Je me propose, du reste, de revenir sur cette épidémie, qui ne laisse pas que d'offrir quelque intérêt pratique. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Dans notre numéro du 18 février dernier, nous avons fait connaître la composition du bureau de l'Association des médecins du département de la Seine. Nous donnons aujourd'hui les noms des membres de cette Association qui font partie de la commission générale pour l'année 1854. Elle se trouve composée ainsi qu'il suit :

1er arrond. MM. Vidal (de Poitiers), Ley, Nicolas, Cusco, Rotureau.
2e — Mongeal, Grimaud, Renouard, Requin, Jules Cloquet, Piogey.
3e — Boinet, Janin, de St-Jean, Durand, Ameuille, Josse.
4e — Léger-Fleurus, Tessereau, Pillon, Haguette.
5e — Pertus, Delafolie, Patouillet, Roche.
6e — Ségalas, Dreyfus, Ledeschault, Bertrand.
7e — Duclos, Feulard, Frère, Perrin.
8e — Géry, Mauruc, Reynaud, Brierre de Boismont.
9e — Boullard, Deville, Charpentier, Boullard fils.
10e — Bourdon, Blatin, Depaul, Alexis Moreau.
11e — L. Orfila, Régnier, Salacroux, Lemaire.
12e — Martin de Gimard, Vergne, Ménière, Poterin du Motel.

Arrond. de Saint-Denis. MM. Lemarchand, aux Thernes.
— — Larcher, à Passy.
— — Souchard de Lavoreille, à Batignolles.
— — Accassat, à Montmartre.
— de Sceaux. MM. Lebel, à Vincennes.
— — Joslas, à Saint-Maurice.
— — Calmeil, à Saint-Maurice.
— — Thore, à Sceaux.

— Le *Moniteur* vient de publier une longue liste de personnes autorisées à porter des décorations étrangères. Nous n'y trouvons qu'un seul confrère, M. Fleury, agrégé de la Faculté, médecin par quartier de l'Empereur, autorisé à porter la croix de chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

— Des doutes se sont élevés récemment sur la question de savoir si le bénéfice de l'article 196 de l'ordonnance du 25 décembre 1837, aux termes duquel les officiers supérieurs membres des conseils de révision du recrutement conservent, durant leur mission, la jouissance de l'indemnité de logement, doit s'étendre aux officiers de santé des corps de troupe appelés à assister lesdits conseils dans leurs opérations.

Cette question, tranchée déjà par plusieurs solutions ministérielles, doit être résolue affirmativement, en raison de l'identité de position des uns et des autres. (*Moniteur de l'armée.*)

— Dans sa dernière séance de décembre, la Société de pharmacie a élu M. Buignet pour son vice-président, et M. Reveil pour son secrétaire annuel. M. Cadet-Gassicourt est passé de droit à la présidence pour l'année 1854.

— La *Gazette médicale de Montpellier*, en rendant compte de l'inauguration du buste de De Candolle, qui a eu lieu au Jardin des plantes de Montpellier le 4 février dernier, fait remarquer que l'initiative de l'hommage rendu à l'illustre botaniste est due à M. le professeur Martins. « Cette inauguration, ajoute ce journal, est le démenti le plus » formel que l'on puisse donner aux allégations aussi calomnieuses » qu'intéressées d'après lesquelles on négligerait à Montpellier les » sciences descriptives pour ne se livrer qu'à l'étude de l'abstraction. »

Nous profitons de la citation que nous faisons aujourd'hui de ce journal pour lui rendre l'honneur d'un article que nous lui avons emprunté, il y a un mois, sur un empoisonnement par des racines de jusquiame noire.

— M. Marion de Procé, médecin en chef des hôpitaux de Nantes, vient de mourir. Sans laisser de titres scientifiques, cet honorable confrère jouissait d'une considération générale et bien méritée par la dignité et la bienveillance de son caractère.

— M. le docteur Pauquy, professeur de chimie à l'École de médecine d'Amiens, professeur de botanique au Jardin des plantes de la même ville, vient d'être ravi à l'affection de ses élèves par une mort presque subite.

Honoré de l'estime et de l'amitié des Richard, des Jussieu, dont il partagea dans sa jeunesse les nobles travaux, M. Pauquy a marqué sa place dans l'histoire de la botanique.

Doué d'un esprit d'analyse remarquable et de cette longue patience qui est le sceau de toute vocation scientifique, notre savant professeur semblait né pour cette science qui voile ses nombreuses difficultés sous la multitude et la variété de ses charmes. Naguère encore nous appelions de nos vœux les plus vifs ce printemps qui devait ramener parmi nous, au Jardin des plantes, cet aimable et savant interprète de la nature : la mort, l'impitoyable mort n'entendit point ces vœux ! Peut-être verrons-nous encore la terre se couvrir de fleurs; mais cette voix bien-aimée qui nous révéla tant de beautés sublimes, tant d'harmonies ravissantes dans les œuvres de Dieu, nous ne l'entendrons plus!

Nous avons peu d'ouvrages sortis de la plume du professeur que nous regrettons : sa *Flore du département de la Somme*, ouvrage recommandable par sa méthode et son érudition, suffit seule pour conserver dans l'histoire de la botanique le nom de M. Pauquy, dont le souvenir sera toujours cher à ceux qui l'ont connu. C. D'Neilly.

— La pharmacie belge vient de faire une grande perte dans la personne de M. A. Donnat de Hemptinne, doyen et président de la Société de pharmacie de Bruxelles. Ses nombreux travaux, épars dans les recueils des académies et des sociétés dont il était membre, se rattachent à la chimie, à la physique, à la technologie, à l'agriculture, mais surtout à la pharmacie. Ses dernières recherches ont été consacrées à la *Nouvelle pharmacopée belge*, qui est sur le point d'être publiée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire de Médecine pratique, par M. le docteur Hoefer, avec le concours de plusieurs médecins. Un vol. gr. in-18. Prix : 4 fr. Chez Firmin Didot frères, rue Jacob, 56, à Paris.

Essai sur l'exploration de la rétine et des milieux de l'œil sur le vivant au moyen d'un nouvel ophthalmoscope, par M. A. Anagnostakis. Brochure in-8°. Dans toutes les librairies de médecine.

Le Seuil.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 25. — MARDI 28 FÉVRIER 1854. (27e ANNÉE.) N° 25. — MARDI 28 FÉVRIER 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

Paris, le 27 février 1854.

On nous avait annoncé que quelques cas de choléra foudroyant avaient eu lieu ces jours derniers dans un des hôpitaux de Paris. Nous avons voulu savoir au juste ce qu'il en était, et nous nous sommes assuré qu'il y a eu en effet un cas de choléra grave et promptement mortel, développé sur une des malades de la Charité.

C'est une femme qui était dans les salles de M. Rayer. Elle avait été atteinte d'un érysipèle avec fièvre intense et délire, dont elle était convalescente, lorsqu'elle fut prise d'accidents cholériques auxquels elle a promptement succombé.

A l'autopsie, on a constaté une psorentérie des plus prononcées.

Le fait est donc vrai; mais il se réduit, comme on le voit, aux proportions les plus minimes, c'est-à-dire à celles d'un fait individuel et tout à fait isolé, sans aucun lien avec l'état sanitaire actuel des hôpitaux et de la ville.

Un autre fait pourrait cependant avoir quelque apparence de liaison avec celui-là ; c'est un cas de mort d'un enfant nouveau-né avec tous les symptômes de l'affection cholérique arrivé dans le service de M. Morel-Lavallée, à l'hôpital des Enfants-Trouvés.

Mais ce dernier fait fût-il bien réellement constaté comme un cas de choléra, on ne pourrait évidemment rien induire de cette coïncidence pour l'état sanitaire général.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur Malgaigne.

Dans la dernière séance, nous nous sommes occupé des causes déterminantes des hernies inguinales et de leur mode de développement, et nous avons vu que pour les hernies doubles :

1° Il y en a qui apparaissent des deux côtés à la fois, sans prédisposition particulière d'un côté ou de l'autre;

2° Les hernies droites sont plus fréquentes que les gauches dans la proportion de 2 à 1 ;

3° Les hernies droites sont plus fréquentes chez les droitiers, les gauches chez les gauchers; mais il y en a toujours un tiers en sus pour le côté le plus faible.

La plus grande fréquence des hernies droites paraît tenir chez les nouveau-nés à la non-oblitération du canal plus fréquente de ce côté, et dans les deux dernières périodes de la vie aux efforts plus grands de ce côté.

Nous avons vu les hernies primitives se manifester souvent sans causes connues; d'autres survenir par des efforts de tout genre. Les hernies secondaires, au contraire, sont le plus souvent spontanées, et elles se manifestent principalement pendant les six premières années qui suivent la hernie primitive. Il n'est pourtant pas à dire qu'un plus long espace de temps en mette aucunement à l'abri. J'ajouterai qu'une hernie primitive bien contenue ne paraît pas y exposer.

Quant au mode de développement, nous avons considéré deux grandes catégories, selon que le canal est ou n'est pas oblitéré. Les hernies à canal ouvert se divisent elles-mêmes en deux classes, selon que le canal préexiste à leur apparition (testicule descendu), ou qu'elles se présentent au moment de la formation du canal (testicule non descendu). Si le testicule est descendu, il y a deux variétés, selon les parties avec lesquelles l'intestin se trouve en rapport; ce sont les hernies *vaginales testiculaires* et *vaginales funiculaires*. Deux variétés correspondantes se rencontrent si le testicule n'est pas descendu. Dans le premier cas le développement est immédiat; dans le second il est gradué.

Effets de la non-contention des hernies à canal ouvert. — Les effets de ces hernies se font sentir sur l'économie entière et sur les parties qu'elles affectent. Sur l'économie entière elles agissent comme les autres hernies : elles déterminent assez généralement l'amaigrissement et la débilité. Les parties qu'elles affectent sont surtout le testicule et le scrotum. Une hernie formée avant l'oblitération du canal et qui descend jusqu'au bas du testicule atrophie le testicule. Ainsi, j'ai vu un homme de vingt-six ans qui était resté jusqu'à vingt et un ans sans porter de bandage pour une hernie d'enfance : le testicule du côté correspondant avait le volume d'un baricot.

Lorsque la hernie est simple, cette atrophie, quoique fâcheuse, peut être regardée comme sans effet sur les fonctions génératrices, car l'organe du côté opposé prend alors un développement en rapport avec la diminution de l'autre ; mais lorsque la hernie est double, c'est alors que le danger est réel. En effet, j'ai vu un homme de quarante ans porteur d'une hernie inguinale double, qui n'avait jamais fait usage de bandage, chez qui les deux testicules avaient, comme chez l'autre, le volume de deux baricots. De plus, cet homme était gras, paraissait fort; mais le tissu musculeux était recouvert d'une couche adipeuse épaisse. La voix était grêle comme celle d'un castrat ; il y avait absence de barbe, et le scrotum avait gardé ses dimensions primitives, malgré les hernies qui le remplissaient. De même, lorsque les hernies de ce genre ne sont pas contenues, elles atrophient le scrotum, qui représente alors un sac à base supérieure et à sommet inférieur. Ceci a lieu lorsque la hernie se forme après la descente du testicule ; mais il arrive qu'une hernie se présente à l'anneau en même temps que le testicule. Que faire alors ? Abandonne-t-on la hernie à elle-même, elle semble augmenter en même temps que le testicule descend et prendre un volume considérable, et même par son développement elle gêne la descente du testicule, qui court grand risque de s'atrophier. Applique-t-on un bandage, ce dernier presse sur le testicule en même temps que sur la hernie ; il le retient dans le ventre, ce qui est plus mauvais encore. On voit assez souvent chez les jeunes gens des hernies au niveau de l'anneau externe. Au toucher, on sent parfaitement une tumeur molle qui s'écrase, remonte et rentre dans l'abdomen ; c'est la hernie qui rentre. Mais si ensuite on introduit le doigt dans le canal, ou sent le testicule un peu plus haut ; c'est alors qu'il faut faire bien attention à la position du testicule et le bien distinguer de la hernie. Quelquefois il arrive encore que l'on a affaire à une *hernie funiculaire*. Le testicule n'est pas complétement descendu dans le scrotum ; mais à la simple pression il paraît suffisamment distant de la hernie pour pouvoir appliquer un bandage. Ce traitement est fort dangereux ; car si le testicule est sujet à s'enflammer sous la simple pression de la hernie, à plus forte raison lorsqu'il y aura un bandage et que par les efforts du malade ou par une simple toux le crémaster, en remontant, attirera le testicule qui viendra heurter contre la pelote du bandage : on est exposé alors à voir se produire une inflammation grave, et même des orchites aiguës ou chroniques. Le danger n'est donc pas dans le développement de la hernie, mais dans la présence du testicule. En règle générale, il ne faut pas se préoccuper de la hernie ; il faut attendre la sortie du testicule, bien que la hernie descende avec lui ; il faut, au contraire, en précipiter la descente par des exercices violents et forcés, les armes, l'équitation, tels sont les moyens à faire employer ; puis, lorsque le testicule est arrivé dans le scrotum, on doit seulement songer à maintenir la hernie, qui n'a pas dans ce cas, comme on l'a souvent dit, le moindre risque d'étranglement.

Diagnostic des hernies à canal ouvert. — Lorsque chez un jeune homme le testicule est descendu et que la hernie se présente dans la tunique vaginale, on peut dire qu'elle s'est précipitée d'un seul coup ; il en est de même si la hernie n'est que funiculaire après la descente du testicule. On rencontre assez rarement chez les adultes ou les vieillards de ces hernies vaginales, c'est-à-dire qu'il y a de ces hernies que l'on peut confondre avec les hernies vaginales; ce sont celles qui se sont formées dans des sacs anciens et mal oblitérés : ici les seuls moyens de diagnostic sont les renseignements commémoratifs du malade.

Il y a de ces hernies qui se manifestent chez l'adulte et le vieillard, de ces hernies accidentelles dont on a fait craindre l'étranglement ; on a dit en avoir vu des exemples. Il n'est pas admissible qu'une hernie produite par un effort dans un canal oblitéré ait pu s'étrangler. D'abord, en loi générale, les hernies de force ne dépassent pas l'anneau externe au premier effort; de plus, leur mode de développement prouvera suffisamment la rareté de l'étranglement.

Développement des hernies à canal fermé. — Jusqu'au commencement et même pendant les premières années du dix-neuvième siècle, on croyait que les hernies se faisaient par un anneau unique, et que le péritoine seul était comme une simple pellicule qui retenait les viscères dans l'abdomen. Astley Cooper, le premier, montra qu'il y avait deux anneaux réunis par un canal que traversait la hernie. Malgré cela, on ne connaissait que deux points de l'histoire de leur formation, le bubonocèle, ou sa première apparition, et l'oschéocèle, lorsqu'elle est dans le scrotum. Ce ne fut que vers 1834 que M. Goyrand, ayant rencontré des hernies qui n'étaient dans aucune de ces catégories, et qui présentaient des signes d'étranglement, appela sur elles l'attention des chirurgiens. J'ai étudié à fond le mode de formation de ces hernies, et j'ai découvert deux autres périodes. On sait qu'à la descente du testicule le cordon traverse le canal avec les vaisseaux qui l'accompagnent; il entraîne alors avec lui, en forme de doigt de gant, un prolongement du *fascia transversalis*. Or, quand par un effort l'intestin fait hernie, il se présente à l'anneau interne et s'y arrête, après avoir repoussé cette enveloppe; c'est la première période des hernies inguinales, et que j'ai proposé d'appeler *pointe de hernie*. Puis, si par un nouvel effort ou par les travaux journaliers l'intestin traverse l'anneau interne et se fraie un passage dans le canal, la hernie est alors à la seconde période. C'est dans ce cas qu'il peut se présenter des phénomènes d'étranglement, quoique la hernie ne fasse pas encore saillie au dehors. C'est à cette deuxième période que j'ai donné le nom de *hernie interstitielle* ou *intra-pariétale ;* puis ensuite l'intestin, faisant saillie à l'abdomen après avoir traversé l'anneau externe, la hernie prend le nom de *bubonocèle.* C'est cette hernie qui se présente au pli de l'aine, et qui a été longtemps confondue avec la hernie crurale; puis enfin, lorsque la hernie est dans le scrotum, elle a reçu le nom d'*oschéocèle.*

Les hernies inguinales régulières passent toutes par ces quatre périodes ; pourtant on en voit qui ne les suivent pas.

Les pointes et les hernies de la deuxième période sont très fréquentes. Quant à celles de vive force, on en a vu sortir et descendre immédiatement dans les bourses. Mais n'était-ce pas une hernie régulière dont les phases premières avaient été ignorées du malade, et qu'un nouvel effort a instantanément fait franchir les derniers degrés? les souvenirs du sujet sont ici d'une faible ressource. Les uns ont ressenti un simple craquement et une douleur passagère, d'autres une douleur qui a duré quelques heures, après quoi ils ont pu reprendre leurs travaux. Chez quelques-uns, la douleur persiste un ou deux jours ; ils sont obligés de s'aliter. J'ai vu un malade qui garda le lit trois semaines pour obtenir la cessation de la douleur. En général, il y a toujours un intervalle qui varie de vingt-quatre heures à deux jours après le premier craquement, pour que la hernie se présente à l'orifice externe. Chez certains sujets, il faut un nouvel effort à chaque période de la hernie ; il y a un nouveau craquement et une nouvelle douleur; chez d'autres, au contraire, un seul suffit, et dans les occupations journalières la hernie dilate l'extenseur, les tissus et le canal, et se présente sans causer de douleurs nouvelles. Il n'est donc pas admissible qu'une hernie, dans ces conditions, soit susceptible de s'étrangler par sa formation instantanée. Si on l'a observé, on avait affaire à une hernie vaginale ou à une de ces hernies qui se forment dans un sac ancien où il existait une sorte de goulot, là le canal était tout ouvert, il n'est pas étonnant que la hernie s'y soit précipitée d'un seul coup ; *qua data porta ruunt.*

Diagnostic des hernies à canal fermé. — Après avoir examiné le mode de développement de ces hernies, recherchons les faits généraux par lesquels elles se traduisent à l'extérieur et les phénomènes qu'elles entraînent.

Nous avons vu que les hernies à canal fermé suivaient quatre périodes dans leur formation, et nous avons distingué la pointe, la hernie interstitielle, le bubonocèle et l'oschéocèle. Il est bien rare que le chirurgien soit appelé à constater l'existence d'une pointe ou d'une hernie interstitielle ; ce cas ne se présente que lorsque, étant appelé pour une hernie plus avancée, il étend ses recherches au côté opposé : c'est alors qu'il peut avoir à reconnaître une des deux premières périodes. C'est une erreur de conseiller comme moyen infaillible l'introduction du doigt dans le canal et la répulsion que l'on éprouve en faisant tousser le malade; car appliquez le doigt en n'importe quel point de l'abdomen et faites tousser, votre doigt sera repoussé. Le moyen le plus sûr est de regarder l'abdomen de profil et au grand jour, puis de faire tousser le malade en fixant le trajet du canal inguinal; si l'on aperçoit une petite bosse qui se produit instantanément au niveau de l'anneau interne, c'est une pointe de hernie; si on voit une saillie oblongue dans le trajet du canal, on peut diagnostiquer une hernie interstitielle. Quelquefois dans ce dernier cas, en portant le doigt dans le canal, on sent la hernie et même le glouglou des intestins; mais ce signe manque souvent.

Pour le bubonocèle et l'oschéocèle, le diagnostic est sans difficulté ; dans le premier cas, c'est une tumeur qui varie du volume

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9 et 18 février.

d'un marron à celui d'un œuf; on sent parfaitement l'intestin glisser sous les doigts. Dans l'oschéocèle, le testicule reste au-dessous de la hernie, à moins de graisse ou de tumeur inconnue. De même que toutes les hernies ne passent pas par les périodes primitives, il y en a aussi qui n'arrivent pas aux dernières. Ainsi quelques-unes demeurent dans le canal comme si l'anneau externe ne pouvait laisser passer l'intestin; alors la paroi abdominale s'amincit et se trouve dilatée pour supporter l'accroissement de la hernie qui se fait dans ce sens; d'autres sortent de l'anneau et ne descendent pas dans le scrotum; c'est qu'alors il y a un point du *fascia transversalis* qui ne se laisse pas dilater; ces hernies restent ainsi à l'état de bubonocèle pendant 10, 20, 30 ans et plus, tandis que d'autres en huit jours descendent dans le scrotum.

Phénomènes qu'entraînent les hernies inguinales sur les parties voisines. — La hernie, en s'engageant dans l'anneau interne, qu'elle soit poussée par un effort ou qu'elle y vienne par une disposition naturelle, dilate l'enveloppe fibreuse du péritoine en déchirant les connexions celluleuses. Le cordon est placé en arrière du péritoine; la hernie vient heurter le péritoine de la partie antérieure en avant du cordon; quelquefois elle se trouve au milieu des éléments du cordon; cela tient particulièrement au séjour prolongé de la hernie dans le canal, car alors elle rejette à droite et à gauche tout ce qui lui fait obstacle. Elle dissocie à ce moment tous les éléments du cordon, et, franchissant enfin l'anneau externe, elle se trouve au milieu de ces mêmes éléments. Si la hernie a fait un long séjour dans le canal, le cordon se trouve engorgé; quelquefois il y a un varicocèle; dans d'autres cas, le cordon est induré ou bien il se charge de tissu adipeux. Le testicule a ceci de remarquable qu'il n'y a jamais de dégénérescence. Souvent il s'engorge légèrement. Il se gonfle, ainsi que l'épididyme; il devient plus gros et plus lourd. La tunique vaginale est souvent occupée par une hydrocèle. Est-ce un effet ou une cause? Je ne sais quelle théorie admettre. J'ai vu un quinzième des vieillards chez qui la hernie avait précédé l'hydrocèle. L'hydrocèle, du reste, paraît prédisposer à la hernie. Le scrotum s'épaissit, devient dur, se charge de graisse, et la rainure qui sépare la hernie du testicule finit par disparaître; souvent même le tissu du scrotum n'est plus assez grand pour contenir la hernie, et celle-ci emprunte de la peau à l'abdomen et à la cuisse; ces tissus prennent eux-mêmes quelquefois l'apparence du tissu du scrotum. Les anneaux se dilatent; puis, par l'excessif développement de la hernie, ils s'éraillent, et les fibres aponévrotiques se déchirent; leur ouverture s'accroît en sens contraire pour l'anneau interne et externe, si bien que le canal s'efface, qu'il ne reste plus que les deux anneaux en face l'un de l'autre et que la hernie devient directe.

Jules Ley.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Du rhumatisme articulaire aigu. — Cas de rhumatisme articulaire aigu terminé par suppuration. — Traitement (1).

Au moment où nous venions d'écrire les lignes qui terminent notre dernier article sur ce sujet, et qui ont trait à la question de la suppuration de l'arthrite rhumatismale, nous lisions dans un journal de médecine (l'*Union médicale* du 7 février courant) la relation d'un nouveau cas de rhumatisme articulaire aigu terminé par suppuration, qui emprunte à l'autorité du médecin qui l'a observé et aux circonstances au milieu desquelles il a été recueilli toutes les garanties d'authenticité désirables. On nous saura gré de reproduire dans ses principaux détails cette observation, qui vient apporter un élément de plus à la solution de la question en litige.

Le nommé Louis M..., âgé de douze ans et demi, peu développé, maigre, mais habituellement bien portant, entra à l'hôpital des Enfants, où il est couché au n° 17 de la salle Saint-Jean. Quelques jours auparavant, ce jeune garçon avait fait coup sur coup deux longues courses par une chaleur excessive. De retour de la seconde course, il avait bu une grande quantité d'eau froide, et était allé se coucher dans un lieu exposé à un courant d'air. Dans la nuit suivante, il fut pris d'une fièvre vive et d'une douleur extrêmement violente dans les deux genoux. Le matin, ces deux articulations étaient rouges, notablement tuméfiées, ne pouvant exécuter le plus léger mouvement ni être soumises à la moindre pression sans qu'il en résultât une douleur atroce. A partir de ce moment il garda le lit, avec une fièvre continue très intense, puis au bout de quelques jours les deux jointures tibio-tarsiennes se prirent de la même façon que les genoux.

Le jour de l'entrée de ce jeune garçon à l'hôpital, on le trouva dans l'état suivant : les deux articulations fémoro-tibiales étaient aussi douloureuses que possible; le moindre mouvement lui arrachait des cris. La tuméfaction et la rougeur des téguments étaient très considérables. Il en était de même pour les deux articulations tibio-tarsiennes. La jointure du doigt annulaire avec le métacarpien était également tuméfiée, rouge et très douloureuse. On constatait en outre une chaleur très forte de la peau (39° 6 centigrade); 116 pulsations; pouls fort, irrégulier; 49 inspirations par minute. Rien d'anormal à l'auscultation, bruits du cœur normaux. Rien du côté du ventre. — Calomel, 0,10 centigrammes en dix paquets, à prendre d'heure en heure; tisane, diète.

Le deuxième jour, physionomie altérée, agitation toute la nuit, un peu de délire; le reste comme la veille, sauf que les genoux étaient plus tuméfiés et d'un rouge plus foncé, ainsi que l'articulation tibio-tarsienne droite et celle du doigt annulaire. — Sulfate de quinine, 1 gramme en vingt-quatre heures; baume tranquille et ouate autour des articulations.

Le troisième jour, délire et agitation très violente pendant toute la nuit, et persistant encore à la visite. Face profondément altérée, langue sèche, gencives fuligineuses. Chaleur de la peau un peu diminuée (39° 2); 112 pulsations, respiration beaucoup plus fréquente. La coloration rouge des articulations a pris une teinte noirâtre comme gangréneuse d'un très mauvais aspect.

Le quatrième jour, délire un peu diminué; état général également mauvais, selles involontaires. La coloration noirâtre des téguments qui entourent l'articulation tibio-tarsienne et celle de l'annulaire devient de plus en plus foncée; les veines voisines forment des traînées brunes qui rayonnent autour des articles et ressemblent tout à fait à celles que l'on observe l'été sur les cadavres qui entrent en putréfaction. Les gros troncs veineux paraissent sains. Pour le pied, la coloration noire forme une large plaque à la partie antérieure de l'articulation, et deux moins considérables sur les parties latérales; au doigt, elle occupe la face dorsale, et va en mourant sur les côtés; aux genoux, où elle est moins prononcée, elle recouvre les deux régions latérales. — Même traitement.

Le cinquième jour, délire et agitation extrêmes toute la nuit; chaleur de la peau très intense (40° 2); pouls accéléré, petit, mais sans irrégularité. L'examen le plus attentif ne fait découvrir ni péricardite, ni endocardite. Respiration très fréquente (60 inspirations), sans qu'on puisse constater aucune affection du poumon. La coloration des articulations malades est encore plus prononcée. Le gonflement s'est affaissé, et l'épiderme est ridé au pied et au doigt malade; en y touchant, on éprouve cette sensation de mollesse pâteuse que donnent les tissus mous dans certaines gangrènes. — Continuation du même traitement.

Mort le même jour dans l'après-midi.

Autopsie. — A l'extérieur, coloration noirâtre des articulations, qui est restée la même que pendant la vie. L'épiderme se détache facilement; le derme est noir dans toute son épaisseur, résistant. En incisant, on trouve le tissu cellulaire grisâtre, sillonné par de petits vaisseaux noirs, très friable et présentant çà et là de petites collections purulentes dont le liquide est jaune, épais comme le pus phlegmoneux, sans aucune odeur. Les veinules, d'un certain volume, qui se dirigent vers le dos de la main, sont remplies d'un coagulum noir, et leur membrane interne est d'un rouge brun. Enlevant le tendon de l'extenseur, on pénètre dans l'articulation, qui contient en assez grande quantité un pus semblable à celui trouvé dans le tissu cellulaire, seulement il est d'une couleur encore plus jaune et un peu moins épais; la surface des cartilages est aussi d'une couleur jaune assez prononcée, légèrement tomenteuse et dépolie. Il n'y a de la suppuration ni dans le tissu cellulaire de la face palmaire, ni dans la gaîne du fléchisseur.

Dans l'articulation tibio-tarsienne droite, l'épiderme et le derme présentent les mêmes particularités qu'à la main. Dans le tissu cellulaire, il existe des quantités de petits vaisseaux gorgés de sang; le tissu lui-même est grisâtre, friable; mais en aucun point on n'y trouve de pus. La gaîne des péroniers latéraux, au moment de leur réflexion au-dessous de la malléole externe; en dedans, la gaîne tendineuse du fléchisseur profond et du jambier postérieur sont remplies d'un pus épais, bien lié, semblable à celui d'un abcès chaud. En pénétrant dans l'articulation, on la trouve remplie d'une collection purulente qui ne diffère de celle de la gaîne des muscles qu'en ce que le liquide est un peu moins épais et beaucoup plus jaune. La surface des cartilages a aussi cette coloration à un haut degré, et, en outre, est dépolie, tomenteuse. La synoviale est manifestement injectée, épaissie.

Les parties molles qui entourent l'articulation tibio-tarsienne gauche sont injectées, hypertrophiées et friables. La surface interne des gaînes tendineuses a une teinte rosée, résultant d'une très fine injection. Il en est de même de la synoviale; mais nulle part il n'existe de suppuration.

Aux genoux, la peau, noirâtre à l'extérieur, présente cette coloration dans toute son épaisseur; elle a conservé sa résistance. Au-dessous d'elle existe une vascularisation très prononcée; des veinules sont remplies de sang noir, leurs parois paraissent saines, et les gros troncs veineux sont dans un état d'intégrité parfaite. Le tissu cellulaire est grisâtre, mais ne contient pas de pus dans ses aréoles. Les gaînes tendineuses voisines de l'article n'en contiennent pas non plus; elles sont sèches, comme poisseuses et finement injectées. On pénètre dans l'articulation par sa partie antérieure, et on y constate une quantité de pus égale au moins à deux cuillerées à bouche; ce liquide est un peu moins consistant que celui produit par l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire, beaucoup plus jaune, complétement inodore. Les cartilages sont recouverts d'une sorte de bouillie purulente, qui, une fois enlevée, laisse voir leur surface dépolie. Nulle part on ne constate d'ulcération. La synoviale, au niveau de la poche que forme cette membrane au-dessus de la rotule, est notablement épaissie. On y voit une injection fine, dont le siége paraît être dans les vaisseaux capillaires sous-séreux. Il existe également une injection sur les ligaments croisés et les fibro-cartilages semi-lunaires. Les gros vaisseaux des membres sont trouvés sains; il en est de même du tissu musculaire.

Les organes thoraciques sont sains, sauf un peu de congestion des poumons. Rien au cœur; il n'existe de caillots ni dans l'intérieur de ses cavités, ni à ses orifices. L'endocarde ne présente pas de traces d'inflammation. Les valvules, examinées avec soin, offrent leur coloration, leur délicatesse et leur souplesse normales, ainsi que le cercle fibreux qui les supporte.

Reprenons maintenant la suite et la fin des leçons de M. le professeur Rostan sur ce sujet.

Aux cinq faits de rhumatisme articulaire aigu que nous avons déjà fait connaître, nous avons à joindre aujourd'hui quatre nouveaux faits dans lesquels la saignée s'est montrée à peu près aussi efficace. Nous allons en donner un court résumé.

Au n° 7, salle Saint-Antoine, est une domestique de vingt et un ans, qui en est à sa première attaque. La maladie a débuté le 1er février. Cette malade est entrée le 3; elle a été saignée deux fois, et on lui a appliqué un large vésicatoire sur le genou droit, siége principal de l'affection articulaire. Il y a eu immédiatement un mieux marqué.

Le n° 28 de la même salle est aussi une domestique de vingt-quatre ans, qui est également à sa première attaque. Le début a eu lieu le 3 février; la malade est entrée à l'hôpital le 6. Les douleurs étaient très aiguës. Deux saignées abondantes ont été pratiquées; il y a eu immédiatement diminution dans l'intensité de la maladie.

N° 14, salle Sainte-Jeanne, jeune homme de vingt-quatre ans, fondeur en cuivre; c'est sa deuxième attaque. La première a eu lieu en 1848; la deuxième a débuté le 27 janvier. Le malade est entré le 4 février. Les douleurs étaient extrêmement vives au début. Deux saignées très abondantes; diminution notable des douleurs.

Enfin, le n° 19, jeune homme de vingt-six ans, journalier, est atteint pour la première fois. La maladie a débuté le 20 janvier; entré à l'hôpital le 9 février. Saignée, vésicatoires, purgatifs. Dès le surlendemain il y avait un mieux sensible (1).

Ainsi, si l'on joint ces quatre nouveaux faits aux cinq faits précédemment rapportés, cela fera un total de neuf cas dans lesquels la saignée s'est montrée plus ou moins rapidement efficace.

Cette rapide statistique laisse assez voir quel est le mode de traitement auquel M. Rostan donne la préférence, et elle en porte en quelque sorte avec elle la justification. En effet, de tous les traitements proposés contre le rhumatisme articulaire, celui que M. Rostan préfère, et qu'il place beaucoup au-dessus de tous les autres, est le traitement antiphlogistique, et plus particulièrement la saignée générale. Il est, aux yeux du professeur, de la plus haute importance de saigner largement au début du rhumatisme articulaire aigu, comme, en général, au début de toutes les affections fébriles de nature inflammatoire; mais il est essentiel que ce soit au début et qu'on ne laisse pas échapper l'opportunité. C'est souvent, en effet, faute d'avoir saigné au début d'une pneumonie que l'on voit arriver à l'hôpital des malades chez qui on a laissé marcher rapidement la maladie, et qui sont parvenus à une période trop avancée pour que l'on puisse désormais y recourir. Il en est de même pour le rhumatisme articulaire aigu. C'est dès le début qu'il faut l'attaquer par la saignée; plus tard, elle n'aurait plus la même efficacité.

On a proposé une formule pour la saignée. Le nombre des saignées, la quantité de sang à retirer, l'intervalle à mettre entre chacune d'elles, tout a été prévu et soumis à des règles fixes. M. Rostan ne s'astreint point à ces règles et à ces formules. Il lui paraît impossible d'appliquer à tous les cas une formule uniforme, la saignée devant être subordonnée à l'intensité de la fièvre et de l'inflammation locale, au tempérament, à la constitution et à l'âge du malade. La saignée générale doit être préférée aux saignées locales, surtout lorsque le rhumatisme est général. Quant au nombre des saignées, M. Rostan, se conformant aux indications que nous venons de rappeler, ne se renferme jamais dans des limites fixes; il saigne une fois, deux fois, trois, quatre, cinq, six fois. Il lui est arrivé même de saigner jusqu'à quatorze fois avant d'obtenir la résolution. Il n'y a donc pas de règle à suivre à cet égard; ou plutôt la règle est de proportionner la saignée à l'intensité des phénomènes généraux et à la généralisation des arthrites.

Lorsqu'il n'y a qu'une seule articulation malade, et surtout si la fièvre n'a pas une grande intensité, il faut s'abstenir de la saignée générale; il y a dans ce cas un très grand avantage à pratiquer une saignée locale. Un dégorgement direct de l'articulation phlegmasiée est toujours d'une très grande efficacité, et il n'y a pas à craindre de produire une fluxion locale par les sangsues si on a le soin de les mettre en nombre suffisant.

Aux évacuations sanguines il faut joindre les boissons chaudes, l'*aqua cocta*, comme disent les Italiens, des boissons délayantes et un peu diaphorétiques, des bains, la diète et l'abstinence la plus absolue.

Ce traitement n'est pas nouveau assurément; il a été préconisé par un grand nombre d'auteurs anciens, notamment par Sarcone et Sydenham. Mais il a reçu en quelque sorte une sanction nouvelle par l'expérience des modernes. C'est d'ailleurs le traitement le plus simple et le plus rationnel, celui qui convient à la majorité des cas.

Un grand nombre d'autres méthodes thérapeutiques ont été proposées, qui ne méritent pas toutes assurément d'être comprises dans une proscription commune. Quelques-unes d'entre elles peuvent être employées avec avantage dans les cas où la méthode antiphlogistique ne pourrait pas être mise en usage.

Parmi les moyens empiriques, l'un des plus vantés est le tartre stibié, l'émétique à haute dose d'après la méthode rasorienne. Ce n'est pas sans étonnement, dit M. Rostan, que nous avons vu tout récemment encore publier un mémoire sur l'emploi du tartre stibié dans le rhumatisme articulaire, après l'expérience si décisive qui en a été faite dans le temps par Laënnec. Dix-sept observations furent recueillies sous les yeux de Laënnec par ses élèves. Dans aucun de ces dix-sept cas le tartre stibié ne s'est montré utile, si bien que ce grand médecin, qui était très partisan du tartre stibié, y renonça pour ce cas.

Le sulfate de quinine à haute dose a été employé et préconisé par des médecins très recommandables. Mais les résultats fâcheux

(1) Fin. — Voir les numéros des 7 et 14 février.

(1) Depuis que cet article est écrit, ces malades ont guéri complétement, à l'exception d'un seul, chez qui les douleurs persistent encore, mais à un degré bien amoindri.

qu'il a produits dans quelques cas ne sont pas suffisamment rachetés par les succès très contestables qu'on lui a attribués.

On a essayé aussi le sulfate de cinchonine, qui n'a rien produit du tout.

La vératrine ne paraît mériter aucune confiance.

L'opium à haute dose ne guérit pas sans doute le rhumatisme, mais il diminue beaucoup les douleurs, et à ce titre c'est un excellent adjuvant du traitement antiphlogistique; mais employé seul, il ne constituerait jamais qu'un traitement palliatif.

Il en est de même des diverses autres substances narcotiques, telles que le stramonium, la jusquiame, la belladone; elles peuvent apporter quelque soulagement aux douleurs des malades, mais elles ne suffisent jamais à elles seules pour guérir le rhumatisme. Les malades auxquels on administre ces médicaments, s'ils ne sont saignés concurremment, sont beaucoup plus longtemps à guérir que ceux qui sont traités par les antiphlogistiques seuls.

Les sudorifiques sont de bons adjuvants; c'est à ce titre seulement qu'on peut recourir à la poudre de Dower, qui est loin d'ailleurs de justifier les propriétés qu'on lui a attribuées.

L'arsenic et les préparations arsénicales (la liqueur de Fowler), qui ont été préconisés, doivent être sévèrement condamnés et exclus du traitement du rhumatisme à cause des dangers inhérents à ces agents.

Les purgatifs, tant préconisés depuis quelque temps, ne guérissent pas le rhumatisme, mais ils peuvent être utiles parfois pour combattre certaines complications du côté des voies gastriques.

Le colchique a pu produire peut-être parfois quelques effets. M. Rostan l'a employé une fois, bien qu'il n'y eût que très peu de confiance; c'était chez une jeune fille pour laquelle on avait tout épuisé; en désespoir de cause, le colchique lui a été administré et il a paru réussir. C'est un de ces agents que M. Rostan classe parmi les moyens qui n'ont d'autre action sur les malades qu'un effet moral et auxquels il est utile quelquefois de recourir dans leur intérêt.

La térébenthine, beaucoup vantée par les médecins américains, paraît devoir être rangée dans le même ordre. Cependant, dans un cas analogue au cas précédent, M. Rostan n'a pas été peu surpris de voir, il y a de cela vingt-deux ans, à l'hôpital de la Pitié, un rhumatisant abandonné remuer les membres et sortir de l'hôpital après l'administration de la térébenthine.

Le nitrate de potasse a joui d'une grande faveur, comme tout le monde le sait. M. Rostan l'a essayé il y a quelques années; il l'a donné à une dose très élevée : 4 grammes et même 8 grammes par jour. Mais à cette dernière dose il n'a jamais pu parvenir à le faire prendre aux malades. Aussi M. Rostan ne comprend-il pas comment on a pu dans ces derniers temps proposer d'élever la dose de ce médicament jusqu'à 60 grammes! Il n'en a du reste jamais obtenu de résultats satisfaisants à la dose de 4 à 8 grammes, et au-dessus de cette dose il lui paraît impossible que les malades puissent le supporter.

Les bains sulfureux, les bains de vapeur sont de très bons moyens à employer à une époque déjà un peu avancée de la maladie, à cette époque de transition où le rhumatisme tend à passer de l'état aigu à l'état chronique. Les eaux minérales ne peuvent guère être utiles que dans le rhumatisme chronique seulement; leur usage doit être exclu du traitement de l'arthrite rhumatismale aiguë.

On a conseillé les opiacés, le chloroforme, l'éther en topiques pour calmer les douleurs. Ce sont assurément des moyens à employer, mais à titre de calmants seulement.

Restent enfin les moyens révulsifs, les vésicatoires, les cautères, etc., qui trouvent plus particulièrement leur indication dans la période chronique de la maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 févier 1854. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur fibro-plastique. Six ablations. — M. Chassaignac présente un malade qu'il a déjà plusieurs fois soumis à l'examen de la Société. Cet homme portait sur la région deltoïdienne gauche une tumeur fibroplastique. Après cinq récidives ayant nécessité cinq opérations, il a dû encore enlever une tumeur il y a quatre mois; la plaie résultant de l'ablation a été comblée par l'autoplastie. Aujourd'hui le malade est dans un état de santé tout à fait satisfaisant; mais sous le lambeau autoplastique on sent qu'il existe encore un commencement de récidive. M. Chassaignac aura soin de représenter le malade si cette nouvelle récidive se confirme.

— Après la lecture du procès-verbal, M. Chassaignac demande que la discussion relative à la pièce pathologique présentée dans la dernière séance soit renvoyée à huitaine, lorsque M. Gosselin aura lu le résultat de l'examen de la commission nommée pour disséquer cette pièce.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit un mémoire sur la question du traitement des hémorrhoïdes, avec cette devise : *In experientia constant medicina etiamque chirurgia.*

— M. le professeur Sédillot, membre correspondant, écrit à la Société pour lui annoncer l'envoi prochain de la collection des thèses de la Faculté de Strasbourg.

— M. le docteur Letenneur, chirurgien adjoint de l'hôpital de Nantes, écrit pour annoncer l'envoi de la collection des Bulletins de la Société de médecine de la Loire-Inférieure.

— M. le professeur Alquié adresse le numéro des *Annales cliniques de Montpellier*, dans lequel se trouve insérée une observation d'ablation du sein par un nouveau procédé, qu'il avait adressée à la Société de chirurgie. La Société décide qu'il ne peut y avoir de discussion.

— La Société reçoit une série considérable de monographies chirurgicales étrangères, et les *Mémoires de chirurgie* d'Arnaud, offerts par deux de ses membres.

LECTURES.

M. Beyran, ex-médecin de l'hôpital impérial de Tersané, chirurgien de l'hôpital de Yedikoulé à Constantinople, lit un travail sur la topographie médico-chirurgicale de cette ville. (Commissaires : MM. Denonvilliers, Boinet et Deguise fils.)

M. Bauchet, interne des hôpitaux, lit une observation relative à une tumeur ostéo-fibreuse du maxillaire supérieur. (Renvoyé à l'examen de M. Morel-Lavallée.)

Suite de la discussion sur le Chloroforme. — M. ROBERT commence d'abord par protester contre l'insertion dans le procès-verbal imprimé des conclusions proposées par M. Denonvilliers. Il lui paraît que la Société avait voté la suppression de ces conclusions.

M. DENONVILLIERS répond que dans la dernière séance il avait consenti, par un sentiment tout de confraternité, à retirer ses conclusions, mais qu'il n'avait nullement été entendu que ces conclusions devaient disparaître des procès-verbaux. Le dernier procès-verbal dans lequel elles se trouvent reproduites a, du reste, été adopté par la Société.

M. ROBERT renouvelle sa protestation, et après quelques observations de M. Larrey, qui pense, comme M. Robert, que les conclusions n'auraient pas dû être publiées dans le procès-verbal officiel, la discussion reprend son cours.

M. ROBERT, au nom de la commission qui s'est de nouveau réunie, donne lecture des conclusions suivantes :

1° L'emploi du chloroforme peut déterminer des accidents graves et la mort, lors même qu'il est pur et administré par des mains habiles; mais les cas avérés de ce genre sont fort rares et tout à fait exceptionnels, si on les compare aux observations innombrables qui attestent les bienfaits de l'anesthésie.

2° L'examen attentif des observations a démontré que lorsque la mort survient elle ne doit pas toujours être attribuée au chloroforme exclusivement, et qu'elle peut dépendre aussi d'autres causes inappréciables.

3° Lorsque des accidents se manifestent, il faut les combattre rapidement et énergiquement. Les moyens dont l'expérience a le plus démontré l'efficacité sont : la position déclive de la tête et la respiration artificielle par pressions cadencées du thorax, la base de la langue ayant été préalablement abaissée et attirée en avant.

Les excitants généraux, que l'on oppose ordinairement à la syncope, ne devront être employés que subsidiairement et concurremment avec les premières.

On décide que la Société votera successivement sur chacune de ces conclusions. M. Chassaignac, avant que la discussion ne s'engage, croit devoir prévenir la Société que son intention formelle est de s'abstenir et de ne prendre aucune part au vote.

La première proposition est adoptée avec une modification proposée par M. Larrey, qui demande qu'on précise bien qu'il s'agit de l'inhalation du chloroforme, pour laisser tout à fait en dehors la question de l'anesthésie locale. Au lieu de *l'emploi du chloroforme*, on met *l'inhalation du chloroforme.*

Deuxième conclusion. — M. FORGET attaque le mot *inappréciables* comme trop peu scientifique, et ne pouvant, avec le vague qu'il laisse planer sur la question, être admis par la Société.

M. ROBERT répond qu'il fallait bien cependant, en présence des faits, laisser une désignation particulière pour les accidents que rien ne peut expliquer.

M. LARREY maintient aussi la rédaction de la deuxième conclusion. On ne peut pas nier qu'il y ait dans les faits connus des causes inappréciables; et certes le mot idiosyncrasie rendait bien cette idée.

M. BROCA trouve que le rapport de M. Robert brillait par sa clarté, et il ne peut se défendre de signaler ce que les conclusions proposées offrent d'obscurité.

M. BROCA insiste sur la portée de la première conclusion. Reconnaître que le chloroforme pur et bien administré peut tuer, c'est, en somme, tout ce qu'il fallait mettre en lumière. En conséquence, il propose qu'on supprime la deuxième et la troisième conclusion.

M. FORGET se rallie à la proposition radicale de M. Broca.

M. DENONVILLIERS appuie le maintien de la deuxième proposition en supprimant le mot inappréciables.

M. LARREY insiste dans le même sens. La suppression de la deuxième conclusion amoindrirait les résultats fournis par la discussion.

La deuxième proposition est mise aux voix et adoptée, avec la suppression du mot *inappréciables* remplacé par *causes très diverses.*

La troisième proposition est ensuite discutée. M. FORGET pense que si la Société veut admettre cette conclusion, il la faut d'abord modifier. Elle est, en effet, trop incomplète, et la Société ne peut, si elle signale les moyens pratiques de combattre les accidents produits par le chloroforme, s'en tenir aux seuls procédés qu'elle indique. Il en est d'autres, comme l'insufflation bouche à bouche, l'électricité, etc., qui se produisent sous la garantie de confrères dont l'autorité est incontestable, et on n'a pas le droit de les délaisser.

MM. BROCA, BOUVIER, VERNEUIL parlent dans le même sens.

M. LARREY demande aussi qu'on ajoute une phrase qui puisse sauvegarder l'intérêt professionnel.

M. GUÉRIN attaque aussi cette conclusion. Il pense que celle-ci, comme les deux premières, est insuffisante; il voudrait qu'on la modifiât complétement.

M. ROBERT modifie la troisième conclusion et donne lecture d'une nouvelle rédaction. Après un nouveau débat et un vote sans résultat, le vote est renvoyé à la première séance.

Rapport sur quatre mémoires adressés à la Société de chirurgie par M. Tharsile Valette, médecin major à l'hôpital militaire de Metz, pour obtenir le titre de membre correspondant. — (Commissaires : MM. Larrey, Maisonneuve et Houel, rapporteur.)

Messieurs, les quatre mémoires que M. Valette a adressés à la Société de chirurgie pour obtenir vos suffrages ont principalement pour objet la thérapeutique chirurgicale; deux sont relatifs à des ligatures d'artères : un troisième au traitement de la fracture intra-coracoïdienne de la clavicule; le quatrième est intitulé *Note sur la valeur de la résection articulaire de la malléole externe dans les cas de carie de cette éminence osseuse.* Les titres de ces mémoires suffisent pour vous démontrer leur importance. Quelques-uns de ces travaux ne sont que des modifications apportées à des procédés connus; d'autres, au contraire, consistent dans des procédés propres à l'auteur. Je vais les examiner dans l'ordre de leur présentation au sein de la Société.

Le premier travail de M. Valette est intitulé *De la possibilité de lier l'artère occipitale près de son origine.* J'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'expérimenter sur le cadavre, et j'ai été frappé de la facilité avec laquelle pouvait être faite la ligature de l'artère occipitale, mais à la condition que l'on se conforme strictement aux règles posées par l'auteur. Je dirai même que la présence du nerf grand hypoglosse rend cette ligature presque aussi certaine qu'aucune des artères les plus superficielles des membres. Mais, messieurs, ce travail, qui se compose de plusieurs parties, étant imprimé, aux termes mêmes de notre règlement, je n'ai pas à vous en rendre compte.

Le second mémoire de M. Valette est le moins important des trois travaux qu'il vous a communiqués, et cependant il mérite de fixer un instant votre attention; il est intitulé *Modifications à certains procédés usités dans la ligature des artères iliaque externe, épigastrique et sous-clavière.*

Le procédé employé par M. Valette pour la ligature de l'iliaque externe et de l'épigastrique consiste dans des modifications aux procédés de Bogros. Pour l'iliaque externe, comme un des guides puissants de Bogros est dans la présence de l'artère épigastrique, M. Valette, reconnaissant avec juste raison que ce guide est loin d'être certain, puisque dans un grand nombre de cas l'artère peut varier dans son origine, il propose de l'abandonner; et pour préciser le passage de l'artère il conseille alors de s'assurer de l'interligne articulaire de la partie supérieure de la symphyse pubienne, ainsi que de l'échancrure qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de l'épine antéro-inférieure. Un fil est fixé par une de ses extrémités à la partie la plus élevée de l'échancrure qui sépare les deux saillies osseuses, tandis que l'autre extrémité est fixée à la face supérieure de la symphyse pubienne dans l'interligne préalablement reconnu. Ce fil, doublé en deux, est fixé de nouveau à son point de départ supérieur, et la partie du ligament de Fallope où tombera l'autre extrémité indique d'une manière précise le passage de l'iliaque externe.

Pour la ligature de l'épigastrique, M. Valette conseille encore de faire l'incision comme dans le procédé de Bogros. Mais il ne veut pas, dans la crainte de hernies consécutives, dilater l'orifice interne du canal inguinal pour aller à la recherche du vaisseau; il ne tient aucun compte de ce guide, ainsi que des vaisseaux spermatiques chez l'homme et du ligament rond chez la femme. Pour préciser le passage de l'artère, il tend encore un fil qui supérieurement a le même point de départ que celui précédemment indiqué pour l'artère iliaque externe, et qui, en bas, vient tomber au milieu de la face antérieure de la symphyse pubienne. La partie moyenne de ce fil marque d'une manière exacte le passage du vaisseau. Alors M. Valette déchire dans ce point la paroi postérieure du canal inguinal.

Les procédés de ligature qui consistent généralement à tendre des fils paraissent à votre rapporteur assez mauvais, et devoir être exclusivement réservés aux vaisseaux dont la ligature est très difficile, et dont les points profonds de ralliement manquent. Sous ce rapport, ils peuvent donc offrir quelque avantage pour ces deux vaisseaux, mais particulièrement pour l'artère épigastrique. Votre rapporteur a dû les essayer sur le cadavre, et j'ai en effet acquis la certitude de la précision des lignes indiquées par M. Valette. Mais est-il toujours facile de reconnaître le point de départ des lignes? Je ne le pense pas. Lorsque le sujet est gras, et c'est ce qui est arrivé sur le cadavre sur lequel j'ai expérimenté, on peut encore assez facilement reconnaître la partie supérieure de l'échancrure iliaque. Mais l'interligne articulaire de la symphyse pubienne, soit de la face antérieure, soit de la face supérieure, ne peut plus être qu'approximativement reconnue; de sorte que le même doute qui se présentait avant les lignes tirées par M. Valette me paraît encore subsister dans ce cas.

Si l'on cherche maintenant à reconnaître la différence que produisent dans la longueur du fil tendu les deux points indiqués, c'est-à-dire la partie supérieure de l'interligne supérieure de la symphyse pubienne, ou la partie moyenne de la face antérieure de cette ligne, j'ai constaté qu'elle était de près de 2 centimètres. L'artère épigastrique se trouverait donc *située à 1 centimètre plus en dehors que l'artère iliaque externe.*

Si le procédé de ligature d'artère épigastrique indiqué par M. Valette peut avoir quelque avantage sur le vivant, il ne me paraît pas en être ainsi de celui qu'il conseille pour l'iliaque externe. Comme il le dit lui-même, ce n'est guère qu'un procédé d'amphithéâtre. Il ne permet en effet la ligature de l'artère iliaque externe que dans un point très rapproché de l'origine de la fémorale; par conséquent dans le point où ce vaisseau fournit un plus grand nombre de branches, et expose par cette raison beaucoup plus aux hémorrhagies. Aussi, à moins de nécessités spéciales qui obligent de lier dans ce point, la préférence me paraît toujours devoir être accordée aux procédés d'Abernethy et d'Astley Cooper. De plus, A. Cooper nous a montré que dans un certain nombre de cas l'artère iliaque externe n'occupe pas toujours la même position; qu'elle n'est pas toujours située au milieu de l'espace compris entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la symphyse; qu'elle offre même des différences dans les sexes; qu'elle est à 7 millimètres plus en dehors chez l'homme, et à 9 chez la femme. C'est probablement pour la première raison que M. Valette, contrairement à la plupart des auteurs, fait porter son fil au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure.

Les mêmes objections que j'ai faites au procédé de M. Valette pour la ligature de l'iliaque me paraissent devoir lui être avantageusement reproduites pour la ligature de l'artère sous-clavière; en outre que pour ce vaisseau le tubercule indiqué par M. Chassaignac, les scalènes mêmes sont des guides infaillibles. M. Valette propose pour faire cette

ligature en dehors des scalènes de tendre un fil des interlignes articulaires acromio-claviculaires et sterno-claviculaires, et le milieu de ce fil correspond au passage de l'artère.

Le procédé proposé par M. Valette pour la ligature de l'artère honteuse interne à sa sortie du bassin pourrait également, avec quelques légères modifications, être applicable à la ligature de l'ischiatique. Il me paraît par sa précision de beaucoup préférable aux procédés de Lizard, d'Harrisson et de M. Bouisson pour l'ischiatique.

Voici comment procède M. Valette :

C'est encore de lignes qu'il se sert ; mais comme ici les points profonds de ralliement manquent, elles me paraissent avoir une grande utilité. On tend d'abord un premier fil qui va de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'articulation sacro-coxygienne ; un second fil part de l'épine iliaque postéro-supérieure et vient tomber à la partie moyenne de la tubérosité de l'ischion ; le point d'intersection de ces deux lignes correspondrait à la sortie de l'artère honteuse interne du bassin et le point par lequel elle repose sur l'épine ischiatique ; alors le muscle grand fessier, incisé parallèlement à ces fibres, ainsi que l'aponévrose qui va du bord supérieur du ligament sciatique au muscle pyramidal, permet d'arriver facilement sur l'artère.

Mais est-il toujours facile de reconnaître les points d'où doivent partir les lignes ? Je ne le pense pas. Afin de m'assurer si les points indiqués par M. Valette étaient exacts, j'ai découvert les parties avec le scalpel.

Voici maintenant ce que m'a montré le cadavre sur lequel j'ai opéré et qui appartenait à une femme : c'est que le point d'intersection ne correspondait pas précisément à l'artère honteuse ; elle était située à plus d'un centimètre en dedans ; il peut donc exister quelques différences ; mais les points indiqués par M. Valette ne sont pas moins de puissants auxiliaires.

Je regrette que la disette de cadavres ne m'ait pas permis de préciser davantage les différences qui peuvent exister.

Fracture de la clavicule. — Le troisième mémoire de M. Valette est relatif au traitement de la fracture de la clavicule au niveau de sa partie moyenne, et il s'attache principalement à combattre la difformité consécutive à la variété de cette fracture, qui est oblique de haut en bas et de dedans en dehors, celle par conséquent qui est le plus souvent compliquée de déplacements. Le nombre des appareils qui ont été proposés pour cette fracture est considérable ; et, il faut le dire, malgré ce luxe de bandage il est rare qu'on puisse obtenir la juxtaposition. Il y a donc toujours une difformité qui résulte du déplacement des fragments et de la tumeur formée par le cal ; cette difficulté de remédier à la difformité est telle que quelques chirurgiens seraient volontiers tentés de renoncer à toute espèce d'appareil, principalement chez l'homme. M. Valette a néanmoins cherché un appareil qui puisse remédier à ce déplacement et surtout qui soit supportable au malade. Nous allons voir s'il a été plus heureux que ses prédécesseurs et examiner les résultats qu'il a obtenus.

Avec la plupart des chirurgiens, M. Valette examine d'abord les indications qu'un appareil à fracture de clavicule doit remplir pour obtenir l'affrontement des deux fragments et les maintenir ; elles sont au nombre de six :

1° Attirer en dehors le fragment externe ;

2° Relever ce fragment ;

3° Le porter en arrière ;

4° Immobiliser le bras du côté malade.

M. Valette pense que la troisième indication, c'est-à-dire de porter le bras en arrière, est inutile ; il considère même qu'une telle pratique peut avoir des inconvénients, parce que, dit-il, le mouvement détermine un écartement des deux fragments. Mais il ajoute une cinquième indication qu'il considère comme la plus importante et qui avait déjà été signalée par M. Gerdy, c'est-à-dire le déplacement du fragment interne en haut ; c'est principalement cette indication que M. Valette cherche à remplir dans l'appareil qu'il propose ; l'équilibre que Samuel Cooper avait admis que se faisaient le grand pectoral et le sterno-cléido-mastoïdien ne peut plus exister, dit M. Valette, dès qu'un bandage qui applique le bras contre le tronc a été posé ; le muscle grand pectoral est dans l'inaction ; le sterno-cléido-mastoïdien a alors toute liberté d'action pour entraîner le fragment interne. Cette action se trouve encore favorisée par l'obliquité de la fracture que j'ai indiquée.

Enfin, une sixième indication, étudiée avec beaucoup de soin dans le travail de M. Valette, c'est que l'appareil soit dans tous les cas supportable et ne comprime pas trop la poitrine.

Alors, examinant successivement l'action des appareils les plus importants, en excluant toutefois ceux qui sont composés de cuir, de fer, de vis, etc., il fonde cette exclusion sur la difficulté de se les procurer en tout lieu ; il conclut que le bandage de Desault ne satisfait qu'à deux indications : l'immobilisation du bras et la cinquième indication admise par M. Valette, à savoir : l'abaissement du fragment interne ; elle se trouve remplie par la bande oblique ; et si cet appareil a eu quelques bons résultats, M. Valette pense qu'on les doit à l'action de cette bande sur ce fragment interne. Par l'appareil de Dupuytren, le bras est bien immobilisé et le fragment externe élevé, mais le sterno-cléido-mastoïdien a toute liberté d'action sur le fragment interne ; il ne remplit donc encore que deux indications : immobilité et élévation du fragment scapulaire. Le handage de M. Seutin est la répétition de celui de Desault, plus l'amidon. Le handage de Richter par son attelle satisfait aux deux indications du bandage de Desault ; seulement il a l'avantage sur lui d'être moins compliqué et moins gênant.

M. Valette rejette également le bandage de Récamier, parce qu'il n'assure pas l'immobilité du bras et ne neutralise en rien l'action exercée par le muscle sterno-mastoïdien sur le fragment interne ; il considère au contraire comme beaucoup plus complets que le handage précédent ceux de M. Favre ou de M. Guillon, en ce sens qu'ils immobilisent le bras ; mais ils n'ont pas encore d'action sur le fragment interne. L'espèce de cuirasse adoptée par M. Velpeau, pour M. Valette, est loin de satisfaire également aux indications reconnues nécessaires par les auteurs ; elle n'en remplit que trois, à savoir : l'immobilisation du bras, l'abaissement du fragment sternal et l'élévation du fragment interne ; mais l'extension n'existe pas avec cet appareil, qui augmente au contraire le chevauchement, comme M. Valette dit s'en être assuré par des expériences sur le cadavre ; en outre, il est presque insupportable pour les malades.

Le bandage de M. Long paraît à M. Valette beaucoup plus satisfaisant ; il remplit quatre des indications réclamées par les chirurgiens : le transport du fragment externe en dehors par son coussin axillaire ; il est porté en haut par la bretelle et la gouttière du bandage ; le fragment sternal est abaissé et le bras immobilisé. Malgré ces conditions favorables, M. Valette préfère encore le handage de M. Delmas, qui remplit également toutes ces conditions et peut être porté sans trop grande gêne, et il termine sa revue critique des principaux handages par la classification suivante. Il range les bandages en trois catégories :

1° Ceux qui agissent seulement sur le fragment externe, Dupuytren, Ch. Bell, Récamier, M. Favre ;

2° Ceux qui n'agissent que sur le fragment interne et incomplétement sur l'externe, Desault, MM. Seutin, Mayor, Velpeau, Richter ;

3° Ceux qui agissent sur les deux fragments, MM. Long, Delmas et Cruveilhier.

La première idée du bandage que M. Valette propose en remplacement de ceux qu'il a successivement passés en revue, et desquels je vous ai donné son appréciation, lui a été suggérée en 1844 par un soldat d'origine turque, qui avait vu employer ce handage dans un des hôpitaux de Constantinople. Il consiste dans une épaisse compresse placée sous l'aisselle du côté fracturé ; elle y est maintenue par une bande dont les deux chefs passent, l'un sur les parties antérieures, l'autre sur les parties postérieures de l'épaule, et viennent s'entre-croiser et se fixer à l'aide d'une épingle sur une pelote formée de chiffons et reposant sur le tiers interne de la clavicule, les deux chefs continuant ensuite leur trajet, l'un au-devant, l'autre derrière la poitrine, pour venir se nouer dans l'aisselle du côté sain. Tel était le bandage que ce soldat avait vu appliquer et se fit appliquer lui-même par un camarade. Le bras malade, comme on le voit, n'était nullement immobilisé. En 1845, M. Valette ayant eu à traiter à Philippeville un homme atteint de fracture de clavicule du côté gauche, et dont le bras droit avait été amputé, pensa que le handage qui lui convenait le mieux afin de lui laisser la jouissance de son bras gauche, tout en maintenant autant que possible les fragments, était ce bandage turc qu'il avait déjà essayé un an avant : le résultat en fut assez heureux. Voici, en résumé, la description de l'appareil :

M. Valette dispose entre deux compresses de la longueur du bras une couche de charpie de trois centimètres d'épaisseur ; les quatre bords de ces deux compresses étant cousus ensemble, M. Valette obtient un coussin qu'il plie en deux, pour ne plus lui laisser qu'une longueur égale à la moitié de l'espace compris entre le coude et le creux axillaire. Dans le pli du coussin il place une bande à deux globes ; le plein d'une seconde bande, également à deux globes, étant appliqué sur la face externe de l'extrémité inférieure du bras du même côté, il entoure d'une circulaire cette extrémité. La fracture réduite, il place sur la face supérieure du fragment sternal une pelote de trois centimètres d'épaisseur. Reprenant alors les deux globes de la première bande, il les conduit sur la pelote, où il les entre-croise et fixe avec des épingles ; de là il les dirige sur une compresse placée dans l'aisselle du côté sain, et les attache ensemble. Ce huit de chiffre maintient le fragment interne. Les globes de la seconde bande sont déroulés, l'un devant, l'autre derrière la base du thorax, pour les entre-croiser sur le côté opposé et les ramener à leur point de départ, où ils sont alors noués ensemble. Cette bande doit fixer le bras au tronc et faire basculer le fragment externe sur son coussin axillaire. L'appareil est complété par une troisième bande qui a pour but de porter en haut le fragment externe, elle est également à deux globes ; le plein étant appliqué sur la face radiale de la partie la plus supérieure de l'avant-bras, chacun des globes est conduit, l'un derrière, l'autre devant la poitrine, et fixé par un nœud sur une compresse recouvrant l'épaule saine.

Ce bandage, simple dans son application, a donné à M. Valette de bons résultats ; il n'est point gênant et peut être resserré à volonté.

M. Valette passe ensuite à l'examen de la détermination du choix des appareils suivant la direction de la fracture, son siége, les rapports des fragments, les complications locales et générales. Je ne le suivrai pas dans cet examen, très bien fait, du reste, et d'un grand intérêt.

M. Valette termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Ont commis une erreur tous les auteurs qui ont écrit que dans les fractures intra-coracoïdiennes le fragment interne reste à peu près immobile, maintenu qu'il est en haut par le muscle sterno-mastoïdien, en bas par les muscles grand pectoral et sous-clavier et par le ligament costo-claviculaire. La vérité est que, dans la grande majorité des cas, il faut compter sur le déplacement du fragment interne sous l'influence du cléido-mastoïdien.

2° C'est à tort que les praticiens s'accordent à dire que la difformité que présente si souvent le cal après la fracture en question est toujours le résultat du déplacement du fragment externe pendant la durée du traitement. Il faut reconnaître que cette difformité peut être aussi la conséquence du déplacement du fragment interne, et que cela arrive dans presque tous les cas où l'on a employé un bandage qui abandonne ce dernier à l'action du cléido-mastoïdien.

3° Le chirurgien anglais Samuel Cooper était dans l'erreur quand il écrivait qu'une compression exercée sur le fragment interne est contraire aux règles de l'art.

4° En regard du principe posé par les chirurgiens du dix-huitième siècle d'élever le fragment externe à la hauteur de l'interne, il est bon de donner le précepte d'abaisser le fragment sternal au niveau du fragment scapulaire.

5° Les praticiens qui, dans les fractures intra-coracoïdiennes, croient pouvoir bannir le coussin axillaire de l'appareil qu'ils emploient ou qu'ils imaginent s'exposent presque toujours à voir chevaucher les fragments.

6° Mayor a posé un principe erroné lorsqu'il a écrit dans un *mémoire sur le traitement des fractures de la clavicule* que les indications à remplir pour ce genre de lésion se réduisent toutes à une seule : « la fixation du condyle interne de l'humérus sur un point donné du » thorax. » Cela n'est vrai que pour les fractures rétro-coracoïdiennes.

7° Dans les fractures intra-coracoïdiennes, le point donné du thorax sur lequel il convient d'immobiliser le condyle interne de l'humérus doit être placé sur la ligne que trace le bras quand il tombe naturellement le long de la poitrine pendant la station verticale. En portant le condyle en avant de cette ligne, comme le veut M. Velpeau, ou en arrière d'elle, comme le conseille M. Plessières, on produit un déplacement du fragment externe.

8° On doit retrancher des indications qu'entraîne le traitement des fractures de la clavicule le précepte de porter le fragment externe en arrière ; aussi l'emploi du huit postérieur des épaules est-il plus nuisible qu'utile.

9° Il ne faut pas adopter un seul et unique handage pour tous les cas de fracture de clavicule ; il faut faire un choix parmi les bandages connus, en tenant compte de la direction de la fracture, de son siége, du rapport des fragments, des complications locales, et enfin des conditions physiologiques ou morbides que présente le blessé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

LL. MM. l'Empereur et l'Impératrice ont visité avant-hier avec détails l'hôpital Sainte-Marguerite (faubourg Saint-Antoine), pour s'assurer s'il était en état de recevoir des malades.

Le résultat de cette visite a été très satisfaisant, et cet hôpital, qui répond à un besoin réel de la population, sera bientôt ouvert ; il est probable que dès le mois prochain des malades pourront y être admis.

— Quelques journaux ont annoncé que M. le docteur Scrive, ancien professeur à l'hôpital d'instruction militaire de Lille, est désigné comme médecin en chef de l'avant-garde qui doit prochainement partir pour l'Orient. Ils ont également parlé de M. Michel Lévy comme médecin en chef de l'armée expéditionnaire.

Nous avons des motifs de croire que la nouvelle de ces nominations n'est nullement fondée.

— M. le docteur Vimont, secrétaire général de la Société médicale du 12e arrondissement, nous prie d'annoncer que dans sa dernière séance cette Société a émis le vœu qu'à l'avenir l'ordre du jour de chacune de ses séances fût rendu public quelques jours à l'avance, et que cette conduite fût imitée par les autres sociétés d'arrondissement. Les membres de toutes les Sociétés d'arrondissement pourraient ainsi assister à telle ou telle séance d'une autre Société où devrait se discuter une question à laquelle chacun d'eux s'intéresserait.

L'ordre du jour de la prochaine séance de la Société du 12e arrondissement du jeudi 2 mars, à 7 heures 1/2 du soir, est le suivant :

1° Cas d'éclampsie après l'accouchement ;

2° De l'emploi du seigle ergoté dans les hémorrhagies utérines après l'accouchement.

La Société se réunit provisoirement le premier jeudi du mois, à 7 heures 1/2 du soir, à la mairie, place du Panthéon.

— Dans sa première séance du mois de mars 1855, la Société Havraise d'études diverses décernera une médaille d'or de la valeur de 300 fr. à l'auteur de la meilleure notice sur la vie et les travaux du naturaliste Lesueur.

Les ouvrages devront être envoyés au secrétariat de la Société avant le 1er janvier 1855. Ils ne seront pas signés, et porteront une épigraphe répétée sur un billet cacheté renfermant le nom de l'auteur.

Lesueur (Charles-Alexandre) est né au Havre le 1er janvier 1778. Dessinateur et peintre de talent, passionné pour l'histoire naturelle, il s'embarqua à l'âge de vingt-deux ans avec l'expédition de géographes qui se rendaient aux terres australes. Ami et compagnon de Péron, autre naturaliste infatigable, et de concert avec lui, il enrichit la science et les collections du Muséum d'une foule de productions jusqu'alors inconnues. Déjà, en 1806 son zèle fut récompensé par le gouvernement ; un décret de l'Empereur lui accorda une pension de quinze cents francs.

Après avoir coopéré à la rédaction du deuxième volume du *Voyage aux terres australes*, Lesueur s'expatria de nouveau, et alla demander aux régions encore peu connues de l'Amérique du Nord un aliment à son ardeur et à sa curiosité. Là, pendant un séjour de près de trente années, il se signala encore par de nombreuses et importantes découvertes. Il composa de riches collections ; il les compléta par d'admirables dessins. C'est en 1836 seulement qu'il revit sa patrie et sa ville natale.

Nommé membre de la Légion d'honneur et directeur du Musée d'histoire naturelle du Havre, il s'occupait à mettre en ordre les nombreux documents amassés dans ses voyages ; il étudiait avec ardeur la paléontologie du Havre et des environs lorsqu'une mort subite est venue l'enlever à la science, à sa famille et à ses amis.

Lesueur a laissé une famille au Havre. Son souvenir est vivant encore au Muséum d'histoire naturelle de Paris. Les renseignements sur a vie et ses travaux ne sauraient donc manquer à ses biographes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq ;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire de Botanique, par le docteur F. Hoefer. — Un volume grand in-18. Prix : 4 fr. — Chez Firmin Didot frères, rue Jacob, 56.

De la Cautérisation circulaire de la base des tumeurs hémorrhoïdales internes, compliquées de la procidence de la muqueuse du rectum, par le docteur Alphonse Amussat fils. — Brochure in-8°, avec figures. Prix : 1 fr. — Chez Germer Baillière.

Revue pharmaceutique de 1853, supplément à l'Officine pour 1854, Recueil annuel présentant le Résumé complet de ce que les journaux spéciaux ont publié d'intéressant pour les pharmaciens, les médecins et les vétérinaires, pendant l'année qui vient de s'écouler, en pharmacotechnie, chimie, physiologie, thérapeutique, histoire naturelle, toxicologie, hygiène, économie industrielle, économie domestique, etc., par Dorvault. — In-8°. Prix : 1 fr. 50 c. pour Paris, et 2 fr. franco par la poste. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Sourd

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 1er MARS 1854.

Séances des Académies.

Pourquoi l'Académie de médecine ne suivrait-elle pas l'exemple donné par la Société médicale du 12e arrondissement; pourquoi ne publierait-elle pas d'avance dans les journaux l'ordre du jour de ses séances?

Je crois qu'elle y gagnerait beaucoup. Ses membres seraient plus exacts et le public plus nombreux; certains de n'être pas mis au régime assez maigre du mardi gras, soit dit sans calembour, les journalistes eux-mêmes arriveraient avec plus d'entrain, les premiers-Paris mettraient moins le chapeau sur l'oreille, les feuilletons seraient moins prétentieux et plus spirituels. On saurait que tel orateur doit prendre la parole, et qu'après avoir subi quelque ennui le dédommagement viendrait bientôt. On saurait encore, et ce ne serait pas le moins intéressant, que l'on aurait la bonne fortune d'un discours de M. Dubois (d'Amiens).

Ce n'est certes pas que nous accusions l'Académie de faire ou d'entendre, comme le disait Dupuytren, des *calembredaines!* Mais que peuvent en conscience deux orateurs auxquels sont imposées une série de rapports sur des arcanes qui courent les rues, et une lecture rétrospective sur le choléra, dont une première édition a paru dans les journaux depuis plusieurs mois, et cela au moment où le choléra lui-même semble, espérons-le, déjà bien loin de nous?

M. Robinet fait avec un esprit et un tact parfaits les auto-da-fé de remèdes secrets; mais l'esprit et le tact ne suffisent pas pour intéresser à des niaiseries. Quant à M. Thomas, son mémoire s'est trouvé nécessairement être la répétition de sa correspondance, qui a si souvent commandé l'attention dans ces derniers temps, alors que le choléra lui-même intéressait encore. Ce mémoire n'a eu que le tort de venir un peu tard, ce que l'auteur a du reste parfaitement reconnu.

A l'Académie des sciences, une observation remarquable d'hypertrophie de la langue, guérie, au moins momentanément, par une opération fort simple, présentée par M. le professeur Sédillot, a fait les frais de la séance. On la trouvera rapportée au compte rendu.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Hernie crurale étranglée. — Section complète des deux tuniques internes de l'intestin par l'étranglement. — Opération. — Guérison.

Quoique les questions qui se rattachent au phénomène de l'étranglement des hernies soient loin d'être épuisées, il est une foule de points sur lesquels la science a réalisé des progrès incontestables; mais il est dans la nature de cette question de l'étranglement des particularités sur lesquelles l'expérience n'aura jamais trop multiplié ses enseignements.

De ce nombre est l'importante question des limites auxquelles doivent être portées les altérations anatomiques de l'anse intestinale étranglée pour contre-indiquer la réintégration de l'intestin dans la cavité péritonéale. C'est particulièrement ce point que la présente observation a pour objet d'élucider. Il est un signe répété par tous les auteurs comme contre-indiquant la réduction de l'intestin, c'est l'affaissement des tuniques intestinales. Il nous a été déjà donné plusieurs fois de reconnaître l'inexactitude de cette indication; et comme elle règle la conduite du chirurgien dans une des circonstances les plus graves de l'opération, on conçoit toute l'importance qu'il doit attacher à se faire sur cette question des idées parfaitement exactes.

Que disent les auteurs? Quand les parois de l'anse intestinale étranglée retombent sur elles-mêmes comme un linge mouillé, quand elles s'affaissent et quand elles sont comme ridées, il y a présomption suffisante de gangrène, et il est contre-indiqué de réduire en pareil cas. Nous avons acquis la preuve (et le cas particulier en est un exemple de plus) que cet affaissement, cette perte de ressort des tuniques intestinales dans l'anse étranglée n'est pas un empêchement au succès de la réduction. Il est très possible que cet affaissement, qui a été considéré comme étant lié nécessairement à la gangrène, dépende tout simplement de la section partielle des tuniques internes. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans l'observation qui va suivre la partie intestinale, dans toute l'étendue de l'anse étranglée, avait perdu cette tenue, cette consistance qu'on est accoutumé de trouver dans l'état d'un intestin qui n'est pas gangrené. Il y aurait donc, de cette manière, un affaissement par cause mécanique distinct de l'affaissement sphacélique. On pourra bien dire, il est vrai, que la guérison ne prouve pas qu'il n'y ait pas eu sphacèle des tuniques internes. La chose n'est pas impossible. Mais du moins l'observation prouverait-elle qu'en pareille circonstance la réduction de l'intestin partiellement sphacélé se concilie parfaitement bien avec le rétablissement des fonctions et l'absence de toute invasion péritonéale.

La nommée Tédié, âgée de quarante-huit ans, journalière, d'une bonne constitution, est couchée au n° 13 de la salle Sainte-Marthe. Elle est mariée et a eu quatre enfants.

Cette femme nous raconte que depuis quatre ans elle est affectée d'une hernie qui ne lui a jamais causé aucune incommodité. Comme la malade ne s'est jamais soumise à l'usage d'un brayer, cette hernie, qui était ordinairement du volume d'un œuf de pigeon, sortait fréquemment, mais rentrait très facilement à l'aide de la seule position. Les choses étaient dans cet état lorsque avant-hier, à la suite d'un repas assez indigeste (pommes de terre en grande quantité et pain presque chaud), elle se plaignit de violents maux d'estomac qui l'empêchèrent de dormir une grande partie de la nuit.

Le lendemain dans la matinée, elle porta sur ses épaules une forte charge de bois, et l'effort nécessité par cette circonstance détermina la sortie de la hernie.

Quelques instants après, sentant le besoin d'aller à la selle, elle se présenta à la garde-robe, et, à la suite de longs efforts causés par son état de constipation, elle s'aperçut que sa hernie ne pouvait rentrer. En même temps se firent sentir dans la région inguinale des coliques qui s'irradièrent bientôt dans tout l'abdomen. Comme ces symptômes ne faisaient que s'aggraver, la malade se rendit à l'hôpital.

Dans la soirée, l'interne de garde, après avoir constaté l'existence d'une hernie étranglée et employé toutes les manœuvres du taxis, fit mettre la malade dans un bain tiède, où de nouvelles tentatives de réduction demeurèrent inutiles. Une application de douze sangsues sur la tumeur ne produisit aucun résultat satisfaisant, et nul autre moyen ne fut tenté.

La nuit s'est passée sans sommeil. Les souffrances n'étaient pas très vives. Il y a eu une seule fois des vomissements bilieux.

Le 16 janvier, examinée à la visite du matin, cette malade nous présente les phénomènes suivants :

Décubitus dorsal, face un peu colorée, assez calme, nullement anxieuse. Le ventre est généralement souple et peu sensible à la pression. Dans la région inguino-crurale du côté droit existe une tumeur ovoïde, sans changement de couleur à la peau, du diamètre d'un gros œuf de poule et ayant son grand axe dans le sens transversal.

Cette tumeur paraît remonter un peu au-dessus du ligament de Fallope, quoique naissant au-dessous de lui. Elle est tendue, généralement dure, mate à la percussion, légèrement rénitente et se laisse un peu déprimer dans sa partie moyenne. Nulle part d'empâtement, de fluctuation manifeste, aucune sensation de gargouillement. La pression est assez douloureuse en ce point.

L'état général est d'ailleurs satisfaisant. La langue est un peu jaunâtre. Pas de nausées, pas de mouvement fébrile.

Le chirurgien, après un examen attentif, jugeant qu'il est dangereux de temporiser, pratique l'opération.

Opération. — La malade est soumise au chloroforme avec précaution et amenée à un état de tolérance anesthésique parfaite.

Le chirurgien fait à la peau un pli perpendiculaire au grand axe de la tumeur, en confie l'extrémité à un aide et enfonce à la base du pli la pointe d'un bistouri, dont le tranchant est tourné en haut; puis il achève l'excision dans le sens général de la tumeur et la prolonge jusqu'aux limites de celle-ci. Le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia superficialis sont incisés avec précaution et en dédolant.

Ce premier temps de l'opération ne donne issue qu'à une petite quantité de sang et permet d'arriver jusqu'au sac. Une artériole fournit un jet de sang filiforme, qui s'arrête de lui-même.

Le sac est bilobé, c'est-à-dire divisé par une petite bride en deux portions, dont la plus considérable répond au côté interne de la tumeur. Cette bride est divisée au moyen du bistouri conduit sur la sonde cannelée. Le sac, incisé avec précaution, donne issue à une bonne quantité de liquide citrin parfaitement limpide et transparent.

Incisé entièrement suivant le grand axe de la tumeur et complètement vidé, il laisse apercevoir une portion d'intestin du volume d'une petite noix et d'aspect marronné. En effet, cette tumeur est d'un rouge brun très foncé. Elle est tendue et se trouve étranglée du côté de l'abdomen par le collet du sac, collet sur lequel presse fortement le bord inférieur du ligament de Fallope.

Le chirurgien fait tenir par un aide la lèvre supérieure du sac, et à l'aide d'un bistouri boutonné il incise directement en haut le collet du sac et une partie du bord inférieur de l'arcade crurale. Il attire alors à lui une portion d'intestin grêle. On reconnaît qu'à l'endroit où l'anse intestinale étranglée se continue avec la portion d'intestin qui vient d'être amenée au dehors existent les altérations suivantes : on remarque au point de jonction du bout supérieur avec la partie étranglée une encoche assez profonde, tandis qu'au niveau de la rencontre du bout inférieur avec l'anse étranglée il y a une dépression circulaire fortement accusée, et qui est le siége d'une coloration très foncée. Les deux tuniques internes n'existent plus dans ce point, et celui-ci n'est soutenu que par la tunique péritonéale, qui a seule résisté.

On reconnaît le bout supérieur à sa coloration plus foncée. Il contient quelques matières.

Le chirurgien fait rentrer doucement toute la partie qu'il avait attirée au dehors, ainsi que l'anse étranglée, et se contente de panser simplement avec un linge cératé et de la charpie. Le tout est assujetti avec un spica.

L'opération a été très bien supportée. La tolérance anesthésique a persisté pendant toute la durée de l'opération. A la visite du soir, la malade est parfaitement calme. Elle a gardé une diète sévère. Pas de nausées, aucune douleur. — Potion calmante pour la nuit.

Le 17 janvier, nuit tranquille. Ce matin, quelques coliques. Du reste, pas d'accélération du pouls; langue blanche, mais molle et humide. Pas de maux de cœur. Ventre souple. — Solution de sirop de groseilles; diète; potion calmante pour le soir.

Le 18, nuit bonne. Pas de fièvre, pas de nausées; quelques coliques; le ventre est souple. La malade demande des aliments. — Deux bouillons; potion calmante pour le soir.

Le 19, pas de coliques, pas de fièvre. — 30 grammes d'huile de ricin, qui n'amènent pas de selles. Bouillons, potage.

Le 20, quelques douleurs de ventre. Le ventre n'est pas tendu, ni sensible. Un lavement qui avait été administré dans la soirée n'a pas été rendu. — Eau de Sedlitz, un verre toutes les deux heures. Dans le cas où il n'y aurait pas de selles, on administrera trois lavements purgatifs à quatre heures d'intervalle. Frictions sur l'abdomen avec l'huile d'amandes douces.

L'eau de Sedlitz a déterminé deux selles.

Le 21, quelques coliques; ventre souple.

Le 22, eau de Sedlitz. Deux selles.

Le 23, le pourtour de la plaie présente une légère coloration érythémateuse. La suppuration, assez abondante, est de bonne nature. Développement de bourgeons charnus. — Pansement par occlusion. Bouillons, potages.

Le 24, langue naturelle. — Une portion. Eau de Sedlitz, qui amène une garde-robe.

Le 25, souplesse du ventre.

Le 27, on enlève le pansement. La plaie est réunie dans le fond; à la superficie sont des bourgeons charnus de bonne nature. La suppuration est presque insignifiante. — Même régime; pansement par occlusion.

Le 28, le mieux va toujours en augmentant.

Le 18 février la malade est encore à l'hôpital, où on l'a retenue pour s'assurer du maintien de la guérison.

Arrêtons-nous quelques instants sur certains détails de cette observation. La section déjà complète des deux tuniques internes après un étranglement qui ne remontait pas à plus de vingt-quatre heures vient confirmer ce que l'observation a appris depuis longtemps touchant la rapidité avec laquelle marchent les lésions anatomiques dans la hernie crurale étranglée, surtout dans les cas où il s'agit d'une entérocèle pure et chez un sujet peu avancé en âge. Mais habituellement ces désordres se trouvent surtout à leur maximum d'intensité dans les cas où le sac herniaire renferme une petite quantité de liquide.

Ici, la sérosité contenue dans le sac était plus abondante que de coutume, et cependant un court espace de temps avait suffi pour amener des altérations qui ne se rencontrent que dans les étranglements les plus aigus. Ce fait prouve que les hernies crurales qui renferment du liquide doivent, aussi bien que celles qui n'en renferment pas ou très peu, être l'objet d'une vigilance très grande de la part du chirurgien. Il est probable que si l'opération avait été différée de quelques heures, l'intestin se fût trouvé dans des conditions qui n'auraient pas permis de le réduire.

L'étude attentive, chez les individus atteints de hernie étranglée, des diverses périodes de cet acte pathologique, conduit à penser

qu'il s'accomplit dans le phénomène de l'étranglement quelque circonstance locale propre à tempérer l'acuité des symptômes.

Cela a été noté depuis bien longtemps pour la gangrène, et il serait difficile d'ajouter quelques traits à la peinture qui a été faite de ce calme trompeur qui coïncide avec le sphacèle des parties étranglées ou qui lui succède. Mais ce calme paraîtrait dû aussi à la section circulaire des tuniques internes. Il est positif que quand, dans une entérocèle pure l'épaisseur de l'intestin n'est plus représentée que par le seul adossement de la séreuse à elle-même, quelque étroit que soit le collet du sac, la constriction exercée par les parties étranglantes doit être singulièrement amoindrie. Il serait très curieux de savoir par quel genre de travail pathologique s'accomplit la section des membranes internes, l'externe restant intacte. Est-ce par une sorte d'écrasement linéaire analogue à celui que les ligatures produisent sur les artères? Est-ce par un travail ulcératif très rapide? Voilà ce qu'il est très difficile de décider.

Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur la cause anatomique directe d'un étranglement crural, il est une circonstance bien digne de remarque, c'est la juxtaposition très étroite qui s'établit entre la partie la plus serrée du collet du sac et la portion tranchante de l'anneau crural. C'est un fait que nous considérons comme constant; car nous l'avons retrouvé dans tous les cas de hernie crurale. Nous n'avons jamais vu, par exemple, un collet de sac crural à l'état d'étranglement, qui pût jouer dans l'intérieur de l'anneau comme le ferait le petit doigt dans un anneau destiné à l'indicateur; nous avons toujours trouvé le collet du sac, quelque serré qu'il fût, quelque petit que fût le pédicule représenté par lui, étroitement appliqué contre le bord tranchant du ligament de Fallope ou du ligament de Gimbernat. Constamment aussi nous avons vu, dans ces cas, que le débridement sur le collet du sac était insuffisant pour permettre la réduction, jusqu'au moment où la section entamait le ligament de Fallope.

Cette circonstance a dû frapper tous les chirurgiens qui, en pratiquant le débridement de la hernie crurale, se sont bien rendu compte de ce qu'ils faisaient; elle nous a toujours inspiré des doutes sur la solidité des théories qui attribuent au fascia cribriformis le rôle principal dans l'étranglement de la hernie crurale. Ce n'est pas au niveau du ligament de Fallope, mais bien au-dessous et à une certaine distance que se trouve l'orifice du trou quelconque du fascia cribriformis qui produit l'étranglement. Or, comment se fait-il que cet anneau remonte pour se mettre en rapport et dans une subordination si directe avec le bord tranchant du ligament de Fallope? Il y a là une difficulté d'explication qui n'est pas moins grande assurément que celle qui a été proposée aux partisans de l'étranglement par les anneaux, quand on les a mis en demeure d'expliquer comment, avec la grandeur connue de l'anneau crural, cet anneau pouvait produire l'étranglement.

Relativement au caractère insidieux que revêtent parfois les symptômes de l'étranglement herniaire, il est à remarquer que tantôt leur bénignité n'apparaît qu'après une période suraiguë, et tantôt, au contraire, ils présentent d'emblée cette bénignité et la conservent à toutes les périodes de l'étranglement.

On a beaucoup parlé des dangers du chloroforme dans l'opération de la hernie étranglée; ces dangers tiennent surtout au mode vicieux de son application. On sait que le chloroforme peut placer l'économie dans trois états très différents: l'excitation, le collapsus, ou enfin la tolérance. Faire une opération aussi délicate que celle de la hernie étranglée chez un malade qui s'agite et se débat, c'est tout bonnement absurde; mieux vaudrait cent fois lui faire subir les douleurs inhérentes à l'opération. D'autre part, compromettre par un collapsus profond, et soutenu pendant la durée nécessaire pour la manœuvre complète d'une pareille opération la vitalité déjà chancelante d'un sujet atteint de hernie étranglée, c'est un acte de haute imprudence. Il faut donc, ici plus que partout ailleurs, se faire une loi d'obtenir l'état de tolérance. C'est dans ces conditions que fut opérée la malade dont l'observation a été rapportée.

Les praticiens ne sauraient trop se persuader de l'utilité de diriger l'emploi du chloroforme conformément à ce principe. Après avoir amené la période d'excitation avec beaucoup de ménagement, aussitôt qu'on voit commencer le collapsus on retire le chloroforme et on abandonne le malade à lui-même jusqu'au moment où s'établit le sommeil calme et régulier qui constitue la tolérance. C'est alors qu'on procède à l'opération.

Quand on voit les deux tuniques internes d'un intestin divisées, on ne peut comprendre, du moins théoriquement, comment la perméabilité de l'intestin ne vient pas à souffrir après la cicatrisation et comment le calibre du conduit peut se maintenir. L'expérience prouve que les craintes inspirées par la théorie ne se réalisent pas.

Quelle est la conduite à tenir pour la direction ultérieure du traitement dans le cas où pendant l'opération on a trouvé les tuniques intestinales aussi fortement altérées que cela avait lieu chez notre malade? Il n'est pas sans intérêt de discuter cette question. En principe, la première indication à poursuivre aussitôt que l'étranglement est levé, c'est le rétablissement du cours des matières, et nous ne manquons jamais en pareille circonstance de prescrire immédiatement après l'opération l'eau de Sedlitz jusqu'à dose évacuante, autrement dit un verre, toutes les demi-heures, dût-on continuer ainsi jusqu'à emploi de deux ou trois bouteilles. Mais eût-il été prudent, en voyant l'intestin réduit dans un trajet circulaire à la seule épaisseur du péritoine, de le soumettre à des contractions péristaltiques plus ou moins vives et soutenues? Nous ne le pensons pas. C'est là ce qui explique, d'une part, pourquoi nous avons mis un intervalle de plus de quarante-huit heures avant de donner aucun agent purgatif, et, d'autre part, pourquoi nous avons préféré à l'eau de Sedlitz l'huile de ricin, qui ne nous paraît pas de nature à stimuler aussi vivement les contractions intestinales que peut le faire l'eau de Sedlitz.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.—M. SÉDILLOT.

Résection du nerf dentaire inférieur par le procédé de M. Beau.

(Observation recueillie par M. BOECKEL, élève interne.)

Depuis la publication dans ce journal de la première observation de résection du nerf dentaire inférieur par le procédé de M. Beau, chirurgien de 1re classe de la marine (*voir* observation de M. Cochu, élève interne, numéro du 6 septembre 1853), M. le professeur Sédillot a eu l'occasion de pratiquer une deuxième fois la même opération avec un égal succès, malgré quelques modifications apportées au procédé primitif, en raison de certaines difficultés d'exécution qu'il ne sera pas sans intérêt de connaître.

Mme B..., d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, âgée de soixante-sept ans, a toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques. Elle éprouva pour la première fois, en 1846, des douleurs névralgiques dans la mâchoire inférieure droite. Elle les attribua à l'humidité de son habitation. Ces douleurs s'étendirent bientôt à toute la moitié latérale droite de la langue et furent d'abord irrégulièrement intermittentes; mais au bout de quelque temps elles devinrent continues, surtout pendant l'hiver.

C'est en vain que la médecine employa les remèdes les plus variés, tels que révulsifs cutanés, antirhumatismaux, narcotiques, etc. L'extraction de plusieurs dents cariées et la cautérisation transcurrente ne procurèrent aussi qu'un soulagement momentané.

Depuis trois ans la malade souffrait d'une manière continue, été comme hiver. Le moindre mouvement de la mâchoire, le contact d'un liquide ou de l'air froid, la cause la plus futile, provoquaient des accès de douleurs atroces. Enfin, la malade ne pouvait plus ni manger, ni parler; elle ne dormait que très peu, s'affaiblissait rapidement, avait des sueurs colliquatives et désirait vivement la fin d'une existence si misérable. La médecine ne pouvant plus rien pour cette malade, M. le docteur Bœckel, mon père, lui proposa la résection du nerf dentaire inférieur, et le 16 octobre 1853 cette opération fut pratiquée par M. le professeur Sédillot.

Un lambeau semi-lunaire à convexité sous-maxillaire fut taillé sur la partie latérale droite de la mâchoire depuis le niveau de l'incision jusqu'auprès du bord antérieur du masséter. Le trou et le nerf mentonnier furent découverts au-dessous et dans la direction de la deuxième petite dent molaire et une couronne de trépan à main appliquée à 15 millimètres plus en arrière. La virole osseuse fut détachée avec facilité, mais le sang qui s'écoulait et l'obscurité (l'atmosphère était chargée de brouillards) empêchèrent d'apercevoir le trajet du nerf au fond du canal dentaire. On eut en vain recours à des injections d'eau froide et à des lumières artificielles.

L'os maxillaire offrait une sorte de renflement à la face buccale, et malgré la profonde anesthésie où était plongée la malade, on voyait celle-ci manifester un léger tressaillement lorsque le crochet avec lequel on cherchait à saisir et à soulever le nerf était porté en dedans et en haut de ce renflement.

M. Sédillot se décida, en cette circonstance, à recourir au cautère actuel, après avoir déchiré le nerf au moyen de mouvements répétés avec l'extrémité du crochet. Une assez longue portion du cordon nerveux put être ainsi extraite par le trou mentonnier et séparée des parties molles environnantes dans lesquelles il rayonnait par plusieurs branches. Deux cautères formés de tiges d'acier cylindriques de quatre millimètres de diamètre furent portés dans la cavité du maxillaire et en atteignirent profondément les parois.

Une simple houlette de charpie fut placée sur la portion d'os trépané, et le lambeau, abandonné à son propre poids, recouvrit la plaie.

Les premiers jours qui suivirent l'opération furent douloureux; mais dès le quatrième, et à peine la suppuration eut-elle commencé, que les douleurs disparurent comme par enchantement et ne reparurent plus. Après l'élimination de quelques parcelles osseuses nécrosées, la plaie guérit rapidement.

Aujourd'hui, trois mois après la résection, on constate une petite cicatrice linéaire sur le bord du maxillaire, une insensibilité et une immobilité de la moitié droite de la lèvre inférieure, et un léger œdème de ces parties, œdème qui ne tardera pas à se dissiper dès que l'innervation se sera complétement rétablie. La malade a repris de l'embonpoint, et est de nouveau gaie et heureuse comme avant sa longue maladie.

Ce nouveau succès montre l'importance capitale de l'excision d'une assez grande longueur des nerfs affectés et les heureux résultats de l'ingénieux procédé de M. le docteur Beau. La fréquence et les horribles douleurs des névralgies du nerf dentaire inférieur permettent de considérer ce procédé comme une véritable conquête de l'art dont les progrès se traduisent en bienfaits pour l'humanité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 février 1854. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. Hocher, médecin cantonal à Obernai (Bas-Rhin), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Walff en décembre et janvier derniers.

Eaux minérales. — Le même ministre adresse une caisse contenant des échantillons d'une source minérale située à Saint-Gorre (Allier), en invitant l'Académie à procéder à l'analyse et à l'examen des propriétés de ces eaux.

— Le même ministre transmet un mémoire de M. Billiard, médecin à Corhigny (Nièvre), sur la cause de la maladie des pommes de terre et de la vigne, qu'il attribue à l'excès de l'ozone contenu dans l'air, tandis que l'absence ou la diminution de cet ozone produirait, suivant lui, le choléra chez l'homme et chez certains animaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Etablissements thermaux. — M. Artigala (de Tarbes) adresse une notice sur les établissements thermaux et sur les causes qui produisent l'énergie médicinale des eaux.

Epidémies de fièvres intermittentes. — M. Auberge, médecin principal à l'hôpital militaire de Bone, adresse le rapport qu'il vient de faire sur les épidémies de fièvres intermittentes qui ont régné à Bone en 1853.

Choléra. — M. Thomas A. Wise (d'Edimbourg) adresse un mémoire sur le choléra, sa nature et son traitement.

Traitement de la phthisie pulmonaire. — M. Poujol, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, annonce à l'Académie qu'il s'occupe depuis quelque temps avec succès du perfectionnement des traitements spécifiques appropriés à la curation des différentes espèces de phthisie pulmonaire admises par les auteurs, mais sans faire connaître les moyens qu'il emploie.

Candidature. — M. Tessier annonce qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. le président annonce à l'Académie la mort d'un de ses correspondants, M. Accari (de Valence).

— M. Dubois (d'Amiens), d'après le vœu exprimé par quelques membres, donne lecture du discours qu'il a prononcé mercredi dernier, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Nacquart.

Cette lecture est accueillie par des applaudissements.

— M. le président informe l'Académie qu'elle aura à procéder, dans la séance prochaine, à l'élection d'un président en remplacement de M. Nacquart.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Rohinet a la parole pour lire, au nom de la commission des remèdes secrets, huit ou neuf rapports sur des remèdes pour lesquels il est demandé application du bénéfice des décrets de l'an XI et de 1850.

Les conclusions négatives de la commission sont adoptées.

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination de deux membres destinés à remplacer dans la commission du prix Nadaud M. Nacquart, décédé, et M. Villermé, empêché par une longue absence.

Les deux membres élus sont MM. Mélier et Bouchardat.

LECTURE.

Choléra. — M. Thomas, correspondant de l'Académie, lit un nouveau mémoire, qui est un résumé des communications déjà faites par lui sur le choléra observé en 1832 et 1833 à la Nouvelle-Orléans et sur l'épidémie qu'il a observée dernièrement pendant ses voyages dans le nord de l'Europe.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 février 1854. — Présidence de M. COMBES.

Sur l'hypertrophie de la langue. — M. Sédillot communique un mémoire sur l'hypertrophie simple avec procidence de la langue.

L'hypertrophie simple avec procidence de la langue, dit l'auteur, est une affection rare que l'on trouve à peine mentionnée dans les ouvrages les plus récents de pathologie et de médecine opératoire. L'excision et la ligature ont été les moyens de traitement habituellement employés, et l'on connaît quelques beaux résultats de ces opérations. La question n'est cependant pas épuisée sous le rapport des causes, de la nature, des progrès et de la thérapie de l'affection elle-même et des lésions consécutives dont elle peut être suivie, et M. Sédillot a jugé l'observation suivante digne de l'intérêt de l'Académie.

Le nommé Kraut (Auguste), âgé de neuf ans, fut présenté à sa clinique le 16 novembre 1853 pour une hypertrophie très considérable de la langue, qui pendait continuellement hors de la bouche sans pouvoir y être ramenée, et menaçait l'enfant de suffocation.

D'après les renseignements transmis par les parents et le médecin habituel de la famille, la langue avait commencé à s'hypertrophier cinq années auparavant, à la suite de la section du filet pratiquée pour faciliter la prononciation.

Dès la première année, la langue ne pouvait déjà plus être replacée dans la bouche, et était le siége de douleurs très vives qui réagissaient sur la santé générale et forçaient parfois le petit malade à garder le lit. Pendant les quatre dernières années, toute souffrance disparut; mais l'hypertrophie fit des progrès continuels.

Malgré la gêne causée par une aussi grave infirmité, la constitution n'est pas notablement altérée, et l'on constate seulement un peu de pâleur et d'amaigrissement. La parole est embarrassée; l'haleine n'offre aucune mauvaise odeur. La longueur totale de la langue, de la pointe au voile du palais, offre 0,13 d'étendue, et la portion qui dépasse les lèvres a 0,05 de diamètre longitudinal, 0,053 de largeur et 0,027 d'épaisseur.

La face supérieure de l'organe est couverte en arrière de papilles fungiformes très développées, qui ressemblent à de véritables végétations.

Toutes les dents inférieures, depuis les grosses molaires, sont cachées et réunies par une épaisse couche de tartre, et forment une arcade parfaitement lisse et arrondie sur laquelle glisse la langue, sans excoriation ni douleur.

On a essayé des applications de sangsues et des cautérisations répétées; mais l'inutilité de ces tentatives et l'embarras croissant de la

déglutition et de la respiration, l'écoulement incessant de la salive, l'altération de plus en plus marquée de la voix et la difformité croissante ont décidé les parents à venir réclamer les ressources d'un traitement plus efficace.

M. le professeur Sédillot, ayant jugé nécessaire l'excision indiquée, la pratiqua de la manière suivante le 19 décembre 1853:

L'enfant assis sur une chaise, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide, l'opérateur saisit l'extrémité antérieure de la langue avec une pince de Museux, et confia à deux aides le soin de fixer et d'écarter les bords de l'organe avec des instruments de même nature. Il devint dès lors facile d'enlever en un instant une large portion triangulaire de l'organe par deux coups de ciseaux dirigés d'avant en arrière et de dehors en dedans. Deux grosses artères donnèrent un jet abondant de sang et furent immédiatement liées. Trois points de suture enchevillée réunirent les deux lambeaux, dont les extrémités furent en outre assujetties par deux points de suture ordinaire pour plus de régularité.

La portion de langue excisée avait 0,09 de longueur et comprenait toute la largeur de l'organe jusqu'au niveau de l'arcade dentaire. La dissection et le microscope n'y révélèrent que des tissus sains (muscles, vaisseaux, nerfs, papilles et muqueuses) considérablement hypertrophiés.

L'enfant eut dans la journée une hémorrhagie promptement arrêtée par des lotions d'eau de Pagliari.

Les jours suivants, la réunion s'accomplit sans accidents; mais on est surpris que la langue, dont plusieurs personnes avaient cru l'excision trop étendue, fasse encore saillie hors de la bouche et semble peu diminuée de volume. Cette circonstance paraît de peu d'importance à M. le professeur Sédillot, qui l'explique par un gonflement inflammatoire accidentel.

Le 24, sixième jour de l'opération, on enlève les sutures, dont les chevilles avaient légèrement excorié l'organe, et l'on constate une réunion heureusement achevée.

Le 1er décembre, l'enfant fait rentrer librement sa langue dans la bouche, quoique la tuméfaction persiste encore; mais il ne peut rapprocher les arcades dentaires. On constate par une mensuration précise que la présence de la langue entre les dents pendant le long intervalle de cinq années a déterminé l'incurvation permanente en bas du maxillaire inférieur. Cette incurvation part de la deuxième grosse molaire, seule dent dont le contact soit possible avec la mâchoire supérieure. A partir de ce point jusqu'à la ligne médiane, l'écartement des deux arcades dentaires va en augmentant et atteint 28 millimètres entre les deux incisives médianes.

M. le professeur Sédillot pense qu'on pourra remédier à cette déviation du maxillaire par une fronde de caoutchouc vulcanisé embrassant la moitié antérieure du menton et fixée vers le sommet de la tête.

L'enfant garde sa salive, avale et respire librement, parle beaucoup mieux et quitte l'hôpital le 19 décembre 1853, un mois après son opération.

Réflexions. — Il ne sera peut-être pas sans intérêt de signaler quelques-unes des considérations qui ressortent de cette curieuse observation :

1° Il serait difficile d'attribuer l'hypertrophie à la section du filet, et nous penchons à croire que l'affection était antérieure à l'opération, et qu'elle avait été la véritable cause de la gêne de prononciation dont les parents s'étaient inquiétés. L'hypertrophie resterait inexpliquée sans renseignement étiologique. C'est une lacune à combler qui appelle l'attention des observateurs.

2° L'épaisse couche de tartre enveloppant les dents de la mâchoire inférieure et venant préserver la langue de toute action mécanique irritante et ulcéreuse, est une disposition fort remarquable, et il faudrait, dans de pareils cas, ne pas s'opposer à cette espèce d'encroûtement calcaire qui non-seulement prévint les dilacérations de la langue, mais soutint les dents et les empêcha de s'incliner horizontalement et de s'ébranler, comme on le constate si fréquemment.

3° La déviation permanente du maxillaire inférieur, portée à 3 centimètres au moins d'écartement, si l'on tient compte du croisement normal des incisives, montre combien il importe de remédier de bonne heure à ces hypertrophies compliquées de procidence linguale, dont les inconvénients et les dangers ne sont pas complétement immédiats, puisque des déformations consécutives peuvent en résulter et compromettre pour longtemps l'intégrité si importante des formes et des fonctions de la bouche.

4° L'excision, dans les cas d'hypertrophie simple, est le procédé opératoire le plus favorable, et ne saurait, sous aucun rapport, être comparée à la ligature, qui entraîne de véritables dangers de suffocation par la tuméfaction quelquefois très considérable des parties étranglées, détermine une suppuration prolongée et offre beaucoup moins de chances d'une réunion régulière.

L'excision est prompte et peut être suivie d'une guérison complète en peu de jours. Nous recommandons notre procédé comme le plus sûr et le plus facile.

5° La réunion des deux lambeaux réclame la suture enchevillée, et nous conseillons de recourir à de petites plaques d'ivoire arrondies de 1 centimètre environ de hauteur sur 2 de longueur, percées de deux ouvertures pour le passage d'un double fil que l'on serre et fixe de chaque côté. C'est le meilleur moyen d'obtenir l'affrontement complet des lambeaux pendant un temps assez long pour la consolidation de la plaie. Les ligatures simples coupent trop rapidement les tissus et exposent à laisser une langue bifide, accident dont nous avons été témoins.

6° L'élévation de l'appareil hyoïdien par suite de la procidence linguale disparaît avec la cause qui l'a produite; mais il n'en est pas de même de la déviation permanente du segment antérieur de la mâchoire. L'art doit intervenir, et la fronde élastique, dont nous avons conseillé l'emploi, nous paraît le meilleur moyen de combattre efficacement cette gênante difformité chez les enfants dont l'accroissement n'est pas encore achevé.

Identité de la fièvre typhoïde et de la variole. — M. Bayard adresse une note sur ce sujet et sur l'utilité qu'il y aurait à renoncer à la vaccine pour revenir à l'inoculation. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Rayer.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 15 février 1854.

Le quatrième travail de M. Valette est relatif à deux observations intéressantes de résection de l'extrémité inférieure du péroné. Voici ce travail :

Note sur la valeur de la résection articulaire de la malléole externe dans les cas de carie de cette éminence osseuse. — Il n'existe probablement dans les fastes de la chirurgie que fort peu d'observations de résection articulaire de l'extrémité inférieure du péroné; car j'ai parcouru, sans pouvoir trouver l'indication d'un seul cas de ce genre, les tables des matières d'un grand nombre de publications périodiques. J'ai seulement rencontré dans la *Gazette médicale de Paris* (année 1837, page 38) la relation d'un cas de résection *non articulaire* de la malléole externe. Cette opération, pratiquée par M. le professeur Velpeau dans le but d'emporter la partie malade *sans pénétrer dans l'article*, ne peut entrer dans la catégorie des résections articulaires que j'ai en vue; aussi je ne la mentionne que pour mémoire et pour faire remarquer qu'en dépit d'une précaution qui avait pour objet d'épargner au malade les accidents qui suivent si fréquemment la lésion traumatique des synoviales, celui-ci succomba vingt-deux jours après la résection. Les deux cas suivants, que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital militaire de Metz, méritent, je pense, de fixer l'attention des praticiens, en ce qu'ils me semblent de nature à fournir des indications opératoires quand on hésite entre l'amputation de la jambe et la résection de la malléole externe frappée d'affection organique. Comme rien de précis n'est formulé sous ce rapport dans les auteurs classiques, on lira sans doute avec intérêt la relation de deux cas spéciaux qui peuvent fournir des principes de conduite en même temps qu'ils serviront à l'histoire des résections articulaires du membre abdominal.

Obs. I. — Le nommé Troesch, âgé de vingt-sept ans, fusilier au 64e régiment d'infanterie de ligne, entra le 19 février 1852 dans le service des blessés de l'hôpital militaire de Metz pour une tumeur phlegmoneuse siégeant au niveau de la malléole externe gauche. Bien que d'une constitution chétive et d'un tempérament lymphatique prononcé, ce soldat avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'à la suite d'une marche de douze étapes faite au commencement du mois de février 1852, il commença à éprouver un peu de gêne dans les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne gauche. A cette gêne, succéda bientôt une tuméfaction douloureuse, et Troesch se présenta à la visite de son chirurgien major, qui l'envoya à l'hôpital. Dix jours après l'entrée du malade dans cet établissement, la tuméfaction avait pris les caractères d'une collection purulente dont le sommet correspondait à la partie antérieure de la malléole externe. Cet abcès, ouvert à l'aide d'une lancette, se transforma en une plaie fistuleuse au fond de laquelle le stylet permit de reconnaître les signes de la carie. Troesch subit, jusqu'au 10 mai 1852, diverses médications qui furent sans effet sur la marche de la maladie. A cette époque, M. le médecin major Isnard, qui dirigeait le service des blessés, m'appela en consultation pour décider s'il y avait lieu de pratiquer l'amputation de la jambe ou seulement la résection de la malléole externe, dans le but de couper court à un mal qui semblait vouloir prendre des proportions alarmantes. A ce moment existaient deux trajets fistuleux aboutissant à la partie antérieure de la malléole externe; tous les deux conduisaient sur des parties profondément cariées de cette éminence osseuse. L'articulation péronéo-astragalienne offrait un gonflement anormal, et la peau était mince et livide autour de chaque orifice fistuleux. L'état général était aussi bon que possible au moment de la consultation; mais il y avait eu pendant le mois précédent et à diverses reprises une diarrhée inquiétante. L'amputation sus-malléolaire fut tout d'abord élaguée, comme laissant à sa suite un moignon moins capable de résister à la fatigue, et comme nécessitant l'usage de moyens prothétiques trop dispendieux pour le malade. Restait donc à choisir entre la résection de la malléole et l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Avant de prendre un parti, les consultants pesèrent avec soin la valeur des motifs donnés par les auteurs contre la pratique des résections articulaires, et trouvèrent, pour le cas particulier qu'ils avaient sous les yeux, une réfutation facile aux objections suivantes :

1° « La somme des douleurs occasionnées par une résection, a-t-on écrit, est infiniment supérieure à la somme des douleurs d'une amputation; aussi la première épuise-t-elle plus que la seconde, et dispose-t-elle davantage à des accidents nerveux. » L'emploi du chloroforme, très applicable à Troesch, dont les poumons étaient parfaitement sains, ôtait toute force à cette objection.

2° « La plaie qui résulte d'une résection a été plus irritée pendant l'opération que celle qui est produite par une amputation; aussi l'inflammation qui s'en empare est-elle beaucoup plus intense et bien plus susceptible de produire une réaction générale qui détermine quelquefois des accidents graves. » A ces considérations, il y avait lieu de répondre que la résection offrait ici, sur l'amputation, le double avantage d'une plaie moins vaste et d'une opération pratiquée dans un point plus éloigné du tronc.

3° « La plaie d'une résection ne se réunit presque jamais par première intention; aussi expose-t-elle plus longtemps le malade à l'infection purulente. » A cette observation, on pouvait répliquer que l'amputation dans la continuité expose à l'infection purulente en raison directe de l'étendue de la surface osseuse que la scie a mise à nu, et qu'il y avait tout bénéfice à choisir la résection du péroné pour ne produire que la plaie de l'os la moins large possible.

4° « On ne peut avoir d'avance une idée exacte des obstacles qu'on est exposé à rencontrer dans la manœuvre opératoire d'une résection. Il est très difficile d'éviter la lésion des nerfs et des artères, et de ménager les insertions tendineuses à l'intégrité desquelles sont liés les mouvements de la partie. » Cette objection s'applique beaucoup mieux aux résections pratiquées pour cause de lésion traumatique qui a réduit en fragments nombreux la partie à enlever, qu'à celles qui ont pour but de remédier à une lésion organique comme celle que nous offrait Troesch. En outre, la position sous-cutanée de l'extrémité inférieure du péroné et le peu de volume des vaisseaux, des nerfs et des muscles à l'extrémité inférieure de la jambe, enlevaient toute inquiétude sur les suites de la lésion des nerfs ou des vaisseaux, et sur la facilité de respecter les insertions tendineuses.

Indépendamment du peu de valeur que nous semblaient avoir, dans le cas particulier du fusilier Troesch, les objections adressées à la résection en général, diverses raisons militaient aussi en faveur de cette opération. Sa réussite, en assurant la conservation du membre, donnait un résultat des plus précieux à un homme dépourvu de moyens d'existence. Le peu d'étendue de la surface par laquelle la malléole externe concourt à l'articulation du cou-de-pied devait faire pronostiquer favorablement de sa résection. On était ici dans la loi admise par les auteurs que les résections articulaires portant sur un seul os conviennent surtout aux articles dans la constitution desquels entrent deux os longs. Enfin, le moment pour pratiquer cette opération était des plus convenables, puisque, d'un côté, le malade présentait un état général satisfaisant, et que, d'autre part, l'affection osseuse était circonscrite dans des limites encore restreintes, tandis que les parties molles étaient assez peu altérées pour qu'une incision elliptique pût débarrasser la plaie produite par l'opération des trajets fistuleux et des portions de derme trop amincies pour fournir les matériaux d'une cicatrisation rapide. Ajoutons qu'après avoir consulté l'intérêt du malade et l'avoir trouvé d'accord avec le parti de la résection, il était tentant, au point de vue de l'intérêt de l'art, d'essayer ici de la chirurgie conservatrice; car, ainsi que l'a dit M. Pétrequin, « chaque empiétement que feront les résections sur le domaine des amputations doit être considéré comme un progrès de l'art. »

La résection fut donc décidée. Je n'assistai pas à l'opération, parce que le jour même de la consultation je partais pour le département de l'Aisne, où j'étais envoyé en tournée de révision; mais j'ai su que le manuel opératoire avait été identique à celui qui sera décrit dans l'observation II.

Lors de mon retour à Metz, le 15 juillet 1852, je trouvai le fusilier Troesch dans un état général satisfaisant; tandis que l'état local, sans être alarmant, laissait beaucoup à désirer.

Dès le lendemain de l'opération, qui avait été pratiquée le 12 mai, M. Isnard avait eu la précaution d'abolir tout mouvement dans l'articulation tibio-tarsienne en appliquant un vaste bandage dextriné qui, après avoir entièrement recouvert le pied, venait entourer l'extrémité inférieure de la jambe par de nombreux jets en huit de chiffre. Une fenêtre pratiquée à ce bandage au niveau de la plaie faite par la résection permettait de suivre la marche des phénomènes locaux consécutifs à cette opération. A travers cette fenêtre, je constatai que la cicatrisation de la plaie n'était pas encore complète après deux mois de traitement, et qu'au niveau du bord externe du tendon d'Achille existaient deux trajets fistuleux fournissant une suppuration peu abondante, mais fétide et mal liée. Ni l'un, ni l'autre de ces trajets ne conduisait le stylet sur les os de la jambe. Deux semaines après, c'est-à-dire au commencement du mois d'août 1852, M. Isnard ayant reçu l'ordre de partir pour l'Afrique, je pris le service des blessés en attendant l'arrivée de son successeur, le médecin principal Scoutetten.

Mon premier soin fut d'enlever l'appareil dextriné, non pas dans le but de le supprimer définitivement, mais de le réappliquer d'une manière exacte, car il s'était relâché, et je regardais comme une indication majeure le maintien de l'immobilité parfaite de l'articulation tibio-tarsienne et du péroné, devenu vacillant par la perte de son point d'appui inférieur.

Le pied du malade, découvert pour la première fois depuis l'opération, s'offrit à nous avec une physionomie inattendue : la dernière phalange du gros orteil et les deux dernières phalanges des trois orteils suivants étaient fortement fléchies, de telle sorte qu'elles faisaient une saillie prononcée au-dessous du plan général de la face inférieure du pied. J'engageai le malade à redresser les orteils, mais il lui fut impossible d'exécuter ce mouvement. Ainsi il y avait paralysie des muscles extenseurs des phalangettes des quatre premiers orteils; et la plaie résultant de l'opération eût-elle été parfaitement guérie, le pied n'aurait pu servir à la marche, ni même à la station debout, par le fait d'une flexion des orteils qui ne permettait le contact du sol que par le talon et par l'extrémité antérieure des phalanges unguéales. Je ne pouvais expliquer cet état pathologique qu'en admettant que l'opération avait divisé le nerf interosseux qui anime le muscle pédieux par ses branches terminales, et que l'extenseur propre et l'extenseur commun, privés du secours de ce dernier muscle, n'étaient plus suffisants pour résister à la tonicité des fléchisseurs grands et courts.

Je ne vis que deux partis à prendre pour remédier à cet accident : ou bien pratiquer immédiatement l'amputation de la jambe, ou bien attendre que les trajets fistuleux fussent en voie de guérison pour pratiquer alors la section du nerf tibial, derrière la malléole interne, au moment où il se bifurque en ses deux branches terminales. En produisant ainsi la paralysie des courts fléchisseurs, il y avait quelques probabilités que j'obtiendrais un redressement des orteils suffisant pour permettre au pied de s'appliquer à plat sur le sol.

Comme rien ne pressait de recourir à l'amputation de la jambe, je pris le parti de la temporisation, et au mois de septembre je remettais le malade entre les mains de M. Scoutetten sans qu'il se fût manifesté aucun changement notable dans l'état général, non plus que dans l'état local.

Depuis cette époque jusqu'au mois de novembre de la présente année, divers voyages qui m'ont été imposés par les exigences du service militaire ne m'ont pas permis de poursuivre avec exactitude l'observation du fusilier Troesch. Je puis dire seulement que l'état de la jambe malade n'a fait qu'empirer, et que le 10 novembre dernier M. Scoutetten s'est vu dans la nécessité d'en faire l'amputation.

Au moment de l'opération, le membre offre l'aspect suivant : à sa face antérieure existent deux trajets fistuleux, dont l'un se perd dans les chairs, tandis que l'autre conduit le stylet sur le tibia, qui a une consistance moindre que dans l'état normal. Au côté interne du membre, on voit un trajet fistuleux conduisant sur le tibia dénudé de sa membrane fibreuse. Au côté externe on remarque, à la place de la malléole enlevée, une saillie ayant exactement la configuration de cette extrémité osseuse; de sorte qu'il est impossible, à la vue comme au toucher, de se douter qu'il y a eu ablation de l'extrémité inférieure du péroné. Sur cette saillie siègent deux ulcères. Plus en arrière, le long du bord externe du tendon d'Achille, se voient deux trajets fistu-

leux qui se perdent dans les parties molles. Ajoutons, pour terminer ce tableau, qu'il y a ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne, et que les orteils sont toujours dans la flexion forcée que j'ai signalée ci-dessus.

Après l'opération, l'autopsie du membre permet de constater les désordres suivants :

Tous les muscles sont lardacés et tendent à se confondre en une masse commune ; il est impossible de rechercher dans cette masse si réellement le nerf interosseux a été coupé pendant la résection, comme tend à le faire penser la flexion permanente des orteils. Les couches superficielles du péroné sont boursouflées et ramollies dans l'étendue de 8 centimètres au-dessus du point où la scie à chaînettes a divisé l'os. Au-dessous de ce point existe un tissu ostéo-fibreux de nouvelle formation qui continue le péroné jusqu'au côté externe de l'astragale avec lequel il s'articule, comme le faisait la malléole externe dont il est la représentation exacte. Entre l'extrémité supérieure de cette nouvelle malléole et l'extrémité libre du péroné, on trouve une fausse articulation offrant deux surfaces cartilagineuses lubrifiées par un liquide visqueux et maintenues en rapport par deux gros trousseaux de fibres verticales. La face postérieure de l'extrémité inférieure de la nouvelle malléole est en rapport avec les tendons des deux péroniers latéraux, comme il arrive dans l'état normal ; mais ces tendons ont contracté des adhérences intimes avec cette éminence, de telle sorte que, si la résection avait réussi, ils n'auraient plus agi sur le pied. Le tibia est hypertrophié dans toute l'étendue de sa moitié inférieure, qui est recouverte d'un périoste épais et injecté, d'où l'on exprime une foule de gouttelettes de sang quand on le râcle avec le dos du scalpel ; la pointe de cet instrument s'enfonce sans difficulté dans les couches superficielles de l'os. Entre la face externe du tibia et la malléole de nouvelle formation, le ligament interosseux de l'articulation péronéo-tibiale inférieure est remplacé par du tissu fibro-cartilagineux qui unit les deux parties d'une manière intime. Enfin, la surface articulaire de l'extrémité inférieure du tibia est solidement soudée à la face supérieure de l'astragale par une substance osseuse qui occupe toute l'étendue de la poulie.

Aujourd'hui, 17 décembre, le fusilier Troesch se trouve dans les meilleures conditions ; l'état général est excellent, le moignon est presque entièrement cicatrisé, et rien ne fait prévoir que de nouveaux accidents puissent venir entraver une guérison si prochaine.

Obs. II. — Le nommé Mutelet, âgé de vingt-cinq ans, infirmier militaire, entra au mois de mars 1852 dans le service des blessés de l'hôpital militaire de Metz. Il était atteint d'un gonflement douloureux de la malléole externe gauche, lequel s'était manifesté à la suite d'un choc violent sur cette éminence osseuse. Le malade, qui est robuste et d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait, dix-huit mois avant, subi l'amputation du second orteil gauche pour carie de la première phalange. Cet antécédent fit penser qu'une récidive de cette maladie menaçait le péroné, et Mutelet fut traité en conséquence de cette opinion. En dépit de la médication la mieux dirigée, l'affection continua sa marche, et bien que la maladie n'eût pas réagi sur l'état général, et qu'il n'y eût pas encore de trajet fistuleux permettant d'explorer la malléole avec le stylet, M. Isnard, convaincu qu'il y avait carie de cette extrémité osseuse, et que plus tôt elle serait enlevée plus grandes seraient les chances de guérison, M. Isnard, disons-nous, se décida à pratiquer une opération semblable à celle qu'avait subie deux mois auparavant le fusilier Troesch. Ici les conditions étaient meilleures, eu égard à la constitution beaucoup plus robuste de l'infirmier Mutelet, et à ce qu'on opérait à une époque où le mal n'avait pas encore eu le temps d'altérer les parties molles et de réagir sur les os voisins.

Le 16 juillet, la résection est pratiquée de la manière suivante : le membre étant couché sur le côté interne, la peau est incisée jusqu'à l'os, parallèlement au côté externe du péroné, dans l'étendue de 8 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole. Une seconde incision transversale, partant de l'extrémité inférieure de la première, vient se terminer au niveau du tendon du péronier antérieur. Le lambeau triangulaire est disséqué, puis le périoste hypertrophié est détaché de la malléole en avant, en dehors et en arrière, et l'on peut reconnaître l'altération du tissu osseux. Une aiguille de Deschamps est alors introduite d'avant en arrière dans la partie supérieure de l'incision, et poussée dans l'espace interosseux, puis hors de la plaie, pour faire saillir le chas, dans lequel on engage un fil ciré. Ce fil, traînant à sa suite une bandelette de linge cératé, est attiré avec elle dans l'espace interosseux. Sur la bandelette qui préserve les chairs, on glisse, au moyen de l'aiguille de Deschamps, une scie à chaînettes, à l'aide de laquelle on opère immédiatement la section du péroné. Un levier introduit sous l'extrémité supérieure du fragment inférieur du péroné sert à écarter ce fragment du tibia pendant que le chirurgien dégage la malléole externe des chairs et des tendons voisins. Ce dégagement s'opère avec difficulté, et je crois qu'on abrégerait utilement ce temps de l'opération si l'on se servait d'un bistouri offrant près de sa pointe une courbure sur le plat, pour détacher du péroné les chairs qui occupent la moitié interne de sa circonférence. On désarticule ensuite la malléole, et l'on examine l'état du tibia et de l'astragale, qui sont jugés être tout à fait sains. La plaie est enfin réunie à l'aide de trois points de suture, et un bandage dextriné maintient l'immobilité du pied.

Les premiers jours se passent sans accident.

Deux semaines après l'opération, M. Isnard étant envoyé en Algérie, je prends le service des blessés. Mutelet s'offre alors à moi avec un pouls fébrile ; il se plaint de souffrir beaucoup dans la partie opérée et de ne pouvoir se livrer au sommeil sans que la jambe malade devienne le siége de soubresauts qui le réveillent instantanément. La peau est tuméfiée et rouge au siége du mal. La plaie produite par l'opération est en grande partie cicatrisée, mais une suppuration abondante s'écoule par une ouverture qui s'est faite spontanément près du bord externe du tendon d'Achille. Je prescris une application de sangsues et une potion laudanisée à 12 gouttes, qui font cesser les soubresauts et déterminent un sommeil paisible.

Pendant les jours suivants le pouls restant fébrile, j'insiste sur les évacuations sanguines locales.

Le 15 août, j'ouvre une collection purulente qui s'était formée au niveau du bord postérieur de la malléole interne.

Au mois de septembre, je cède le service au médecin principal, M. Scoutetten, et je perds dès lors de vue l'infirmier Mutelet. J'ai su seulement que M. Scoutetten avait appliqué à deux reprises différentes des boutons de feu autour de l'articulation tibio-tarsienne, sans parvenir à entraver le travail de désorganisation, qui se traduisait par un état fébricitant, une suppuration abondante et des douleurs plus ou moins vives. Sur ces entrefaites, les tubercules ayant envahi les poumons, on ne peut songer à l'amputation de la jambe, et Mutelet meurt vers la fin de janvier 1853.

N'étant pas à Metz au moment du décès, je n'ai pu assister à l'autopsie; mais la macération des os de la jambe et du tarse m'a permis de constater plus tard les désordres suivants :

La carie s'est reproduite sur l'extrémité inférieure du péroné dans l'étendue de 6 centimètres. La surface articulaire de l'extrémité inférieure du tibia et de la malléole interne est entièrement corrodée par la carie. Enfin, la poulie de l'astragale a complétement disparu, et la carie n'a laissé intacte que la face inférieure de cet os.

Réflexions. — Ces deux observations sont intéressantes à plus d'un titre. Dans la première, il y a lieu de remarquer le danger qu'aucun auteur ne signale de la division du nerf interosseux pendant l'opération, et des inconvénients de cette section au point de vue des suites. L'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne est encore un des périls que fait courir la résection de la malléole externe. La formation d'une fausse articulation entre la nouvelle malléole et l'extrémité libre du péroné est une circonstance fâcheuse, puisqu'elle empêche de compter sur l'obstacle que pourrait opposer au renversement du pied en dehors cette nouvelle partie osseuse si elle formait avec le reste du péroné un tissu rigide, au lieu d'une colonne brisée. Mais cet inconvénient est en grande partie annihilé par l'adhérence qui existe entre les tendons des deux peroniers latéraux et la partie postérieure de la malléole de nouvelle formation. En effet, on sait que dans les fractures de l'extrémité inférieure du péroné l'action de ces deux muscles a pour effet de déterminer un renversement du pied en dehors. Cette déviation serait également à craindre après l'ablation de la malléole externe, si ces muscles ne perdaient toute faculté d'agir sur le pied, par suite des adhérences de leurs tendons avec la nouvelle malléole.

Ce qui frappe dans la deuxième observation, c'est le contraste de la mauvaise issue de la résection et de la bonté apparente des conditions générales et locales du malade au moment où il a été opéré. L'inflammation qui a succédé à la résection a évidemment activé le développement et la marche de la carie dans le tibia et dans l'astragale, d'où l'on peut conclure que l'opération a abrégé les jours de Mutelet.

On peut donc inférer de ces deux observations que la résection de la malléole externe pour cause de carie de cette éminence fait courir au malade, outre les périls communs à toutes les opérations, le triple danger d'une fluxion permanente des orteils, de l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, du développement de la carie dans le tibia et dans les os du tarse. Il en faut conclure que l'amputation de la jambe pratiquée tout d'abord est probablement préférable à l'opération que préconise la chirurgie conservatrice.

Sans doute il est dur d'enlever la moitié du membre inférieur pour une affection localisée sur un point aussi restreint et aussi éloigné du tronc que l'est la malléole externe; mais ne vaut-il pas mieux prendre ce parti énergique, qui permettra au malade de marcher sans grande gêne avec une jambe de bois, que de lui laisser consécutivement à la résection un membre avec lequel la progression sera ou impossible ou très pénible ? De plus, l'amputation de la jambe, malgré les risques de mort qu'elle entraîne, n'est-elle pas préférable à une opération qui agit si près des limites du mal qu'il y a mille chances de voir celui-ci récidiver dans les parties voisines ?

Les deux observations ci-dessus relatées répondent à ces deux questions.

On a vu dans l'observation Ire qu'il a fallu en venir à l'amputation de la jambe après avoir exposé le malade à tous les périls qu'entraîne à sa suite la résection.

Quant au sujet de l'observation II, il est permis de croire qu'on aurait pu le sauver par une amputation de la jambe pratiquée à l'époque où la résection a été faite, ou mieux un peu plus tard, car il est peu probable que la carie eût récidivé sur l'extrémité supérieure des os de la jambe, et une cicatrisation rapide, en permettant une prompte sortie de l'hôpital, n'aurait probablement pas permis le développement de la tuberculisation pulmonaire qui a causé la mort du malade.

Je termine donc en proposant de proscrire la résection de la malléole externe dans les cas de carie de cette extrémité osseuse et de se résoudre à l'amputation de la jambe au lieu d'élection dès que les progrès de la maladie paraissent ne plus pouvoir être conjurés par les médications actuellement usitées. J'ajoute qu'il me semble rationnel d'admettre que cette règle s'applique aussi dans toute sa rigueur à la carie de la malléole interne.

Tels sont, messieurs, les deux observations que vous a communiquées M. Valette ; ce chirurgien n'a point eu occasion de trouver dans la science de faits relatifs à cette question; le seul dont il ait eu connaissance est celui de M. Velpeau, publié dans la *Gazette médicale;* le malade est mort le vingt-deuxième jour après l'opération, et encore dans ce fait c'est bien pour une carie que la malléole a été réséquée, mais incomplétement (les couches superficielles seulement), car l'articulation n'a point été ouverte. Votre rapporteur a dû rechercher s'il existait plusieurs faits de résection de l'extrémité inférieure du péroné pour des caries de cet os; j'ai dû mettre de côté tout ce qui était relatif aux résections suite de luxations compliquées de fracture, ainsi que les faits relatifs à la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, ou bien la résection presque totale du péroné, moins son extrémité malléolaire, comme l'a pratiquée M. Seutin, le travail de M. Valette n'en faisant pas mention. Je n'ai pas tardé à avoir la certitude que cette opération avait été faite plusieurs fois, même avec succès; mais malheureusement la plupart de ses observations ne sont point publiées, et je n'ai pu par conséquent les consulter. Deux de nos collègues auraient eu l'occasion l'un de pratiquer cette opération, c'est M. Lenoir; l'autre, M. Broca, d'en observer un résultat. La malade de M. Broca a été opérée par Blandin en 1847.

Voici le résumé de l'observation que m'a communiquée M. Broca :

C'est une jeune fille de vingt ans, dont l'enfance avait été assez maladive ; elle portait au cou la cicatrice de plusieurs abcès ganglionnaires. En 1846, la malléole externe du pied gauche devint douloureuse, se tuméfia à la suite d'un choc léger sur cette région ; la tuméfaction de la jambe fit des progrès successifs; un trajet fistuleux donnant issue à du pus se manifesta; la carie du péroné étant reconnue, Blandin fit la résection de la partie osseuse malade ; trois mois environ après, la guérison était parfaite.

La malade, revue un an après par M. Broca, marchait très bien; il existait une ankylose tibio-tarsienne.

Theden, *Progrès de la chirurgie française*, cite l'observation d'un homme sur lequel, à l'aide du trépan, il a réséqué l'extrémité inférieure du péronier pour une carie de cet os à la suite d'un coup de feu. Le malade, en voie de guérison, sortit de l'hôpital, et il mourut quelque temps après sans que Theden ait pu constater l'état des parties.

Mulder, en 1810, a réséqué 15 centimètres de l'extrémité inférieure d'un péroné affecté de carie.

En 1813, Champion fit une opération analogue sur un malade qui a pu souvent faire trois lieues à pied pour se soumettre à l'examen de M. Roux.

Dans les *Archives de médecine*, décembre 1853, p. 724, nous trouvons que Geist a fait pour une carie de la malléole externe la résection de l'extrémité inférieure du péroné. Le malade a guéri avec ankylose de l'articulation tibio-tarsienne.

Mais les recueils scientifiques ne contiennent qu'un très petit nombre de faits analogues, ce qui justifie comment M. Valette, sans croire avoir observé la première résection complète de la malléole externe, n'a pu néanmoins en trouver dans les ouvrages qu'il a pu consulter.

Les deux observations que vous a fait connaître M. Valette, quoique étant loin d'être uniques dans la science, puisque j'ai pu vous en signaler un assez bon nombre, n'en sont pas moins très intéressantes. Elles nous montrent, survenant à la suite des résections de l'extrémité inférieure du péroné, des faits incomplétement étudiés et d'autres qui ne me paraissent pas avoir encore été signalés. C'est ainsi que nous voyons la malléole externe, sur le premier malade de M. Valette, se reproduire, et même pour faciliter cette reproduction M. Isnard, en réséquant cette extrémité osseuse, avait eu soin de détacher de l'os le périoste, qui dans ce point est assez épais, et de rejeter ainsi en dehors de la plaie les tendons péroniers dans leur gaîne. On comprend jusqu'à un certain point qu'il pourrait alors arriver que les mouvements du pied soient conservés ; mais ils se trouvent malheureusement souvent fort compromis par suite de l'ankylose tibio-tarsienne. La reproduction, incomplète il est vrai, de la portion malléolaire enlevée a été également observée dans le fait de M. Geist. Blandin, dans un cas de résection de l'extrémité inférieure du cubitus, a vu également l'extrémité osseuse enlevée se reproduire. Mais le fait le plus important qui se rencontre dans ces deux observations et que j'ai vainement cherché dans les auteurs, c'est la flexion des doigts. M. Valette se l'explique par le nerf interosseux qui a pu être compromis dans l'opération. C'est donc un point important de cette résection contre lequel l'opérateur devra porter son attention, afin d'éviter si c'est possible cette lésion nerveuse.

Pour remédier à cette flexion permanente des doigts qui devait gêner considérablement la marche du malade, M. Valette s'était proposé, après la cicatrisation complète des plaies, de pratiquer la section du nerf tibial postérieur derrière la malléole, et d'annihiler ainsi l'action des muscles fléchisseurs ; mais il me paraît qu'avec un peu d'attention le nerf interosseux peut être ménagé. M. Valette, considérant donc que la résection malléolaire externe peut être souvent accompagnée de flexion des orteils, d'ankylose et de lésions phlegmasiques articulaires qui compliquent souvent cette opération, croit devoir combattre dans ce cas la chirurgie conservatrice et préférer l'amputation à la résection. C'est un point du travail, messieurs, que votre rapporteur ne partage pas, mais qu'il laisse sans réponse ; il l'entraînerait dans trop de détails : à lui seul il ferait le sujet d'un mémoire important.

M. Valette est un travailleur sérieux, il vous en a donné la preuve par les travaux qu'il vous a successivement adressés ; il est lauréat du Val-de-Grâce. Sortant à peine des bancs de l'École, il a concouru pour une chaire dans un des hôpitaux militaires d'instruction, et il l'a obtenue en 1846. Pendant quatre années il a professé à Metz l'anatomie pendant l'hiver, la physiologie pendant l'été.

Votre commission a donc l'honneur de vous proposer :

1° De déposer dans la bibliothèque de la Société le travail imprimé et relatif à la ligature de l'artère occipitale;

2° De renvoyer aux archives les travaux qui sont l'objet de la seconde et de la troisième communication de M. Valette, et seront publiés en extrait dans le rapport;

3° De publier dans nos bulletins les deux observations de résection de l'extrémité inférieure du péroné ;

4° De nommer M. Valette membre correspondant de la Société de chirurgie.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les premières épreuves du concours pour trois places de médecins du Bureau central sont terminées. Ont été admis à prendre part aux épreuves définitives les dix candidats dont les noms suivent :

MM. Bernard (Ch.), Boucher de la Ville-Jossy, Cahen, Guibout, Lallier, Lasègue, Leudet, Matice, Racle, Richard.

— Nous annonçons avec plaisir que la santé de M. Michon est rétablie, et qu'il a pu reprendre son service à l'hôpital de la Pitié.

— La commission administrative des hospices civils de Toulouse donne avis de la vacance de la place de chef-interne, par suite de l'expiration du terme fixé par le règlement.

MM. les docteurs en médecine ou en chirurgie remplissant les conditions exigées, qui désireraient être candidats à cette vacance, sont invités à vouloir bien faire connaître leurs intentions au secrétariat général à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Le Sécr.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour les autres pays d'Europe, la port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 3 MARS 1854.

Nous venons d'accomplir pour la première fois l'honorable devoir que nous a imposé la volonté du donateur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Nous lui avons soumis un rapport détaillé sur les travaux originaux communiqués au journal depuis le 15 octobre 1853 jusqu'au 15 février 1854, en tenant compte avant tout, suivant ses intentions, de l'utilité pratique et scientifique de ces communications.

Nous n'avons qu'à nous féliciter de la satisfaction qu'a bien voulu nous témoigner ce juge éclairé et de l'approbation qu'il a donnée aux conclusions qui lui ont été présentées.

Un grand nombre de travaux pouvaient aspirer à l'honneur d'avoir part au fonds d'encouragement; mais obligé de faire un choix parmi les nombreux collaborateurs qui nous ont adressé leurs communications pendant cette période de quatre mois, ce choix s'est arrêté sur :

MM. ANCELON, médecin de l'hôpital de Dieuze;
BOUCHUT, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite;
BROCHIN, médecin des dispensaires;
CHAMPOUILLON, professeur au Val-de-Grâce;
CLIN, interne des hôpitaux;
GROS, médecin de l'hôpital Sainte-Catherine, à Moscou;
LEPETIT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers;
MARCÉ, interne des hôpitaux;
MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Trouvés;
SÉDILLOT, professeur à la Faculté de Strasbourg;
SOULÉ, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Des médailles d'or ou d'argent d'un beau module, portant sur une face la tête d'Esculape, et au revers GAZETTE DES HÔPITAUX et le nom du destinataire, sont entre les mains du graveur de la Monnaie. Un avis ultérieur indiquera le jour où nous pourrons les faire remettre aux destinataires.

La prochaine répartition aura lieu à la fin de juin prochain.

MM. les docteurs et les étudiants en médecine qui désirent prendre du service sur la flotte en qualité de chirurgiens auxiliaires sont invités à se présenter à l'inspection générale du service de santé de la marine, au ministère de la marine, de midi à quatre heures.

On lit dans le *Moniteur :*

Nous avons annoncé que, sous l'inspiration de S. M. l'Impératrice, un projet avait été mis à l'étude, par ordre de M. le préfet de la Seine, pour la construction, dans le faubourg Saint-Antoine, d'un hôpital destiné aux enfants malades des familles pauvres habitant les quartiers de la rive droite de la Seine. Mais l'exécution d'un tel projet ne saurait être aussi prompte qu'elle est désirable.

Sa Majesté a pensé que les souffrances ne pouvaient pas attendre. Elle a exprimé le désir qu'un certain nombre de lits d'enfants fussent établis à l'hôpital Sainte-Marguerite, situé aussi dans le faubourg Saint-Antoine. Pour répondre complétement à cette généreuse pensée, M. le préfet de la Seine a décidé que l'hôpital tout entier serait approprié à cette destination spéciale. Les 355 lits d'adultes qui existaient à Sainte-Marguerite trouvent leur place, au moyen de dispositions nouvelles, dans les autres établissements hospitaliers.

Les travaux d'appropriation qu'il a fallu faire touchent à leur fin, et dans peu de jours le nouvel hôpital d'enfants sera ouvert à 425 jeunes malades appartenant à des familles nécessiteuses. Il sera mis sous le patronage de l'Impératrice, dont l'ingénieuse et touchante sollicitude va adoucir, par cette mesure, les douleurs de tant de mères éplorées.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

Nous avons parlé dans notre numéro de mardi dernier d'un cas de choléra mortel qui a eu lieu dans le service de M. Rayer, à la Charité. On nous avait parlé aussi d'un second cas qui avait eu lieu dans le même hôpital, service de M. Piorry. Faute de renseignements précis sur ce second fait, nous n'en avons rien dit. Voici depuis lors ce que nous avons vu et appris sur les lieux.

Une jeune femme de vingt et un ans, entrée dans les salles de M. Piorry pour des ulcérations syphilitiques à la gorge et un abcès à la région latérale du cou, a été prise, en effet, il y a huit jours, de tous les symptômes d'un choléra grave : refroidissement, cyanose, disparition presque complète du pouls, affaiblissement de la voix, yeux excavés, vomissements abondants verdâtres, diarrhée, etc. Cette malade est entrée assez promptement en réaction; mais cette réaction nous paraît encore loin d'assurer la guérison. Voici dans quel état nous l'avons trouvée ce matin :

Cette jeune femme, couchée sur le côté, les cheveux en désordre, à moitié découverte, la tête penchée au-dessus du vase placé sur la table de nuit, paraît en proie à un abattement profond dont elle ne sort de temps à autre que pour entrer dans un état d'agitation qui explique le désordre de sa tenue. Sa physionomie exprime une grande anxiété. Sa face est animée, injectée, d'une rougeur un peu cuivrée; le pourtour des orbites est légèrement brunâtre; les yeux mi-clos laissent apercevoir une légère injection de la conjonctive du côté de l'angle interne. La peau est modérément chaude; le pouls est assez développé, mais un peu lent. La malade est dans un état de demi-stupeur, et ne répond que difficilement, lentement et d'une voix faible aux questions qu'on lui adresse. Interrogée si elle souffrait et d'où elle souffrait, elle nous a répondu, d'un air profondément découragé, qu'elle était très malade, qu'elle souffrait de partout; elle paraît avoir encore de temps en temps des nausées extrêmement pénibles et fatigantes. En un mot, cette femme nous a présenté cet état de réaction typhique que nous avons eu si fréquemment l'occasion d'observer dans la dernière épidémie, et qui se terminait très fréquemment par la mort. Aussi sommes-nous loin de porter un pronostic favorable; nous ne serions nullement surpris d'apprendre que cette femme ait succombé.

Dans une salle voisine (service de M. Briquet), se trouve une femme dont le facies cholérique-type nous a vivement frappé. C'est une femme de 35 à 36 ans. Elle est à la Charité depuis le 16 février pour une affection chronique sans gravité (cette femme est chloro-anémique). Il y a quatre jours, elle fut prise d'une diarrhée abondante qui a frappé le chef de service et les élèves par son aspect blanchâtre, semblable aux selles cholériques. On a administré à cette malade du sous-nitrate de bismuth. Sous l'influence de cette médication, la diarrhée était arrêtée depuis la veille, lorsque dans le courant de la nuit (la nuit du 2 au 3 mars) elle a été prise tout à coup du retour des selles, de vomissements répétés avec crampes très douloureuses, anxiété extrême et refroidissement. Ce matin, au moment où nous l'avons vue, elle était froide, cyanosée, les yeux enfoncés dans les orbites, le pourtour noir; le pouls presque imperceptible. On sentait à peine quelques vibrations profondes sur le trajet de l'artère radiale. Les selles présentaient cet aspect si caractéristique de décoction de riz que l'on n'a presque pas observé dans l'épidémie dernière. Bref, l'état de cette malade est tellement grave, que nous n'hésitons pas à la considérer comme perdue.

C'est le troisième cas de choléra développé spontanément dans les salles de la Charité depuis la semaine dernière.

On nous a appris ce matin que deux autres cas avaient été constatés, l'un à l'Hôtel-Dieu, l'autre à l'hôpital Saint-Louis. Mais nous ne pouvons donner aucun détail sur ces deux cas, dont nous ne connaissons pas l'issue. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce que nous pourrons voir à cet égard.

Une femme peut-elle accoucher sans le savoir ? Question résolue affirmativement par deux faits.

Les observations intéressantes publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* du 21 février 1854 par M. le docteur Mattei (de Bastia) nous engagent à mettre au jour les renseignements récents recueillis sur le même sujet dans la clinique de M. Paul Dubois.

Une femme peut-elle accoucher sans le savoir ? Oui; mais alors, dans la majorité des cas, elle est dans un état pathologique qui l'empêche d'avoir conscience de ce qui se passe en elle.

Cependant une femme qui n'est pas dans un état pathologique peut-elle accoucher sans le savoir ? Cette première question comprend les deux séries suivantes :

1° Une femme ayant la conscience du travail, l'accouchement peut-il se faire dans un moment où elle ne s'y attend pas ?

2° La femme sachant qu'elle est en travail peut-elle accoucher sans en avoir conscience pendant son sommeil ?

Une femme étant dans un état pathologique peut accoucher sans le savoir, c'est incontestable. Nous avons vu à la Clinique une femme qui avait eu des attaques convulsives et n'avait pas la conscience des sensations extérieures, étant tombée dans l'état de stupeur habituel qui succède à des accès convulsifs. Il est même possible que la femme ne se souvienne pas qu'elle ait été enceinte. On a dit que s'il arrivait qu'une femme eût une syncope prolon-

---

FEUILLETON.

UN ÉPISODE DE LA VIE DE DESAULT.

Après la triste catastrophe du 21 janvier, Monsieur, depuis Louis XVIII, qui était alors en Westphalie, dans la ville de Ham, sous le titre de régent, déclara son neveu Louis XVII roi de France. Le jeune prince resta encore quelque temps avec le reste de sa malheureuse famille; mais lors des événements du 2 juin, Saint-Just ayant fait un rapport à la Convention, où il avança qu'il existait un plan de conspiration tramé par les Girondins dans le but de proclamer Louis XVII roi de France et Marie-Antoinette régente, il fut séparé de sa mère, qu'il ne devait plus revoir, et remis entre les mains du cordonnier Simon, officier de la commune. Nous ne répéterons point les indignes traitements que lui fit subir ce séide de quelques hommes atroces; personne n'ignore que leur influence sur les organes encore si tendres du jeune prince changea en habitudes grossières les dispositions si heureuses qu'il avait montrées jusqu'alors, et finit par le réduire à un état complet de marasme.

Tout le monde connaît l'affreuse déposition qu'on lui arracha contre la reine, et la réponse sublime qu'elle inspira à cette princesse infortunée; réponse dont toutes les mères ont conservé le souvenir.

Après la chute de Robespierre, il y avait lieu d'espérer que l'esprit de modération qui s'empara tout à coup des auteurs de la journée du 9 thermidor serait favorable au malheureux prince, dont la santé s'affaiblissait tous les jours; mais ce n'était qu'un faible enfant dont on redoutait peu alors l'influence, et il demeura oublié. Ce ne fut qu'au mois de février 1794 que la commune de Paris avertit le comité de sûreté générale du danger qui menaçait ses jours.

On ne tint aucun compte, au comité, de cet avertissement, que Gomin et Lasne, gardiens du Temple, renouvelèrent au bout de quelques jours en termes plus pressants, inscrits sur le registre de la prison : « *Le petit Capet est dangereusement malade.* » Aucune voix du dehors ne répondit encore. « Il faut frapper plus fort, » se dirent les gardiens, et au *dangereusement malade*, ils ajoutèrent : « *Il y a crainte pour ses jours !* »

Enfin, le 17 floréal an III (mercredi 6 mai 1795) ils reçurent communication d'une décision qui appelait Desault à donner les soins de son art au malade. Desault arriva bientôt. Après avoir transcrit sa nomination sur le registre, il fut introduit près du prince. Il examina longuement et avec beaucoup d'attention le malheureux enfant, le questionna sans pouvoir en obtenir de réponses, n'exprima aucune opinion sur son état devant les commissaires, et se borna à prescrire une décoction de houblon à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure, depuis six heures du matin jusqu'à huit heures du soir.

Desault ne garda pas le même silence hors de la tour du Temple; il ne craignit pas de dire qu'on avait trop tardé à l'envoyer auprès du malade. Il le jugeait atteint du germe de cette affection scrofuleuse dont son frère était mort à Meudon. Mais cette maladie avait à peine empreint son sceau sur sa constitution; elle ne s'y manifestait avec aucun symptôme violent : ni rebelle ophthalmie, ni vastes ulcères, ni gonflements chroniques articulaires. Le vrai mal dont se mourait cet enfant, vieux avant le temps, et dont la taille était voûtée, la peau terreuse et la marche chancelante, c'était le marasme parvenu à un point qui ne laissait guère l'espoir de le sauver. Desault osa proposer à l'autorité de le faire transporter immédiatement à la campagne; il espérait que le bon air, un traitement assidu, des soins constants pourraient parvenir à lui rendre un peu de vie. Les comités, comme on le pense bien, ne firent aucune attention à ces propositions.

Le lendemain, à neuf heures, Desault revint. De nouveau il examina attentivement le malade, ne changea rien aux prescriptions de la veille; seulement il ordonna de plus des frictions avec un liniment ammoniacal sur les tumeurs. A l'instant où il se retirait, Gomin lui demanda s'il ne faudrait pas essayer de promener l'enfant dans le jardin. « Et » comment ? dit Desault; chaque mouvement lui cause une douleur. » Certainement il a besoin d'air; mais c'est l'air de la campagne qu'il » lui faut. » Les frictions ordonnées furent faites par Lasne. Louis-Charles n'y mettait pas obstacle; et d'ailleurs il n'eût point eu la force de s'y opposer. Mais il fut moins facile de lui faire accepter la décoction prescrite la veille, et dont il n'avait pas voulu encore goûter. Soit dégoût de la vie, soit crainte de poison, il demeurait sourd à toutes les supplications de ses gardiens. Le premier jour son refus était resté inébranlable, malgré l'exemple de Gomin qui, pour le persuader, but

gée, elle pourrait accoucher sans en avoir la conscience ; M. Paul Dubois croit plutôt qu'on a pris pour une syncope un état de stupeur ayant succédé à un accès convulsif, une syncope ne pouvant pas durer assez longtemps pour que la femme puisse accoucher sans en avoir la conscience.

Une femme qui aurait une attaque d'apoplexie suivie de stupeur prolongée, comme cela s'est vu, pourrait accoucher sans en avoir la conscicnce ; une femme dans un état d'ivresse profonde et prolongée peut aussi accoucher sans en avoir conscience. Une stupéfaction produite par l'emploi de substances toxiques, comme l'opium, peut produire la perte de conscience pendant l'accouchement ; tout le monde connaît le fait de la comtesse de Saint-Céran qui accoucha sans en avoir conscience, ayant été plongée dans un état de sommeil artificiel : l'enfant avait été soustrait dans le but de s'approprier les biens dont il pouvait hériter. L'éther, le chloroforme à haute dose peuvent atténuer les douleurs de l'enfantement, au point que la femme accouche sans s'en douter. Cependant il est rare que les praticiens emploient ces moyens.

Une femme n'étant pas dans un état pathologique peut-elle accoucher sans le savoir ? Nous avons divisé cette question en deux séries :

Une femme étant en travail et dans la dernière période de l'accouchement croit éprouver le besoin d'aller à la selle, elle se met sur des fosses d'aisance ou une chaise percée, et il est possible alors que l'enfant sorte et tombe dans les lieux d'aisance ou la chaise percée. Plusieurs femmes se sont prévalues de ce fait là, dont on a abusé pour se défaire d'un enfant vivant. Il est très possible néanmoins qu'une femme accouche sans qu'elle s'y attende, et qu'alors des accidents aient lieu ; M. P. Dubois cite le cas d'une de ses clientes qui, étant sur une chaise percée, accoucha d'un enfant qui tomba dans le vase ; comme celui-ci était peu profond et ne contenait presque pas de matières, l'enfant en fut quitte pour une légère contusion. Ainsi donc, une femme étant en travail et ayant conscience de son état peut accoucher sans croire que cela ait eu lieu.

Une femme peut-elle accoucher sans le savoir et sans être dans un état pathologique particulier ? M. Devergie résout négativement cette question. La femme ne pourrait accoucher sans le savoir qu'en étant alors plongée dans un sommeil profond ; mais M. Devergie dit que le sommeil serait de suite interrompu par les douleurs du travail, et, selon lui, une femme qui alléguerait un pareil motif serait sans excuse. Cependant un accoucheur célèbre a pensé que les voies peuvent être assez dilatées, le travail assez rapide, les sensations assez obtuses et la femme plongée dans un sommeil assez profond pour qu'il ne soit pas impossible qu'elle accouchât sans le savoir.

Nous avons vu souvent arriver à la Clinique des femmes qui avaient accouché en voiture, ou sur les dalles de la porte, ou dans les couloirs, ou en se mettant au lit sans souffrir beaucoup. Ces femmes ont accouché avec une facilité prodigieuse, et pour elles le travail fut presque sans douleurs.

Pour ne prendre qu'un exemple entre mille, je citerai le fait d'une primipare de vingt-deux ans, qui entra un samedi à la Clinique sans souffrir beaucoup ; cet état se continua jusqu'au lundi. Le soir de ce jour, elle dormit depuis huit heures jusqu'à minuit ; à cette heure, elle se réveilla, se sentit mouillée et crut qu'elle avait uriné ; elle prit un vase de nuit, et, au moment où elle allait uriner, elle sentit quelque chose de gras à la vulve ; l'enfant allait sortir. Ainsi donc pendant son sommeil des contractions utérines s'étaient montrées ; la tête était descendue dans l'excavation pelvienne, et cependant elle était primipare. Le moment le plus pénible de l'accouchement, celui où la tête franchit le col de l'utérus, elle ne l'avait pas senti.

Dans Montgomery, on trouve deux faits analogues empruntés à deux accoucheurs anglais distingués, dont l'un, Douglas, expliqua le premier l'évolution spontanée dans la présentation de l'épaule. Douglas fut appelé auprès d'une femme qui était déjà accouchée ; cette femme, qui était enceinte, couchait avec une petite fille de quatre ans ; elle fut réveillée par cette petite fille, qui criait parce qu'elle avait senti les mouvements d'un petit enfant qui criait aussi ; la femme s'aperçut alors qu'elle était accouchée.

L'autre accoucheur auquel Montgomery emprunte le deuxième fait raconte que la femme d'un lord d'Angleterre accoucha pendant son sommeil ; ce fut son mari, qui couchait avec elle, qui s'en aperçut ; il avait senti les mouvements d'une troisième personne dans le lit ; il réveilla sa femme, et ils reconnurent alors qu'elle avait accouché.

Ainsi donc l'assertion de M. Devergie est trop affirmative ; il est certain qu'une femme peut accoucher pendant son sommeil. Néanmoins, comme ces cas sont très rares, puisque ces deux cas inconnus jusqu'ici en France, et que M. Paul Dubois a cités dans sa clinique, sont les seuls qui existent dans la science, il ne faut pas s'en autoriser pour excuser, pour accepter trop facilement qu'une femme peut accoucher sans le savoir. Presque toujours cette question est posée dans le cas d'infanticide ; l'enfant est étouffé le plus souvent, et ce n'est que pour des cas semblables que le témoignage d'un homme instruit est demandé ; il ne faut pas alors que l'appui d'un médecin devienne un moyen de défense pour des individus justement accusés.

A. L.

Albuminurie (maladie de Bright) aiguë guérie par les saignées.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Rostan, bien qu'elle ne porte en soi aucun enseignement ni comme révélation de quelque circonstance particulière de la maladie, ni comme expérimentation d'une méthode thérapeutique nouvelle, ne nous en a pas moins paru digne d'être signalée à l'attention de nos lecteurs sous le double point de vue de la pathologie et du traitement. Sous le point de vue pathologique, elle présente en effet un exemple assez remarquable de la forme aiguë fébrile de la maladie de Bright, forme assez peu commune, comme on le sait. Sous le rapport du traitement, elle vient donner par la rapidité de la guérison et par l'incontestable influence qu'a eue à deux reprises la saignée largement pratiquée sur l'ensemble des symptômes locaux et généraux un nouveau témoignage en faveur de l'efficacité du traitement antiphlogistique particulièrement préconisé par MM. Christison et Rayer. Voici le fait :

Un jeune homme de vingt et un ans, d'une bonne constitution, bien musclé, habituellement bien portant, n'ayant eu aucune maladie antérieure, fut pris de quelques frissons, d'un malaise général, avec perte d'appétit. Le lendemain, pendant qu'il travaillait (il est forgeron), il sentit quelques douleurs dans la région des lombes ; douleurs sourdes d'abord, disparaissant et revenant par moments. Soif vive, quelques bouffées de chaleur à la face. Deux jours après, il s'aperçoit que tout son corps enfle d'une manière très rapide, au point qu'en deux jours il a presque doublé de volume. A cette époque, il survient de la fièvre, chaleur, soif vive, urines abondantes. A son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant : volume du corps considérablement augmenté, face doublée de volume, pâle, œdématiée ; yeux enfoncés et comme cachés sous les paupières infiltrées ; anasarque, qui a débuté par les paupières et la face ; peau sèche. La pression par le doigt laissait une empreinte profonde, qui ne disparaissait que lentement. Les parties génitales sont très infiltrées et triplées de volume au moins. La pression sur la région des lombes était douloureuse. Pouls fréquent (112), assez fort, égal et régulier ; battements du cœur réguliers, un peu fréquents et forts ; point de bruits anormaux ; respiration un peu gênée, fréquente, courte ; toux sèche sans expectoration ; quelques râles sous-crépitants des deux côtés de la poitrine ; urines abondantes rendues facilement, d'une couleur citrine, un peu louches, acides, d'une odeur particulière, fade, et contenant une assez grande quantité d'albumine se précipitant par les réactifs en précipité blanc laiteux. Les autres fonctions sont d'ailleurs dans un assez bon état. Point de céphalalgie, sommeil tranquille. Rien du côté du foie ni des organes digestifs ; rien au cœur. — Saignée de 350 grammes, ventouses scarifiées aux lombes pour 300 grammes de sang, boissons délayantes, diète.

Le deuxième jour, le sang de la saignée est très couenneux, le caillot est rétracté. Du reste, même état. L'anasarque, qui faisait des progrès sensibles de jour en jour, semble être restée stationnaire. La respiration est encore gênée ; les urines continuent à être abondantes et à contenir de l'albumine. — Saignée de 300 grammes, ventouses, eau de Contrexeville.

Le troisième jour, la couenne de la saignée est moins épaisse que celle de la saignée précédente. L'infiltration est restée stationnaire ; le pouls est tombé à 92 pulsations, moins fort ; urines très abondantes, contenant à peu près la même quantité d'albumine ; soif vive, inappétence.

Le quatrième jour, mieux sensible. L'infiltration commence à diminuer. Les urines sont encore très abondantes, mais le précipité albumineux a sensiblement diminué. Point de fièvre.

Le cinquième jour, le mieux continue. Diminution notable de l'albumine des urines. Les symptômes généraux ont disparu ; plus de fièvre ni de chaleur, soif modérée.

Trois jours après, c'est-à-dire le huitième jour du traitement, le malade était méconnaissable pour ceux qui ne l'avaient pas vu dans cet intervalle, tant et si rapidement avait disparu l'infiltration. Les traits de la face avaient repris leur caractère normal, les parties génitales étaient diminuées de plus de moitié. L'infiltration des membres avait diminué aussi, mais dans une moindre proportion. Les urines continuent à être abondantes, mais elles ne contiennent presque plus d'albumine. Retour de l'appétit. — Bouillons et potages. L'eau de Contrexeville est continuée.

Le onzième jour, la convalescence marche rapidement. L'infiltration continue à se dissiper. La face a complétement repris son caractère primitif ; les membres seuls contiennent encore un peu de sérosité. Les urines ont diminué d'abondance et ne contiennent plus d'albumine du tout. Le malade demande à manger. — Une portion.

Le quatorzième jour, le malade s'est refroidi la veille en allant à la garde-robe ; il a éprouvé dans l'après-midi des douleurs de reins très vives, qui ont duré toute la nuit et qui persistent encore à la visite du matin ; le pouls est redevenu fréquent, 90 à 92, au lieu de 68 à 70 où il était tombé les jours précédents ; peau un peu chaude, soif augmentée, respiration fréquente, un peu de toux, mais sans expectoration ; urines abondantes, mais ne présentant que quelques traces seulement d'albumine. M. Rostan, craignant une rechute, prescrit une nouvelle saignée de 300 grammes, repos, suppression des aliments, deux potages seulement, chiendent et eau de Contrexeville.

Dès le lendemain, tous les accidents qui avaient fait craindre une rechute étaient dissipés ; les douleurs de reins ont disparu ; la fièvre est tombée ; les urines, assez abondantes, sont claires, limpides et ne contiennent plus d'albumine. Le malade ne conserve plus qu'un peu de faiblesse et demande à manger.

A dater de ce moment, le malade est entré en pleine convalescence.

Le dix-huitième jour, il se promenait dans les salles, mangeait deux portions.

L'infiltration avait complétement disparu du vingt-sixième au vingt-huitième jour ; la quantité des urines était redevenue normale ; toutes les fonctions étaient rétablies dans leur ordre normal, et le malade est sorti complétement guéri le trente-deuxième jour de son entrée à l'hôpital.

De l'anesthésie locale au point de vue chirurgical.

En vain avons-nous déployé tout le zèle et toute l'activité dont nous sommes capable pour tenir nos lecteurs au courant des expérimentations d'anesthésie locale faites dans le cours de cette semaine, nous n'avons aucun fait nouveau à leur apprendre. Aussi prompts dans le découragement qu'ils s'étaient montrés empressés à accueillir l'espoir d'une nouvelle conquête, les chirurgiens des hôpitaux de Paris, après quelques essais infructueux, se sont hâtés de rejeter l'appareil de M. Hardy pour reprendre l'éponge ou le cornet à inhalations. Nous nous trompons, un chirurgien s'est

---

en sa présence trois verres de la décoction de houblon. Le second jour, Lasne réitéra ses sollicitations : « Monsieur sait bien que je ne » veux que le rétablissement de sa santé, et il m'afflige profondément » en repoussant de la sorte tout ce qui peut y concourir. Je le supplie » en grâce de ne me point faire ce chagrin. » Et comme en parlant ainsi, Lasne se disposait à avaler un autre verre de la décoction, l'enfant lui prit des mains la cuillerée qu'il lui présentait. « Tu as donc » juré que je boirais ? s'écria-t-il avec fermeté. Eh bien ! donne ; je vais » boire. » A compter de ce moment, il se conforma avec docilité à tout ce qu'on exigea.

Tandis que la misère et la souffrance clouaient le rejeton des rois de France sur le grabat d'une prison, les progrès de la maladie se dessinaient par des symptômes de plus en plus alarmants : la débilité devenait extrême ; ses gardiens pouvaient à peine le traîner au haut de la tour ; la marche excoriait ses pieds endoloris ; il s'arrêtait presque à chaque pas pour serrer à deux mains le bras de Lasne sur sa poitrine, comme s'il eût senti les forces lui manquer entièrement.

Enfin, il devint si malade qu'il ne lui fut plus possible bientôt de marcher : un des gardiens le transportait tantôt sur la plate-forme, tantôt dans la petite tour adhérente à la grande où la famille royale avait d'abord résidé. Mais l'amélioration momentanée que le changement d'air apportait à sa santé compensait à peine le mal que la fatigue lui occasionnait.

Instruit de la position critique du jeune prince, M. Hue suppliait instamment le comité de sûreté générale de lui accorder la permission de s'enfermer dans la tour avec le fils de son ancien maître. On repoussait sa demande en alléguant que ses soins étaient inutiles, que Desault visitait l'enfant tous les jours et que les commissaires du Temple ne le quittaient pas.

Hélas ! que pouvait Desault, qui réclamait vainement un peu d'air pour son malade ?

Que pouvaient les commissaires, dont les mieux intentionnés, n'ayant qu'une puissance passagère et se trouvant obligés de suivre les ordres transmis par les comités, n'étaient point compétents pour prescrire une mesure d'une utilité durable ?

Aussi le stérile traitement ordonné par Desault pour l'acquit de sa conscience durait depuis quelques semaines sans produire un grand bien. Cependant une amélioration morale s'effectuait dans l'esprit du royal enfant ; il était sensible au vif intérêt que lui montrait son chirurgien, toujours exact à venir le visiter chaque matin vers les neuf heures ; il paraissait heureux des soins qu'il lui apportait, et il finit par se confier à lui avec toute sécurité. La gratitude lui délia la langue ; les brutalités et les outrages n'avaient pu lui arracher une plainte ; les bons procédés lui rendirent la parole. Desault prolongeait sa visite autant que ses occupations multipliées le lui permettaient, ou plutôt autant que les commissaires de la municipalité ne s'y opposaient pas. Lorsque ceux-ci annonçaient la fin de la visite, l'enfant, ne voulant pas s'adresser à eux pour la prolonger, retenait Desault par le pan de son habit. Ainsi la sympathie secrète qui unissait le jeune malade et le vieux chirurgien se trahissait d'elle-même ; celui-là l'exprimait assez par son regard, ses gestes, par son obéissance ; celui-ci par ses soins, par ses prévenances et même par ses inquiétudes.

Le prisonnier, sans aucun doute, pensait à son chirurgien comme à un sauveur, et le chirurgien au prisonnier comme à un condamné à mort.

Deux fois en sortant du Temple l'excellent et sensible Desault fut obligé de rentrer chez lui, tant l'avait impressionné le douloureux spectacle de cet enfant abandonné qu'il ne pouvait soigner, qu'il ne pouvait guérir et qui cependant demandait ses secours ! L'enfant l'appelait par ses vœux, le malade l'intéressait par ses souffrances, et le chirurgien ne pouvait lui répondre que par d'impuissantes larmes !

Le 10 prairial (29 mai), Desault vint à neuf heures, selon son habitude ; l'état du malade étant le même, aucune modification ne fut apportée au traitement.

Le 11 prairial (30 mai), le commissaire de service, Breuillard, qui connaissait Desault, lui dit après la visite en redescendant l'escalier :

« C'est un enfant perdu, n'est-ce pas ?

» — Je le crains, mais il y a peut-être dans le monde des gens qui » l'espèrent, » répondit Desault.

Dernières paroles que l'illustre chirurgien ait prononcées dans la tour du Temple, et qui, bien que proférées à voix très basse, ont été entendues de Gomin, qui marchait derrière Breuillard.

Le 12 prairial (31 mai), le commissaire de service, à son arrivée à neuf heures, dit qu'il attendrait le médecin dans la chambre même du malade, où il se fit introduire. Ce commissaire était M. Bellanger, an-

montré plus persévérant que les autres; mais cette persévérance n'a pas été, hélas ! plus heureuse dans ses résultats. M. Maisonneuve, ayant tout récemment à pratiquer l'amputation du gros orteil chez une jeune femme, voulut essayer encore une fois l'anesthésie locale, qu'il avait déjà tentée plusieurs fois sans succès. Cette fois, pour mieux s'assurer de l'action anesthésique, il enveloppa l'extrémité du pied dans un manchon de caoutchouc dans lequel il fit verser du chloroforme, de manière à maintenir les parties plongées dans une sorte de bain de chloroforme. L'immersion devait être prolongée de quinze à vingt minutes, ainsi que cela avait été fait dans d'autres expériences; mais la malade ne put la supporter longtemps. Au bout de quelques instants cette immersion, loin de produire l'insensibilité, avait provoqué un sentiment de brûlure et une hyperesthésie telle, qu'il fallut renoncer à l'opérer dans ce moment. L'opération fut pratiquée le lendemain avec le secours de l'inhalation.

Nous l'avouerons sans détour, ces insuccès nous causent de véritables regrets. Les dangers si graves et malheureusement trop réels de l'inhalation nous eussent fait accueillir avec un vif sentiment de satisfaction une méthode qui semblait devoir enlever à l'anesthésie jusqu'au moindre soupçon de péril. Mais est-il bien vrai qu'il faille y renoncer à tout jamais ? N'y a-t-il pas un peu de précipitation dans cet abandon complet d'essais encore à peine effleurés ? S'est-on demandé, par exemple, si l'épiderme, dans son état de sécheresse habituel, n'était pas un obstacle à l'absorption et à l'action stupéfiante locale du chloroforme, et si l'on n'aurait pas quelque chance de plus de réussite en humectant la peau et en la préparant par une sorte de macération plus ou moins prolongée à se laisser plus aisément pénétrer par l'agent anesthésique ? Si l'on compare les quantités de chloroforme consommées dans ces insufflations avec celles qu'on emploie habituellement dans les inhalations, n'est-il pas évident que les doses, dans le premier cas, ont été généralement insuffisantes ? Enfin, puisqu'il ne s'agit ici que d'une action locale, pourquoi n'essaierait-on pas de remplacer le chloroforme, dont l'insuffisance est notoire en pareil cas, par l'un des éthers auxquels M. Flourens, dans ses expériences physiologiques, a reconnu une action stupéfiante beaucoup plus énergique qu'au chloroforme, et beaucoup trop énergique pour être employée en inhalations ? Ce sont autant de points sur lequels nous appelons l'attention des chirurgiens. Il nous semble qu'il pourrait y avoir là encore une voie ouverte à de nouvelles expérimentations.

Mais il ne faut pas oublier que l'anesthésie chirurgicale n'est pas le seul but, n'est pas même l'objet principal que s'est proposé l'auteur de la nouvelle méthode d'anesthésie locale; c'est contre les douleurs spontanées, névralgiques, rhumatismales ou autres, dans les affections douloureuses de l'utérus principalement, comme on le sait, que M. Hardy a proposé sa méthode; c'est donc sur ce terrain plus circonscrit, mais encore assez vaste cependant, qu'il nous reste à poursuivre notre enquête.

Nous avons déjà dit que M. P. Dubois, après quelques essais qui ne lui avaient paru nullement satisfaisants, avait renoncé à pousser plus loin ces expériences. Voici quelques faits qui ne sont pas de nature à raffermir beaucoup notre confiance.

M. Debout a essayé de diriger les vapeurs anesthésiques dans le vagin dans un cas de douleurs dysménorrhéiques, et il n'a obtenu d'autre effet que la sensation de brûlure dont s'accompagne habituellement l'application topique du chloroforme.

M. Robert paraît n'avoir pas été plus heureux dans un cas de cancer de l'utérus, et nous tenons de M. Maisonneuve que dans une circonstance semblable il a poussé les insufflations de chloroforme jusque dans la cavité utérine elle-même, sans apporter le moindre soulagement aux souffrances de la malade.

Nous avons essayé nous-même l'action des vapeurs anesthésiques sans plus de succès dans un cas de névralgie profonde et diffuse occupant toute la région cervicale postérieure et tout le côté gauche de la face et de la tête. Il s'agissait d'une de ces névralgies épileptiformes décrites par M. Trousseau; les douleurs, permanentes, se manifestent de temps à autre par des paroxysmes tels que ce malheureux ne peut rester en place; il s'agite, se frappe la tête contre les murs et plus d'une fois des pensées de suicide ont traversé son esprit. Ce malade avait déjà fait usage, d'après nos conseils, de l'application locale du chloroforme au moyen de compresses imbibées de cet agent anesthésique. Il l'avait employé d'abord mitigé par un peu d'eau, puis pur, et il n'en avait éprouvé d'autres effets qu'un sentiment très vif de brûlure sans aucun soulagement.

Au moment où nous avons soumis ce malade aux insufflations anesthésiques, il n'était pas dans un de ces paroxysmes dont nous venons de parler; mais la douleur, quoique n'étant pas à son summum, n'en était pas moins très vive. Les insufflations ont été pratiquées pendant vingt minutes; le malade n'en a éprouvé aucun soulagement. Nous avons voulu nous assurer ensuite si la sensibilité cutanée avait été modifiée. A cet effet, nous avons alternativement piqué avec une épingle les parties soumises à l'action du chloroforme et les parties voisines, et non-seulement nous avons trouvé la peau des régions malades sensible, mais nous avons même constaté que la sensibilité y était plus vive que sur les autres parties.

Faut-il conclure de ces faits négatifs au rejet absolu de la méthode anesthésique locale au moyen des insufflations chloroformiques ? Telle n'est pas notre opinion. Trop de faits déposent en faveur de l'efficacité du chloroforme en topique dans certaines affections douloureuses pour qu'il n'y ait lieu d'espérer qu'en multipliant et en variant les essais on ne parvienne à utiliser l'appareil de M. Hardy ou tout autre appareil analogue, notamment dans les cas où l'on ne peut recourir à l'application directe du chloroforme liquide. Le fait suivant, que nous empruntons à un recueil allemand, et qui se rapproche par plus d'un point de la méthode en question, paraît de nature à encourager ces essais.

Un médecin allemand, M. Ehrenreich, a employé, il y a quelque temps, ces vapeurs avec succès chez un malade affecté de dyssentérie, et souffrant d'un ténesme intense et douloureux. Dans une seringue à lavement, dont le piston laissait un espace libre de quatre pouces environ, ce médecin versa 30 gouttes de chloroforme. Lorsque celui-ci se fut mêlé avec l'air, il poussa les vapeurs dans l'intestin au moyen d'une canule ordinaire. Après l'irritation passagère qui se manifesta, le ténesme disparut pendant trois heures, et avec lui les évacuations alvines. La matière de celles qui survinrent plus tard était d'un meilleur aspect et contenait considérablement moins de sang. Le ténesme s'étant montré de nouveau, le lendemain M. Ehrenreich versa 30 gouttes de chloroforme sur une petite éponge, qu'il appliqua au moyen d'un verre à ventouse sur l'orifice anal déplissé. Cette application fut suivie du même résultat, mais produisit une irritation locale un peu plus vive.

Ce fait, joint à quelques autres cas analogues connus, est de nature, nous le répétons, à encourager dans cette voie d'expérimentation.

B.

Formule des pilules d'iodure de fer de Blancard.

L'iodure de fer a été depuis quelques années l'objet de travaux importants, et l'usage de cet excellent médicament est maintenant journalier entre les mains des plus habiles praticiens.

Malheureusement la rapidité avec laquelle l'iodure de fer se décompose sous l'influence de l'air et de l'humidité rend son emploi souvent incertain et quelquefois nuisible par suite de la présence de l'iode libre. Aussi, la préparation inventée par M. Blancard, remarquable par sa pureté, son inaltérabilité, son administration facile et son innocuité sur les organes digestifs, est devenue d'un usage si général que nous croyons utile d'en publier la formule. Le procédé de conservation des pilules d'iodure de fer, déjà approuvé par l'Académie de médecine, est basé sur la volatilité de l'éther et la non-solubilité de l'iodure de fer dans ce véhicule. Voici, du reste, cette formule :

Iode.	4,1
Limaille de fer pur.	2
Eau distillée.	8
Miel.	5
Poudre absorbante.	q. s. 100 pilules.

Mettez l'eau, l'iode et le fer en contact dans un petit ballon de verre; agitez vivement le mélange au moment où la réaction commence; filtrez la liqueur verte qui en résulte dans une petite capsule de fer dont vous connaissez préalablement le poids. Lavez le ballon et le filtre avec 8 autres grammes d'eau distillée légèrement miellée aux dépensdu miel qui doit entrer dans la composition des pilules. Réunissez les liqueurs, ajoutez le reste du miel et évaporez-les d'abord rapidement, puis, à la fin, à une plus douce température, jusqu'à ce que le poids du mélange soit précisément égal à celui de l'iodure et du miel, c'est-à-dire à 10 grammes. Ajoutez quantité suffisante de poudre de guimauve, ou mieux un mélange à parties égales de poudre de guimauve et de réglisse, environ 7,5. Divisez la masse en quatre parties égales que vous roulerez dans la poudre de fer. Allongez ces petites masses en cylindre sur une plaque de fer, et divisez chacune d'elles en 25 pilules que vous roulerez dans une nouvelle quantité de poudre de fer pour recouvrir les parties d'iodure mises à nu par le pilulier. Exposez ces pilules à une douce température pour qu'elles n'attirent pas l'humidité de l'air, et procédez tout de suite à la seconde partie de l'opération qui a pour but de les vernir.

Faites une dissolution de baume de Tolu dans 3 parties d'éther pur (le résidu provenant de la fabrication du baume de Tolu peut servir à cet usage). Versez une certaine quantité de cette teinture dans une petite capsule de porcelaine où sont disposées les 100 pilules, et imprimez à la capsule un mouvement rapide de rotation pour les humecter dans toutes leurs parties externes et favoriser l'évaporation de l'éther. Enfin, au moment où les pilules commencent à se coller, projetez-les sur des moules à pâte enduits de mercure, en ayant soin de séparer celles qui restent unies. Abandonnez-les pendant vingt-quatre heures à l'air libre, et finissez de les faire sécher en les exposant à l'étuve à une température de 20 à 25 degrés.

Pour qu'elles réunissent toutes les qualités désirables, il est utile de leur donner une seconde couche de vernis.

Chaque pilule est formée, entre autres principes, de 0,05 d'iodure ferreux et de 0,01 de fer porphyrisé fixé à la surface, le tout recouvert d'une couche de baume de Tolu qui pèse à peine 3 milligr. si elle est simple, de 5 à 6 milligr. si elle est double.

(*Bulletins de l'Académie de médecine.*)

Dose, 2 à 4 pilules par jour. Ces pilules s'emploient surtout dans les affections chlorotiques, scrofuleuses, tuberculeuses, la leucorrhée, l'aménorrhée, et dans plusieurs cas d'anémie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 févier 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Lionet (de Corbeil), membre correspondant, adresse une observation d'extirpation de goître. M. Houël est chargé de rendre compte de ce travail.

— M. Laborie a déposé sur le bureau, de la part de M. le docteur Plouviez (de Lille), plusieurs observations manuscrites sur divers cas de chirurgie, accompagnées des opuscules suivants :

Guérison d'un cas d'ozène; affection cérébrale dont l'issue a été funeste quatre mois après.

L'ouverture des abcès par le bistouri est-elle préférable à celle faite au moyen de la pierre à cautère ?

Légères irritations gastralgiques, ou faiblesses digestives de l'estomac, et quelques mots sur le cystocèle vaginal.

Du calorique contre la sciatique.

M. Plouviez désire obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Laborie, Cullerier et Bouvier.)

— M. le docteur Laforgue, chirurgien en chef de l'hôpital de la Grave, adresse une notice sur un cas de névrome du nerf cubital, extirpé avec succès.

— M. le docteur Bouvier fait hommage des mémoires suivants :

Sur les tractions perpendiculaires dans le traitement des courbures latérales du rachis.

Lettre sur la section du sterno-cléido-mastoïdien dans le torticolis ancien.

Sur la réduction des luxations congéniales du fémur.

De la surdi-mutité.

De l'atrophie musculaire progressive.

Note sur un cas de contracture musculaire ancienne.

— La Société reçoit en outre seize monographies chirurgicales étrangères et une collection de cent trente thèses de la Faculté de Paris, sur diverses questions d'accouchements, offertes par deux de ses membres.

— M. Poullien présente une nouvelle ceinture hypogastrique. (M. Monod est chargé de faire un rapport.)

Suite de la discussion sur le chloroforme. — *Troisième proposition.*

— M. Larrey fait observer que, la Société ayant adopté à une grande majorité les deux premières propositions, il serait préférable d'abandonner la troisième si elle ne devait être appuyée que par une faible majorité.

M. Forget reproduit les mêmes observations qu'il avait déjà faites dans la dernière séance sur l'insuffisance des procédés indiqués comme pouvant combattre les accidents déterminés par l'intoxication chloroformique. Il réclame l'addition de plusieurs autres traitements.

M. Maisonneuve insiste pour faire ajouter la flagellation aux procédés indiqués; il a toujours eu à se louer de l'emploi de ce moyen.

M. Boinet pense que la discussion n'aurait pas rempli son but si on ne traçait, pour les praticiens, les indications à remplir en présence des accidents produits par l'inhalation du chloroforme.

M. Larrey pense qu'il serait convenable, si on devait supprimer la troisième proposition, de renvoyer par une note spéciale, pour l'histoire du traitement, au rapport lui-même.

cien dessinateur du cabinet de Monsieur, depuis Louis XVIII. Desault ne vint pas. M. Bellanger, qui avait apporté un carton rempli de ses croquis, demanda au prince s'il aimait le dessin, et, sans attendre de réponse, l'artiste ouvrit son portefeuille et le mit sous les yeux de l'enfant, qui le feuilleta d'abord avec indifférence, puis avec un intérêt mêlé de plaisir.

Cet examen semblait apporter quelque soulagement à ses souffrances et quelques distractions au chagrin que lui causait l'absence de son médecin.

Le 13 prairial (1er juin), Desault ne vint point encore. Les gardiens s'étonnaient de son absence, et le pauvre petit malade s'en attristait profondément. Le commissaire de service, Benoist, émit l'opinion qu'il serait convenable d'envoyer chez le médecin pour s'informer du motif d'une absence aussi prolongée. Lasne et Gomin n'avaient point encore osé obtempérer à ce conseil, lorsque le lendemain Bidault, qui relevait Benoist, entendant à son arrivée prononcer le nom de Desault, dit aussitôt : « Ne l'attendez plus : il est mort hier (1). »

Cette mort presque subite et dans un pareil moment ouvrit un vaste champ aux conjectures de la multitude. On osa dire que Desault, après avoir administré un poison lent à son malade, avait été empoisonné lui-même par ceux qui lui avaient commandé ce crime.

La vie honorable de Desault protége sa mémoire contre une aussi atroce calomnie.

Les romanciers, qui ont beau jeu avec les morts, n'ont pas craint de dire que Desault n'avait point reconnu dans le pauvre petit rachitique de la tour du Temple cet enfant plein de force et de grâce qu'il avait admiré plus d'une fois dans des temps meilleurs et dans un autre séjour, et que c'était pour avoir manifesté l'intention d'éclairer le gouvernement sur cette substitution que l'illustre chirurgien avait été empoisonné.

Cette supposition est tout aussi inadmissible que la première. Desault, qui avait été chirurgien des enfants de France, n'a jamais douté que son malade ne fût le Dauphin.

Le 17 prairial an III (vendredi 5 juin 1795), Pelletan, chirurgien en chef du grand hospice de l'Humanité, fut chargé par le comité de sûreté générale de continuer le traitement du fils de Capet.

P.-J. Cabaret, d.-m.-p.

(1) De tout temps on a cru qu'un grand personnage ne pouvait mourir comme le vulgaire. A la mort de Louvois, de Mirabeau, on répéta qu'ils étaient morts empoisonnés. La même chose fut dite lorsque Descartes mourut; Christine lui avait marqué tant d'égards qu'on accusa les grammairiens de Stockholm d'avoir avancé les jours du philosophe. Cette manière de se défaire de ses ennemis est un honneur que les savants et les gens de lettres n'envient pas aux grands.

De la Gutta-percha et de son application aux dentiers; par le docteur A. Delbarre, chevalier de la Légion d'honneur, médecin dentiste de l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, auteur du *Traité des accidents de dentition chez les enfants en bas âge*; de la *Méthode d'éthérisation*, etc. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

La Société, consultée sur la troisième proposition, décide qu'elle sera supprimée. Voici, en résumé, les deux conclusions telles qu'elles ont été modifiées et adoptées :

1° L'inhalation du chloroforme peut déterminer des accidents graves et la mort, lors même que cet agent est pur et administré par des mains habiles; mais les cas avérés de ce genre sont rares et tout à fait exceptionnels, si on les compare aux observations innombrables qui attestent les bienfaits de l'anesthésie.

2° L'examen attentif des observations a démontré que, lorsque la mort survient, elle ne doit pas toujours être attribuée au chloroforme exclusivement, et qu'elle peut dépendre aussi d'autres causes diverses.

— Sur la proposition du président, la Société vote par acclamation des remercîments à M. Robert, rapporteur de la commission.

RAPPORT.

M. Dehout commence la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Piachaud. La suite est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° **Tumeur polypeuse fibro-plastique développée dans les parties génitales d'une fille de treize mois.** — M. Guersant présente une pièce anatomique trouvée à l'autopsie d'une petite fille de treize mois qui portait une tumeur à la vulve, et qu'il a fait venir à la Société de chirurgie il y a environ cinq ou six semaines. Cette enfant, née de parents bien portants, n'ayant eu aucune maladie antérieure, est prise de vomissements le 1er novembre 1853. C'est à cette occasion que les parents reconnaissent une tumeur à la vulve. Un médecin du pays étant appelé fait la ligature de cette tumeur le 6 novembre; elle avait le volume d'une aveline. La tumeur tombe quelques jours après. Elle repullule rapidement, et l'on fait une seconde ligature, puis on cautérise avec le nitrate acide de mercure. Nouvelle repullulation. On adresse l'enfant à l'hôpital, et après l'avoir présentée à la Société, l'enfant, qui était dans un état de langueur, qui ne mangeait pas, est soumise à une troisième ligature par M. Guersant. La tumeur ne tombant pas au bout de quatre ou cinq jours, on en fait l'excision. Il ne survient aucune hémorrhagie, aucun symptôme grave, et pourtant l'enfant s'éteint le soir, sans convulsions et sans se plaindre.

A l'autopsie, on reconnaît dans le vagin une tumeur polypeuse principale, naissant de la surface de la muqueuse; on retrouve un très grand nombre de petits polypes naissant de la muqueuse, et l'on constate que le tissu sous-muqueux du vagin est épaissi, dégénéré, offrant l'aspect du tissu de la tumeur principale, de nature fibro-plastique.

2° **Fracture du crâne.** — M. Richet fait la communication suivante :

Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à la Société une fracture du rocher survenue chez une femme de trente-six ans, dans les circonstances suivantes :

Cette femme tomba dans un escalier, et, relevée sans connaissance, fut apportée dans le service de l'Hôtel-Dieu dont je suis chargé en ce moment en remplacement de M. le professeur Roux. On trouva à la partie postérieure de la tête, du côté gauche, une large plaie pénétrant jusqu'aux os, sur lesquels il ne fut pas possible de constater de fracture. Un écoulement de sang considérable avait lieu par le conduit auditif externe du même côté, et le lendemain cet écoulement continua toute la journée. Le soir il devint séro-sanguinolent, et le deuxième jour de l'accident je constatai qu'au lieu de sang il ne suintait plus qu'un peu de liquide parfaitement transparent, qui remplissait la conque. Ce liquide enlevé ne se renouvela que très lentement, et le lendemain tout écoulement avait cessé. Cette petite quantité empêcha qu'il fût soumis à l'analyse chimique.

Après avoir présenté plusieurs autres phénomènes relatifs aux plaies de tête en général, et qui n'ont avec le point que je veux mettre en lumière que des rapports éloignés, la malade succomba.

A l'autopsie, en outre de désordres graves du côté de la pulpe cérébrale, nous constatâmes les particularités ci-dessous mentionnées, et qui me paraissent du plus grand intérêt pour la solution de cette question si souvent agitée parmi nous, à savoir : la source de l'écoulement séreux par le conduit auditif à la suite des fractures du rocher, particularité que chacun peut vérifier sur les pièces que je mets sous vos yeux.

1° La suture occipito-pariétale est écartée dans son tiers antérieur. De l'angle où est reçu le temporal part une fracture qui semble continuer cet écartement, longe le sinus latéral, traverse perpendiculairement l'apophyse pétrée du temporal à 20 millimètres en dehors du trou auditif interne, gagne obliquement en avant le trou ovale, puis le trou sphéno-épineux, et s'avance jusqu'à la fente sphénoïdale, où elle s'arrête.

2° Partout la dure-mère était intacte, et passait sous la solution de continuité des os sans être intéressée. Ce n'est qu'après l'avoir détachée qu'on a pu découvrir la fracture.

3° Il existe à peine quelques gouttelettes sanguines entre cette membrane et les os.

4° Enfin, les parois membraneuses du sinus latéral sont intactes dans le point qui correspond à la fracture qui intéresse sa gouttière osseuse.

Pour examiner les rapports de la fracture du rocher avec la caisse du tympan et le conduit auditif interne, j'ai pratiqué, en présence de notre collègue M. Verneuil, une coupe transversale du rocher dirigée dans le même sens que la fracture, mais en dedans d'elle, de manière à fendre la caisse selon sa direction oblique en avant et en dedans; et afin d'être certain de ne rien changer dans les rapports des parties fracturées, j'ai employé pour diviser le rocher une de ces scies d'horloger faites avec un ressort de montre. Toutes ces précautions minutieuses ayant été prises, nous constatâmes les faits suivants :

1° Un caillot volumineux remplissait exactement la caisse du tympan; ce caillot se prolongeait en arrière et en bas par une fissure de deux millimètres au moins de largeur dans le golfe de la veine jugulaire, dont les parois osseuses et membraneuses se trouvaient ainsi déchirées, ce qui permettait une communication facile entre la caisse et cette cavité veineuse.

2° Après avoir débarrassé à l'aide d'un filet d'eau la caisse du coagulum qui s'y trouvait enchevêtré, nous constatâmes une large perforation de la membrane du tympan dans sa partie inférieure et postérieure, perforation solidement fermée par l'adhérence du caillot en ce point.

3° Les cavités labyrinthiques sont divisées et restent largement ouvertes, elles communiquent directement avec la caisse; quant au nerf facial, il n'est point déchiré, mais devait être comprimé ou tiraillé, ce qui explique l'espèce de stupeur dont les muscles faciaux étaient frappés pendant la vie.

4° Enfin le conduit auditif interne est parfaitement intact, la fracture passe à cinq ou six millimètres en avant de son fond; en sorte que ni la dure-mère, ni par conséquent la cavité sous-arachnoïdienne n'ont pu être intéressées. L'examen direct et l'insufflation prouvent d'ailleurs ce fait sans réplique.

En résumé, voici donc une fracture qui divise le rocher dans toute son épaisseur, suivant une ligne oblique en avant et en dedans, dirigée presque parallèlement à la membrane du tympan qu'elle déchire, qui ouvre la caisse et fait communiquer largement sa cavité avec celle du golfe de la veine jugulaire, et qui divise les cavités de l'oreille interne, mais qui en même temps respecte le conduit auditif interne et la cavité sus-arachnoïdienne; il n'est donc pas possible d'admettre que dans ce cas le liquide séreux et incolore qui s'est écoulé en petite quantité pendant la vie puisse provenir, ainsi qu'on a cherché à l'établir d'une manière générale, du liquide sous-arachnoïdien.

En présence de ces particularités bien constatées, j'ai dû me demander quelle avait pu être la source de ce liquide incolore, et deux opinions m'ont paru pouvoir être soutenues : ou bien il n'est autre chose que la sérosité du sang séparée de ce liquide par un mécanisme particulier, ou bien il est dû à l'écoulement du liquide de Cotugno.

Dans un mémoire inséré parmi ceux de notre Société, M. Chassaignac a émis cette opinion que le sang, obligé de filtrer à travers les étroites fissures qui intéressent les parois osseuses et membraneuses des sinus qui entourent le rocher, ne laissait écouler que sa partie séreuse, et que c'était là la source la plus ordinaire des écoulements séreux à la suite des fractures de cet os. Il semblerait tout d'abord que la pièce que je présente à la Société vienne à l'appui de la manière de voir très ingénieuse de notre collègue; cependant, si l'on veut bien remarquer que l'ouverture qui existe entre le golfe de la veine jugulaire et la caisse n'est point une fissure étroite, mais bien une déchirure de deux millimètres au moins de largeur, on pensera comme moi que cette explication, pour le cas présent au moins, n'est pas admissible.

Mais j'ai trouvé dans la caisse un épanchement sanguin assez considérable; ne serait-il pas possible que la petite quantité de liquide incolore recueilli pendant la vie provînt de la séparation de ce sang en sérum et en caillot fibrineux? On s'expliquerait de cette manière la succession des phénomènes observés pendant la vie, c'est-à-dire l'écoulement permanent sanguin d'abord, puis séro-sanguinolent, puis entièrement incolore, ainsi que la faible quantité de liquide écoulé et sa cessation dès le troisième jour. On ne pourrait pas d'ailleurs adresser à cette explication une objection capitale qu'on a oublié de faire à l'opinion de ceux qui admettent que c'est le sang qui fournit à tous ces écoulements de liquide incolore dans les fractures du crâne, à savoir, que le sang, lorsqu'il reste soustrait au contact de l'atmosphère et qu'il continue à séjourner au sein de nos tissus, n'a aucune tendance à se séparer en sérum et en caillot, et que si parfois on observe ce phénomène, ce n'a jamais été que longtemps après qu'il était sorti des vaisseaux.

Ici la communication de l'air avec le sang qui s'écoulait dans la caisse le mettait dans des conditions identiques à celles qu'il présente lorsqu'il est recueilli dans un vase à sa sortie de la veine, et les mêmes phénomènes ont dû se présenter.

Quant à cette opinion qui voudrait voir dans le liquide écoulé celui qui remplit les cavités labyrinthiques, elle aurait bien aussi quelques bonnes raisons à faire valoir : d'abord le vestibule et les deux rampes du limaçon sont ouverts et communiquent largement avec la caisse; nul obstacle n'a donc pu s'opposer à ce qu'il se porte à l'extérieur par la déchirure de la membrane du tympan; quant à l'objection que ce liquide est en trop petite quantité pour pouvoir fournir un écoulement appréciable, elle n'a pas une grande portée, par cette raison que les surfaces séreuses qui le sécrètent, une fois déchirées et irritées, doivent en fournir incessamment de nouvelles quantités.

Quelle que soit d'ailleurs l'explication qu'on adopte, ce fait m'a paru digne de toute votre attention, parce qu'il démontre de la manière la plus positive que l'écoulement de sérosité par le conduit auditif externe à la suite de fracture du rocher peut avoir une origine autre que le liquide sous-arachnoïdien; mais je me hâte d'ajouter que dans ces cas il se réduira toujours à de minimes proportions, et que, si l'on constatait un écoulement considérable, on devrait supposer une autre source qu'une séparation du sérum du sang dans le tendon, s'effectuant sous l'influence du contact de l'atmosphère, ou la sortie de la périlymphe.

3° **Arthrite sèche de l'articulation fémoro-tibiale.** — M. Broca soumet à l'examen de la Société une articulation fémoro-tibiale sur laquelle existent au plus haut degré les lésions de l'arthrite sèche. Le tibia est en même temps luxé en dehors d'une manière incomplète.

Dans un prochain procès-verbal sera insérée la description de cette pièce anatomo-pathologique.

4° **Luxation du fémur.**—M. Broca présente au nom de M. Maisonneuve une luxation traumatique de l'articulation iléo-fémorale. La luxation dans la fosse iliaque externe s'est faite à travers une large déchirure de la capsule.

La réduction se produit avec une extrême facilité en portant le fémur dans la flexion et dans la rotation en dedans. Les efforts pour réduire la luxation lorsqu'on exerce une traction directe en bas sont paralysés par la situation de ce qui reste de la capsule.

5° **Ankylose du coude.**— M. Broca présente une autre pièce de la part de M. Maisonneuve. Il s'agit d'une ankylose du coude à la suite d'un traitement par l'extension. Il s'est développé un phlegmon autour de la jointure malade et des arthrites suppurantes de plusieurs articulations. Le malade a succombé.

6° **Arrachement du doigt avec le tendon extenseur.** — La pièce relative à cette communication de M. Chassaignac, ayant dû être préparée de nouveau pour être soumise à la Société, ne sera décrite que dans un bulletin ultérieur.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement, Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; par le docteur A. Foucart, lauréat (médaille d'or) et ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Légion d'honneur, secrétaire général de la Société de médecine pratique. Un volume in-8°. Prix, 6 fr. Chez Lahé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par M. Labélonye, pharmacien à Paris.

Dans ce mémoire, l'auteur rappelle ses précédents travaux sur la digitale, et il soutient, en s'appuyant sur des faits nouveaux, que les propriétés sédatives et diurétiques si distinctes de cette plante ne sont pas dues à un principe unique, mais bien à la réunion des deux principes qu'elle renferme.
Traitant surtout la question au point de vue pharmacologique, il signale de nouveau l'extrait hydro-alcoolique comme la meilleure préparation pharmaceutique, et sa forme sirupeuse comme la plus convenable pour administrer cet extrait à l'intérieur.

Broch. in-8°. Prix : 50 c. Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de Médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

Paris, le 6 mars 1854.

Étude sur les maladies du sein et de la région mammaire;

A PROPOS DU TRAITÉ DE M. A. VELPEAU.

Il n'y a pas très longtemps encore, toute tumeur chronique du sein était considérée comme une tumeur cancéreuse. La région mammaire était alors la région du cancer, et quand on voulait décrire celui-ci, on ne regardait pas ailleurs. Le pronostic ne disait qu'un mot, mais il était terrible; c'était une condamnation. Ce fatalisme jetait la terreur dans l'âme des malades et le découragement dans l'esprit des praticiens. Par bonheur, ce découragement n'a pas atteint tous les hommes de science. En effet, quelques esprits d'élite, reprenant en sous-œuvre le diagnostic des maladies du sein, l'éclairant par la clinique et l'anatomie, ont peu à peu jeté un tel jour sur cette pathologie, que le pronostic, au lieu d'un seul mot de désespoir, peut en prononcer un autre qui fait espérer. A une femme qui vous interroge avec anxiété sur la nature d'une tumeur qu'elle porte au sein, vous pouvez répondre quelquefois, et cela avec l'accent de la vérité, qui seul porte la conviction dans l'esprit : « Madame, vous n'avez pas un cancer; vous pouvez vivre avec cette tumeur. » Cette parole, portée à la famille, y répand la joie et fait cesser le deuil.

Ce progrès scientifique, ce bienfait de l'humanité appartiennent à notre époque ; ils sont dus en grande partie au professeur Velpeau.

Les preuves de ce que j'avance sont répandues dans les écrits périodiques, dans les thèses de la Faculté de Paris, dans la plupart des livres classiques modernes, dans le *Répertoire de médecine et de chirurgie*. Là se trouvaient les matériaux d'un monument durable, et plus de deux mille observations étaient en portefeuille. Il fallait, pour choisir ces matériaux, les mettre en ordre, poser les bases, s'élever au faîte de l'édifice, et donner du jour à tous les compartiments, à l'ensemble ; il fallait un esprit très sûr, très net, très indépendant, et une vieille expérience. On savait que M. le professeur Velpeau était en possession de ces avantages. Mais il fallait de plus du temps. Or, ceux qui ne connaissent pas tout à fait l'auteur, et qui ne savent que les devoirs nombreux et journaliers qu'il a à remplir, se demanderont encore où ce temps a été pris. Ce n'est pas notre affaire. L'ouvrage existe, et les retardataires, après en avoir pris connaissance, pourront s'expliquer la sensation qu'il a déjà produite dans le monde médical.

La principale division devait sortir de la pensée dominante, de l'idée pratique qui remplit tout le livre :

1° *Maladies du sein de nature bénigne;*
2° *Maladies du sein de nature maligne.*

Dans la première section se trouvent les inflammations qui sont soumises à une division déjà exposée par l'auteur dans le *Répertoire*, et reproduite par presque tous les auteurs qui depuis ont traité de ces phlegmasies. Cette division est basée sur l'anatomie. La glande mammaire est plongée dans le tissu cellulaire. L'inflammation peut atteindre cet élément et respecter la glande; alors la thérapeutique c'est la thérapeutique ordinaire, et en général le chirurgien seul suffit. Mais quand la glande elle-même est atteinte, d'autres questions s'élèvent; elles se rapportent à la lactation, et ont trait à la thérapeutique générale. On voit dans cette partie du livre les avantages d'un auteur qui traite d'une spécialité avec les lumières puisées dans l'ensemble de la pathologie.

Le vésicatoire est souvent conseillé par l'auteur, car il l'a pour ainsi dire introduit dans la thérapeutique du sein. Ce moyen peut être prescrit comme résolutif, comme maturatif, et même comme sédatif. En effet, l'auteur prouve qu'on peut quelquefois calmer la douleur par l'application d'un pareil emplâtre. La compression du sein est difficile à faire et d'un effet peu sûr.

On lira peut-être avec surprise les bons effets des incisions hâtives dans certains cas d'inflammations commençantes du sein. Il se produit là un effet analogue à celui qu'on observe après le débridement du testicule au début de l'orchite parenchymateuse.

Après les inflammations du sein viennent les tumeurs bénignes non inflammatoires. Ici commence le véritable intérêt, le nouveau, l'instructif, car ce chapitre n'est réellement fait nulle part; il n'a été qu'ébauché par l'auteur dans le *Répertoire*.

Le paragraphe sur les contusions du sein devra être médité, parce qu'il décèle les tendances doctrinales de l'auteur et contient d'excellents conseils qui, bien suivis, pourront mettre la malade à l'abri d'une de ces tumeurs qui trouvent leur point de départ, leur germe dans le sang épanché. Le pus peut jouer le même rôle, et on verra même des tumeurs évidemment laiteuses qui ont été tellement mêlées au cancer qu'il n'a plus été possible, à une certaine époque, de les considérer comme bénignes, puisqu'elles ont récidivé après leur ablation. Les diverses tumeurs par hypertrophie, par induration simple ; les lipomes, les tubercules, les diverses ossifications, les kystes, toutes ces lésions sont étudiées à un point de vue pratique et méritent toute l'attention du lecteur. Mais il devra surtout s'arrêter à l'article 3, aux tumeurs adénoïdes, espèce morbide que l'auteur nous a révélée et qui vient de prendre place définitivement dans le cadre nosologique. M. Velpeau les avait d'abord appelées *tumeurs fibrineuses*, car il les supposait provenir d'une transformation du sang et autres liquides sécrétés ou exsudés ; mais le nombre de ces tumeurs s'étant accru à mesure qu'on étudiait mieux celles qu'on appelait cancéreuses, et craignant d'ailleurs que le nom de *fibrineuses* prêtât à de fausses interprétations, l'auteur leur substitua le nom d'*adénoïde*.

Voici les caractères de ces tumeurs. Elles sont élastiques, souples, mobiles, roulant sous le doigt qui les presse, sans continuité avec les tissus au sein desquels elles s'établissent. Il y a presque toujours pour antécédent une violence externe. Ces tumeurs ne se développent souvent qu'avec une extrême lenteur, et ne sont presque jamais avec engorgement ganglionaire ; quels que soient leur âge, leur forme, leur volume, qu'elles se ramollissent ou s'abcèdent, qu'elles marchent vite ou lentement, elles n'en restent pas moins avec leurs caractères spéciaux jusqu'à la fin, avec ou sans douleur, qu'elles s'ulcèrent ou qu'elles restent intactes, qu'elles détruisent la peau ou qu'elles la respectent. C'est la tumeur encéphaloïde qui leur ressemblerait le plus, car elle est globuleuse et assez ferme et mobile dès le principe. Mais en déplaçant ce cancer, en examinant sa mobilité, on constate bientôt qu'il entraîne avec lui les tissus comme s'il en faisait partie intégrante, au lieu de glisser simplement entre eux. D'ailleurs, la tumeur encéphaloïde ne reste presque jamais des années entières à l'état stationnaire ; son accroissement se fait presque toujours du côté des téguments ; il semble qu'elle ait besoin de s'échapper au dehors, de s'approprier la peau, laquelle rougit bientôt et ne tarde pas à se confondre avec elle. La tumeur adénoïde reste volontiers au milieu même des tissus normaux, et ne semble pas avoir de propension marquée à se porter, en grossissant, dans un sens plutôt que dans un autre.

D'ailleurs l'encéphaloïde se complique souvent de ganglions cancéreux, caractère distinctif d'une haute importance. Quand elle se ramollit, elle offre ordinairement des bosselures dont la fluctuation, quoique fausse, est quelquefois si manifeste qu'il faut une grande habitude pour ne pas s'y méprendre ; outre les antécédents des tumeurs adénoïdes, il y a encore cette différence que les bosselures ou les kystes ne forment que des points isolés autour desquels la tumeur conserve toute sa densité, toute son élasticité. L'encéphaloïde ne va presque jamais jusqu'au voisinage de la peau sans la dénaturer ; la tumeur adénoïde revêt quelquefois des dimensions extrêmes en conservant sa liberté au-dessous des téguments, que souvent elle amincit excessivement sans en détruire les caractères normaux. Après l'ulcération, l'encéphaloïde s'épanouit en champignons fongueux qui tendent à se ramollir de plus en plus, qui tombent en putrilage ou sous forme de pelotons mollasses ; l'adénoïde ulcérée conserve sa dureté, son élasticité, saigne peu, ne tend pas à se détruire, à se détacher, et conserve une teinte grisâtre, même en devenant fongueuse.

Poursuivant ce diagnostic différentiel, M. Velpeau montre que tous les squirrhes peuvent être distingués de la tumeur adénoïde. Le squirrhe, bien plus encore que l'encéphaloïde, est toujours confondu avec les tissus ou les parties constituantes de l'organe affecté ; il ne roule jamais entre les lamelles organiques qui l'entourent ou qui l'avoisinent. Par une exploration attentive, on constate qu'il fait partie de l'organe malade dont il est simplement comme une fraction plus dure, plus développée ou altérée ; en s'éloignant du point de départ, le squirrhe maintient ce caractère; en augmentant de dimension, il semble envahir les tissus et s'approprier les organes mêmes; tandis que l'adénoïde ne fait que les étaler, les étendre, les écarter pour se créer une loge, pour se faire une place à la manière d'un corps étranger.

Selon M. Velpeau, l'indépendance, la mobilité, le défaut de continuité de la tumeur adénoïde avec les tissus ambiants forment un signe diagnostique tellement important qu'à lui seul il suffit souvent pour la faire distinguer de toute autre tumeur du sein, et qu'on pourrait, si on voulait être absolu, l'admettre comme caractère pathognomonique. Les tumeurs cancroïdes, les cancers colloïdes, mélaniques, fibro-plastiques, épithéliaux ne présentent jamais ce caractère; une partie des tissus voisins, adhérant à ces tumeurs, toujours confondus avec elles, ne pourraient point en être détachés par simple décollement.

On trouve dans l'ouvrage d'autres développements qui complètent ces données, et qui font qu'il s'agit réellement d'un diagnostic d'ensemble, le plus sûr et le plus philosophique de tous les procédés que l'esprit du pathologiste puisse employer pour arriver très près de la certitude. Ce même procédé est suivi pour distinguer les autres tumeurs bénignes des tumeurs malignes ou cancéreuses. Il est bien entendu que le caractère principal est mis en relief. Ainsi, la mobilité, l'indépendance, pour les tumeurs adénoïdes, est un caractère fortement marqué dans le diagnostic de M. Velpeau ; mais il n'est jamais considéré comme suffisant pour la détermination d'une espèce pathologique. On conçoit que l'auteur, apportant un pareil esprit dans l'étude de la pathologie du sein, devait rencontrer les micrographes modernes et leur faire éprouver plus d'un échec. On sait que ces expérimentateurs, M. Leber en tête, admettent qu'un seul caractère peut différencier la tumeur bénigne du cancer, parce que celui-ci seul posséderait un élément histologique qui lui serait propre ; ce serait une cellule tout à fait à part. Elle constituerait ici la spécificité ; sans elle il n'y aurait pas de cancer.

En anatomie, en clinique, en nosologie, cette cellule marque la place de la tumeur cancéreuse ; elle seule détermine l'espèce à laquelle elle appartient. *A priori*, on peut prédire de grands désagréments à tout nosologiste qui voudra établir une espèce pathologique par un seul caractère, et à tout praticien qui voudra se servir du même procédé pour faire un diagnostic.

Les désagréments arrivés à quelques micrographes sont connus de ceux qui suivent habituellement la clinique de M. Velpeau. On les trouvera, mais adoucis autant que possible, dans le livre de ce professeur, parce que là tout ce qui peut promettre un progrès, tout travailleur, est traité avec de grands égards. Or, il est évident que les micrographes les méritent. Seulement, quand leurs prétentions exagérées peuvent nuire à la science, préparer des déceptions aux jeunes médecins, il faut qu'elles soient réduites à leurs justes proportions, et cela, autant que possible, par des hommes autorisés et auxquels on ne peut supposer des idées rétrogrades. En effet, M. Velpeau, relevant la clinique un peu abaissée dans ces derniers temps, a prouvé par elle que le véritable cancer, celui qui est reconnu tel par toutes les écoles, avait été trouvé sans cellule; et la preuve s'est produite sur le *porte-objet* des adversaires eux-mêmes! De plus, dans des masses appartenant aux tumeurs léminiques, on a constaté la cellule, tandis qu'à côté, dans une masse évidemment cancéreuse, la même cellule a fait défaut. Il faut lire l'article 2, page 481, pour juger le microscope dans ses applications à la connaissance des tumeurs du sein.

Cette différence d'opinion entre M. Velpeau et les micrographes sur la valeur de la cellule dans la détermination de la nature des tumeurs devait conduire à des différences dans la classification de ces tumeurs. Ainsi, le chirurgien de la Charité fait un cancer de la tumeur fibro-plastique, laquelle se trouve, par conséquent, dans la *section deuxième*, tandis que M. Leher placerait la même tumeur dans la *section première* ; et cela, seulement parce qu'elle ne contient pas de cellule, et malgré la faculté qu'elle a de récidiver sur place et au loin, malgré tous les autres caractères du cancer reconnus par les meilleurs observateurs!

Dans la *seconde section*, le pronostic se rembrunit, presque toutes les espérances s'évanouissent. Ici, en effet, la malignité est manifeste ; car il s'agit du cancer qui, sous les formes ligneuse, encéphaloïde, pustuleuse, fibro-plastique, etc., est toujours le cancer, c'est-à-dire une maladie incurable. Mais la malignité est-elle au même degré sous les diverses formes du cancer? Aucun cancer ne guérit, mais tous les malheureux qui les portent sont-ils également voués à la mort? L'art se montre-t-il impuissant, même l'art chirurgical, en face de cette terrible maladie?

Ici encore le livre de M. Velpeau nous enseigne à être moins pessimiste que la plupart des maîtres qui l'ont précédé, en tête desquels il faut placer l'ancien chirurgien de la Charité, le baron Boyer. Pour ce chirurgien, le pronostic était toujours marqué par un fort point noir. M. Velpeau, au contraire, établit des nuances et affaiblit la teinte pour certains cancers squirrheux. Le noir se

dégrade à mesure qu'on va de certaines tumeurs encéphaloïdes à quelques tumeurs squirrheuses, fibro-plastiques, qui sont incurables, qui tueraient le malade si on restait inactif, si on assistait sans coup férir à leur développement, mais qui, attaquées de bonne heure par le caustique, et bien mieux par le fer, peuvent être détruites, enlevées avec chances de succès, c'est-à-dire avec des chances, pour les malades, de vivre et d'éviter la récidive.

Comme il était impossible à l'auteur de toucher à la pathologie de la mamelle sans s'élever à la pathologie générale, il ne pouvait traiter des opérations applicables aux tumeurs du sein sans atteindre les questions générales de médecine opératoire. M. Velpeau devait donc se trouver nécessairement en face de ce fameux dilemme qui a été on ne peut plus nuisible à la science et à l'humanité. Ceux qu'on appelle médecins purs et quelques chirurgiens qui cachent mal sous une fausse prudence une impuissance réelle, ces conservateurs disent : « On la tumeur est bénigne, et alors elle n'a nullement besoin d'être opérée, car elle ne nuit en rien; elle guérira peut-être seule, et, si on doit la traiter, il vaut mieux la thérapeutique médicale, qui est innocente, que la chirurgie, dont les dangers ne sont que trop réels;—ou bien la tumeur est maligne; c'est un cancer, et alors le chirurgien en intervenant fait courir aux malades les dangers de l'opération, et cela avec la certitude d'une récidive. Conclusion : il ne faut jamais guérir. » Ce raisonnement, ce grand dilemme dont on fait un véritable abus repose sur trois grandes erreurs au moins :

1° Une tumeur bénigne peut agir cruellement sur le moral des malades. Sa présence devient quelquefois un véritable sujet de désespoir.

2° Le traitement médical est loin d'être complétement innocent : des saignées locales répétées, des purgatifs fréquents, certains altérants, quand on les prolonge trop, peuvent très bien compromettre les jours des malades et bien mieux qu'une simple opération pour une tumeur bénigne, quand elle est faite à temps et d'une manière régulière.

3° La récidive n'est fatale que pour certaines tumeurs malignes, à une certaine période et quand il y a complication. Mais M. Velpeau admet qu'il est une certaine forme de squirrhe qui reste local pendant un certain temps, et il prouve par des exemples que la récidive n'a pas toujours lieu. Ainsi plusieurs de ses malades sont opérées depuis plus de 25 ans et se portent bien. Même avec de grandes probabilités d'infection générale, il y a quelquefois indication d'opérer. En effet, il y a tel cancer si cruellement douloureux qu'il réclame une opération *palliative*. La récidive alors peut se faire attendre longtemps, et, quand elle a lieu, c'est quelquefois par un cancer qui, à la vérité, doit tuer, mais avec moins de douleur que le premier. Ceux qui ont beaucoup observé ont vu quelquefois des cancers extérieurs très douloureux qui après leur extirpation étaient répétés par des cancers des viscères, lesquels épuisaient les malades et les conduisaient tout doucement au tombeau sans le cortége des cruelles souffrances du premier cancer.

La première partie du livre de M. Velpeau, sur laquelle je viens de jeter un rapide coup d'œil, est entièrement consacrée aux femmes. La seconde partie traite des maladies du sein chez l'homme et la dernière est destinée à un aperçu des mêmes maladies chez l'enfant. On comprend que ces dernières parties doivent être bien moins importantes que la première. L'ouvrage est terminé par une série de gravures coloriées représentant les principales tumeurs, celles qui pour être bien comprises doivent être soumises à l'œil.

Ceux qui auront lu attentivement ce nouvel ouvrage verront facilement qu'il appartient à la seconde manière du maître. La première manière était érudite, recherchait les noms, les dates et empruntait beaucoup au passé; l'auteur s'effaçait souvent. Ici les faits, les choses avant les hommes. L'auteur est là, mais il ne pose pas. Ses pages sont de libres entretiens d'un confrère expérimenté. L'auteur ne professe pas, il dogmatise encore moins. Il semble même quelquefois ne pas oser conseiller; il préfère, en général, fournir des exemples. En effet, chaque proposition, chaque assertion est appuyée sur un ou plusieurs faits, d'où un nombre considérable d'observations dans ce livre. Jamais rien d'absolu. Les exceptions sont toujours près de la règle pour la modérer. A côté des analogies, des ressemblances, sont les différences. Si M. Velpeau n'était pas arrivé à l'horreur de l'absolu par justesse d'esprit, l'expérience et le soin de sa réputation l'y auraient forcé. Avec lui donc point de lois immuables, point de ces certitudes absolues et par conséquent trompeuses; mais des probabilités, de grandes probabilités voisines de la *certitude médicale*. Avec ce système, on se trompe rarement et on ne trompe jamais personne. On demandera peut-être (je crois même qu'on s'en est informé) si ce livre a du style, si la prose de M. Velpeau est ornée. Je réponds, comme quelqu'un qui se connaissait en style : « La vraie parure de la science, c'est la clarté et surtout la vérité. » (*Siècle de Louis XIV.*)

VIDAL (de Cassis),
chirurgien de l'hôpital du Midi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Après avoir déterminé, dans la dernière séance, le mode de développement des hernies inguinales, que nous avons divisé en quatre périodes : la pointe de hernie, la hernie interstitielle, le bubonocèle et l'oschéocèle, nous avons examiné les effets de ces hernies sur les parties voisines; il nous reste à examiner ces mêmes effets sur les fonctions digestives et sur les tissus qui composent la hernie, et enfin l'histoire du sac qui la contient.

Effets des hernies sur les fonctions digestives. — Les premiers symptômes qui se manifestent à l'apparition d'une hernie inguinale sont la faiblesse des parois abdominales. Quelques malades ont le souvenir d'une chute ou d'un coup sur le ventre, d'un effort ou d'une douleur quelconque, mais ils ne veulent pas rattacher à cela l'origine de leur hernie. Plusieurs vont trouver un bandagiste, qui, prenant cette faiblesse occasionnelle pour une faiblesse native, prescrit une ceinture. Que fait cette ceinture? Elle n'est utile qu'au marchand qui la vend; quant au malade, elle lui est plutôt nuisible, car elle refoule en bas les viscères contenus dans l'abdomen, et tend ainsi à hâter la production de la hernie.

Quand la hernie a fait saillie à l'extérieur, quelques sujets n'en ressentent rien, à part l'incommodité de la tumeur. Ces faits sont rares; mais en général les malades sont avertis par des douleurs et un malaise qu'il est fort important d'examiner. Au début, c'est une douleur générale qui disparaît assez promptement, mais il reste du malaise, et surtout une douleur locale dont l'intensité varie selon le temps; c'est pour les hernieux un baromètre aussi sûr que les anciennes blessures pour les vieux soldats. Nous ressemblons quelque peu aux éponges, car tous les physiologistes ont remarqué que dans les temps humides la quantité des liquides du corps s'accroît; et nous-mêmes, nous pouvons nous apercevoir qu'en ces temps-là nous urinons plus. Aussi, la quantité des liquides qui circulent dans les intestins s'augmentant par l'influence de l'atmosphère, on concevra aisément que la hernie s'accroisse de volume et que les malades éprouvent alors des douleurs plus intenses.

Ces remarques sont fort importantes à connaître pour la cure radicale par les bandages; car une hernie qui sera suffisamment contenue en temps sec ne le sera plus lorsque le temps sera humide. Il vaut donc mieux faire essayer un bandage lorsque le temps est humide. De plus, il m'a semblé que dans ces conditions les hernies étaient plus sujettes à l'étranglement.

Les phénomènes internes sont de diverse nature. Quelquefois des coliques sourdes à la partie inférieure du ventre; il y a du météorisme, du ballonnement, des éructations, un malaise physique et moral qui sont des indices de mauvaises digestions. A ce sujet, vous rencontrerez très fréquemment des hernieux ayant passé quarante ans qui se plaignent de mauvaises digestions. Le médecin a traité en vain une gastralgie; le chirurgien survient, examine le malade et découvre une hernie, que le malade se refuse constamment à déclarer. De plus, il y a un grand nombre de cas où on est consulté pour des douleurs sourdes vers les anneaux, sans qu'il y ait aucune apparence extérieure de hernie. Alors, si le sujet a beaucoup d'embonpoint, il est impossible de rien déterminer; mais si l'examen est possible, on découvre souvent des pointes de hernies. Dans tous les cas il faut faire porter un bandage; car quand bien même on ne serait pas sûr du diagnostic, si le bandage soulage le malade, on sera convaincu qu'il y avait une hernie naissante, et s'il n'y en avait point, la contention ne peut augmenter les douleurs. Ces pointes sont si fréquentes, que la proportion selon les sexes, qui a été réglée à 4 pour le sexe masculin contre 1 pour le sexe féminin, change considérablement. D'après les expériences de M. J. Cloquet sur le cadavre, sur 457 hernies il trouva 307 hommes et 150 femmes. Il y a donc plus de hernies sur le cadavre. Cela tient à ces petites pointes qui demeurent inconnues sur le vivant, et qui n'ont souvent comme signe de diagnostic que les douleurs vers les anneaux.

Il y a aussi des aliments qui influent sur les douleurs que causent les hernies : ce sont en général ceux qui déterminent le plus de gaz : les légumes secs, les farineux secs, les choux, etc.; quelquefois aussi les sauces trop épicées; enfin, il y a des hernieux qui ne mangent que des viandes rôties et bouillies. Ceci est très bien pour les classes aisées et riches. Si le malade, après avoir supprimé les légumes secs et farineux, se trouve encore incommodé par des ragoûts et d'autres légumes, il les supprime aussi, et se réduit, comme je le disais, aux viandes rôties, qui sont fort nourrissantes et qui lui procurent un certain embonpoint sans déterminer d'accidents dans les digestions. L'indigent, au contraire, qui ne se nourrit le plus souvent que de ces légumes, qui lui sont nuisibles, éprouve chaque jour des douleurs et des phénomènes pénibles qui contribuent à son affaiblissement et à son amaigrissement, qui son un empêchement assez puissant à la guérison.

J'ai dit que chez les indigents on était frappé de la diminution des hernieux après 70 ans. J'ai dit aussi qu'il y avait quelques guérisons fort rares; j'en conclus donc que cette diminution est due à la mortalité causée non par l'étranglement, qui est aussi l'exception, mais bien aux effets combinés de la hernie et de leur position. En effet, ils vieillissent plus tôt; ils sont plus sujets aux autres affections de la vieillesse, et ces maladies elles-mêmes ont des conséquences plus funestes, car leur organisation est usée. M. Hutin, ayant examiné la mortalité des invalides, a trouvé qu'elle était double chez ceux qui n'avaient pas de hernies; si bien que, selon lui, la hernie serait un préservatif; il en a même conclu qu'elle n'était pas une cause de mort. Je ferai observer que j'ai opéré sur une population entière et mélangée, tandis que M. Hutin n'avait que de vieux soldats tous usés et porteurs de blessures fort graves, que parmi eux on rencontre très fréquemment des paralysies et des catarrhes, et que le catarrhe vésical, si fréquent chez les vieillards, y est en plus grand nombre que la hernie, qui peut être regardée comme une des moindres affections dont ils sont atteints. Quant à la production des affections de l'abdomen, il est assez rare que la hernie donne naissance à une gastralgie ou à une entérite; si elle n'est pas contenue, elle agit sur toute l'organisation; elle use lentement.

Les nausées et les vomissements sont rares dans les hernies simples tant qu'il n'y a pas d'étranglement. Les accidents dont j'ai parlé se calment la nuit; quelques sujets souffrent plus la nuit que le jour; j'en ai vu un qui ne pouvait marcher sans faire rentrer sa hernie et qui ne pouvait dormir sans la laisser sortie.

Effets sur les autres fonctions. — Ces effets sont d'ordinaire une débilité générale qui se produit sur les organes musculaires; souvent même la voix perd de sa force. J'ai vu des sujets qui avaient perdu moitié de leur force jusqu'au maintien de leur hernie par un bandage; d'autres avaient été obligés d'abandonner leur profession, qu'ils reprirent après l'application du bandage. Tels sont, par exemple, les musiciens qui jouent d'instruments à vent; obligés de contracter plus fortement le diaphragme, repoussant alors les viscères, qui ne se trouvaient pas suffisamment maintenus par les parois abdominales. On a dit qu'au bout d'un certain temps les malades s'habituaient au malaise causé par leur hernie : c'est à tort; ces cas sont fort rares; car, au contraire, plus la hernie est ancienne, plus l'incommodité augmente.

Influence de la hernie sur les tissus qui la composent. — Je vais traiter maintenant une série de questions qui intéressent à la fois la chirurgie et la médecine opératoire. Quelle peut être l'influence de la hernie sur les viscères et le péritoine?

Je distinguerai ici plusieurs parties : l'influence sur l'épiploon, sur l'intestin et sur le sac lui-même. Il est rare de rencontrer une vieille hernie épiploïque sans adhérences. L'épiploon ne peut plus rentrer; il s'engorge avec de la lymphe plastique; il s'épaissit, devient fibreux ou se charge de graisse. Ce sont de ces hernies anciennes et irréductibles pour lesquelles, malgré un grand nombre d'essais infructueux, j'ai institué, pour les faire rentrer, une méthode qui m'appartient en propre. Il y a aussi une certaine variété d'adhérences qui embarrasseraient singulièrement le chirurgien. Il peut arriver que par ces adhérences de l'épiploon le sac soit divisé en plusieurs loges, ou bien que l'épiploon entoure l'intestin et adhère au collet du sac. Si, dans ces conditions, l'étranglement survient, il ne s'agit pas seulement de débrider le collet et les anneaux, on est forcé d'inciser même sur l'épiploon, qui est passé à l'état fibreux. Je suis heureux de le dire, ces cas sont rares.

Quant à l'intestin, il est rare aussi qu'il contracte des adhérences avec le sac, le côlon; les gros intestins sont seuls exposés à des adhérences par leurs petites franges quasi-épiploïques. Mais ce sont des cas rares en raison même de la rareté de ces hernies, qui ne sont que le quinzième ou le vingtième des autres. Il se présente encore une autre circonstance; l'intestin n'a pas été étranglé, et cependant il y a une sorte de rétrécissement qui, sur le cadavre, apparaît sous la forme d'un cercle blanchâtre. M. Jules Cloquet dit bien que ce rétrécissement se produit; mais dans un grand nombre d'autopsies il ne cite pas un cas où il l'ait observé. Pour moi, je n'admets pas ce rétrécissement; je dirai seulement que j'ai observé des hernies du petit intestin où l'on trouvait quelques diverticulum produits en forme de doigt de gant par l'allongement d'une petite portion d'intestin. Ce qu'il importe bien plus de connaître pour le chirurgien, c'est le mode de formation du sac, la manière dont il se rétrécit au collet, comment il se comporte dans les cas de guérison radicale ou non radicale, et enfin comment se forme le collet unique agent d'étranglement.

Mode de formation du sac herniaire. — Il y a en avant des intestins, entre l'orifice interne du canal, une sorte de membrane séreuse du péritoine qui est doublée par le *fascia propria*. Cette membrane est comme une toile tendue pour arrêter les viscères. Comment donc se forme le sac? M. J. Cloquet a parfaitement éclairé cette question. Il a démontré que sur le cadavre, si l'on pousse avec le doigt le péritoine dans l'anneau, comme il n'est pas très adhérent, on attire ainsi les portions voisines. Ce n'est donc pas par amincissement ni distension des membranes, mais bien par la commotion des tissus que se forme le sac herniaire. Ceci est, du reste, évident par l'examen du collet du sac, qui est toujours plissé. Quelquefois pourtant il s'allonge en même temps qu'il se déplace. La forme de l'orifice change selon que la hernie est plus ou moins ancienne; il est arrondi ou oblong, quelquefois triangulaire; ce n'est souvent qu'une simple fente; et dans des cas assez rares il est comme fermé par un de ses bords, qui fait l'orifice de valvule.

La forme du sac varie selon les diverses espèces de hernies : et dans les hernies inguinales, les seules qui nous occupent ici, elle change avec la variété elle-même. Ainsi, il est conoïde dans les pointes. Quand la hernie est dans le canal, il prend des formes appropriées; il est globuleux, ovoïde, ellipsoïde ou digitiforme, surtout chez les sujets robustes, le sac pénétrant dans le canal sans le dilater. Quand la hernie a fait saillie à travers l'anneau externe, il est sphéroïde; puis enfin, quand la hernie est dans le scrotum, il a la forme d'une poire renversée.

Mode de formation du collet. — L'orifice est souvent plus large que le fond. Dans les hernies récentes, on trouve des plis rayonnés au collet du sac, et qui ressemblent à ceux d'une bourse que l'on plisse. Mais le canal n'est pas toujours dilatable, et il arrive que ces plis se réunissent entre eux et présentent une sorte de cicatrice que M. Jules Cloquet appelle stigmate. Ces plis sont quel-

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18 et 28 février.

quefois rayonnés à toute la circonférence; souvent ils sont où le péritoine se réfléchit sur le bord du *fascia transversalis*. Dans les anciennes hernies, l'orifice est plus étroit que le fond.

Quand le sac s'est dilaté dans le canal inguinal ou dans le scrotum pourvu d'un crémaster solide, il est dilaté par l'effort des viscères. Si donc on rentre la hernie, le sac présente à son collet des plis semblables à ceux d'une vessie que l'on a vidée.

Il se présente maintenant une question de pratique fort importante. Peut-on faire rentrer le sac? Lorsqu'on réduit une hernie de la première période, s'il n'y a point d'adhérences du sac, on peut le faire rentrer en même temps que l'intestin; mais dans d'autres hernies sorties, rien ne peut assurer si le sac est rentré ou non. A ce sujet, M. J. Cloquet a fait un travail magnifique; sur plus de 200 hernies qu'il a examinées sur le cadavre, il n'a jamais pu faire rentrer le sac herniaire.

Il ne peut y avoir qu'une exception, c'est lorsque l'étranglement se produit par le collet du sac; alors on peut quelquefois faire rentrer le sac avec la hernie qu'il contient. Ce sac rentre-t-il au taxis ordinaire? Non; il rentre quelquefois au taxis forcé, lorsqu'il y a peu d'adhérence avec les tissus voisins. Il est d'autres causes sous l'influence desquelles il peut rentrer.

M. J. Cloquet a vu des hernies rentrer sous l'influence d'une grossesse, la matrice alors distendait le péritoine et faisait rentrer le sac; mais souvent la hernie reparaissait après l'accouchement. Les mêmes phénomènes sont produits chez l'homme par une rétention d'urine. J'ai vu une fois une hernie spontanée secondaire faire rentrer une hernie primitive et ramener le sac à l'intérieur: c'était une autre anse du même intestin qui faisait saillie au côté opposé; le péritoine lui-même avait suivi l'intestin. Il peut arriver que le sac paraisse rentrer seul, c'est lorsque le malade est par un autre motif obligé de garder le lit pendant longtemps; la hernie rentre alors sous l'influence du repos; une fois rentrée, les intestins dilatent le péritoine et font ainsi rentrer le sac. Dans tous ces cas, il ne faut pas qu'il y ait la moindre adhérence aux tissus voisins. M. J. Cloquet avait parlé de la rentrée du sac par simple rétraction du tissu cellulaire ambiant, ou par contraction du crémaster; mais il n'a donné aucun exemple sur ces deux cas de guérison. Pour moi, je ne les admets pas. Le sac lui-même peut contracter des adhérences avec l'épiploon; souvent il y a un grand épaississement qui vient jusqu'à l'état cartilagineux; il joue peu de rôle dans l'histoire des hernies; son collet est beaucoup plus important à connaître, surtout pour l'étranglement.

Dans un sac herniaire on distingue l'*orifice*, le *corps* et le *fond*. Cet orifice prend le nom de collet lorsque par une cause quelconque il vient à s'indurer, et que tous les plis qui existaient ont disparu et sont réunis par des cicatrices. Le collet peut être ou non adhérent aux anneaux; dans la majorité des cas, il n'y a pas d'adhérences; dans d'autres, les adhérences sont en quelques points ou en un point seulement; enfin, et c'est l'exception, il peut être adhérent à toute sa circonférence. D'où viennent ces adhérences? Elles viennent, comme celles des autres parties du corps, d'une inflammation. Lorsque chez le fœtus il y a, après le prolongement du péritoine, pour accompagner le testicule, oblitération du canal, cette oblitération est le résultat d'une atrophie par inutilité, ainsi que l'oblitération de l'artère ombilicale. De même aussi l'on voit des sacs herniaires s'atrophier tout entiers par inutilité; mais ici faut-il admettre que le collet seul puisse s'atrophier quand le sac demeure dans le même état? Non, le sac ne s'atrophie pas; les adhérences qu'il contracte avec les anneaux sont le résultat de l'inflammation, de même que celles qu'il contracte avec lui-même.

Jules LEY.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. DIEULAFOY.

Blessure de l'artère cubitale. — Guérison par le perchlorure de fer.

(Observation recueillie par M. V. COLLONGUES, interne à l'Hôtel-Dieu.)

Belmas (Antoine), âgé de trente-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 4 décembre 1853. Il est couché au n° 2, salle Saint-Lazare. Il vient de se faire une blessure de l'artère cubitale en frappant avec une bouteille sur une table autour de laquelle il était réuni avec quelques-uns de ses amis; la bouteille s'est brisée, et un des fragments a pénétré dans le tiers inférieur de l'avant-bras du côté droit. La division de l'artère cubitale s'en est suivie, et il s'est produit aussitôt un jet de sang dont la force d'impulsion était en harmonie avec la force de la systole et le calibre de l'artère. Il est conduit aussitôt à l'Hôtel-Dieu, et l'interne de service applique sur la plaie une pièce de deux francs; il arrête par la compression l'écoulement de sang. Il envoie chercher en même temps un hémostatique, et on lui apporte, quelques instants après, l'eau de Pagliari, au même moment où M. Laforgue arrive dans la salle où reposait le malade. Celui-ci eut l'idée de faire la ligature; cependant, voyant que la compression avait produit un bon effet, puisqu'un caillot s'est formé, caillot qui est assez dur pour résister à l'action dissolvante de l'eau chaude, il pose sur les lèvres de la plaie une boulette de charpie trempée dans l'eau de Pagliari et maintenue avec une compresse et une bande.

Le lendemain, à la visite ordinaire, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite. M. Dieulafoy fit introduire dans la plaie une goutte de perchlorure de fer. Cette prescription fut exécutée pendant trois jours, de manière à faire pénétrer le perchlorure jusque sur les lèvres de la solution de continuité de l'artère. Aucun symptôme fâcheux n'est venu contre-indiquer l'usage de ce puissant hémostatique, et dès le 7 décembre on soignait la plaie de manière à hâter la cicatrisation. Cette cicatrisation s'est opérée du 8 décembre au 28 du même mois; alors la cicatrice s'est montrée assez résistante pour n'exiger qu'un bandage contentif.

Le 3 janvier 1854, le malade est parfaitement guéri, et ne présente qu'un peu de roideur dans le petit doigt et l'annulaire de la main du côté malade.

Le 15 janvier cette roideur a disparu.

Nous nous permettons quelques réflexions à la suite d'un cas aussi remarquable, à cause de l'usage qu'on a fait du perchlorure de fer. Nous sommes en effet amené à penser que c'est à cet agent hémostatique que l'on doit attribuer cette guérison. Pourrait-on la rapporter à la compression qui a été appliquée dès que le malade est entré à l'Hôtel-Dieu? Evidemment non, puisque la compression n'a amené que la formation d'un caillot, qui, bien qu'il ne fût pas détruit d'abord par l'eau chaude, laissait les lèvres de la plaie béantes le lendemain, et si l'artère n'a pas donné d'hémorrhagie pendant la nuit, on le doit à l'usage de l'eau de Pagliari. Or, est-ce l'eau de Pagliari qui a arrêté l'écoulement du sang d'une manière définitive? Mais il nous souvient qu'il y a dix-huit mois, un homme qui portait une lésion de l'arcade palmaire fut soumis au traitement par l'eau de Pagliari, et cet hémostatique devenant insuffisant, on dut se décider à faire la ligature de l'artère radiale et de l'artère cubitale. Nous sommes donc amené à penser que c'est au perchlorure de fer que le malade doit sa guérison.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Observation de purpura hemorrhagica traité par la térébenthine.

Par M. Georges WILLIS, D.-M.

Je fus appelé le 10 novembre 1853 auprès d'un jeune homme de bonne famille, âgé de vingt-deux ans, et qui environ quinze jours auparavant jouissait encore d'une très bonne santé. A la suite d'un refroidissement, il se plaignit d'une toux insupportable.

Le 9 novembre, il rendit en toussant une grande quantité d'un sang noir et continua à expectorer le même liquide toutes les fois qu'il toussait jusqu'au moment de ma visite.

Je tournai d'abord mon attention vers la poitrine et ne trouvai aucune particularité dans le bruit respiratoire.

Le pouls, à 96 par minute, était rebondissant. La langue était chargée et offrait à sa surface une tache noire de la grandeur d'un schelling; on trouvait beaucoup de ces mêmes taches, mais plus petites, sur les gencives.

Je demandai à voir les membres, et les trouvai couverts de taches semblables à des ecchymoses, mêlées à un grand nombre de petites pétéchies d'un brun noirâtre.

Le diagnostic était suffisamment clair. Mais, comme mon malade était d'une condition sociale assez élevée, comme en tout temps il avait eu une nourriture généreuse, que de plus il habitait une localité très saine, je ne pus d'abord me rendre raison de ces symptômes si évidents de purpura hemorrhagica, ni rapporter à une autre affection ce concours de symptômes et de circonstances. Ces pensées me portèrent à prendre de plus amples informations sur les habitudes de mon client; j'appris alors que, grand fumeur, il expectorait une quantité de salive énorme et qu'il était dans un état continuel de salivation.

J'ordonnai: mixture acide, une dose de pilules apéritives, car les intestins n'étaient pas libres.

Les trois jours suivants, même traitement, en ajoutant un grain d'ipécacuanha aux pilules. L'hémoptysie céda.

Le 13, le malade souffrit pendant la nuit d'une manière cruelle dans un testicule; la douleur disparut, mais le malade observa du trouble dans son urine. Je vis, en effet, qu'il avait rendu beaucoup de sang en urinant.

Le 15, les intestins sont libres, mais l'urine conserve toujours le même aspect. Les taches de la langue ont disparu: deux petites paraissent seules sur la lèvre supérieure et le côté du nez. — Même traitement.

Le 16, pas d'amélioration. Je change le traitement. Suspendre les acides et les remplacer par la térébenthine selon la formule suivante:

Essence de térébenthine	8	grammes
Sucre blanc	8	—
Poudre d'acacia	8	—
Teinture de lavande	4	—
Eau de menthe poivrée	250	—

Faites une mixture (1).

Le malade en prit une once par jour.

Le 17, l'urine est plus claire. — Régime: huîtres, et lait *ad libitum*.

Le 20, la térébenthine, toujours employée, produit les meilleurs effets. L'urine affecte sa couleur normale, et le malade exprime lui-même le bien qu'il éprouve. Je lui permets de se lever et de continuer à prendre la mixture, pour laquelle il n'accuse aucun dégoût.

Le 23, les taches ecchymotiques ont disparu généralement, laissant seulement une trace pâle qui indique leur contour, comme cela se voit à la suite d'une contusion. Je suspends la térébenthine, et je prescris à sa place quelques gouttes de muriate de fer deux fois par jour, avec une pilule de rhubarbe comme apéritif.

Depuis cette époque, aucun des symptômes que nous avions pu étudier n'a reparu.

RÉFLEXIONS. — Je ne commenterai pas ce cas, malgré la conviction où je suis qu'il pourrait former le texte de longues et utiles recherches. Je me contenterai d'arrêter l'attention du lecteur sur trois points:

(1) La térébenthine va très bien sous cette forme, si on la mêle avec soin. On pile d'abord ensemble la poudre et le sucre; on ajoute ensuite la térébenthine, et enfin la teinture et l'eau.

1° Sur le caractère étendu des manifestations locales du désordre du sang, indiqué par une grande éruption et par la libre exsudation du sang par les muqueuses de l'organe respiratoire, des reins et de la vessie;

2° Sur la cause de l'état morbifique du sang. N'est-ce pas l'abus du tabac? Pour moi, je ne vois pas d'autre cause. Je crois que la fumée de tabac, longtemps inhalée, possédant des propriétés narcotico-irritantes, est aussi capable d'amoindrir la consistance du sang que les autres agents de la même espèce, et que l'*essence* des symptômes du *pourpre* consiste dans la fluidité ou *défibrination* du sang.

3° Le traitement de ce cas est une excellente preuve de l'efficacité de la térébenthine dans le pourpre, et justifie les recommandations du docteur Nechigan sur ce sujet. (*Monthly journal.*)

MALADIES DES YEUX. — M. COURSSERANT.

Extraction de deux cataractes. — Difficultés extrêmes dans le manuel opératoire.

S'il est vrai que chacun de nous s'éclaire dans sa pratique non-seulement de sa propre expérience, mais encore de celle des autres, les quelques lignes suivantes ne paraîtront peut-être pas sans intérêt, car elles sont l'expression fidèle de l'une des plus grandes difficultés, de l'une des plus grandes complications qu'on puisse voir surgir pendant l'extraction de la cataracte; et tout en démontrant combien il est nécessaire, en pareille occurrence, de sacrifier le brillant et la rapidité du manuel opératoire à une sage et prudente lenteur, elles mettent en pleine lumière toutes les ressources qu'on peut attendre d'une persévérante patience.

Le nommé Bouilhas, cultivateur à Terrasson (Dordogne), est affecté d'une double cataracte: quoique les arcades sourcilières soient fortement accusées et le globe oculaire assez enfoncé dans l'orbite, je pratique l'extraction à lambeau supérieur en présence de M. le docteur Buisson. A peine la ponction et la contre-ponction sont-elles faites que, le malade contractant avec une violence extrême tous les muscles de la face et de l'œil, ce dernier, comme s'il était attiré en arrière par un muscle rétracteur semblable à celui qu'on trouve chez certains animaux, s'enfonce profondément dans l'orbite, et rend par là la manœuvre du kératotome d'une difficulté extrême; d'un autre côté, l'aide, sentant la paupière glisser peu à peu sous ses doigts, m'avertit de l'impossibilité où il se trouve de maintenir convenablement relevé le voile palpébral, lequel s'était déjà abaissé assez pour couvrir la moitié supérieure de la cornée. En proie à la plus vive inquiétude que faisait naître en moi le pressentiment des difficultés que devait nous amener un tel état de choses, je poussai lentement le couteau à travers la plaie cornéenne, lorsque le soleil, se dégageant brusquement de derrière un nuage, vint donner en plein dans la fenêtre au-devant de laquelle nous étions placés, et provoqua une contraction si vive et si subite à tous les muscles de l'œil, que le tarse de la paupière supérieure, s'étant luxé et abaissé en avant et en bas, vint se placer sur le tranchant de l'instrument; bien plus, le globe oculaire s'allongeant en cône à travers l'ouverture palpébrale, l'iris vint faire hernie des deux côtés de la section de la cornée et se mettre pour ainsi dire à *cheval* sur le kératotome.

Pour des raisons faciles à comprendre et que par conséquent je passerai sous silence, toute réduction de l'iris étant impossible, je me décidai à achever lentement la section de la cornée, de telle sorte que toute la moitié supérieure du voile iridien fut sacrifiée et que l'arête postérieure du tarse fut incisée dans une certaine étendue. Pendant cette manœuvre, quoique les contractions musculaires fussent extrêmes, et que le globe oculaire, après la sortie de l'humeur aqueuse, obéissant à la pression exercée sur lui par tous les muscles de l'œil, ressemblât bien plus à un cylindre allongé entre les paupières qu'à un corps sphérique logé dans la cavité orbitaire, la section de la cornée put être achevée sans accidents nouveaux, sans renversement du lambeau, sans perte aucune de la plus petite quantité d'humeur vitrée.

Le premier temps de l'opération exécuté sur l'œil gauche, il fallut le répéter sur l'œil droit; mais, comme en l'absence même de toute action de l'instrument tranchant la contraction musculaire persistait et dans l'orbiculaire et dans tous les muscles de la face, à tel point que le malade, malgré tous les efforts de sa volonté, ne pouvait parvenir à entr'ouvrir même légèrement les paupières tant d'un côté que d'un autre, nous fûmes d'avis, M. le docteur Buisson et moi, d'attendre que le spasme musculaire se fût dissipé avant que de commencer l'opération sur l'œil droit. Une demi-heure environ s'étant écoulée sans qu'aucun changement se fût opéré dans l'état du malade, nous dûmes passer outre. Ce fut avec la plus grande peine et après plusieurs tentatives que l'aide parvint à relever la paupière supérieure et à découvrir le globe oculaire; mais à peine l'œil fut-il chargé sur le couteau que toutes les difficultés et toutes les complications (sauf celle des rayons solaires) déjà signalées pour l'œil gauche se reproduisirent pour l'œil droit avec une telle contraction dans les muscles de l'œil qu'une hernie considérable de l'iris s'étant faite des deux côtés de la section, et l'œil du malade s'étant presque entièrement caché derrière la paupière abaissée et luxée, je résolus de terminer la section cornéenne bien en avant de l'insertion de la cornée à la sclérotique: j'évitai par là la blessure de l'iris; mais j'eus le grave inconvénient d'avoir une ouverture cornéenne trop petite pour le passage libre du cristallin, ainsi que le démontrera la suite de cette observation.

La kératotomie supérieure terminée sur les deux yeux, il restait à procéder au second temps de l'opération, c'est-à-dire à la sortie du cristallin; or, si l'on songe que pendant une heure la contraction spasmodique des muscles de la face a été telle que le malade n'a pu de lui-même entr'ouvrir les paupières et que les tractions les plus légères exécutées par l'aide sur la paupière supérieure dans le but de découvrir la cornée provoquaient des contractions énergiques dans les muscles du globe, lequel fuyait en outre en haut et en dedans de manière à ne

présenter à l'opérateur à travers la fente étroite des paupières que le limbe inférieur de la cornée; si, d'un autre côté, on réfléchit combien en pareille circonstance il devait être difficile de faire arriver le kystitome dans l'ouverture pupillaire, de déchirer la capsule et de faire sortir un cristallin que l'application de la paupière sur la face antérieure de la cornée retenait dans le champ pupillaire et entre les lèvres de la cornée, on comprendra à quelle cruelle épreuve a été mise notre patience, et à quelles angoisses nous avons été en proie lorsque le cristallin droit, engagé entre les lèvres de la cornée dont l'ouverture était trop petite, n'a pu être dégagé qu'à l'aide de tractions exercées avec une pince fine, simulant par là pour ainsi dire une véritable délivrance par l'application du forceps. Les deux cristallins extraits, il nous fut possible de constater une transparence parfaite dans les deux pupilles. Quelques bandelettes de taffetas d'Angleterre appliquées sur l'œil, quelques tours de bandes autour de la tête composèrent tout l'appareil de pansement.

Le soir le pouls devint plein et développé, la peau brûlante; le malade accusa des élancements dans l'œil. M. le docteur Buisson pratiqua une large saignée, qui arrêta entièrement ce commencement de réaction fébrile. Les bandelettes ayant été levées le cinquième jour, les deux pupilles se montrèrent d'une netteté et d'une transparence parfaites; la régularité de la réunion par première intention ne laissait rien à désirer.

Le sixième jour, le malade, ayant voulu manger une soupe aux haricots, fut pris subitement d'un accès de toux intense, provoqué par quelques gouttes de liquide ou par tout autre corps étranger tombé dans la trachée-artère, et ressentit dans l'œil droit *comme un coup de pistolet.*

A partir de ce moment, l'œil devint le siége de battements profonds et de douleurs vives, lesquelles persistèrent pendant trente-six heures environ, sans qu'aucun traitement fût dirigé contre elles. Comme les larmes s'accumulaient derrière les paupières, le malade eut le tort d'en favoriser l'écoulement par des contractions fréquentes du muscle orbiculaire.

J'étais absent de Terrasson au moment du développement de ces accidents locaux. A mon arrivée auprès du malade, quarante-huit heures environ après ma dernière visite, j'appris et le développement des accidents et la cessation spontanée des douleurs. L'inspection attentive de l'œil me révéla un soulèvement de la cicatrice et une opacité grisâtre au centre de la pupille. Au reste, le malade distinguait assez bien de cet œil la forme et les contours de tous les objets qu'on lui présentait. Quant à l'œil gauche, la pupille était large et d'une netteté parfaite.

Le lendemain je quittai Terrasson, et comme je n'ai reçu aucune nouvelle de ce malade, je termine là cette observation, qui est remarquable à plus d'un titre, et qui nous donne l'exemple d'une double extraction de cataracte ayant duré deux heures environ, et ayant présenté les plus grandes difficultés d'exécution opératoire qu'il m'ait été permis d'observer et dans ma pratique propre et dans celle de tous ceux qui furent mes maîtres, dans celle même de l'ophthalmologiste le plus répandu de Paris, M. le docteur Sichel, mon excellent maître et mon ami.

Sur les propriétés purgatives du rhamnus frangula.

Le *rhamnus frangula*, nerprun bourdaine, est un grand arbrisseau indigène, très commun dans les endroits humides des forêts, dont l'écorce fraîche, donnée à la dose d'une demi-once à une once pour une décoction de six onces, provoque ordinairement de nombreux vomissements, accompagnés quelquefois d'évacuations alvines; tandis que sèche et vieille d'une année, cette écorce, à la même dose, est un purgatif excellent, et peut être même le meilleur purgatif que nous ayons, comme simple évacuant, parmi les purgatifs indigènes.

En effet, dit M. Ossieur, qui depuis cinq ans en a fait l'expérience sur un grand nombre de personnes et sur lui-même, le *rhamnus frangula* produit des selles molles, sans douleur aucune, ne détermine jamais ni irritation des muqueuses, ni relâchement intestinal, ne donne pas lieu à un retard consécutif des selles; enfin, loin de déranger les fonctions digestives, il semble, au contraire, les rendre plus actives. C'est donc un purgatif doux, un évacuant pur et simple, qui opère sans occasionner aucun trouble momentané ou consécutif, et qui doit à ces circonstances de pouvoir être employé sans inconvénient dans beaucoup de cas, et en particulier dans la constipation habituelle des vieillards.

D'après M. Ossieur, le meilleur mode d'employer ce purgatif consiste à prendre les tiges sèches, non dépouillées de leur écorce et coupées menu, que l'on fait bouillir dans une quantité donnée d'eau; on avale une tasse de cette décoction saturée, que l'on peut édulcorer à volonté. Le plus souvent deux heures après a lieu, sans coliques, une évacuation de matières fécales. Le rhamnus frangula présente enfin le grand avantage qu'il est à la portée de tout le monde et sans valeur vénale.

(*Annales méd. de la Flandre occidentale.*)

CORRESPONDANCE.

Paris, le 3 mars 1854.

A monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hopitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

La manière dont le numéro du 2 mars de la *Gazette des Hôpitaux* rend compte du mémoire sur le choléra asiatique que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie de médecine, séance du 28 février dernier, m'impose l'obligation de vous adresser la réclamation suivante, laquelle, j'ose l'espérer, connaissant votre justice et votre impartialité, vous voudrez bien insérer dans votre plus prochain numéro.

Votre savant journal s'exprime ainsi à cet égard dans son procès-verbal de cette séance :

« M. Thomas, correspondant de l'Académie, lit un nouveau mémoire qui est un résumé des communications déjà faites par lui sur le choléra observé en 1832 et 1833 à la Nouvelle-Orléans et sur les épidémies qu'il a observées dernièrement pendant ses voyages dans le nord de l'Europe. »

Le mémoire que j'ai lu, monsieur et très honoré confrère, n'est point un résumé de mes communications précédentes à l'Académie. Il y a déjà quelque temps qu'un semblable résumé avait été présenté par moi à cet illustre corps. Si M. le rédacteur du procès-verbal eût bien entendu ma lecture, il eût vu que je ne fais qu'y mentionner pour ainsi dire ces communications, et que mon travail contient principalement ma manière de voir en général sur le choléra asiatique, ses causes, son essence, son traitement, tout ce que je pense enfin relativement à cette maladie redoutable, travail d'ailleurs que j'avais annoncé à l'Académie devoir lui soumettre plus tard dans les communications précitées.

Mais la partie la plus importante de mon mémoire, celle surtout qu'il m'eût été si agréable de trouver dans le compte rendu de la séance du 28 février par votre excellent journal, qui n'y était pas, malgré la promesse qu'avait bien voulu me faire de l'y insérer un de vos honorables collaborateurs auquel le bureau m'avait dit de m'adresser à cet effet, c'est la mesure que je conseille, dans mes conclusions, de demander au gouvernement l'édification d'un ou plusieurs établissements construits dans les parties élevées de Paris, d'une salubrité reconnue, susceptibles d'être convertis en hôpitaux lors des épidémies de choléra, qui, selon moi, sont toujours à craindre à l'avenir, cette affection si grave me paraissant naturalisée parmi nous, et destinés alors à recevoir les malades indigents, forcément logés dans les quartiers bas, humides et malsains de la ville, où, toutes choses égales d'ailleurs, nous savons tous par expérience que le choléra asiatique sévit avec beaucoup plus de fureur et de danger que dans les parties élevées et bien aérées.

Cette proposition que je fais me semble capitale, j'ose le dire, et je crois que si au moins on voulait l'essayer en établissant, seulement d'abord à titre d'essai, comme je le dis dans mon mémoire, un hôpital dans un des lieux que j'indique, terminé à temps pour y recevoir des malades ce printemps, dans l'éventualité d'une réapparition du fléau que je redoute, on s'en trouverait si bien que d'autres analogues le suivraient plus tard, autant que le permettraient les ressources dont on pourrait disposer pour cela.

Agréez, etc. Thomas, d.-m.-p.

P. S. Je parle aussi dans mon mémoire assez longuement de ma manière de voir relativement à la propriété non contagieuse du choléra. Je regrette également beaucoup qu'il n'en soit nullement question dans votre journal, si justement répandu dans le monde médical.

27 février 1854.

Monsieur,

Plusieurs journaux ayant rendu compte de mes expériences sur l'anesthésie locale, je dois, pour rendre hommage à la vérité, déclarer qu'en effet un jet de vapeur de chloroforme projeté pendant cinq à six minutes sur les gencives qui environnent les dents malades détermine dans les mâchoires une insensibilité manifeste; mais ces organes sont de trop près en contact avec les voies aériennes pour que le chloroforme n'agisse pas en même temps d'une manière générale sur l'économie : aussi tous les individus qui se sont prêtés à mes expériences ont-ils accusé un commencement d'ivresse.

Est-ce donc bien à l'anesthésie locale seule, ou bien à la première période de l'éthérisation qu'il faut attribuer le succès? L'avenir décidera.

Ce qu'il y a de certain pour le moment, c'est que l'insensibilité des mâchoires arrive, par ce procédé, sans que l'anesthésie générale soit avancée.

Ne pourrait-on pas, dans les opérations chirurgicales plus importantes, combiner l'action locale du chloroforme avec l'action générale, afin d'éviter de pousser loin cette dernière? C'est une expérience à faire.

Agréez, etc. A. Delabarre, médecin dentiste.

Les quelques cas de choléra dont nous avons parlé depuis quelques jours ne sont malheureusement pas restés isolés. Ce matin, en allant à la Charité pour connaître l'issue des deux derniers cas dont nous avons rendu compte, voici ce que nous avons vu :

D'abord, la malade de M. Piorry, que nous avions trouvée, avant hier encore, dans un état fort grave, et sur le compte de laquelle nous avions porté un pronostic peu favorable, est aujourd'hui en pleine convalescence. Mais il n'en a pas été de même de la femme du n° 4 (service de M. Briquet). Cette femme, ainsi que nous ne l'avions que trop prévu, a succombé dans la journée. Quatre cas nouveaux se sont développés depuis dans cette même salle :

Au n° 19, sur une jeune femme de vingt et un ans, convalescente d'une scarlatine, et qui souffrait encore beaucoup d'une angine scarlatineuse. Cette femme a été prise, dans la journée de samedi, de vomissements et de selles abondantes avec refroidissement de la peau, abaissement du pouls, commencement de cyanose, altération des traits, etc. Elle est assez promptement entrée en réaction; mais les évacuations, quoique moins abondantes, persistent encore. Les selles de cette malade sont des plus caractéristiques; elles offrent l'aspect de décoction de riz que nous avions signalé chez la malade du n° 4.

Au n° 33, chez une femme de vingt-cinq ans, hystérique, qui présente des phénomènes d'hyperesthésie générale assez curieux, et qui a été prise de diarrhée et de selles cholériques dans la nuit du samedi au dimanche. La diarrhée persiste encore ce matin; mais la maladie n'a pas encore dépassé la première période.

Au n° 39, celle-ci a été presque foudroyée. C'est une femme qui était entrée dans les salles pour une vaginite; rien n'accusait encore chez elle le samedi, dans la journée, de trouble notable de la santé. Elle a été prise dans la nuit du samedi au dimanche, à deux heures, de selles extrêmement fréquentes et abondantes, blanches, tout à fait caractéristiques. Cette première période de la maladie a duré quatre heures. A six heures du matin, il est survenu des nausées, suivies de vomissements aqueux, avec continuation des selles. Trois heures plus tard, à neuf heures, est survenue la période algide; la malade est devenue froide, cyanosée; le pouls a complétement disparu, la voix s'est éteinte; elle est morte dans la journée de dimanche.

Le quatrième cas est celui d'un homme sur les antécédents duquel nous n'avons pas de renseignements précis, qui a été également pris dans les salles dans la nuit du samedi au dimanche, et qui est mort dimanche dans la journée.

Enfin, au moment de la visite on a amené du dehors dans les salles de M. Briquet une femme couchée au n° 40, qui a été prise le 3 mars de gargouillements suivis de selles liquides, claires et copieuses. Les selles ont continué le lendemain 4; ce jour-là elle mangeait encore; la nuit du 4 au 5 a été assez bonne. Ce n'est que le 5, le deuxième jour de l'invasion, que se sont manifestés les symptômes cholériques proprement dits : nausées, vomissements, céphalalgie, éblouissements, crampes, selles blanches. Ce matin 6, au moment où elle est entrée à l'hôpital, les symptômes cholériques étaient à leur summum d'intensité. Il y a tout lieu de craindre que cette femme ne succombe dans la journée.

Dans le service de M. Rayer, salle des hommes, 6 malades ont été pris depuis ces deux derniers jours de symptômes cholériques plus ou moins graves. L'un est mort hier (le n° 4); un deuxième, au n° 25, était mourant au moment où nous l'avons vu. Deux autres malades, l'un convalescent d'une variole, n° 15, l'autre phthisique, n° 26, sont très gravement atteints. Deux autres, enfin, n° 5 et n° 20, ont une cholérine assez intense.

Somme toute, voici depuis deux jours, et seulement à l'hôpital de la Charité, 14 malades, dont 13 pris dans les salles et 1 seul venu du dehors.

Il n'est peut-être pas inutile de remarquer (quoique nous ne voyions là qu'une simple coïncidence) qu'à l'exception de deux ou trois, tous les cas dont nous venons de parler (comme ceux que nous avons mentionnés la semaine dernière) se sont développés dans les salles qui, au mois de décembre dernier, avaient été consacrées aux cholériques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Un concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira le 10 avril prochain, dans l'amphithéâtre des hôpitaux, rue Neuve-Notre-Dame, 2, à midi.

Les anciens élèves des hôpitaux et les élèves en exercice sont seuls admis à concourir.

Le registre d'inscription, ouvert depuis le 4 mars, sera clos le 20 de ce mois.

Il y aura deux épreuves orales sur l'anatomie et la physiologie, une épreuve écrite et deux épreuves sur le sujet.

Les fonctions du prosecteur qui sera nommé sont limitées à quatre ans.

— Les travaux intérieurs de l'hôpital de Lariboisière, dont l'ouverture est depuis longtemps désirée, sont entièrement terminés aujourd'hui. Les services de médecine et de chirurgie sont organisés, et l'on peut espérer que les malades seront admis vers le mois de juin dans cet établissement hospitalier, dont les travaux de construction, d'appropriation et d'aménagement n'auront pas nécessité moins de sept années. Ce fut en effet en 1844, que la création d'un hôpital modèle fut décidée sur les terrains de l'ancien enclos de Saint-Lazare. Le 12 mai 1845, les plans furent arrêtés par l'administration municipale. Ils ont été dessinés par M. Marchebens, architecte du gouvernement. L'année suivante, les travaux furent commencés avec un crédit de 2,600,000 francs, sous la direction de M. Gauthier, architecte de l'édifice.

Huit cents ouvriers furent employés à ces travaux de construction pendant les deux premières campagnes, et toute la grosse maçonnerie était presque entièrement achevée à la fin de 1847. Ce vaste hôpital, dont le caractère d'architecture est simple, mais fort bien approprié à sa destination, se compose de cinq grands pavillons à deux étages, qui sont orientés de l'est à l'ouest et entièrement isolés les uns des autres.

Jusqu'à la révolution de février, l'hôpital du clos Saint-Lazare porta le nom du roi Louis-Philippe. Il prit ensuite ceux de la République ou du Nord. Le 5 mai 1849, Mme de Lariboisière ayant fait à la ville de Paris un legs de deux millions pour construire un établissement hospitalier, l'administration municipale affecta cette somme aux derniers travaux à exécuter dans cet hôpital, qui depuis a reçu le nom de la généreuse donatrice. (*Siècle.*)

— La *Gazette médicale de Lyon* annonce l'installation du nouveau conseil d'administration des hospices de cette ville, qui vient d'être partiellement renouvelé, et qui pour la première fois depuis 1830 ne compte aucun médecin parmi ses membres. Autrefois, ajoute ce journal, l'administration désignait au choix du ministre de l'intérieur les personnes qu'elle jugeait aptes à gérer le patrimoine des pauvres; actuellement le premier magistrat du département nomme directement et sans présentation. L'avenir décidera si l'on doit regretter un mode d'élection qui avait produit de bons résultats, en constituant une administration intègre, indépendante et dévouée.

— La Société de médecine de Lyon a voté à l'unanimité et sans discussion une allocation de 200 francs à l'Association médicale de prévoyance du Rhône.

Le Secr.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — FORT DE MONTROUGE. Observations de métastase des oreillons sur les testicules. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Fausse membrane expulsée mensuellement par l'utérus. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. Eaux minérales. — Observations de chirurgie. — Tumeur érectile de l'oreille droite. — Nomination d'un président. Elève des sangsues. — Anatomie pathologique et traitement de l'affection calculeuse du foie. — ACADÉMIE DES SCIENCES. Anatomie physiologique et pathologique du cristallin. — Cause commune du choléra et des maladies des végétaux. — Traitement préservatif et curatif du choléra par l'acide sulfurique dilué et les bains salés. — De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme. — De l'iode comme contre-poison du curare. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Champouillon. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Traité élémentaire des maladies de la peau.

PARIS, LE 8 MARS 1854.

Séances des Académies.

Deux rapports intéressants et une bonne lecture ont rempli la séance de l'Académie de médecine. C'est à MM. Velpeau et Soubeiran que sont dus ces rapports.

M. Velpeau avait à examiner un mémoire de M. Peixoto (de Rio-Janeiro), dans lequel sont rassemblés des faits nombreux de guérison d'éléphantiasis des Arabes par l'opération, des observations de lithotritie, et un fait qui a paru surprenant de guérison d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique par l'application d'une ligature d'attente. Comme MM. Velpeau et Malgaigne, ce fait nous étonne, et nous sommes porté à croire à quelque erreur de la part de notre honorable confrère brésilien.

Ce sont des industriels qu'avait à juger M. Soubeiran; cependant, chose rare à l'Académie, les conclusions du rapport ont été favorables, et chose plus rare encore, elles ont été adoptées sans opposition. Que dis-je, adoptées! Plusieurs membres, et entre autres M. Chevallier, ont trouvé qu'une approbation ne suffisait pas; ils ont regretté que l'Académie ne fût pas en mesure de décerner une médaille, ne fût-ce qu'une médaille de 5 francs, à l'honorable industriel qui a perfectionné d'une manière si avantageuse l'élève des sangsues.

D'autres membres, il est vrai, ont été quelque peu émus de ce mot *médailles;* on est allé jusqu'à témoigner la crainte que ces médailles ne vinssent à servir d'enseignes aux *haras* (c'est le mot employé) destinés aux sangsues. La réponse naturelle à cette crainte a été que les autres sociétés qui portent comme l'Académie le nom d'*impériales*, telles que la Société impériale d'agriculture, etc., n'avaient pas la même susceptibilité et ne s'effarouchaient pas d'avance à l'idée que les engraisseurs de bestiaux ou de terres peuvent se servir de ces médailles comme prospectus à leurs étables ou à leurs produits.

A propos de cette petite discussion, nous aurions sans doute dit ici quelques mots d'une publication qui a paru au sujet des médailles décernées à quelques-uns de nos collaborateurs et dont la liste se trouve dans notre numéro de samedi. Mais cette publication, signée d'un nom déjà flétri deux fois par les tribunaux, est conçue en des termes tels qu'un homme qui se respecte n'y saurait faire de réponse. D'ailleurs son auteur a reçu hier une leçon qui ne nous permet plus d'en parler légèrement.

Revenons donc à la séance, qui a été close par un mémoire fort intéressant de M. Barth sur les calculs biliaires.

Nous nous contenterons, pour aujourd'hui, de signaler ce mémoire à l'attention de nos lecteurs, qui en trouveront l'analyse dans le compte-rendu. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet quand le rapport en sera présenté à l'Académie.

Arrêtons-nous un instant sur un incident assez remarquable. Il s'agissait de l'élection d'un président par suite du décès de M. Nacquart. On sait que M. Jobert (de Lamballe) avait eu le bon goût de décliner la candidature; il aurait craint de paraître imposer à la Compagnie sa nomination, et a préféré se contenter de la position qu'il occupe, attendant du temps sa nomination à la présidence. On ne saurait trop approuver cette réserve. Grâce à cette circonstance, les votes de l'Académie ont été émis en toute liberté, et c'est à M. Rostan qu'est échue, à la presque unanimité, la dignité de président. M. Jobert lui a immédiatement cédé le fauteuil, et en quelques mots pleins d'esprit et de convenance, le nouveau président a adressé des remercîments à M. Jobert et à l'assemblée. Une approbation unanime a accueilli les paroles courtoises autant que spirituelles et justes du nouveau président.

L'Académie des sciences a reçu plusieurs mémoires intéressants, et entre autres celui de M. Lepetit (de Poitiers), sur le traitement du choléra par l'acide sulfurique dilué et les bains salés, dont nous avons publié une partie; celui de M. Billiard (de Corbigny), qui attribue le choléra au défaut d'ozone dans l'air.

Des expériences curieuses ont été faites par MM. Brainard et Green sur l'action antivénéneuse de l'iode contre le *curare.* Nous les rapportons avec soin, et donnons les conclusions des auteurs qui, si elles sont confirmées par d'autres effets, pourront avoir une grande importance.

FORT DE MONTROUGE.

Observations de métastase des oreillons sur les testicules.

Par M. le docteur CARLIER, médecin militaire.

La *Gazette des Hôpitaux* du 14 février dernier rapportait deux observations d'engorgement testiculaire métastatique d'oreillons par M. le docteur E. Benoît. Ainsi que notre honorable confrère, je suis étonné que des auteurs du plus grand mérite aient exprimé si franchement leur doute sur la réalité de cette métastase; aussi je viens joindre à ces deux cas les cinq qui viennent de se passer sous mes yeux, et dont je pourrais grossir le nombre si je puisais dans mes souvenirs. Mais, à l'exemple de certains auteurs modernes, je n'accorde pas grande confiance à des observations *bâties* sur des souvenirs; aussi ne mentionnerai-je que ce que j'ai vu et soigneusement noté depuis un mois au fort de Montrouge (près Paris), où mon service s'exerce sur une batterie d'artillerie forte de 98 hommes et sur cinq compagnies du 67e de ligne pouvant s'élever à 300 individus.

Voici ces observations :

OBS. I. — *Oreillon double suivi d'engorgement testiculaire gauche.*

Brouard (Auguste), premier servant à la 14e batterie du 1er régiment d'artillerie, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament sanguin, bien constitué, est pris le 2 février dernier d'un malaise général et de douleurs vagues dans la région parotidienne gauche.

Le 3, il se présente à ma visite, et je constate un gonflement manifeste aux angles des mâchoires, mais plus prononcé à gauche. La peau en ces points est tendue, un peu rouge; la pression des doigts et l'écartement des maxillaires y réveillent des douleurs vives. Le malade éprouve, en outre, un peu de lassitude et du mal de tête. Pouls 75. — Ouate sur les parties tuméfiées, 2 pédiluves, tisane d'orge; je recommande au malade de faire un peu diète.

Le 4, les symptômes inflammatoires ont augmenté d'intensité. La langue est blanchâtre; inappétence, soif. Pouls à 80.—Cataplasme opiacé sur les deux régions malades; 40 grammes de sulfate de soude, pédiluve le soir, tisane d'orge, repos au lit.

Le 5, amélioration manifeste; le gonflement a diminué de moitié.— Cataplasme opiacé comme la veille, pédiluve, orge.

Le 6, le malade ressent depuis hier des douleurs dans le testicule gauche. Cet organe est dur et douloureux à la pression, sans fluctuation aucune; son volume est doublé; la peau est rouge et tendue. J'examine avec soin la verge; j'interroge le malade, et tout me confirme que l'engorgement testiculaire n'est point dû à une maladie vénérienne ni à aucune sorte de violence extérieure. Les oreillons sont en pleine résolution.— Cataplasmes opiacés sur le testicule, ouate sur les parotides, tisane d'orge, soupe matin et soir, repos au lit.

Le 7, la nuit a été un peu agitée; le testicule est deux fois et demie plus volumineux que le droit; la peau est encore plus tendue, plus rouge, la pression plus douloureuse. Si cet état ne se fût pas amendé dans la journée, j'étais décidé à diriger le malade sur l'hôpital du Val-de-Grâce. — Frictions mercurielles sur le testicule, large cataplasme de farine de lin, 2 pédiluves, tisane d'orge, ouate sur les oreillons; je recommande surtout le repos au lit.

Le 8, diminution très notable de l'engorgement; la peau est moins tendue, moins rouge; les douleurs se sont considérablement calmées; pas de troubles généraux. — Même prescription que la veille.

Le 14, le testicule avait repris son volume normal; les douleurs avaient complétement disparu, et le malade reprenait son service le lendemain.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire des maladies de la peau, par M. le Dr M. CHAUSIT, d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de M. le Dr Cazenave (1).

Depuis cinquante ans, la pathologie cutanée a fait d'immenses progrès. Aux ouvrages remarquables pour leur époque de Lorry et de Plenck succédèrent, au commencement de ce siècle, les recherches et les descriptions déjà plus logiques de Willan et de Bateman, qui prenaient pour base de leur classification les formes élémentaires constantes sous lesquelles se montrent les maladies cutanées. Après eux vint Biett, qui, moins brillant peut-être dans son enseignement qu'Alibert, mais plus sérieux et plus profond, eut la gloire de naturaliser en France et de perfectionner la classification de Willan, au point d'en faire en quelque sorte son œuvre personnelle. Biett, on peut le dire, a créé dans notre pays, pour les maladies de la peau, la science du diagnostic.

Malheureusement Biett n'avait rien écrit, et ses doctrines eussent été perdues pour ceux qui ne l'avaient pas entendu, si deux élèves dévoués, MM. Cazenave et Schedel, n'eussent pris soin de les rassembler en présentant sous une forme didactique les documents épars dans les leçons de leur maître. Ce livre, dit M. Chausit, fut ce qu'il devait être, un manuel où les praticiens devaient trouver les éléments complets de l'étude des maladies de la peau au double point de vue de la description et du diagnostic. Il résumait le but que s'était proposé l'école de Willan, spécialiser la pathologie cutanée pour la rendre plus simple, plus précise; individualiser les maladies de la peau pour en rendre l'étude et l'appréciation plus faciles et plus exactes.

Mais bientôt le livre de Biett ne suffit plus. L'un des deux élèves qui avaient publié l'abrégé pratique des maladies de la peau, devenu maître à son tour, voulut pousser plus loin les limites dans lesquelles on avait jusqu'alors circonscrit l'étude des maladies de la peau. Il ne se contenta plus de savoir reconnaître telle ou telle éruption, d'en diagnostiquer le genre, l'espèce et les variétés; il voulut, persuadé que c'était le seul moyen de faire faire des progrès à la thérapeutique, remonter à la connaissance des causes, du siége anatomique, de la nature même des affections cutanées. Cette étude, impossible autrefois, était, il faut le dire, devenue possible jusqu'à un certain point par les conquêtes nouvelles faites en anatomie relativement à la structure de la peau plus délicatement examinée, principalement à l'aide du microscope.

Sans entrer ici dans des discussions de question de priorité pour la solution desquelles nous ne possédons pas d'éléments assez précis, nous pouvons hardiment, et sans crainte de nous tromper, affirmer que c'est aux travaux de M. Cazenave que l'on doit rapporter la plus belle portion des progrès faits jusqu'ici dans cette direction. Dès 1841, ce professeur proposait une classification en harmonie avec les tendances que nous venons de signaler. A cette époque il exposait, en présence de nombreux auditeurs, le résultat de ses laborieuses investigations, et nous nous rappelons qu'alors, à peine au sortir des bancs de l'école, nous avons nous-même publié dans la *Gazette des Hôpitaux* des leçons que nous allions recueillir à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis lors, M. Cazenave ne s'est pas arrêté dans cette voie nouvelle; il a déduit de ses travaux des conséquences pratiques en vérifiant les données diverses dans une longue suite de conférences cliniques, au milieu d'une nombreuse affluence d'élèves et de médecins français et étrangers. Mais il fallait à ces auditeurs un guide nouveau qui pût rectifier leurs souvenirs infidèles, rappeler quelquefois des détails inexactement saisis pendant une improvisation rapide. M. Cazenave pouvait-il, devait-il refaire l'*Abrégé pratique* publié de concert avec M. Schedel? Il ne le crut pas. L'œuvre collective des deux élèves de Biett restait l'œuvre du maître, monument qui devait rester intact pour représenter une époque mémorable. Aussi, M. Cazenave entreprit-il de consigner ses travaux originaux dans une splendide iconographie, dans les *Leçons pratiques sur les maladies de la peau.*

Malheureusement ce bel ouvrage, qui, lorsqu'il sera terminé, formera un digne pendant à la *Clinique iconographique* de l'hôpital des vénériens de M. Ricord, à l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, cet ouvrage, disons-nous, par son étendue, son format, son prix, n'est pas accessible à tous; et pour rendre ces doctrines populaires, il fallait que le livre où elles sont exposées puisse se trouver dans toutes les bibliothèques, sur la table du plus riche praticien comme sur celle du plus modeste étudiant.

C'est ce qu'a compris M. Chausit. Ancien interne du professeur, son auditeur assidu pendant plusieurs années, collaborateur avec lui des *Annales des maladies de la peau*, nul n'était plus à même de recueillir avec exactitude, de rédiger fidèlement, et sous ses yeux, les leçons, les documents dont M. Cazenave constituait un nouveau corps de doctrine. Le livre que nous avons sous les yeux est le fruit de ce travail, accompli, nous devons le dire, avec une intelligence et une abnégation dignes d'éloges.

Le livre commence par un historique en forme d'introduction dans lequel M. Chausit passe en revue les diverses classifications proposées depuis Plenck, Alibert et Willan pour les maladies de la peau, et fait ressortir ce que chacune d'elles avait d'incomplet ou d'irrationnel, pour arriver à celle de M. Cazenave. On sait que ce dernier a divisé la pathologie cutanée en huit groupes distincts :

1° Inflammations;
2° Lésions de sécrétion;
3° Hypertrophies;

(1) Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

OBS: II. — *Oreillon double.* — *Engorgement testiculaire gauche consécutif.*

Arnouil (Ferdinand), de la même batterie, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, a éprouvé dans la soirée du 31 janvier quelques frissons et un peu de mal de tête; il se plaint en outre de douleurs derrière les mâchoires.

Le 1er février, je constate un peu de gonflement dans les deux régions parotidiennes avec tension légère de la peau, qui est rosée; la pression des doigts y développe des douleurs vives; l'écartement des maxillaires se fait péniblement; pas de frissons depuis hier soir; peau chaude; pouls un peu plein, mais souple. Les voies digestives sont en bon état. — Cataplasmes opiacés sur les régions affectées, 2 pédiluves; tisane d'orge; la soupe pour aliment.

Le 3, le gonflement parotidien est à peine appréciable; la bouche s'ouvre avec facilité et sans douleur aiguë. — Même prescription.

Le 6, ce militaire, que je croyais guéri, se représente à ma visite et se plaint de douleurs dans le testicule gauche; cet organe est en effet tuméfié; il a une fois et demie le volume de celui de droite; la peau est tendue, un peu rouge, et une pression très modérée excite des douleurs aiguës. Pas de troubles généraux notables. Pas la moindre trace de maladie vénérienne ni d'affection organique antérieure. Le malade est à peine sorti du quartier et n'a éprouvé aucune violence extérieure. L'engorgement parotidien est totalement dissipé. — Cataplasme opiacé *loco dolenti;* pédiluve, tisane d'orge, diète. Je recommande la tranquillité au malade et l'usage d'un suspensoir.

Le 7, le testicule a presque doublé de volume; cependant les douleurs n'ont pas augmenté; le ventre est libre, l'appétit est bon. — Frictions mercurielles, cataplasme de lin, tisane d'orge, repos au lit.

Le 8, diminution notable de l'engorgement et des douleurs. — Même prescription.

Le 11, tout était rentré dans l'état naturel. Pas de gêne en marchant, plus la moindre douleur quand on presse modérément l'organe. Ce militaire a repris sa santé habituelle.

OBS. III. — *Oreillon gauche.* — *Orchite droite consécutive.*

Le 25 janvier, le nommé Capral (Jean), soldat au 67e de ligne, se présente à moi avec un gonflement considérable de la région parotidienne gauche. Le malade ouvre très difficilement la bouche. Je l'interroge, et il raconte que depuis cinq ou six jours il s'est aperçu que sa joue gauche se gonflait et devenait de plus en plus douloureuse; il éprouve en outre des frissons erratiques, une chaleur incommode pendant la nuit avec des maux de tête. Inappétence, soif; la langue est blanchâtre sur la partie médiane, rouge sur les bords. Pouls à 85, plein. La peau sèche et chaude. Je le dirige le jour même sur l'hôpital, après lui avoir fait appliquer une couche d'ouate sur la tumeur.

A son arrivée au Val-de-Grâce, on continua le même topique, et le malade était presque continuellement couché dans son lit, lorsque le 28, trois jours après son entrée, il fut pris de douleurs sourdes dans le testicule droit, qui devint deux fois plus volumineux que le gauche, au dire du malade. Pendant trois ou quatre jours, il éprouva des douleurs aiguës, et peu à peu, sous l'influence du traitement, qui consistait en des lotions saturnines et en feuilles d'ouate, le testicule reprit insensiblement le volume normal dans l'espace de dix jours.

Le 10 février, il m'est revenu au quartier débarrassé de ces deux affections, et son billet de sortie portait le diagnostic suivant: Oreillon avec métastase sur le testicule.

OBS. IV. — *Oreillon double.* — *Orchite droite consécutive.*

Le 11 février, Gavard, brigadier d'artillerie, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, mais robuste, se plaint de céphalalgie, de malaise à l'épigastre; puis me montre son testicule droit qui lui cause de vives douleurs depuis deux jours; cet organe a presque trois fois le volume du gauche; la peau est rouge, tendue; il est très dur au toucher et fort douloureux; aussi marche-t-il très péniblement. Rien du côté de la verge; le malade m'assure qu'il n'a jamais souffert des parties et que depuis quelques jours il n'a fait aucun exercice violent.

Sur mon insistance, il me raconte que le 31 janvier il a eu la joue droite gonflée, et que ce gonflement a passé deux ou trois jours après à la joue gauche; mais que, n'ayant éprouvé qu'une légère gêne, il ne s'était point présenté à la visite, et que cette indisposition s'était dissipée en appliquant un mouchoir en cravate sur la partie malade. Le 6 février, ajoute-t-il, *j'étais complétement guéri.* C'était donc deux ou trois jours après la disparition des oreillons que, sans cause appréciable, Gavard avait vu son testicule s'engorger. Comme le volume de l'organe était considérable, que l'état inflammatoire était très intense, je l'envoyai de suite au Val-de-Grâce pour y recevoir des soins plus appropriés, tels que bains, sangsues, etc., toutes choses manquant dans les forts isolés.

Le 17, je me rendis au Val-de-Grâce pour connaître l'état du malade. L'engorgement testiculaire avait diminué d'un bon tiers. L'inflammation s'étant dissipée, les douleurs s'étaient bien calmées. On traitait le malade par des lotions saturnines et des applications de coton cardé. L'état général était très satisfaisant.

Le 23, Gavard me revient en bonne santé; cependant son testicule droit, quoique sans douleur et sans inflammation, est un peu plus volumineux que le gauche. Il marche sans difficulté. Je lui donne trois jours de repos pour laisser la résolution s'achever complétement; au bout de ce temps, je le retrouve parfaitement rétabli. Son billet de sortie, signé par M. H. Larrey, portait pour diagnostic: orchite métastatique d'oreillons.

OBS. V. — *Oreillon droit.* — *Orchite droite légère consécutive.*

Mathias Félix, premier servant à la même batterie que Gavard, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, se plaint d'un gonflement douloureux à la joue droite depuis deux ou trois jours. Ce gonflement a été précédé de quelques frissons le soir, d'une grande chaleur pendant la nuit et d'un violent mal de tête.

Ce matin (16 février), la peau de la région parotidienne droite est tendue, rouge; le malade éprouve des douleurs sourdes qui deviennent aiguës quand il veut ouvrir la bouche. Pouls à 80; la peau est un peu chaude, sudorale. La céphalalgie persiste depuis deux jours. La langue est blanche; inappétence, soif. — Cataplasme sur la joue droite; 40 gram. de sulfate de soude; pédiluve le soir; diète; tisane d'orge. Je recommande au malade de garder le lit le plus possible.

Le 17, la tumeur a pris un peu d'extension; la joue est un peu œdémateuse en avant, sans aggravation des douleurs. La céphalalgie est moins vive. La peau est normale ce matin; le pouls à 65, souple; la soif éteinte. — Cataplasme opiacé, *loco dol.*; deux pédiluves, orge nitrée à 5 grammes; soupe; repos au lit.

Les 18 et 19, l'affection va s'améliorant sensiblement; le malade ouvre plus facilement la bouche; l'appétit est revenu; les nuits sont calmes. — Même prescription.

Le 20, le gonflement parotidien a beaucoup diminué; mais le malade me raconte qu'hier, dans la soirée, il a été pris de douleurs testiculaires qui l'ont beaucoup fatigué pendant la nuit. Il me certifie que, depuis qu'il est malade à la chambre il est presque constamment resté couché dans son lit. La verge n'offre aucun indice d'affection vénérienne. Le testicule droit est un peu engorgé, sans fluctuation, douloureux à une pression très modérée; la peau est tendue, sans rougeur bien caractérisée; l'organe est d'un tiers plus gros que le gauche. — Cataplasme opiacé sur le testicule, ouate sur la parotide droite, orge nitrée, soupe; je recommande le repos absolu.

Le 21, amélioration de l'oreillon, qui se remarque à peine; la pression n'y réveille aucune douleur. Le testicule s'est accru sensiblement; il est deux fois plus gros que le gauche. Les douleurs persistent; mais l'état général est très satisfaisant. — Frictions mercurielles sur le testicule, recouvert d'un large cataplasme; ouate sur l'oreillon; tisane d'orge.

Le 25, le testicule était revenu à son volume normal; le malade marchait sans aucune gêne. Depuis deux jours l'oreillon ne laissait plus de trace. Toutes les fonctions s'exécutaient normalement, et ce militaire reprenait son service le 26.

Puis-je de bonne foi, d'après ces faits, douter un seul instant de la métastase des oreillons sur les testicules? Sans doute tel individu qui est pris d'oreillon n'est pas irrévocablement condamné à une orchite, puisque sur treize sujets atteints de la première affection je n'ai rencontré que cinq complications testiculaires; sans doute l'anatomie et la physiologie ne sont pas encore parvenues à nous expliquer la relation qui existe entre deux parties si éloignées de notre organisation; mais les migrations, les déplacements sur lesquels se fonde la théorie des métastases est aujourd'hui un fait vrai, incontestable. L'expérience des faits, basée sur des observations authentiques et scrupuleusement recueillies, est une règle sûre que ne sauraient ébranler les arguments d'un scepticisme outré.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Fausse membrane expulsée mensuellement de l'utérus. Traitement par les injections utérines.

Par M. le docteur CHARPIGNON, chirurgien des prisons d'Orléans.

Aujourd'hui que le cathétérisme de l'utérus préoccupe à juste titre l'attention du public médical, j'ai pensé que l'observation suivante pourrait avoir un certain intérêt, bien qu'elle ne se rapporte qu'indirectement aux faits discutés du redresseur utérin.

Mme X..., après son troisième accouchement, dont la délivrance avait nécessité l'intervention de la main, éprouva lors de l'approche des règles des souffrances qu'elle n'avait point encore ressenties. Des douleurs de reins, un peu de gonflement du bas-ventre, une sensation de pesanteur dans l'hypogastre, de la fièvre, tels étaient les signes qui précédaient de quelques jours l'arrivée des règles. Lorsque le sang paraissait, des coliques assez fortes pour faire garder le lit se faisaient sentir pendant quinze à vingt-quatre heures, puis le flux sanguin venait abondamment, et entraînait une espèce de poche déchirée. Après cette expulsion, le sang diminuait graduellement, ainsi que l'état de souffrance, et au bout de cinq à six jours il n'y paraissait plus.

Cet état de choses continua pendant plusieurs années. Quelquefois l'époque mensuelle manquait un ou deux mois; alors les douleurs augmentaient quand le sang arrivait. C'était, au dire de Mme X..., un véritable accouchement, car le corps anormal s'engageait dans le col et y restait un ou deux jours. J'ai pu une fois constater cet engagement dans le col dilaté comme une pièce de 50 centimes, et on eût dit un avortement en voie d'exécution. Pourtant, dans ces retards des règles, on était certain qu'il n'y avait pas grossesse.

Cependant la santé de Mme X... devenait plus mauvaise. Les douleurs de reins, la tension douloureuse du bas-ventre, la chaleur et la pesanteur ressenties dans le bassin devenaient permanentes; la marche était fatigante, et le moindre faux pas ou le cahot des voitures retentissaient douloureusement dans le bassin, et surtout dans la région iliaque droite. L'expulsion régulière de la membrane était plus pénible, plus lente, et laissait un grand abattement. Toutefois, Mme X... était devenue encore deux fois enceinte, et était accouchée aussi heureusement que d'habitude.

Les médecins qui avaient donné leurs soins à cette dame, sans se prononcer sur la nature de la maladie, avaient conseillé le repos prolongé, les bains, les injections vaginales émollientes.

Un médecin de Paris avait considéré l'affection comme une inflammation de l'utérus, qui déterminait une sécrétion plastique analogue aux fausses membranes, et avait ordonné une saignée entre chaque époque mensuelle, conjointement avec les injections et les bains émollients.

Un autre, consulté, regarda la production morbide comme un polype sessile de la muqueuse utérine, et il appliqua comme traitement la cautérisation du col avec le nitrate d'argent.

Le traitement par les saignées avait été suivi pendant cinq mois; mais loin de voir son état s'améliorer, Mme X... se trouva beaucoup plus malade, et c'est alors qu'elle avait suivi le traitement par les cautérisations. Ce moyen soulagea la malade, mais il n'eut aucune action

4° Dégénérescences;
5° Maladies hémorrhagiques;
6° Lésions de la sensibilité de la peau;
7° Corps étrangers;
8° Maladies des annexes.

C'est, à peu de chose près, la classification qu'il avait proposée en 1841; cependant il est des modifications importantes dans les détails qu'il a cru devoir y introduire.

C'est ainsi, pour n'en citer que quelques-unes, qu'il a fait passer du groupe inflammations dans celui des lésions de la sensibilité de la peau le strophulus, le lichen et le prurigo; qu'il a transporté de ce même premier groupe dans le second la pellagre, qui, au lieu d'être une inflammation, a été reconnue n'être qu'une lésion de sécrétion de la matière épidermique.

De même, le molluscum, qui faisait partie des hypertrophies, n'est plus maintenant qu'une lésion de la sécrétion folliculeuse, rattachée au type de l'acné, comme aussi la plique que l'on avait rangée autrefois dans les maladies des annexes, poils et ongles. Ont été rayés du groupe des dégénérescences et des maladies hémorrhagiques le cancer et la mélanose, qui sont des affections chirurgicales. Enfin, et nous ne saurions trop louer M. Chausit de cette innovation, on ne trouvera dans ce livre qu'un exposé très sommaire des maladies connues sous le nom de fièvres éruptives, roséole, rougeole, variole, vaccine, scarlatine et miliaire. Trop longtemps les spécialistes ont voulu ne voir dans ces affections que des maladies de la peau; tandis qu'il est évident et reconnu désormais par tout le monde que l'éruption n'est qu'un épiphénomène presque sans valeur, et que la véritable maladie est l'affection générale, qui doit être rangée dans la classe des septicémies, des typhus, etc.

On comprend de quelle importance sont, dans une étude aussi compliquée, aussi ardue que l'est cette branche spéciale de la pathologie, des changements reconnus justes dans la nature des maladies. Le traitement d'une inflammation est loin d'être le même que celui d'une hypéresthésie, par exemple; celui d'une hypertrophie diffère beaucoup de celui d'une lésion de la sécrétion folliculeuse.

En présence de ce premier plan ainsi modifié et devenu définitif, converti en corps de doctrine sanctionné par la pratique et par quinze années d'expériences, il faudrait se garder de croire que M. Cazenave ait fait table rase de tout ce qui avait été écrit avant lui; il s'en est bien gardé, car il n'a pas voulu faire autrement que les autres pour le seul plaisir de faire du nouveau. Il a conservé la méthode de Willan comme mode de description individuelle, comme le moyen de diagnostic le seul sûr, le seul praticable aujourd'hui. Aussi M. Chausit, avant d'entrer dans la description particulière des maladies qui composent les huit groupes, a-t-il jugé indispensable de rappeler en peu de mots les caractères généraux et distinctifs qui appartiennent à chacun des huit ordres auxquels se rapportent toutes les lésions élémentaires, exanthèmes, vésicules, bulles, etc., lésions élémentaires dont Biett avait fait la base de sa classification et que l'on retrouve conservées dans l'abrégé pratique de MM. Cazenave et Schedel.

Pour un livre de la nature de celui-ci, il serait difficile de se livrer à une analyse minutieuse, de suivre pas à pas l'auteur dans les descriptions qu'il donne de chacune des affections qu'il examine. Aussi bien, c'est dans l'ensemble, dans la classification qu'il faut chercher les différences essentielles qui l'éloignent des ouvrages antérieurs. Sur ces différences, nous y avons insisté assez longuement. Il ne nous reste donc plus qu'à signaler quelques articles entièrement neufs et originaux où M. Chausit, par exemple, décrit des affections non encore signalées par les auteurs, ou auxquelles des recherches plus minutieuses ont fait ajouter des caractères mieux définis, mieux tranchés.

Parmi les premiers, nous devons indiquer l'*herpès squamosus* non spécifique. On sait que Biett regardait cette variété d'herpès comme essentiellement syphilitique. M. Cazenave a pu se convaincre bien des fois que telle n'était pas toujours la nature de cet herpès, et l'on voit sur-le-champ quelle est la valeur de cette distinction, puisque la thérapeutique s'en trouve radicalement changée. Au lieu du traitement antisyphilitique, si dangereux quand il n'est pas appliqué à un sujet infecté, M. Cazenave prescrit l'expectation, qui suffit pour guérir une affection reconnue légère en elle-même, et qui ne réclame aucun soin particulier.

Nous signalerons une forme restreinte de l'acné que M. Cazenave a décrite sous le nom de *acne sebacea* partielle, en raison de la physionomie particulière qu'elle présente. L'histoire de la gale a été, de la part de M. Chausit, l'objet d'un article très développé, fort intéressant sous le rapport des recherches dont a été l'objet l'insecte qui la produit, de son mode de propagation, etc.

Nous croyons en avoir dit assez pour faire comprendre le but et la portée du livre dont nous rendons compte. C'est surtout une prise de possession, une revendication en faveur de M. Cazenave de principes, de doctrines qui sont son œuvre, qu'il a déduites de son observation clinique, de ses recherches propres. Ensuite, et pour plusieurs maladies, ce sont des découvertes nouvelles, principalement au point de vue de la thérapeutique, et il suffit d'avoir eu à traiter quelques-unes de ces affections cutanées si rebelles, le désespoir du médecin et du malade, pour apprécier l'immense service que MM. Chausit et Cazenave rendent aux praticiens.

Dr A. FOUCART.

— ERRATUM. — Dans le dernier numéro, article sur les maladies du sein, page 110, 1re colonne, ligne 23, au lieu de: « Conclusion: il ne faut jamais *guérir*, lisez: il ne faut jamais *opérer*. »

sur la maladie locale, et l'amélioration éprouvée ne venait peut-être que de la cessation des saignées et d'un régime plus fortifiant.

Quelques mois plus tard je devins le médecin de cette dame, et à tout ce que je viens de dire je n'ai qu'à ajouter quelques détails relativement à la membrane expulsée.

Cette membrane, quand elle était expulsée, était pelotonnée, sanglante, mélangée de caillots de sang; elle avait le volume d'un *petit* œuf de poule. Débarrassée du sang qui y adhérait, et ses fragments rapprochés (car il était rare qu'elle sortît entière), cette membrane formait un véritable sac un peu triangulaire, dont le sommet était en bas. Ses parois étaient épaisses de 1 à 2 millimètres; leur côté externe, celui qui était en rapport avec l'utérus, était tomenteux, très vasculaire, tout sanglant; l'autre côté était presque lisse et presque blanc. On eût dit pour l'épaisseur et pour l'aspect un morceau d'amadou rougi. Soumise au lavage, la membrane devenait blanchâtre, et on distinguait très bien le lacis des vaisseaux sanguins. Le côté externe était sillonné d'anastomoses, d'espèces de houppes vasculaires qui montraient ses adhérences multiples avec l'utérus. Mise dans l'alcool, cette membrane se raffermissait un peu; l'eau bouillante ne la coagulait que très imparfaitement.

Ces divers caractères indiquaient une membrane organisée ayant un système vasculaire très abondant. Mais quel était son mode de production? Etait-ce une simple exsudation de la membrane muqueuse utérine organisée par l'infiltration, ou bien était-ce une exfoliation, un dédoublement de la muqueuse utérine hypertrophiée, selon l'opinion de certains embryologistes, qui expliquent ainsi la nature et la formation de la membrane caduque?

On sait que relativement à cette membrane caduque (chorion externe), il y a quelque dissidence sur sa nature. Ainsi quelques-uns, tel que M. Velpeau, regardent la caduque maternelle comme une fausse membrane sans organisation; d'autres, plus nombreux, lui accordent une organisation véritable, mais la considèrent toujours comme une sécrétion de la muqueuse utérine, tandis que d'autres, tels que MM. Coste et Robin, croient trouver dans cette membrane la muqueuse utérine elle-même.

Or, dans le fait que j'analyse, il y a, je pense, une concordance parfaite avec l'opinion qui accorde à la caduque une organisation véritable. N'osant toutefois affirmer que cette membrane soit la muqueuse utérine, et par suite de la nature de la membrane qui fait le sujet de mon observation, je suis porté à la regarder comme une membrane caduque formée en dehors de la fécondation et expulsée mensuellement lors de la descente de l'ovule.

Cette formation anormale dont il vient d'être question entraînait des désordres qui menaçaient de devenir sérieux. Et puis une inquiétude qui n'était pas sans fondement préoccupait la malade : que deviendra cette poche quand les règles cesseront? Puisque quand un ou deux mois passent sans l'expulsion et sans les règles, l'expulsion est bien plus difficile et le produit plus développé, n'est-il pas à craindre qu'au jour de la disparition complète de la fonction utérine la production morbide ne continue à grossir enfermée dans la matrice?

Je pensai qu'en agissant directement sur la muqueuse utérine on modifierait peut-être la modalité génératrice de l'organe, et je me décidai à employer les injections intra-utérines.

Ce ne fut pas sans quelque appréhension que j'abordai ce genre de traitement, sur l'innocuité duquel la science est loin d'avoir prononcé. Mais je crois que dans les injections utérines le danger vient de la manière de procéder, et en agissant avec prudence, c'est-à-dire en injectant lentement et doucement, on ne court aucun risque de faire franchir au liquide les ouvertures des trompes.

Je n'employai pas le spéculum, instrument incommode et qui répugne trop à certaines femmes. Le doigt indicateur fixé sur l'ouverture du col me donnait un guide facile et sûr pour introduire un long tube d'étain dans lequel j'emboîtais une petite seringue, absolument comme dans l'injection de l'hydrocèle. Une fois dans le col, je poussais la canule jusqu'à ce qu'une certaine douleur et une difficulté à la retirer m'indiquassent que j'avais pénétré dans l'orifice interne. Alors j'injectais deux à trois cuillerées d'eau de guimauve, de pavot ou de ratanhia. Le liquide revenait par la canule, parce que le canon de la seringue n'adhérait pas assez intimement pour en empêcher le suintement, et cette résistance moindre que le piston de la seringue m'avait fait choisir ce moyen de sûreté.

Cette opération fut pratiquée cinquante-cinq fois en quatre mois, et tout ce qui était ressenti pendant l'injection, qui chaque fois était renouvelée trois ou quatre fois sans déplacement de la canule, c'était une légère colique passagère. Une fois cependant, deux heures après l'opération, il se déclara de violentes douleurs, il survint du frisson. Le séjour au lit, des topiques émollients dissipèrent cet accident dans la nuit: mais je ne recommençai les injections qu'une huitaine après.

Le résultat de ce traitement fut d'enlever les souffrances habituelles et de rendre la marche facile. Quant à la production morbide, elle fut modifiée, mais non guérie. La membrane rendue devint moins épaisse et moins rouge, quelquefois même on n'en put recueillir que quelques lambeaux.

Serait-on arrivé à une guérison si le traitement eût été continué? Je le crois, et je me proposais d'employer une solution d'azotate d'argent, quand l'été vint éloigner ma malade. Lors de son retour à la ville, trouvant son état assez satisfaisant relativement à ce qu'il était auparavant, et pour d'autres motifs aussi, Mme X... ne voulut plus recommencer le traitement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mars 1854. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet les rapports suivants :

1° De M. le docteur Mauger, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Baugé (Maine-et-Loire), sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné dans diverses communes de cet arrondissement de mai à novembre 1851;

2° De M. le docteur Montozon, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1853 dans la commune de Longue-Faye;

3° De M. le docteur Spiral, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montmédy (Meuse), sur une épidémie de rougeole qui a régné en 1853 dans les communes d'Oluy et de Laveuville-sur-Meuse, et sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Romagne-sous-les-Côtes;

4° De M. le docteur Brouillet, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Beaupréau (Maine-et-Loire), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Gasté, pendant les mois de mai, juin et juillet 1853.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet deux rapports officiels des officiers de santé en chef de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne (Haute-Marne), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1852 et 1853.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Correspondants. — M. Levrat-Perroton adresse le sommaire des travaux qu'il a publiés dans une période d'environ trente-cinq années. (Commission des correspondants.)

Chloroforme. — M. Delfrayssé annonce à l'Académie qu'il a guéri à l'aide des vapeurs concentrées de chloroforme, trois individus atteints d'hydrophobie et de tétanos traumatique.

Appareil pour le déplacement de l'utérus. — M. Joret adresse un appareil en caoutchouc vulcanisé qu'il a imaginé, il y a plusieurs mois, pour remédier aux déplacements de l'utérus.

Anatomie pathologique. — M. Pons, de Bez près le Vigan (Gard), adresse un travail intitulé *De l'exactitude de l'anatomie pathologique, et des avantages que doit en retirer la médecine pratique.*

Produits de Vichy. — M. Larbaud, ex-interne en pharmacie de la pharmacie centrale des hôpitaux, adresse un mémoire sur les produits de Vichy.

Candidature. — M. Bayle annonce qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur une source dite de Sainte-Elisabeth, à Cusset, près Vichy (Allier). Cette source se rapproche, par la proportion de ses éléments minéralisateurs, des sources les plus riches de Vichy. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée pour l'exploitation de cette source. (Adopté.)

Observations de chirurgie. — M. Velpeau lit un rapport sur diverses observations de chirurgie, par M. Peixoto (de Rio de Janeiro).

Les faits contenus dans le travail de M. Peixoto sont au nombre de quinze, et concernent tous la médecine opératoire. Quatre d'entre eux se rattachent à l'éléphantiasis du scrotum :

1° Chez un premier malade, la tumeur pesait 16 kilogrammes. Extirpation avec guérison complète et première opération de ce genre pratiquée à Rio de Janeiro.

2° Dans un deuxième cas, l'éléphantiasis, de 26 pouces de circonférence, pesait 16 kilogrammes. Le testicule gauche se trouvait à plus de 7 pouces de l'anneau inguinal. Il y avait une hernie épiploïque, l'extirpation en amena la guérison en vingt et un jours.

3° Chez le troisième malade, l'éléphantiasis, de 54 pouces de circonférence, pesait 33 kilogrammes. Le testicule droit se trouvait à une profondeur de 10 centimètres, et éloigné de 26 centimètres de l'anneau inguinal. La guérison eut lieu en trois semaines.

4° Chez le quatrième enfin, l'éléphantiasis avait 30 pouces de circonférence, et la guérison eut lieu en douze jours.

M. Peixoto relate trois observations de lithotritie, opération qu'il a introduite au Brésil.

L'observation la plus curieuse de la collection de M. Peixoto est celle de l'oblitération du tronc innominé par une ligature d'attente. Voici le résumé du fait :

Tumeur érectile de l'oreille droite. — Plusieurs ligatures avaient été pratiquées à Paris; la ligature de la carotide primitive à sa partie moyenne le 14 novembre 1851. Hémorrhagie foudroyante avant la chute de la ligature d'attente à la naissance de l'artère sur le tronc brachio-céphalique; formation du caillot dans le tronc même, après douze jours de compression par la ligature d'attente, qui n'a ni ulcéré, ni enflammé l'artère au point de la couper. La guérison complète a été obtenue après deux mois de traitement. M. le docteur Moura, sujet de l'observation, jouit aujourd'hui de la meilleure santé possible.

C'est, je crois, ajoute M. le rapporteur, le premier exemple connu de guérison après l'oblitération artificielle du tronc innominé. Il fait le plus grand honneur au sang-froid, à l'habileté, je dirais presque au courage de l'opérateur.

Voilà donc un fait acquis. On peut oblitérer le tronc brachio-céphalique au moyen de la ligature; les observations de Pelletan, de M. Martin-Solon, les exemples publiés par M. Darrack avaient déjà fait voir que l'occlusion accidentelle de cette artère ne prive nécessairement ni le bras ni la tête d'une circulation suffisante; mais il restait à démontrer que par la médecine opératoire on peut obtenir les mêmes résultats sans occasionner des accidents mortels.

M. Mott, à qui revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier cette grave opération en 1818, eut la douleur de voir succomber son malade le vingtième jour; celui de Graefe mourut le soixante-huitième. L'opéré de Bland s'éteignit le dix-huitième et celui de M. Hall le sixième. Dans le cas de Lizau, la mort eut lieu au bout de trois semaines. Ajoutons que dans l'opération de M. Kuhl la ligature, qui comprenait à la fois la sous-clavière et la carotide tout près du tronc innominé, devint mortelle le troisième jour. Je tiens de M. Arendt qu'un malade opéré par lui en 1826 est mort le huitième jour, et que, pratiquée deux fois, la même opération fut suivie de mort au bout de deux ou trois jours entre les mains de M. Bujalski. Il faut dire, enfin, que M. Hutin n'a pas été plus heureux et que son malade succomba le neuvième jour.

Ainsi, dix opérés, dix morts. En faut-il davantage pour éloigner à jamais une telle ressource du lit des malades? Le succès de M. Peixoto ferait-il équilibre à ce lamentable nécrologe?

Voyons : si l'anévrisme occupe le tronc innominé lui-même, personne ne songe à porter une ligature entre la tumeur et l'aorte. C'est donc quand le mal a pour siége exclusif soit la carotide primitive, soit la sous-clavière; mais alors de deux choses l'une : 1° un certain espace persiste entre la tumeur et le sommet de la poitrine; il est possible dans ce cas de placer le lien sur la partie saine de l'artère; 2° ou bien l'anévrisme s'étend jusqu'au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire, et qui oserait affirmer dès lors que le tronc brachio-céphalique ne fait pas partie de la tumeur? N'a-t-on pas d'ailleurs dans ces cas extrêmes la méthode de Brasdor, qui, sans permettre de grandes espérances, a pour elle au moins d'être d'une exécution plus facile et de ne pas exposer à autant de dangers immédiats? Non, si près de la crosse de l'aorte, sur un tronc si court, si volumineux, entre des artères si importantes placées dans la poitrine même, la ligature ne peut être qu'une opération qui ne doit plus être tentée, qui ne serait plus pardonnable dorénavant.

L'observation de M. Peixoto, au surplus, n'est pas relative à une ligature du tronc innominé. Ici le chirurgien eut en quelque sorte la main forcée. La carotide avait été lésée, les hémorrhagies se succédaient, la mort était imminente : le choix n'était plus possible; un ruban fut placé sous le tronc brachio-céphalique à titre de ligature d'attente, applatissant le vaisseau, mais sans le serrer. Le malade étant guéri, rien ne permet d'affirmer que le lien ait porté plutôt sur le tronc artériel commun que sur l'origine de la carotide seule. Rien ne prouve non plus d'une manière absolue que l'artère innominée ne se soit pas fermée (si tant est qu'elle le soit) par le fait de la première ligature plutôt que sous l'influence de la simple ligature d'attente.

Ces quelques réflexions n'ôtent rien au mérite de M. Peixoto; nous ne les faisons que pour sauvegarder les principes et la responsabilité de l'Académie. Nous n'en proposons pas moins :

1° De renvoyer ce travail au comité de publication, afin qu'un extrait étendu en soit inséré dans les *Mémoires de l'Académie;*

2° Que l'auteur soit admis comme candidat au titre de correspondant étranger lors de la première promotion de cet ordre que fera la Compagnie.

M. Londe trouve que M. le rapporteur a passé un peu rapidement sur les observations d'éléphantiasis; il s'agirait d'une guérison qui serait vraiment miraculeuse, car personne n'ignore que cette maladie a été considérée jusqu'à présent comme incurable. M. Londe rappelle à ce propos qu'ayant eu l'occasion d'accompagner un malade atteint d'éléphantiasis avec un médecin brésilien chez Alibert, Alibert se penchant à l'oreille du médecin brésilien, lui dit : « Avez-vous jamais guéri des éléphantiasiques? — Non, lui répondit le médecin brésilien. — Ni moi non plus. »

M. Velpeau. M. Londe a sans doute fait une confusion; il ne s'agit pas de guérison de l'éléphantiasis, mais d'opérations d'ablations de tumeurs éléphantiasiques faites avec succès, opérations que l'on a assez fréquemment l'occasion de faire au Brésil, et qu'il convient de faire en effet toutes les fois que les tumeurs de cette nature sont circonscrites et situées de manière à pouvoir être enlevées sans danger.

M. Malgaigne émet quelques doutes relativement au fait de ligature du tronc innominé que vient d'analyser M. le rapporteur. Il lui semble difficile d'admettre qu'une simple ligature d'attente, ne faisant qu'aplatir le vaisseau sans le serrer, ait pu suffire pour produire l'interruption du cours du sang dans le tronc innominé. Il demande à cet égard quelques renseignements à M. le rapporteur.

M. Velpeau déclare lui-même n'être pas parfaitement fixé là-dessus; il y a quelques particularités de l'opération qu'il n'a pas très bien comprises. Il n'y aurait qu'un moyen de lever les doutes que laisse subsister la relation de ce fait, ce serait l'examen direct des pièces. Mais on ne doit pas oublier que l'opéré a guéri.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

Nomination d'un président. — L'Académie procède au scrutin pour la nomination du président.

Nombre de votants : 68. Majorité : 35.

M. Rostan obtient 60 voix;

MM. Rayer, Jobert, M. Lévy et Chomel chacun 1;

Il y a 4 billets blancs.

M. Rostan, proclamé en conséquence président, monte au bureau, et en prenant possession du fauteuil il propose de voter des remercîments au vice-président qui l'a occupé pendant la vacance de la présidence, et remercie en quelques mots vivement sentis l'Académie de l'honneur qu'elle lui fait en l'appelant à la présider, l'assurant qu'il s'efforcera de suivre les traces de ses prédécesseurs, et particulièrement celles de son prédécesseur médiat.

Elève des sangsues. — M. Soubeiran lit un rapport, au nom de la commission chargée d'examiner s'il y avait lieu à décerner une récompense spéciale à l'inventeur du nouveau procédé d'élève des sangsues, qui a été déjà l'objet d'un rapport vers la fin de l'année dernière. Il s'agissait aussi dans ce rapport d'apprécier les procédés et les travaux de MM. Rollet (de Bordeaux), Harreaux (de Grouville), et de M. Elie Masson.

Les conclusions de la commission consistent à déclarer que l'auteur de ce procédé, M. Borne (de Clairefontaine), mérite la haute approbation de l'Académie, et qu'il y a lieu de le recommander à la bienveillante attention de l'administration. Elle propose des remercîments aux autres personnes que nous venons de nommer.

M. Bussy appuie les conclusions du rapport, et demande qu'il en soit envoyé une copie au ministre du commerce.

M. Chevallier insiste sur l'importance des services rendus par cet industriel, et il regrette que l'Académie n'ait pas cru devoir lui décerner une médaille comme marque plus *frappante* de la reconnaissance qui lui est due pour les services rendus à la médecine.

M. Dubois (d'Amiens) soutient les mesures adoptées par la commission, et fait ressortir les inconvénients qu'il pourrait y avoir à décerner des médailles à des personnes étrangères à la médecine, et qui pourraient en faire un usage abusif.

M. Chevallier n'est nullement frappé de ces inconvénients, et croit qu'on ne ferait qu'un acte de justice en décernant une médaille à

un homme qui a rendu un service véritable et important à l'art de guérir.

M. Desportes parle dans le même sens.

Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées.

Anatomie pathologique et traitement de l'affection calculeuse du foie. — M. Barth lit un mémoire ayant pour titre : *Etudes anatomo-pathologiques sur le mécanisme de la guérison spontanée de l'affection calculeuse du foie, et conséquences pratiques qui en découlent pour le traitement des concrétions biliaires.*

M. Barth s'est proposé, dans ce travail, d'exposer sommairement quelques résultats de ses recherches anatomiques sur les ressources variées dont la nature dispose pour la guérison des affections calculeuses du foie (élimination par les voies naturelles ou accidentelles, séquestration par enkystement ou par encloisonnement dans les parois de la vésicule, etc.), et de faire connaître les inductions qui découlent de cette étude pour le traitement le plus rationnel de ces produits morbides.

Des recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques auxquelles M. Barth s'est livré dans ce travail découlent les conséquences suivantes, intéressantes au triple point de vue de la séméiologie, du pronostic et du traitement.

Témoin des voies diverses par lesquelles peut s'accomplir la guérison de l'affection calculeuse du foie, le médecin conserve de légitimes espérances de rétablissement dans les cas en apparence les plus graves; la considération des ressources variées que la nature met en œuvre pour une terminaison favorable l'encourage à imiter autant qu'il est en lui ces procédés salutaires, et l'anatomie pathologique lui fournit ainsi de précieuses indications pour le traitement.

A ce dernier point de vue, l'étude attentive des calculs biliaires démontre rationnellement l'utilité positive d'une série de moyens thérapeutiques dont la valeur était souvent contestée.

Dans la grande majorité des cas, le noyau central des concrétions est constitué par un grumeau informe de bile concrète, et beaucoup d'entre elles sont composées entièrement par une agrégation de molécules biliaires solides. De là l'utilité comme moyen prophylactique et curatif d'un régime sévère, de l'usage des boissons délayantes prises en abondance, et de l'emploi fréquent de laxatifs dans le but de prévenir l'épaississement anormal de la bile.

La prédominance de la cholestérine ou matière grasse dans la composition d'un grand nombre de calculs indique l'avantage d'une diète végétale, en excluant avec soin les matières grasses de l'alimentation habituelle.

Les mêmes considérations conduisent naturellement à l'emploi des boissons alcalines, des bains de même nature et à l'administration souvent répétée des pilules savonneuses.

La solubilité de la plupart des calculs dans l'éther et dans l'essence de térébenthine fait pressentir l'utilité à l'intérieur et en frictions soit de l'éther seul, soit d'un mélange d'éther et d'essence, d'après la méthode préconisée par Durande.

Assurément il y a une énorme différence entre l'action immédiate et puissante de l'éther sur un calcul plongé dans ce liquide, où il tombe en déliquium au bout de quelques heures, et l'action immédiate et amoindrie de l'éther introduit dans l'estomac; mais, quelque minime que soit cette action, elle peut n'être pas sans influence sur une concrétion trop grosse pour franchir les conduits biliaires, et une diminution de quelques millimètres obtenue par ce moyen suffirait pour permettre au cholélithe de parcourir les voies normales.

A ces moyens, il sera utile d'ajouter les onctions de belladone dans le but de faciliter la dilatation de l'extrémité duodénale du canal cholédoque, qui est le point des voies biliaires qui offre le plus de résistance.

Quoi qu'il en soit de ces déductions fondées sur le raisonnement, de nombreux succès obtenus, soit à l'hôpital, soit dans la pratique civile, m'ont donné la preuve de l'évidente efficacité de cet ensemble de moyens thérapeutiques.

L'auteur, pour terminer ces courtes indications pratiques, revient à l'un des points qu'il croit avoir signalé le premier dans l'histoire anatomique des calculs biliaires; savoir, la fragmentation possible de ces concrétions dans l'intérieur même des voies de la bile. Ce fait, démontré jusqu'à l'évidence, dit-il, par des pièces que je tiens à la disposition de l'Académie, permet de pressentir combien le massage de la région du foie et les douches à forte percussion sur l'hypocondre droit peuvent concourir avantageusement avec les moyens précités au traitement curatif des calculs biliaires.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1854. — Présidence de M. Combes.

Anatomie physiologique et pathologique du cristallin. — M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. Girard ayant pour titre : *Anatomie physiologique et pathologique du cristallin; conséquences pour le mode opératoire.*

Ce travail, dit l'auteur, renferme des idées neuves sur les lames du cristallin, sur leur formation, leur densité, leur nombre variable suivant les âges; sur la nature de l'humeur dite de Morgagni, sur la capsule du cristallin et ses fonctions. Je montre l'appareil cristallinien dans ses phases diverses suivant les âges; je l'étudie encore dans l'état pathologique, et j'en tire des conclusions pour le choix du mode opératoire de la cataracte.

Cause commune du choléra et des maladies des végétaux. — M. le ministre transmet également un mémoire de M. Billiard, médecin à Corbigny (Nièvre), concernant la cause commune du choléra et des maladies qui attaquent depuis quelques années plusieurs de nos plantes usuelles.

Ce mémoire est le développement des trois propositions suivantes :

1° L'absence ou une diminution de l'ozone contenu dans l'air développe chez l'homme et certains animaux des phénomènes dont l'ensemble a été désigné par le nom de choléra;

2° L'organisme humain développe de l'ozone;

3° L'excès de l'ozone dans l'air détermine la maladie des plantes contenant du sucre, de la glucose, de la fécule, telles que la pomme de terre, la vigne, la betterave.

Traitement préservatif et curatif du choléra par l'acide sulfurique dilué et les bains salés. — M. Lepetit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

« J'ai longtemps hésité, dit l'auteur, à présenter à l'Académie mon travail sur le choléra, n'ayant eu à traiter depuis trois années que la cholérine et le choléra sporadique; mais depuis que cette méthode a reçu de la publicité, le choléra asiatique traité de la même manière dans Paris a parfaitement guéri. L'approbation de l'Académie aurait, je n'en doute point, pour résultat de propager rapidement une médication simple qui compte, tant en France qu'en Angleterre, des succès nombreux et incontestables. Pour ce qui me concerne personnellement, j'avoue que je serais très heureux si mes expériences faites avec persévérance depuis trois années pouvaient obtenir les suffrages de juges aussi éclairés. »

De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme. — M. Andral, en présentant un ouvrage de M. Foissac sous ce titre, s'exprime ainsi :

Dans cet ouvrage, M. Foissac a rassemblé et coordonné entre eux une foule de faits restés épars jusqu'ici, et auxquels, en les réunissant, il a su donner une plus grande valeur. Le travail de M. Foissac est du nombre de ceux qui doivent contribuer à imprimer une bonne direction aux recherches entreprises par les médecins pour découvrir les causes des maladies. Dans les branches de nos connaissances, comme la météorologie, et surtout la météorologie appliquée à la médecine, où il ne s'agit pas encore d'instituer des lois, mais d'observer les faits dans leurs plus minutieux détails, l'Académie me semble devoir favorablement accueillir les publications comme celle-ci, qui, enregistrant dans une sorte de revue synoptique tous les faits bien constatés, et les soumettant à la discussion, en donnent l'intelligence et préparent les recherches ultérieures.

De l'iode comme contre-poison du curare. — MM. Brainard et Green adressent une note ayant pour titre : *De l'iode comme contre-poison du curare.* L'un des auteurs (M. Brainard) avait précédemment fait connaître les résultats de ses expériences concernant l'action des solutions d'iode comme antidote contre la morsure de certains crotales. La nouvelle note a pour objet de montrer que ces mêmes solutions d'iode ont une semblable influence sur les poisons américains connus sous le nom de wooraro ou curare.

On remarque, disent les auteurs, une grande analogie entre l'action de ces préparations vénéneuses et les effets de la morsure de quelques serpents d'Amérique. De plus, il est bien avéré que le venin de ces serpents entre au moins pour quelque chose dans la composition de ces poisons, et nous nous sommes ainsi trouvés conduits à essayer contre leurs effets le remède dont nous avions reconnu l'efficacité contre la morsure des serpents.

Comme on trouve des échantillons de *curare* qui diffèrent en force, les deux auteurs ont dû d'abord déterminer pour celui dont ils faisaient usage dans leur expérience, et qui leur avait été donné par M. le prince Ch. Bonaparte, quelle était la quantité nécessaire pour donner la mort.

Pour le pigeon, nous trouvâmes qu'il suffisait de 1 centigramme pour qu'au bout de huit ou dix minutes l'oiseau fût incapable de se soutenir; mais il continuait à vivre encore plus d'une heure dans une espèce de léthargie. Il était difficile de s'assurer du moment exact de sa mort. Il est quelquefois nécessaire de n'employer qu'une petite quantité du poison, car autrement ses effets sont si rapides qu'on n'a pas le temps d'avoir recours à l'antidote.

Nous avons trouvé que 2 centigrammes et demi suffisaient pour tuer un cochon d'Inde en trois minutes.

Nous mélangions dans un mortier de verre 0,05 du poison, en le triturant avec 20 gouttes d'eau distillée.

Première expérience. — Nous avons injecté sous la peau d'un cochon d'Inde 10 gouttes de ce mélange.

L'opération était à peine terminée que l'animal tomba sur le côté. Au bout de trois minutes, il était complétement mort.

Deuxième expérience. — Nous avons mélangé 10 gouttes de cette solution avec 30 gouttes d'une solution iodée composée de la manière suivante :

Iode.	0,50
Iodure de potassium.	1,50
Eau distillée.	24,00

Le mélange fut maintenu pendant trente minutes à la température du corps, puis injecté sous la peau d'un cochon d'Inde. Cette opération ne parut pas affecter l'animal; le lendemain matin, on le trouva bien portant.

Troisième expérience. — Comme on pourrait supposer dans notre deuxième expérience que la dilution du poison dans l'eau lui enlevait son activité, nous mêlâmes 10 gouttes de la solution de curare avec 30 gouttes d'eau distillée; le tout fut injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, qui mourut au bout de trois minutes.

Quatrième, cinquième et sixième expériences. — Nous avons mêlé 12 gouttes de la solution de curare à 60 gouttes de la solution iodée; ce mélange, tenu vingt minutes à la température du corps, fut divisé en trois parties égales et injecté sous la peau de trois pigeons, qui n'en furent pas affectés.

Septième expérience. — Nous avons mêlé 4 gouttes de la solution de curare à 20 gouttes de la solution iodée, et injecté immédiatement ce mélange sous la peau d'un pigeon qui n'en fut pas affecté.

Comme on aurait pu encore supposer que la dilution du poison dans l'eau lui enlevait son activité, nous avons dû nous assurer qu'il n'en était pas ainsi : c'est ce qu'ont mis hors de doute les résultats des huitième, neuvième et dixième expériences.

Onzième et douzième expériences. — Afin de les mettre dans les conditions d'un oiseau empoisonné par une morsure, nous avons pris deux pigeons et injecté sous la peau de chacun d'eux 4 gouttes de la solution de curare. Aussitôt après, nous avons injecté 20 gouttes de la solution d'iode dans les plaies de chacun des deux pigeons, et nous y avons appliqué des ventouses qui furent maintenues pendant cinq minutes. Ces deux oiseaux ne parurent pas souffrir à la suite de cette expérience.

Treizième expérience. — Après avoir rasé le flanc d'un cochon d'Inde, nous avons injecté sous la peau 2 centigr. et demi de curare dissous dans 60 gouttes d'eau. Puis nous avons injecté immédiatement la même quantité de solution d'iode; nous avons appliqué des ventouses, et l'animal ne fut pas affecté.

Quatorzième expérience. — Nous avons injecté 2 centigr. et demi de curare mélangé à 30 gouttes d'eau sous la peau d'un cochon d'Inde; nous ne l'avons soumis à aucun traitement : il mourut au bout de cinq minutes.

Quinzième expérience. — Nous avons injecté sous la peau d'un pigeon 4 gouttes de la solution de curare, 30 gouttes de la solution iodée, 30 gouttes d'eau; aucun effet ne se manifesta.

Seizième expérience. — Nous avons injecté 4 gouttes de la solution de curare et 10 gouttes d'eau; l'animal mourut au bout d'une heure.

Dix-septième expérience. — Nous avons injecté 5 gouttes de la solution de curare avec 30 gouttes de la solution iodée et 30 gouttes d'eau distillée; il ne se produisit pas d'effet fâcheux.

Dix-huitième expérience. — Dans cette expérience et dans la suivante, nous nous sommes servis d'un poison venu des bords de l'Amazone, et connu sous le nom de *ticunas*. Cette substance avait l'aspect brillant de la résine et une odeur forte. On savait qu'elle était préparée depuis quatre ans au moins. Il entrait dans la solution dont nous nous sommes servis 0,05 de ticunas pour 20 gouttes d'eau. Cinq gouttes de cette solution, injectées sous la peau d'un pigeon, amenèrent sa mort au bout de sept minutes.

Dix-neuvième expérience. — Nous avons injecté 8 gouttes de cette solution de ticunas et, deux minutes après, 20 gouttes de solution iodée et 20 gouttes d'eau distillée; nous avons appliqué des ventouses pendant trois minutes : aucun effet ne s'est manifesté.

Vingtième expérience. — Nous avons injecté 8 gouttes de solution de ticunas, puis 20 gouttes de solution iodée : aucun effet ne s'est manifesté.

..... Nous croyons pouvoir tirer des faits qui précèdent les conclusions suivantes :

1° La solution d'iode et d'iodure de potassium est, dans de certaines limites, un antidote parfait contre le curare; mêlée à ce poison (aussi en solution), elle détruit ses effets vénéneux.

2° La solution iodée, injectée immédiatement après la solution de curare, en neutralise complétement les effets, pourvu qu'on ait soin d'appliquer une ventouse afin d'arrêter la circulation jusqu'à ce que l'iode ait rejoint le poison. Il ne se produit pas de suppuration, ni de perte de substance par gangrène.

3° La solution iodée, appliquée sur la surface d'une blessure profonde des muscles dans laquelle on introduit le curare, prévient les effets du poison.

4° La solution d'iode a sur le curare une action tout à fait identique à celle qu'un de nous lui a reconnue sur le poison du crotale. (Mémoire présenté à l'Académie le 28 novembre 1853.)

5° L'identité des effets du curare et du venin des crotales, leur même odeur et l'effet de l'iode sur leur action donnent beaucoup de poids à l'opinion déjà assez répandue que le principe actif du curare et des préparations analogues n'est autre chose que le venin du crotale conservé d'une manière particulière.

CORRESPONDANCE.

Nous avions reçu lundi, trop tard pour l'insérer dans le dernier numéro, la lettre suivante. Nous nous ferons un devoir de remplir les intentions de notre honorable confrère M. Champouillon, et de donner à sa médaille la destination qu'il désire lui attribuer.

Paris, le 6 mars 1854.

Monsieur le rédacteur en chef,

Attribuant aux travaux que je vous ai communiqués plus d'importance peut-être qu'ils n'en méritent, vous m'avez fait l'honneur de me comprendre dans le nombre de vos collaborateurs auxquels une médaille a été décernée.

Cette distinction me laissera pour toujours un agréable souvenir de votre bienveillance; veuillez, je vous prie, en appliquer la valeur à la réduction d'un certain nombre d'abonnements à votre journal.

Agréez, etc. Dr Champouillon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

A la suite d'un concours, M. Em. Baudrimont, un des anciens internes des plus distingués des hôpitaux, a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital Sainte-Marguerite, en remplacement de M. Grassi, qui passe en cette qualité à l'hôpital de Lariboisière.

— Nous avons donné dans notre dernier numéro quelques renseignements sur la construction de l'hôpital Lariboisière. D'après cet article, on pourrait croire que cet hôpital a été fait sur les dessins de M. Marchebens. Ce serait une erreur.

M. Gauthier, architecte du gouvernement, membre de l'Institut, a produit ses projets, dessins et plans, qui, après avoir été arrêtés par l'administration municipale, ont été exécutés par lui et sous sa direction. *Suum cuique.*

— On lit dans les journaux politiques : « M. le docteur Michel Lévy vient d'être présenté à M. le préfet de police, par le Conseil d'hygiène et de salubrité, à une place de membre titulaire de ce Conseil, en remplacement de M. le docteur Trélat, démissionnaire par refus de serment. »

Nous ne comprenons pas plus cette annonce que celle qui, ces jours derniers, parlait de la nomination de ce médecin à l'armée d'Orient; car M. Lévy fait déjà partie du Conseil d'hygiène en qualité de délégué du Conseil de santé des armées, comme l'honorable et digne M. Quoy y représente le service de santé de la marine.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

Depuis notre dernier compte rendu des cas de choléra qui se sont manifestés dans le cours des deux dernières semaines à la Charité, il s'en est produit encore quelques nouveaux dans cet hôpital, qui semble être en ce moment le foyer principal, sinon le foyer unique d'une petite épidémie. Nous avons fait remarquer, sans tirer aucune conséquence de ce fait, que les dix ou douze premiers cas qui se sont déclarés avaient frappé, à l'exception de deux seulement, sur des malades couchés dans les salles qui avaient été réservées, en décembre dernier, pour les cholériques. Depuis lors le foyer, si foyer il y a, semble s'être déplacé. Il ne s'est développé aucun cas nouveau dans ces salles depuis le commencement de la semaine. C'est dans les deux salles (d'hommes et de femmes) du service de la clinique de M. Piorry principalement qu'ont eu lieu les dernières invasions. Un homme âgé, atteint de pleurésie dans la salle Saint-Charles, a été rapidement enlevé ces jours derniers par une attaque de choléra des plus intenses. Deux autres malades ont été pris depuis dans la même salle ; l'un au n° 3, qui était dans la première période d'une fièvre typhoïde d'apparence légère, et l'autre au n° 13, entré récemment pour une pneumonie.

Dans la salle des femmes, où s'est déclaré l'un des premiers cas dont nous avons parlé il y a huit jours, deux malades se trouvent également atteintes. L'une d'elles, entrée il y a six jours pour une diarrhée qui durait depuis six semaines, a été prise hier de tous les accidents de la période algide du choléra. Son état est des plus graves.

Enfin, une femme a succombé ces jours-ci dans les salles de M. Andral, après trois jours d'une diarrhée caractéristique à laquelle se sont joints, le dernier jour, les accidents peu accusés de la période algide. Cette femme était convalescente de variole. Ajoutons que dans toutes les salles qui constituent le grand bâtiment principal de la Charité, il règne en ce moment un très grand nombre de diarrhées. Dans le service de M. Piorry, notamment, plus de vingt malades sur trente sont dans ce cas. Nous faisons remarquer cette circonstance, parce qu'elle contraste avec l'espèce d'immunité dont paraissent jouir jusqu'à présent, à cet égard, les salles du pavillon de M. Bouillaud, où, pendant le cours de la dernière épidémie, on n'a eu à constater aucune atteinte.

L'Hôtel-Dieu compte aussi, depuis les derniers jours de février, une dizaine de cas de choléra, dont un très petit nombre, jusqu'à présent, a été mortel. La plupart sont venus du dehors ; trois ou quatre seulement se sont développés dans les salles ; aucun de ceux-ci n'a succombé jusqu'à présent.

Nous avons remarqué parmi ces derniers un jeune homme couché au n° 3 de la salle Sainte-Agnès (service de M. Trousseau), entré pour une rougeole, et qui a été pris presque aussitôt des symptômes du choléra ; il est actuellement en convalescence.

Parmi les malades venus du dehors, on nous a signalé le cas d'un homme qui a été amené dans l'état algide le plus complet dans le service de M. Guerard, où il a succombé rapidement.

Nous avons vu dans la salle Saint-Antoine (service de M. Rostan) une jeune fille de dix-huit ans, entrée le 8 mars, qui avait depuis dix jours de la diarrhée et des vomissements. Le 8 mars, elle a été prise de crampes avec refroidissement et une grande anxiété précordiale, avec sentiment de suffocation qui persiste encore en ce moment. Cette malade nous a raconté que dans le mois de décembre dernier elle avait vu succomber une jeune fille de son âge dans la maison qu'elle habite, et qu'elle en avait été vivement frappée.

Les autres cas, dont un dans le service de M. Piedagnel, et deux dans les salles des combles de la division des femmes, paraissent avoir été assez légers (ces deux derniers du moins), d'après ce que nous en a dit M. Legroux, dans le service duquel ils se trouvaient placés.

Il y a eu également quelques cas à l'hôpital Beaujon.

Nous avons parlé dans notre premier bulletin d'un cas de choléra qui avait eu lieu à l'hôpital Saint-Louis. Il nous a été donné depuis sur ce malade et sur sa famille des renseignements qui ne sont pas sans intérêt. Ce malade de Saint-Louis était un homme de trente-six ans environ, fort, vigoureux, parfaitement constitué, arrivé depuis trois mois à Paris, et qui habitait Belleville, où il était employé à des travaux de terrassement. Cet homme a été pris subitement d'accidents cholériques ; transporté aussitôt à Saint-Louis, il y a succombé dans les vingt-quatre heures. La mère de cet homme, qui habitait dans le faubourg Saint-Denis, et qui avait été jusque-là parfaitement bien portante, étant allée s'installer auprès de sa bru et de ses petits-enfants, a été prise à son tour, après quelques jours de séjour dans le domicile de son fils, et a succombé au bout de trente et quelques heures.

Hémorrhagie cérébrale. — Paralysie croisée du côté gauche de la face et des membres du côté droit. — Résolution de la paralysie des membres droits sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique. — Persistance de l'hémiplégie faciale.

Le service de M. Rostan, toujours si riche en faits intéressants pour l'histoire des maladies des centres nerveux, contient depuis quelque temps un grand nombre de cas du plus grand intérêt sous ce rapport. En attendant que nous soyons en mesure de reproduire quelques-unes des leçons dont ces faits sont l'objet en ce moment, nous ferons un choix de quelques-uns parmi ceux qui nous ont paru plus particulièrement dignes de fixer l'attention de nos lecteurs. Tel est le fait suivant, qui présente, sous le point de vue de la multiplicité des phénomènes paralytiques et des difficultés qui en résultent pour le diagnostic, un intérêt particulier.

La femme S..., âgée de cinquante-six ans, couchée au n° 9 de la salle Saint-Antoine, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, s'est toujours bien portée jusqu'au 30 novembre dernier, époque où elle a éprouvé la première atteinte de la maladie qui l'a conduite à l'hôpital. Cependant, depuis six ans qu'elle n'a plus ses règles, elle est sujette à des étourdissements qui durent de quelques minutes à quelques heures, à des palpitations de cœur et à une injection continuelle de la face, bien qu'elle ne boive que de l'eau et ne fasse jamais usage d'aliments épicés.

Le 30 novembre 1853, à sept heures du matin, en descendant de son lit, elle sent des fourmillements dans les jambes, veut remonter et tombe sans pouvoir se relever. Elle reste ainsi tout le jour sans pouvoir se faire entendre, bien que sa voix ne soit pas notablement altérée, et qu'elle conserve toute sa connaissance. Transportée dans cet état à l'Hôtel-Dieu, elle rapporte que la nuit de son entrée elle perdit complétement connaissance et crut qu'elle allait mourir. On lui pratiqua une large saignée du bras, on fit appliquer douze sangsues derrière les oreilles, et on prescrivit 60 gr. de vin de quinquina à prendre tous les jours.

Au bout de cinq semaines, sur la demande de M. Rostan, la malade passe dans son service, au n° 9 de la salle Saint-Antoine, où l'on constate l'état suivant :

Au simple examen de la malade, on reconnaît une hémiplégie presque complète du mouvement dans le côté gauche du corps. Si on soulève le bras, il retombe inerte. Cependant il y a quelques mouvements des doigts. Le membre inférieur est complétement immobilisé. Point de soubresauts, de contracture, de crampes, de douleurs, etc. ; la sensibilité est intacte. Mais ce n'est pas tout ; il y a une hémiplégie faciale du côté droit qui frappe au premier coup d'œil. La figure est grimaçante au plus haut point. Le côté droit est immobile, la peau en est lisse, tendue ; il paraît agrandi. L'œil, grand ouvert, ne peut pas se fermer. Ses mouvements sont conservés, excepté l'abduction, ce qui tient sans doute à la paralysie du nerf moteur oculaire externe. La commissure des lèvres est rectiligne, et celles-ci sont amincies. Du côté gauche, au contraire, la face est ramassée, crispée ; les muscles font saillie. La commissure labiale est tirée en bas et en arrière ; les lèvres sont grosses et saillantes, et la distance de l'angle de la commissure à la partie médiane est moitié moindre que celle du côté paralysé.

La langue est bonne ; mais quand elle la tire hors de la bouche, elle se dévie très sensiblement, et la pointe est portée du côté opposé à l'hémiplégie faciale, c'est-à-dire à gauche. La bouche est sèche et pâteuse. L'appétit est bon (deux portions). L'odorat et le goût sont intacts. La mastication est gênée. Les aliments allant se loger entre la joue et les dents du côté paralysé, elle est obligée de les faire sortir avec la main. Elle se mord assez souvent la joue droite en mangeant. La digestion se fait bien. Elle a toujours une constipation opiniâtre.

La respiration se fait bien ; les battements du cœur sont forts. La face est injectée, les veines gonflées.

Les sécrétions sont normales. Il y a une hypersécrétion des larmes qui mouillent continuellement les yeux.

La malade se plaint de bouffées de chaleur qui lui montent à la tête ; elle a toujours des étourdissements. La vue et l'ouïe sont intactes, l'intelligence aussi.

Elle dit avoir un peu maigri depuis quelque temps.

Ce fait soulevait une question de diagnostic fort intéressante, et qui ne laisse pas que d'être entourée de difficultés. La paralysie dont cette femme est affectée reconnaît évidemment pour cause une hémorrhagie cérébrale. Le brusque début des phénomènes paralytiques, les prodromes congestifs qui en ont précédé et annoncé le développement, leur caractère même, la circonstance de l'hémiplégie, et l'ensemble des symptômes concomitants, tout concourt ici à faire admettre l'existence d'une hémorrhagie comme cause de la paralysie. Mais en considérant cette particularité d'une hémiplégie croisée, occupant le côté droit de la face et le côté gauche des membres, il y a à se demander s'il y a eu là deux foyers hémorrhagiques distincts, ou un foyer unique. Pour admettre qu'il n'y a qu'un foyer unique, il faut supposer que le foyer occupe la base et le côté droit de la base du cerveau, et qu'il occupe une assez grande étendue pour comprendre à la fois le nerf facial, qui se distribue au côté droit de la face au-dessous de son entre-croisement, et les nerfs qui se distribuent aux membres du côté gauche au-dessus de leur entre-croisement. S'il y a au contraire deux foyers distincts, dont l'un serait circonscrit au point d'origine du nerf facial, et l'autre à l'origine des nerfs du membre thoracique, il faut admettre dans ce cas que la formation de ces deux foyers a été simultanée, comme l'a été la manifestation des phénomènes paralytiques elle-même. Il était difficile dans l'état actuel de choisir entre ces deux hypothèses, qui offraient autant de probabilités l'une que l'autre. Du reste, comme cette alternative ne devait modifier en rien le traitement, et que les indications en étaient très précises, le traitement fut ainsi institué :

Le 9 janvier, un vésicatoire derrière l'oreille droite ; 2 pilules Rostan (ces pilules sont composées de jusquiame, aconit et oxyde de zinc, de chaque 5 centigrammes, et de 2 centigr. 1/2 d'extrait gommeux d'opium). Les pilules sont continuées tous les jours.

Le 12, la malade demande à être saignée. — 15 sangsues derrière les oreilles.

Le 19, vésicatoire à la nuque ; huile de ricin, 20 grammes.

Le 25, 12 sangsues dans l'aine droite.

Le 30, nouveau vésicatoire au cou, au-dessous de l'autre, qui est sec ; huile de ricin, 20 grammes.

Le 2 février, 12 sangsues derrière l'oreille droite.

Le 6, la malade demande continuellement qu'on la saigne. Elle est toujours fortement constipée. — Saignée du bras de 500 grammes.

Le 27. Depuis le 6 on n'a rien fait. — Huile de ricin, 20 grammes. La malade se plaint toujours du sang, dit-elle, qui la fatigue.

Le 28, il y a une amélioration marquée. La malade remue assez facilement le bras et la jambe. Elle serre assez fortement de la main du côté paralysé. Elle s'est levée déjà plusieurs fois, et a pu se tenir debout. Elle souffre toujours des étourdissements. Ce matin, elle demandait encore à être saignée. L'hémiplégie faciale n'a pas du tout diminué.

Depuis le 28 jusqu'au 10 mars (aujourd'hui), l'état des membres a été toujours s'améliorant ; le bras a en grande partie récupéré toute la liberté et la force de ses mouvements ; la jambe est aussi devenue beaucoup plus forte. La malade se tient très bien debout, marche sans soutien ; mais ce qui l'empêche de se livrer avec assurance et autant qu'elle le voudrait à cet exercice, ce sont les étourdissements continuels qu'elle éprouve et qui lui font craindre à chaque instant de tomber. Quant à la paralysie de la face, elle en est toujours au même point.

Esthiomène de la vulve.

Au n° 1 des salles de M. Nélaton était récemment couchée une jeune femme atteinte d'une affection assez rare des petites lèvres et des parties profondes de l'appareil vulvaire. Elle a dû subir déjà

une opération pour une affection semblable à celle qui l'amenait ici. La petite lèvre du côté droit a sa hauteur augmentée du double de ce qu'elle est habituellement; sa projection en avant est quadruple de ce qu'elle devrait être normalement : elle fait une saillie de 4 centimètres. L'aspect extérieur et la structure de cette partie doivent être étudiés avec attention.

La peau qui la recouvre a perdu ses caractères normaux. Au lieu de la surface humide que présente une membrane muqueuse, on trouve les caractères de la peau. Il y a une foule de petites dépressions répandues à la surface de cette petite lèvre. Sa consistance est un peu plus ferme qu'à l'état normal; le doigt, appliqué dessus, ne laisse pas la dépression caractéristique de l'œdème. Il n'y a aucune sensation douloureuse, excepté le froissement qui a lieu pendant la marche. On comprend très bien en effet que cette partie, pressée entre les cuisses, soit sujette à des froissements.

L'autre petite lèvre n'est pas suffisamment malade pour exiger une opération.

Dans l'intérieur de la vulve, il y a un autre point malade qui correspond à la partie externe droite et un peu inférieure de l'urètre. La colonne antérieure du vagin, qui arrive jusqu'à l'orifice urétral, est saine. Il y a là deux mamelons qui présentent une altération manifeste; l'un, qui est supérieur, est gros comme un pois, d'un blanc opalin, ferme, et présente un peu l'aspect d'un cartilage, quoiqu'il n'en ait point la dureté. Au-dessous de ce mamelon opalin, d'un blanc grisâtre, est un autre mamelon rouge, granulé, comme s'il y avait une inflammation des follicules urétraux, qui sont groupés en assez grand nombre à la partie inférieure du méat urinaire. Ces deux mamelons sont exempts d'ulcérations. Cette partie altérée qui correspond à l'orifice urétral ne se continue pas avec la petite lèvre hypertrophiée. La malade n'éprouve point de douleurs aux petits mamelons, point de démangeaisons ni d'élancements; la petite lèvre qui pend produit seule de la gêne.

La seule affection avec laquelle pourrait être confondue cette induration de l'orifice urétral est une induration cancéreuse ou cancroïde. Mais ces cancroïdes, quelle que soit la région où on les trouve, sont constitués par des tumeurs plus dures que celles qui se rencontrent ici; ces tumeurs cancroïdes sont toujours plus ou moins entamées à leur surface, ou du moins il y a une exsudation humide à leur surface, qui se concrète. Rien de semblable chez notre malade. Ajoutez à cela l'absence complète de douleurs; tandis que les cancroïdes déterminent des douleurs vives intantanées, ou du moins des démangeaisons, et il sera impossible de se tromper sur le diagnostic.

On aurait donc affaire à un esthiomène, et à une forme particulière d'esthiomène désignée sous le nom de *végétante* par M. Huguier, dans son mémoire présenté à la Société de chirurgie. Un des caractères de cette maladie est l'absence de douleur, de sécrétion; nous l'avons chez notre malade.

Faut-il voir dans l'état des petites lèvres une autre forme de l'esthiomène de la vulve, un esthiomène *hypertrophique*, comme le nomme M. Huguier? Non; et voici pourquoi : cette dernière variété a lieu à la suite d'inflammations anciennes et répétées. Ici le tissu de la petite lèvre est sain; c'est la petite lèvre présentant son tissu normal, mais un peu plus volumineux.

Les petits mamelons seront saisis avec une érigne pour les attirer au dehors, puis excisés. Il faut aussi retrancher la petite lèvre hypertrophiée; on l'enlèvera d'un coup de ciseaux.

A la suite de semblables opérations dans cette région il s'écoule souvent une quantité considérable de sang, et il est bon de se prémunir en vue de cette éventualité. Si on voit des vaisseaux, on les liera; si le sang s'écoule seulement en nappe, on passera dessus un pinceau imbibé d'une solution de percblorure de fer à 35°.

Souvent cette production de petites tumeurs amoncelées à la vulve amène un rétrécissement tel que l'introduction du doigt dans le vagin est impossible, comme il s'en est présenté un cas dans la pratique de M. Monteforte, médecin italien, chez une femme publique, qui avait perdu ainsi ses moyens d'existence.

A. L.

Symblépharon traumatique récent. — Opération simple. Succès immédiat.

Un petit garçon de deux ans a reçu dans l'angle externe de l'œil gauche un coup de griffe de chat. Quelques jours après l'accident, cet enfant, amené à la clinique de M. Sichel, présente l'état pathologique suivant :

Un lambeau étroit de la partie externe de la conjonctive sclérienne, vertical et de six millimètres d'étendue, s'est soudé par son extrémité inférieure à une déchirure superficielle du bord libre de la paupière inférieure, très près de la commissure externe. Lorsque le petit malade regarde à gauche, on ne distingue pas cette particularité, à cause d'une ecchymose sous-conjonctivale dans laquelle se perd le lambeau encore rouge de la conjonctive; mais, lorsqu'il regarde à droite, le symblépharon devient apparent et détermine un certain degré de strabisme divergent, bien que la bride adhérente, encore molle et extensible, s'allonge pendant les mouvements du globe. En faisant tourner l'œil dans l'angle externe, la bride, affaissée et flasque, se laisse soulever facilement, et un stylet passe librement entre elle et le globe.

Dans ces circonstances, la guérison du symblépharon par l'excision de la bride était sûre; la manœuvre opératoire était facile. L'insertion de l'extrémité inférieure de la bride fut coupée au ras de la paupière; puis, un nouvel examen ayant montré qu'il n'y avait dans le voisinage de la petite plaie palpébrale aucun point encore suppurant de la conjonctive oculaire, la bride flottante fut également réséquée à son extrémité supérieure, tout près du globe. Les deux points saignants étaient tellement distants l'un de l'autre que leur contact n'était possible dans aucune position des parties intéressées; il n'était même pas nécessaire de cautériser la plaie palpébrale pour l'empêcher de se souder de nouveau au globe. Dès le lendemain, la guérison pouvait être regardée comme parfaite.

Anesthésie locale par réfrigération.

Nous venons d'assister à l'instant à une expérience d'anesthésie locale par réfrigération, qui a assez bien réussi. Cette expérience a été faite par M. Richet dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, en présence de ses élèves et de plusieurs médecins, parmi lesquels nous avons remarqué MM. Legroux et Le Roy-d'Etiolles. Il s'agissait d'enlever chez une femme une tumeur méllcérique du volume d'un petit œuf environ, qui siégeait à la région inférieure de la joue droite, appuyée sur la branche horizontale du maxillaire inférieur. Pendant qu'un aide versait de l'éther goutte à goutte sur la tumeur au moyen d'une capsule de verre munie d'un petit robinet (on a employé l'éther sulfurique à défaut d'éther chlorhydrique, qui eût été préférable à cause de sa plus grande activité), M. Mathieu dirigeait sur cette même partie un courant d'air rapide au moyen de l'instrument ventilateur de son invention. La malade a éprouvé une assez vive sensation de froid pendant cette opération préliminaire, qui a duré trois minutes; et les assistants ont pu remarquer, dès les premières insufflations, que la peau qui recouvrait la tumeur, et qui était d'un rouge vif, avait un peu pâli. M. Richet, prenant alors le bistouri, a pratiqué une incision verticale d'environ 5 à 6 centimètres. La malade n'a poussé aucun cri et n'a fait aucun mouvement, ni aucun signe qui témoignât de la douleur.

Interrogée à cet égard, elle a répondu qu'elle venait de sentir une douleur, mais très légère, ajoutant d'ailleurs que d'habitude elle n'était pas très sensible. Cependant une incision de 5 à 6 centimètres sur la peau de la face, qui est à peine sentie, cela ne pouvait guère laisser de doute sur l'influence anesthésique du moyen de réfrigération qui venait d'être employé. Ce doute, d'ailleurs, s'il existait dans l'esprit de quelques-uns des spectateurs, a dû se dissiper bientôt, lorsque, après la dissection de la tumeur, l'opérateur a porté l'instrument sur les parties profondes pour en opérer l'ablation complète. La patiente a accusé, en effet, alors une douleur assez vive. L'on conçoit aisément que l'action réfrigérante et anesthésique de la volatilisation rapide de l'éther n'avait pu se faire sentir sur les parties profondes. On a donc eu là une sorte de contre-épreuve qui ne permet pas de douter que la peau ait été effectivement rendue en grande partie insensible. C'est un fait à enregistrer parmi les faits positifs.

De quelques cas de paralysie suivis de mort sans lésion appréciable des centres nerveux.

Nos lecteurs se rappellent sans doute le fait que nous avons publié dans le numéro du 25 février dernier, relatif à un cas de paraplégie et hémiplégie simultanées survenues brusquement pendant la convalescence d'une variole et suivies de mort au bout de quelques jours sans avoir laissé aucune trace appréciable dans les centres nerveux. Ce fait, avons-nous dit, soulève plus d'une question intéressante et touche à des points de doctrine qui ne pourraient être abordés sans un examen sérieux, sans s'assurer par le concours d'autres faits analogues qu'il ne s'agit pas là d'un fait exceptionnel, insolite, entièrement isolé, et qui perdrait par là même toute sa valeur.

Avant d'en rien déduire et d'engager sur ce fait une discussion dont l'occasion nous sera tout naturellement fournie d'ailleurs par les leçons de notre savant maître M. Rostan, dont nous espérons prochainement publier quelques extraits, nous avons consulté nos notes et nos souvenirs pour voir si nous n'y trouverions pas quelques faits semblables.

Voici quelques-uns des faits les plus récents que nous avons pu retrouver et que nous avons choisis de préférence, parce que nous avions la certitude que l'observation en avait été très exactement recueillie :

— Un homme, couché au n° 2 de la salle Saint-Félix, présentait une paralysie des troisième et sixième paires et de la septième paire du côté gauche; il y avait perte de la contractilité électrique dans les muscles paralysés du côté gauche de la face. Cette affection durait depuis deux ans; elle était permanente; il n'y avait jamais eu ni la moindre interruption ni une diminution sensible dans les phénomènes paralytiques.

Dans l'ignorance où l'on était sur l'origine et la cause probable de cette paralysie, que le chef du service et tous les médecins qui avaient été à même de voir le malade étaient portés à attribuer à une lésion organique, au développement d'une tumeur intra-crânienne située de manière à comprimer les points d'origine des nerfs paralysés, on employa successivement divers ordres de moyens, l'iodure de potassium d'abord, puis les vésicatoires, la strychnine et enfin l'électricité; mais tous ces moyens furent employés sans résultat.

Le malade, qui était en même temps phthisique, ayant fini par succomber aux progrès de cette maladie, on l'ouvrit, et on examina avec soin la tête et la poitrine. Les poumons contenaient des tubercules à divers degrés, des cavernes, dont l'existence avait été constatée pendant la vie par l'auscultation. Mais l'examen le plus minutieux de l'encéphale ne put rien faire découvrir qui fût en rapport avec la paralysie. Le cerveau, le cervelet et la moelle, étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité. Les nerfs qui se rendaient aux parties paralysées, examinés avec le même soin dans toute l'étendue de leur trajet, se montrèrent également dans leur état normal.

— Voici un autre fait analogue observé dans le service de M. Briquet. Il s'agit d'un épileptique qui était couché au n° 11 de la salle des hommes. Cet homme avait une paralysie de la septième paire avec perte de la contractilité électrique et perte de la sensibilité cutanée dans la moitié gauche de la face; il y avait perte complète de la sensibilité des dents et de la sensibilité gustative; la déglutition était difficile, ainsi que la respiration. Ces phénomènes durèrent une année entière sans interruption aucune; au bout de ce temps, malgré les médications excitantes les plus variées, ce sujet a succombé aux progrès de la paralysie; il est mort tout d'un coup, comme asphyxié.

L'autopsie a également été négative; on n'a rien trouvé dans les centres nerveux ni sur le trajet du nerf de la septième paire qui ait pu rendre compte des faits que nous venons de rapporter.

— Enfin, M. le docteur Ducbenne (de Boulogne) a publié dans l'un de ses derniers mémoires l'observation suivante, que nous ne rapportons que sommairement :

Un homme est tout à coup frappé, sans cause connue, de paralysie générale avec fièvre et douleur vive sur le trajet du rachis. Il est apporté immédiatement dans cet état à l'hôpital de la Charité, où il est couché au n° 15 de la salle Saint-Louis. Il est saigné plusieurs fois, on lui administre des purgatifs violents sans que cela produise la moindre modification dans son état; la paralysie persiste au même degré, l'intelligence restant d'ailleurs parfaitement intacte. Les membres étaient, en outre, le siége de douleurs très vives; la pression y était fort douloureuse. Cet état n'était nullement modifié le dixième jour de l'invasion des accidents, époque où M. Duchenne commença à explorer les muscles. Il y avait un amaigrissement général notable; les muscles paralysés avaient perdu leur contractilité, phénomène qui annonce ordinairement une lésion de la moelle.

M. Pidoux, alors chargé du service, croyant avoir affaire à une affection de nature rhumatismale, employa une série de moyens thérapeutiques empruntés aux formules antirbumatismales, mais sans aucun succès.

Six mois après, la paralysie persistait au même degré; l'intelligence était toujours intacte; mais, par suite de l'attitude immobile du malade dans un décubitus forcé, il se produisit une large eschare au sacrum avec abondante suppuration, qui ne tarda pas à entraîner la mort.

L'autopsie, faite avec soin, fut tout aussi infructueuse dans ses résultats que dans les faits précédents. Les centres nerveux ne révélèrent aucune lésion appréciable aux sens et à nos moyens d'investigation.

Nous aurions pu joindre à ces trois faits quelques observations que nous avons recueillies depuis, et dans lesquelles, bien qu'il n'y ait pas eu lieu de vérifier le diagnostic par l'autopsie, on peut considérer comme certain qu'il n'y avait aucune lésion anatomique persistante, telle, par exemple, que l'histoire de cette jeune femme couchée récemment dans le service de M. Trousseau, et qui, atteinte de paraplégie depuis dix ans, a vu se dissiper tout à coup la paralysie sous l'influence d'une seule dose de strychnine. Mais outre que les observations de cette nature pourraient être récusées comme pouvant appartenir à une autre catégorie de faits, à l'hystérie, par exemple, nous n'avons pas voulu grossir inutilement un groupe de faits qu'il importait, dans l'intérêt de la cause, de circonscrire aux cas de vérification nécropsique.

B.

NOTE SUR UN CAS D'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

de deux jumeaux sans douleur et sans que la femme ait eu conscience du travail.

Le numéro de samedi dernier (4 mars) de la *Gazette des Hôpitaux* a reproduit la substance d'une leçon clinique de M. le professeur P. Dubois sur cette question : Une femme peut-elle accoucher sans le savoir? Afin de mieux spécifier les conditions diverses dans lesquelles ce phénomène peut se produire, le rédacteur de la leçon (d'après le professeur sans doute), après avoir élagué les cas dans lesquels un état pathologique peut empêcher la femme d'avoir conscience de ce qui se passe en elle, cas qui ne sont pas en cause, a subdivisé la question de la manière suivante :

1° Une femme ayant la conscience du travail, l'accouchement peut-il se faire dans un moment où elle ne s'y attend pas?

2° La femme sachant qu'elle est en travail peut-elle accoucher sans en avoir conscience pendant son sommeil?

Nous croyons qu'on pourrait ajouter à ces deux questions la question suivante, dont un fait récent observé par nous-même donne la solution affirmative : Une femme en santé, jouissant de toute l'intégrité de son intelligence et de ses sens, et se sachant à terme, peut-elle accoucher sans s'en douter, par conséquent sans douleur et sans avoir conscience du travail?

C'est en effet ce qui s'est passé sous mes yeux; et il s'agissait, ainsi qu'on va le voir, d'un accouchement jumellaire.

Une dame que j'avais accouchée deux ans auparavant pour la première fois, à un âge déjà un peu avancé, étant enceinte de nouveau et à terme, éprouve dans la nuit quelques petites coliques qui l'engagent à se lever pour se faire faire un peu de thé, croyant, disait-elle, que ces coliques étaient occasionnées par des *vents*. Elle se met sur son vase, et se relève presque aussitôt sans avoir rien rendu. Elle est frappée seulement, en se levant, de sentir un corps volumineux entre ses cuisses. Comme elle fait part de cette sensation à la garde qui couchait auprès d'elle, celle-ci se lève, l'examine aussitôt, et n'est pas peu surprise de trouver la tête d'un enfant pendant hors de la vulve. Aidée de la garde et de son mari, cette dame remonte sur son lit, et pendant l'effort qu'elle fait pour l'enjamber, l'enfant sort en entier sans qu'elle en éprouve la moindre douleur. Elle eût ignoré même ce qui venait de se passer, si elle n'en eût été avertie par les cris de l'enfant. Le mari court aussitôt pour venir me chercher; mais il n'était pas plutôt dans la rue qu'un second enfant franchit le détroit inférieur du bassin, le vagin et la vulve sans plus de douleur ni plus de difficulté que le premier, et sans autre sensation de la part de la mère que la perception en quelque sorte toute physique du passage d'un corps d'un certain volume à travers les parties génitales externes. Cette fois, confondant les cris de ce second enfant avec ceux du premier, elle ne fut point avertie par là de ce qui venait de se passer, et crut que ce qu'elle venait de sentir passer était le délivre; ce qui lui laissa croire jusqu'à mon arrivée. Mais comme en réalité elle n'était pas délivrée, mon premier soin, aussitôt que je fus arrivé auprès d'elle, voyant qu'elle n'avait plus de contractions, fut de pratiquer quelques frictions sur la région hypogastrique et d'exercer une très légère traction simultanée sur les deux cordons, ce qui détermina en effet une contraction qui amena aussitôt, et toujours sans douleur, un placenta double, ou plutôt deux placentas accolés l'un à l'autre par un de leurs bords.

Je n'ai pas besoin de dire quelle fut la surprise de cette dame lorsque je lui présentai deux enfants, une fille et un garçon, chacun d'un volume et d'un poids un peu inférieurs peut-être, mais pas de beaucoup, au volume et au poids moyen d'un enfant à terme, et tous deux très vifs et très bien portants; elle n'en voulait pas croire ses yeux.

Les suites de couches ont été parfaitement heureuses. Les deux enfants vivent, sont fort beaux et en très bonne santé. Je dois ajouter que cette dame était elle-même, au moment de l'accouchement, dans un état parfait de santé, et qu'elle jouissait de toute la plénitude de sa conscience et de ses sens.

Voilà donc un exemple à joindre à ceux qu'ont rapportés M. le docteur Mattei et M. le professeur Paul Dubois, exemple qui prouve, ce me semble, péremptoirement, et contrairement à l'opinion exprimée par plusieurs médecins légistes, qu'une femme peut accoucher sans le savoir et sans être dans un état pathologique.

D[r] BROCHIN.

NOUVEAU TRAITEMENT DE L'HYPOCONDRIE.

Par M. le docteur Ch. MASSON.

J'ai souvent, dans les réunions scientifiques, parlé des résultats heureux que j'ai obtenus dans les grandes épidémies cholériques de 1832 et de 1849 en provoquant, au moyen d'une pommade cantharidée, une vésication rapide sur le trajet rachidien. J'ai raconté par quelle suite d'observations et de raisonnements j'ai été conduit à considérer le choléra comme une intoxication du système nerveux sous-cérébral. J'avais pensé que le moyen le plus efficace pour obtenir une réaction prompte et franche était d'agir sur le prolongement du cerveau, cet arbre nerveux dont les mille branches portent aux membres et aux organes le mouvement et la vie. Cette façon d'envisager la maladie semble prendre faveur parmi les confrères, et quelques-uns l'ont même indiquée récemment comme chose nouvelle, bien que dans le courant d'avril 1832 j'aie, dans une lettre imprimée, adressée à M. le professeur Fouquier, annoncé cette théorie et recommandé ce mode de médication.

Je ne fais de ceci qu'une question d'utilité. Quant à la priorité, elle peut être mise en doute, puisque, ainsi que je l'ai fait dès l'apparition de la maladie, M. Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, a essayé d'un moyen assez semblable. Depuis longtemps d'ailleurs les Indiens, dans les cas extrêmes de choléra, brûlaient sur l'épigastre ou le rachis des étoupes trempées dans des liqueurs spiritueuses.

J'avais besoin de revenir sur ce sujet, et surtout sur le mode de traitement, pour expliquer comment j'avais été amené à l'essayer contre une affection d'une nature bien différente, contre une maladie que les médecins, dans l'impuissance où ils étaient de l'expliquer, ont même taxée d'imaginaire, dans l'hypocondrie.

Pour me faire mieux comprendre, je dirai dans quelles circonstances favorables je me suis trouvé pour l'étudier, et les raisons qui me l'ont fait envisager sous un nouveau jour.

Nommé en 1836, par la Société de médecine pratique, secrétaire rapporteur des consultations qu'elle donnait alors rue du Cloître-Saint-Merry, dans l'ancien bâtiment du tribunal de commerce, je m'y trouvai assailli par un nombre infini de malades, incurables pour la plupart, mais qu'un dernier espoir conduisait vers nous. Je fus étonné de trouver parmi ces hommes de la classe ouvrière une douzaine d'hypocondriaques; j'avais pensé jusqu'alors que cette maladie devait se rencontrer plus fréquemment chez les gens oisifs, ou chez ceux qu'avaient énervés l'abus des plaisirs ou le travail du cabinet. A toutes les questions ils faisaient les mêmes réponses, entremêlées de raisonnements absurdes sur les causes de leur mal. Ils se plaignaient de lenteur dans les digestions, de nausées, de borborygmes, de constipation alternant avec la diarrhée, de douleurs générales et insaisissables; les urines coulaient tantôt abondantes et limpides, tantôt rares et briquetées; ils brûlaient ou ressentaient un froid glacial; il survenait parfois des crampes, des palpitations, des étouffements; la tristesse et l'inquiétude qui les tourmentaient le jour les poursuivaient dans le sommeil; leur repos était troublé par des rêves pénibles et effrayants, et cependant l'examen le plus attentif ne révélait aucune altération qui pût donner la raison d'un désordre aussi général.

En voyant un si grand nombre d'organes dont l'action était suspendue ou pervertie, je me demandai si le système nerveux sous-cérébral n'était point, comme dans le choléra, le siége principal, le *quartier général* de la maladie, et s'il ne serait pas opportun d'essayer du moyen qui m'avait si bien réussi dans le traitement de la maladie épidémique.

Je me faisais bien une objection; mais la réponse était facile, et me confirmait dans mon opinion. Il arrive souvent que les hypocondriaques auxquels on a conseillé les voyages ou les distractions qu'offre le monde reviennent après plusieurs mois ou plusieurs années retrouver leur médecin, et que celui-ci, se livrant à un nouvel examen, découvre l'existence d'une altération organique. S'il se dit : Voici la cause du mal; à cause de son moindre volume, elle était passée inaperçue, il se trompe; il confond l'effet avec la cause. Le trouble prolongé de l'innervation a modifié la nutrition, cette fonction admirable qui préside au renouvellement incessant de nos organes, leur enlève et leur restitue à chaque instant de notre existence un nouvel atome; en sorte qu'après un certain temps ils ont perdu les premiers éléments qui les constituaient, et conservent cependant leur même forme et le même aspect. J'explique par le trouble de l'innervation la formation des produits anormaux. Et n'est-ce pas d'ailleurs une chose prouvée, que la production du cancer sous l'influence d'une cause morale, d'un chagrin prolongé?

On peut me demander aussi pourquoi je place cette maladie dans le système nerveux sous-cérébral et non point dans le cerveau, dont les fonctions paraissent troublées; à cela je réponds qu'il n'est point douteux que dans certains cas le cerveau ne soit compromis, mais c'est alors une complication ou plutôt une extension de la maladie, et je n'ai point à m'occuper ici des malades de cette catégorie; je me rends d'ailleurs facilement compte de l'état maladif du cerveau chez les hypocondriaques; le cerveau, organe de l'intelligence, ne peut rester étranger à la modification, aux souffrances de sa continuité; mais, comme il n'a point d'yeux pour voir, point de mains pour toucher, il traduit le malaise qu'il ressent par un trouble vague indéfinissable, par des rêves pénibles, des terreurs sans cause et une certaine perversion dans les facultés intellectuelles.

J'ai donc pensé qu'il serait inutile, en présence de tant d'accidents divers, de chercher à les combattre isolément par des remèdes impuissants; qu'il serait à propos, comme dans le choléra, où tant d'organes sont affectés simultanément, d'agir sur le siége présumé de la maladie. Lorsque toutes les lampes d'un lustre viennent à pâlir, ne serait-il point puéril de s'empresser autour de chaque bec? n'est-il pas évident qu'il y a une cause générale? C'est elle qu'il faut chercher et combattre.

J'ai donc conseillé de pratiquer le long du rachis des frictions avec une pommade fortement cantharidée, et de les recommencer après la desquamation. J'ai trouvé chez ces hommes plus de docilité et de persévérance que je n'avais espéré, et le succès a dépassé mon attente, puisque j'ai pu donner la relation de neuf hypocondriaques guéris par ce procédé; l'un d'eux souffrait depuis sept ans. Ces observations ont été déposées dans les archives de la Société, et on pourrait les y consulter au besoin.

Je n'ai pas été moins heureux chez quelques malades de la ville, et je n'entre pas dans de plus grands détails, c'est que cet article est déjà fort long. Je finis en engageant mes confrères à essayer de ce moyen bien simple et bien inoffensif; ils obtiendront, en le faisant, un double avantage: ils soulageront des malheureux qui n'avaient guère à attendre de soulagement de la médecine, et ils prendront confiance en une médication qu'ils trouveraient, non pas infaillible, mais des plus utiles, s'il venait à surgir une nouvelle épidémie cholérique.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Stomatite mercurielle déterminée par des frictions avec l'onguent citrin.

Observation recueillie par P.-J. CABARET, docteur en médecine à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

La disposition de quelques personnes à la salivation est si grande que la plus petite quantité de mercure peut la produire. Des observateurs ont vu la salivation déterminée par la faible dose de cinabre contenue dans la poudre antispasmodique rouge de Stalh (Joseph Franck); par l'éthiops antimonial et le calomel donnés seulement à la dose de quelques grains (Duncan, Trousseau); par de petites doses de bichlorure de mercure qui, en général, manifeste peu son action sur la bouche (Colson); par une seule cautérisation du col de l'utérus avec le nitrate acide de mercure (Breschet); par l'usage externe du précipité rouge (Fabrice de Hilden, John Hunter, Siébold); par une friction mercurielle (Bartholin); par l'onguent contre les poux (Stisser); par les vapeurs mercurielles (Goulard, Colson); par la transvasion du mercure (Tilloch, Gerson); par le séjour dans les mines (Brown, Ramazzini, Walter-Lope); par l'emploi du mercure dans la fabrication des thermomètres et des baromètres (Stisserus); par l'élaboration de l'or (Lazare Rivière).

On a vu maintes fois le même accident déterminé par l'emploi mal dirigé du mercure contre les entozoaires (1), l'angine couenneuse, l'hépatite, la péritonite, la méningite, l'encéphalite et autres affections.

On ne saurait donc apporter trop de précautions dans l'administration des mercuriaux; c'est pourquoi nous pensons que, quoique les exemples rapportés ci-dessus soient très multipliés, le suivant mérite encore d'être publié, parce qu'il prouve évidemment qu'à titre de moyen général de traitement le mercure, dont le succès est problématique et d'un usage dangereux loin de la surveillance du médecin, doit être banni de la thérapeutique de la gale.

M[me] R..., âgée de vingt-sept ans, d'une constitution assez robuste, d'un tempérament nerveux, était convalescente d'une légère affection scorbutique qui existait depuis plusieurs mois, lorsque son mari, officier de la marine du commerce, revint chez lui après une absence de dix-huit mois, nécessitée par un voyage à l'île de la Réunion et à Calcutta.

Débarqué au Havre, où il avait laissé son navire, M. R... se rendit sur un bateau à vapeur à Caen, où une indisposition le força à séjourner pendant une semaine. Il est probable qu'il y contracta la gale, car, quelques jours après son arrivée, M. et M[me] R... me consultèrent, et je pus constater, le 1[er] mai 1850, qu'ils offraient les symptômes les plus caractéristiques de cette maladie : vésicules légèrement élevées et nombreuses, acuminées, transparentes au sommet, présentant une teinte légèrement rosée et contenant un liquide séreux et visqueux, occupant l'intervalle des doigts, les poignets, les plis des bras, les aisselles, les jarrets, les fesses, le ventre, etc.

Démangeaison insupportable, surtout le soir et pendant la nuit. Les deux malades, en se grattant, déchiraient les vésicules; le liquide qu'elles contenaient s'écoulait, et elles étaient remplacées par une foule de petits points rouges, enflammés.

Je prescrivis un bain tiède pour diminuer l'irritation générale de la peau, puis de pratiquer matin et soir sur tous les points envahis par les vésicules des frictions de 16 grammes chacune avec la pommade sulfuro-alcaline d'Helmerich (soufre sublimé, 2 parties; sous-carbonate de potasse, 1 partie; axonge, 8 parties).

Chez M. R..., la gale céda promptement à cette médication, qui ne fut pas du goût de madame R...; car, sur le conseil d'un pharmacien, qui l'engagea à se servir de l'onguent citrin comme moyen curatif d'une extrême promptitude dans ses résultats, elle ne balança pas à donner la préférence à cette préparation, et résolut de s'en frotter sous les poignets et les jarrets pendant neuf jours de suite, en employant à chaque friction 8 grammes d'onguent.

Le 3 mai, frictions avec l'onguent citrin, répétées une fois chaque jour, jusqu'au 5 du même mois. Pendant leur usage M[me] R... s'abstint de prendre des bains, commit des écarts de régime, prit des liqueurs spiritueuses, et immédiatement après la seconde friction éprouva dans la bouche un goût métallique, accompagné d'un léger gonflement des gencives et de la langue, sur laquelle on voyait l'empreinte des dents.

Le 5 mai, M[me] R..., auprès de laquelle je fus appelé dans le courant de la soirée, éprouvait un sentiment général de chaleur dans la bouche, une saveur métallique plus prononcée que la veille, un besoin continuel de cracher, indépendamment de l'odeur fétide spécifique de l'haleine. Je constatai que les gencives étaient tuméfiées, douloureuses et blafardes, excepté vers le collet des dents, où elles présentaient un aspect rougeâtre. Gonflement et inflammation de la langue et de l'intérieur des joues; constipation, pouls dur et fréquent. — Suppression des frictions avec l'onguent citrin; lotions savonneuses sur les jarrets et les poignets; légères cautérisations des gencives avec un pinceau imbibé d'acide hydrochlorique fumant, suivant le procédé de M. Ricord; boissons délayantes; gargarisme et lavement émollients; diète absolue.

Le 6, point d'amélioration, salivation augmentée. Les gencives, phlogosées, tuméfiées, livides, recouvraient en grande partie les dents. Il existait une réaction sympathique assez forte; fièvre intense, chaleur vive à la peau, céphalalgie, soif ardente, insomnie. — Cautérisation avec l'acide hydrochlorique, 20 sangsues sous les mâchoires.

Le 7, malgré un copieux écoulement de sang par les piqûres des sangsues, M[me] R... n'avait éprouvé aucune amélioration : céphalalgie, seulement un peu moins forte; augmentation du gonflement des joues et des glandes salivaires; la face interne des premières présentait de petits ulcères cendrés, douloureux, fétides, multipliés, d'un rose peu prononcé dans la plus grande partie de leur étendue; les gencives offraient une coloration plus foncée autour du collet des dents, qu'elles semblaient entourer d'un feston rouge surmonté d'un cercle blanchâtre; douleurs vers l'oreille augmentant lors de l'acte de la déglutition et des mouvements de la mâchoire. — Gargarisme adoucissant et narcotique.

Le 8, ulcères nombreux entourant le conduit de Warthon; tuméfaction augmentée de la langue, dont la face supérieure était recouverte d'un enduit épais, jaunâtre; nombreux ulcères sur les bords de cet organe en contact avec les dents. Ces ulcères, de même que la rougeur et la tuméfaction, envahissaient presque toute la cavité buccale, le voile du palais et les amygdales. Profonde altération de la parole, du goût, de la mastication et de la déglutition.

Depuis la veille, M[me] R... avait perdu au moins 1,500 grammes de salive visqueuse et horriblement fétide; constipation. — Lavement laxatif, même gargarisme.

Le 9, nuit très agitée, insomnie complète. Décubitus et sommeil impossibles sur le dos. Les paroxysmes féhriles, marqués surtout vers le soir, étaient accompagnés d'anxiété, d'irritabilité, de céphalalgie atroce, de douleurs du cou et de délire. Ptyalisme toujours aussi abondant, audition diminuée, douloureuse; soif augmentée, urines rouges et rares, persistance de la constipation. Plus grande intensité de l'in-

---

(1) « En mai 1818, je fus appelé à Wilna auprès d'une très belle femme, » dont le médecin était alors absent de la ville. « Voyez, me dit-elle, mon » horrible fluxion! » En effet, toute la cavité de la bouche était ulcérée, et il » y avait un écoulement continuel de salive. Comme en entrant j'avais perçu » l'odeur de l'haleine mercurielle : « Il ne s'agit pas de fluxion, lui dis-je, » mais de l'effet du mercure. De quelle maladie étiez-vous affectée auparavant? — De vers intestinaux. — Quels médicaments avez-vous employés? — » Voici la formule. » On y lisait : Poudres de semences d'absinthe, une once; » de racine de valériane, uue once et demie; calomel, un gros. M. S. A. » Prenez chaque matin uue cuillerée à café. Grand Dieu! et le médecin » était d'ailleurs très habile. » (Joseph FRANCK.)

flammation buccale. La tuméfaction des joues, des lèvres et de la langue avait rapidement augmenté, et ces parties présentaient dans tous les points de leur étendue en contact avec les arcades alvéolaires des sillons verticaux séparés par des crêtes assez vives, qui correspondaient à la saillie des dents et aux intervalles que ces dernières laissent entre elles. Dans ces mêmes points avaient surgi de nombreuses ulcérations peu profondes et recouvertes d'une pellicule blanchâtre. Quelques-unes étaient saignantes, surtout vers l'isthme du gosier, lorsque la malade se livrait à des efforts de déglutition. Du reste, fièvre vive et salivation toujours copieuse. — 20 sangsues aux angles de la mâchoire, cataplasmes sinapisés aux jambes; 48 grammes d'huile de ricin dans un lavement de décoction de feuilles de mauves; gargarisme adoucissant et légèrement narcotique.

Le 10 mai, cessation de la constipation; céphalalgie, délire. L'intensité des autres symptômes était toujours aussi marquée. La langue, ulcérée, douloureuse, avait acquis un volume tellement considérable, que la bouche ne pouvait plus la contenir; elle faisait saillie au delà des arcades dentaires. Mme R... n'osait se livrer au moindre mouvement, à cause du gonflement douloureux du cou. Assise dans son lit, avec la face horriblement tuméfiée, ne pouvant parler, mâcher ni avaler, elle restait penchée au-dessus d'une cuvette destinée à recevoir la salive, d'une odeur infecte, qui s'écoulait presque sans interruption de sa bouche entr'ouverte, bordée d'ulcérations saignantes. — Alun en poudre appliqué à trois reprises dans le courant de la journée, soit avec le doigt, soit à l'aide d'un pinceau de charpie, sur tous les points enflammés et ulcérés. Dans l'intervalle de ces applications, injections dans la bouche avec 8 grammes d'alun dissous dans 250 grammes d'eau d'orge miellée.

Cette médication, dont la thérapeutique est redevable à M. le professeur Velpeau, a l'avantage, sur la cautérisation avec l'acide hydrochlorique, de ne pas exiger l'intervention du médecin, car le malade l'emploie lui-même en prenant la poudre d'alun sur son doigt, et, en outre, de pouvoir être étendue à toute la membrane muqueuse buccale, tandis que l'acide ne peut être mis en usage que pour les gencives des dents de devant.

Les 11 et 12, amélioration sensible; langue moins gonflée, et la malade pouvait avaler et se gargariser. — Continuation des applications d'alun; gargarisme avec eau d'orge miellée, 250 gram.; alun, 12 gram.

Le 13, la langue et les gencives avaient considérablement diminué de volume; les ulcérations présentaient un meilleur aspect. Ptyalisme beaucoup moins abondant; fièvre modérée; langue saburrale, nausées, constipation. — Même traitement local; bouillon de veau avec addition de 24 grammes de sulfate de magnésie.

Le 14, deux selles abondantes. Quelques heures de sommeil dans la position assise, le décubitus sur le dos ne pouvant encore avoir lieu. Salivation notablement ralentie; diminution progressive de l'engorgement inflammatoire de la langue, des gencives et des joues. Mouvement fébrile peu marqué. — Quatre applications de poudre d'alun; gargarisme avec alun, 12 grammes; eau d'orge miellée, 150 grammes.

Le 15, cou moins gonflé et moins douloureux; parole et déglutition assez faciles. Ecoulement de 250 grammes de salive au plus dans la journée. Excellent aspect des ulcères de la bouche; pouls peu fréquent; soif modérée. — Même traitement; deux tasses d'eau de poulet.

Le 16, sommeil durant quelques heures sans interruption; sentiment de mieux-être; apyrexie. — Même traitement.

Le 17, l'état de la bouche s'améliorait de plus en plus. Constipation. — Même traitement. 24 grammes de sulfate de magnésie.

Le 18, la bouche était presque guérie et la salivation avait encore diminué. Il ne restait plus qu'un petit nombre d'ulcères sur les bords de la langue et à la face interne des joues. Sommeil passablement prolongé. Possibilité du décubitus sur le dos; un peu d'appétit. — Deux applications de poudre d'alun dans la journée; même gargarisme; une tasse de lait; eau de poulet.

Le 19, ventre libre; état satisfaisant sous tous les rapports; augmentation de l'appétit. — Même traitement; une bouillie légère.

Les 20 et 21, cessation complète de la rougeur et de la tuméfaction de la bouche, ainsi que du ptyalisme. On accorda quelques potages, et aussitôt que la mastication et la déglutition purent s'exécuter librement, on put revenir à une alimentation substantielle qui répara promptement les pertes occasionnées par l'abondance de la salivation.

Après son complet rétablissement, Mme R... dut se soumettre à la méthode d'Helmérich pour se délivrer de la gale, qui avait persisté pendant toute la durée de la stomatite.

On voit par tous les détails dans lesquels je viens d'entrer à l'occasion du cas grave qui s'est présenté à mon observation quels malheureux résultats peut entraîner l'usage des frictions avec l'onguent citrin! Un médecin prudent doit donc y renoncer, puisque d'autres médicaments ne comportant aucun danger peuvent remplir le même but, surtout lorsque la constitution du malade ne se prête pas à la médication mercurielle.

Le passage suivant, que je lis dans l'*Abrégé pratique des maladies de la peau* par MM. Cazenave et Schedel, m'a paru tellement propre à appuyer ce précepte, que je n'ai pu résister au désir de le transcrire en entier: « En général, les préparations mercurielles, » et, à leur tête, la pommade citrine et la quintessence antipsori» que, qui paraît avoir pour base le sublimé, doivent être rempla» cées par des moyens plus doux; elles entraînent, dans la plupart » des cas, des accidents souvent même fort graves. Ainsi, indé» pendamment des éruptions accidentelles qu'elles déterminent » presque constamment et qui retardent la guérison, elles peuvent » occasionner des engorgements des glandes salivaires, des saliva» tions, quelquefois même des glossites. Elles doivent être rejetées » du traitement de la gale. » (Troisième édition, pages 147 et 148.)

Dans un moment où l'on s'occupe si activement du traitement de cette maladie, nonobstant sa plus grande rareté par suite de l'aisance et de la propreté, il serait parfaitement inutile de chercher à apprécier les résultats d'une foule de substances qu'on a préconisées pour la combattre. En effet, des essais réitérés qui ont été faits par des dermatologistes recommandables, et que tout médecin est à portée de vérifier lui-même, il résulte que le soufre, administré de différentes manières, est le topique le plus promptement sûr, le plus radicalement curatif, puisque par son emploi M. Bazin guérit la gale en deux jours et M. Hardy en deux heures.

Plus expéditif, M. le professeur Requin obtient des succès encore plus rapides: « Depuis très longtemps, dit-il, je guéris cette » affection en deux minutes, et cela, par un moyen dont l'inven» tion est due à M. Aubé, par les frictions avec la térébenthine. « La friction doit être générale. C'est un moyen que j'emploie de» puis fort longtemps et qui m'a toujours réussi. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi des fumigations d'iode dans les ophthalmies scrofuleuses.

Témoin des bons effets qui suivent l'emploi topique de l'iode dans les cas d'ulcères et de tumeurs scrofuleuses, un des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Bouchet, a pensé que ce métalloïde présenterait les mêmes résultats si on venait à le mettre en contact avec la muqueuse palpébrale affectée d'ophthalmie diathésique. Ce médecin s'est proposé, en conséquence, de traiter les malades atteints d'ophthalmie scrofuleuse par les vapeurs d'iode dirigées sur les yeux au moyen d'un petit appareil composé de la manière suivante: Sur une capsule en métal chauffée au degré voulu, on projette quelques fragments d'iode; on place au-dessus de la capsule une sorte d'entonnoir qui est terminée par une embouchure en forme d'œillère. De cette manière, la vapeur est entièrement recueillie, et la surface oculaire est soumise à son action aussi longtemps qu'on le désire, sans que le malade soit suffoqué par l'odeur pénétrante de l'iode.

Les deux observations que l'interne du service, M. Beauclair, publie à l'appui de ce nouveau mode de traitement, ne sauraient suffire pour faire admettre dans la pratique un moyen rationnel sans doute, mais dont l'efficacité est encore douteuse. Le moyen employé par M. Bouchet n'en mérite pas moins d'être signalé au point de vue de la facilité qu'il présente de pratiquer les fumigations oculaires. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Solidification de l'huile de foie de morue.

Par M. Stanislas MARTIN.

Un philosophe grec disait souvent: « Prenez toujours la voie la plus courte et le moyen le plus simple. » Nous appliquons cette maxime à la solidification de l'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue, 125 grammes; blanc de baleine, 25 grammes en été, 20 grammes en hiver.

Mêlez, chauffez au bain-marie et en vase clos; coulez dans des flacons à large ouverture, laissez refroidir sans agiter. On peut aromatiser ce médicament avec une huile essentielle. L'huile de foie de morue ainsi préparée a l'aspect d'une gelée; on l'avale en l'enroulant dans du pain azyme humecté d'eau, ou de sucre, de gomme, de réglisse ou d'amidon pulvérisé.

Le docteur Launoy a pu faire prendre assez facilement ce médicament à des malades qui se refusaient d'avaler l'huile à l'état liquide.

Nous employons la cétine ou blanc de baleine comme adjuvant, parce qu'elle a joui pendant longtemps d'une propriété béchique et adoucissante, à la dose de 2 à 8 grammes, et qu'elle s'assimile parfaitement à l'huile, sans en augmenter de beaucoup le volume. (*Bull. de thérap.*)

Emploi de l'urée dans l'hydropisie scarlatineuse des enfants,

Par le professeur MAUTHNER.

Lorsque l'hydropisie consécutive à la scarlatine ne cède pas promptement aux moyens de traitement ordinaires, le professeur Mauthner (de Vienne) emploie quelquefois avec succès l'urée ou le nitrate d'urée comme un puissant diurétique. Le médicament est donné à la dose de 2 grains, mélangé à du sucre et séparé en six doses administrées à deux heures d'intervalle. L'auteur annonce lui-même que ses expériences thérapeutiques, relativement aux effets de l'urée, ne sont pas assez nombreuses pour lui permettre de formuler une opinion précise; cependant les faits cliniques recueillis jusqu'ici l'engagent à conseiller l'essai de cet agent thérapeutique dans l'hydropisie survenant à la suite de la scarlatine. M. Mauthner publie en même temps l'histoire de deux enfants chez lesquels l'administration de l'urée fit rapidement disparaître l'anasarque. (*Journal fuer Kinderkrankh*, et *Gaz. hebd. de Méd.*)

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Strasbourg, 6 mars 1854.

Monsieur et très honoré confrère,

Je crois obéir à un devoir de délicatesse et de justice en vous priant de reporter sur MM. Cochu et Boeckel, internes à l'hôpital de Strasbourg, la distinction que votre généreux donateur a bien voulu m'accorder.

Ces jeunes et intelligents élèves de notre Faculté ont recueilli et rédigé les observations que j'ai eu l'honneur de vous adresser, et c'est à eux qu'en doit revenir la récompense, si leurs communications en ont été jugées dignes.

Je suis persuadé, monsieur et très honoré confrère, que cette décision serait un nouveau motif d'émulation pour vos collaborateurs, en leur montrant l'esprit d'impartialité qui dicterait l'appréciation de leurs travaux.

Veuillez agréer, etc. C. SÉDILLOT.

Nous nous rendons avec d'autant plus d'empressement au désir de M. le professeur Sédillot, que, comme lui, nous trouvons juste de récompenser les travailleurs modestes; et il suffit que notre honorable confrère nous signale MM. *Cochu* et *Boeckel* comme ayant recueilli les faits qu'il a bien voulu nous communiquer, pour que nous réservions une médaille à chacun de ces deux élèves.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 28 février une première visite faite par Leurs Majestés l'Empereur et l'Impératrice à l'hôpital Sainte-Marguerite.

Hier, à trois heures, Leurs Majestés se sont de nouveau transportées au faubourg Saint-Antoine pour visiter le nouvel hôpital d'enfants établi, selon le désir de S. M. l'Impératrice, dans les bâtiments de l'ancien hospice Sainte-Marguerite.

M. le ministre de l'intérieur, M. le préfet de la Seine et M. le préfet de police, accompagnés du directeur général de l'administration intérieure, du secrétaire général de la préfecture, du directeur général de l'assistance publique, des membres de la commission de surveillance des hospices, du maire et des adjoints du 8e arrondissement, du clergé de la paroisse, des fonctionnaires, des médecins et des sœurs attachés à l'hôpital, ont reçu Leurs Majestés.

M. le préfet de la Seine a exposé en peu de mots à S. M. l'Impératrice que le nouvel hôpital contient 425 lits d'enfants de deux à quatorze ans; qu'il est ainsi la réalisation complète, quoique provisoire, du vœu exprimé par Sa Majesté; que l'édifice n'a pas le caractère de grandeur que la ville aurait aimé à donner tout d'abord à une fondation charitable placée sous le patronage de l'Impératrice; mais que néanmoins il renferme tout ce qui est nécessaire pour assurer les soins convenables aux jeunes protégés de Sa Majesté, jusqu'à ce qu'il soit possible de leur ouvrir un asile plus digne de porter son auguste nom.

La salle des malades, les dortoirs, les réfectoires, la lingerie, la pharmacie, la cuisine, ont été visités par Leurs Majestés. L'Impératrice, entourée des sœurs de la charité, s'est fait rendre compte des moindres détails. Elle a examiné le linge, les vêtements, la literie; elle a voulu connaître l'ordre et les procédés suivis pour tout le service de ce vaste établissement. Avant de se retirer, l'Empereur a daigné décorer le directeur de l'hôpital, M. Paupert, qui compte trente-deux ans de bons services. (*Moniteur.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Racle, Lasègue et Boucher de la Ville-Jossy.

— On annonce que trois pavillons de l'hôpital Lariboisière, contenant ensemble 306 lits, seront ouverts aux malades après-demain lundi.

Dans ces trois pavillons, les salles de médecine occupent le premier et le second étage; le rez-de-chaussée est réservé à la chirurgie.

Le service médical est distribué de la manière suivante:

MÉDECINE.

1er Pavillon (hommes),	1er étage,	MM. Hervez de Chégoin,
— —	2e —	Pidoux,
2e Pavillon (hommes),	1er étage,	Horteloup,
— —	2e —	Tardieu,
3e Pavillon (femmes),	1er étage,	Pelletan,
— —	2e —	Becquerel.

CHIRURGIE.

1er Pavillon (hommes), et moitié du troisième (femmes), M. Voillemier.
2e — — et l'autre moitié du troisième, M. Chassaignac.

L'administration ayant reconnu que les promenoirs des malades étaient insuffisants et le mur d'enceinte trop rapproché des bâtiments, on se propose d'ajouter aux terrains actuels un espace d'environ 27,000 mètres. L'acquisition se négocie en ce moment. Le peu d'étendue des promenoirs est peut-être, en effet, le seul point qui ait donné lieu à des critiques fondées dans la nouvelle construction.

— On nous écrit d'Angers: « M. le docteur Ch. Debeauvoys (de Seiches), qui s'occupe avec tant de succès d'agriculture, vient d'adresser à la Société industrielle plusieurs échantillons du *lycoperdon giganteum* (vesce de loup), dont l'un présente une circonférence de 75 centimètres. Il a envoyé à la même Société un appareil à l'aide duquel il endort momentanément les abeilles par l'introduction dans la ruche de la fumée résultant de la combustion de ces champignons. »

— *Erratum.* — C'est M. le docteur LARBÈS et non *Carlier*, comme on l'a imprimé par erreur, qui nous a communiqué les observations de métastase des oreillons sur les testicules que nous avons publiées dans notre dernier numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Choléra-Morbus, Guide du médecin-praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie; suivi d'un *Dictionnaire de thérapeutique* appliqué au choléra-morbus, et d'un *Formulaire spécial*; par le docteur FABRE, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, etc. — Un vol. in-8° de 384 pages. Prix: 5 fr. — Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 31. — MARDI 14 MARS 1854. (27e ANNÉE.) N° 31. — MARDI 14 MARS 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 13 MARS 1854.

HYGIÈNE. — DE LA VENTILATION

comme moyen prophylactique des épidémies dans les hôpitaux.

Au jugement dernier, l'encre de l'écrivain sera estimée au même prix que le sang du guerrier.
(LE KORAN.)

La ventilation ou le renouvellement de l'air dans une chambre, dans un appartement est plus importante même que ses dimensions, car elle peut en corriger tous les mauvais effets (Becquerel, *Traité d'hygiène*). Si on peut dire cela pour une pièce où sont réunies quelques personnes dans l'état de santé, c'est encore bien plus applicable et bien plus nécessaire quand on a affaire à des salles où sont entassés en nombre considérable des malades qui souvent par la nature de leurs affections réclament un renouvellement d'air très fréquent.

L'encombrement et l'insuffisance, souvent même le défaut de ventilation, telles sont les causes auxquelles doit être généralement attribuée la grande mortalité qui vient frapper les malades réunis dans les hôpitaux. Examiner quels sont les différents aspects sous lesquels se présente l'encombrement et quel est le meilleur procédé de ventilation employé pour parer à cet inconvénient quand il ne peut être évité, tel est le but que nous nous proposons d'atteindre.

L'encombrement est une des questions les plus importantes de l'hygiène, quand on sait déterminer d'une manière précise les conditions dans lesquelles il est une cause de mort considérable. Après la question de misère, l'encombrement est des plus intéressants à étudier par rapport aux causes de mort prématurée.

L'encombrement s'offre sous trois aspects différents. :

1° Les conditions générales de l'encombrement en commun ;
2° Les conditions spéciales de l'encombrement ;
3° Enfin l'encombrement appelé *municipal* par M. le professeur Bouchardat, qui est plus obscur : c'est l'influence de l'entassement d'hommes dans un local étroit dans les villes.

Les conditions générales, les inconvénients de l'encombrement en commun chez l'homme en santé, sont la diminution de l'oxygène de l'air et l'accumulation de l'acide carbonique. Cette diminution d'oxygène et cet entassement d'acide carbonique ont des limites que l'homme ne peut dépasser sans s'exposer à de graves accidents. Outre cela, il y a certaines odeurs qui se produisent dans quelques cas particuliers par l'agglomération d'individus valides ; ainsi, les ouvriers qui se réunissent, surtout le soir, dans le grand amphithéâtre du Conservatoire des arts et métiers exhalent une odeur assez désagréable à cause de la sueur de leurs pieds, provoquée en plus grande abondance par leur travail plus énergique.

Les conditions spéciales rendent l'encombrement plus funeste et la ventilation d'une impérieuse nécessité ; il faut alors de bien plus grandes quantités d'air. Les conditions spéciales sont les opérations chirurgicales, les accouchements, les maladies contagieuses, la misère produisant la faim, l'encombrement des camps et autrefois l'entassement des nègres réunis dans la cale d'un vaisseau. Ces conditions spéciales, et principalement l'encombrement des camps et la faim, donnent lieu à des maladies spéciales, et, en première ligne, à une affection redoutable et éminemment contagieuse, le typhus. Dans les hôpitaux d'enfants et de nouveau-nés, l'encombrement est souvent mortel.

Vient ensuite l'encombrement *municipal* dans les villes. La misère complique souvent alors les résultats et domine même quelquefois tout à fait la question d'encombrement. Les populations meurent d'autant plus qu'elles sont condensées davantage ; cela se reconnaît par la comparaison des villes et des campagnes, le chiffre de la condensation marche avec le chiffre de la mortalité. Quoique l'armée française soit composée d'hommes choisis, les chances de mortalité y sont considérables ; indépendamment des changements de travaux, de la nostalgie, l'homme meurt plus vite à l'armée, quoiqu'il y soit mieux nourri et mieux habillé. C'est avec raison qu'on en a accusé l'encombrement, l'entassement et le peu de ventilation dans les casernes. La fièvre typhoïde peut très certainement naître sous l'influence de l'encombrement ; toutes choses égales d'ailleurs, quand on examine les populations qui sont le plus en proie à la fièvre typhoïde, on trouve que ce sont celles qui sont les plus accumulées.

L'encombrement donne lieu dans les hôpitaux à une maladie spéciale : la pourriture d'hôpital. Les malades dégagent des miasmes spécifiques qui amènent des altérations du sang par empoisonnement. On y est prédisposé davantage dans un air où il se produira du pus en quantité considérable ; c'est ainsi que se montre la fièvre puerpérale, qui multiplie la mort dans les hôpitaux de femmes en couches. Aussi les appareils de ventilation doivent-ils offrir une puissance très grande. L'infection purulente, qui compromet si souvent les succès des chirurgiens, a plus de chances pour se produire dans les salles où il y a plusieurs individus qui ont des foyers purulents. L'érisypèle chirurgical est de toutes les maladies celle qui atteint une proportion plus grande par le fait de l'encombrement. Du reste, cette affection paraît être endémique dans certaines salles ; c'est ainsi que la salle Saint-Côme, à l'Hôtel-Dieu, a joui pendant longtemps de la triste célébrité d'être un foyer d'infection pour cette maladie. A l'hôpital de Tours, dans les salles de chirurgie, on ne peut pas donner le moindre coup de bistouri ou de lancette sans qu'immédiatement un érisypèle se déclare, et un érisypèle souvent mortel. Ainsi, nous avons vu dans cet hôpital un individu âgé de trente ans, chez qui on avait ouvert un bubon inguinal, mourir peu de jours après d'un érisypèle qui, né d'abord dans les environs de la petite plaie, s'était propagé à toute la face et au cuir chevelu.

Les dangers spéciaux de l'encombrement des enfants sont d'autant plus graves qu'ils sont plus jeunes, car il est des maladies contagieuses, telles que la rougeole, la variole, la scarlatine, qui ne se prennent qu'une ou deux fois dans la vie, et auxquelles les enfants sont plus exposés, car ils présentent un terrain vierge pour ainsi dire, tout disposé à ces maladies contagieuses qui élèvent énormément dans les hôpitaux d'enfants les chiffres de la mortalité, les miasmes étant concentrés par l'encombrement. Telle maladie qui est peu grave pour un enfant en ville, la coqueluche, par exemple, devient mortelle pour lui dans les hôpitaux d'enfants.

Ainsi donc, les maladies sont plus fréquentes, leur gravité est plus grande, les affections contagieuses deviennent plus intenses par le fait de l'encombrement ; ce qui constitue alors des foyers très actifs de contagion, surtout chez les individus qui n'ont pas eu de maladies antérieures. Chez les vieillards, les maladies contagieuses ont peu de prise. Il est certaines maladies contagieuses qui deviennent endémiques par le fait de l'encombrement, de l'entassement ; telles sont la gale, le muguet, etc.

Des faits qui précèdent faut-il conclure qu'on doive permettre l'encombrement d'enfants, c'est-à-dire la réunion d'un grand nombre d'entre eux dans des établissements tels que les hôpitaux, les salles d'asile, les crèches, et même les écoles ? La solution de cette question dépend d'une autre plus grave et plus difficile à juger encore : Les maladies contagieuses le sont-elles également à toutes les époques de la journée ? Pour certaines, le choléra entre autres, l'observation a démontré que le danger n'était pas à séjourner pendant le jour, mais à y dormir, à rester la nuit dans un foyer cholérique. Cela explique comment les enfants des salles d'asile, des crèches, sont beaucoup moins moissonnés que ne le sont les malades dans les hôpitaux, où ils séjournent la nuit et dorment, tandis que dans les premiers ils ne restent que le jour. Toutes les affections contagieuses sont d'autant plus graves qu'on couche ou qu'on demeure dans un foyer épidémique ou contagieux pendant la nuit. Voilà pourquoi on est tenté d'innocenter les salles d'asile et les crèches.

Les règles hygiéniques à déduire de tout ce qui vient d'être exposé sont de ne plus établir dans un hôpital de salles de chirurgie ou d'accouchements sans avoir une ventilation convenable pouvant donner 60 à 120 mètres cubes d'air et même beaucoup plus au besoin par malade et par heure. Pour obtenir un pareil résultat, il faut avoir des appareils de ventilation d'une puissance très grande. L'appareil à circulation d'eau chaude qui vient d'être appliqué à une partie des pavillons du nouvel hôpital Lariboisière semble réunir toutes les conditions de simplicité, d'économie et d'efficacité. Cet appareil, du reste, n'est pas à ses débuts, car un grand nombre de nos monuments publics sont chauffés et ventilés par ce procédé ; ainsi il fonctionne depuis un certain temps au conseil d'Etat, au Conservatoire des arts et métiers, au Luxembourg et à la Madeleine.

La ventilation dans nos pays se lie intimement avec la question de chauffage dans d'autres contrées plus chaudes ; elle se lie avec la question de réfrigération. Le système le plus sage est le chauffage à l'aide de la circulation de l'eau bouillante, qui donne une température constante. Les Romains l'avaient mis en pratique pour chauffer leurs grandes salles. Ce moyen, qui, avons-nous dit, réunit la simplicité et l'économie, n'a pas d'inconvénients et peut être surtout employé avec avantage dans les hôpitaux. Les appareils de chauffage se lient à la ventilation ; celle-ci se fait par aspiration ou par insufflation. Le système de ventilation adopté pour quelques-uns des pavillons de l'hôpital Lariboisière consiste dans l'aspiration ; l'air des salles est aspiré par l'air chauffé qui entoure un réservoir supérieur, lequel contient de l'eau à 120 degrés ; il y a un tube d'aspiration partant du pied du lit de chaque malade, qui va se rendre en haut. Cette aspiration peut être portée de 20 à 60 mètres cubes par malade et par heure, et au delà, d'après la température du réservoir supérieur, qui reçoit de l'eau chauffée dans une chaudière placée dans les caves de l'édifice.

L'air renouvelé arrive dans la salle chauffée en hiver et refroidie en été au moyen d'une disposition particulière de tubes et de robinets.

Jusqu'ici on ne s'était pas beaucoup préoccupé des dangers de l'encombrement ; on ne s'était occupé que de débarrasser l'air confiné respiré par un grand nombre d'hommes des miasmes odorants, des mauvaises odeurs. Mais depuis que les questions hygiéniques prennent de l'importance, on a bien vite reconnu quelle pouvait être l'efficacité de la ventilation. Cette efficacité semble n'être pas suffisamment démontrée, car on voit encore un grand nombre d'établissements publics, d'hôpitaux dans lesquels il n'existe pour toute ventilation que celle que produisent les fenêtres.

On ne saurait trop se préoccuper de renouveler l'air des salles, de les ventiler, et, selon nous, la meilleure prophylaxie mise en pratique pour se mettre à l'abri des épidémies serait une ventilation bien faite. Maintenant qu'on dispose d'appareils au moyen desquels on peut régler à volonté la ventilation, l'augmenter selon les besoins, cette condition serait facile à remplir.

C'est aux hommes de science qu'il appartient de propager de pareils moyens ; ils rendront à l'humanité un grand service, celui de pouvoir éloigner la cause des épidémies.

Amédée LA COUTURE,
ancien interne des hôpitaux de Tours.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Tumeur blanche de l'articulation métatarso-cunéenne du premier orteil ; carie des os voisins. — Amputation du premier métatarsien et des deux premiers cunéiformes. — Etat d'excitation cérébrale produit par le chloroforme. — Bons résultats de l'opération.

Restreindre dans leurs limites les plus strictes possible les mutilations que certaines lésions rendent indispensables ; enlever tout le mal, mais rien que le mal, et conserver au prix des difficultés du procédé opératoire toutes les parties du membre affecté qui sont encore capables de rendre des services aux malades, tels doivent être le but de la chirurgie et l'objet constant des sollicitudes du chirurgien. C'est surtout pour les opérations qui se pratiquent sur le pied que ce principe est impérieux. Le fait suivant, que nous avons vu dans le service de M. Richet à l'Hôtel-Dieu (service clinique de M. Roux), montre à la fois tout ce qu'on peut attendre de l'application de ce principe pour les lésions partielles du pied et les difficultés que peut avoir à surmonter le chirurgien dans des opérations de ce genre, qui ne sauraient être réglées d'avance et où l'imprévu et la spontanéité ont une large part.

Nous devons à l'obligeance de M. Bastien, interne de M. Richet, de pouvoir reproduire ici tous les détails de cette intéressante observation.

Le 27 janvier 1854 est entré, salle Sainte-Marthe, n° 14, le nommé Solignat, âgé de vingt-sept ans.

La maladie pour laquelle ce sujet est entré à l'hôpital remonte à cinq ans. A la suite de fatigues et de marches forcées, il lui est survenu de l'enflure, du gonflement à la partie interne du pied gauche ; la marche était gênée, douloureuse ; la douleur était surtout très vive lorsque le bord interne du pied appuyait sur le sol ; elle siégeait au niveau du premier métatarsien. Sous l'influence d'un mois de repos, la douleur, le gonflement avaient entièrement disparu, et le pied était redevenu normal.

Un an après, et à pareille époque, mêmes phénomènes, même traitement, même guérison temporaire.

Pendant les trois années qui suivirent, toujours à la même époque (c'est-à-dire vers la fin de l'automne), la maladie se représenta avec les mêmes caractères. Le repos en a fait justice; mais, bien que la douleur eût entièrement disparu, il resta un peu de gonflement du bord interne du pied.

Enfin, il y a quatre mois, le pied s'est tuméfié comme les années précédentes et dans les mêmes circonstances. Cette fois non-seulement le gonflement n'a pas disparu, mais encore il est resté une douleur fixe au niveau du premier métatarsien, douleur qui se faisait surtout sentir pendant la marche et qui obligeait le malade à prendre appui sur le bord externe du pied. La maladie avait fait des progrès sensibles; la douleur était plus vive, la tuméfaction plus considérable. Bientôt la partie interne du pied devint rouge; il se forma des abcès qui ne tardèrent pas à s'ouvrir et laissèrent plusieurs fistules après eux. Enfin, dans ces derniers temps, la maladie a fait des progrès si rapides que Solignat s'est vu forcé d'entrer à l'hôpital.

Voici l'état de ce malade lors de son entrée dans les salles :

Le pied est déformé vers la partie antérieure de son bord interne. Toute la partie postérieure, la partie externe et la partie antérieure sont saines. La maladie est assez bien circonscrite par une ligne courbe qui, partant du bord interne du pied à 1 centimètre en avant de la malléole, remonterait sur le dos du pied, puis se porterait en avant pour venir se terminer sur le deuxième orteil. Voici en quoi consiste cette déformation : la partie que nous venons de circonscrire est tuméfiée, rougeâtre jusque vers la partie interne de la plante. Le bord interne du pied, au lieu d'être concave comme dans l'état normal, est régulièrement convexe de l'orteil à la malléole. La saillie que fait normalement en dedans la tête du premier métatarsien a disparu. La concavité de la plante du pied est aussi effacée, ainsi que le relief plantaire de la tête du métatarsien. Cette région du pied est tout à fait plane, comme chez les individus affligés du vice de conformation désigné sous le nom de pieds-plats. La malléole interne est moins saillante, ce qui est dû à un peu de gonflement du voisinage, et surtout à la présence d'une petite tumeur dure, fluctuante, douloureuse à la pression, située en arrière et au-dessous de la malléole sur le trajet du tendon du jambier postérieur. Le malade ne s'est aperçu de la présence de cette tumeur que depuis huit jours; elle paraît due à une collection purulente n'ayant aucun rapport avec les os et avec les articulations voisines. Enfin, sur le bord interne tuméfié du pied, se trouvent trois orifices fistuleux desquels s'écoule une sérosité sanieuse et purulente.

Le pied est augmenté de volume dans le sens de son épaisseur, mais il est notablement diminué de longueur. A première vue, le gros orteil paraît raccourci; son extrémité antérieure arrive sur le même plan que l'extrémité antérieure du troisième, de sorte que le deuxième orteil a du reste conservé ses rapports de longueur avec les trois derniers. Cet orteil est en outre plus intimement accolé au deuxième que du côté sain. La commissure inter-digitale qui les sépare est reportée en arrière, ce qui semble indiquer que le raccourcissement porte sur le pied plutôt que sur l'orteil. C'est ce dont on s'assure du reste par la mensuration, qui donne un centimètre de différence en moins pour l'orteil du côté malade; mais cette diminution de longueur ne porte que sur son bord interne. L'examen attentif des parties fait reconnaître que le raccourcissement porte seulement, ou sur le premier métatarsien ou sur le cunéiforme, ou plutôt sur les deux os à la fois. L'atrophie qu'a subie la tête du métatarsien porte à croire que cet os surtout est affecté. Ce signe a une grande importance diagnostique, non-seulement relativement à la maladie qui nous occupe, mais aussi à un point de vue plus général, c'est-à-dire au point de vue du diagnostic différentiel de la carie et de la nécrose. Mettant en présence le raccourcissement qui survient à la suite de certaines affections de la continuité avec l'allongement qu'on rencontre si souvent dans le cas de nécrose, et surtout de nécrose en voie de réparation, on peut se demander s'il n'y aurait pas là une source d'indications nouvelles non-seulement pour le diagnostic, mais aussi pour le traitement de ces deux affections.

Le toucher ne développe aucune douleur en dehors de la ligne indiquée comme circonscrivant la partie malade au-dessous de la malléole. Le signe le plus important fourni par le toucher, c'est la diminution de volume, l'espèce d'atrophie qu'a éprouvée la tête du métatarsien, de telle sorte qu'en arrière de l'articulation métacarpo-phalangienne, au lieu de rencontrer la saillie normale de la tête, le doigt tombe dans une sorte de dépression.

En résumé, l'exploration à l'aide du toucher prouve que la douleur, et probablement la maladie, est concentrée sur le bord interne du pied, depuis le premier cunéiforme jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne; mais elle ne dit pas si le deuxième métatarsien est ou non malade.

Tous les mouvements passifs de l'articulation tibio-tarsienne sont normaux et sans douleur, ainsi que ceux qui se passent dans les articulations médio-tarsiennes. Pas de douleurs non plus dans les mouvements des articulations métatarso-tarsiennes des quatre derniers orteils et dans ceux de l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil. Mais il se manifeste au contraire une douleur très vive dans les mouvements communiqués au premier métatarsien, douleur qui retentit surtout dans l'articulation cunéenne.

Quant aux mouvements actifs qui se passent dans les diverses articulations du pied, tous sont normaux, à l'exception du mouvement d'adduction, qui est borné, et pendant lequel le malade accuse une très vive douleur dans le point correspondant au premier cunéiforme. Enfin, lorsque le malade cherche à étendre fortement ses orteils, il accuse de la douleur sur le trajet du premier métatarsien. La douleur est à peine sensible pendant la flexion; elle manque lorsqu'il cherche à écarter ses orteils.

L'exploration des fistules fait reconnaître que les deux fistules postérieures sont sous-cutanées, et se dirigent en avant et en dehors par-dessus l'extrémité métatarsienne; l'antérieure, plus profonde, se dirige d'avant en arrière vers le même point de l'os, qu'elle semble traverser; l'externe se dirige vers la partie profonde de l'os, que le stylet semble traverser en produisant une crépitation caractéristique. En un mot, toutes les fistules convergent vers la partie postérieure du métatarsien, vers son articulation cunéiforme.

M. Richet, dans la leçon clinique qu'il a faite à ce sujet, après avoir rappelé les détails que nous venons de rapporter, formule en ces termes le diagnostic :

Le premier métatarsien est malade, surtout vers son extrémité postérieure. Le premier cunéiforme doit l'être aussi, au moins dans sa partie antérieure. Quant au deuxième métatarsien et à son cunéiforme, M. Richet est porté à croire qu'ils sont restés sains. Cependant, dit-il, il serait fort possible que ces os fussent aussi malades.

L'opération, ajoute le chirurgien, est nécessaire pour les raisons suivantes : le malade est dans la salle depuis trois semaines; il a été traité par l'immobilité, le repos, les cataplasmes; la maladie ne s'est pas améliorée; au contraire, elle a fait des progrès sensibles. C'est ce que prouvent et la collection purulente à laquelle nous avons été obligés de donner issue il y a huit jours, et par-dessus tout la petite tumeur fluctuante qui s'est développée dans ces derniers temps sous la malléole; tumeur qui, au dire du malade, augmente sensiblement de volume. Du reste, il n'y a rien dans l'histoire de la maladie qui puisse laisser espérer la guérison sans l'intervention de la chirurgie. L'opération décidée, M. Richet se demande comment il devra la faire. En supposant, dit-il, ce qui n'est pas probable, que le premier métatarsien seul soit malade, je pourrais faire la résection de cet os et conserver le premier orteil. Cette opération a été faite, mais je ne sache pas qu'on ait eu à s'en louer. Quelques observateurs ont vu l'orteil se rétracter, se retirer en arrière, entraîné qu'il était par un tissu fibreux très dense et de nouvelle formation. D'autres, ce qui est plus grave, ont vu l'orteil se dévier en dedans et devenir un objet permanent de gêne pour le malade. La question de l'utilité de la résection du premier métatarsien n'est donc pas encore jugée. La raison principale, ajoute le chirurgien, et qui m'empêche d'avoir recours à cette opération, c'est que je ne saurais dire d'une manière positive quelles sont les lésions auxquelles j'aurai affaire. L'opération ne saurait donc être réglée ni prévue à l'avance. Il est une chose cependant qu'un chirurgien prudent ne doit pas oublier dans une opération de ce genre, c'est qu'il doit poser les bases de son opération de façon qu'il puisse parer autant que possible aux éventualités qui pourront survenir. Nous conformant à cette règle, nous agirons dans la pensée que le premier métatarsien et le premier cunéiforme sont seuls malades. En conséquence, nous ferons une incision commençant au niveau du scaphoïde et se prolongeant le long du bord interne du pied jusqu'à quelques millimètres de l'articulation métacarpo-phalangienne; puis, contournant la racine de l'orteil, nous ferons une incision ovalaire qui nous permettra d'enlever du même coup et le métatarsien et l'orteil correspondant. Si le premier cunéiforme; si le deuxième métatarsien ne sont pas altérés, nous nous en tiendrons là. Si le premier cunéiforme, ce qui est à présumer, est aussi malade, notre incision, prolongée jusqu'au scaphoïde, nous permettra de l'enlever assez facilement à l'aide du davier. Enfin, si le deuxième cunéiforme, si le deuxième métatarsien lui-même sont envahis par le mal, alors, sans hésiter, nous aurons recours à l'incision oblique de Béclard; incision qui, partant du tiers postérieur de l'incision longitudinale, ira vers le dos du pied, et détachera ainsi un lambeau qui nous permettra de voir les parties à nu. Alors, suivant le besoin, ou nous extirperons le deuxième cunéiforme, ou nous enlèverons le deuxième métatarsien en tout ou en partie.

Le malade est amené à l'amphithéâtre, on le chloroformise; l'anesthésie est excessivement lente à se produire. Quant à la résolution, on ne peut l'obtenir. Le malade s'agite, contracte ses muscles. On est obligé de le tenir fortement, ce qui gêne un peu le chirurgien. M. Richet fait son incision ainsi qu'il l'avait annoncé. Le premier métatarsien et l'orteil correspondant sont enlevés avec la plus grande facilité. Comme le premier cunéiforme est profondément altéré, il le détache à l'aide du bistouri et du davier, mais non sans assez de difficultés. Examinant ensuite le fond de la plaie, il s'aperçoit que le deuxième cunéiforme est malade; il lui semble aussi que l'extrémité postérieure du deuxième métatarsien a été envahie par la maladie. Alors, sans hésiter, il fait partir de sa première incision une autre incision oblique en arrière et en dehors, comme s'il voulait enlever les deux premiers métatarsiens à la manière de Béclard. Le lambeau est disséqué et renversé en arrière par un aide. M. Richet allait commencer à isoler l'extrémité postérieure du deuxième métatarsien, pour la reséquer et l'enlever du même coup avec son cunéiforme, lorsqu'il s'aperçoit que l'altération de l'os n'est qu'apparente, et qu'il n'y a que le cunéiforme de malade. Il cherche à énucléer ce dernier, afin de l'enlever isolément. L'opération est difficile; cependant en se servant du davier et des pinces, il parvient facilement à triompher des difficultés.

Tous les os malades étant enlevés, il reste à leur place une cavité profonde dont tous les points sont examinés avec la plus scrupuleuse attention. Par cet examen on s'assure facilement :

1° Que le deuxième métatarsien est sain, non-seulement dans sa partie antérieure, mais aussi dans son extrémité postérieure, dont les cartilages ne présentent aucune altération.

2° On reconnaît aussi l'état d'intégrité parfaite de la face externe du troisième cunéiforme.

3° Enfin, on reconnaît que le scaphoïde est entièrement hors de cause, ainsi que cela avait été annoncé; la maladie n'est pas arrivée à ses articulations antérieures.

L'examen des os enlevés montre parfaitement que la maladie a été enlevée jusque dans ses dernières limites. On s'assure en effet, par cet examen, que la maladie avait son foyer principal dans l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme; que les cartilages ont disparu complétement avec les portions d'os qui les supportent; qu'à leur place s'est formée une cavité remplie de fongosité et de pus, cavité vers la partie supérieure de laquelle venaient aboutir les fistules, et à travers laquelle s'engageait le stylet pour arriver à la plante du pied.

L'articulation des deux premiers cunéiformes était aussi en partie détruite. Toutes les autres articulations, c'est-à-dire les articulations cunéo-scaphoïdiennes, et l'articulation du deuxième cunéiforme avec le deuxième métatarsien étaient saines.

Certain d'avoir enlevé le mal dans sa totalité, M. Richet réunit la lèvre externe du petit lambeau triangulaire par trois points de suture, remplit la plaie de charpie et rapproche un peu les extrémités antérieures et postérieures de l'incision longitudinale à l'aide de quelques bandelettes de diachylon. Un linge cératé et quelques plumasseaux sont placés sur la plaie, dont le milieu est largement ouvert.

L'opération a duré environ vingt-cinq minutes, pendant lesquelles le malade, toujours agité, n'a pas cessé de respirer le chloroforme. Il a perdu peu de sang; l'artère pédieuse a seule été ouverte et liée. — On prescrit la diète et une potion calmante.

Le malade est vu une heure après l'opération; il a recouvré son intelligence, mais il est toujours agité. Son agitation est due évidemment à la dose considérable de chloroforme qu'il a respiré. A la visite du soir, l'agitation persiste; le malade crie, il a la voix brève. — Nouvelle potion calmante.

Le 21, lendemain de l'opération, même état, même traitement; saignée conditionnelle. M. Richet nous fait remarquer l'analogie frappante qui existe entre les symptômes que présente le malade et ceux qui se manifestent dans l'encéphalite. Il a, dit-il, une véritable encéphalite due à l'inhalation du chloroforme, encéphalite dont quelques jours devront faire justice.

Le lendemain 22, le malade était un peu mieux. On ne lui a pas fait la saignée.

A la visite du soir, nous lui trouvons la face rouge, la peau chaude, humide, le pouls fréquent, la soif vive, l'haleine mauvaise, la langue un peu sèche. Pas de frissons, pas de céphalalgie. L'intelligence est redevenue normale. Le pied le fait peu souffrir; il se plaint seulement de quelques élancements dans le petit orteil.

Le 23, le malade a encore eu un peu de fièvre pendant la nuit, mais moins d'agitation. On enlève le pansement; la plaie est pâle et de mauvais aspect. Boulettes de charpie dans la plaie; pansement à plat. — Deux potages, potion.

Le 24 au matin, l'état du malade est satisfaisant. Le soir, il a eu de la diarrhée et a été sept ou huit fois à la selle. — Deux et au besoin trois quarts de lavement avec 12 gouttes de laudanum chacun.

Le 25, les deux lavements ont été pris; le dernier n'est pas encore rendu; la diarrhée est arrêtée. Il a mouillé une chemise pendant la nuit. La plaie a meilleur aspect et sécrète un pus crémeux; quelques bourgeons pâles, décolorés apparaissent à la périphérie. On saupoudre la plaie avec de la poudre de quinquina, puis on la remplit de charpie; pansement à plat par-dessus. — Trois potages.

Le 26, l'état de la plaie est satisfaisant; les bourgeons ont pris une teinte rosée. Les cartilages commencent à se colorer; des bourgeons charnus se développent sur l'extrémité postérieure du deuxième métatarsien; un travail d'élimination et de réparation se prépare partout. Le malade se plaint de douleurs sur la partie externe du pied. Le chirurgien, ne voyant rien dans l'état de la plaie qui puisse expliquer cette douleur, soupçonne qu'un abcès aurait bien pu se former par suite de la pression du pied sur le coussin. On y regarde, et on trouve un peu de fluctuation; une petite incision est faite et laisse sortir un peu de pus. Pansement comme le jour précédent.

Le lendemain, le malade n'a plus souffert. Tout le fond de la plaie se recouvre de bourgeons; suppuration peu abondante et de bonne nature. — Poudre de quinquina, charpie dans le fond de la plaie, cataplasmes.

Même pansement les jours suivants, pendant lesquels l'état du malade n'offre rien à désirer.

HOPITAUX DE DUBLIN. — M. E.-G. M'DOWEL.

(WITHWORTH et HARDWICKE.)

Administration interne du chloroforme dans le traitement du delirium tremens.

Chaque jour l'expérience nous découvre de nouvelles propriétés thérapeutiques du chloroforme, lorsqu'on l'emploie à l'intérieur dans le traitement de diverses maladies. J'ai vu les plus grands succès obtenus par cet agent dans des cas de névralgie faciale aiguë, de tétanos, de colique et de delirium tremens. J'ai pu reconnaître son pouvoir sédatif dans les affections du cœur, son utilité comme anodin dans les fièvres. Je vais maintenant exposer brièvement trois cas de delirium tremens pris dans mon service, dans lesquels le chloroforme a parfaitement enrayé la marche de la maladie.

Obs. I. — James Kavanagh, âgé de trente-trois ans, entra dans mon service, à Withworth, le 12 novembre 1853, en proie à un delirium tremens très prononcé. Souffrant depuis quelque temps, il n'avait pu dormir pendant les trois jours et les trois nuits qui avaient précédé son admission à l'hôpital.

Quand je le vis, je pus constater une très grande excitation; de la défiance, une fureur telle, que la camisole de force parut nécessaire. Le malade ne cesse de parler; ses yeux sont injectés, ses extrémités glacées; tout son corps est baigné d'une sueur froide; pouls petit, mais d'une fréquence normale. Il avait eu déjà deux fois de ces attaques.

J'ordonnai chloroforme, 1 drachme (4 grammes) dans un extrait, à prendre de deux en deux heures.

A la quatrième dose, Kavanagh s'assoupit. Son sommeil, d'abord fréquemment interrompu, devient plus profond et dure toute la nuit. Le lendemain matin, je trouve le malade endormi. Je le réveille; ses pupilles sont un peu contractées, mais il a toute sa raison; aucune trace de délire. Le malade prend un peu de nourriture et retombe aussitôt dans un profond sommeil, qui dure douze heures environ. Il se réveille en pleine convalescence et sort de l'hôpital le 16 novembre.

Obs. II. — Gore Sheerin entre à l'hôpital de Hardwicke le 18 novembre 1853. Les premiers symptômes du delirium s'étaient montrés depuis deux jours quand il fut pris de somnolence, d'excitation nerveuse, de sentiments de crainte, avec tremblement de la langue et des mains.

A son entrée à l'hôpital, son habitude extérieure est très agitée. Plein de connaissance et de raison, répondant avec justesse aux questions qu'on lui adresse, il se met à divaguer aussitôt qu'on l'abandonne à lui-même, et se trouve incapable de lier ses idées. Sueurs froides,

pouls plein et mou; grande inappétence, et surtout agitation remarquable de la langue et des mains.

Traitement. — Affusion tiède sur la tête; 15 minimes (gouttes) de teinture d'opium dans 1 once de mixture de camphre toutes les trois heures.

Le 19, insomnie, délire, loquacité incessante; langue sèche, urine rare et fortement colorée; constipation; plus de sueurs. On peut encore persuader au malade de garder le lit. — Mixture de rose catbartique, 120 grammes à prendre de suite; chloroforme, 30 gouttes toutes les deux heures, quand la constipation aura disparu.

Le soir, le malade est si agité qu'on a recours à la camisole de force.

Le 20, il a dormi un peu pendant la nuit et la matinée. Je suspends le traitement; Sheerin est raisonnable; il comprend, répond avec clarté et paraît très disposé à dormir. Pupilles contractées.

J'ordonne pour la journée: thé, bon bœuf; pas de potion jusqu'au soir, où on lui donne 4 grammes de chloroforme.

Le 21, nuit excellente. Plus de traces de delirium, à l'exception de quelques mouvements de faiblesse.

Le pouvoir anodin du chloroforme est bien constaté par ces deux cas. Dans l'un, 2 drachmes (8 grammes), dans l'autre, 3 drachmes (12 grammes) de chloroforme administrés à la dose d'une demi-drachme (2 grammes) à de courts intervalles ont suffi pour calmer l'excitation du système nerveux et pour amener le sommeil. Or, chacun sait de quels dangers l'insomnie est la source dans le delirium tremens. Plus elle se prolonge et plus on voit le malade marcher vers cette exaltation qui se termine par la mort précédée de convulsions. De là l'impérieuse nécessité de diriger énergiquement le traitement contre l'insomnie.

Loin de moi la pensée de recommander le chloroforme à l'exclusion de l'opium; mais je crois qu'il n'est pas sans intérêt de savoir que le chloroforme peut guérir cette affection par ses propriétés sédatives et anodines. Je vais établir mes raisons:

1° Parce qu'il y a une forme de delirium tremens dans laquelle on ne peut user de l'opium. Je veux parler de la variété produite par l'influence directe des stimulants, et qui, par conséquent, a plus de connexions avec la congestion active du cerveau qu'avec la forme commune du mal, se développant à la suite de l'abandon des stimulants, et qui est associée à la perte de la force nerveuse.

Dans la première variété, j'emploie les purgatifs et les réfrigérants sur la tête; quelquefois je fais appliquer des sangsues. L'insomnie persiste-t-elle, les craintes deviennent sérieuses, et l'emploi de l'opium me semble pour le moins hasardeux, alors même que la mort doit suivre cette impossibilité de dormir. Dans ces circonstances, je crois que le chloroforme présente de grands avantages.

2° Parce qu'il arrive souvent que l'opium, même dans sa forme asthénique, non-seulement ne produit pas le sommeil, mais semble augmenter plutôt qu'apaiser l'excitation du système nerveux. Lorsque, de plus, la langue est sèche, les pupilles contractées, peut-on prudemment continuer l'administration de l'opium, et alors le chloroforme n'est-il pas indiqué? Cette troisième observation vient à l'appui de ma proposition.

Obs. III. — Au mois de septembre de l'année dernière (1853), je fus appelé, avec M. Gorman (de Henry-Street), auprès d'un gentleman d'environ trente ans qui, pour la première fois, était sous le coup d'un delirium tremens. Malade depuis trois jours, on lui avait administré l'opium à très hautes doses, et cependant, depuis quarante-huit heures, il n'avait pu reposer. Tous les symptômes caractéristiques de l'affection étaient franchement dessinés. Loquacité, activité d'esprit surprenante, délire varié et extraordinaire.

Nous ordonnons: affusion tiède et morphine à très faibles doses.

Le jour suivant, pas d'amélioration; fureurs.

Le lendemain, toujours insomnie. Cet état durait depuis quatre jours. Voix rauque, inintelligible; yeux injectés, pupilles contractées, langue sèche; urine rare; tremblement des mains et des bras avec soubresauts des tendons. Les forces diminuent sensiblement, le pouls devient petit, rapide. L'insomnie ne peut céder aux doses d'opium les plus élevées. Dans cette position critique, j'ordonne le chloroforme à l'intérieur. Immédiatement le malade en prend 1 drachme (4 grammes). Même dose une heure après. Bientôt il sommeille quelques minutes. Une troisième dose de 4 grammes est administrée, et aussitôt il tombe dans un profond sommeil.

Le jour suivant, il ne restait aucun des symptômes du delirium tremens.

Conclusions. — Je me bornerai à demander au monde médical l'expérimentation sur une grande échelle pour établir:

1° Si le chloroforme peut être employé seul avec succès dans le traitement du delirium tremens;

2° S'il y a avantage dans un traitement mixte, c'est-à-dire en combinant l'opium et le chloroforme;

3° Si le succès serait plus certain en adoptant d'abord le traitement par l'opium et en le faisant suivre par l'administration interne du chloroforme à faibles doses. (*The Dublin hosp. Gazette.*)

— Le vœu du médecin anglais à qui nous empruntons cet intéressant travail est déjà accompli; car nous apprenons que M. Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre, se livre à des expérimentations sur la valeur du chloroforme dans le delirium tremens. E. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er mars 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

PRÉSENTATION DE MALADES.

1° Tumeur située sur la région frontale. Diagnostic douteux. — M. Verneuil présente une jeune fille qui porte depuis son enfance, sur la région frontale, une tumeur qui offre les caractères suivants:

Elle a le volume d'une moitié de noix; elle est arrondie. Si on la presse, elle s'affaisse et disparaît. Alors on peut constater qu'il n'existe sur l'os aucune altération appréciable. On sent seulement un petit rebord qui la limite circulairement; rebord résistant, analogue à celui que l'on rencontre autour des tumeurs sanguines des nouveau-nés. La peau n'est altérée, ni dans sa coloration, ni dans sa consistance; aucun développement vasculaire ne se remarque sur les parties voisines. Lorsque la malade baisse la tête, la tumeur reparaît volumineuse; mais, du reste, on ne remarque ni pulsations, ni bruit vasculaire. A l'époque des règles surtout, le volume devient plus considérable, et alors la malade éprouve quelques douleurs. Pendant le décubitus dorsal, la tumeur acquiert également tout son développement.

2° Tumeur osseuse et cartilagineuse développée sur la phalange du troisième orteil. — M. Denonvilliers présente un malade qu'il a déjà soumis à l'examen de la Société. Cet homme portait une tumeur dure, volumineuse, sur la phalange du troisième orteil du pied droit. Cette tumeur a été enlevée; elle était composée de tissus osseux et cartilagineux. Un dessin exact de cette pièce a été fait et sera communiqué dans une prochaine séance avec l'observation complète. Le malade, parfaitement guéri, doit quitter prochainement l'hôpital Saint-Louis.

Discussion sur la fracture du rocher. — A propos du procès-verbal, M. Chassaignac, revenant sur le fait de fracture du crâne communiqué dans la dernière séance par M. Richet, dit que tout en reconnaissant l'importance de cette observation pour contribuer à éclairer l'étiologie des écoulements séreux à la suite des fractures, il pense cependant qu'il n'a de signification que pour les cas d'écoulement très peu abondants. Ce n'est pas avec ce fait qu'on pourrait établir une théorie générale de la source du liquide séro-auditif signalé dans les cas de fracture du crâne. Mais il démontre, et sous ce point de vue il a une grande valeur, qu'il peut s'écouler par l'oreille un liquide séreux, limpide, qui n'est pas le liquide céphalo-rachidien. Du reste, M. Chassaignac pense qu'il n'y a pas une observation anatomo-pathologique bien incontestable qui démontre que dans les faits connus on ait bien eu réellement affaire au liquide céphalo-rachidien.

C'est parce que cette démonstration manque que je me suis cru en droit, ajoute M. Chassaignac, de chercher une autre explication du fait; et alors, considérant le nombre considérable de sinus veineux qui entourent le rocher, j'ai volontiers admis qu'une fracture ne pouvait guère se faire sans intéresser un de ces sinus, et par suite donner lieu à une transsudation de la sérosité du sang.

M. Giraldès. Sans entrer dans la discussion, je crois pouvoir citer un fait qui pourra aider à juger la valeur de l'opinion de notre collègue. J'ai vu à l'hôpital Saint-Georges une pièce préparée par M. Prescott Hewett; c'était une fracture du rocher qui avait donné lieu à un écoulement séreux par l'oreille. Eh bien, il n'existait aucune altération des sinus; et de plus, leur cavité était comblée par du sang coagulé.

M. Richet, dans le fait qui lui est propre, a aussi trouvé un caillot dans le sinus latéral. S'est-il développé *post mortem?* C'est l'impossibilité de résoudre cette question qui a empêché M. Richet de s'appesantir sur cette circonstance.

M. Deguise fils fait remarquer que M. Chassaignac aurait pu se faire une opinion sans avoir vu de pièces anatomiques démontrant que l'écoulement appartient bien au liquide céphalo-rachidien. Pour admettre cette hypothèse, on ne s'en est pas tenu en effet au simple raisonnement, on a analysé la matière de l'écoulement, et on a manifestement reconnu qu'il n'était pas constitué par le sérum du sang.

M. Chassaignac, tout en reconnaissant la valeur de l'objection, pense cependant que l'analyse chimique ne peut pas suffire pour une pareille démonstration.

M. Huguier ne comprend pas les objections de M. Chassaignac. Pour lui, des faits incontestables ont démontré que l'écoulement était bien formé par le liquide céphalo-rachidien; et bien plus, dans une observation de M. Robert, l'écoulement séreux s'étant fait par le nez, on a reconnu, à l'autopsie, une fracture de l'ethmoïde avec déchirure de la dure-mère.

Moi-même, ajoute M. Huguier, j'ai vu sur le cadavre des lésions qui ne pouvaient laisser aucun doute; de l'intérieur du crâne, nous pouvions faire passer de l'eau par l'oreille, et le conduit auditif externe n'avait aucune lésion. Aussi, sans prétendre que cela est toujours ainsi, je crois qu'on peut admettre que, dans la grande majorité des cas, c'est le liquide céphalo-rachidien qui s'écoule.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit trois nouveaux mémoires envoyés pour le prix proposé sur le traitement des hémorrhoïdes et des varices par la coagulation du sang par le procédé de M. Pravaz.

Le premier mémoire a pour devise: *J'ai réussi quelquefois; mais il faut s'entendre sur ces succès; c'est-à-dire j'ai réussi à oblitérer la veine.*

Le deuxième a pour devise: *La critique est aisée.*

Le troisième a pour devise: *Ita res accendunt lumina rebus.*

M. le président annonce que le concours pour le prix proposé par M. Verrier est clos, et que tout mémoire adressé ultérieurement ne sera plus reçu.

On procède ensuite au scrutin pour nommer la commission chargée d'examiner les mémoires; elle se compose de MM. Monod, Larrey, Lenoir, Verneuil et Giraldès.

M. Gariel adresse une note sur l'application du pessaire intra-utérin et du pessaire à réservoir d'air dans le traitement des déviations utérines. (M. Debout est chargé du rapport.)

RAPPORT.

M. Debout continue et termine la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Piachaud. La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Nous donnons un extrait étendu de ce rapport.

Des déviations utérines. Dissertation inaugurale, 1852, par le docteur Piachaud (de Genève). — *Trois observations de déviations utérines traitées avec succès par le redresseur intra-utérin, suivies de considérations pratiques,* par le même.

La discussion mémorable qui s'est produite en 1849 au sein de l'Académie de médecine sur les maladies de l'utérus a eu pour résultat principal de lever tous les doutes sur l'existence et la fréquence des déviations de cet organe. Sans doute ces lésions se trouvaient indiquées dans les ouvrages des auteurs, même les plus anciens; mais, à en croire quelques-uns des auteurs modernes, on aurait pu penser que ces déviations, en particulier quelques-unes d'entre elles, les inflexions, par exemple, étaient une rareté pathologique. Après les faits produits à la tribune de l'Académie par M. Jobert (de Lamballe), M. Huguier, M. le professeur Velpeau, il n'était plus possible de conserver une pareille opinion, et les déviations de la matrice ont été appelées à reprendre dans la pathologie utérine la place qu'elles n'auraient jamais dû perdre.

Un des résultats heureux encore de cette savante discussion a été de stimuler le zèle de notre jeunesse studieuse; aussi, depuis cette époque des thèses nombreuses ont eu pour objet les points encore obscurs de la question des déviations. Parmi ces diverses dissertations, une des mieux faites est sans contredit celle que vous avez renvoyée à notre examen. Vous n'en pouvez être étonnés, puisque vous connaissez son auteur pour avoir été un des internes les plus distingués de nos hôpitaux, lauréat de la Faculté et de l'Ecole pratique.

Je n'ai pas seulement à mettre en relief tous les mérites de la thèse de M. Piachaud, ma tâche m'impose surtout d'en juger les tendances, et même d'en signaler les lacunes. Puisque toute discussion pathologique doit avoir pour but de poser les indications du traitement des lésions qu'on examine, était-il possible de séparer l'étude des déviations et des inflexions de l'utérus de celle de l'abaissement et de l'engorgement de cet organe, ainsi que M. Piachaud l'a fait? Nous n'hésitons pas à répondre non, et le prouverons en discutant, dans un prochain rapport, les causes du prolapsus de l'utérus.

M. Piachaud semble avoir adopté l'opinion de M. le professeur Velpeau, que toujours les déviations de l'utérus existent par elles-mêmes; mais il se sépare de son maître lorsqu'il se prononce sur l'opportunité de l'intervention de l'art dans ces cas.

Les déviations idiopathiques sont les plus importantes à étudier; aussi M. Piachaud consacre-t-il une bonne partie de son travail à la discussion des causes générales et locales qui peuvent les produire. Un seul fait nouveau s'y trouve mentionné, c'est la fréquence de l'antéflexion chez les petites filles peu après la naissance; fréquence si grande, que l'auteur n'hésite point à regarder cette déviation comme l'état normal de l'organe à cet âge. Je ne m'arrêterai pas à la discussion de ce point, puisqu'un de nos collègues est chargé de vous rendre compte de la thèse de M. Boulard, qui s'est spécialement occupé de l'étude des déviations congénitales de l'utérus.

Je ne suivrai pas l'auteur dans l'examen des causes des déviations; je ferai remarquer en passant que la plupart de celles que M. Piachaud admet avec les auteurs, comme les mouvements violents, la station habituelle, la pression de l'abdomen par certains instruments, comme, par exemple, l'*éventaire* pour les marchandes des rues, puis l'usage du corset, la congestion de l'organe lors de la menstruation, etc., doivent avoir une influence au moins aussi marquée sur l'abaissement de l'utérus que sur la production de la déviation de son axe. Il n'y aurait d'exception à faire que pour les chutes sur le siége, et dans ces cas la rétroversion peut avoir lieu sans entraîner le déplacement de l'organe. Nous y reviendrons plus tard.

Pour les symptômes, il est incontestable que plusieurs d'entre eux sont caractéristiques des déviations. Ainsi, les envies fréquentes d'uriner pour l'antéversion, la constipation et la forme aplatie des fèces dans les cas de rétroversion, signalés par les auteurs les plus anciens. Mais ce que les modernes n'ont pas encore établi, c'est que les douleurs lombaires ou plutôt dans la région sacrée, puis le sentiment de courbature de la partie supérieure des cuisses, doivent être plutôt rapportés aux déviations utérines qu'à l'abaissement de l'utérus ou à l'engorgement du col de cet organe.

Aussi, après avoir exposé minutieusement les troubles nerveux généraux et locaux qui accompagnent les maladies de l'utérus, M. Piachaud termine ainsi son chapitre:

« Maintenant il se présente une question importante, c'est de savoir si par elle-même une déviation de l'utérus suffit pour amener tout le cortége de symptômes que nous avons passé en revue, ou bien s'il n'est pas nécessaire qu'il y ait quelque augmentation de l'organe capable de rendre compte des accidents et des phénomènes observés. »

Après avoir cité ceux des auteurs modernes qui se rangent à cette dernière manière de voir, et rappelé un passage de la clinique de M. Velpeau, dans lequel le savant professeur dit: « que ces déviations » par elles-mêmes sont fort souvent tout à fait inoffensives, et qu'une » foule de femmes en sont atteintes sans s'en douter, » notre jeune confrère ajoute que l'étude attentive des faits dont il a été témoin ne lui permet pas de partager cette manière de voir.

« Je m'appuie sur ce fait, dit-il, que par l'exploration nous n'avons pas constaté d'augmentation dans le volume de la matrice, et je crois qu'avec une certaine habitude du toucher on peut être assuré de ce résultat. Je m'appuie aussi sur un fait thérapeutique, c'est le soulagement produit par l'application d'une ceinture hypogastrique, qui ne peut agir que mécaniquement, en soulevant la masse intestinale. Il est évident que s'il y avait un engorgement du tissu utérin, elle n'aurait pas grande action sur lui. Maintenant, quant à l'explication des phénomènes, je trouve que la déviation seule suffit pour en rendre compte; car dès que l'utérus est dévié, il y a des tiraillements sur les ligaments ronds, les plexus nerveux..., etc. »

Est-ce que ces tiraillements des annexes de l'utérus ne doivent pas exister, même d'une manière plus prononcée, dans les cas d'abaissement de l'organe? Est-ce que l'utérus, par la nature des fonctions dévolues aux organes qui l'entourent, n'est pas destiné à voir son axe varier à chaque instant, selon l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie et du rectum? C'est donc cette séparation de l'étude des déplacements et des déviations de l'utérus qui contribue à jeter de l'obscurité sur le traitement de ces affections.

Je dois poser cependant quelques réserves à l'égard des flexions utérines comme cause d'accidents nerveux généraux, par le trouble

qu'elles amènent dans la fonction menstruelle. L'obstacle matériel que le rétrécissement subi par l'orifice interne du col apporte à l'écoulement des règles, rend la menstruation orageuse, et rend compte de la production de ces phénomènes nerveux qui se manifestent chez les femmes atteintes de rétroflexions utérines.

Quant au diagnostic des déviations utérines, j'aurais à vous signaler les ressources précieuses que fournit le cathétérisme utérin, si notre collègue M. Huguier n'avait promis à la Société de lui communiquer ce que son expérience, déjà longue à cet égard, lui a appris. J'espère qu'il vous tiendra sa promesse. Je passerai donc sur ce point, pour arriver de suite à la partie la plus importante de la discussion : le traitement des déviations utérines.

Il est peu de maladies qui exercent une plus fâcheuse influence sur la santé des femmes que les déplacements de l'utérus, et aussi le médecin se trouve-t-il très souvent appelé à remédier aux accidents qu'elles occasionnent. Lorsque par le toucher il est arrivé à constater une lésion de situation, que l'organe est serré ou infléchi, comme il a subi en même temps un mouvement d'abaissement, la première indication qui se présente à mes yeux est de le ramener dans sa position et de l'y maintenir. La preuve, c'est que tant que le doigt du chirurgien tient l'utérus soulevé, les troubles fonctionnels qui accompagnent les déplacements disparaissent. Une autre preuve encore, sont les bons effets qui, dans ces cas, suivent l'emploi des pessaires. Si une commission ne se trouvait chargée de discuter devant vous la valeur de ce moyen de contention de l'utérus, j'aurais profité de l'occasion qui m'est offerte de discuter pourquoi les pessaires n'ont pu jusqu'ici répondre aux indications posées par la nature des lésions auxquelles on doit remédier.

L'absence d'un moyen efficace de la contention de l'utérus prolabé est, à nos yeux, la cause principale des recherches modernes tendant à nous fournir des moyens nouveaux de traitement ; l'un d'eux est la ceinture hypogastrique inventée par un médecin américain, M. Hull ; l'autre le pessaire de M. Simpson.

Après avoir fait ressortir tous les bons services que rend la ceinture hypogastrique comme allégeant l'utérus du poids de la masse intestinale, M. Piachaud consacre la plus grande partie de son chapitre sur le traitement des déviations à l'exposition de la méthode formulée par M. Valleix.

Les modifications apportées par notre savant confrère à l'instrument de M. Simpson nous sont trop connues pour que j'aie besoin de les signaler : elles ont été des plus heureuses ; mais en est-il de même du changement de nom ? La dénomination de *pessaire*, de pessaire *redresseur*, ne lui convenait-elle pas mieux que celle de *redresseur intra-utérin ?* Cette thèse, je l'ai développée dans une note que j'ai lue à la Société de médecine en 1848 lors de mon retour d'un voyage en Angleterre. Les faits dont j'avais été témoin à Londres, le souvenir des tentatives de M. Velpeau à l'hôpital de la Pitié m'engagèrent à rapporter en France le pessaire de M. Simpson et à appeler l'attention de mes collègues sur les ressources que ce nouvel instrument offrait pour le traitement des déplacements de l'utérus compliqués d'inflexion du corps de cet organe. De tous les réducteurs proposés jusqu'ici, le *pessaire* de M. Simpson me paraissait le plus puissant pour maintenir l'utérus dans sa situation normale. Ce fait ressort d'une manière si évidente de sa construction que je n'ai pas besoin d'y insister ; restait à juger l'innocuité du séjour de la tige dans la cavité de l'utérus. Les tentatives de M. Velpeau, que je vous rappelais tout à l'heure, venaient me rassurer à cet égard ; car, je ne crains pas de le dire ici, ce sont les insuccès qui ont suivi l'emploi des tiges intra-utérines plutôt que les accidents qu'elles ont provoqués qui les ont fait abandonner par l'habile professeur.

L'instrument de M. Simpson venait donc remplir, à mes yeux, les deux indications posées par la nature de l'affection ; tout en maintenant l'utérus soulevé, il triomphait du changement de forme que le corps de l'organe avait subi. Cependant les quelques accidents de métro-péritonite observés par M. Velpeau à la suite de la présence prolongée de sondes introduites dans la cavité de l'utérus ne pouvaient pas, ajoutai-je, permettre au pessaire Simpson de devenir un moyen de traitement ordinaire des déviations. Ce que je vous ai dit déjà de l'importance plus grande de triompher plutôt du prolapsus que du renversement du corps de l'utérus doit vous porter à penser que j'en réservais l'emploi aux cas d'inflexion. Encore avais-je pris soin de limiter l'essai de ses premières applications aux inflexions compliquées de la disparition de la fonction menstruelle.

Un fait m'avait frappé dans les observations qui me furent communiquées à Londres, c'est que, sous l'influence de la présence de la tige d'ivoire qui termine l'instrument de M. Simpson, les règles, qui avaient disparu depuis des mois, revenaient immédiatement.

Un de nos collègues, M. Robert, qui assistait à cette lecture, vint me fournir l'occasion de vérifier ces assertions. Il avait dans son service une femme porteur d'une rétroflexion utérine accompagnée d'absence de menstruation. L'instrument lui fut appliqué le lendemain même avec un succès complet. Les règles ne tardèrent pas à reparaître, et cette femme fut délivrée des troubles fonctionnels que les lésions de forme et de situation de l'utérus avaient amenées. Je laisse à notre collègue le soin de vous donner de plus longs détails sur les circonstances diverses de ce fait ; il en est une cependant que je dois vous signaler, c'est la difficulté extrême que M. Robert éprouva pour faire pénétrer la tige du pessaire dans la cavité de l'utérus. Ces difficultés furent telles que M. Robert m'engagea, si je voulais faire rester le nouvel instrument dans la pratique, à modifier sa construction de manière à rendre son introduction facile.

J'allai trouver M. Charrière, et, après avoir examiné ensemble les divers modèles d'instruments du même genre, car rien n'est absolument nouveau, il fut convenu qu'il me ferait un pessaire Simpson dont la tige pourrait se baisser et se relever à volonté. Sur ces entrefaites, je tombai malade et dus abandonner mes expérimentations. Le résultat de cet essai ne fut pas perdu, et, lorsque nous avons eu à résumer dans le *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXVIII, p. 48 et 157, les résultats de la discussion à l'Académie de médecine sur les maladies de l'utérus, nous n'avons pas hésité à opposer la pratique de M. Simpson aux assertions des orateurs qui niaient l'efficacité de l'art dans les cas de déviations utérines.

L'année suivante, je fus agréablement surpris lorsque M. Valleix vint me prier de publier dans mon journal une note sur l'emploi du pessaire de M. Simpson dans les cas de déviations de l'utérus. Dans ce travail, notre savant confrère signalait la modification importante que j'avais réclamée de M. Charrière dans la construction de l'instrument. Rassuré désormais sur l'avenir de l'expérimentation du nouveau traitement des déviations utérines, j'ai laissé à M. Valleix le soin de mettre en lumière tout ce que son emploi devait fournir de ressources pour le traitement de ces lésions. Vous connaissez tous les savantes leçons qu'il a professées à l'hôpital de la Pitié à cet égard. Je n'ai pas à m'en occuper ; je ferai remarquer cependant que, pour M. Valleix, l'instrument agit exclusivement comme redresseur intra-utérin et nullement comme pessaire ; la preuve, c'est la substitution de nom qu'il donne à l'instrument de M. Simpson, modification que je ne crois pas juste.

Mais revenons au travail manuscrit de M. Piachaud ; la question de la valeur thérapeutique des redresseurs intra-utérins étant à l'ordre du jour dans les sociétés médicales, notre confrère a cru devoir adresser à la Société trois observations de cas de déviations utérines traitées avec succès par cet instrument. Voici comment l'auteur résume lui-même ses observations : « Chez mes trois malades, l'état était à peu près le même ; il consistait en une constipation plus ou moins opiniâtre, mais très marquée chez les deux premières, puisque les matières étaient aplaties, fait que j'ai rencontré dans plusieurs autres cas et qui montre bien à quel point peut être grande la compression du rectum entre le fond de la matrice et la concavité du sacrum ; chez la troisième, la constipation était moins prononcée, parce que le rectum s'était placé sur le côté de la ligne médiane de façon à échapper à cette compression. Toutes ont éprouvé des douleurs à la région sacrée et aux aines, *toutes se sont plaintes de pesanteur périnéale ; c'est peut-être le symptôme qui se rencontre le plus souvent dans ce genre d'affection ;* je ne l'ai, pour mon compte, jamais vu manquer. La période menstruelle en, en général, pénible dans ces cas de déviations ; notre première malade le montre d'une manière bien évidente. Des accidents nerveux généraux se sont développés chez la première et la troisième de nos malades ; chez la première, ils ont acquis une intensité considérable. Toutes éprouvaient de la difficulté à marcher, la troisième surtout, à tel point que depuis plus d'une année elle n'avait pu quitter sa chambre. Après le traitement, tous ces accidents se sont dissipés, et nos malades ont pu reprendre leur vie habituelle.

» Chez les trois malades, la déviation avait lieu en arrière, c'est-à-dire le corps de la matrice se portant dans le sacrum ; chez la première, c'était une *rétroversion* ; chez les deux autres des *rétroflexions*. Dans les trois cas, la déviation se réduisait aisément au moyen de la sonde, et le même moyen curatif a été mis en usage : ce moyen a été le pessaire intra-utérin modifié par M. Valleix.

» La durée de ce traitement offre des différences très grandes suivant les cas, et il est à peu près impossible de dire quel sera approximativement le temps pendant lequel l'instrument devra rester appliqué. Nos trois observations montrent d'une manière frappante combien cette durée peut varier. Ainsi, la première malade atteinte de rétroversion n'a été traitée que d'une époque menstruelle à l'autre, c'est-à-dire pendant trois semaines seulement, et encore des accidents hémorrhagiques nous ont-ils forcé d'enlever l'instrument pendant plusieurs jours. Néanmoins, malgré un temps aussi court, le résultat a été des plus satisfaisants ; le succès obtenu ne s'est pas démenti, et le fait date de plus d'une année maintenant. Je me hâte de dire, toutefois, que je le crois exceptionnel, et que dans l'immense majorité des cas le traitement exigera un temps plus long. Pour la seconde malade, le traitement a duré environ deux mois ; pendant le second mois surtout, l'appareil a été très bien supporté : la guérison a été complète et assurée par une cure d'eau froide à l'établissement de Divonne. Chez la troisième malade, la durée du traitement a été bien plus longue, car elle a été de cinq mois ; mais si l'application de l'appareil a duré aussi longtemps, je dois faire remarquer que dès la fin du troisième mois la matrice conservait sa position normale, et que je n'ai continué à employer le pessaire que parce qu'il était très bien supporté et afin de maintenir la position de l'utérus d'une manière encore plus solide.

» Il est bien évident que la tige intra-utérine forme la base du traitement des déviations, ou, pour mieux dire, leur traitement tout entier..... »

Je n'ai pas à revenir sur ce que j'ai dit déjà sur le mode d'action de l'instrument de M. Simpson. Cet instrument agit principalement comme pessaire, c'est-à-dire en maintenant l'utérus soulevé. Ce n'est pas que je conteste à la tige qui le termine sa part d'intervention. La tige intra-utérine, par sa présence dans la cavité de l'organe, agit de deux manières dans les cas de flexions accompagnées de dysménorrhées. En restituant à l'utérus son axe normal, elle détruit l'obstacle mécanique qui s'oppose à l'écoulement des règles. (On peut se demander cependant si dans ces cas le simple cathétérisme ne suffirait pas pour triompher de cet obstacle.) — Les pertes qu'elles provoquent souvent n'ont-elles pas aussi pour résultat, en décongestionnant l'organe, d'alléger son poids et de permettre alors aux ligaments suspenseurs affaiblis de maintenir l'utérus dans sa situation normale ? Ce sont des questions délicates que l'observation ultérieure permettra seule de résoudre.

Un point nous reste à traiter avant d'aborder la question de la valeur du redresseur intra-utérin, c'est l'innocuité de son emploi. Nous avons dit qu'en thérapeutique la parole est aux faits ; mais l'expérimentation n'est permise qu'autant que la nouvelle méthode ne doit pas faire courir aux malades des dangers plus grands que ceux auxquels ils étaient exposés par les moyens de traitement habituellement employés. Examinons donc les faits qui se sont produits contre l'emploi du redressement de l'utérus ; et voyons si les accidents, dans ces cas, ne pouvaient être évités et s'ils sont de nature à faire rejeter le nouvel instrument de la pratique.

Un premier fait a été signalé par notre collègue M. Broca ; c'est un cas de mort à la suite de trois tentatives de redressement d'un utérus affecté d'antéversion, à l'aide de la sonde maintenue en place cinq minutes chaque fois. Si l'on ne produisait à la charge de la nouvelle méthode que des faits semblables, on n'aurait pas à s'y arrêter, car on a vu des péritonites mortelles se produire à la suite de simples injections vaginales, et il n'est venu à l'idée d'aucun praticien de proscrire ces moyens de traitement des maladies de l'utérus.

Il n'en est pas de même des cas observés par MM. Nélaton et Aran, auxquels notre collègue fait allusion. La gravité du débat qui va s'engager m'a fait m'enquérir des circonstances de ces morts qui incombent réellement à la méthode, et je dois à l'obligeance de ces confrères de pouvoir vous rapporter ces observations.

(*La fin au prochain numéro.*)

Le choléra ne paraît pas avoir fait de progrès sensibles depuis notre dernier bulletin ; quelques cas nouveaux cependant se sont produits pendant ces deux derniers jours à la Charité, dans le service de M. Piorry, sur des malades entrés depuis quelque temps pour d'autres affections. En ville, il a été signalé aussi quelques cas qui, quoique heureusement très rares, semblent indiquer que l'influence épidémique n'est pas exclusivement circonscrite dans les hôpitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le *Moniteur* du 12 publie la composition de l'*armée d'Orient*. Le service de santé de cette armée est composé ainsi qu'il suit :

Quartier général et réserve. — MM. Scrive, médecin principal de 2e classe, chef du service médical ; Jeannel, pharmacien principal de 2e classe, chef du service de la pharmacie ; Cahrol, médecin major de 1re classe ; Colmant, médecin major de 2e classe ; Petitbon, Cocud, Lambert, médecins aides-majors de 2e classe.

1re DIVISION. — MM. Cazalas, médecin major de 1re classe ; Quesnoy, médecin aide-major de 1re classe ; Raoult-Deslongschamps, Perrin, Bailly, médecins aides-majors de 2e classe ; Cassaigne, pharmacien aide-major de 1re classe.

2e DIVISION. — MM. Barby, médecin major de 1re classe ; Beaucamp (C.-A.-C.), médecin aide-major de 1re classe ; Roustans, Gillin, Lapeyre, médecins aides-majors de 2e classe ; Rateau, pharmacien aide-major de 1re classe.

Brigade de cavalerie. — MM. Ladureau, médecin aide-major de 1re classe ; Rollet, Nuzillat, médecins aides-majors de 2e classe.

Corps de réserve. — MM. Tellier, médecin major de 2e classe ; Fournier, médecin aide-major de 1re classe ; Perréon, Herbecq, médecins aides-majors de 2e classe ; Lantenois, pharmacien aide-major de 1re classe.

PERSONNEL DE SANTÉ DE DEUX HÔPITAUX A LA SUITE DE L'ARMÉE. — *1er Hôpital.* — MM. Valette, Guéret, médecins majors de 1re classe ; Cuvillon, médecin major de 2e classe ; Burlureaux, Aron, Blanvillain, médecins aides-majors de 1re classe ; Miche, Gleizes, Marlier, Duauthier, Milliot, Obier, médecins aides-majors de 2e classe ; Musard, pharmacien aide-major de 1re classe ; Claquart, pharmacien aide-major de 2e classe.

2e Hôpital. — MM. Siesz, Bonnet-Masimbert, médecins-majors de 1re classe ; Fratini, Carion, Brumens, médecins aides-majors de 1re classe ; Desjardins, Seigle, Rueff, Bessières, Baraban, Ponton, médecins aides-majors de 2e classe ; Cooche, pharmacien major de 2e classe ; Gontier, pharmacien aide-major de 1re classe.

SERVICES ADMINISTRATIFS. — *Service de santé.* — MM. Heysch, médecin major de 2e classe ; Fernet, médecin aide-major de 1re classe ; Courbet, Tassard, Rondet, médecins aides-majors de 2e classe ; Ditte, pharmacien aide-major de 1re classe.

Nous voyons avec un vif plaisir dans cette liste plusieurs de nos collaborateurs et un grand nombre de nos abonnés. Nous ne doutons pas de leur empressement à nous tenir au courant de tout ce qui, dans la campagne qui va s'ouvrir, pourra intéresser notre profession.

— M. le docteur Fauvel, chargé, on se le rappelle sans doute, de l'inspection du service médical de l'armée, était de retour à Constantinople le 24 février. Les nouvelles qu'il rapportait de l'armée étaient satisfaisantes : il n'avait laissé que 111 malades au quartier général, à Schumla, et il avait assisté aux combats qui s'étaient livrés entre les Turcs et les Russes à Roustchouk.

— Aujourd'hui, l'anniversaire de la mort d'Orfila a été célébré à l'église de Saint-Sulpice. Un grand nombre de médecins assistaient à cette pieuse cérémonie.

— Depuis quelque temps le choléra-morbus s'était déclaré en Espagne et exerçait ses ravages surtout dans un assez grand nombre de localités de la Galice.

Nous lisons aujourd'hui dans le *Heraldo medico*, Madrid, 8 mars, que l'épidémie paraît avoir cessé complétement. La maladie a frappé particulièrement sur les mariniers. Deux professeurs, MM. Domenech et Montuo, avaient été nommés médecins sanitaires et chargés de la direction du service de santé de cette province.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Œuvres d'Oribase. Texte grec, en grande partie inédit, collationné sur les manuscrits, traduit pour la première fois en français, avec une introduction, des notes, des tables et des planches, par MM. les docteurs BUSSEMAKER et DAREMBERG. Tome II ; in-8°. Prix : 12 fr. — Chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Des métamorphoses de la syphilis, recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent, par M. Prosper YVAREN, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. in-8°, Paris, 1854. Prix : 7 fr. 50 c. — Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

La Soua,

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 32. — JEUDI 16 MARS 1854. (27e ANNÉE.) N° 32. — JEUDI 16 MARS 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE. Deux cas de trismus des nouveau-nés guéris par l'emploi du cannabis indica. — Guérison d'un cas d'hydrophobie déclarée par l'arséniate de soude. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 14 mars. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 6 mars. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, fin de la séance du 1er mars. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, LE 15 MARS 1854.

Séances des Académies.

Il se passe rarement une séance à l'Académie de médecine sans que quelque question d'honorabilité médicale soit soulevée. Quelquefois les susceptibilités nous paraissent justes, quelquefois aussi elles peuvent être regardées comme empreintes de quelque exagération. Telle est celle qui s'est présentée hier à l'occasion du traité de M. Yvaren sur les métamorphoses de la syphilis. Le secrétaire annuel, M. Gibert, a cru pouvoir, en présentant ce livre au nom de l'auteur, accompagner cette présentation d'une courte analyse de l'ouvrage et de la proposition d'adresser des remercîments à M. Yvaren.

A ces mots, la chirurgie militaire s'est émue ; MM. Bégin et Michel Lévy ont trouvé le procédé *insolite* et contraire au règlement. A son tour, le secrétariat a réagi. M. Dubois (d'Amiens) est venu au secours de M. Gibert, qui se défendait lui-même *unguibus et rostro*, et l'Académie a passé à l'ordre du jour.

On se rappelle que le travail de M. Yvaren a été l'objet d'un rapport favorable, que l'Académie a témoigné le regret de ne pouvoir, à cause de son étendue, l'imprimer dans ses Mémoires. M. Yvaren s'est décidé alors à le publier à ses frais ; il en fait hommage à l'Académie ; et, comme l'a dit M. Velpeau, on peut bien, sans se compromettre, adresser à cet honorable confrère des remercîments, et ajouter quelques mots flatteurs mais justes sur son travail, *quoique imprimé*.

Nous pensons comme M. Velpeau et le bureau, et nous eussions passé, nous aussi, purement et simplement à l'ordre du jour, si les questions d'honorabilité couraient moins les rues, et si tous les provocateurs d'enquête étaient aussi bien posés que MM. Bégin et Lévy. On peut bien consentir à discuter avec des hommes graves, sérieux et honnêtes, mais on ne répond aux bouffonneries et aux pasquinades que par un éclat de rire ou par une de ces innocentes épigrammes qui se trouvent parfois dans la boîte d'un journal.

Après cet incident, M. Bouchut a fait une lecture extrêmement intéressante. Notre honorable collaborateur a mis à profit sa position de médecin du Bureau des nourrices, et n'a pas voulu que son passage dans le poste qu'il vient de quitter pour l'hôpital Sainte-Eugénie (ci-devant Sainte-Marguerite) restât infructueux. Ayant à examiner un grand nombre de nourrices, il a observé assez fréquemment une affection du mamelon qu'on n'a peut-être pas aussi bien localisée avant lui : c'est l'ulcération et l'oblitération des canaux galactophores, qui met parfois un obstacle absolu à l'allaitement, et force à changer de nourrice. Le traitement de cette affection consiste du reste dans l'emploi des topiques conseillés pour les fissures et crevasses du mamelon.

Un rapport bien fait de M. Collineau sur un mémoire de M. Dechaut, relatif aux invaginations intestinales chez les enfants a clos la séance, à la fin de laquelle cependant M. Barth a présenté une intéressante pièce d'anatomie pathologique ; c'est une oblitération de la veine cave superficielle qui avait été diagnostiquée pendant la vie par la bouffissure du visage et des parties supérieures du corps.

Nous avons ici à dire un mot d'une réclamation qui nous est adressée par les président et secrétaire de l'Association médicale d'Eure-et-Loir. Ces honorables confrères se plaignent qu'on ait appliqué le nom d'industriels aux personnes qui s'occupent de l'élève des sangsues et parmi lesquelles se trouve M. le docteur Harreaux, praticien recommandable et d'un talent réel.

Nous dirons que, pour notre part, en cette circonstance, le mot *industriels* n'a nullement été appliqué dans un sens défavorable à qui que ce soit, et que nous sommes tout disposé à reconnaître que c'est aux communications de notre digne confrère qu'appartient la priorité des idées mises en pratique par M. Borne. C'est un fait utile à constater, et qui paraît démontré par la lecture de la lettre de réclamation adressée à l'Académie, et lue dans la séance par M. le secrétaire perpétuel.

Des observations intéressantes de météorologie ont été adressées à l'Académie des sciences par M. le docteur Campmas, médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Baréges. Au point de vue de l'hygiène surtout, ces observations ont de l'utilité, et l'Académie, par l'organe de son rapporteur, M. Babinet, engage cet honorable confrère à les continuer.

Les observations de M. Schiff, contenues dans un mémoire sur la régénération des nerfs, ne sont pas entièrement conformes à celles de M. Waller. D'accord avec cet anatomiste sur la plupart des faits anatomiques, il en diffère sur un point important, la présence des tuyaux membraneux des filets nerveux détruits par la section. Dans les nerfs paralysés, M. Schiff pense, contrairement à M. Waller, que le cylindre primitif du nerf reste intact, et que c'est à cela que ces nerfs doivent la faculté de reprendre quelquefois leurs fonctions. Le microscope et les réactifs ne lui ont fait en effet reconnaître en ce cas aucune altération.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Deux cas de trismus des nouveau-nés guéris par l'emploi du cannabis indica.

Par M. P.-C. Gaillard, M.-D.

Le trismus des nouveau-nés se termine rarement d'une manière satisfaisante ; c'est ce qui me porte à donner ces deux observations avec quelques détails. « Ce trismus, dit Nomberg, est la maladie des enfants la plus *absolument* fatale. Les cas suivis de guérison doivent être reçus avec beaucoup de circonspection, à moins qu'une grande précision de détails ne vienne à l'appui du diagnostic. »

Dans notre pratique, cette maladie est malheureusement beaucoup trop commune pour qu'on nous accuse d'ignorer les traits caractéristiques de cette affection, et notre expérience nous apprend que le professeur Germain n'a pas exagéré son effrayante mortalité. Mais je suis heureux de pouvoir joindre à mon observation un autre cas de guérison due au même traitement, et qui s'est présenté dans la pratique de mon ami le docteur de Saussure au mois de mars 1853. Le temps et plus encore l'expérience nous apprendront si dans ce cannabis il existe un agent capable de dompter le trismus, ou si l'on doit ranger ces observations parmi ces coïncidences qui trop souvent nous trompent sur la valeur des agents thérapeutiques.

OBS. I. — Rachaël, négresse de trente-huit ans, de bonne constitution, est accouchée, le samedi 23 juillet 1853, de son onzième enfant. Le cordon tombe le sixième jour, et l'enfant, beau et robuste garçon, se porte fort bien jusqu'au 2 août. Vers le soir, on le trouve triste ; il tette avec peine. Pendant la nuit, il ne peut plus prendre le sein, et les paroxysmes du spasme deviennent évidents. Je le vois le lendemain 3 août.

L'enfant repose sur les genoux de sa mère. Il suffit d'introduire une cuillère, le petit doigt dans la bouche ou de souffler sur sa figure pour déterminer les paroxysmes du spasme. Pendant le paroxysme, les muscles de la face étaient assez contractés pour produire l'expression

---

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des plantes médicinales indigènes, par M. le Dr A. BOSSU (1).

Dictionnaire de botanique, par M. HOEFER (2).

Élève des sangsues, par M. Elie MASSON, d'Ardres (3).

En prenant la plume, chaque écrivain a un but qu'il s'empresse d'exposer dans sa préface : l'un croit devoir prendre sur lui de remplir une lacune qui se faisait généralement sentir ; l'autre veut ouvrir une nouvelle voie à la science ; quant à l'auteur du *Traité des plantes médicinales indigènes*, voulez-vous savoir ce qui l'a dirigé dans son travail, écoutez :

« A d'autres la tâche difficile et trop souvent décevante d'apporter des matériaux nouveaux à l'édifice scientifique. Pour moi, je l'avoue, trouvant que le plus souvent les hommes supérieurs ne savent pas faire profiter l'intelligence commune de leur profond savoir ; que, propres à découvrir les richesses enfouies, ils ne savent point dégager le métal précieux de l'amalgame, je m'applique à exposer succinctement et d'une manière complète, en ce qui concerne spécialement les choses vraiment utiles, les principes élémentaires, les fondements théoriques et les déductions pratiques des traités *ex professo* trop étendus pour être lus, trop savants pour être compris, trop chers pour être achetés par le commun des hommes. »

Cette profession de foi nous explique comment nous possédons l'*Anthropologie*, le *Compendium* et le *Traité des plantes médicinales indigènes*.

Ce dernier livre, qui nous occupe en ce moment, n'est donc pas un livre neuf ; ce n'est pas une page nouvelle dans la science, — l'auteur nous en avertit modestement ; — mais, si nous ne devons pas chercher dans cette œuvre quelque théorie inconnue, quelque point de vue jusqu'alors non étudié, nous y trouverons un résumé bien ordonné et recueilli à la meilleure source : il me suffira pour prouver cette dernière assertion de nommer les principaux auteurs consultés pour la rédaction de l'ouvrage : MM. Richard, Chomel, Rocques, Mérat, Trousseau, Costes, Le Maout, etc., etc.

Il n'est pas, que je sache, de science plus attrayante que la botanique. Je ne veux pas la considérer sous des points de vue étrangers à l'étude de la médecine ; je ne parlerai donc point de ses rapports avec les arts, l'ornement des jardins et l'agriculture ; je ne dirai point les charmes de l'herborisation dans laquelle une plante commune revue mille et mille fois instruit souvent plus que des recherches faites au milieu des herbiers les plus riches de nos bibliothèques. Mais voyons tout ce qu'elle peut donner de remèdes précieux, d'auxiliaires puissants dans la médication.

L'ouvrage est divisé en deux parties : la première présente avec beaucoup de clarté les éléments de la botanique. Anatomie générale et descriptive, physiologie végétale et taxonomie, l'auteur a tout collationné avec méthode et sans sécheresse. Toutes les classifications passent devant les yeux du lecteur, Tournefort, Linné, Jussieu et le professeur Richard, dont nous déplorons encore la perte ; en adoptant la classification si remarquable de Richard, l'auteur nous donne de nouveau la preuve du bon choix qu'il a su faire de ses matériaux. Toute cette première partie est claire, rapide ; utile à ceux qui ignoreraient ces principes, elle ne peut qu'être agréable à ceux qui voudraient revoir en peu de temps où en est la science.

Mais ceci n'est qu'un hors d'œuvre et pour ainsi dire une introduction à la seconde partie, qui va nous présenter tout le cortége des plantes médicinales.

La vraie difficulté de cette seconde partie était d'éviter l'encombrement, de faire le choix des plantes vraiment médicinales, éprouvées par une pratique éclairée, et toutes nos craintes sur cette partie du programme ont dû tomber devant les autorités si respectables et si souvent citées de MM. Trousseau et Pidoux.

M. le docteur Bossu divise d'abord les diverses médications en médication débilitante, tonique, stimulante, calmante, etc., etc. ; et, après nous en avoir donné un aperçu convenable, il fait suivre chaque médication des plantes qui s'y rattachent. L'auteur adopte pour les plantes l'ordre alphabétique ; n'eût-il pas mieux valu ranger ces diverses plantes par familles ? ce qui, en les gravant mieux dans l'esprit, eût moins choqué le botaniste ; car, pour ne prendre qu'un exemple, je lis : Plantes émollientes, et, après une borraginée (buglosse), je me vois contraint d'abandonner cette intéressante famille (une des plus riches en émollients) pour sauter à une ombellifère et de cette dernière à une cucurbitacée. Si M. Bossu avait adopté une nomenclature par familles, son livre serait devenu classique, tandis que la nomenclature alphabétique lui donne un aspect de dictionnaire que nous trouvons défavorable au but de l'auteur.

L'auteur n'a pas cru assez faire en présentant les descriptions, les propriétés médicinales, les doses et préparations, il nous indique encore les époques de la récolte, et nous initie à tous les soins que réclame la plante avant de passer du champ dans l'officine.

M. Bossu a ajouté à son livre un atlas commode, qui, dans 60 planches gravées sur acier, et dues à MM. Hocquart et Maubert (dessins), Hocquart et Clergé (gravures), nous offrent des échantillons remar-

(1) Un gros vol. in-8° Chez l'auteur, rue de Seine, 31, et chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. Prix : avec atlas colorié, 22 fr. ; avec atlas noir, 13 fr.

(2) Un vol. grand in-18. Chez Firmin Didot, rue Jacob, 56. Prix : 4 fr.

(3) Brochure in-8°. Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. Prix : 1 fr.

caractéristique; les lèvres sont proéminentes, les mâchoires immobiles et nettement séparées; la langue, portée en avant, occupe l'espace étroit qui existe entre les deux mâchoires; le nez est comprimé, le front ridé longitudinalement, et l'enfant pousse ce cri plaintif si particulier à l'affection. Les muscles du dos et des bras sont rigides, et les doigts fortement crispés sur la face palmaire de la main.

Pas d'inflammation autour du nombril. A l'examen de la tête, on voyait que l'occipital et les pariétaux étaient dans leurs positions normales. L'enfant éprouvait de grandes difficultés pour avaler.

Traitement. — Nourrir constamment l'enfant avec du lait extrait de la mamelle de sa mère et versé dans sa bouche. Larges cataplasmes chauds sur l'abdomen; deux fois le jour un bain chaud, et de deux en deux heures une cuillerée de la mixture suivante :

Teinture de cannabis indica. . . . 8 grammes.
Eau camphrée. . . . . 60 —

Le 4 août, pas de changement.

Le 5, les convulsions sont plus fréquentes et plus sérieuses.— Prendre la mixture toutes les heures et demie.

Le 6 et le 7, pas de mieux. — Même traitement.

Le 8, j'augmente la dose : 8 grammes de teinture de cannabis indica et 60 grammes d'eau camphrée, toutes les heures une cuillerée.

Le 9, la mère me dit que son enfant avait un peu teté deux fois lorsqu'elle lui avait introduit le mamelon dans la bouche. Cependant les spasmes de plusieurs muscles existent encore, et c'est avec la plus grande difficulté et en employant une force considérable que je parviens à étendre ses doigts toujours crispés.

Le 10, l'enfant prit plus librement au moyen d'une cuillère.

Le 11, les convulsions sont moins fréquentes, moins sérieuses; la rigidité disparaît, l'enfant tette deux fois. Le mieux continue progressivement.

Le 21, peu de spasmes; l'enfant prend bien le sein quand on le lui présente.

Le 24, sa mère me dit que depuis vingt-quatre heures il n'a pas eu de convulsions et qu'on peut facilement l'allaiter.

Depuis le 16, j'avais graduellement augmenté la dose du médicament, et je continuai à lui donner trois doses par jour quelque temps après sa guérison.

Le 1er octobre, l'enfant n'avait pas eu de nouvelle attaque.

Obs. II. (Recueillie par M. H.-W. de Saussure, M.-D.). — Prisulla, négresse forte et bien portante, âgée de vingt-six ans, mit au monde son troisième enfant le 13 mars 1853. C'est un très beau garçon. Le cordon tombe le cinquième jour; le septième, on remarque que l'enfant est triste, que sa figure est verdâtre; ses selles sont liquides. La nuit du huitième jour, il est triste, sans sommeil, incapable de se remuer, malgré les désirs qu'ils paraît avoir de changer de position.

Je le vis le matin du neuvième jour (22 mars), et je pus constater l'état suivant :

Traits contractés, front ridé, muscles du cou et du dos roidis, bras et jambes fléchis avec force, doigts crispés. Les mâchoires ne sont pas entièrement serrées; le petit doigt peut, avec un faible effort, s'introduire dans la bouche. La déglutition est possible, mais l'enfant ne peut teter. Le nombril n'est pas complétement guéri, mais l'ulcération qui suit la chute du cordon a un bon aspect. — Placer l'enfant dans un bain chaud; un large cataplasme sur le ventre, et toutes les deux heures lui administrer une cuillerée de la potion suivante :

Teinture de cannabis indica;
Sirop de cerises sauvages.

Lui donner souvent par cuillerées du lait de sa mère.

Le 22, aggravation de tous les symptômes. Les mâchoires sont si resserrées, qu'on ne peut qu'avec difficulté introduire une cuillère dans sa bouche. Déglutition très difficile; bras, jambes et mains plus violemment fléchis. Opisthotonos à un grand degré; le moindre mouvement, un peu de vent sur le visage de l'enfant, la sensation d'un doigt sur ses lèvres suffisent pour déterminer des convulsions et ce cri plaintif symptôme de ce tétanos. La tête est examinée avec soin; aucune dépression de l'occipital. — Même traitement; une cuillerée de mixture chaque heure.

Du 24 au 28, le mal va en augmentant, au point qu'il semble impossible que l'enfant surmonte de pareilles secousses. La potion et le lait ne sont avalés qu'avec peine. — Tout le traitement général est abandonné. J'ordonne une dose de teinture de cannabis indica toutes les demi-heures, et autant de lait que l'enfant en pourra avaler.

Les 28, 29, 30 et 31, l'enfant prend 32 grammes de teinture de cannabis indica toutes les vingt-quatre heures.

Le 1er avril, les symptômes de l'amendement sont visibles. Spasmes moins fréquents et moins facilement excités; moins de rigidité dans les membres; la déglutition a lieu plus aisément. Le mal cède lentement, mais graduellement, et le 10 avril notre petit malade, qui aujourd'hui est très bien portant, entrait en pleine convalescence.

Ces deux observations, que nous empruntons au *Charleston medical journal*, ne manquent certainement pas d'intérêt. Le trismus est une de ces affections sérieuses qui souvent ne laissent pas le temps d'agir. Une médication énergique est donc indiquée. Quant à ce mode de traitement, chacun sait qu'il n'est pas encore fixé. Une foule de moyens prônés pendant quelque temps n'ont pu conserver le crédit qu'on s'était efforcé de leur donner. L'opium, dont on a reconnu les effets salutaires, qui a été administré à des doses effrayantes, et, ce qui est extraordinaire, sans voir survenir le narcotisme, l'opium lui-même reste souvent sans force devant cette affreuse affection. Un nouvel agent s'offre à nous; l'expérience décidera de sa valeur thérapeutique. R.

GUÉRISON D'UN CAS D'HYDROPHOBIE DÉCLARÉE (RABIES CANINA)

par l'arséniate de soude;

Par M. le docteur Ch. Guisan, médecin à Mézières (canton de Vaud).

Jean-Joseph Dorte, domestique à l'auberge de Promazens, âgé de trente-huit ans, d'une bonne constitution, a été mordu à la main le 24 juin 1853 par un chien qui, après avoir jeté l'effroi dans la contrée, a été abattu le même jour, présentant tous les symptômes de la rage.

Dorte a d'abord négligé ses plaies, et n'est venu chez moi que le surlendemain; il avait quatre plaies contuses et assez profondes sur le dos de la main gauche. Je les cautérisai avec une dissolution concentrée de potasse caustique, et je les maintins ouvertes en les faisant panser avec un mélange d'onguent de cantharides et de péroxyde de mercure. Je fis prendre au blessé matin et soir 5 centigrammes de poudre de racine de belladone, dont la dose devait graduellement être augmentée; puis je conseillai un régime doux et un travail peu pénible.

Ce traitement et ces soins furent continués jusqu'au 18 juillet, époque où Dorte, qui jusque-là n'avait rien ressenti de particulier et ne s'était nullement inquiété de son état, s'est plaint, après quelques frissons, ayant eu ses vêtements mouillés, de ressentir de la douleur dans le ventre.

Le 19, je lui trouve de la fièvre; il souffre dans la partie inférieure de l'abdomen du côté droit; là il y a une grande sensibilité à la pression et une certaine tension; il y a, de plus, un manque d'appétit et de sommeil; les urines sont naturelles. Ce sont les symptômes d'une entéro-péritonite locale dont Dorte a déjà été atteint il y a deux ans, et pour laquelle je lui ai alors aussi donné des soins. Je fais une saignée dont le sang se montre couenneux; je prescris du calomel à l'intérieur et des frictions mercurielles *loco dolenti*, boissons émollientes, diète.

Le 21, l'amélioration survenue après la première saignée ne s'étant pas soutenue, j'en fais une seconde; le sang est aussi très couenneux. On continue le même traitement.

Le 23, il n'y a plus de fièvre, la douleur de l'abdomen a entièrement disparu; le malade est bien, il est convalescent.

Le 25, Dorte est agité; il est inquiet, irascible; son regard a quelque chose de fixe, sa voix semble avoir changé; le pouls est dur, irrégulier, fréquent (environ 90 pulsations). Je prévois le développement de l'hydrophobie; et bien que depuis longtemps je me sois proposé d'employer l'arsenic dans le premier cas de rage confirmée que j'aurai à soigner, comptant sur un bon effet de ce remède dans cette terrible maladie, j'hésite cependant de l'administrer dans ce cas, craignant de réveiller l'inflammation abdominale depuis peu éteinte. Je fais donc pour le moment une saignée dont le sang ne présente aucune trace de couenne, et je prescris des paquets de calomel et d'opium.

L'état du malade a empiré pendant la journée; Dorte a eu un vomissement bilieux, et le soir il a eu un accès très pénible qui a duré plusieurs heures, pendant lequel il ressentait une chaleur intérieure brûlante, avec un sentiment de constriction à la poitrine et au cou. Sa respiration était gênée; il avait de la photophobie, et, bien qu'il eût soif, il redoutait de boire. Le sentiment de constriction intérieure, particulièrement au cou, augmentait dès qu'il essayait d'avaler quelque liquide. Il n'a présenté aucune altération de l'intelligence.

La nuit a été très agitée; le sommeil était incessamment troublé par des rêves effrayants.

Le 26, je trouve le pouls à 95, dur, irrégulier; les urines sont pâles; le malade a la face sombre, hébétée; il a un regard fixe, sa voix est creuse; il peut prendre quelque boisson; il redoute un nouvel accès, que, dit-il, il ne supporterait pas. Il dit aussi qu'il ne comprend rien à sa maladie, qu'il ne sait ce qu'il peut avoir. Les plaies de la main, qui suppurent encore, ne présentent rien de particulier.

Nous avons évidemment affaire à un cas de rage déclarée. J'apprends d'ailleurs qu'une jeune fille de Semsales, village situé à deux lieues de Promazens, qui a été mordue le même jour et par le même chien que Dorte, vient de succomber à cette maladie après de cruelles souffrances.

Je fais une nouvelle saignée: le sang n'est pas couenneux, et je prescris toutes les quatre heures une pilule contenant 3 milligrammes d'arséniate de soude.

Le reste de la journée a été très pénible; le malade a eu plusieurs accès; et le soir surtout il en a eu un qui a duré plus de quatre heures, pendant lequel les symptômes ont été plus violents encore que dans les accès précédents. Le malade a en outre éprouvé des crampes au cou; et par moments des mouvements convulsifs dans les membres. La nuit suivante a aussi été très mauvaise.

Le 27, le malade paraît moins mal; ses accès sont moins fréquents et moins violents.

Le 28, il est décidément mieux, et ce mieux continue le lendemain.

Le 30, Dorte est abattu, mais il est bien; il a repris sa voix et son regard habituels; il est convalescent.

Depuis ce moment, cet homme n'a eu aucun ressentiment de sa maladie; j'ai eu occasion de le voir dernièrement, huit mois après sa maladie, il jouissait d'une parfaite santé.

Il est évident que dans ce cas l'arséniate a eu une action décisive sur la marche et sur la guérison de la maladie. Celle-ci allait en empirant jusqu'au moment de l'emploi de cet agent thérapeutique; dès le deuxième jour le malade se trouvait mieux, et dès le quatrième il était rétabli. Malgré cela, et afin d'éviter toute récidive, le même médicament a été continué pendant une quinzaine de jours encore, en en éloignant peu à peu les doses.

Sans doute que par suite du traitement antiphlogistique, et particulièrement des saignées qu'a nécessitées la maladie inflammatoire dont Dorte a été d'abord atteint, l'invasion de la rage a été moins soudaine, sa marche moins rapide et ses symptômes moins violents que cela ne se voit ordinairement, ce qui n'aura pas peu favorisé le traitement par l'arsenic; car il serait à craindre que celui-ci ne se montrât impuissant, n'ayant pas le temps d'agir, lorsque la maladie se déclarerait brusquement et avec une violence qui tue au bout de quelques heures, comme cela se voit quelquefois. Aussi, et quel que soit le mode d'action de l'arsenic dans cette terrible maladie, qu'il agisse en détruisant dans le sein des tissus le virus rabique, ou, ce qui me paraît moins probable, qu'il agisse en mettant le système nerveux en état de résister à l'action délétère de ce virus, je pense maintenant qu'on doit employer ce médicament comme moyen prophylactique, à faibles doses continuées pendant six semaines au moins, dans tous les cas de morsure par

---

quables de chaque famille et de 270 plantes (en tout près de 1,100 figures).

Voici donc un ouvrage qui trouvera une place non-seulement dans la bibliothèque du médecin, mais aussi dans celle de tous les amateurs de la science. L'auteur nous annonce de nouveaux travaux sur la pharmacologie; nous les attendons, et serons heureux si nous pouvons les trouver dignes de marcher à côté du *Traité des plantes médicinales indigènes.*

Dictionnaire de botanique.

Puisque nous parlons botanique, je saisis cette occasion pour dire un mot d'un *Dictionnaire de botanique* que j'ai là sur mon bureau, qu'il ne quitte guère, et que j'ai déjà bien fatigué de mes recherches; c'est un livre savant, peu volumineux, dû à la plume de M. le docteur Hœfer. Faire un dictionnaire de botanique à la hauteur de la science actuelle, et cela en le présentant sous une forme agréable, m'a toujours paru un problème bien difficile. Le style généralement froid employé dans ces sortes d'ouvrages, la nomenclature sèche, le cadre concis ne semblent-ils pas devoir ternir l'éclat poétique de cette science, surtout quand on pense aux mots affreux et barbares dont on se plaît à décorer les plantes les plus modestes et les plus jolies?

Tout le monde se disait ce qu'il y avait de pénible dans cette manière d'exposer les trésors charmants de la science la plus aimable; chacun reconnaissait ce qu'il y avait à faire, mais personne n'avait osé reconstruire cet édifice, quand le savant à qui l'on doit des dictionnaires de physique, de chimie et de médecine pratique fort estimés résolut de résoudre le problème, et il se posa de la manière suivante :

« La botanique serait la plus belle des sciences si les botanistes n'en » avaient pas fait une aride et rebutante nomenclature..... Ce serait » rendre un grand service au public en exposant le règne végétal sous » une forme tout à la fois plus attrayante et plus littéraire qu'on ne » le fait généralement. Exposons sous cette forme, en mêlant le doux à » l'utile, la science des végétaux. »

Le problème était posé de manière à satisfaire. Comment M. le docteur Hœfer l'a-t-il résolu? C'est ce que nous allons voir.

Voltaire a dit : « Il ne suffit pas d'avoir raison, il faut se faire lire. » Ce précepte si vrai ne semble pas avoir un seul instant disparu des yeux de l'auteur. La science, si sévère et si positive qu'elle soit, a toujours un côté historique qui plaît d'autant plus à l'esprit qu'il repose, pour ainsi dire, le raisonnement. Cette partie qui consiste à rappeler les souvenirs qui se rattachent à une plante, soit dans le monde des anciens, soit dans ce moyen âge si fécond en gracieuses allégories, cette partie, dis-je, a toujours été bien négligée. On a cru qu'il était au-dessous de la science de s'abandonner un instant à ces délassements littéraires. Aussi, j'ai la conviction qu'on aura su gré à l'auteur d'avoir traité ce côté intéressant de la botanique; je dis on aura su gré, car ce livre n'est pas tout nouveau, il y a déjà quelque temps qu'il a vu le jour, et si je m'en occupe aujourd'hui seulement, c'est pour constater le succès qu'a obtenu la nouvelle manière dont M. Hœfer a traité ce dictionnaire.

Chaque plante, et celle qui croît dans nos campagnes et celle qui brille dans nos serres, passe à son tour sous nos yeux avec son anatomie, sa morphologie, les soins que réclame sa culture, le lieu qui la possédait avant son acclimatation, ou bien les endroits de nos climats qu'elle préfère; et puis ses usages, sa synonymie, sa classification. Tout est traité avec le plus grand soin. Les principes de botanique sont exposés avec soin; les planches, si utiles pour venir aider une démonstration, sont nombreuses, et l'ouvrage se recommande surtout par les nouveaux faits et les nouvelles théories empruntées à l'Allemagne par l'auteur.

En un mot, M. Hœfer, en ajoutant à la partie scientifique de son ouvrage une partie littéraire des plus intéressantes, et surtout pas le moins du monde prolixe, a selon moi rempli avec beaucoup de talent tout ce qu'il s'était proposé. Son livre n'effraiera pas l'homme du monde, car il est éminemment pratique; il plaira à l'homme d'études, car c'est un livre où la science est suivie jusqu'à ses plus récentes découvertes. Disons cependant que son usage n'est commode que si l'on a de bons yeux, car pour le réduire à un format de poche, il a fallu avoir recours aux grands moyens et employer des caractères microscopiques. Or, si le microscope et les micrographes sont en honneur aujourd'hui, est-ce à dire pour cela que la typographie doive devenir microscopique?

Élève des sangsues.

Avant de terminer, je veux appeler l'attention sur une petite brochure, l'*Élève des sangsues*, question du plus haut intérêt actuel, au point de vue hygiénique comme aux points de vue commercial et agricole, et dont les Académies s'occupent vivement depuis quelque temps. Dans cette brochure, un étudiant distingué de notre Faculté décrit d'une manière très intéressante les procédés mis en usage pour l'élève de ces annélides, combat avec un raisonnement serré les arguments de ses adversaires, tout en sachant se tenir dans les bornes de la polémique la plus convenable. Nous nous permettrons de donner un conseil à notre jeune écrivain : c'est d'avoir un peu moins d'esprit dans une discussion scientifique. Ce conseil donné, il ne nous reste qu'à engager M. Elie Masson (d'Ardres) à continuer avec courage les travaux qu'il a si heureusement commencés. E. D.

Quelques conseils pour se préserver du choléra, moyens simples et faciles de le combattre, par le docteur J.-D. Vergne. Prix, 1 fr.; vendu au profit des orphelins du choléra recueillis par monseigneur l'archevêque de Paris. 1 broch. in-8; chez Louis Léclère, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 14.

animaux enragés; car il est évident que si l'arsenic guérit la rage déclarée, ainsi que nous venons de le voir, il pourra à plus forte raison en prévenir le développement, ou guérir la maladie dans son germe ou à son début.

Enfin, si on a négligé l'emploi de ce remède avant l'invasion de la maladie, on doit l'administrer le plus tôt possible et dès l'apparition des plus légers symptômes. La saignée, lorsque l'état du sujet permet de le faire, doit être un adjuvant utile, en extrayant avec le sang une plus ou moins grande quantité du virus dont ce liquide est censé imprégné.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mars 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet un rapport négatif de M. Antbouard, médecin des épidémies de l'arrondissement du Vigan (Gard) pour 1853.

Eaux minérales. — Le même ministre adresse des échantillons d'une eau minérale provenant d'une source de Saint-Yorre (Allier), avec demande d'avis.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Élève des sangsues. — Les membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir adressent sur ce sujet une lettre dont nous donnons l'analyse dans le premier-Paris.

Fumigations mercurielles. — M. le docteur Ed. Langlebert présente un nouveau procédé pour faire des fumigations mercurielles.

Ce procédé, qui est le même que celui qu'il a proposé il y a quelque temps pour les fumigations iodées, consiste dans l'emploi de ces petits trochisques ou clous fumants, connus sous le nom de *pastilles du sérail* et composés de charbon, d'azotate de potasse et de benjoin réduits en pâte, puis coulés dans des moules de forme conique. Allumés par leur sommet, ces trochisques continuent à brûler lentement jusqu'à leur base en dégageant les matières volatiles qu'ils contiennent.

M. Ed. Langlebert ajoute à des trochisques ainsi composés, soit du *proto-iodure de mercure* à la dose de 10 à 20 centigr. par trochisque, soit du *cinabre* à la dose de 2 grammes.

Les trochisques à l'iodure de mercure dégagent ce médicament sans altération. Ils peuvent être utilement employés contre les affections secondaires de la gorge et du larynx.

Les trochisques au cinabre donnent en brûlant du mercure métallique en vapeur et de l'acide sulfureux. Avec ces trochisques, les malades pourront faire chez eux, et d'une manière plus commode, les fumigations qu'ils étaient obligés d'aller prendre dans les établissements publics. Il leur suffira, étant nus et assis, d'en allumer un ou deux entre leurs jambes et de s'envelopper ensuite d'une couverture de laine. La combustibilité de chaque trochisque est calculée de manière que la fumigation dure environ vingt minutes.

Pessaires. — M. Gillebert d'Hercourt (de Lyon) adresse une lettre sur un système de pessaires qu'il a imaginés pour le redressement des déviations de l'utérus. (Commissaires : MM. Robert, Velpeau et Danyau.)

Conservation du virus vaccin. — M. Lalagarde, d'Albi (Tarn), adresse une note complémentaire à son précédent mémoire sur un nouveau procédé de conservation du virus vaccin.

Eau ozonée. — M. Billiard, de Corbigny (Nièvre), adresse une note sur l'eau ozonnée et sur la manière de la préparer. (Commission du choléra.)

De la version dans les cas de rétrécissement du bassin. — M. Dubreuilh (de Bordeaux) envoie une nouvelle observation à l'appui du mémoire qu'il a communiqué dans le temps à l'Académie, et ayant pour titre : *De la version pour remplacer la crâniotomie dans quelques cas de rétrécissement du bassin.* (Commissaires : MM. Danyau et Cazeaux.)

Transformation des plaies avec perte de substance en plaies sous-cutanées. — M. Mouchaux, de Chelles (Seine-et-Marne), adresse un travail sur la transformation des plaies avec perte de substance en plaies sous-cutanées.

Urétrotomie. — M. le docteur Hammer, à Saint-Louis (Missouri, Etats-Unis), présente un nouvel urétrotome de son invention, exécuté avec habileté par M. Mathieu.

Cet instrument, dit l'auteur, réunit les avantages suivants : la gaîne qui renferme la lame est indépendante de cette dernière, et sert à fixer le canal pendant que l'on pratique l'incision ; la lame peut se retirer de la gaîne sans pour cela que celle-ci soit dérangée du canal, et on a la facilité d'y faire entrer une seconde pièce mousse au moyen de laquelle on dilate les parois du canal.

Toutes ces manœuvres peuvent se faire sans aucun danger pour les parties saines de l'urètre.

M. Hammer ajoute que cet instrument n'a aucune ressemblance avec celui qu'a présenté M. Maisonneuve. (Commissaire, M. Robert.)

Vaccinations. — M. Boucher (de Versailles) adresse le rapport sur les vaccinations pratiquées pendant l'année 1853. (Commission de vaccine.)

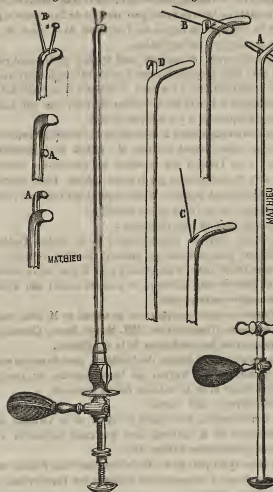
Extraction des corps étrangers introduits dans la vessie. — M. Le Roy-d'Etiolles adresse la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie un nouveau cas d'extraction sans incision, par les voies naturelles, d'un corps étranger introduit dans la vessie. C'est une épingle à cheveux double que j'ai retirée il y a huit jours de la vessie d'une demoiselle de dix-huit ans. Elle m'avait été envoyée par un habile chirurgien, professeur d'une école secondaire de médecine dont je ne publierai pas le nom par discrétion; je l'ai fait connaître à M. le secrétaire perpétuel. Le corps étranger séjournait déjà depuis six semaines; car la jeune personne, honteuse de sa mésaventure, n'en a fait l'aveu que lorsqu'elle eut perdu l'espoir de le voir sortir spontanément. Le chirurgien qui fut appelé se contenta de reconnaître la présence de l'épingle ; il ne voulut faire aucune tentative d'extraction, et il donna à la famille le conseil de conduire à Paris la jeune demoiselle, qu'il me recommanda par une lettre.

» Le lendemain de son arrivée, le 5 mars dernier, je procédai à l'opération, et moins de deux minutes après l'introduction de l'instrument, l'épingle était extraite tout entière.

» Le procédé dont je me suis servi est celui de la plicature en double, procédé auquel M. Ségalas, M. Courty (de Montpellier) et moi avons apporté notre contingent d'idées et d'inventions. La pince de M. Ségalas, modification de celle de Halles, de Hunter et de Desault, suffit pour les bougies fines, mais elle est impuissante à courber des tiges métalliques. Mon instrument en forme de brise-pierre à branche mobile dépassante a rendu facile, pour ces sortes de corps, l'extraction sans incision (fig. 1). Enfin, M. Courty, en substituant un tube à la branche femelle, a rendu plus facile la sortie de ces tiges ployées en double, particulièrement de celles qui, comme les épingles doubles pour tenir les cheveux, sont déjà coudées. Aussi, dans l'opération que je viens de pratiquer, me suis-je servi d'un instrument à tube comme celui de M. Courty, que j'ai modifié à mon tour (fig. 2.)

Fig. 1. Fig. 2.



» Je crois utile de présenter quelques considérations au sujet des épingles doubles, l'un des corps étrangers que les aberrations érotiques font tomber le plus souvent dans les vessies. Celle-ci est la troisième que j'ai eu l'occasion d'extraire. La manière de les saisir la plus favorable serait de les accrocher par l'anse que forme le coude ; mais il ne faut pas compter sur cet heureux hasard ; le plus ordinairement l'épingle est accrochée par une de ses branches, qui se ploie et passe en double. Mais dans ce mouvement, l'autre branche glisse et s'avance en dehors du tube; la pointe tendrait à percer le col de la vessie si le chirurgien n'avait pas la précaution de pousser l'instrument en avant et de l'appuyer contre le sommet de l'organe à mesure que la plicature de la tige s'opère. Les chirurgiens qui auront à faire l'extraction d'épingles doubles devront étudier auparavant ce mouvement pour s'en rendre compte et apprécier l'utilité de la manœuvre que je conseille ; son observation doit mettre à l'abri des accidents. Ils ont été nuls pour la demoiselle dont il est ici question. Elle a pu sortir le jour même; le lendemain elle a fait dans Paris de longues promenades, et quatre jours après elle est retournée dans le pays qu'elle habite.

» J'ai pensé qu'il était bon de faire connaître ce nouveau fait pour démontrer l'utilité de mes instruments extracteurs, habilement exécutés par M. Mathieu, et constater une nouvelle preuve des progrès de la mécanique chirurgicale. »

— M. Gibert fait hommage à l'Académie, au nom de M. Prosper Yvaren (d'Avignon), d'un exemplaire d'un ouvrage intitulé *Métamorphoses de la syphilis*. M. Gibert, en présentant cet ouvrage, rappelle qu'il a été publié d'après l'encouragement de l'Académie, et en résume en quelques mots élogieux le contenu.

Une discussion s'élève à ce sujet. MM. Bégin, Michel Lévy et Londe s'élèvent contre l'abus de ces sortes de présentations, qui devraient être réservées exclusivement à M. le secrétaire perpétuel. MM. Moreau et Velpeau pensent, au contraire, que M. Gibert n'est pas sorti des prescriptions du règlement en faisant cette présentation, qui est d'ailleurs dans les usages de toutes les académies.

Plusieurs membres réclament l'ordre du jour.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

LECTURE.

Ulcération et oblitération des conduits galactophores. — M. Bouchut lit un mémoire sur l'ulcération et l'oblitération des conduits lactifères dans ses rapports avec la pathologie du sein et l'hygiène des nouveau-nés. L'auteur résume ce mémoire en ces termes :

L'orifice des conduits galactophores peut être chez les nourrices le siége d'nne inflammation et d'une ulcération profondes. Cette ulcération occupe un plus ou moins grand nombre de conduits. Elle réunit plusieurs orifices en un seul, et fait couler le lait dans la bouche des nouveau-nés par de larges ouvertures.

Cette ulcération, placée au sommet du mamelon, est peu douloureuse.

Le symptôme constant de l'ulcération des conduits galactophores, c'est l'induration et la rétraction du bout du sein.

L'ulcération et l'oblitération des conduits galactophores produisent avec le temps l'atrophie de la mamelle.

L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores guérit par l'usage des bouts de sein artificiels, les soins de propreté et les médicaments topiques conseillés pour les ulcères, les fissures et les crevasses de la base du mamelon.

L'ulcération rebelle ne guérit que par le repos absolu de la glande mammaire affectée; elle entraîne toujours l'oblitération des conduits dont l'orifice a été malade.

L'oblitération des conduits galactophores est incurable.

L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores de chaque côté a une grande importance au point de vue de l'hygiène des nouveau-nés.

Cette maladie occasionne l'afflux trop considérable du lait dans la bouche des enfants, ne leur permet pas de respirer, détermine le passage du lait dans les voies aériennes et consécutivement des accès de suffocation; c'est à ce point qu'elle nécessite le changement immédiat de nourrice. (Commissaires : MM. Cazeaux et Depaul.)

RAPPORT.

Des invaginations chez les enfants. — M. Collineau lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dechaud ayant pour titre : *Des invaginations chez les enfants*.

L'auteur, à propos d'une observation dont un de ses enfants a été le sujet, présente quelques considérations générales sur les invaginations intestinales chez les enfants. Il les rattache aux convulsions internes, dont elles constituent, suivant lui, une preuve irréfutable. Il est possible, en effet, dit M. le rapporteur, que l'on trouve souvent des invaginations intestinales à la suite de ces états morbides que des praticiens appellent *convulsions internes*; car ils résultent de causes graves, profondes et généralisées, qui laissent après elles des traces nombreuses et très diverses; mais ces causes agissent ordinairement d'une manière primitive sur l'encéphale ou sur ses enveloppes et sur l'appareil nerveux en général, conditions qui diminuent singulièrement l'importance des invaginations, qui dès lors, n'étant que des affections secondaires, ne présentent point les indications les plus pressantes et ne réclament que les premiers soins.

M. Dechaud prétend que le pronostic des invaginations est grave; cela est très vrai, dit M. le rapporteur, pour un grand nombre de cas dont il n'a pas parlé; mais il n'en est pas de même pour celles qui sont l'objet de sa dissertation.

Quant au traitement des invaginations intestinales, l'auteur propose comme modèle celui qu'il a mis en pratique et qu'il croit également propre à combattre les convulsions (calomel, lavement camphré et musqué, vésicatoires, etc.). M. le rapporteur est d'avis que, par trop d'empressement à formuler et à conclure, M. Dechaud, bien que fort instruit et plein de zèle, est loin d'avoir donné à son travail toute la maturité et dès lors toute la valeur dont le sujet était susceptible.

Il propose pour conclusion de déposer le mémoire de M. Dechaud aux archives et de lui adresser des remercîments. (Adopté.)

Traitement de la phthisie. — M. Aussandon lit un mémoire sur le traitement de la phthisie tuberculeuse, qui est envoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bricheteau, Requin et Piorry.

Lésion des organes circulatoires. — M. Barth présente une pièce d'anatomie pathologique relative à un cas d'oblitération de la veine cave supérieure depuis l'origine de la veine azygos jusqu'à l'oreillette droite, dont l'orifice est complétement bouché.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 mars 1854. — Présidence de M. Combes.

Tableaux thermométriques de la saison des eaux à Barèges en 1853. — M. Babinet lit un rapport sur les tableaux météorologiques que M. Campmas, médecin principal à l'hôpital militaire thermal de Barèges, a envoyés à l'Académie.

M. le docteur Campmas présente dans ces tableaux le résultat des observations thermométriques de cette localité pour la saison des eaux, savoir, en juin, juillet, août et septembre 1853, et il offre, si l'Académie le juge utile, de continuer ces observations à l'avenir. Au point de vue purement scientifique, et pour les progrès de la météorologie, son travail serait d'une importance secondaire ; mais au point de vue de l'hygiène, et venant d'un praticien de premier ordre, l'Académie pensera sans doute qu'en joignant aux observations du thermomètre celles du baromètre, du psychromètre et de la direction des vents, et en mettant en regard les effets hygiéniques et pathologiques concomitants, M. le docteur Campmas entrera dans une voie peut-être restreinte, mais dont à coup sûr l'initiative sera du plus heureux augure et d'un avantage incontestable. Dans le vaste domaine de la météorologie, les influences de l'atmosphère sur l'homme en santé, et surtout sur l'homme malade, sont aussi importantes à connaître que peu étudiées jusqu'ici.

On pourrait extraire du travail de M. le docteur Campmas plusieurs faits curieux de variations thermométriques ; mais comme il n'a point donné la direction du vent, ces déductions laisseraient nécessairement à désirer.

Les conclusions de ce rapport sont que l'Académie remercie M. le docteur Campmas de sa communication, et que, d'après son offre, elle l'engage à suivre et à compléter, surtout par des observations hygiéniques, ses tableaux météorologiques. (Adopté.)

Régénération des nerfs et altérations qui surviennent dans les nerfs paralysés. — M. Schiff adresse un travail sur la régénération des nerfs et sur les altérations qui surviennent dans les nerfs paralysés.

On sait que le bout périphérique d'un nerf coupé se désorganise peu de jours après la section, le contenu des filets primitifs, ou plutôt leur partie médullaire, se désagrége en petites particules graisseuses qui remplissent le tuyau nerveux sous forme de granules noirs qui sont résorbés, de sorte que quelques semaines après la section il n'en reste aucune trace.

On sait aussi qu'un nerf coupé ou réséqué peut se régénérer: il se forme une cicatrice entre les deux bouts, et la fonction du nerf se rétablit.

Autrefois on admettait qu'après la réunion des deux bouts par de la substance nerveuse les anciennes fibres du bout périphérique recouvraient leurs fonctions; mais après avoir étudié la désorganisation de ce bout, M. Waller, par suite d'expériences nouvelles, est arrivé à conclure que les anciennes fibres d'un nerf divisé ne recouvrent jamais leurs fonctions, et que la reproduction d'un nerf ne se fait pas seulement dans la cicatrice, mais jusque dans les ramifications terminales.

M. Schiff a constaté tous les faits anatomiques sur lesquels M. Waller a fondé sa nouvelle théorie, à l'exception d'un seul; il n'a jamais pu trouver, quel qu'ait été le degré de l'altération du nerf, les tuyaux membraneux des filets détruits. Toujours il a vu les granules enfermés dans une membrane, excepté aux bouts coupés, où elle était interrompue artificiellement; mais quelquefois cette membrane était si mince qu'on ne la pouvait voir qu'en éclairant faiblement le champ du microscope.

La théorie de M. Waller lui semble difficilement admissible, et il y a plusieurs faits qui semblent s'opposer à l'opinion qu'un nerf coupé doive toujours se régénérer dans toute l'étendue de sa partie périphérique, et que celle-ci perde entièrement sa nature nerveuse.

M. Schiff, après avoir énuméré les motifs qui lui font rejeter la théorie de M. Waller, examine ensuite successivement ce qui arrive lorsqu'on empêche la régénération et la réunion des deux bouts, et discute la question de savoir jusqu'à quel point il est permis de croire que dans la régénération des nerfs des fibres nouvelles se forment parmi les anciennes, et si par la dégénération paralytique les fibres primitives perdent entièrement leur nature nerveuse. De ces diverses observations, qu'il serait trop long de rapporter ici, l'auteur conclut que les altérations qui surviennent dans un nerf paralysé ne se portent que sur la gaîne médullaire, mais qu'elles laissent intactes les qualités du cylindre primitif, qui sont reconnaissables par le microscope et les réactifs chimiques, et que c'est à la présence de ce cylindre que les nerfs paralysés et altérés doivent la possibilité de rentrer dans leurs fonctions.

Je ne dis pas, ajoute M. Schiff, que le cylindre primitif soit resté sans altération, car le nerf étant plus excitable, il faut bien qu'il soit altéré; mais cette altération n'est reconnaissable ni au moyen du microscope, ni au moyen des réactifs. (Commissaires: MM. Magendie, Flourens, Rayer.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 1er mars 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

Suite du rapport sur le mémoire de M. Piachaud (de Genève).

La malade de M. Nélaton était une dame d'environ vingt-huit ans, affectée de rétroversion de l'utérus; bien des moyens avaient été inutilement employés. Séduit par les succès obtenus par l'emploi du redresseur intra-utérin, M. Nélaton voulut en faire l'essai chez cette malade. L'introduction de l'instrument fut des plus faciles; sa tige, ainsi que M. Valleix le recommande, était plus courte de plus de 2 centimètres que la longueur de la cavité utérine. Cette application eut lieu à trois heures de l'après-midi. Dans la soirée, M. Nélaton voit cette dame; elle avait gardé le repos au lit et se trouvait bien. Le lendemain, à onze heures, il trouve sa malade levée; elle était dans le ravissement, disant qu'elle ne s'était jamais sentie aussi bien soutenue et autant à son aise. Elle était allée et venue toute la matinée dans son appartement.

M. Nélaton avait à peine quitté cette dame depuis une heure, qu'il est rappelé en toute hâte. Des accidents formidables venaient de se produire. A son arrivée, notre collègue constate tous les symptômes d'une péritonite suraiguë, semblable à celle qui survient à la suite des perforations intestinales. Malgré un traitement énergique, la malade succomba six semaines après aux suites d'une péritonite chronique. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

Quant au fait de la pratique de M. Valleix que M. Cruveilhier n'a pas craint de produire devant l'Académie de médecine, j'attendrai pour le discuter que notre confrère nous ait éclairé sur les diverses phases du traitement. Vous me permettrez de ne pas suivre l'honorable professeur dans la voie qu'il vient d'ouvrir; la science a ses exigences légitimes, nous sommes des premiers à le proclamer, mais elle ne va pas jusqu'à accuser la pratique d'un médecin sur les assertions d'un confrère, alors qu'on peut se renseigner près de l'auteur des circonstances du traitement.

Il me reste à vous rendre compte du cas de mort survenu à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Aran. Voici le fait:

La femme Mondet, domestique, âgée de vingt-sept ans, entre le 6 décembre 1852, salle Saint-Rosaire, n° 23. Elle est affectée d'un déplacement en arrière du corps de l'utérus, survenu très probablement à la suite d'une chute sur le siége. Depuis cette époque, elle éprouva des tiraillements et des élancements dans le bas-ventre, qui allaient toujours en augmentant. Traitée sans succès par divers moyens, on croit reconnaître une *antéflexion* avec direction toute particulière du col de l'utérus en avant, par suite d'une disposition congénitale. La sonde utérine fut introduite plusieurs fois sans accident; elle pénétrait librement et semblait suivre sa direction normale. Le 8 décembre, le redresseur intra-utérin est appliqué pour la première fois. Une seconde application a lieu le 10, la malade n'ayant pu le garder que 24 heures; cette fois sa présence est tolérée huit jours; mais il était déplacé au moment où on le retira. Nouvelle et dernière application le 29; une douleur assez vive se manifeste. Néanmoins, comme le ventre est peu douloureux à la pression, la malade garde l'instrument jusqu'au 3 janvier. Ce jour-là, vers les trois heures de l'après-midi, des symptômes très tranchés de métro-péritonite forcent l'interne à retirer le redresseur. Malgré un traitement énergique, les symptômes augmentent, et la femme succombe le 6 janvier, dans la soirée.

L'autopsie montre, contre toute attente, les pièces étant en place, le corps de l'utérus en *rétroflexion*, tandis que le col est dirigé en avant et en haut. On constate les caractères anatomiques de la péritonite: du pus remplit la cavité de l'utérus et pénètre dans les trompes, qui en sont pleines; pas d'inflammation du tissu utérin, et surtout pas de suppuration. La tige intra-utérine dépassait de 3 à 4 centimètres l'orifice utérin proprement dit, et au niveau de son extrémité on le voyait s'engager dans une ulcération oblique, qui s'accompagnait du décollement de la membrane interne, mais sans perforation.

Cette observation est fort intéressante, en ce qu'elle nous présente un exemple de déviation en arrière de l'utérus sans abaissement. C'est une sorte de luxation de l'organe, et M. Aran croit que ce genre de déplacement en arrière, dans lequel le col étant dirigé en avant et en haut, le corps présente sur son axe une mobilité semblable à celle des bras d'une balance folle, n'a pas encore été décrit. Cette mobilité de l'utérus explique comment le cathétérisme utérin peut induire en erreur, dans ces cas, en faisant croire à une direction qui n'existe pas. Erreur facilitée d'ailleurs par l'angle que présente la partie antérieure du col, et qui fait croire à une antéflexion. Comme notre confrère se propose de faire un travail spécial sur ce genre particulier de déplacement, nous ne nous y arrêterons pas.

L'appareil, dans le cas de M. Aran, a été introduit conformément aux règles tracées; mais quelque longueur qu'on eût donnée à la tige, on n'eût pas évité le résultat funeste qui a suivi cette tentative, la position horizontale de l'utérus ayant pour résultat de faire peser la paroi antérieure du corps de cet organe sur l'extrémité de la tige et de produire, par conséquent, son ulcération.

Ces faits malheureux, en quelque petit nombre qu'ils soient relativement à ceux dans lesquels le succès a couronné l'emploi du redresseur utérin, ne permettent pas, à nos yeux, d'accepter la nouvelle méthode comme traitement ordinaire des déviations utérines, ainsi que nous en avions conçu l'espérance il y a quelques années.

Il nous resterait maintenant à discuter les modifications importantes apportées par notre savant confrère M. Valleix au traitement des déviations: c'est l'emploi des pessaires en caoutchouc vulcanisé, combiné avec le redressement par la soude utérine. Cette discussion viendra plus utilement, je pense, dans le rapport qui vous sera prochainement présenté sur la valeur de ces pessaires.

Je terminerai donc en vous proposant:

1° D'écrire une lettre de remercîments à M. le docteur Piachaud;

2° De déposer honorablement son mémoire dans vos archives;

3° De tenir bonne note de ses travaux pour le jour où ce laborieux et distingué confrère vous adressera un nouveau travail afin d'obtenir le titre de membre correspondant.

— M. Chassaignac lit un rapport sur un travail de M. Blot, relatif à l'artbrite suppurée. (Commissaires: MM. Monod, Broca, Chassaignac.) Nous transcrivons les conclusions de la commission.

M. Blot, ancien interne lauréat des hôpitaux, possède encore comme titres de candidature des travaux qui témoignent de son exactitude comme observateur et de la rectitude de son jugement.

Parmi ces travaux, nous citerons:

1° Une démonstration, avec pièces à l'appui, de la véritable disposition anatomique de la caduque, alors que cette disposition n'était point encore généralement admise (1847);

2° Une thèse ayant pour titre: *De l'albuminurie des femmes enceintes; ses rapports avec l'éclampsie; son influence sur l'hémorrhagie utérine après l'accouchement;*

3° Une présentation d'un très bel exemple d'ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale;

4° Une note manuscrite sur une espèce remarquable et non décrite en France d'étranglement interne.

La commission a donc l'honneur de vous proposer l'insertion du mémoire de M. Blot dans les *Bulletins*, le renvoi aux archives de l'observation d'étranglement interne, l'inscription de ce candidat sur la liste de présentation pour la prochaine place vacante.

M. Bouvier demande si les arthrites observées par M. Blot étaient aiguës; et sur la réponse affirmative de M. Chassaignac, il demande que le rapport en fasse mention.

M. Larrey aurait voulu que le rapport fût plus étendu sur l'historique des malades de M. Blot. Il s'agit, en effet, d'une question intéressante, et il regrette de n'avoir pas connaissance par le rapport du traitement suivi.

M. Verneuil, lorsque M. Blot a donné lecture de son travail, avait été frappé de l'insuffisance de quelques détails; et ainsi il lui a paru que deux des faits cités pourraient bien appartenir à des cas d'abcès péri-articulaires.

M. Richet demande quelques détails sur la marche de la guérison. Les mouvements des membres malades se sont-ils promptement rétablis?

M. Chassaignac a donné peu d'étendue à son rapport, pressé qu'il était de faire connaître les conclusions favorables à la candidature de M. Blot. Quant à la vérité des observations, il la maintient entière; il s'agissait incontestablement d'abcès intra-articulaires.

En réponse à la demande de M. Richet, je dirai que les mouvements se sont rétablis après deux mois.

J'ai rapidement glissé sur les détails, parce qu'ils se retrouveront si le travail est inséré dans le *Bulletin*. J'ai surtout signalé le point important du mémoire, c'est que la suppuration des jointures ne détermine pas nécessairement leur ankylose.

M. Huguier. La question actuelle est si importante, que les membres qui pourront l'éclairer par des faits devront s'empresser de les communiquer à la Société. Ainsi, pour mon compte, je puis signaler le fait suivant: J'ai donné des soins à une femme qui portait une périostose du fémur. Cette affection s'étendit jusqu'au genou; il se fit un épanchement articulaire accompagné de douleurs si vives que deux fois je fus forcé d'ouvrir l'article. Malgré la gravité des lésions, il y a eu guérison, et guérison sans ankylose. Quatre mois après, la malade marchait.

M. Richet demande si M. Huguier a pu constater que la synoviale avait été détruite, et s'il s'en était reproduit une nouvelle.

M. Huguier répond qu'il ne lui est pas possible de résoudre cette question, qui du reste ne l'a nullement préoccupé.

M. Morel-Lavallée considère comme très importante la question soulevée par M. Richet. Un fait qui lui est propre indique les modifications que peut subir une articulation que l'on pourrait croire à jamais détruite. Un jeune enfant, qu'il a vu conjointement avec M. Velpeau, offrait une coxalgie suppurée des plus graves; la guérison eut lieu, dit M. Morel, et le fémur offrait une telle immobilité que je dus le considérer comme ankylosé. Plusieurs mois après, cette immobilité disparaissait et le malade marchait sans boiter.

M. Richet a vu des cas semblables à celui de M. Morel, et il lui paraît que dans ces cas la cavité synoviale détruite se reconstitue.

M. Giraldès, à propos des conclusions de la commission, pense qu'il ne faut pas signaler comme un des titres de M. Blot la description de la caduque; depuis longtemps cette description est donnée dans les cours publics du Collége de France.

En résumé, les conclusions de la commission sont adoptées.

— M. le Président annonce qu'une proposition signée de quatre membres a été déposée sur le bureau.

Cette proposition, relative à une modification à apporter au règlement, sera discutée dans la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ET D'INSTRUMENT.

Corps étranger de l'articulation. — M. Desormeaux présente un corps étranger qu'il a extrait du genou par le procédé de M. Goyrand. Ce corps est volumineux comme une grosse amande; il est constitué par une substance osseuse avec une couche corticale cartilagineuse.

M. Chassaignac a enlevé des corps étrangers semblables, et il signale le peu de douleurs qu'ils déterminent lorsqu'ils sont volumineux. Cette observation a été déjà faite par M. Morel-Lavallée dans son excellente thèse.

M. Morel rappelle que cette remarque appartient à Brodie. Cela tient à ce que les corps peu volumineux ont de la tendance à s'engager entre les surfaces articulaires, et alors ils deviennent la source de très violentes douleurs.

M. Morel signale en outre le mode d'ossification, qui n'est pas ordinaire sur la pièce présentée par M. Desormeaux.

Nouvel urétrotome. — M. Broca présente de la part de M. Hammer un instrument pour débrider l'urètre. C'est, en résumé, avec des modifications avantageuses, l'instrument présenté par M. Maisonneuve.

Ainsi, la tige qui sert à cacher l'instrument sécateur laisse glisser dans sa cavité la lame, qui peut ainsi être remise en place sans déplacer la tige principale. On peut pratiquer sans retirer l'instrument plusieurs débridements.

Une tige mousse peut se substituer à la lame pour mesurer ensuite l'étendue du débridement.

Le secrétaire de la Société: E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

On a commencé aujourd'hui à recevoir des malades dans les salles de l'*hôpital Sainte-Eugénie*, nouveau nom donné à l'hôpital d'enfants placé sous le haut patronage de S. M. l'Impératrice.

La salle de consultation s'est trouvée remplie dès le premier jour par les parents et les enfants, comme si l'hôpital était depuis longtemps déjà en exercice. Que sera-ce donc dans quelques mois, lorsque les avantages de cette institution nouvelle seront connus d'un plus grand nombre de personnes?

Les médecins ont pris possession de leurs services respectifs, et nous apprenons avec plaisir que la répartition des malades s'est faite de la manière la plus convenable aux intérêts des malades et de la science. Il y a un service exclusif de maladies aiguës, deux services de maladies chroniques (scrofuleux ou dartreux), avec une petite salle de maladies aiguës pour chacun, et enfin un service de chirurgie.

Nous avons été heureux d'apprendre que, lors de sa dernière visite, l'Empereur a nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le docteur René Marjolin, chirurgien de cet hôpital et secrétaire général de la Société de chirurgie.

On a également placé des malades dans les salles de l'hôpital Lariboisière, qui par son élégance intérieure et son ameublement fait l'admiration de tous ses visiteurs. C'est à présent le plus magnifique établissement hospitalier de Paris.

— Trois places, comme on sait, sont encore vacantes au Bureau central des hôpitaux. Le jury de concours pour la nomination à ces trois places est ainsi composé: MM. Bourdon, Monneret, Nonat, Rostan, Pelletan de Kinkelin, Denonvilliers, Guersant, titulaires; Tardieu, Velpeau, suppléants.

Les candidats inscrits sont: MM. Bernard (Ch.-Paul), Boivin, Caillault, Cahen, Chammartin, Champeaux, Clairin, Davasse, Destouches, Frédault, Gabalda, Guibout, Hervieux, Labric, Laillier, Lemaëstre, Leudet, Matice, Mesnet, Milcent, Ozanam, Pioget, Poterin du Motel, Richard, Segond, Simonet, Trumet, Woillez.

Voici les vers que nous avons trouvés dans la boîte du journal.

Qu'espèrent-ils? Est-ce une enquête
Que veulent ces journaux mort-nés?
— Eh! non, mon cher, c'est une quête
A l'adresse des abonnés.
— Eh bien, je pose une requête
Pour l'un de ces infortunés:
C'est qu'on lui donne ou qu'on lui prête
Un pied de nez.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

Quelques cas nouveaux de choléra se sont manifestés encore depuis notre dernier bulletin. Chaque jour en a fourni son contingent, mais dans des proportions très réduites. C'est toujours aussi principalement sur les malades des hôpitaux que frappe cette légère épidémie. Il n'en a été reçu, jusqu'à présent, qu'un très petit nombre du dehors. Le chiffre total des cas déclarés dans les hôpitaux depuis le 15 février jusqu'au 15 mars s'élève à 59. Il est digne de remarque que sur ces 59 cas déclarés à l'intérieur la Charité seule en compte 52. Avions-nous tort de dire, dès les premiers jours, qu'il y avait là une sorte de foyer épidémique circonscrit ?

Voici, du reste, le mouvement des malades atteints dans les hôpitaux depuis le début de l'épidémie.

Situation au 15 mars.

Cas traités dans les hôpitaux.		1,077
Sorties.	529	1,028
Entrées.	499	
Reste. .		49

Sur ces 49 malades, on compte 17 hommes et 32 femmes.

Du tamponnement dans les hémorrhagies qui ont lieu pendant le travail de l'accouchement. — Tamponnement à l'aide d'une vessie en caoutchouc vulcanisé.

Quelle est la conduite à tenir de la part de l'accoucheur en présence d'une hémorrhagie qui a lieu au terme de la grossesse par le fait de l'insertion anormale du placenta sur le col ? Cette conduite est toute tracée en vue des différentes circonstances qui peuvent se présenter. Il nous suffira de rappeler ici en deux mots les préceptes qu'a dès longtemps formulés M. le professeur P. Dubois sur ce sujet, préceptes qu'il rappelait encore tout récemment à sa clinique, et qui font aujourd'hui loi pour la presque universalité des accoucheurs.

Ces préceptes se résument en deux points principaux (nous ne parlons ici que des moyens thérapeutiques spéciaux, et non des moyens généraux, sur lesquels il ne saurait y avoir de dissidence) : le tamponnement et la perforation des membranes; le tamponnement lorsque le travail n'est pas encore établi ou qu'il est peu avancé, que l'orifice utérin n'est qu'incomplétement dilaté; la perforation des membranes lorsque le travail est commencé, l'orifice suffisamment dilaté, et que la présentation est régulière.

Le grand point pour le tamponnement, c'est qu'il soit fait en temps opportun, qu'on n'attende pas pour y recourir que la femme soit épuisée par une perte prolongée. On attend, en général, trop longtemps, selon M. Paul Dubois, qui a rapporté à ce sujet l'exemple d'une femme qui, étant en proie à une hémorrhagie, était restée presque entièrement abandonnée à elle-même depuis plusieurs heures lorsqu'il fut appelé ; elle était alors dans un état presque désespéré. Le travail n'était point encore commencé, M. P. Dubois appliqua immédiatement le tampon ; l'hémorrhagie fut arrêtée. Deux jours après, le travail ayant commencé à se faire, M. P. Dubois retira le tampon et rompit les membranes ; il se fit encore un peu d'écoulement. Dans la crainte que le travail ne fût trop prolongé, l'enfant fut extrait à l'aide du forceps. Malgré toutes ces précautions, qui avaient été trop tardives (la première du moins), cette femme, épuisée par la perte qu'elle avait subie, s'éteignit deux jours après l'accouchement.

L'opportunité d'application du tampon reconnue, quelle doit être la manière de l'appliquer ? quel est le meilleur mode de tamponnement ? Parmi les divers moyens et agents proposés dans ce but, M. P. Dubois donne la préférence à un mélange de charpie et d'agaric dont il forme de petits bourdonnets qu'il porte isolément et un à un jusqu'au col de l'utérus, puis dans tous les coins et recoins du vagin jusqu'à ce qu'il soit complétement et hermétiquement bourré dans toute son étendue. Le tout est maintenu au moyen d'une compresse et d'un bandage en sous-cuisse. Toutefois, M. P. Dubois pense qu'on pourrait substituer avec avantage à ce mode de tamponnement l'usage d'une vessie en caoutchouc remplie d'air ; mais ce qui ne lui permet pas de se prononcer plus catégoriquement à cet égard, c'est que l'occasion ne s'est pas encore offerte à lui d'en faire l'essai, depuis qu'on a apporté à ce genre d'appareils des perfectionnements qui en rendent l'application plus facile et plus sûre. Nous croyons être agréable à nos lecteurs et à M. P. Dubois lui-même en rapportant à cette occasion un fait de notre pratique, qui tend à justifier la préférence que le savant professeur est disposé à donner au mode de tamponnement par les vessies de caoutchouc.

Nous fûmes appelé, il y a quelque temps, auprès d'une femme qui, étant au terme de la grossesse, fut prise tout à coup d'une hémorrhagie très abondante. Cette femme avait déjà eu quelques petites pertes réitérées depuis quelques jours ; il y avait une heure environ qu'elle perdait lorsque nous arrivâmes auprès d'elle ; nous la trouvâmes assise, les pieds baignant littéralement dans une mare de sang. L'ayant aussitôt examinée, nous trouvâmes l'orifice à peine entr'ouvert ; elle n'avait point encore de douleurs. Nous la fîmes coucher et nous introduisîmes aussitôt dans le vagin une vessie en caoutchouc vulcanisé de M. Gariel, que nous remplîmes d'air par insufflation. Après quelques tâtonnements, étant parvenu à la distendre assez pour qu'elle remplît hermétiquement le vagin, l'hémorrhagie fut presque aussitôt complétement arrêtée. La vessie resta ainsi appliquée pendant deux heures. Dans cet intervalle, la malade avait commencé à ressentir quelques douleurs, qui étaient devenues de plus en plus intenses, et lorsque nous retournâmes auprès d'elle la vessie, qui s'était en partie vidée d'air, venait d'être violemment expulsée au dehors pendant une contraction utérine.

L'hémorrhagie tendant à reparaître et l'orifice n'étant pas encore complétement dilaté, bien que le travail eût marché assez rapidement, nous réappliquâmes de nouveau la vessie, que nous insufflâmes et que nous retînmes, cette fois, avec un bandage extérieur, pour prévenir son expulsion. Nous la laissâmes environ trois quarts d'heure. Mais les douleurs devenant de plus en plus fortes et rapprochées, nous vidâmes la vessie et la retirâmes. L'hémorrhagie, cette fois, ne se reproduisit pas ; elle était complétement arrêtée. La dilatation étant complète, nous n'hésitâmes pas suivant le précepte de M. Dubois, à rompre les membranes. Il nous fut facile de reconnaître alors que l'un des bords du placenta adhérait au col de l'utérus. L'accouchement se termina heureusement.

Anesthésie locale par réfrigération.

L'anesthésie locale nous paraît entrée dans une phase nouvelle qui permet de fonder quelque espoir sur son avenir. L'idée de combiner la réfrigération avec l'action anesthésique de l'éther, si tant est qu'il y ait là une combinaison de deux actions et que l'effet ne soit pas dû tout entier à la réfrigération elle-même, cette idée, disons-nous, constitue une méthode nouvelle dont les premiers essais nous ont paru assez satisfaisants pour encourager les chirurgiens à en poursuivre l'étude.

Nous avons rapporté dans notre dernière *Revue* la tentative faite par M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, pour l'ablation d'une tumeur méliçérique de la joue, et il n'a été douteux pour aucun des assistants que cette tentative eût réussi.

Nous demandons la permission à nos lecteurs de leur rapporter aujourd'hui un fait qui nous est personnel et qui n'a fait que confirmer à cet égard notre conviction.

Nous trouvant dans la nécessité d'ouvrir un énorme abcès furonculeux situé dans la région lombaire, et ayant affaire à une personne douillette et chez qui la sensibilité avait été vivement surex-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Choléra-morbus. — Guide du médecin praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie; par M. le docteur F. FABRE, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* (1).

Voici un volume duquel nous espérions, il y a deux semaines encore, pouvoir dire qu'il arrivait trop tard. Depuis quelques jours des cas nouveaux se sont montrés dans la ville comme dans les hôpitaux, et, bien que tout nous porte à croire que cette recrudescence de l'épidémie n'aura pas de suites bien sérieuses, que le choléra ne sera pas cette fois aussi grave qu'en 1832 et en 1849, mais qu'il restera renfermé dans les mêmes limites que dans les pays étrangers, nous profitons de l'occasion pour recommander à ceux qui s'occupent de médecine pratique l'ouvrage que vient de publier notre savant confrère et ami, l'habile rédacteur en chef de ce journal.

Au mois de mai 1832, six semaines après l'invasion de la première épidémie de choléra en France, M. Fabre publia un petit volume qui fut accueilli avec faveur par le public et auquel l'Académie des sciences décerna quelques mois plus tard une médaille d'or. C'était un ouvrage, nécessairement fort imparfait et dans lequel l'auteur n'avait pu que recueillir à la hâte les renseignements les plus utiles sur une maladie encore peu connue, contenait cependant un relevé exact des diverses méthodes de traitement adoptées par les principaux médecins français et étrangers. Ce relevé était suivi de quelques réflexions critiques qui ne pouvaient guère être complètes; aussi bien à l'auteur qu'à tous les autres, l'expérience des faits manquait, et il était presque impossible de se prononcer sur la valeur des opinions contradictoires existant alors et sur celle des médications systématiquement vantées par les uns et repoussées par les autres.

Aujourd'hui l'expérience s'est faite; les épidémies de 1832, de 1849, celle moins forte de 1853 ont permis à l'auteur d'étudier la maladie avec soin, sur des masses de malades, d'apprécier les diverses médications après les avoir vu mettre en usage et avoir tenu note exacte de leurs résultats. De plus, il a lu avec attention et médité tout ce qui depuis vingt-deux ans a été écrit sur cet important sujet, et s'est fait ainsi de l'expérience des autres un précieux *criterium*.

C'est assez dire que, bien que portant le même titre, le livre actuel ne ressemble en rien à celui de 1832.

Ce n'est pas même une nouvelle édition *refondue, corrigée et augmentée*, comme on dit si souvent en librairie. C'est un ouvrage entièrement nouveau, qui ne rappelle l'ancien en rien, ni par la distribution des matières, ni par les aperçus historiques et thérapeutiques, ni par l'appréciation des médicaments, ni même par l'indication de la méthode générale, que M. Fabre regarde comme la plus avantageuse dans le traitement de la maladie. La seule chose qui ait été conservée, c'est la division des périodes que l'auteur avait adoptée et qui lui paraît encore aujourd'hui la plus rationnelle; nous y reviendrons tout à l'heure.

Le livre de M. Fabre est divisé en quatre articles comprenant :

1° La définition;

2° Un coup d'œil historique;

3° La description du choléra-morbus;

4° L'histoire bien complète et détaillée du choléra épidémique.

Il contient de plus un dictionnaire de thérapeutique, l'exposé du traitement de la maladie à ses diverses périodes et un formulaire.

De la définition, nous n'avons rien à dire; bon ou mauvais, le nom de *choléra* est tellement passé dans la science qu'il serait puéril de chercher à le changer, et, bien que tout le monde soit d'accord à y voir le typhus asiatique et non un *flux de bile*, comme le signifie l'étymologie, personne ne songe sérieusement à le remplacer par un autre.

Ceux qui n'ont pas vu l'épidémie de 1832 liront avec intérêt dans le deuxième article la relation qu'en donne l'auteur, comme aussi la comparaison de cette première invasion du fléau avec celles que nous avons observées en 1849 et dans les derniers mois de 1853, et celles qui aux mêmes époques ont sévi en Angleterre.

Nous passons rapidement sur le troisième chapitre, où il n'est question que du choléra sporadique, flux bilieux, cholerrhagie de Chaussier, qu'il soit ou non symptomatique, pour arriver enfin au choléra épidémique, le seul qui nous intéresse actuellement.

M. Fabre distingue tout d'abord deux choses bien tranchées, la cholérine et le choléra confirmé. La cholérine, que d'autres ont désignée sous le nom de choléra léger, diarrhée prodromique, diarrhée prémonitoire, n'est autre chose que le premier degré, la première période du choléra. Dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de choléra sans *cholérine* préalable. Le choléra prévient toujours avant de frapper : à cause de ce fait, maintenant hors de toute contestation, et sur lequel M. Fabre est d'accord avec nous, nous eussions préféré le voir faire de cette affection le premier degré, la première période du choléra. Chose singulière ! lorsqu'en 1832 M. J. Guérin signala le premier l'existence constante de cette diarrhée prodromique, il rencontra presque partout une opposition extrême. En 1849, il redoubla ses avertissements, et rallia à son opinion presque tous les observateurs exacts; mais la cholérine n'était pas universellement reconnue comme étant la première période de la maladie. Il a fallu que l'expression de cette vérité nous revînt en 1853 d'Angleterre sous le nom de *diarrhée prémonitoire* pour être généralement admise. On aurait peine à comprendre, si l'on n'en avait de fréquents exemples, cet engouement des

(1) Un vol. in-8°. Prix, 5 fr. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

citée d'ailleurs par les souffrances qu'elle éprouvait depuis plusieurs jours, nous eûmes immédiatement l'idée d'essayer du moyen qui avait si bien réussi chez la malade de M. Richet. Nous n'avions pas sous la main les appareils usités, et nous nous servîmes tout simplement d'un flacon d'éther chlorhydrique et d'un soufflet. La tumeur, avons-nous dit, était énorme; elle n'avait pas moins de 15 à 16 centimètres dans son diamètre transversal sur 12 de hauteur environ, et faisait une saillie d'environ 4 à 5 centimètres au-dessus du niveau des parties voisines; la peau était rouge et enflammée dans une grande partie de son étendue; il existait au sommet de la tumeur un tout petit pertuis par lequel sortaient quelques gouttelettes de pus. La sensibilité était telle dans toute cette région que le moindre attouchement, la plus légère pression faisaient tressaillir le malade. Il appréhendait au plus haut degré l'incision.

Pendant que l'un des assistants, tenant le flacon à demi bouché à l'aide du pouce, laissait tomber goutte à goutte de l'éther chlorhydrique sur la partie centrale de la tumeur sur laquelle devait être pratiquée l'incision, la volatilisation de l'éther était activée par l'action du soufflet.

Durant le cours de cette opération préliminaire, nous avons fait cette remarque que, lorsque l'éther versé en trop grande quantité à la fois venait à couler le long des parties voisines, il y produisait une sensation très vive de brûlure, tandis que lorsqu'il était versé goutte à goutte seulement, de manière à ne pas couler dans le voisinage et à être volatilisé sur place, le malade n'éprouvait qu'une sensation de froid assez vive, mais non douloureuse.

Au bout de trois à quatre minutes à peu près, nous étant assuré par une légère pression à l'aide du doigt que la sensibilité était émoussée, nous avons plongé le bistouri dans le petit orifice fistuleux, ensuite nous avons successivement incisé en haut d'abord, puis en bas, dans une étendue d'un peu plus de 2 centimètres dans chaque sens, de manière à avoir une ouverture de près de 5 centimètres. Non-seulement le malade n'a poussé aucun cri, n'a fait aucun mouvement qui trahît de la douleur, mais lorsque nous lui avons demandé s'il avait souffert, il a été surpris de notre question, se doutant à peine de ce que nous venions de faire. Il n'avait senti seulement, nous a-t-il dit, qu'une piqûre d'épingle au moment où nous retirions l'instrument. Le point par lequel nous avions terminé l'incision était précisément celui sur lequel l'application de l'éther avait été faite le plus imparfaitement.

Ce fait nous paraît assez concluant. Nous engagerons donc nos confrères à répéter ces essais qui, s'ils se multipliaient avec un aussi heureux résultat, jugeraient entièrement la question en faveur de cette méthode. B.

Résultat du traitement d'une fistule à l'anus complète par l'injection iodée.

Dans les salles de M. le professeur Nélaton, on a tenté de guérir une fistule à l'anus complète au moyen de l'injection iodée. L'orifice externe ou périnéal était à une certaine distance du pourtour de l'anus (à 2 centimètres environ); l'orifice interne était placé un peu en haut. M. Nélaton n'avait traité jusqu'alors que des fistules borgnes externes par l'injection iodée, et les avait traitées avec succès. C'est la première fistule complète qu'il soumettait à ce traitement. Chaque jour, à partir du 23 janvier, l'injection iodée a été faite; elle était composée de teinture d'iode additionnée de deux tiers d'eau et d'un peu d'iodure de potassium, destiné à empêcher la précipitation. On a cessé les injections le 18 février, à cause d'une maladie intercurrente, d'une angine tonsillaire suivie d'abcès. D'ailleurs, le moment d'interrompre les injections était venu. Huit jours après, en pressant autour de l'orifice externe, on n'a rien pu faire sortir. La compression du trajet fistuleux n'a rien fait sortir non plus en dedans du rectum.

A-t-on obtenu l'oblitération du trajet fistuleux, ou bien n'y a-t-il qu'une simple agglutination des orifices de la fistule? Il nous paraît que le malade est guéri, mais il est encore impossible de l'affirmer d'une manière absolue. A. L.

DE LA RHINOPLASTIE par la méthode de Celse modifiée,

Par M. le Dr BAUDENS, inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

La rhinoplastie comprend deux grandes méthodes.

L'une, nettement exposée dans un passage de Celse (lib. VII, cap. 9), emprunte sur les côtés du nez et aux joues deux lambeaux qu'elle amène par glissement au niveau de la perte de substance. L'autre prend un lambeau unique dans une région plus ou moins éloignée, au bras, à la main, au front, etc.

Celle-ci se subdivise à son tour :

1° En méthode italienne, dans laquelle est détaché un lambeau de la face interne du bras, et dont le fondateur, Tagliacot, était, en 1645, professeur à la Faculté de Bologne;

2° En méthode indienne. Connue des brahmes de temps immémorial, et en Europe à la fin du siècle dernier, elle a pour caractère essentiel l'emprunt du lambeau à la région frontale.

Comparée à la méthode indienne, la méthode italienne est dans un état d'infériorité si grande, qu'elle n'est plus pratiquée et qu'elle est tombée tout à fait en désuétude.

La méthode indienne elle-même a tellement perdu de son prestige qu'on est arrivé à se demander si les malades en ont retiré un avantage bien réel et définitif.

« L'opération est longue, douloureuse, dit M. A. Bérard (*Dict. de méd.*); elle est suivie souvent d'érysipèles, quelquefois de symptômes très graves, de délire, de delirium tremens, enfin de la mort. Il n'est pas très rare de voir survenir la gangrène du lambeau, la non-réunion des parties, et à une difformité on a ajouté une autre difformité..... D'une autre part, on peut appliquer des nez postiches assez parfaits pour être presque dissimulés. »

Les praticiens prudents plus amis de leurs malades que du merveilleux donnent, à l'exemple de Larrey père et de Dieffenbach, la préférence à la méthode par glissement, si bien décrite par Celse, et après lui par Galien et par Paul d'Egine.

Elle présente sur les méthodes italienne et indienne des avantages incontestables. Elle n'expose pas à la gangrène des lambeaux, la vitalité du nez reconstitué est aussi active que dans un nez naturel. Les dangers de l'opération sont infiniment moins graves; et comme, après tout, la rhinoplastie est une opération non indispensable, il est sage de choisir le procédé qui expose à moins de risques.

Les auteurs disent que la méthode de Celse n'est applicable et ne donne de résultats réellement satisfaisants qu'autant que les os propres du nez ont été conservés intacts pour servir de soutiens aux lambeaux d'emprunt, et qu'autant que les parties molles voisines sont restées saines afin de les utiliser; car si les lambeaux étaient trop courts, ils ne pourraient s'affronter sur la ligne médiane.

Nous répondrons que la conservation des os nasaux importe tout autant aux autres méthodes qu'à la méthode de Celse, et qu'il en est à peu près de même pour ce qui concerne l'intégrité des parties molles dans un certain rayon; et pour ôter à cette objection ce qu'elle pourrait avoir de fondé, nous proposons d'augmenter l'extensibilité des lambeaux, de les mobiliser en quelque sorte à l'aide d'une incision verticale pratiquée à leur côté externe dans les parties molles de la joue. Il en résulte une cicatrice, mais qui finit par laisser peu de traces.

Quand les progrès du mal s'opposent à l'emploi de la méthode de Celse, les autres méthodes ne sont guère plus praticables. Dans ces cas il convient, à notre sens, de s'abstenir et de recourir à un nez postiche, auquel on finit très bien par s'habituer.

Les modifications par nous apportées à la méthode de Celse sont de deux ordres. Elles portent, d'une part, sur la conservation des cartilages du nez; d'une autre part, sur une incision faite en dehors des lambeaux pour leur donner plus d'extensibilité.

La perte du nez reconnaît le plus souvent pour cause un cancer, une ulcération syphilitique, et aux armées un coup de sabre ou le choc d'une balle, comme nous en avons rapporté des exemples dans notre ouvrage (*Clinique des plaies d'armes à feu*). Dans l'Inde, elle est encore un châtiment infligé à des criminels ou une flétrissure pour les prisonniers de guerre.

Le cancer envahit d'ordinaire les parties molles avant les tissus osseux et cartilagineux. Si les ulcérations syphilitiques attaquent souvent de prime saut les os propres du nez, il est également digne de remarque qu'elles épargnent presque toujours les cartilages, au moins partiellement.

Ainsi, une tumeur cancéreuse du lobe du nez, alors même que l'altération tégumentaire s'étend vers les joues, alors même que la membrane muqueuse nasale est elle-même désorganisée, n'implique pas forcément que les cartilages sont cancéreux. Une dissection minutieuse, un examen attentif m'ont plusieurs fois prouvé le contraire.

De là j'ai conclu qu'ils pourraient être souvent conservés et utilisés pour servir de voûte aux lambeaux destinés à restaurer les pertes de substance du nez.

L'application heureuse de ces principes se trouve dans l'observation qui suit.

Amputation du nez nécessitée par un cancer. — Rhinoplastie par la méthode de Celse modifiée. — Conservation des cartilages des ailes du nez; incision en dehors des lambeaux pour les rendre plus mobiles. — Emploi de la glace. — Guérison rapide et définitive.

Mme F..., âgée de soixante-douze ans, grande, de constitution sèche, vivant à la campagne, près de Longjumeau (Seine-et-Oise), d'un moral parfait, n'ayant jamais fait de maladies sérieuses, portait une tumeur cancéreuse au lobe du nez quand elle vint me voir en septembre 1850.

Elle raconte qu'il lui est survenu, il y a dix ans, un bouton dartreux à l'extrémité du nez; qu'après être resté longtemps stationnaire il a rapidement grossi depuis dix-huit mois sans qu'aucun des nombreux traitements employés ait pu en arrêter les progrès.

Le lobe du nez présente le volume et l'aspect, moins la couleur, d'une grosse pomme d'api. Une suppuration ichoreuse, fétide, suinte à travers les granulations échancrées de cette tumeur, qui gagne les racines du nez et retombe à l'autre extrémité sur la bouche et sur les joues. Le cancer dépasse le sillon qui sépare le nez des joues; il empiète sur celles-ci d'environ 1 centimètre. La membrane muqueuse nasale est cancéreuse; la cloison, hypertrophiée au point d'obstruer presque complétement l'ouverture des narines, paraît profondément désorganisée.

La malade, malgré son grand âge, a le plus vif désir d'être opérée; nous décidons que toute la cloison cartilagineuse sera enlevée; que les cartilages des ailes du nez, si le cancer ne les a pas envahis, seront isolés des parties molles cancéreuses par une dissection minutieuse pour les conserver en guise de voûte destinée à soutenir les lambeaux réparateurs; que le chloroforme sera employé, en ayant soin de ne pas franchir avec intention l'abolition du sentiment, bien loin d'aller jusqu'à la résolution musculaire complète, ainsi qu'on le conseille généralement.

Français pour ce qui leur vient de l'étranger et cette indifférence pour les vérités qui sont signalées par leurs compatriotes.

Quoi qu'il en soit, une fois la chose admise, le nom qu'on lui donne importe peu, et nous ne chicanerons pas M. Fabre pour si peu, puisqu'il reconnaît que la cholérine n'est que la *première période* ou *une forme moins grave* du choléra épidémique.

Dans le choléra confirmé, l'auteur distingue cinq périodes :

1° Les prodromes;
2° La phlegmorrhagie;
3° La période algide;
4° La réaction;
5° Enfin, l'état typhoïde.

De chacune de ces périodes, il donne une description aussi complète qu'on peut l'attendre d'un homme rompu à l'observation et qui a puisé à la véritable source, à l'observation clinique.

Puis il étudie séparément le diagnostic, le pronostic, la marche et surtout les variétés que peut présenter le choléra dans ses formes : le choléra insidieux, l'idiotisme cholérique, le choléra sec, celui avec érythème (roséole cholérique de M. Rayer). Une large part est faite dans cette histoire de la maladie à l'étude et à la description des lésions cadavériques, et surtout à l'examen chimique et microscopique du sang et des déjections survenues pendant la vie.

Quelle est la nature du choléra? Cette question a beaucoup occupé M. Fabre, et cependant il n'a pu, disons mieux, il n'a pas cherché à la résoudre. Il a énoncé toutes les opinions émises depuis vingt-cinq ans par les auteurs, et voici la conclusion à laquelle il a cru plus sage de se tenir : « Le siége, dit-il, les causes, la nature du choléra sont pour nous le *quid ignotum* qu'il n'est pas donné à notre humaine nature d'approfondir, et qu'il faut laisser le soin d'expliquer à son divin et suprême auteur. »

Comme l'indique le titre du livre, c'est le traitement qui occupe la plus grande partie de l'ouvrage; et, en effet, que pouvait offrir de meilleur un volume qui prend pour titre : *Guide du médecin praticien dans la connaissance et le traitement du choléra épidémique?* M. Fabre n'a pas failli à la tâche qu'il s'était imposée, et voici comment il l'a remplie.

Dans une première section, il s'est livré à un examen critique des trois principales médications (saignées, évacuants, opiacés) employées jusqu'à présent dans le choléra épidémique et sporadique et dans la diarrhée prodromique, faisant suivre chaque traitement de courtes réflexions pratiques dans lesquelles il s'efforce de faire ressortir ce que chacun d'eux lui paraît présenter d'utile, de dangereux ou d'inutile. Ce chapitre est certainement l'un des plus intéressants qu'ait écrits l'auteur.

Une seconde section comprend, sous le nom de *Dictionnaire de thérapeutique appliquée au choléra-morbus*, l'énumération par ordre alphabétique de toutes les substances, de toutes les préparations conseillées jusqu'ici. Notons bien que l'histoire de chaque médicament est accompagnée de réflexions critiques dans lesquelles l'auteur consigne les résultats de son expérience ou ceux des études comparatives qu'il a faites en lisant les travaux des praticiens français et étrangers. M. Fabre a cru, et peut-être a-t-il eu raison, qu'après l'examen des trois principales méthodes que nous signalions tout à l'heure, il n'y avait pas pour le praticien de meilleur moyen que l'ordre alphabétique pour se retrouver dans le dédale des médications proposées.

A l'exposé de ce *fatras* de médicaments et de médications plus ou moins sensées devait succéder un chapitre plus important, celui qu'il intitule *Traitement des diverses périodes du choléra-morbus épidémique*. Ici l'auteur donne son avis; il ne se borne plus à reproduire, comme dans le dictionnaire, les opinions des autres; il institue, il formule un traitement d'après les données qui lui semblent les plus logiques, les plus rationnelles. C'est là surtout qu'il justifie le titre de son livre. Que faut-il, en effet, à celui qui, absorbé par les soins journaliers d'une clientèle fatigante, n'a que peu de temps à donner à ses lectures? Un résumé succinct dans lequel il puisse trouver une règle de conduite sûre, applicable aux cas variés qui se présenteront à lui, et cela sans avoir besoin de feuilleter des centaines de brochures ou de volumes que le temps limité dont il peut disposer ne lui permet pas de consulter.

Nous avons remarqué avec plaisir que c'est à la méthode vomitive indiquée par M. Guérin dès 1832 que M. Fabre donne la préférence dans le traitement de la cholérine. On ne peut, quand on ne l'a pas expérimentée soi-même, se faire une idée de la merveilleuse rapidité avec laquelle agit cette médication et des résultats complets qu'elle détermine.

Le traitement des périodes suivantes est à peu près celui que mettent en usage tous les praticiens, les calmants et les astringents contre la phlegmorrhagie, les excitants et les stimulants diffusibles dans la période algide ou cyanique, etc. Mais ici encore nous devons signaler une innovation qui nous semble heureuse. A la suite du traitement général et raisonné de la maladie, l'auteur a placé un formulaire où se trouvent reproduites un nombre considérable de formules (plus de 400) avec l'indication des périodes et des variétés de la maladie auxquelles elles s'adressent. A ces formules, M. Fabre a attaché avec soin les noms des auteurs. Cela était d'autant plus nécessaire que beaucoup d'entre elles sont originales et ont été communiquées à l'auteur directement par les médecins eux-mêmes qui les ont employées.

En résumé, nous dirons que le traité du choléra-morbus du docteur Fabre est un livre éminemment pratique, où la théorie n'occupe que peu de place; nous y retrouvons à chaque page les tendances dont l'auteur a tant de fois témoigné dans les divers ouvrages qu'il a publiés, et principalement dans la *Bibliothèque du médecin praticien*, cette grande encyclopédie médicale pratique à laquelle il a attaché son nom.

Dr A. FOUCART.

En suivant ce conseil, basé sur les belles découvertes de M. Flourens concernant l'action successive et progressive du chloroforme sur l'encéphale, on évite l'envahissement de la moelle allongée et du nœud vital par cet agent, et par conséquent tout danger de mort.

Qu'il puisse arriver que la marche du chloroforme soit si rapide qu'il envahisse presque instantanément cerveau, cervelet, racines sensitives, racines motrices de la moelle épinière et même le bulbe rachidien, cela est possible, quoique extrêmement rare; mais est-ce à dire que notre conseil soit mauvais? Nullement. Il serait tout au plus insuffisant pour les cas très exceptionnels, et loin de l'abandonner, il faudrait au contraire redoubler d'attention dans son application. Ce qui est incontestable, c'est que dans l'immense majorité des cas il met à l'abri de tout danger, et fait éviter les risques de mort reconnaissant pour cause l'inhalation poussée dans ses limites extrêmes.

Opération. — Préparée par quelques bains et par un purgatif donné la veille, le 6 septembre la malade est assise dans un fauteuil en face d'une fenêtre. Cinq grammes de chloroforme sont versés dans un mouchoir plié en cône; ce cône est mis au-devant de sa bouche, sans intercepter complétement le passage de l'air. M. le docteur Marturé explore le pouls, et de l'autre main pince doucement la malade en lui disant: Qu'est-ce que je vous fais? Au bout de 76 secondes, plus de réponse. La sensibilité est anéantie, mais la myotilité survit; il y a de légères contractures des membres. L'anesthésie est immédiatement suspendue, et j'opère.

D'un coup de ciseaux la cloison nasale est coupée à sa base et dans sa portion cartilagineuse, par deux autres coups de ciseaux portés au-dessus des ailes du nez, la tumeur cancéreuse se trouve si bien détachée qu'elle n'adhère plus qu'en haut aux os propres du nez, dont elle est bientôt complétement séparée. Du sang en nappe s'écoule abondamment de la plaie centrale provenant de l'ablation de la cloison. Je saisis rapidement dans les mors d'une longue pince à torsion les parties molles qui fournissent l'hémorrhagie, et le sang s'arrête à l'instant même. Cette pince restera en place plusieurs jours.

La membrane muqueuse nasale dans les points cancéreux, la peau qui recouvre les cartilages des ailes du nez jusqu'à un centimètre du côté des joues et le long des os propres du nez jusqu'à un travers de doigt des sourcils, sont disséquées et soigneusement enlevées à l'aide d'un bistouri. On constate que les cartilages sont sains et pourront être conservés.

Ceci fait, il reste à prendre dans les joues et le long des apophyses montantes des os maxillaires des lambeaux suffisants pour masquer l'énorme brèche résultant de l'ablation de la tumeur cancéreuse. A ce moment l'opérée sort doucement de son réveil, elle pousse quelques gémissements; mais on lui présente de nouveau le mouchoir avec le chloroforme, et elle retombe bientôt dans l'insensibilité.

La perte de substance étant considérable et les lambeaux ayant à parcourir un assez long trajet, ces lambeaux, pris sur les côtés du nez et dans les joues, sont détachés dans leurs adhérences profondes pour les faire glisser plus facilement sur les cartilages conservés et les affronter sur la ligne médiane à l'aide de points de suture; mais ils sont fortement tendus, dépriment les cartilages et menacent de rompre les points de suture. Pour parer à ce double écueil, je n'hésitai pas à faire en dehors de ces lambeaux une incision tégumentaire verticale de trois centimètres de longueur qui mit fin au danger.

Restait à remplir de bourdonnets de charpie, pour soutenir la voûte nasale, la narine unique résultant de l'opération, et dans laquelle la pince à torsion est restée à demeure. Cette dernière indication est facilement accomplie.

Pour tout pansement, on dépose sur le nez restauré quelques brins de charpie fine qu'on recouvre d'une compresse trempée dans de l'eau froide. La malade est mise au lit la tête fortement élevée par un oreiller et ayant aux pieds une boule d'eau chaude. Elle n'a perdu que quelques grammes de sang. Elle se trouve bien, n'éprouve que peu de douleurs.

Prescription. — Eau gommeuse; bouillon de poulet; renouveler de temps en temps la compresse trempée dans de l'eau froide.

Le 7 septembre, nuit assez bonne. Peu de soif, peu d'appétit. Pas de mal à la tête. Pouls à 82 pulsations. Chaleur prononcée et réaction assez vive dans les parties restaurées. — Mêmes prescriptions, et de plus un petit morceau de glace dans les plis de la compresse placée sur le nez.

Le 8, même état. Pouls à 85 pulsations. — Mêmes prescriptions.

Le 9, la suppuration s'établit. Pouls à 75 pulsations. Moins de réaction dans les lambeaux, dont l'aspect est normal. Suppression de la glace. On retire deux points de suture, la réunion paraît solide. — Quelques potages légers.

Le 10, rien de nouveau. Tout marche bien. La pince à torsion est retirée, il ne s'écoule pas une seule goutte de sang. La charpie qui remplit la narine est maculée de pus, on la renouvelle. La voûte nasale est solide et bien formée.

Le 11, tous les points de suture sont enlevés. La cicatrice linéaire sur le dos du nez est déjà solide. Les cicatrices des joues, pansées à plat dès le premier jour, suppurent, bourgeonnent et ont bon aspect. Dès ce moment, plus rien d'important à noter.

Vingt jours après l'opération, la malade quitte Paris guérie et très satisfaite. Son nez est mince, régulier, droit et étroit inférieurement; l'ampleur de la narine suffit toutefois pour une respiration facile.

Il n'y avait nulle apparence de récidive du cancer trente mois plus tard, quand elle succomba à une pleuropneumonie aiguë.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue:

L'âge avancée de l'opérée, les modifications apportées à la méthode de Celse, l'emploi du choloroforme en évitant le collapsus, l'emploi de la glace pour modérer la réaction et le mouvement fluxionnaire, l'une des causes (dont on ne tient pas assez compte) de la mortification des lambeaux d'emprunt.

PNEUMONIE ACCOMPAGNÉE DE FIÈVRE ADYNAMIQUE OU TYPHOÏDE.

Emploi du tannate de quinine. — Guérison.

Par M. le Dr Morère, à Monléon-Magnoac (Hautes-Pyrénées).

Depuis environ un mois, il règne dans plusieurs communes du canton de Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées), une maladie qui par sa marche rapide et son caractère de gravité, pourrait être regardée comme épidémique, car dans une seule commune (Pantons) il est mort de cette maladie seize ou dix-huit personnes dans l'espace de trois semaines.

Pour ma part, je n'ai observé que cinq cas de cette maladie, à laquelle on pourrait donner le nom de *pneumo-adynamie intermittente;* mais ayant eu l'occasion d'en conférer avec M. Bruzeau (de Castelnau-Magnoac), praticien aussi modeste qu'habile, cet honorable confrère me dit avoir observé les mêmes symptômes, la même marche, etc., que ceux qui sont rapportés dans le fait suivant. C'est alors que je lui fis part du traitement que j'avais employé, et du bon résultat que j'en avais obtenu.

Voici cette observation:

Le jeudi 11 janvier, M. Senac, marchand, de Monléon-Magnoac, d'un tempérament bilieux, d'assez forte constitution, ayant eu à une autre époque une fluxion de poitrine, se sentit, comme il le dit lui-même, *pris de la poitrine*, accusant une douleur correspondant au lobe inférieur du poumon, et surtout à l'estomac, avec des frissons, le pouls petit et déprimé, la langue blanche et pâteuse. On peut croire à un embarras gastrique, car la douleur que le malade ressent sous les côtes paraît sympathique de l'irritation de l'estomac, et on ne constate rien à l'auscultation. — Diète, tisane émolliente, cataplasmes sur l'estomac, sinapismes, potion laudanisée.

Le 12, la douleur de l'estomac persiste. Peau huileuse, moite; pouls petit. — Boissons émollientes, huile de ricin, cataplasmes.

Le 13, l'état extérieur est le même. La douleur de l'estomac a disparu, ou du moins est peu intense, diminuée probablement par celle qui se manifeste au lobe inférieur du poumon droit. Les crachats sont briquetés. Engouement de toute la région du poumon droit, pouls petit, langue blanche, respiration gênée, urine couleur de lessive. — 12 sangsues (nous donnons la préférence aux saignées locales, à cause de la petitesse des veines); cataplasmes, potion pectorale laudanisée, looch, boissons gommeuses.

Le 14, la douleur a changé de place, et se porte à la partie supérieure du lobe du même poumon. Crachats briquetés, sueurs nocturnes, oppression. — 6 sangsues à la partie correspondante du lobe supérieur; le reste, *ut suprà.*

Le 15, râle muqueux, faiblesse générale, crachats briquetés. Des pseudo-membranes lardacées couvrent la luette et les piliers du voile du palais. Fièvre adynamique continue, rénitente, avec exacerbation le soir; rêvasserie, délire, sueurs abondantes, difficulté d'expectorer. — Looch blanc kermatisé, trois vésicatoires; un à la poitrine.

Le 16, la douleur est revenue à l'estomac; le râle a diminué. Engouement du poumon. La fièvre a augmenté le soir; sueurs nocturnes. Les crachats, sans être ni plus rares ni plus difficiles, semblent avoir perdu un peu de leur couleur briquetée. — Suspension du kermès minéral, sinapismes, etc.

Le 17, les douleurs de l'estomac et du poumon ont à peu près disparu, mais la fièvre persiste toujours avec exacerbation le soir. Sueurs nocturnes. — Même traitement. 40 grains de sulfate de quinine en lavement après l'accès.

Le 18, prostration, faiblesse générale, yeux hagards, presque immobiles; pouls petit, lèvres noires. Etat alarmant. — Emulsion de 125 grammes avec 120 centigrammes de tannate de quinine, à prendre en quatre fois.

L'accès du soir est retardé, et les sueurs, pendant la nuit du 18 au 19, sont moins abondantes.

Le 19, l'état général du malade ne paraît pas aussi alarmant. — Potion avec 1 gramme de tannate.

L'accès est retardé de trois heures. Pendant la nuit, les sueurs ont été moins abondantes.

Le 20, la fièvre continue, mais moins forte. — 80 centigrammes de tannate de quinine, boissons et potion pectorales, etc.

L'accès, encore retardé, ne dure que trois heures, et moins fort. Diminution notable de la sueur. — Même traitement.

Le 21, la fièvre a diminué; l'accès de la nuit a été de courte durée. *Pas de sueurs nocturnes.* — Même prescription.

Le 22, journée bonne, sommeil. La nuit, pas d'accès, pas de fièvre, pas de sueurs. Etat satisfaisant. Les pseudo-membranes de la voûte palatine se détachent. — Nous diminuons la dose du tannate: 60 centigrammes.

Le 23, journée bonne, sans fièvre; état des muqueuses satisfaisant. — Deux cuillerées de bouillon toutes les quatre heures, etc.

Le 24, le mieux continue. — Bouillon, orangeade, gelée de coings.

Le 25 et le 26, le malade est bien.

Le 27 et le 28, il se sent faible. — Bouillon avec un croûton de pain, une cuillerée de vin de Bordeaux. Convalescence.

Le 4 février, le malade fut atteint de névralgies faciales intermittentes des deux côtés, qui cédèrent à l'emploi de l'aconit, d'après la méthode de M. Aran.

Réflexions. — Connaissant les résultats satisfaisants obtenus par le *tannate de quinine* contre les sueurs nocturnes des phthisiques et les fièvres intermittentes, j'ai cru devoir employer cette substance, et j'en ai obtenu du succès; seulement, j'ai cru pouvoir en porter la dose à 120 centigrammes au lieu de 60, comme l'indique M. Barreswill, parce que la langue et le tube intestinal se trouvant recouverts d'une espèce d'enduit blanchâtre, l'absorption devait se faire difficilement, une partie même du médicament pouvait encore être rejetée. Aussi, à mesure que la langue et les muqueuses se dépouillaient, je diminuai la dose du tannate de quinine.

De ce qui précède je conclus, que les honorables et sérieuses garanties sous lesquelles s'est produite la préparation du tannate de quinine doivent porter les praticiens à en faire usage, par la double raison qu'il possède des propriétés toniques supérieures aux autres préparations de quinquina usitées dans la pratique, qu'il est bien moins excitant que le sulfate, et moins cher que celui-ci. Sous ce rapport encore il pourra rendre de grands services, surtout aux médecins ruraux.

Préparations et modes d'administration du thlaspi (bourse à pasteur).

Par M. Martin Lauzer.

Usage interne, décoction de la plante entière: 30 à 60 grammes par kilogramme d'eau.

Suc exprimé: 50 à 100 grammes.

Usage externe: la plante entière broyée.

M. Hannon a publié, il y a quelques mois, dans la *Presse médicale belge* un travail sur le thlaspi, dont nous extrayons quelques passages relatifs aux préparations pharmaceutiques.

Suc de thlaspi.

On pile le thlaspi, on l'exprime et on filtre le suc à froid. Ce suc renferme tous les principes actifs du thlaspi. Si ce suc était préparé à chaud, l'albumine en se coagulant précipiterait une partie des autres principes actifs de la plante, et la saveur amère et les propriétés du suc diminueraient de beaucoup. A froid il conserve parfaitement toutes les qualités de la plante.

On le prescrira à la dose de 90 à 150 grammes par jour.

Eau distillée de thlaspi.

La plante doit éprouver une macération de vingt-quatre heures, puis être distillée avec cinq fois son poids d'eau pour en retirer deux parties d'eau distillée.

La macération a pour but de développer une certaine quantité d'huile essentielle tonique et stimulante, qui ne se développe pas sous l'influence de l'eau bouillante.

Cette eau se prescrira à la même dose que le suc auquel on la joindra, comme dans l'exemple suivant:

Suc de thlaspi.	120 grammes.
Eau distillée de thlaspi. . . .	120 —

Tisane de thlaspi.

Herbe fraîche de thlaspi. . . .	90 grammes.
Eau bouillante.	750 —

Faites infuser pendant deux heures en vase clos. A prendre en un jour.

Alcoolat de thlaspi.

On prendra: Plantes fraîches de thlaspi, 3750 gram.; alcool rectifié à 61° Cartier, quatre litres, et on distillera au bain-marie jusqu'à ce qu'on ait obtenu en alcoolat: trois litres. Cet alcoolat pourra servir, mêlé à moitié eau, dans le scorbut, lorsque les gencives sont saignantes.

Teinture de thlaspi.

Prenez: Alcoolat de thlaspi, un litre; herbe fraîche de thlaspi, 375 grammes. Incisez les plantes et faites macérer pendant huit jours, passez avec expression et filtrez.

Cette préparation représente bien les principes actifs du thlaspi; la petite quantité d'huile essentielle que renferme cette plante et son principe résineux amer se dissolvant complétement dans l'alcool.

Cette excellente forme de médicament est l'une des plus active contre les hémorrhagies. On peut la prescrire à la dose de 60 à 120 grammes par jour.

Vin au thlaspi.

On prendra: Herbe fraîche de thlaspi, 180 grammes; vin de Bordeaux, un litre. Incisez l'herbe de thlaspi, lavez-la. On ajoutera le vin et 2 onces d'alcoolat de thlaspi, et on laissera macérer pendant huit jours, puis le liquide sera passé à travers un linge avec expression pour le filtrer ensuite. L'addition de l'alcoolat a pour but de compenser l'affaiblissement du vin qui absorbe la majeure partie de l'eau de la plante employée.

Ce vin ne le cède en rien à la teinture précédemment décrite. On en prescrira une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Bière de thlaspi.

Prenez: Plantes récentes de thlaspi; lavez, incisez et introduisez-en une livre dans deux litres de bière. Mêlez le tout dans un matras, laissez macérer pendant six jours, passez avec expression et filtrez.

Cette bière remplacera avantageusement le vin de thlaspi dans les classes peu aisées de la société.

Conserve de thlaspi.

Prenez les feuilles radicales de thlaspi, lavez-les et pilez dans un mortier avec trois fois autant de sucre, jusqu'à ce que le tout soit réduit en pulpe. Passez alors à travers un tamis de crin.

Cette préparation peut être employée chez les femmes dont le palais, habitué aux douceurs et aux bonbons, ne peut supporter certaines substances médicamenteuses.

Sirop de thlaspi.

Prenez: suc dépuré de thlaspi, une partie; sucre blanc, deux parties. On chauffe au bain-marie pour dissoudre le sucre, et on passe quand le sirop est refroidi. L'albumine, en se coagulant, clarifie spontanément le sirop, qui est d'un beau jaune verdâtre.

Extrait de thlaspi.

On prend une certaine quantité de suc dépuré de thlaspi, et l'on évapore au bain-marie en consistance d'extrait.

Cet extrait se prescrit à la dose de 4 à 8 grammes par jour.

(*Revue de thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 janvier 1854. — Présidence de M. Paul Dubois.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Choléra. — M. Terrier lit au nom de M. Thore fils, membre correspondant, la note suivante :

Un jeune homme âgé de 20 ans, venant de Paris, où il habitait le 12e arrondissement, arrive à Chatenay, village où le choléra n'a jamais été observé. Le 14 décembre il éprouve des vomissements nombreux, abondants, blanchâtres; il a des selles aussi très abondantes et semblables à une décoction de riz. Facies altéré, cholérique. Pas de refroidissement, pas de crampes, pas de cyanose. Le traitement, composé de lavements laudanisés, d'eau de Seltz, de sinapismes, a bientôt fait justice de sa maladie.

— Une domestique âgée de quarante et un ans, fort ancienne dans la maison et qui l'avait soignée avec beaucoup de zèle, est tout à coup prise de diarrhée le 17 décembre. Pendant la nuit suivante, elle a des vomissements et des selles rizacées.

Le 18, cyanose; teinte violacée des paupières, des mains, des pieds; froid général; pouls insensible; voix complétement éteinte; face rapidement amaigrie; pas de crampes dans les membres, mais serrement douloureux de la poitrine et suffocation. Selles rares, vomissements abondants et caractéristiques. — Envelopper la malade dans une couverture de laine; bouteilles remplies d'eau chaude; sinapismes; camomille; eau de Seltz; lavements laudanisés.

Le soir, réaction incomplète. La langue est chaude, ainsi que les extrémités, qui restent toujours cyanosées. La voix est moins éteinte, le pouls est plus sensible. Absence d'urine.

Le 19, face moins altérée, moins d'oppression; selles abondantes, semblables à une forte décoction de riz. Les vomissements ont cessé.

Le 20, elle a uriné et elle est bien.

Le 22, elle accuse une vive douleur à la tête. Elle est en somnolence et très affaissée. Les conjonctives sont injectées. — Trois sangsues derrière chaque oreille; vésicatoires aux cuisses.

Le 30, elle est bien. La muqueuse buccale est couverte d'un muguet abondant.

Le 3 janvier 1854, elle est presque complétement rétablie.

Le lendemain du jour où cette femme était tombée malade, un garçon de dix ans, qui habitait en face d'elle, et qui était parfaitement bien portant et n'avait point de diarrhée, a subitement des selles liquides au moment où il partait pour l'école. Il en revient à midi, veut déjeuner comme à l'ordinaire, est pris de vomissements; il rejette d'abord ses aliments, puis des matières verdâtres, puis blanchâtres.

Le 20 décembre, cyanose, teinte d'un violet livide des paupières et des extrémités supérieures et inférieures; refroidissement général; absence complète de crampes; voix éteinte; vomissements et selles caractéristiques. — Couvertures; bouteilles de grès remplies d'eau chaude; camomille; sinapismes; lavements laudanisés; potion avec.

Eau de mélisse	100	grammes.
Acétate d'ammoniaque	8	—
Laudanum de Sydenham	1	—
Sirop d'éther	30	—

Le soir, réaction complète. Chaleur et transpiration abondante; pouls vibrant, à 126. La cyanose persiste. La voix est moins éteinte. Selles blanches, involontaires. Persistance des vomissements.

Le 21, tendance à l'assoupissement. Le malade n'a point uriné.

Le 22, la somnolence est plus prononcée; douleur frontale assez vive; pouls à 120; face injectée. Il n'a plus de selles, mais les vomissements continuent. Le facies cholérique moins marqué. — Deux sangsues derrière chaque oreille.

Le 23, il a uriné pour la première fois pendant la nuit qui a précédé. Pouls à 80. Il demande à manger.

Depuis ce moment la convalescence marche très rapidement; et, sauf quelques vomissements, il est rétabli dans les derniers jours de décembre.

Notre confrère, ajoute M. Terrier, n'a posé aucune conclusion; mais il paraît évident que sa communication a été faite dans le but de prouver la contagion. Opposé, pour ma part, à cette opinion, je demanderai à Société la permission de lui communiquer, à ce sujet, l'observation suivante :

Dans une commune admirablement située sur une colline qui domine aux environs de Paris, et qui avait été entièrement affranchie de l'épidémie en 1832, il y a eu, en 1849, trente-neuf décès, proportion considérable eu égard à sa population. Le premier cas observé sur la partie nord du village fut rapidement suivi d'un grand nombre d'autres. Tous ces cas de choléra parurent se développer dans cette portion du village sans qu'aucun malade l'importât d'un autre endroit infecté. En effet, le côté sud du village, séparé par dix minutes de chemin de l'autre côté, a été complétement exempt, bien que les communications n'aient pas cessé, et que les habitants de cette partie de la commune aient soigné les malades de la partie opposée et envahie.

Nouveau traitement de l'hypochondrie. — M. Masson fait la communication suivante (*voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 11 mars) :

Je ne terminerai pas cette communication, que j'ai été amené à faire à l'occasion du cholera, sans signaler à la Société un fait rare dernièrement parvenu à ma connaissance.

J'ai été requis pour vérifier la mort chez une jeune fille de quatorze ans et demi, mort qui avait été presque subite, et qui s'accompagnait d'une teinte cyanosée de la peau. C'était au milieu de l'épidémie, et j'ai dû croire à un choléra foudroyant et sec, quoique les auteurs nient généralement cette forme de la maladie.

M. Courserant. Le fait que cite M. Masson, et que j'ai suivi, est remarquable surtout en ce que le jeune frère, qui était couché auprès de la malade, ne s'est aperçu de rien.

M. Duhamel pense que rien ne prouve que cette jeune fille ait eu le choléra; que chez elle, probablement, la mort a eu lieu par rupture d'un gros vaisseau ou par asphyxie.

M. Masson. La veille, cette enfant avait éprouvé un grand mal de cœur et du refroidissement.

Suivant M. Duhamel, ces phénomènes précurseurs sont de peu de valeur, et, à l'appui de cette opinion, il cite le cas de son père, qui éprouva un grand malaise pendant trois quarts d'heure avant d'être atteint d'une rupture du cœur à laquelle il succomba subitement.

Fracture avec enfoncement des os du crâne. Phénomènes anormaux. — M. Duhamel. Je viens de rencontrer un cas de fracture du crâne qui présente des phénomènes symptomatiques inaccoutumés. Il y a huit jours, un homme employé à la Monnaie reçoit sur la tête un poids en fer de 15 kilogr. : le pariétal droit est fracturé près de la suture; une portion d'os est enfoncée, ce qu'accuse une dépression de 2 millimètres au moins et d'une étendue égale à peu près à une pièce d'un franc. Cet homme n'a pas perdu connaissance; aucun trouble des facultés intellectuelles ne s'est produit; seulement il est survenu une paralysie de la jambe et de la cuisse droites, c'est-à-dire du même côté que la fracture. Il est vrai que la cuisse et la jambe gauches ont éprouvé une diminution dans la motilité; mais cela n'a été que très passager. La sensibilité est d'ailleurs conservée; il n'y a aucune paralysie du côté de la vessie et du rectum. Mais il y a une paralysie complète de la jambe et du bras droit.

L'accident date de huit jours, ainsi que je l'ai dit en commençant. Le malade n'a ressenti qu'un léger mal de tête; il a faim, il est sans fièvre, et il mange un peu. Seulement il s'écoule toujours par la plaie un liquide séro-sanguinolent.

Ce qui rend cette observation intéressante, c'est surtout le fait de la paralysie d'un seul membre du même côté que la lésion cérébrale. Mais est-elle bien le résultat direct de l'enfoncement de l'os, ou ne serait-elle pas plutôt l'effet d'un épanchement dans l'hémisphère cérébral opposé, ce qui confirmerait le grand principe physiologique du croisement des effets? Dans tous les cas, la paralysie d'un seul membre dans une lésion cérébrale est un fait très rare, car on voit tout au moins cette paralysie s'étendre à l'autre membre du même côté.

Ce fait présente encore de l'intérêt sous un autre point de vue. Ainsi M. Gendrin, qui a été appelé en consultation, et qui admet d'ailleurs l'existence de l'épanchement comme cause de la paralysie, était d'avis qu'on enlevât l'os enfoncé; MM. Amussat et Cloquet, au contraire, ont pensé qu'il fallait attendre, et que les tentatives de redressement pourraient être plus pernicieuses que le mal lui-même.

M. Paul Dubois. Les enfoncements des os du crâne succédant à des violences directes ne sont pas très rares, et quand la dépression des parties osseuses n'est pas très prononcée, elle ne donne pas lieu ordinairement à une paralysie. L'innocuité des dépressions, sous ce rapport du moins, est démontrée par des faits nombreux. Dans le cas présent, la paralysie du côté même où l'enfoncement s'est produit ne me paraît pas être, pour cette dernière raison d'abord, et aussi pour la précédente, le résultat de l'enfoncement observé sur le pariétal droit. Il me paraît très probable que la paralysie est consécutive à un épanchement intérieur très limité, selon toute apparence, puisque la paralysie est elle-même très limitée.

L'opinion que je viens d'exprimer implique certainement qu'une opération entreprise pour relever les os dans le cas dont M. Duhamel vient de nous entretenir serait inutile, et je ne crois pas en effet qu'elle doive être pratiquée.

Je rappellerai, à cette occasion, que des lésions pareilles à celles dont il vient d'être question sont parfois observées chez des enfants nés après un accouchement rendu laborieux par un rétrécissement du bassin. Il n'est pas rare de voir alors une dépression assez prononcée pour qu'on y puisse loger la moitié d'une bille d'un certain volume (2 centimètres de diamètre à peu près). Je ne me rappelle pas avoir vu ces enfoncements donner lieu à une paralysie, et, à moins qu'il n'existât une affection, j'ai vu ces enfants se bien porter.

M. L. Boyer. J'ai pu observer quelques cas de nature à fournir matière aux théories. Un homme se tire un coup de pistolet au milieu de la région frontale; il y a perforation, esquilles, pénétration des os. Malgré cela, les facultés intellectuelles restent intactes; il n'y a pas de paralysie. Pendant huit jours, rien; mais après, mort subite.

Dans le cas que nous relate M. Duhamel, je conçois qu'on eût essayé de relever les os dans les premiers instants; mais maintenant la manœuvre pourrait léser la substance cérébrale plus qu'elle ne l'est, et, vu le manque d'accidents, il vaut mieux s'abstenir que de pratiquer une opération qui, dans ma manière de voir, serait non-seulement inutile, mais probablement funeste.

M. Duperthuis, à l'appui de l'opinion de MM. P. Dubois et L. Boyer, cite le cas d'un jeune homme de dix-neuf ans qui, en examinant un pistolet, se le fit partir dans le coronal. L'os était fracturé avec dépression. En essayant de relever l'esquille au moyen du pied de biche, on déterminait des accidents convulsifs, qui ne paraissaient nullement lorsque l'on ne touchait point à la plaie. La guérison s'opéra sans accidents sous l'influence d'une saignée, d'un pansement simple et des précautions nécessitées en pareille circonstance.

Extraction de deux cataractes; difficultés extrêmes dans le manuel opératoire. — M. Courserant donne lecture de la note suivante. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 7 mars.)

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

CORRESPONDANCE.

Lycoperdon giganteum.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de vous dire quelques mots sur le *lycoperdon giganteum* (1), dont vous avez parlé dans votre numéro de samedi dernier.

C'est à la fin de l'hiver que j'ai trouvé dans une haie l'énorme lycoperdon présenté à la Société industrielle d'Angers. Les sujets de ce volume sont très rares dans ce pays, mais assez communs aux environs de Niort, comme me l'a fait savoir M. le docteur Méchinet, qui a eu l'obligeance de m'en donner un plus gros encore que celui que j'ai trouvé ici. Le champignon que j'ai présenté était très sec, et son parenchyme, au lieu d'être complétement réduit en poussière (comme cela arrive aux lycoperdons beaucoup plus petits, de sorte qu'il ne reste que la peau quand on les écrase), forme une matière spongieuse de la couleur d'une éponge sale. En frappant légèrement cette masse, elle rend un peu de poussière. Cette circonstance m'a permis de presser énergiquement la masse entre deux feuilles de papier, et d'obtenir une matière qui ressemble à un morceau d'amadou épais. Avant d'avoir trouvé ce champignon, je me servais de la coque du petit, que je faisais brûler dans l'enfumoir qui se trouve représenté dans la 4e édition du *Guide de l'apiculteur* que j'ai publiée l'an dernier. Une très petite quantité de cette matière (un morceau grand comme une pièce de 5 francs) suffit pour endormir les abeilles. Je l'enveloppe de papier, de paille ou de chènevotes auxquels je mets le feu, et à l'aide d'un soufflet je force la fumée à entrer dans la ruche.

Je me propose, à la première occasion, de diriger cette fumée dans le vagin des femmes qui éprouvent de trop vives douleurs à l'époque de la menstruation. Pour cela, j'ai fait faire un spéculum en buis terminé comme un bautbois. Cet instrument introduit dans le vagin, et la femme renfermée dans un sac depuis les pieds jusqu'au-dessus des hanches, j'insufflerai du lycoperdon, dont la fumée ne manquera pas de pénétrer vers le museau de tanche.

Aussitôt que je connaîtrai le résultat de cette médication, j'aurai l'honneur de vous en faire part. Mais veuillez publier cette lettre, afin que de nouvelles tentatives puissent être essayées par d'autres confrères.

Agréez, etc.

De Beauvoys.

(1) Voir dans le numéro du 7 juin 1853 la traduction du mémoire de M. Richardson sur l'emploi du lycoperdon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le ministre de l'instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant :

Il sera distribué annuellement dans la Faculté de médecine de Montpellier quatre prix, d'après le résultat de quatre concours distincts qui correspondront à chacune des années d'études, et auront pour objet, savoir :

Pour la 1re année : la physique, la chimie et l'histoire naturelle;
Pour la 2e année : l'anatomie et la physiologie;
Pour la 3e année : la médecine proprement dite;
Pour la 4e année : la chirurgie.

La valeur et la composition de ces prix sont déterminées ainsi qu'il suit :

1re année : médaille d'argent et livres d'une valeur de 125 fr.	125 fr.
2e année : médaille d'argent et livres d'une valeur de 125 fr.	125
3e année : médaille d'argent et livres d'une valeur de 125 fr.	125
4e année : médaille d'or.	300
Gravure des noms des lauréats et frais accessoires de la distribution des prix.	125
Total.	800 fr.

Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents.

Tous les élèves, sans distinction, seront admis à prendre part au concours correspondant à leur temps d'études, à l'exception des internes et des chefs de clinique des hôpitaux.

Seront également exclus :

1° L'aide botaniste, pour la partie des sciences accessoires;

2° Les aides anatomistes et le prosecteur, pour la partie d'anatomie et de physiologie.

Chacun des lauréats aura droit au remboursement de tous les frais d'études afférents à l'année scolaire à laquelle se rapporte le concours dont il aura fait partie.

Les prix et mentions honorables seront proclamés, chaque année, dans la séance solennelle de rentrée de la Faculté.

— Dans sa dernière séance, la Faculté de médecine de Montpellier a procédé à un vote par scrutin secret, afin de dresser les titres de présentation des professeurs pour les jurys de médecine.

Pour la présidence du jury de la circonscription, ont été présentés sur la première liste : MM. Dumas et Jaumes; sur la seconde liste : MM. Fuster et Alquié.

Le gouvernement demandant trois listes de présentation pour le jury médical du département, elles sont composées de la manière suivante : 1re liste : MM. Bouisson, Alquié; 2e liste : MM. Boyer, Martins; 3e liste : MM. Jaumes, Dupré.

Nous ferons connaître plus tard les choix de l'autorité.

(*Annales cliniques.*)

Erratum. — Dans le dernier numéro, article sur les séances de l'Académie de médecine, on a imprimé veine cave *superficielle* au lieu de supérieure. Nos lecteurs auront sans doute relevé eux-mêmes cette erreur typographique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la mort et de ses caractères. Nécessité d'une révision de la législation des décès pour prévenir les inhumations et les délaissements anticipés; par M. Josat, lauréat de l'Institut, etc. (Ouvrage entrepris et exécuté sous les auspices du gouvernement et couronné par l'Institut.) Un vol. in-8° de 392 pages avec 7 planches. Prix : 5 fr. Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 20 MARS 1854.

Du privilége accordé par la loi au médecin pour le payement de ses honoraires sur la généralité des biens meubles et immeubles de ses clients. (Art. 2101, § 3, et 2104 du Code Napoléon.)

L'article 2101, § 3, du Code Napoléon, qui accorde un privilége aux médecins pour les *frais de la dernière maladie*, est resté obscur dans sa brièveté et sa concision.

On s'est demandé ce qu'il fallait entendre par la *dernière maladie;* Quelle étendue il convenait de donner au privilége ?

Comment il devait se combiner avec l'article 2272, qui déclare prescrite par un an l'action des médecins pour le payement de leurs honoraires.

La jurisprudence et la doctrine ont aisément levé tous les doutes sur ces différents points que la loi n'a pas envisagés, et sur lesquels elle ne devait pas se prononcer, parce que ce sont des détails abandonnés à l'appréciation du juge, et sur lesquels aucune erreur n'est possible.

Par ces mots, *la dernière maladie*, on entend aussi bien celle dont est mort le malade que celle dont il a été guéri : c'est-à-dire que la créance du médecin est privilégiée en cas de faillite comme en cas de décès de son client. On décide même, et avec raison, que le privilége doit s'étendre aux honoraires dus au médecin pour le traitement des enfants ou de la femme du failli, pourvu, bien entendu, que les soins aient été donnés antérieurement à la faillite. On ne doit pas, en effet, appliquer judaïquement l'article 2102 du Code Napoléon. Les dispositions de cet article sont fondées sur des motifs d'humanité qu'il est inutile de rappeler ici, et qui exigent que la loi soit appliquée largement, généreusement dans tous les cas où le médecin a rendu à son client ou à sa famille un service éminent et désintéressé. (*Voir*, pour plus de détails, MM. Troplong, Persil, Duranton, Renouard, etc.)

Le privilége du médecin conserve-t-il les honoraires qui lui seraient dus pour la dernière maladie quel que soit le temps qu'ait duré cette maladie?

Cette question est avant tout une question de fait : la solution doit en être abandonnée à l'appréciation des tribunaux, dont la faveur ne fait jamais défaut au médecin. Cependant on peut dire *à priori* que si le malade est mort d'une maladie chronique qui a duré plusieurs années, le privilége du médecin ne saurait s'étendre à toutes les années, et conserver ses honoraires depuis la première visite jusqu'à la dernière. Une maladie chronique n'est pas, ordinairement du moins, un état de danger continuel pendant lequel ni le malade ni le médecin n'ont de répit ; au contraire, une telle maladie se compose d'une suite d'attaques, de souffrances provenant d'une cause persistante, mais dont les effets ne se produisent pas chaque jour et à chaque instant, et qui n'exigent pas la présence continuelle et journalière du médecin. Dans ces circonstances, on doit considérer chacune des recrudescences ou des atteintes du mal que ressent le malade comme formant autant de maladies distinctes et successives pour lesquelles le médecin a donné des soins séparés qui peuvent et doivent être payés séparément, et ne sont pas conservés par un seul et même privilége. Cette observation est subordonnée à celle que nous avons présentée plus haut ; à savoir, que c'est là un point abandonné entièrement à la prudence du juge, et qu'il n'appartient ni à la jurisprudence ni à la doctrine de déterminer quelles sont les maladies que l'on doit comprendre parmi les maladies chroniques, et celles que l'on doit ranger dans la classe des maladies accidentelles. La décision des tribunaux doit aussi dépendre des considérations tirées de la nature de la maladie et de la situation du médecin vis-à-vis de son client, comme aussi de la position sociale de ce dernier.

On voit, d'après ce qui précède, que le médecin peut avoir, dans certains cas, un privilége pour les honoraires d'une maladie qui aurait duré même plusieurs années. On s'est demandé comment cette doctrine se conciliait avec les prescriptions de l'article 2272, qui déclare prescrite par un an l'action du médecin pour le payement de ses honoraires. La contradiction que l'on essaierait de faire ressortir en posant cette question n'est qu'apparente. Un médecin a contre son client une seule créance à raison de l'ensemble des soins qu'il a donnés pendant tout le cours et jusqu'à la fin de sa maladie, et non pas autant de créances distinctes qu'il lui a fait de visites. Cette doctrine a été consacrée par de nombreuses décisions de nos parlements, et ce n'est que par erreur que l'on a pu croire qu'un arrêt de la Cour de cassation du 29 octobre 1810 lui était contraire. Ainsi, un médecin qui aura rendu des soins à un de ses clients pour une seule et même maladie qui aura duré un long temps pourra réclamer la somme totale de ses honoraires, lors même que plus d'une année se serait écoulée depuis sa première visite, et la prescription ne pourra être invoquée contre lui qu'après l'année révolue depuis la guérison définitive ou le décès du malade. Cette créance sera, bien entendu, conservée par le privilége général des articles 2101, § 3, et 2104 du Code Napoléon.

Tel est l'ensemble de la doctrine sur ces points simples et faciles à éclaircir par l'intelligence des motifs sur lesquels est appuyé le privilége accordé par la loi aux médecins. Ce sont le plus souvent, nous le répétons, des questions de fait dont l'appréciation souveraine est abandonnée aux tribunaux, et pour la solution desquelles on peut indiquer quelques principes généraux, mais sans que l'on puisse réunir un corps de jurisprudence unanime, parce que les décisions judiciaires doivent varier à l'infini avec la physionomie chaque fois nouvelle des espèces sur lesquelles les juges peuvent être appelés tous les jours à prononcer.

R. MAGNIER,
avocat à la Cour impériale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De l'excision des amygdales.

A cette époque où l'on parle tant de l'excision des amygdales, il nous semble qu'à côté de ces formidables articles avec figures on ne lira pas sans intérêt le résumé d'une des dernières leçons de M. le professeur Velpeau.

Dans ce résumé, on trouvera exposée l'opinion de notre savant maître au sujet de cette opération, et ce à quoi celle-ci peut être réduite.

Cette excision que vous venez de me voir, que vous me voyez si souvent exécuter, nous dit M. le professeur Velpeau, doit vous montrer tout d'abord combien elle est simple et comme on en a surchargé le manuel opératoire.

Mais pour mieux juger de cette opération, il faut partir de la maladie qui peut la réclamer du chirurgien.

Cette maladie des amygdales, c'est l'hypertrophie. Les abcès, les tumeurs de ces organes nécessitent des opérations d'un tout autre genre. Or cette hypertrophie est un état très fréquent dans l'enfance. Il ne faut pas oublier non plus que ce n'est pas à proprement parler une maladie. C'est plutôt une difformité qui parfois peut disparaître d'elle-même ; souvent elle s'efface à l'époque de la puberté.

M. Velpeau a même observé cette terminaison chez des malades qui avaient refusé de subir l'opération. Aussi le chirurgien doit-il en être prévenu pour ne pas courir le risque d'une opinion trop absolue.

Si cela ne veut pas dire qu'il faille toujours attendre, au moins ne doit-on pas porter de pronostic trop grave. D'un autre côté, il n'est pas certain qu'en temporisant on n'expose pas le malade à des inconvénients assez sérieux.

Sans faire allusion à ces maux de gorge, à ces indispositions dont on a accusé l'hypertrophie d'être fréquemment le point de départ, au moins ne doit-on pas négliger la gêne de la respiration dont elle sera certainement la cause.

Alors l'enfant, le malade dort la bouche ouverte ; il a un sommeil bruyant. On observe aussi une respiration incomplète, qui peut même modifier jusqu'à la conformation de la poitrine.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons élémentaires de chimie, par M. J. MALAGUTI.

La chimie, née depuis à peu près un siècle, voit chaque jour ses nombreuses découvertes passer dans l'industrie, et accroître ainsi le bien-être de l'homme, soit en créant de nouveaux produits destinés à satisfaire aux exigences de la vie matérielle, soit en abaissant le prix des substances déjà employées, par suite des applications nombreuses qu'elle sait trouver aux produits secondaires autrefois rejetés comme inutiles.

L'intervention de cette science dans presque toutes les questions qui se rattachent aux besoins de l'homme est aujourd'hui un fait si généralement admis, que toute éducation dans laquelle n'entre point l'étude de la chimie peut être considérée à juste titre comme imparfaite et indigne du siècle dans lequel nous vivons.

Toutes les fois donc qu'apparaît un ouvrage dont le but évident est de rendre facile à saisir les principaux faits d'une science indispensable, d'élaguer les difficultés, et de permettre ainsi à tout le monde d'étudier sans fatigue des théories dont le nom seul suffirait pour effrayer les esprits les plus résolus, les plus entreprenants, il est du devoir des organes de la science de signaler ce progrès, de dire sans faiblesse ce que renferme d'utile et ce que laisse encore à désirer un semblable ouvrage.

Sous le titre modeste de *Leçons élémentaires de chimie*, M. Malaguti, dont les titres scientifiques sont déjà si nombreux, vient de faire paraître en deux volumes grand in-18 un traité de chimie rempli des faits scientifiques les plus variés, les plus récents, et des applications les plus utiles des phénomènes chimiques ; c'est, comme le dit l'auteur lui-même, un *résumé* des grands traités de chimie que nous possédons. Des figures nombreuses et convenablement choisies rendent plus faciles à saisir les descriptions claires et concises des appareils et des opérations.

Le vaste sujet que l'auteur avait à traiter a été divisé par lui en trente-six leçons, et cette forme particulière lui a permis de donner au style cette animation, ce *faciès* particulier qui caractérise d'une manière si nette l'enseignement oral. De cette manière, le lecteur peut sans fatigue suivre l'exposition des faits, sans avoir à redouter l'ennui qu'entraîne presque toujours la lecture des ouvrages scientifiques, dont le style uniforme ne saurait être supporté que par des hommes directement intéressés à les lire. L'auteur a donc sous ce rapport réalisé un véritable progrès. Notons cependant que quelque habileté que possédât un professeur, il lui serait complétement impossible d'exposer dans l'espace de trente-six leçons, fussent-elles même de trois heures, le nombre considérable de faits contenus dans l'ouvrage dont nous faisons l'analyse. Mais dans un grand nombre de cas cette disposition a permis à l'auteur de réunir en un même groupe un certain nombre de corps présentant les rapports chimiques les plus intimes, et en rend par cela même l'étude plus facile et plus philosophique.

Lorsqu'il se présente dans le cours d'une leçon quelques digressions dont l'exposé pourrait entraver ou rendre obscure l'histoire du sujet principal, M. Malaguti place sous forme de note cette histoire secondaire, et conserve ainsi à son style tout le mouvement qui en constitue l'originalité.

La disposition générale de l'ouvrage donne lieu cependant à quelques observations qui, se rattachant surtout à la partie typographique, pourront être dans une prochaine édition l'objet de corrections faciles et peu nombreuses. Peut-être même pourrait-on faire disparaître une partie de ces inconvénients en ajoutant au premier volume la table qui lui manque.

Il nous serait du reste impossible de suivre l'auteur dans les détails de son ouvrage ; qu'il nous suffise de dire qu'en plus des faits contenus dans les ouvrages classiques, il a réuni toutes les découvertes récentes qui se trouvent éparses dans les différents recueils scientifiques, et a ainsi résumé l'état de la science depuis la publication des ouvrages de chimie les plus récents.

Par sa disposition particulière, l'ouvrage de M. Malaguti s'adresse non-seulement aux élèves qui se préparent aux examens du baccalauréat et suivent les cours des Facultés des sciences et aux étudiants en médecine, il intéresse encore au plus haut degré les chefs d'industrie dont la fabrication se rattache d'une manière plus ou moins directe à la chimie, car la plupart de nos grandes industries chimiques s'y trouvent décrites avec netteté et concision ; souvent même des nombres font connaître le rendement des matières premières, et permettent ainsi d'établir avec facilité le prix de *revient* des produits fabriqués. Nous avons cependant été surpris de ne voir dans la leçon qui traite de la fabrication du sucre de canne et de betteraves qu'une indication sommaire du procédé ingénieux à l'aide duquel MM. Dubrunfaut et Leplay sont parvenus à extraire des mélasses la totalité du sucre cristallisable qu'elles renferment. Nous n'avons point vu figurer le procédé à l'aide duquel M. Melsens est parvenu à augmenter le produit de la betterave en s'opposant à la fermentation du jus. Ce procédé, à notre avis, méritait un sort meilleur, et si son application ne s'est point répandue, il faut bien plus en accuser l'exigence sans bornes des fabricants de sucre que l'insuffisance du procédé.

Les *Leçons de chimie* de M. Malaguti rendront un véritable service aux médecins praticiens, ainsi qu'à tous les hommes qui s'occupent des sciences biologiques, car la chimie organique et physiologique y est traitée avec un soin tout spécial. Les différents liquides de l'économie animale sont décrits avec la plus grande précision ; les modifications que leur font subir les différentes maladies y sont indiquées, toutes les fois qu'il a été publié des observations dignes de créance.

Les sujets dont les amygdales sont hypertrophiées restent souvent avec une poitrine étroite, déprimée.

On comprend, enfin, que cela puisse plus ou moins indirectement prédisposer aux maladies pulmonaires et apporter de fâcheuses modifications dans la voix.

Toutefois, ce sont évidemment là des inconvénients et non des dangers réels et immédiats.

Il se présente maintenant une autre question : pour combattre cette hypertrophie, n'y a-t-il pas d'autres moyens que d'en débarrasser le malade par l'excision?

A priori, on a dû croire que l'enlèvement des amygdales devait avoir des inconvénients.

N'est-ce pas enlever au malade des organes naturels? Ne peut-on pas compromettre par là quelques fonctions?

Les individus, a-t-on dit, placés dans ces conditions ne pourront plus chanter. On les prive d'un appareil propre à lubrifier le gosier et le bol alimentaire. Plus que d'autres, ils se verront exposés à des irritations spéciales, à des maladies d'un autre ordre.

Tout cela devait paraître naturel avant l'expérience; et cependant celle-ci n'a pas confirmé ces craintes.

M. Velpeau a pratiqué de ces opérations par centaines. S'il n'a pas vu depuis lors tous ses malades, au moins en a-t-il retrouvé ou suivi un certain nombre.

Or il est un fait incontestable, c'est que ceux-ci ne semblent nullement s'apercevoir de la soustraction qui leur a été faite; ils n'en sont nullement incommodés.

On rapporte même des faits où l'opération aurait paru faire recouvrer la voix altérée par l'hypertrophie.

Quoi qu'il en soit, il fallait se demander s'il n'est pas possible de guérir sans enlever l'organe. Le cas peut se présenter. Quand il y a hypertrophie avec certaines conditions, quand cette hypertrophie n'est pas très considérable, qu'elle s'accompagne d'un peu de douleur, alors on en triomphe, comme de toute autre tuméfaction, par les fondants, les solutions iodées, qui agissent sur les amygdales comme sur tout le reste de l'économie; par des topiques ou des solutions astringentes appliquées localement, l'alun, les sulfates de fer, de cuivre, par exemple.

Seulement, à ce propos, qu'on ne se fasse pas d'illusion sur tous les gargarismes, les solutions, etc. En général, on ne sait pas que les liquides ne vont nullement laver le pharynx. La luette, le voile du palais, la base de la langue arrêtent les liquides. C'est avec un pinceau ou le doigt qu'il faut aller porter les solutions et les poudres.

On a surtout traité ces hypertrophies par des opérations différentes de l'excision.

Quelques praticiens se bornent à les scarifier sur plusieurs points. Telle fut la pratique de Bérard à l'hôpital Saint-Antoine et celle de plusieurs autres chirurgiens; mais il fallait y revenir à plusieurs fois. Souvent cette scarification des amygdales échoue, et, en réalité, n'est-elle pas plus difficile que l'excision? Elle peut être conservée sans doute pour les hypertrophies diffuses dans les cas où l'excision n'est pour ainsi dire pas praticable; elle peut enfin être utile dans les hypertrophies récentes accompagnées d'un reste d'inflammation.

M. Velpeau, d'ailleurs, est assez partisan de ces piqûres avec le bistouri, de ces piqûres dans des masses enflammées, quand il reste un peu de douleur, d'inflammation.

Quoi qu'il en soit, il n'y a vraiment de généralement applicable que l'excision.

Cette excision peut se pratiquer de manières diverses. C'est cela même qu'il s'agit de voir; le bon, l'intérêt à côté des exagérations.

Jusqu'à il y a quinze ans, elle se pratiquait avec des ciseaux courbes ou le bistouri boutonné. On accrochait préalablement l'amygdale avec des érignes. Celles-ci ont même été bien variées, bien multipliées dans leur forme. On en a créé à trois dents; un chirurgien en a fait construire à six dents. C'est, nous croyons, M. Baudens qui est l'auteur de ce perfectionnement.

Tout cela pour mieux accrocher une glande à tissu assez fragile.

Or, toutes les érignes sont parfaitement inutiles, superflues. Une érigne simple, avec un bistouri ou des ciseaux ne sont-ils pas bien plus faciles à manier? Ces instruments n'occupent que peu de place dans la cavité buccale, et les inventeurs auraient mieux fait de s'exercer à la manœuvre d'érignes simples.

De plus, les uns opèrent avec des ciseaux courbes, mais ordinaires; d'autres avec des ciseaux courbes sur le tranchant, avec des ciseaux à rondache, avec des pinces de Museux.

Tout cela forme autant de mauvais procédés, car on risque ainsi de diviser d'autres organes que les amygdales.

D'une manière générale, les érignes, les ciseaux ne valent rien à aucun titre; ce sont autant de procédés à rejeter.

On a beaucoup employé le bistouri. L'usage en a été popularisé par M. Roux, qui se sert avec tant d'adresse du bistouri ordinaire.

Blandin avait aussi son bistouri spécial pour l'excision des amygdales; c'était un grand, long bistouri émoussé à l'extrémité.

Le bistouri droit boutonné, simplement enveloppé de linge vers le talon, pour protéger les lèvres contre la lame, ou même le bistouri droit boutonné des trousses, tel qu'il est aujourd'hui perfectionné, voilà celui auquel vous accorderez la préférence.

Il fallait ajouter autre chose : le speculum oris. On a encore inventé un grand nombre d'instruments de ce genre. C'est chose parfaitement inutile. Même en se servant du bistouri, les instruments nuisent plus qu'ils ne servent. Pour peu qu'on fasse ouvrir la bouche au malade, on est sûr d'arriver sur la glande, et de toute façon il faut bien ouvrir la bouche pour placer cet instrument.

Tout ceci nous amène à parler des procédés nouveaux dans lesquels on applique un instrument qui représente en vérité la guillotine.

Bien qu'elle paraisse nouvelle, l'idée première de ce procédé est très ancienne. Elle doit être rapportée à Meynet. On voit cet auteur imaginer des anneaux pour prendre la luette, les amygdales, et les exciser. L'idée jusque-là est bien incomplétement traduite.

Vers la fin du siècle dernier, Desault se servait d'une tige avec un anneau tranchant. Mais cela n'est pas d'un emploi facile, l'amygdale glisse, s'échappe.

Toutefois, qu'on le remarque en passant, il n'y a presque jamais d'invention complétement neuve dans les sciences; toujours des juges impartiaux nous montreront que plusieurs en ont eu leur part.

Cet instrument nous est venu d'Amérique. M. Velpeau s'en est servi le premier, et l'a répandu en France.

Fahnestock, venu en France pour compléter ses études, le montra à M. Velpeau vers 1830. Son instrument était imparfait, et par cela même difficile à manier. Il ne possédait ni les anneaux ni la tige; il avait un manche coudé. Quant à la broche, elle était parallèle à l'axe de l'instrument. Aussi, en poussant refoulait-on les piliers, les amygdales; aussi on ne faisait que moucher l'amygdale, à moins qu'elle ne fût très volumineuse.

MM. Toirac et Le Roy-d'Etiolles ont ajouté une sorte de bascule.

M. Velpeau, en leur empruntant cette bascule, l'a appliquée à l'instrument de Fahnestock. Il a terminé la broche en langue de carpe, en petit hameçon.

Il résulte de ce léger perfectionnement que l'instrument est extrêmement commode et d'une simplicité très grande dans son application. L'amygdale est embrochée obliquement en dedans à sa racine, on la fait proéminer très largement. Le cercle refoule les piliers en dehors. On pourrait, en vérité, aller ainsi jusque derrière la racine de l'amygdale.

Avec les anneaux, on peut pousser la tige; avec la bascule, on tire l'amygdale du côté de la luette. On n'a donc plus à craindre qu'elle n'échappe. On est sûr d'enlever tout ce que l'on veut exciser.

Il ne reste plus qu'à tirer le couteau. Dans les premiers temps, dit M. Velpeau, je n'employai cet instrument que par exception, si bien que je n'en ai dit qu'un mot dans ma *Médecine opératoire*. Depuis lors, on a décrié cet instrument, qu'on traitait de machine, qu'on accusait d'agir en aveugle. Je ne suis ni partisan passionné, ni ennemi systématique des machines, poursuit M. Velpeau; quand elles peuvent rendre les opérations plus faciles, je les accepte.

Il faut le reconnaître, cet instrument a le grand avantage qu'il permet d'opérer les enfants malgré eux, chose qui n'est point facile par les autres méthodes. A peine écartent-ils les mâchoires qu'on peut glisser l'instrument jusqu'au fond de la gorge. Le cercle arrondi ne blessera aucun organe : il ne coupe ni ne pique. Aussi, en continuant à le faire basculer, on force le malade à ouvrir la bouche. Quand on a manié l'instrument, on finit par en avoir une telle habitude, qu'on peut prendre l'amygdale sans regarder. Il n'y a pas de procédé qui, sous ce rapport, approche même de celui-ci. L'opération est aussi sûre, plus sûre qu'avec l'érigne et le bistouri.

Avec le bistouri et l'érigne, on ne peut ainsi faire basculer l'amygdale; on n'en excise pas autant qu'avec notre instrument.

On coupait bien avec le bistouri jusqu'à la moitié de l'amygdale, puis elle échappait; aussi proposait-on d'opérer successivement par en haut et par en bas.

Avec cet instrument, on ne peut rien craindre, on ne risque pas d'aller léser les tissus du voisinage.

Si l'hémorrhagie est à craindre dans l'excision des amygdales, elle est encore plus à redouter avec le bistouri qu'avec cet instrument. En effet, en l'employant, on mâche un peu l'amygdale en même temps qu'on la coupe; on s'éloigne des vaisseaux. De plus, il n'y a pas à noter de danger particulier en dehors des hémorrhagies. Ainsi, l'opération est plus facile, plus sûre, moins sérieuse que par les autres procédés.

Notons cependant qu'il est nécessaire que l'amygdale soit marronnée, qu'elle proémine entre les piliers. C'est pour ces derniers cas qu'on pourra revenir au bistouri, à l'érigne, parce qu'ainsi on ne refoule pas les piliers en même temps que la glande, parce qu'enfin on peut même exciser une portion des piliers et disséquer l'amygdale.

Maintenant, y a-t-il utilité à changer cet instrument pour un autre plus parfait?

Tous les inventeurs l'ont gâté au lieu de le perfectionner.

On a d'abord proposé une broche à deux tiges, mais coniques. Or une seule tige ne présente pas au manuel opératoire d'inconvénients qui nécessitent les deux tiges.

On serait tenté de dire que le chirurgien qui a apporté ce perfectionnement ne s'en est pas beaucoup servi.

Tordez le manche, changez la forme de l'anneau, rendez-le oval ou bien rond, tout cela est plus nuisible qu'utile.

On vient encore tout récemment de décrire trois ou quatre instruments, dont on se dispute tout de suite la priorité. C'est étrange!

L'un de ces chirurgiens ne veut-il pas exciser les deux amygdales à la fois!

Pourquoi compliquer ainsi l'opération en elle-même, quand il est si facile d'enlever les amygdales l'une après l'autre?

La plupart des questions de chimie physiologique les plus récemment étudiées se trouvent consignées dans le second volume.

La digestion a été exposée d'après les récentes découvertes de notre excellent ami le docteur Cl. Bernard, dont les travaux ont produit une véritable révolution dans la manière d'envisager les différentes phases de la digestion des aliments, et le point de l'organisme où s'opère l'absorption des substances nutritives. Grâce à ses recherches, qui en plus d'un point sont venues démontrer la vérité des opinions émises autrefois par M. Magendie au sujet du pouvoir absorbant des veines, nous savons que les chylifères n'absorbent qu'une partie très minime des substances digérées, et que par suite il est impossible de regarder aujourd'hui le chyle comme le liquide nutritif par *excellence*.

La production du sucre dans le foie, le rôle du suc pancréatique ont été exposés d'après les travaux du même auteur avec un soin dont nous ne saurions trop louer M. Malaguti, car il témoigne de la sollicitude avec laquelle il a traité la partie physiologique de son ouvrage.

Les procédés d'analyse du sang, du lait, des urines, etc., sont exposés avec des détails qui permettent aux médecins de répéter eux-mêmes de semblables analyses dans les recherches physiologiques ou pathologiques qu'ils ont si fréquemment l'occasion d'entreprendre, tant laisse encore à désirer la chimie pathologique, dont les découvertes rendront un jour d'immenses services en éclairant l'étiologie et la thérapeutique d'une foule de maladies.

Limité par l'espace, nous ne saurions prolonger cet exposé d'un ouvrage qui nous semble destiné à rendre l'étude de la chimie facile en raison de l'exposition nette et concise des faits qu'il renferme; mais il nous reste à parler, et nous ne saurions la passer sous silence, de la partie philosophique de l'ouvrage dont nous avons esquissé quelques traits.

M. Malaguti n'a pas craint, et nous l'en félicitons, d'exposer à ses jeunes lecteurs, et dès les premières leçons, l'une des plus grandes vérités démontrées par l'expérience, la *loi des équivalents chimiques*, loi qui démontre l'intervention nécessaire dans les réactions chimiques de masses insécables dont le poids est différent, mais dont le rôle chimique est identique, qui démontre que toujours 1 d'hydrogène remplacera 108 d'argent ou 32 de cuivre, etc.

L'auteur a-t-il atteint le but qu'il se proposait? Ses jeunes lecteurs pourront-ils saisir sans qu'il reste le moindre doute dans leur esprit et surtout sans trop de fatigue cette démonstration de l'existence des équivalents, en raison des nombres un peu complexes sur lesquels s'appuie sa démonstration? Nous avons peine à le croire. Nous eussions préféré voir au début une définition courte et précise de ce qu'on entend par *équivalent chimique*; une démonstration rigoureuse de l'existence de ces équivalents en partant de la décomposition de l'eau par la pile, expérience qui prouve que dans ce liquide toujours 1 partie d'hydrogène en poids se trouve unie à 8 parties d'oxygène; que, si l'on cherche à chasser de l'eau 1 partie d'hydrogène à l'aide du zinc, il faudra toujours 33 parties de ce métal pour remplacer l'hydrogène mis en liberté; puis faire voir que 33 parties de zinc peuvent remplacer 104 parties de plomb, 32 de cuivre, etc.; et enfin conclure que, puisque toutes ces quantités se remplacent, elles jouent le même rôle chimique et par conséquent s'*équivalent*. Ce qu'il faut surtout au commencement de l'étude de la chimie, c'est une notion rigoureuse des faits, et tout ce qui peut rendre cette notion concise la rend par cela même facile à comprendre et pour ainsi dire indélébile; qu'importe le terme de comparaison? que ce soit l'hydrogène ou l'oxygène, les rapports restent invariables, et la meilleure méthode pour nous est celle qui expose les faits de la manière la plus simple.

Du reste, M. Malaguti n'a reculé devant aucune des questions philosophiques actuelles de la chimie : les ammoniaques de M. Wurtz, les acétones de M. Chancel, les anhydrides de M. Gerhardt, ainsi que sa méthode de classification sériaire, ont été traités avec une clarté et une précision qui en rendront, nous en sommes certain, l'étude facile aux hommes qui possèdent quelques notions de chimie; au contraire, la théorie des substitutions a été traitée avec une brièveté que nous avons peine à comprendre, car c'est à son apparition dans la science que nous devons la plupart des progrès qu'a faits la chimie depuis 1835, et elle a été le point de départ des théories actuelles, qui n'en sont que des modifications ingénieuses.

Pourtant cette loi des substitutions, qui paraît si simple et si nette aujourd'hui que non-seulement elle n'est pas combattue, mais encore qu'elle est invoquée par tous, fut attaquée à son apparition par un grand nombre de chimistes; tout fut invoqué contre elle : travaux entrepris dans un but évident de contradiction, hypothèses plus ou moins ingénieuses, raisonnements plus ou moins logiques; on ne négligea aucun argument; il fallut, on s'en souvient, à M. Dumas tout le courage que donne seule la conviction pour défendre contre tous son œuvre, et lui assurer le rang que le temps et la science lui ont assigné.

Autrefois on se révoltait à l'idée d'admettre que le chlore se substituait à l'hydrogène; aujourd'hui il ne répugne pas à l'esprit de croire qu'une molécule complexe se substitue à une molécule simple, qu'un équivalent d'acide hypoazotique, par exemple, vient remplacer un équivalent d'hydrogène. M. Malaguti s'est associé par de trop nombreux travaux à l'établissement de cette théorie pour ne pas être de notre avis relativement à la grave omission que nous venons de lui signaler; et, ne fût-ce même qu'au point de vue historique, son ouvrage acquerrait une nouvelle valeur s'il renfermait quelques détails sur une théorie qui a rendu de si grands services à la chimie moderne.

En résumant notre pensée relativement à l'ouvrage dont nous venons de présenter une esquisse rapide, nous dirons que les *Leçons élémentaires de chimie* de M. Malaguti forment un ouvrage plein d'intérêt non-seulement pour les élèves des différentes facultés, mais encore qu'il offre aux industriels et surtout aux médecins un ensemble concis et très clair des différents points de la chimie qui peuvent les intéresser.

Dr Leconte,
professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Partout les académies nomment des commissions pour juger les figures, les mémoires. Ces commissions ne feraient-elles pas mieux de donner le conseil aux auteurs de s'exercer à manier plutôt qu'à perfectionner cet instrument si simple? Toutefois, il y a ici une remarque à faire : tout simple qu'il est, cet instrument exige une certaine habitude. Or au moment de l'opération qu'arrive-t-il? Tous les temps du manuel opératoire s'oublient, se confondent. Voilà pourquoi on veut trouver hors de soi ce qu'on doit chercher en soi.

Il n'y a pas d'instrument qui ne nécessite une certaine expérience de la part de celui qui s'en sert.

Le plus bel instrument du monde ne vaut rien sans une main habile. LES INTERNES DU SERVICE.

DE L'ULCÉRATION ET DE L'OBLITÉRATION DES CONDUITS LACTIFÈRES

dans ses rapports avec la pathologie du sein et l'hygiène des nouveau-nés.

Par M. E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

(Mémoire lu à l'Académie de médecine le 14 mars 1854.)

§ I. — *Exposition du sujet. — Divisions.* — Le sujet que je vais avoir l'honneur d'exposer devant l'Académie intéresse doublement la science et se rattache, d'une part, à la pathologie de la mamelle et, de l'autre, à l'hygiène des nouveau-nés. Si mon observation et mon interprétation sont exactes, il faudra désormais ajouter une maladie de plus dans les traités des affections du sein, et introduire un vice rédhibitoire nouveau parmi ceux qui règlent le choix des nourrices aux différents bureaux de location.

J'ai été pendant quelque temps chargé par l'administration des hôpitaux de l'inspection du bureau municipal des nourrices de la rue Sainte-Apolline, et là j'ai reçu pour être louées au public au moins 2,000 femmes en plusieurs mois; il y en a maintenant tous les jours vingt ou trente à visiter et à recevoir : c'était pour moi une heureuse occasion de vérifier les préceptes que j'ai adoptés dans l'appréciation des qualités d'une nourrice, et que j'ai formulés dans mon ouvrage sur l'hygiène de la première enfance. Dans ce travail journalier, j'ai pu voir combien l'inspection des nourrices est nécessaire et combien il serait urgent de la voir appliquer sur une plus grande échelle. C'est là que j'ai rassemblé les éléments du mémoire dont je vais à présent vous donner connaissance.

Il s'agit de la *galactophorite*, c'est-à-dire de l'ulcération et de l'oblitération de l'orifice des tuyaux galactophores, lactifères, ou autrement des conduits excréteurs de la mamelle. J'en ai réuni 175 exemples plus ou moins bien caractérisés. Quelque fréquente que soit cette altération, elle a échappé aux observateurs, par une raison naturelle et facile à comprendre. Elle ne constitue pas une maladie très douloureuse, ni très gênante pour les femmes; elle ne se montre et on ne la découvre que dans des circonstances exceptionnelles, lorsque la glande mammaire en activité de service sert à l'allaitement. C'est donc une maladie *spéciale aux nourrices*. Elle a même une très grande importance à cet égard, car, dans sa forme la plus grave, elle peut gêner la lactation au point de contraindre à réformer pour toujours une nourrice convenable sous tous les autres rapports.

Chacun sait que dans le choix d'une nourrice les considérations inspirées par l'âge, la constitution, la santé antérieure et actuelle des femmes, pas plus que l'âge et les qualités du lait, ne sauraient suffire; il faut encore tenir compte de la conformation du sein et du mamelon qui le termine. On trouve, en effet, sur cet organe un assez grand nombre de maladies qui sont autant de vices rédhibitoires. J'y ajouterai maintenant l'ulcération et l'oblitération étendue d'un grand nombre d'orifices des conduits galactophores.

Déjà l'on a signalé les excoriations, les gerçures, les crevasses, l'inflammation, l'hypertrophie du mamelon. Tous les traités de chirurgie, les dictionnaires de médecine et les livres spéciaux sur le choix d'une nourrice ont mentionné ces différentes maladies du sein, mais sans désigner le siége anatomique du mal. Astley Cooper, Blandin, Boyer, MM. Nélaton, Vidal, Velpeau leur ont consacré quelques pages dans leurs différentes publications; mais personne n'a étudié d'une manière complète la galactophorite, c'est-à-dire l'ulcération des orifices galactophores. Boyer l'indique de la manière suivante :

« Il est rare que le mamelon soit tout à fait imperforé; mais il » arrive assez fréquemment qu'il y a obstruction des conduits destinés à transmettre le lait au dehors. Cette obstruction est quelquefois le résultat de l'aplatissement et de l'induration du mamelon. Dans le premier cas, on a recours aux moyens que nous venons d'indiquer; dans le second, on insiste sur les émollients. » Dans quelques cas aussi, l'occlusion apparente des conduits galactophores dépend en partie de la turgescence de la mamelle » dans les premiers jours qui suivent l'accouchement : dans ce » cas, on doit nourrir l'enfant au biberon pendant cette période, » et lui présenter le sein lorsque celui-ci est moins distendu; sou- » vent alors le lait coule avec facilité. Du reste, l'obstruction des » conduits est souvent jointe à la dépression du mamelon et cède » aux mêmes moyens. » C'est ici, comme on le voit, une indication très insuffisante.

Dans son dernier ouvrage sur les maladies du sein, M. Velpeau en dit encore moins. Il ne désigne cette maladie que pour en nier l'existence.

Voici en quels termes il s'exprime :

« J'ignore si l'imperforation complète du mamelon a jamais été » observée, mais Boyer dit que les conduits lactés sont assez sou- » vent atteints d'une obstruction qui s'oppose à l'issue du lait. *Je » n'ai point rencontré ce genre d'obstruction;* j'ai toujours vu, la » sécrétion laiteuse une fois commencée, le mamelon laisser sortir » le lait sans véritable résistance. »

Personne donc n'a encore songé à faire connaître l'ulcération de l'orifice des conduits galactophores, la réunion de plusieurs de ces orifices en une seule ouverture, l'oblitération consécutive de l'extrémité de ces conduits, ni l'influence fâcheuse de cette maladie sur l'allaitement.

Je vais en conséquence étudier successivement ses causes, ses symptômes, sa marche et le traitement qu'elle réclame. Pour finir, j'indiquerai la conduite à suivre vis-à-vis des nourrices qui présentent cette altération. C'est, je crois, la meilleure manière d'exposer ce sujet doublement neuf, au point de vue de la pathologie et de l'hygiène publique.

§ II. *Causes.* — La peau qui recouvre le mamelon et donne passage aux conduits galactophores est tellement fine, mince et délicate, son épiderme est si facile à détruire, que les moindres causes irritantes ou mécaniques locales en déterminent facilement l'érosion et l'ulcération superficielle. Sous ce rapport, le mamelon a presque toute la susceptibilité d'une partie recouverte par une membrane muqueuse. En outre, si l'on tient compte de la disposition générale et de l'idiosyncrasie des nourrices, qui donne à l'enveloppe cutanée une susceptibilité morbide plus ou moins grande, on ne sera pas surpris de rencontrer si souvent la galactophorite, c'est-à-dire l'inflammation et l'ulcération de l'orifice de quelques conduits galactophores.

Il m'a semblé que les nourrices lymphatiques et de nature scrofuleuse étaient plus souvent affectées que les autres; et quant à la diathèse syphilitique, elle n'a aucune influence sur le développement de cette maladie; c'est d'une tout autre façon et par des lésions toutes différentes que se révèle cette diathèse.

Les érosions, les ulcérations du mamelon et de l'orifice des conduits galactophores, aussi bien que leur oblitération, sont déterminées par des causes irritantes locales : la mauvaise conformation du mamelon, rentré dans la glande mammaire par la pression du corset; les efforts faits par des ventouses pour le développer au dehors, le mâchonnement répété de cette partie par un ou plusieurs enfants, l'action contusive exercée sur elle par les premières dents, l'action irritante exercée par l'acidité de la bouche, le muguet ou les aphthes développés dans le cours de la fièvre, la grande quantité de lait qui mouille sans cesse le linge, et force à mettre le bout du sein dans des bouteilles plates spéciales, où il peut en quelque sorte macérer, sont les causes les plus ordinaires de cette maladie. J'ai vu tout récemment une nourrice qui avait, durant un voyage de vingt-quatre heures, gardé deux de ces bouteilles aplaties spéciales plus ou moins longtemps sur le sein, et qui avait l'auréole mammaire et le mamelon rouges, tuméfiés et couverts de petites érosions superficielles.

§ III. *Symptômes.* — Sous l'influence des causes que j'ai indiquées, la peau du mamelon s'enflamme, et en outre des excoriations, des gerçures ou des crevasses placées à la base, dans le sillon qui la sépare de l'auréole, elle présente aussi des gerçures et des ulcérations situées au sommet de l'organe. Ces gerçures, dont le siége anatomique est resté jusqu'ici indéterminé, intéressent un plus ou moins grand nombre de conduits galactophores, et constituent le début de la galactophorite. La maladie existe d'un seul côté ou des deux côtés à la fois. Le lait, au lieu de sortir par des orifices capillaires distincts, s'écoule alors par des ouvertures en forme de *petit cratère* qui sont l'aboutissant de trois ou quatre orifices ulcérés, et coule sans force par un ou plusieurs gros jets baveux de la glande mammaire.

Dans l'état normal, les choses se passent, on le sait, tout différemment. Chez une bonne nourrice, dont les seins n'ont jamais été malades, dont le mamelon est plus ou moins volumineux, différemment coloré suivant l'âge et le tempérament des femmes, le lait s'échappe par la pression des sinus lactifères placés dans l'auréole, sous forme d'une gerbe de quinze à vingt jets, par autant d'ouvertures d'un demi à un millimètre environ. Ce sont les orifices des conduits galactophores cachés dans les rides du mamelon. Le lait qui les traverse saute ainsi jusqu'à 3 ou 4 pieds de distance, si on a l'habitude de le traire. Il y a dans cette disposition quelque chose d'heureux : le lait n'arrive que très divisé dans la bouche des enfants qui tettent, et ils peuvent en modérer l'afflux par une succion moins énergique. Ils n'ont pas dans la bouche plus de lait qu'ils n'en veulent prendre, et ils ne sont pas exposés à avaler de travers, ce qui a lieu lorsque le lait arrive abondamment par un jet de calibre trop considérable, comme dans la maladie que je signale.

Ce symptôme est au début du mal le plus apparent et le plus facile à saisir; c'est même le seul qui ait une véritable importance; le lait coule du sein qu'on exprime par un ou plusieurs jets baveux, considérables, entremêlés de jets capillaires, de calibre normal, plus ou moins nombreux, suivant le degré de la maladie. Le sommet du mamelon est rouge sur le point malade, quelquefois grisâtre, comme diphthéritique, bien qu'il n'y ait pas à la surface de membrane à détacher.

A la loupe, on voit la place de ces érosions qui font ainsi communiquer plusieurs des conduits galactophores; mais on ne distingue que très imparfaitement leur étendue et leur profondeur. Dans l'état de repos du mamelon, la fissure est dans un repli de l'organe, et si on presse pour faire sortir le lait, c'est le liquide qui à son tour masque l'ouverture du conduit galactophore. Il est cependant de toute évidence, d'après le volume du jet qui s'échappe, que plusieurs conduits lactifères aboutissent à une même ouverture et que cette ouverture est considérablement élargie. Je n'ai vu là ordinairement qu'une ulcération très superficielle, ou plutôt qu'une érosion formée par la chute de l'épiderme sur la peau enflammée. Quand la maladie est plus caractérisée, une véritable ulcération visible à l'œil nu existe au sommet ou sur l'un des côtés du mamelon; elle forme une cavité au fond de laquelle s'ouvrent les conduits lactifères, et c'est par elle que dans la traite le lait coule en bavant. Cette ulcération, plus ou moins large, irrégulière, à fond livide ou grisâtre, aux bords peu saillants, n'a jamais une grande étendue. Il est rare qu'elle soit bien profonde, et elle n'a jamais l'étendue de celles qui sont au niveau de l'auréole, à la base du mamelon, dont elles peuvent amener la chute.

Ces ulcérations, ordinairement passagères et de courte durée, peuvent guérir par un repos de la mamelle durant quelques jours; mais si, au contraire, les femmes s'obstinent à continuer l'allaitement direct, sans bout de sein artificiel, la solution de continuité s'agrandit, creuse en profondeur; elle peut devenir douloureuse, amener l'inflammation profonde du mamelon, et l'allaitement devient impossible. Dans quelques circonstances, cette lésion est le point de départ d'engorgements glanduleux profonds bientôt suivis de suppuration et d'abcès du sein. Astley Cooper en a cité des exemples, et j'en ai vu plusieurs à l'hôpital Necker, dans le service des nourrices, où j'ai passé deux ans.

Sous l'influence de quelques applications topiques et du repos forcé, l'ulcération se cicatrise; un ou plusieurs conduits galactophores s'oblitèrent, et l'allaitement peut continuer par les orifices restés libres. Mais si le bout du sein a été pris dans une grande étendue et qu'on ait été obligé d'interrompre l'allaitement, l'organe durcit, s'indure et s'atrophie au bout de quelques mois. Tantôt il reste saillant au dehors de la glande et tantôt il se retire en arrière sous l'influence de la rétraction du tissu fibreux cicatriciel intérieur. Alors la plupart des orifices lactifères sont oblitérés. En pressant l'auréole du sein pour opérer la traite et faire sortir du lait, on n'obtient qu'une très petite quantité de liquide décomposé formé du sérum tenant en suspension une plus ou moins grande quantité de colostrum et de caseum coagulé.

Chez quelques femmes du lait sort avec assez d'abondance; chez d'autres, il ne peut à peine plus rien sortir de la glande mammaire. Cela dépend de l'ancienneté du mal, de l'étendue de la lésion et du nombre des conduits galactophores compromis par elle. D'une manière générale, on peut dire que plus la lésion est ancienne, et c'est ce qui arrive lorsqu'elle date d'un premier allaitement depuis longtemps terminé, moins il y a de lait dans le sein malade; on rencontre même des femmes dont le sein n'en renferme plus une seule goutte et ne pourra plus jamais en sécréter à l'avenir.

Les érosions superficielles du mamelon et de l'orifice des conduits galactophores ne sont pas très douloureuses. Elles occasionnent un peu de cuisson aux heures de l'allaitement; il faut qu'elles soient bien étendues pour déterminer une véritable douleur. Elles ne causent jamais autant de souffrances que les crevasses proprement dites, et les ulcères de l'auréole ou de la base du bout de sein. C'est à ce point que beaucoup de femmes les supportent sans se plaindre et peuvent les conserver très longtemps pendant plusieurs mois de leur état de nourrice. C'est une maladie toute *locale*, que nous présentons comme telle, et qui n'a aucun retentissement appréciable ou manifeste sur les grandes fonctions.

(*La fin au prochain numéro.*)

DE L'EMPLOI DE L'INOCULATION DU VIRUS VACCIN

comme moyen infaillible de destruction et de guérison d'une tumeur de nature douteuse,

Par M. le docteur Elie BELLENCONTRE.

Mlle Vatine, rue de Quillebeuf, à Pont-Audemer (Eure), âgée de dix-neuf ans, d'une forte constitution, nervo-sanguine, ayant toujours été régulièrement et abondamment menstruée, fut *vaccinée* dans son enfance. Elle portait, en 1845, une tumeur située à l'angle interne du sourcil droit, vers la réunion des os propres du nez avec le frontal. Cette tumeur bilobée, dont chaque lobe était de forme conique et de la grosseur d'une noisette, avait commencé par un tout petit bouton auquel la malade ne faisait aucune attention; mais comme il grossissait d'une manière assez rapide depuis un an environ et devenait aussi de plus en plus douloureux à la pression, elle se décida à me consulter. Cette tumeur n'était nullement adhérente à l'os frontal. Après examen, je lui conseillai l'ablation de cette tumeur; mais comme il fallait se servir d'un bistouri, elle s'y refusa, tant elle avait en horreur les instruments tranchants. Déjà on avait employé plusieurs moyens empiriques, qui tous avaient échoué. Néanmoins elle était bien décidée à s'en débarrasser par tous les moyens possibles, sauf pourtant par le bistouri. J'eus alors l'idée, quoiqu'elle eût été vaccinée dans son enfance, de tenter sur la tumeur l'inoculation du virus vaccin.

Voici comment je procédai :

Je pratiquai circulairement sur la base de la tumeur cinq piqûres superficielles faites avec la pointe d'une lancette chargée de vaccin qui m'avait été envoyé dans des tubes de verre par l'Académie de médecine. Quelques jours après cette *revaccination*, l'éruption des pustules vaccinales se développa, la suppuration s'établit et la dessiccation eut lieu; en un mot, tous les symptômes et phénomènes qui accompagnent et caractérisent la vaccination se manifestèrent, et il ne resta de cette tumeur de *nature douteuse* qu'une cicatrice gaufrée plus

blanche que le reste de la peau, laquelle succède toujours aux pustules vaccinales.

Satisfait d'un pareil succès, j'ai depuis continué mes expérimentations sur diverses tumeurs, telles que kystes superficiels, verrues ou poireaux, ainsi que sur ces petites tumeurs cancéreuses de la face connues sous le nom de *noli me tangere*, etc., qui défigurent tant de personnes, contre lesquelles une quantité innombrable de moyens ont été employés presque tous infructueusement, et contre lesquelles j'ai aussi complétement réussi. Plusieurs années se sont passées depuis l'opération de ces différentes tumeurs, toujours à l'aide de cette méthode, et aucune n'a repullulé.

Ce qu'on se propose dans une opération pratiquée sur la face, c'est d'éviter surtout les cicatrices consécutives à une perte de substance qui eût infailliblement existé à la suite de l'ablation; et, sans contredit, de tous les procédés, celui qui donne le meilleur résultat dans ce sens, c'est la vaccination, qui, du reste, ne saurait, pratiquée superficiellement suivant les règles de l'art, déterminer des accidents redoutables et laisser d'autres traces apparentes que celles qui résultent de la vaccination ordinaire.

Dans le cas où la constitution du sujet sur lequel j'ai expérimenté était réfractaire à l'inoculation du vaccin, soit parce qu'il avait été vacciné peu d'années auparavant, soit par toute autre cause à nous inconnue, j'ai employé un autre moyen opératoire que j'aurai l'honneur de vous faire connaître prochainement en vous adressant les observations, ce que je ne puis faire en ce moment, quelques-unes étant incomplètes et ayant encore besoin de revoir les personnes sur lesquelles j'ai opéré.

Je ne doute pas que d'honorables confrères ne sanctionnent par leurs propres expériences les succès que je leur annonce avoir obtenus par ce mode de traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 mars 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

A propos du procès-verbal, M. Verneuil revient sur l'histoire de la malade qu'il avait présentée dans la dernière séance. Il désirerait connaître l'opinion de ses collègues sur la nature de la tumeur frontale et sur le traitement à suivre.

Deux hypothèses lui paraissent pouvoir être discutées dans cette circonstance: ou la tumeur est formée par le liquide céphalo-rachidien qui se ferait jour à travers une perforation des os, ou elle est le résultat d'une communication anormale établie entre les deux circulations interne et externe du crâne.

C'est surtout à cette dernière interprétation qu'il donnerait la préférence. Il existe, en effet, dans les *Annales de la Société de biologie* une observation communiquée par M. Léon Dufour, chirurgien militaire, qui offre les plus grandes analogies avec le fait actuellement en discussion.

Un soldat présentait sur la région frontale une tumeur qui, déjà de date ancienne, se serait, au dire du malade, développée à la suite d'un violent coup de crosse de fusil appliqué sur la région malade. Comme chez la jeune fille présentée à la Société, la tumeur était réductible sous la pression, et elle reparaissait lorsque le malade était couché ou s'il baissait la tête, sans que les efforts ni la toux en accélérassent la reproduction. On ne sentait, par le toucher le plus attentif, aucune communication appréciable avec l'intérieur du crâne par une perforation des os.

A l'autopsie, on put constater la présence d'une poche située entre le périoste et l'os, poche qui communiquait par un nombre considérable de pertuis avec des veines intra-crâniennes qui se rendaient dans les sinus veineux.

La peau n'était pas altérée; elle n'était qu'amincie.

Si, comme je le pense, ajoute M. Verneuil, la tumeur de ma jeune malade peut être considérée comme semblable à celle observée par M. Dufour, tout le traitement doit être repoussé.

M. Morel-Lavallée a examiné avec grand soin l'intéressante malade de M. Verneuil; il a reconnu tous les symptômes indiqués; il a été frappé de la saillie du bourrelet osseux qui limite la tumeur.

Quant au diagnostic, en raison de la non-influence des efforts sur la reproduction de la tumeur lorsqu'elle a été réduite, il est disposé à repousser l'idée d'une communication avec l'intérieur du crâne. Il pense qu'il s'agit d'un kyste vasculaire; aussi admet-il comme très indiquée la compression qui, pratiquée méthodiquement à l'aide d'un bandage à double pelote, s'appliquerait dans cette région avec la plus grande facilité.

M. Verneuil ne partage pas l'opinion de M. Morel sur la nature de l'affection; car autour de la tumeur il n'existe aucun développement vasculaire, et après la réduction, la reproduction ne se fait que très lentement.

Quant au traitement par la compression, il a été essayé, mais il est très douloureux, et devient insupportable si la malade éprouve une émotion vive.

M. Chassaignac a cité dans sa thèse une observation de tumeur vasculaire du crâne dans laquelle existaient des communications entre les vaisseaux intra et extra-crâniens. Ce fait avait été signalé par Bérard.

M. Verneuil fait remarquer que dans le fait de Bérard la communication avait lieu au niveau d'une suture.

M. Larrey a parfaitement connaissance de l'observation de M. Dufour, très exactement rapportée par M. Verneuil. Il est disposé à admettre une analogie entre ces deux faits.

M. Chassaignac pense qu'on est mal fondé à arguer de la non-communication de la tumeur avec l'intérieur du crâne parce qu'elle ne s'accroît pas sous l'influence des efforts. Quelquefois l'étroitesse des communications est telle, que la transmission ne peut se faire qu'avec une extrême lenteur. Dans un cas d'hydro-encéphalocèle, M. Chassaignac a eu la confirmation de cette appréciation.

M. Morel-Lavallée reconnaît comme digne d'intérêt la remarque faite par M. Chassaignac, mais au point de vue général. Quant à l'application au fait particulier dont il s'agit, elle ne peut être juste; car le développement de la tumeur se fait assez rapidement.

L'absence de coloration de la peau ne saurait, du reste, faire rejeter l'idée d'une tumeur vasculaire; car on sait que des tumeurs érectiles profondes n'altèrent en rien la coloration de l'enveloppe cutanée.

Arrachement du doigt indicateur. — M. Chassaignac montre la pièce anatomo-pathologique dont il a été déjà fait mention dans le dernier procès-verbal. Nous transcrivons les détails de cette observation.

L'arrachement des doigts avec des portions plus ou moins considérables des fibres charnues qui s'y insèrent a été l'objet d'un travail intéressant de Morand, travail publié parmi les mémoires de l'Académie de chirurgie.

A l'occasion de deux faits de ce genre fort intéressants communiqués par notre collègue M. Debrou, et de quelques observations de M. Robert, la Société de chirurgie s'est occupée de cette question dans ses séances du 26 mai et du 2 juin 1852. Je viens lui soumettre une observation qui est peut-être plus curieuse qu'aucune de celles qui sont connues jusqu'à ce jour, et cela à raison de la grande étendue dans laquelle a eu lieu l'arrachement du tendon et des fibres charnues, ainsi que de la conservation simultanée sur cette pièce des trois tendons que présente le doigt indicateur. Il s'agit, en effet, d'un doigt indicateur arraché par le mécanisme que voici:

Une poulie mise en mouvement par une force de deux chevaux et faisant soixante tours à la minute laisse échapper de l'intérieur de sa gorge la corde qu'elle renfermait. Un ouvrier cherche à replacer cette corde dans sa position première, la poulie tournant toujours. Mais au moment où cette manœuvre s'accomplit, le doigt indicateur de la main droite se trouve saisi entre la poulie et la corde, et il est entraîné avec la rapidité que suppose le mouvement dont nous avons parlé.

La première phalange de l'indicateur est fracturée à un centimètre et demi de l'articulation métacarpo-phalangienne. Les chairs sont divisées comme par un instrument tranchant; mais les tendons résistent et ne sont arrachés qu'à une certaine profondeur dans le corps de l'avant-bras.

Le malade est amené à l'hôpital Saint-Antoine après avoir subi la désarticulation de la portion de la phalange qui tenait encore à l'articulation métacarpo-phalangienne. Le seul accident qui ait eu lieu a consisté en un abcès de l'éminence thénar, abcès qui a été ouvert et qui s'est parfaitement guéri.

La pièce présente les trois tendons, l'extenseur et les deux fléchisseurs, le superficiel et le profond. Le tendon extenseur est arraché dans une étendue de trois travers de doigt; le tendon du fléchisseur superficiel présente une longueur plus considérable. Quant au tendon du fléchisseur profond, il offre une longueur de dix à douze travers de doigt, avec arrachement d'une portion assez considérable des fibres charnues du fléchisseur profond.

CORRESPONDANCE.

M. Laborie donne lecture de la lettre suivante:

« *A M. le Président de la Société de chirurgie.*

» Monsieur,

» La commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine, reconnue aux termes d'un décret comme établissement d'utilité publique, a l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie le compte rendu de l'exercice de 1853 comme un hommage de respectueuse déférence et de souvenir reconnaissant pour votre savante Compagnie, qui a bien voulu, au commencement de l'année, donner à l'Association un témoignage de sympathique intérêt.

» Agréez, monsieur le président, l'assurance de la haute considération avec laquelle je suis, etc.

» *Le secrétaire général honoraire*, Perdrix. »

— La Société reçoit les journaux de médecine de la semaine.

— M. Robert dépose sur le bureau une brochure de M. Buck (de New-York) intitulée *Du traitement chirurgical des productions morbides développées dans le larynx*.

M. Buck a déjà adressé un nouvel instrument pour extraire les corps étrangers engagés dans les voies aériennes. Cet honorable chirurgien, placé à la tête d'un grand hôpital, demande le titre de membre correspondant. (Commissaires: MM. Voillemier, Cullerier et Robert.)

— M. Monod dépose également sur le bureau une observation nouvelle de M. Salleneuve (de New-York), déjà candidat pour le titre de membre correspondant. (Renvoyée à la commission déjà nommée.)

Rapport verbal. — M. Verneuil fait un rapport sur une thèse de M. Boullard, intitulé *Quelques notes sur l'utérus.*

La Société a renvoyé à une première séance la discussion sur ce rapport.

Modification apportée au règlement. — Après une discussion, la Société adopte à l'unanimité la modification réglementaire suivante:

« Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme, s'il y a lieu, par scrutin de liste et à la majorité relative, une commission de trois membres chargée de faire un rapport sur les titres des candidats. »

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

ASSOCIATION MÉDICALE D'EURE-ET-LOIR.

Nous recevons, avec invitation de la publier, la lettre suivante, qui a été lue dans la dernière séance de l'Académie de médecine, et que nous n'avons fait que mentionner.

A M. le secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

Monsieur le secrétaire,

Le bureau de l'Association médicale du département d'Eure-et-Loir ayant été chargé par décision unanime des membres présents à la réunion générale de la Société le 27 février 1854 d'adresser à l'Académie une note relative à l'éducation des sangsues, nous profitons de la lecture du rapport fait par M. Soubeiran dans la dernière séance pour vous faire parvenir cette communication.

Il s'agit, monsieur le secrétaire, d'éclairer la justice de l'Académie sur la haute approbation décernée à M. Borne (de Clairefontaine) pour ses procédés nouveaux de reproduction des sangsues, cette note a pour but d'établir qu'il importe de reporter la plus large part de ces félicitations à un praticien modeste, confrère éminent et universellement estimé, M. Harreaux (de Grouville-Saint-Léger).

Les travaux de M. Harreaux ne datent pas seulement de ces dernières années; ses marais pour l'accroissement et la multiplication des sangsues étaient établis avec l'assistance de M. Petit, géomètre, trois ans avant les bassins de Clairefontaine. Dès 1848, les médecins de l'Association, amis de ce savant confrère, purent assister à ses premiers essais et juger par eux-mêmes avec quelle religieuse attention celui ci, après avoir lu l'histoire complète des annélides, s'appliquait à peupler ses bassins des produits végétaux utiles aux nouveaux hôtes qu'il voulait y acclimater.

En 1849, les bassins de Grouville étaient en pleine exploitation. L'auteur, déjà familiarisé avec l'éducation des sangsues, en avait élagué toutes les dispositions inutiles, et ceux-ci étaient réduits pour ainsi dire à leur état le plus grand de simplicité. Les sangsues y étaient nourries avec des grenouilles, avec du sang de bœuf ou de veau tout chaud apporté d'une boucherie située à huit minutes de là. Le marais offrait un fossé de ceinture, un pavillon au milieu, des berges de terre remuées et ombragées par du friche pour le dépôt des cocons. A cette époque enfin, la réputation des bassins à sangsues de Grouville s'était tellement agrandie, que l'administration des hôpitaux de Chartres n'avait pas craint, sur la recommandation de ses médecins et chirurgiens, d'y envoyer, pour la revivification, quatre cents sangsues déjà gorgées. Disons, en passant, que les sangsues ainsi revivifiées donnèrent ensuite naissance aux plus beaux produits de l'établissement.

Ce fut dans le même temps (14 mai 1850) qu'eut lieu à Grouville la visite de M. Borne, épicier à Saint-Arnoult. Il avait déjà essayé avec peu de succès l'élève des sangsues seulement, et non leur *reproduction*, dans un petit réservoir en maçonnerie situé dans son jardin. Ce jour-là même six personnes nourrissaient les sangsues avec du sang de bœuf et de veau encore chaud. M. Harreaux, connu par sa bienveillance envers tout le monde, entretint sans réserve M. Borne de sa tentative, et pendant trois heures il lui expliqua toutes les particularités de l'art d'élever les sangsues. M. Borne, qui ne s'était encore occupé que du développement du filet, y apprit que les sangsues étaient ovipares, et non vivipares, ce que prouvaient les nombreux cocons déposés sous le friche. M. Borne pensait que les jeunes sangsues se nourrissaient en se suspendant au ventre de leur mère; M. Harreaux lui démontra qu'il prenait des glossiphonies pour de jeunes sangsues. M. Borne n'élevait des sangsues que dans un bassin en maçonnerie; M. Harreaux lui indiqua qu'il était possible de les élever avec du sang chaud, et de les faire reproduire dans un marais avec un fossé de ceinture, pavillon au milieu, berges de terre remuées et ombragées. Ce jour-là M. le docteur Voyet, président de l'Association médicale, assistait à la démonstration, et M. Lebordais, pharmacien à Auneau, un de nos collègues, qui avait servi de guide à M. Borne, se rappelle parfaitement encore les particularités de cette visite.

D'un autre côté, en janvier 1851, M. le docteur Harreaux adressait à M. Soubeiran, alors directeur de la pharmacie centrale, un mémoire sur l'éducation et la reproduction des sangsues. L'Académie regrettera avec nous que ce mémoire, égaré dans les archives des hôpitaux, n'ait pu être consulté à temps par l'honorable académicien actuel; il eût sans aucun doute rapporté à qui de droit la belle découverte pour laquelle l'Académie a donné dans sa dernière séance sa haute approbation.

Monsieur le secrétaire, l'Association médicale d'Eure-et-Loir, en adressant à l'Académie cette instante réclamation, ne désire que réparer pour un de ses membres un regrettable oubli; elle avait à cœur de démontrer, pièces en mains, que ce n'est pas à M. Borne qu'il faut attribuer les procédés nouveaux si vantés de la reproduction et de l'éducation des sangsues; après avoir été témoin elle-même jour par jour des travaux d'un honorable confrère, elle ne pouvait l'en laisser dépouiller sans mot dire devant son juge naturel et illustre, l'Académie impériale de médecine.

Nous avons l'honneur, etc. Pour le bureau de l'Association,

Le secrétaire, Boutet. *Le président*, Voyet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

A la suite d'un rapport de M. le ministre de l'instruction publique, aussi remarquable par l'élévation des pensées qu'il est honorable pour le savant distingué qui en est l'objet, S. M. l'Empereur a rendu le décret suivant:

Art. 1er. La chaire de botanique, anatomie et physiologie végétales de la Faculté des sciences de Paris est et demeure supprimée.

La chaire d'organographie végétale de ladite Faculté prend le titre de chaire de botanique.

Le cours de botanique dure deux ans, et commence, chaque année, le 1er mars; l'une des deux années est consacrée à l'anatomie et à la physiologie végétales, l'autre à la botanique descriptive.

Art. 2. Il est créé à la Faculté des sciences de Paris une chaire de physiologie générale.

Art. 3. M. Claude Bernard, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences de Paris.

— Nous avons le regret d'apprendre que notre honorable confrère M. le professeur Roux, dont la santé s'était assez bien rétablie pour qu'il ait pu siéger lundi dernier à l'Académie des sciences, a été pris depuis de nouveaux accidents qui inspirent les plus vives inquiétudes.

Le Sérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 35. — JEUDI 23 MARS 1854 | (27e ANNÉE.) | N° 35. — JEUDI 23 MARS 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 22 MARS 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

A l'Académie de médecine comme ailleurs, plus qu'ailleurs peut-être, l'esprit humain se plaît dans la contradiction. Le petit orage soulevé il y a huit jours par la chirurgie militaire à l'occasion de la présentation des métamorphoses de la syphilis nous a valu aujourd'hui quelques ondées. C'était à qui aurait sa petite présentation à faire, sa petite analyse à réciter, et les *allons, c'est assez, c'est bien* de l'honorable secrétaire perpétuel n'ont eu aucune influence sur la proportion des *speeches* que l'on s'était proposé de réciter.

Chose singulière, dans cet abatis d'offrandes, aucune n'a soulevé la moindre question d'honorabilité médicale. Les holocaustes même de M. Robinet ne nous ont valu aucune observation; aucune susceptibilité n'a trouvé à mordre sur les B, les X, les Z de l'habile rapporteur des remèdes secrets. A moins que les syndics avortés de la presse médicale, pour se venger de leur échec, ne se soient entendus pour jouer au public quelque nouvelle *fantasia* plus ou moins ridicule, nous aurons échappé, cette semaine, à cette périodique élucubration.

En revanche, nous avons eu de M. Ferrus un rapport parfaitement écrit, parfaitement pensé, parfaitement conclu, et tel que nous désirerions en rencontrer plus souvent sur notre chemin. Il s'agissait d'un travail volumineux de M. Pinel neveu sur l'emploi des bains et des affusions prolongés dans le traitement de l'aliénation mentale. M. Pinel a fait construire un bonnet en caoutchouc fort ingénieux, et au moyen duquel les affusions peuvent être faites sur la tête sans aucun danger pour le refroidissement des parties sous-jacentes, par suite de l'écoulement des eaux ménagé dans des conduits qui les rejettent au dehors.

Malgré quelques observations de M. Baillarger, que M. Ferrus a réfutées fort adroitement, les conclusions ont été adoptées, et le rapport et le mémoire de M. Pinel seront renvoyés au comité de publication, avec la recommandation à l'auteur d'abréger, de condenser *considérablement* son travail, qui contient un grand nombre de faits intéressants.

Au rapport de l'honorable M. Ferrus a succédé une lecture remarquable de M. Chassaignac. Le nouveau chirurgien de l'hôpital Lariboisière est d'une infatigable et bien louable activité. Tous les journaux sont pleins de ses communications, et l'Académie, qui a été gratifiée hier de cette lecture, n'a eu qu'à se féliciter d'avoir sa part dans la moisson. Il s'agissait d'*études sur le phlegmon diffus*. Nous donnons de ce mémoire une analyse assez étendue et y joignons les conclusions. Quelle que soit l'opinion que l'on se forme sur la distinction du *phlegmon diffus* et du *phlegmon par diffusion*, les indications pratiques que pose l'auteur sur la profondeur et l'écartement à observer dans les incisions seront méditées avec fruit.

Nous allions oublier de dire que pendant ces lectures le scrutin n'a pas cessé de fonctionner, et qu'une masse de commissions pour les prix est sortie de ses flancs, qui se fermaient et s'ouvraient avec une *prestidigitité* merveilleuse. On en trouvera l'énumération dans le compte rendu de la séance.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Affection des os du pied. — Quelle méthode d'amputation convient-il de pratiquer ?

Il s'agit d'un homme de 60 ans, serrurier, et qui est entré à la Clinique pour une affection des os du pied. Il porte trois abcès échelonnés sur la ligne tarso-métatarsienne. Un de ces abcès a été ouvert; il en est sorti un pus séreux, mal lié; un stylet introduit est arrivé immédiatement sur les os du tarse dénudés dans une grande étendue. M. Nélaton ne pense pas que le foyer se déterge et que la cicatrisation succède à l'élimination des parcelles osseuses nécrosées; aussi a-t-il proposé l'amputation au malade. Mais quelle amputation pratiquer ? Dans le cas actuel, le choix se trouve forcé : l'affection occupant la partie antérieure des os du tarse, les cunéiformes particulièrement, il faut agir au delà de ces os. M. Nélaton croit que l'altération est circonscrite à la partie antérieure des os du tarse, de sorte qu'en passant dans la ligne médio-tarsienne, selon la méthode de Chopart, on pourra enlever tous les os malades.

Ainsi c'est l'amputation de Chopart ou médio-tarsienne qui paraît applicable. Cependant quelques chirurgiens préféreraient l'amputation sous-astragalienne ou la désarticulation tibio-tarsienne avec retranchement des malléoles ou même l'amputation sus-malléolaire.

Examinons les objections dirigées contre l'amputation de Chopart.

1° *L'amputation dans la continuité du tarse laisse en arrière des os assez altérés pour nécessiter bientôt une nouvelle opération.* — Il arrive en effet assez fréquemment qu'après une amputation médio-tarsienne pratiquée pour une tumeur blanche des os du pied qui datait d'un ou deux ans et siégeait chez un enfant, on laisse en arrière des os malades. Supposons qu'on ait pratiqué une amputation sus-malléolaire dans ces conditions, on trouvera les os composant la partie postérieure du tarse, non pas cariés, ni nécrosés, mais modifiés de telle façon qu'un instrument tranchant les coupe facilement comme un cartilage. Or, si ces os sont laissés pour soutenir le poids du corps, il est évident que la maladie reparaîtra et nécessitera de nouveau l'intervention de la chirurgie. Mais remarquons que ces inconvénients s'appliquent aux tumeurs blanches très-anciennes et particulièrement à celles des enfants qui présentent les modifications déjà indiquées. Notre malade a soixante ans, sa tumeur blanche date tout au plus de 6 mois : l'objection à la méthode de Chopart tombe donc dans le cas actuel.

2° *Après l'amputation médio-tarsienne il y a ordinairement un renversement en arrière et en dehors de la partie restante du pied*, de sorte que le malade appuie en marchant sur la cicatrice; celle-ci s'ulcère, et alors la marche est difficile. — D'abord, on peut prendre des précautions spéciales pour obvier à ce renversement; ensuite, tous les amputés ne présentent pas ce renversement, même quand on n'a pas pris les précautions qui le préviennent.

M. Robert conseille de donner au membre une position telle que le talon soit reporté fortement en avant pendant la cicatrisation; il dit avoir obtenu ainsi des guérisons non suivies du renversement du pied en arrière. Enfin, si ce renversement se produisait, on pourrait y remédier par la section du tendon d'Achille. Cependant il ne faut pas avoir trop de confiance dans cette section. On trouve dans la thèse de M. Robert une observation relative à un malade chez lequel cette section dut être faite quatre fois; après chaque section le malade était guéri en apparence et sortait de l'hôpital; mais le renversement ne tardait pas à revenir et à nécessiter une nouvelle section du tendon d'Achille. La quatrième section fut faite par M. Robert, qui obtint, à l'aide de son appareil, une cicatrisation telle qu'il la désire.

On doit généralement préférer l'amputation de Chopart à l'amputation sous-astragalienne. Celle-ci est longue, difficile, laisse une vaste poche où le pus séjourne; la suppuration épuise le malade. Or, nous avons à opérer un homme de soixante ans, et on sait que les amputations sont très-dangereuses chez les individus qui ont dépassé l'âge adulte. Les inconvénients dont nous venons de parler s'appliquent aussi à la désarticulation tibio-tarsienne.

Quant à l'amputation sus-malléolaire, elle n'est pas plus grave que celle de Chopart; mais il y a entre elles une grande différence pour le résultat définitif. L'amputation de Chopart permettra au malade de se tenir sur ses jambes; il aura un point d'appui régulier avec son talon, tandis que l'amputation sus-malléolaire le priverait de ces avantages, qu'un appareil ne remplacerait que très imparfaitement.

Un mot sur le manuel opératoire de l'amputation de Chopart.

Donnée anatomique. — Face dorsale : sur cette face, la ligne inter-articulaire médio-tarsienne représente un S allongé.

Faces latérales. — En dedans il ne faut pas oublier que l'interligne articulaire est très oblique, de sorte que l'incision devra être faite très obliquement en dedans.

En dehors, l'interligne articulaire est au contraire perpendiculaire.

Points de repère. — En dedans, saillie du scaphoïde.

En dehors, l'interligne est à un demi-pouce en arrière de la saillie du cinquième métatarsien.

Ainsi l'incision sera faite immédiatement en arrière de la saillie du scaphoïde et à un demi-pouce en arrière de la saillie du cinquième métatarsien.

Le milieu de l'interligne articulaire se découvre en portant le pied en bas; de cette manière on fait saillir la tête de l'astragale, le milieu de l'interligne se trouve immédiatement en avant.

Les ligaments dorsaux et latéraux s'insèrent à une assez grande distance des surfaces articulaires; de sorte que leur section permet toujours de pénétrer dans l'articulation.

Il y a aussi entre le calcanéum et le scaphoïde un ligament profond dont la section est facile.

Section des parties molles. — Elle ne doit pas être faite juste au niveau des surfaces articulaires, mais un peu en avant, à cause de la rétractilité. Quant au lambeau inférieur, on le taillera après avoir fait préalablement une section en dehors et en dedans. C'est le procédé qui, selon nous, assure le mieux la régularité du lambeau inférieur; car le couteau incisant d'arrière en avant n'a qu'à suivre la voie tracée par les incisions faites en dehors et en dedans.

L'examen de la partie amputée a prouvé que l'opération était nécessaire. On voit les dénudations osseuses sur lesquelles arrivait le stylet; les cartilages articulaires sont amincis, absorbés en grande partie. En outre, on constate facilement cette tuméfaction fongueuse du tissu cellulaire sous-synovial qui compose les fongosités articulaires.

Une douleur très vive dans le moignon s'est développée pendant la soirée du jour de l'opération et a persisté toute la nuit; elle était accompagnée d'un suintement sanguinolent. Le lendemain, à la visite du matin, la douleur continuait, l'appareil de pansement était imbibé de sang assez profondément; on l'a enlevé et on a vu un petit caillot sanguin au-dessous du bord du lambeau. Ici une question se présentait : fallait-il mettre la plaie à nu pour enlever les caillots qui la recouvraient? C'est un parti qu'il faut prendre en certaines circonstances. Ces circonstances sont les suivantes : épanchement sanguin très considérable et disparition des parties telle qu'on ne peut expulser les caillots par la compression. Chez notre malade, au contraire, l'épanchement n'était pas très-considérable, et une légère compression pouvait faire sortir le sang par tous les points du lambeau. Le malade, d'ailleurs, est dans un état très satisfaisant, qui permet d'espérer une guérison rapide.

A. L.

ÉTUDES SUR LE PHLEGMON DIFFUS.

Par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Dans la première partie de ce travail, l'auteur, analysant les faits épars dans la science et particulièrement les 34 observations renfermées dans le mémoire de Duncan, établit que parmi ces observations 15 se rapportent à des phlébites, des angioleucites, des phlegmons circonscrits, etc.; que 10 autres ne sont pas à l'abri de toute contestation au point de vue du diagnostic, en ce sens qu'il n'est question ni d'incisions faites pendant la vie ni d'autopsie, et que par conséquent le nombre des cas de phlegmon diffus mentionnés par cet auteur recommandable se trouve singulièrement réduit.

Pour écarter toutes les causes d'erreur qui ont régné et règnent encore au sujet du phlegmon diffus, M. Chassaignac s'est attaché ensuite à séparer très nettement de cette maladie toutes celles avec lesquelles elle aurait pu être confondue, savoir :

1° Certaines phlegmasies diffuses du tissu cellulaire;
2° L'érysipèle œdémateux;
3° L'œdème douloureux;
4° Le phlegmon par diffusion.

Le moyen diagnostique par excellence qui a servi à l'auteur non-seulement à distinguer le phlegmon diffus de toutes les affections qui présentent quelque rapport avec ce dernier, mais encore à préciser ses diverses formes, a consisté principalement à étudier les détails anatomiques des incisions pratiquées dans un but thérapeutique. Pour cela le chirurgien, muni d'éponges fines largement imbibées d'eau, nettoyait avec soin, après chaque coup de bistouri, la surface de la plaie et observait minutieusement toutes les particularités qui se présentaient à lui.

C'est en agissant ainsi que M. Chassaignac a pu établir avec une rigoureuse précision les variétés de phlegmon diffus dont il a donné la

description. Ces variétés se rapportent à quatre chefs qui sont désignés ainsi :

1° Phlegmon diffus par nappe purulente;
2° Phlegmon diffus panniculaire;
3° Phlegmon diffus sous-aponévrotique;
4° Phlegmon diffus total.

Le phlegmon diffus par nappe purulente a pour caractère essentiel l'occupation du tissu celluleux de glissement qui se trouve à la surface des aponévroses d'enveloppe par une nappe purulente tantôt concrète, tantôt liquide, et remarquable par sa coloration jaune verdâtre. C'est de toutes les variétés la plus fréquente, et la lésion anatomique qui la distingue avait paru d'abord, à l'auteur tellement constante qu'il avait cru trouver là le fait fondamental de la maladie.

Le phlegmon diffus panniculaire offre ceci de particulier, que la peau, doublée de son pannicule graisseux, porte pour ainsi dire avec elle toute la maladie. Les mailles du tissu cellulo-adipeux sont chargées d'une plus ou moins grande quantité de matière concrète, et cet état pathologique se concilie avec l'intégrité des aponévroses et des couches musculaires sous-jacentes.

Le phlegmon diffus sous-aponévrotique est constitué par l'envahissement purulent concret du tissu celluleux qui se trouve à l'intérieur des gaines musculaires et au contact de la fibre charnue. Dans ces cas, les muscles sont comme enduits d'une couche purulente blanchâtre, poisseuse, qui se détache difficilement, et qu'on ne réussit à entraîner qu'à l'aide des douches répétées, après des incisions d'une étendue suffisante.

Quant au phlegmon diffus total, c'est celui dans lequel l'occupation purulente est tellement généralisée que la sécrétion concrète s'effectue dans toutes les couches du membre en même temps.

Il résulte des idées émises par l'auteur dans ce travail que le traitement repose avant tout sur une indication fondamentale, celle des incisions longues, multipliées, pénétrant jusqu'à l'aponévrose, dans tous les cas sans exception, et divisant cette dernière quand on la trouve altérée dans sa couleur. Toutes les autres méthodes de traitement sont considérées par M. Chassaignac comme n'ayant dû leur efficacité qu'à ce qu'elles ont été employées dans des cas qui n'étaient pas de véritables phlegmons diffus.

L'auteur termine en insistant d'une manière toute particulière sur l'emploi consécutif des douches détersives, au moyen desquelles on débarrasse une ou deux fois par jour le champ des incisions des produits qui s'y accumulent, et qui s'opposent à la libre issue de la suppuration. Ces douches ont encore pour avantage d'abréger la marche de la maladie. En effet, suivant qu'on facilite ou qu'on abandonne à la nature l'élimination des produits morbides, on active ou on retarde la succession des périodes du phlegmon diffus. Devancer les événements en pareille circonstance, c'est assurer le succès du traitement.

Dans les cas où le phlegmon diffus, après avoir envahi tout un membre, menace d'atteindre des portions plus ou moins considérables du tronc, l'amputation faite à propos et dans l'article peut seule sauver la vie du malade.

Nous compléterons cette analyse rapide du travail de M. Chassaignac par l'énoncé des conclusions dans lesquelles l'auteur a résumé ses principales idées sur le phlegmon diffus.

CONCLUSIONS. — I. L'étude anatomique des périodes initiales du phlegmon diffus ne peut se faire que dans les conditions suivantes :

Ou bien lorsqu'on fait l'autopsie la lésion locale étant encore à son début, ou bien au moyen d'incisions faites de très bonne heure dans un but tout à la fois diagnostique et thérapeutique, et dont on étudie attentivement les coupes en s'aidant du lavage et de l'éponge.

II. Dans le phlegmon diffus, l'aponévrose ne perd pas sa couleur normale tant que le pus est à sa surface externe; mais toutes les fois qu'il s'est formé du pus dans les parties que recouvre l'aponévrose, celle-ci prend une teinte jaune verdâtre. On peut dire que les aponévroses se teignent pathologiquement du dedans au dehors, et non du dehors au dedans.

III. On peut admettre quatre variétés de phlegmon diffus :

1° Le phlegmon diffus par nappe purulente;
2° Le phlegmon diffus panniculaire;
3° Le phlegmon diffus sous-aponévrotique;
4° Le phlegmon diffus total.

Dans la variété panniculaire, le pus réside exclusivement dans les mailles du tissu cellulo-adipeux qui double la peau.

Dans la variété dite par nappe purulente, une formation de pus concret occupe la couche du tissu cellulaire séreux extérieur aux aponévroses.

Le phlegmon diffus sous-aponévrotique présente le pus exclusivement renfermé dans les gaines musculaires.

Le phlegmon diffus total consiste dans une infiltration purulente simultanée de toutes les couches du membre.

IV. Dans le diagnostic du phlegmon diffus, il faut s'attacher à bien saisir les caractères qui le distinguent de trois affections avec lesquelles il est susceptible d'être confondu. Ce sont :

1° L'érysipèle œdémateux;
2° Le phlegmon par diffusion;
3° L'œdème douloureux.

V. Le phlegmon diffus se différentie du phlegmon par diffusion à l'aide des caractères suivants :

1° Dans le phlegmon diffus, l'invasion purulente est simultanée sur un grand nombre de points; dans le phlegmon par diffusion, elle est successive.

2° Dans le phlegmon diffus, rien de plus fréquent que le sphacèle du tissu cellulaire; rien de plus rare dans le phlegmon par diffusion.

3° Dans le phlegmon diffus, on observe souvent l'état concret du pus; celui-ci est toujours liquide dans le phlegmon par diffusion.

4° Une seule incision suffit souvent pour le traitement du phlegmon par diffusion; il faut toujours des incisions multiples dans le véritable phlegmon diffus.

5° Le décollement de la peau est habituellement beaucoup plus étendu dans le phlegmon diffus.

VI. Le diagnostic du phlegmon diffus dans sa première période n'est à l'abri de toute contestation que quand on a constaté par l'incision l'état de la couche celluleuse sous-panniculaire.

VII. Lorsqu'à la suite du phlegmon diffus la déperdition d'une portion de peau donne lieu à la formation de cordes inodulaires, il y a du danger à tenter de les allonger lorsqu'elles sont encore de date assez récente.

VIII. Les exemples de guérison de phlegmon diffus sans le secours d'aucune incision peuvent être considérés comme se rapportant à des cas de pseudo-phlegmon diffus.

IX. Dans le phlegmon diffus, on doit répartir sur toute l'étendue des couches envahies les incisions évacuatives; on doit, de plus, atteindre et dépasser les limites actuelles de l'infiltration purulente. (Incisions limitatives ou préventives.)

X. Toutes les fois que deux incisions sont parallèles, il ne faut jamais les faire à une distance moindre que celle de deux travers de doigt.

XI. Quand le phlegmon est sous-aponévrotique, on ne peut assurer le libre écoulement du pus qu'en pratiquant des débridements latéraux sur les deux lèvres de l'incision faite à l'aponévrose.

XII. Dans le cas où le phlegmon diffus, après avoir envahi tout un membre, menace d'atteindre des portions plus ou moins considérables du tronc, l'amputation faite à propos et dans l'article peut seule sauver la vie du malade.

DE L'ULCÉRATION ET DE L'OBLITÉRATION DES CONDUITS LACTIFÈRES

dans leurs rapports avec la pathologie du sein et l'hygiène des nouveau-nés (1).

Par M. E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

(Mémoire lu à l'Académie de médecine le 14 mars 1854.)

§ IV. *Diagnostic.* — L'ulcération ou l'oblitération de l'orifice des conduits galactophores, et l'atrophie éloignée du mamelon ou de la glande mammaire qui en est la conséquence, ne sont pas difficiles à reconnaître; l'examen le plus superficiel suffit pour établir le diagnostic du mal. En effet, le mamelon, rouge, induré, douloureux, est le siége d'ulcérations qui réunissent plusieurs des orifices lactifères en une seule grosse ouverture par où sort le lait. Plus tard, le mamelon, difforme, est irrégulièrement perforé; et quelquefois même les orifices des conduits galactophores ont disparu. Enfin, au bout de plusieurs mois, et à l'occasion d'un nouvel accouchement, on voit la glande mammaire anciennement malade atrophiée, ne donnant plus de lait.

Que signifient ces différents phénomènes, et quelle doit être leur place en pathologie? Il est évident que l'inflammation est, comme point de départ ou comme résultat, la cause de l'ulcération de l'extrémité du mamelon et de la réunion des orifices lactifères. C'est encore l'inflammation qui, de l'extrémité d'un conduit lactifère s'étend par continuité de tissu dans l'intérieur de la mamelle jusque dans le lobule correspondant de la glande, et peut amener la formation d'un abcès. C'est l'inflammation enfin, qui après l'état aigu amène avec le temps l'oblitération des conduits galactophores, l'induration et l'atrophie du mamelon. Mais si tel est le rôle de l'état inflammatoire dans la production des phénomènes que j'ai fait connaître, il faut les placer parmi ceux qui relèvent des inflammations du mamelon, et leur donner un nom qui indique leur véritable siége anatomique. C'est ainsi qu'après avoir localisé le mal dans les conduits galactophores, j'ai dû lui affecter le nom de *galactophorite*, pour le séparer de ce qu'on appelle *érosions*, *crevasses*, *gerçures* du mamelon, termes impropres et fort peu dignes de la science, applicables à des lésions très différentes par leur nature ou par leur siége anatomique de la lésion que je viens de décrire.

Cette inflammation du mamelon et des conduits galactophores ne saurait être confondue avec aucune autre affection du sein. Il n'y a en effet que cette maladie qui soit susceptible d'amener la réunion de plusieurs orifices lactifères en un seul. Quant à l'oblitération ultérieure, elle pourrait être rapprochée de celle qui résulte d'abcès de la mamelle tout à fait guéris. Mais dans ce cas les cicatrices placées sur la peau du sein indiquent suffisamment bien l'origine du mal. Il est également impossible de la confondre avec les obstructions passagères et profondes des conduits galactophores qui déterminent ce qu'on appelle des engorgements laiteux de la mamelle, car dans ces cas le mal a surtout la glande mammaire pour siége, tandis que dans la galactophorite la plus simple c'est le mamelon qui paraît être seul affecté.

§ V. *Marche.* — Les ulcérations de l'orifice des conduits galactophores existent d'un seul côté ou sur les deux mamelons à la fois, ce qui est plus rare et plus fâcheux, parce que l'allaitement et le sort futur des glandes mammaires s'en trouvent plus compromis. Elles guérissent assez facilement et assez rapidement par le repos de la glande ou par l'usage d'un bout de sein artificiel, et quand elles ne sont ni anciennes ni trop profondes, elles peuvent ne pas entraîner l'oblitération du conduit lactifère. Quand, au contraire, elles sont très anciennes et mal traitées, la cicatrisation de l'ulcère entraîne avec elle l'oblitération des orifices ou des conduits en quantité variable et dans une plus ou moins grande étendue; le mamelon s'indure et se rétracte, surtout après le sevrage, ou si on a condamné le sein malade au repos. Si, comme j'en ai vu des exemples, tous les conduits sont oblitérés, la glande mammaire inactive perd graduellement de son volume relativement à l'autre glande, et au bout de quelques mois ou de quelques années elle finit par être le siége d'une atrophie absolue plus ou moins considérable. Vienne une grossesse nouvelle, et cette glande malade sera perdue pour l'allaitement.

Il se présente journellement au Bureau municipal des nourrices des femmes qui ne peuvent plus donner à teter que d'un sein, et qui ont l'autre glande mammaire entièrement atrophiée par suite de l'oblitération primitive et ancienne des conduits galactophores survenue dans une précédente nourriture par le fait de la lésion que j'indique.

Sur les 175 nourrices malades dont j'ai pris l'observation, 64 avaient un seul des seins malade, notablement atrophié, avec le mamelon dur, aplati, et on pouvait à peine tirer trois ou quatre gouttes de lait décomposé par une ouverture centrale unique, large de 2 à 3 millimètres; tous les autres orifices des conduits galactophores étaient oblitérés. La maladie résultait d'un allaitement antérieur. 58 avaient également d'un seul côté la mamelle moins volumineuse, sans atrophie apparente, le mamelon saillant, induré, déprimé au centre, d'où l'on pouvait faire sortir par deux ouvertures assez larges une plus grande quantité de lait, sans qu'il soit possible de faire servir cette glande à l'allaitement; c'était encore une affection ancienne, et la plupart des orifices lactifères se trouvaient oblitérés. 35 avaient les deux seins malades, et cependant pouvaient servir de nourrices. De chaque côté, le mamelon déformé, mais érectile et souple, laissait échapper abondamment du lait par plusieurs ouvertures, les unes capillaires comme le diamètre d'un orifice des conduits galactophores, les autres larges comme dans le cas précédent, lorsque plusieurs conduits abouchés ensemble dans une sorte de cul-de-sac s'ouvrent au dehors par une ouverture commune très agrandie. Alors le lait sort à la fois en nappe baveuse et en jet mince et délié, inconvénient réel pour la lactation; la maladie était récente et développée dans le cours de l'allaitement actuel. 18 nourrices enfin m'ont offert cette même altération, mais d'un côté seulement, l'autre sein et l'autre mamelon ayant leur configuration naturelle, et pouvant servir régulièrement à leurs fonctions.

§ VI. *Traitement.* — L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores est une maladie presque exclusive aux femmes nourrices, et c'est principalement en vue de l'allaitement que le médecin est appelé à la guérir. Quelque légère que soit en apparence cette maladie, comme elle entraîne des conséquences sérieuses pour l'avenir au point de vue des devoirs de la maternité, il importe de pouvoir promptement débarrasser les femmes qui en sont atteintes. Le traitement est d'ailleurs fort simple et consiste dans l'emploi judicieux des moyens de propreté et de quelques médicaments topiques. Les ulcérations récentes de l'orifice des conduits galactophores guérissent par l'usage des topiques; un mélange de parties égales d'amidon et de beurre; de l'huile d'œuf; de la glycérine; un mélange de cire blanche et d'huile d'amandes douces; du mucilage de guimauve ou de coings; avec de la pommade rosat ou de la pommade au précipité blanc; des lotions fréquentes avec de l'eau salée, du vin ou de l'eau-de-vie mélangée d'eau.

A. Cooper conseille contre les gerçures du mamelon une solution de borax, 4 grammes pour 100 grammes d'eau et 10 grammes d'alcool; c'est un topique que l'on peut également employer dans le cas qui nous occupe. J'ai quelquefois employé les lotions astringentes, l'acétate de plomb solide, 10 centigrammes pour 100 grammes d'eau; de sulfate de zinc, 1 gramme pour 100 grammes de liquide; ou enfin la liqueur de Van-Swieten, 30 grammes pour 100 grammes d'eau également. M. Velpeau conseille la solution de nitrate d'argent à 5 ou 10 centigrammes pour 30 grammes d'eau, et même la cautérisation avec la pierre.

Il n'y a rien à craindre de l'emploi de ces solutions salines, métalliques, et il est impossible qu'employées à si faible dose il en reste assez sur le sein pour que dans l'allaitement le nouveau-né ait à en souffrir.

Quand les ulcérations de l'orifice des conduits galactophores sont superficielles, ces moyens topiques peuvent suffire; mais si, au contraire, les ulcérations sont profondes, et si le lait coule abondamment par une large ouverture, les moyens que j'ai indiqués seraient inutiles si on n'ordonnait en même temps l'application de bouts de sein artificiels et même le repos absolu de la glande pendant quelque temps.

Cette médication, qui est celle que l'on emploie pour les gerçures et les crevasses ordinaires du sein, ne réussit à guérir heureusement et sans difformité les ulcérations de l'orifice des conduits galactophores que si l'ulcération est superficielle. Dans le cas contraire, lorsque l'ulcération est profonde, elle guérit également; mais la cicatrice amène soit la réunion de plusieurs orifices lactifères s'ouvrant par une ou deux larges ouvertures par lesquelles coule le lait trop abondamment, soit l'oblitération d'un plus ou moins grand nombre de ces orifices et des conduits dans une étendue très variable et que je ne saurais déterminer. Si l'oblitération n'affecte qu'un très petit nombre de conduits, les nourrices pourront continuer à nourrir; si elle s'étend au plus grand nombre d'entre eux, le mamelon se ferme en partie, et dans le présent ou dans l'avenir la glande mammaire est à jamais perdue pour l'allaitement. Je ne crois pas qu'on puisse désobstruer ces conduits.

§ VII. *Conséquences de la galactophorite sur l'hygiène des nouveau-nés.* — L'ulcération et l'oblitération de l'orifice des conduits galactophores modifient à ce point les conditions physiques de la mamelle et de l'excrétion du lait qu'il en résulte de très fâcheuses conséquences pour les mères nourrices ou pour les femmes mercenaires qui entreprennent l'allaitement.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Si la maladie que j'ai fait connaître existe d'un seul côté, quelles que soient les entraves apportées par elle à l'allaitement, il reste un sein pour suppléer à celui qui manque et que l'on condamne au repos. Les conséquences ne sont donc pas très sérieuses. Il en est de même lorsque les deux mamelons sont occupés et que, le mal étant superficiel, il n'y a pas lieu d'interrompre l'allaitement.

Mais, au contraire, lorsqu'il y a sur les mamelons, de chaque côté, une ulcération profonde faisant communiquer les orifices de plusieurs conduits galactophores pour former une large ouverture, la continuation de l'allaitement devient quelquefois impossible. En voici la raison : le lait, mal retenu dans les seins, sort trop facilement en nappes baveuses, par de gros jets, et au lieu de remplir graduellement la bouche, comme dans les cas ordinaires, il comble cette cavité trop rapidement et sans permettre aux enfants de respirer entre deux mouvements de déglutition. Dès que l'enfant est au sein, qu'il tette doucement ou avec avidité, sa bouche est toujours pleine, et il n'y a pas place pour la satisfaction du besoin de respirer. Cependant il faut que cet acte s'accomplisse; l'enfant cède à la nécessité; mais avec l'air du lait entre dans le larynx et dans les bronches. L'enfant se retire, s'agite, se jette en arrière, crie, tousse et suffoque jusqu'à ce que les dernières molécules de liquide introduites dans les voies aériennes aient disparu. Chaque fois qu'il prend le sein, et dès qu'il y met de l'ardeur, le même accident se reproduit, et on comprend toute la fatigue qui doit en résulter. Dans cet état de choses, la nutrition des enfants souffre, et il faut faire suspendre l'allaitement pour recourir au biberon artificiel ou à une autre nourrice dont les seins seront mieux conformés.

Au reste, les enfants se fatiguent de suffoquer ainsi chaque fois qu'ils tettent, et ils finissent d'eux-mêmes par renoncer au sein quand on s'obstine à le leur présenter.

Deux fois pour ce motif, dans mes relations privées, j'ai fait changer de nourrice à des enfants qui étaient malingres et dont le mouvement nutritif général me paraissait arrêté; deux fois j'ai vu revenir la santé, la force et l'embonpoint. Depuis lors j'ai toujours repoussé, comme impropres à l'allaitement, les nourrices affectées d'ulcérations profondes des conduits galactophores, et au Bureau municipal de la rue Sainte-Apolline ce principe d'hygiène est devenu pour moi une invariable règle de conduite. Je ne doute pas qu'il ne soit un jour confirmé par les observations d'autrui.

Lorsqu'à l'ulcération des conduits galactophores se joignent leur oblitération et la rétraction du bout du sein, la question devient plus facile à résoudre; la lésion frappe tous les yeux : on en peut facilement mesurer l'étendue. Les nourrices ont peu de lait; sa qualité est inférieure : ce sont des nourrices de troisième et de quatrième ordre qu'on ne saurait trop mettre de sévérité à éloigner des bureaux de location.

En résumé :

1° L'orifice des conduits galactophores peut être chez les nourrices le siége d'une inflammation et d'une ulcération profondes, jusqu'ici désignées par les mots vagues et peu scientifiques de gerçures et crevasses du mamelon.

2° Cette ulcération occupe un plus ou moins grand nombre de conduits galactophores; elle réunit plusieurs orifices en une seule cavité, et permet au lait de couler trop facilement dans la bouche des nouveau-nés par de larges ouvertures.

3° Cette ulcération, placée au sommet du mamelon, est peu douloureuse.

4° Ces ulcérations entraînent quelquefois l'oblitération des conduits galactophores, l'induration et la rétraction du bout des seins.

5° L'ulcération et l'oblitération des conduits galactophores produisent avec le temps l'atrophie de la mamelle; mais cet effet ne se montre que lorsque l'allaitement est entièrement interrompu ou depuis longtemps terminé.

6° Le symptôme constant de l'ulcération des conduits galactophores, c'est l'écoulement du lait sous forme de jets baveux de gros diamètre.

7° L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores guérit par l'usage des bouts de sein artificiels, les soins de propreté et les médicaments topiques conseillés pour les ulcères, les fissures et les crevasses de la base du mamelon.

8° L'ulcération rebelle ne guérit que par le repos absolu de la glande mammaire affectée; alors elle entraîne toujours l'oblitération de l'extrémité des conduits dont l'orifice a été malade.

9° L'oblitération de l'orifice des conduits galactophores est incurable.

10° Les ulcérations de l'orifice des conduits galactophores placées sur chaque mamelle ont une grande importance au point de vue de l'hygiène des nouveau-nés. Lorsqu'elles sont très étendues, elles occasionnent l'afflux considérable du lait dans la bouche des enfants, ce qui ne leur permet pas de respirer sans introduire avec l'air du lait dans les voies aériennes, et sans provoquer en même temps des accès de suffocation. Cet inconvénient est quelquefois si grave qu'il nécessite le changement immédiat de la nourrice.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

De la solidarité organopathique qui existe entre la conjonctive, la cornée et l'iris.

Malgré leurs différences fondamentales de structure et de fonctions, la conjonctive, la cornée et l'iris semblent ne former qu'un seul système organique au point de vue pathologique, *une sorte de trépied vital de l'œil*.

Cette solidarité, qui existe entre la conjonctive, la cornée et l'iris, n'a rien d'extraordinaire; on s'en rend parfaitement compte si l'on réfléchit que ces trois membranes reçoivent leurs nerfs d'une commune origine, et sont surtout alimentés par un seul système vasculaire, dont les oscillations, en plus ou en moins, retentissent manifestement d'une membrane sur l'autre. De là ces complications si fréquentes dans les affections des yeux; cette kératite qui s'ajoute à une conjonctivite, cette iritis qui survient pendant le cours d'une kératite.

Pour nous, c'est plus particulièrement dans le système vasculaire commun à l'iris, à la cornée et à la conjonctive qu'il faut rechercher le point de départ de cette solidarité organopathique dont nous venons de parler, et des complications qui en sont le résultat. Il est bon, par conséquent, d'entrer dans quelques explications à cet égard.

La cornée, privée à l'état normal de sang rouge, est cependant pourvue de nombreux canaux dépourvus de parois propres et destinés à charrier une sorte de lymphe ou de fluide séreux approprié à la nutrition de cette membrane.

Ces canaux, dont l'existence n'était pas difficile à concevoir, mais que les injections de M. W. Bowman viennent de faire mieux connaître, s'abouchent évidemment à la périphérie de la cornée avec deux ordres de vaisseaux bien distincts.

Les uns, plus profonds, sont les artérioles ciliaires qui existent en grand nombre à la partie antérieure de la sclérotique, et dont la turgescence pathologique constitue le *cercle radié* sclérotical des auteurs.

Les autres, plus superficiels, sont ces vaisseaux non moins nombreux qui existent dans l'épaisseur même de la conjonctive oculaire; artérioles charriant normalement du sang séreux, et qui, avant d'arriver à la circonférence de la cornée, se divisent en deux ordres.

Les plus superficielles continuent leur trajet et vont alimenter le feuillet aminci de la conjonctive qui tapisse la face antérieure de la cornée.

Les plus profondes traversent la circonférence antérieure de la sclérotique pour se distribuer, en s'anastomosant avec les artérioles ciliaires, aux différentes lamelles de la cornée, dans laquelle elles pénètrent de la circonférence vers le centre.

Le ganglion ciliaire est le point d'élection choisi pour ces nombreuses anastomoses. Ceci explique le mouvement fluxionnaire dont il est le siége dans plusieurs affections des membranes de l'œil.

Rien ne rétablit mieux l'état anatomique que nous venons d'indiquer que l'observation des faits pathologiques.

Dans une première forme de kératite vasculaire interstitielle, on verra que les nombreux vaisseaux sanguins qui rampent dans l'épaisseur même de la cornée viennent aboutir, par un ou plusieurs troncs, aux vaisseaux de la sclérotique, puisqu'ils disparaissent dans l'épaisseur même de cette membrane.

Dans une seconde forme de kératite vasculaire interstitielle, les vaisseaux sanguins qui rampent dans l'épaisseur même de la cornée viennent aboutir, par un ou plusieurs troncs, aux vaisseaux de la conjonctive oculaire, avec lesquels ils se continuent en devenant superficiels à peu de distance de la circonférence de la cornée.

Cette seconde forme de kératite vasculaire interstitielle est moins fréquente que la première.

S'il en est ainsi, il n'est pas difficile de comprendre l'effet ou le retentissement que telle membrane peut avoir sur telle autre quand une inflammation est venue modifier sa circulation.

Supposons la conjonctive enflammée. La circulation de sa trame vasculaire est modifiée à ce point qu'elle reçoit du sang rouge, et qu'elle en reçoit outre mesure. Si l'inflammation est partielle, si elle est modérée, la cornée pourra bien (ce qui a lieu le plus ordinairement) ne ressentir que très faiblement et d'une façon imperceptible le trouble apporté à sa circulation et à sa nutrition; car il lui reste toujours des vaisseaux profonds qui restent en communication normale avec les vaisseaux ciliaires de la sclérotique. Mais si la conjonctivite est générale, si elle est très aiguë, ce qui a lieu dans la conjonctivite purulente, par exemple, non-seulement toute circulation est en quelque sorte interrompue dans la conjonctive oculaire, mais, comme il est facile de le concevoir, le trouble s'étend plus loin, jusqu'au anastomoses vasculaires voisines, c'est-à-dire aux vaisseaux ciliaires, qui se dilatent et se congestionnent à leur tour. De là arrêt de la circulation dans la cornée, trouble de cette membrane, développement d'une kératite.

Mais ce n'est pas seulement la cornée qui peut ressentir le contre-coup d'une perturbation survenue dans la circulation de la conjonctive; l'iris recevant en plus ce que la cornée reçoit en moins peut aussi devenir le siége d'un mouvement fluxionnaire, et bientôt d'une iritis.

Cette dernière complication est néanmoins moins fréquente que la première.

Supposons maintenant une kératite primitive; n'est-il pas évident que par le fait d'une modification de vitalité de la cornée il y aura un trouble plus ou moins grand apporté à sa circulation? Or, ce trouble ne peut guère rester limité à la cornée, il doit bientôt retentir jusqu'aux sources mêmes où s'alimente la cornée, c'est-à-dire jusqu'à la conjonctive et jusqu'aux vaisseaux ciliaires de la sclérotique. De là, en effet, l'apparition de la *conjonctivite concomitante de la kératite*; de là ce *cercle radié sclérotical* que l'on rencontre dans le plus grand nombre des cas.

On conçoit, enfin, qu'une iritis primitive vienne à son tour, et de proche en proche, perturber la circulation spéciale siégeant au niveau du ganglion ciliaire, et par le même mécanisme entraver la circulation de la cornée (qui ne s'alimente plus alors qu'à l'aide de la conjonctive) et de la conjonctive elle-même, pour peu que le mouvement fluxionnaire soit intense.

Dans ces circonstances, c'est-à-dire lorsque la conjonctivite est venue s'ajouter à l'iritis, la cornée ne peut guère échapper, et n'échappe guère, en effet, au trouble fonctionnel qui lui est imprimé; et c'est alors que l'on voit survenir soit une kératite plastique générale, soit une kératite ulcéreuse très étendue qui vient mettre en question l'existence définitive du globe oculaire.

Croit-on maintenant que la connaissance des rapports si intimes qui lient entre elles trois des principales membranes de l'œil n'ait qu'une valeur secondaire, un simple intérêt de curiosité?

On se tromperait étrangement.

En effet, il importe toujours, d'une manière générale, de connaître toutes les complications qui peuvent surgir pendant le cours d'une maladie; dans l'espèce, cela est très utile pour la pratique, car en distinguant la maladie primitive des affections secondaires, on ne s'expose pas à prescrire un traitement inopportun ou même nuisible.

Des exemples nombreux viennent attester tous les jours combien est intime la solidarité que nous venons de faire connaître, en même temps qu'ils montrent de quelle utilité il peut être d'avoir sans cesse présentes à l'esprit les conséquences qu'elle produit.

Les faits suivants, observés presque simultanément, prouvent ce que nous venons d'avancer. Ils ont été constatés par les médecins et les élèves qui suivent les leçons cliniques de notre dispensaire.

1er Fait. — *La conjonctivite peut donner naissance à une kératite plastique.*

Une malade de quarante-trois ans, couturière, d'une constitution lymphatique, se présente, il y a cinq ou six semaines, à notre consultation publique. L'œil gauche est le siége d'une *conjonctivite avec sécrétion muqueuse*, laquelle n'est autre chose que l'ophthalmie catarrhale des auteurs; ses caractères sont des mieux accentués, et il n'y a pas d'erreur possible.

La maladie existe depuis trois à quatre jours; aucune complication n'est survenue; les membranes et les humeurs de l'œil ont leur transparence normale.

Traitée par les purgatifs et le collyre au borax, la conjonctivite paraissait devoir céder assez promptement, quand il survient, douze à quinze jours plus tard, un épanchement plastique, de l'étendue d'une lentille, occupant la partie externe de la cornée à 5 ou 6 millimètres de son bord libre.

La conjonctivite, abstraction faite de la sécrétion muqueuse qui avait disparu, persista en grande partie par le fait seul de cette complication.

Nous traitâmes cette kératite plastique par des moyens appropriés; l'épanchement, plutôt superficiel que profond, ne tarda guère à ulcérer les lamelles antérieures de la cornée et à être éliminé. Nous eûmes dès lors à traiter une ulcération transparente de la cornée, laquelle, soumise à l'action de notre médication spécifique, le collyre au sel marin, ne tarda guère à guérir rapidement, c'est-à-dire en dix-huit ou vingt jours, à l'aide d'une cicatrice tout à fait transparente; n'oublions pas cette circonstance.

Autant la kératite plastique est fréquente comme complication dans *la conjonctivite avec sécrétion purulente*, autant elle est rare dans *la conjonctivite avec sécrétion muqueuse.*

Dans le cas particulier, ce retentissement de l'inflammation de la muqueuse oculaire sur la cornée était d'autant moins probable que la conjonctivite était elle-même assez modérée.

Cependant nous ferons remarquer que nous avions affaire à un sujet pâle, lymphatique et à constitution évidemment affaiblie. Cette particularité explique, selon nous, et fait comprendre l'exception.

2e Fait. — *L'iritis chronique peut donner naissance à une kératite plastique ponctuée.*

Le 16 septembre dernier, s'est présenté à notre dispensaire un jeune homme de vingt ans, sculpteur en ivoire. Il est petit, son teint est décoloré; sa physionomie intelligente indique l'excitation prématurée du système nerveux et le développement de l'intelligence aux dépens des principaux organes de l'économie.

Ce garçon nie avoir eu des accidents syphilitiques; il n'en présente pas d'ailleurs de traces évidentes; il existe seulement plusieurs taches hépatiques sur la poitrine et l'abdomen.

Quoiqu'il en soit, l'œil gauche nous présente :

Du côté l'iris, une teinte plus foncée de cette membrane, un rétrécissement, une déformation et une immobilité de la pupille; il existe en même temps des douleurs circum-orbitaires toutes les nuits, et la vue est très affaiblie;

Du côté de la cornée, deux dépôts plastiques siégeant vers la partie supérieure de sa circonférence. Il y a peu de photophobie.

La maladie de l'iris, suffisamment indiquée par ses principaux symptômes caractéristiques, remonte à trois semaines. Les taches de la cornée sont survenues depuis, d'après le dire du malade.

Nous avons provoqué assez rapidement un commencement de salivation, laquelle a eu pour effet d'enrayer la marche de l'iritis. Cependant, une rechute, assez peu grave d'ailleurs, ayant eu lieu, il fut nécessaire d'avoir recours de nouveau au même moyen employé avec plus d'énergie. L'amélioration fut encore très rapide, et les deux épanchements plastiques étaient eux-mêmes en voie de résorption lorsque le malade fut perdu de vue.

3e Fait. — *L'iritis chronique peut donner naissance à la kératite conjonctivale.*

Mme B..., trente-huit ans, cuisinière à la Villette, d'une constitution faible et détériorée, est peu réglée habituellement. Depuis deux mois les menstrues n'ont plus paru. Il est survenu du côté droit une iritis à forme chronique, laquelle s'est manifestée par des douleurs circum-orbitaires, qui ont été surtout très prononcées pendant les quatre premiers jours. La coloration de l'iris est plus foncée, la pupille est rétrécie et déformée. Peu de temps après le début de ces accidents, est survenue une conjonctivite occupant la moitié supérieure de la circonférence oculaire; une kératite conjonctivale, caractérisée par un réseau vasculaire très prononcé, situé vers le tiers supérieur de la surface cornéale, n'a pas tardé à apparaître.

Que fallait-il faire en pareille occurrence? Traiter la kératite conjonctivale, qui paraissait être la maladie prédominante, l'affection principale? Nullement. Il fallait évidemment s'occuper tout d'abord de guérir l'iritis chronique; et c'est ce que nous avons fait.

4e Fait. — *L'iritis aiguë peut donner naissance à une conjonctivite et à une kératite plastique.*

Dans les premiers jours d'août, le docteur Vallery (de Bresles) m'adressa M. B..., 188, faubourg Saint-Martin. Ce malade était depuis trois semaines atteint d'iritis et de kératite plastique de l'œil droit. D'après les renseignements qui nous ont été fournis, l'iritis a dû débuter la première.

Quoi qu'il en soit, il n'existait qu'une conjonctivite légère, lorsque M. B... fut soumis par un praticien de la ville à l'emploi d'un collyre au nitrate d'argent.

Cette méthode incendiaire, et trois fois mauvaise dans l'espèce, aggrava la phlegmasie de la conjonctive, et par suite celle de la cornée et de l'iris.

Lorsque le malade fut confié à mes soins, il y avait conjonctivite très aiguë avec kémosis charnu, kératite plastique occupant la moitié supérieure de la cornée, et iritis plastique.

M. B... fut immédiatement soumis à l'emploi du calomel et de la belladone, pour provoquer le plus rapidement possible la salivation.

La salivation n'apparut qu'à la fin du deuxième jour; sans être trop violente, elle se présenta avec une certaine acuité. Pendant quatre à cinq nuits, le malade fut à peu près privé de sommeil, forcé qu'il était de cracher pour ainsi dire à chaque instant.

Mais en même temps, et par compensation, les symptômes de la kérato-iritis s'améliorèrent singulièrement. La lymphe plastique se résorba en grande partie; une portion s'élimina par ulcération des lames superficielles de la cornée, et l'ulcération guérit sans cicatrice opaque; l'iris reprit ses caractères normaux, la pupille sa forme à peu près régulière; sa contraction reparut également; grâce à des instillations de belladone, qui ont rompu les adhérences encore récentes, la vue est revenue aussi bonne qu'auparavant.

Ce traitement a duré un mois, car il a fallu traiter la salivation. Aux gargarismes à l'alun, au borax ou au laudanum, etc., successivement employés, j'ai joint avec quelque succès le tartre stibié donné en lavage à différentes reprises : 0,10 pour 1,000 grammes d'eau.

Dans le cas que nous venons de citer, on a vu que l'action médicatrice produite par le calomel a été aussi marquée sur la cornée que sur l'iris.

Mais on n'oubliera pas que ce malade, affecté dès le début, ainsi que l'atteste la succession des symptômes éprouvés, d'après sa narration, d'une iritis, a été malheureusement soumis par un praticien de la ville à l'usage d'un collyre au nitrate d'argent. Or cette médication intempestive, et même tout à fait incendiaire dans l'espèce, a eu pour effet, au lieu de la conjonctivite simple qui existait, de déterminer une conjonctivite très aiguë, laquelle, ajoutée à l'iritis, nous explique suffisamment le développement de la kératite plastique presque générale qui est survenue. La gangrène de la cornée aurait même pu être la conséquence d'une pareille méprise.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 mars 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Insertion au Bulletin des formules pour les préparations du lactucarium. — M. le ministre du commerce adresse l'ampliation du décret qui approuve les formules de M. Aubergier pour les préparations du lactucarium, et en ordonne l'insertion au Bulletin.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Thérapeutique des fièvres typhoïdes. — M. Chabaud, de Pont-Saint-Esprit (Gard), adresse une note sur la thérapeutique des fièvres typhoïdes, d'après les observations qu'il a recueillies dans son service à l'hôpital militaire de Pont-Saint-Esprit.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes. La commission propose de répondre qu'il n'y a pas lieu à accorder ces demandes. (Adopté.)

Pendant la lecture de ces rapports, l'Académie a procédé au scrutin pour la nomination des commissions des prix.

Sont nommés :

Prix de l'Académie. — MM. Guibourt, Gueneau de Mussy, Roche, Bouvier et Gibert.

Prix Portal. — MM. Laugier, Bégin, Jobert, Larrey et Robert.

Prix Civrieux. — MM. Chomel, Rostan, Bouillaud, Bricheteau et Requin.

Prix Capuron. — MM. Rayer, Dubois, Danyau, Cazeaux et Depaul.

Prix Lefèvre. — MM. Ferrus, Bousquet, Falret, Baillarger et Jolly.

Traitement de l'aliénation mentale par les bains prolongés. — M. Ferrus lit un rapport sur un mémoire de M. Pinel (neveu) relatif au traitement de l'aliénation mentale aiguë par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête.

M. Pinel fait de l'emploi des bains et des irrigations la base fondamentale de la thérapeutique de l'aliénation mentale; mais il ne borne pas la durée des bains à quelques heures, comme la plupart de ses devanciers, il les continue dans certains cas pendant plusieurs jours. Quant aux irrigations, M. Pinel joint aux procédés d'application déjà connus quelques pratiques accessoires destinées à en rendre l'administration plus commode, plus sûre et plus complète, telles, entre autres, qu'un bonnet imperméable qui permet d'arroser la tête sans que la face et le cou soient mouillés. La température de l'eau du bain ne doit, suivant lui, qu'exceptionnellement excéder 35° centigr., ou rester inférieure à 30°. Il emploie les affusions et les irrigations avec de l'eau à 20, à 15, à 10° et au-dessous, qu'on refroidit à volonté, mais d'une manière lente et progressive, afin d'épargner au malade une sensation trop pénible.

Sur 157 malades atteints, 57 de délire maniaque, 38 de lypémanie, 20 de délire sans mélancolie, 21 de délire suicide, 16 de delirium tremens et 5 d'érotomanie, 125 auraient été guéris par l'usage des bains prolongés; 25 rechutes seraient survenues, dont plusieurs auraient cédé à la reproduction du traitement.

Quant aux 32 cas rebelles, 16 offraient, par la période d'âge, une condition défavorable à la guérison; 21 sur ces 32 auraient éprouvé d'ailleurs une certaine amélioration.

Dans des essais ultérieurs, sur 18 aliénés à l'état aigu l'emploi du même procédé aurait amené 11 rétablissements et 4 améliorations manifestes. Quant aux trois malades restants, l'un d'eux aurait succombé, un autre aurait été transféré dans un asile départemental et le troisième aurait quitté prématurément la maison de santé de M. Pinel. Il aurait obtenu ainsi, comme moyenne d'ensemble, 1 guérison sur 1 aliéné 25, résultat qui, comparé avec ceux que fournissent les diverses statistiques connues, donne un avantage considérable au mode de traitement par les bains prolongés sur les autres modes de traitement.

M. le rapporteur fait remarquer à ce sujet qu'il serait peu rationnel d'accorder comparativement une signification précise à des statistiques qui ont des bases diverses, les unes n'étant calculées que d'après le chiffre intégral de la population, d'autres ne tenant compte que des maladies de date plus ou moins récente et laissant de côté les cas présumés incurables; l'accord n'existant pas d'ailleurs entre les aliénistes sur diverses formes d'aliénation mentale, notamment la manie; enfin les aliénistes faisant de l'aliénation une classification variable et lui appliquant des dénominations différentes, etc.

Aussi M. le rapporteur a-t-il cru devoir se maintenir sur ce sujet douteux dans une prudente réserve. Quoi qu'il en soit, ajoute-t-il, du vague des faits généraux et d'une circonspection qui sera nécessaire tant qu'on n'agira pas d'après une méthode uniforme et sur des éléments identiques, on ne saurait, en ce qui touche le travail de M. Pinel, méconnaître ce que ces données ont dans leur ensemble de favorable.

Il propose en conséquence d'adresser à M. Pinel une lettre de remercîments et de renvoyer au comité de publication son volumineux mémoire, tout en engageant l'auteur à le soumettre préalablement à un rigoureux travail de condensation.

M. Baillarger. J'ai écouté avec attention le rapport que vient de lire notre savant collègue M. Ferrus, et je regrette de n'avoir rien entendu qui se rapportât aux indications spéciales des bains dans les différents genres de folie. Parler d'une manière générale de l'emploi des bains dans la folie, et citer des chiffres constatant la guérison d'un certain nombre de mélancoliques, de monomaniaques, de maniaques, ne me paraît pas, je l'avoue, tout à fait suffisant.

On peut discuter pour savoir si ce qu'on désigne sous le nom de folie comprend ou non plusieurs maladies distinctes; mais tout le monde est d'accord sur ce fait, que ces diverses formes offrent des caractères très différents ou même opposés. De là aussi pour le traitement des indications différentes et même opposées. Les bains simples n'ont pas le privilége de convenir également dans toutes les formes de la folie; et pour le prouver, il suffira de passer rapidement en revue les principaux caractères de la monomanie, de la mélancolie et de la manie.

Le monomane, on le sait, a cela de particulier que souvent rien dans sa tenue, dans son langage ne décèle le délire. Les idées sont coordonnées, l'intelligence nette, la mémoire précise. On n'observe ni l'excitation, ni la loquacité, ni l'activité désordonnée de la manie, ni l'inertie, la torpeur générale, la lenteur de conception qui forment les principaux symptômes de la mélancolie. C'est une sorte d'état d'équilibre des facultés qui éloigne, au premier abord, toute idée de maladie, mais qui est compatible, ainsi que le prouve l'expérience de chaque jour, avec l'existence des conceptions délirantes les plus absurdes. La santé générale est d'ailleurs, dans certains cas, aussi bonne que possible.

Les bains, je le demande, constituent-ils ici le principal moyen de traitement? Une fois la maladie dégagée des symptômes aigus observés souvent au moment de l'invasion, qui pourrait espérer la guérir avec des bains? Quand la persistance des idées fixes et des hallucinations est liée, ce qui n'est pas rare, à un état général d'anémie, ne voit-on pas que l'administration des bains simples souvent répétés peut être nuisible?

Je viens de rappeler les principaux symptômes de la mélancolie : l'inertie, la torpeur générale, la lenteur de conception, l'embarras des idées, et le plus souvent un délire partiel de nature triste. Ici le désordre n'est pas borné, comme dans la monomanie, aux seules lésions de l'intelligence, mais il s'étend à tout l'organisme; les mouvements sont lents, la voix faible, la circulation languit, les extrémités se refroidissent, les sécrétions diminuent, l'appétit se perd, etc.

Dans cet état, qui semble, suivant l'expression de Guislain, tendre à l'extinction de la vie, les bains simples sont-ils vraiment indiqués?

Je donne souvent dans ce cas des bains sulfureux, des bains alcalins, des bains aromatiques, et j'administre en même temps le quinquina, le fer, etc. Mais je me garderais, je l'avoue, de baser la thérapeutique sur l'emploi des bains simples.

Le troisième grand type de la folie est la manie, caractérisée par des symptômes opposés à ceux de la mélancolie. Ici tout décèle l'activité et la puissance. Les bains simples prolongés se trouvent en effet au premier rang des moyens thérapeutiques pour combattre la surexcitation générale qui est le caractère principal de la maladie.

C'est dans la manie et dans la période d'invasion des autres formes que les auteurs, et entre autres M. Brière de Boismont, les ont préconisés.

Il y a donc, comme on le voit, quand il s'agit de l'emploi des bains simples dans la folie, à établir des distinctions importantes.

Les indications sont bien loin d'être toujours les mêmes, et il n'en peut être autrement, puisqu'il s'agit d'états morbides différents ou même opposés.

Quant aux statistiques de guérisons que M. Pinel a citées, et que M. Ferrus a reproduites dans son rapport, je dois faire remarquer qu'on ne saurait leur attacher une grande importance. Dès qu'on prend, comme on le fait dans la plupart de ces documents, les aliénés d'une manière générale, pour dire qu'on en guérit un sur trois, sur quatre, sur cinq, ces résultats n'ont rien de très exact. On confond ici, sous le nom d'aliénation mentale, des maladies très distinctes : la folie, la démence, la paralysie générale. Il y a peu d'années même qu'on y mettait encore les idiots.

Pour obtenir des résultats de quelque valeur, il faudrait isoler la folie proprement dite ou même encore séparer la monomanie, la mélancolie et la manie, et comparer le nombre des guérisons obtenues dans chaque catégorie. Il y a déjà sous ce rapport des statistiques assez nombreuses qui offrent les éléments de cette comparaison, et je citerai au premier rang celles qu'a publiées depuis longtemps notre collègue M. Parchappe.

M. Ferrus. J'ai entendu avec le plus grand plaisir ce que vient de dire M. Baillarger, et je n'en ai rien perdu. Si j'avais eu à parler des doctrines de l'aliénation mentale en général, j'aurais eu probablement le bonheur de mentionner quelques-unes des excellentes choses que vient de dire notre collègue. Mais il ne s'agit pas ici de discuter un point de science, et je ne me permettrais pas devant l'Académie de faire une leçon sur les maladies mentales; je me bornerai donc à répondre au reproche que M. Baillarger vient d'adresser à l'auteur du mémoire, ainsi qu'au rapporteur : M. Baillarger nous reproche de n'avoir pas spécifié les cas auxquels convient le traitement par les bains, de n'avoir pas suffisamment distingué les cas d'aliénation avec excitation générale de ceux qui sont avec dépression; cette distinction n'a nullement été omise dans le travail de M. Pinel : elle y est faite tout du long dans son mémoire. Tout le monde d'ailleurs fait cette distinction; il n'y a pas d'élève d'asile d'aliénés qui ne sache cela. Le reproche de M. Baillarger ne me paraît donc pas fondé, et j'insiste de nouveau sur l'utilité de publier le mémoire de M. Pinel, sous la réserve de le réduire à des proportions moins étendues.

M. Baillarger. Je crois devoir faire remarquer que je suis bien loin de proscrire les statistiques d'une manière générale, et que je me suis borné à signaler celles qui reposent sur des éléments évidemment inexacts. Je ne saurais d'ailleurs trop me défendre d'avoir voulu faire une leçon en indiquant d'une manière rapide les caractères des principaux types de la folie. J'ai dû rappeler ces caractères pour démontrer que les indications thérapeutiques sont très différentes et que les bains simples sont bien loin d'être toujours le moyen principal de traitement.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Etudes sur le phlegmon diffus. — M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, lit sous ce titre un mémoire dont nous donnons plus haut le résumé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le ministre de la guerre vient de résoudre la question relative à l'uniforme des officiers de santé. Les modifications adoptées ne sont pas aussi nombreuses qu'on l'avait d'abord supposé.

Elles consistent, pour le bonnet de police, dans l'adoption d'une ganse spéciale placée sur la jonction du bandeau et du turban, et destinée à faire reconnaître le grade. Les majors de 1re classe auront une ganse à trois torsades.

La capote-tunique est substituée à la capote croisée.

Les principaux de 1re classe ajouteront seuls une baguette au-dessous de la broderie du collet.

Les majors de 1re classe auront l'épée ciselée des officiers supérieurs.

Le collet des inspecteurs sera en drap bleu; celui des médecins en velours cramoisi. Les pharmaciens conserveront le collet vert clair. Les broderies restent les mêmes.

Tels sont les seuls changements apportés à la tenue des officiers de santé. (*Revue des méd. des armées.*)

— MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'Ecole pratique, pour les cours d'été, aura lieu samedi, 25 courant, à midi précis, à l'Ecole de médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1854, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant 1853, par MM. les docteurs Jamain et Wahu (9e année). 1 vol. gr. in-32, broché. Prix, 1 fr. 25 c. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 24 MARS 1854.

La science, l'art et la profession viennent de faire une grande perte. Le doyen de la chirurgie française, notre illustre confrère, M. le professeur Roux, a succombé hier aux accidents cérébraux dont la seconde invasion n'avait plus laissé à ses nombreux amis aucune lueur d'espérance. M. Roux, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie des sciences, dont il était actuellement vice-président, membre de l'Académie impériale de médecine, qu'il avait également présidée, de la Société de chirurgie et d'un grand nombre d'autres sociétés savantes nationales et étrangères, officier de la Légion d'honneur, etc., était né en 1780 ; il avait, par conséquent, soixante-quatorze ans.

Cette activité, cette ardeur toute juvénile qu'on ne cessait d'admirer en M. Roux avaient entretenu dans l'esprit de tous ses amis une illusion que ce fatal événement vient cruellement dissiper. Quel est celui d'entre nous qui dans sa pensée n'avait reculé le terme de cette existence encore hier si active et entourée de tant d'honneurs, de tant de dignités et de tant de sympathies? M. Roux lui-même n'avait pu ou n'avait pas su se soustraire à cette illusion. Malgré l'âge déjà avancé qu'il avait atteint, loin de songer au repos et à la libre jouissance des honneurs auxquels il avait droit à tant de titres après une carrière aussi dignement remplie, plein de confiance encore dans ses forces et dans la virilité de son intelligence, il venait de mettre la main à une œuvre de longue haleine, qui avait été le rêve de ses dernières années et qui devait couronner sa carrière scientifique. C'est cet effort même, effort téméraire peut-être à son âge, qui a trompé ses forces avec ses espérances et qui a usé en peu de temps cette vigoureuse organisation sur laquelle il avait trop compté.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les titres scientifiques de M. Roux ; ils sont connus du monde entier et appartiennent désormais à l'histoire de l'art. Mais ce que nous ne pouvons nous dispenser de rappeler en ce moment, comme un dernier hommage rendu à la mémoire de notre illustre et si regrettable confrère, ce sont ces aimables qualités du cœur et de l'esprit ; c'est cette honnêteté, cette droiture dans la vie publique comme dans la vie privée, qui ne se sont jamais un seul moment démenties; c'est ce dévouement sans bornes pour l'humanité et pour tous les devoirs de sa profession ; c'est, enfin, cette franche et affectueuse cordialité pour ses confrères, qui étaient pour lui autant d'amis sincères et dévoués.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Etat sanitaire. — Choléra. — Fièvres typhoïdes. — Varioles. Croup.

L'histoire des épidémies et des constitutions médicales, si pleine d'obscurités et d'inconnues, soulève incidemment une foule de questions du plus grand intérêt au point de vue des rapports étiologiques et nosologiques que peuvent avoir entre elles et avec l'épidémie dominante les diverses maladies qui règnent coïncidemment et au point de vue de leur influence réciproque les unes sur les autres.

L'histoire nous enseigne, et l'observation des trois ou quatre invasions d'épidémies cholériques dont nous avons été témoin depuis une vingtaine d'années l'a surabondamment démontré, que, lorsqu'une grande épidémie vient à éclater sur un point, il y a une phase, une époque de son évolution où elle domine tellement le règne pathologique, que la plupart des maladies ordinaires disparaissent, soit qu'elles se transforment rapidement et dès les premiers instants de leur développement en revêtant tous les caractères et toutes les allures de la maladie régnante, soit que la cause épidémique agisse avec une telle intensité et une telle généralité qu'elle exerce d'emblée son influence et imprime son cachet spécifique sur tous les organismes affaiblis ou prédisposés.

Quoi qu'il en soit de l'explication de ce fait, dont nous ne chercherons pas à donner une théorie, il est constant qu'en temps d'épidémie, mais en temps d'épidémie grave et générale seulement, tous les malades, ou presque tous les malades, éprouvent à des degrés divers l'influence de cette cause pathogénique spéciale, inconnue, que l'on traduit par le nom de *génie épidémique.* Si toutes les maladies n'en présentent pas absolument et au même degré d'intensité les symptômes caractéristiques, presque toutes du moins en offrent quelques-uns des traits principaux; c'est ce qui a fait dire que les grandes causes épidémiques absorbaient en quelque sorte momentanément à leur profit toutes les influences pathogéniques secondaires. C'est en effet ce qu'on a vu en 1832 et en 1849 à Paris, en 1835 et 1836 dans le midi de la France et dans quelques-unes des contrées du centre. Mais il n'en a pas été de même pendant la petite épidémie de choléra qui a sévi durant le cours des deux ou trois derniers mois de l'année dernière, et nous pourrions ajouter qu'il n'en est pas de même en ce moment, si tant est qu'on puisse dire que nous sommes actuellement sous une influence épidémique, et qu'il faille donner ce nom aux quelques cas de choléra qui continuent à se manifester dans quelques-uns de nos grands hôpitaux et sur quelques rares points de la ville.

Nous avons déjà fait remarquer en effet dès le début de la dernière épidémie, qu'elle n'était ni assez intense, ni assez générale pour se substituer aux maladies habituelles et pour les effacer ; nous avons signalé et pu faire suivre à nos lecteurs la marche parallèle du choléra et de notre endémie habituelle, la fièvre typhoïde, qui, régnant avec une fréquence et dans des proportions insolites depuis un an environ, n'a rien perdu de sa fréquence et de sa gravité pendant la durée du choléra. Seulement la fièvre typhoïde paraissait constituer une prédisposition imminente au développement du choléra, qui en bâtait souvent la terminaison funeste. Nous aurions pu ajouter qu'à la même époque des cas très nombreux de variole et de varioloïde n'ont cessé de se manifester tant en ville que dans les hôpitaux, et dans d'assez notables proportions pour qu'on n'eût pas balancé, en d'autres temps et avec moins de préoccupation pour l'épidémie cholérique, à voir là une véritable épidémie atténuée seulement par l'influence bienfaisante de la vaccine. Or, ce que l'on voyait dans les mois de novembre et de décembre derniers, on peut le voir encore en ce moment, où dans les mêmes salles on rencontre côte à côte des cholériques, des varioleux et des typhoïdes.

Il y a dans cette coïncidence de plusieurs affections épidémiques régnant simultanément, marchant en quelque sorte parallèlement, côte à côte, sans s'influencer réciproquement autrement qu'en se compliquant parfois les unes les autres, il y a, disons-nous, dans ce rapprochement plus d'un enseignement pour l'histoire des épidémies. Nous n'en voulons faire ressortir qu'un seul pour le moment, c'est qu'en présence de ces faits il n'est plus possible d'admettre ces prétendues lois de substitution ou d'antagonisme en vertu desquelles l'une de ces affections ne serait que la transformation de l'autre, comme on l'a dit, par exemple, pour la fièvre typhoïde par rapport à la variole, ou bien l'existence de l'une d'elles exclurait celle des autres. Il y a un autre point de vue encore que cette dernière épidémie cholérique aux proportions réduites a pu mettre en relief beaucoup mieux que les épidémies précédentes, précisément à cause même de sa faible intensité, c'est l'influence prédisposante des diverses affections communes sur le développement du choléra. C'est un point qui a été de notre part l'objet de quelques recherches spéciales et sur lequel nous nous proposons de revenir prochainement.

Nous ne terminerons pas cette petite revue sans mentionner aussi quelques affections des voies respiratoires, auxquelles les froids vifs qui ont succédé récemment à une température tiède, et peut-être aussi le froid rigoureux et continu de l'hiver nous paraissent n'être point étrangers; telles sont, par exemple, des angines, qu'on a pu observer dans ces derniers temps avec une fréquence vraiment insolite, et dont quelques-unes ont offert une très grande gravité.

On nous a également signalé tout récemment l'existence de plusieurs cas de croup ; pour notre compte, nous en avons vu deux à deux jours de distance, qui ont nécessité la trachéotomie, et nous avons eu connaissance d'un troisième cas aussi grave par un de nos confrères. Ces trois cas presque simultanés ont eu lieu dans le

FEUILLETON.

De l'enseignement médical en Toscane et en France, et des médecins condotti.

Par M. le docteur Prosper de PIETRA-SANTA, médecin adjoint, secrétaire du service de santé de S. M. l'Empereur, médecin des Madelonnettes, etc.

Les questions relatives aux réformes médicales (enseignement et pratique) ont été traitées à tant de reprises différentes et avec tant d'étendue et de soin dans la *Gazette des Hôpitaux*, que nous croyons inutile d'y revenir aujourd'hui. Mais s'il nous paraît sans opportunité de discuter ces sujets dans un moment où il n'est nullement question de s'en occuper dans les hautes régions, il nous paraît utile de consigner dans nos feuilles, pour y revenir quand il sera le temps, un résumé de l'intéressant travail que vient de publier M. le docteur P. de Pietra-Santa. Notre honorable confrère a habité longtemps l'Italie, les circonstances l'ont amené à faire ses études médicales en Toscane, et nul ne pouvait mieux que lui apprécier la valeur de ces institutions, et les comparer à celles de son pays. Aussi le laisserons-nous parler, et n'aurons-nous qu'à abréger certaines parties, afin de ne pas dépasser les limites qui nous sont assignées par les colonnes du journal.

ART. Ier. *L'Université de Pise* compte des siècles de célébrité et de gloire, et la biographie des savants qui l'ont illustrée formerait une belle page dans l'histoire de la philosophie.

De nos jours, la classe des médecins se recrute en Italie plus particulièrement dans les rangs de la bourgeoisie.

Les fils d'avocats, de médecins, d'honnêtes fermiers, de négociants aisés, composent la grande majorité des étudiants, et l'on ne voit que de loin en loin surgir les débris d'une famille noble qui s'éteint, les rejetons d'une fortune qui s'élève.

Un examen *assez superficiel* sur les éléments de la philosophie, des mathématiques et de la littérature latine, leur ouvre les portes de l'Université.

Les études préliminaires sont incomplètes; chez les Pères Scolopi à Florence, comme dans les collèges de Prato et de Sienne, les séminaires de Fiesole et de Pistoia, elles manquent d'*unité*, elles ne sont nullement en *corrélation* avec les études de l'Université.

Il serait urgent d'établir pour les études premières des lycées à l'instar des collèges impériaux de France. Dans ces lycées, l'enseignement serait uniforme, et, après un nombre déterminé d'années on en sortirait avec le diplôme de bachelier ès lettres.

Les cinq années d'études à l'Université de Pise embrassent toutes les branches de la médecine, de la chirurgie et des sciences accessoires.

Les cours et les heures où ils sont faits sont habilement répartis, de manière que l'élève puisse suivre les leçons qui formeront plus spécialement l'objet de ses examens de fin d'année.

L'année scolaire est de neuf mois, et chaque professeur fait trois leçons d'une heure par semaine.

Voici le tableau qui indique le nombre des chaires, la distribution des cours, l'époque des examens, la matière de ces examens :

1° Histoire naturelle médicale :
2° Botanique ;
3° Physique ;
4° Chimie ;
5° Anatomie ;
6° Physiologie ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Médecine interne (pathologie clinique) ;
9° Médecine externe (pathologie clinique) ;
10° Accouchements ;
11° Hygiène et médecine légale ;
12° Histoire de la médecine.

DISTRIBUTION DES COURS. — EXAMENS.

1re *année.* — Histoire naturelle médicale, physique, chimie, botanique.

2e *année.* — Physique, chimie, botanique, anatomie (éléments), physiologie (éléments).

A la fin de la deuxième année, premier examen : histoire naturelle, physique, botanique, chimie.

3e *année.* — Anatomie, physiologie, matière médicale, médecine interne (éléments), médecine externe (éléments).

Deuxième examen : anatomie, physiologie.

4e *année.* — Thérapeutique, médecine interne (pathologie), médecine externe (pathologie), hygiène, médecine légale.

Troisième examen : Thérapeutique, médecine légale, pathologie interne et externe (éléments).

5e *année.* — Médecine interne (clinique), médecine externe (clinique), accouchements, histoire de la médecine.

Quatrième examen (doctorat) : médecine interne et externe, accouchements, histoire de la médecine.

même quartier, sur la rive gauche de la Seine et presque porte à porte.

— Nous n'avons rien à dire des nouveaux cas de choléra, qui ne nous ont offert aucune particularité nouvelle à signaler. Du 15 au 22 mars, il y a eu dans les hôpitaux de Paris 38 cas nouveaux et 25 décès.

D'une disposition organique de l'utérus prédisposant aux métrorrhagies.

Les causes des métrorrhagies sont très nombreuses. Sans parler des circonstances inhérentes à la grossesse et au travail de l'accouchement, ainsi que des diverses lésions traumatiques dont l'hémorrhagie est une conséquence nécessaire, inévitable, un grand nombre de femmes sont sujettes, comme chacun le sait, dans toute la période de la vie comprise entre la nubilité et l'âge critique, à des hémorrhagies dont il est quelquefois difficile de découvrir la cause, et que l'on attribue généralement à un certain état dynamique, à une pléthore locale, à un molimen, à des excitations répétées de l'organe utérin. Les auteurs ont admis à cet égard un grand nombre de causes occasionnelles dont l'influence, en effet, n'est pas douteuse.

Mais pour que ces causes occasionnelles, ces excitations congestives aillent jusqu'à produire l'hémorrhagie, il faut le plus souvent, à moins qu'elles n'aient pas elles-mêmes une très grande puissance, admettre le concours d'une prédisposition organique spéciale. C'est sur une de ces prédispositions organiques, qui ne paraît pas jusqu'ici avoir suffisamment fixé l'attention des observateurs, que nous voulons appeler un instant l'attention.

Un de nos jeunes confrères, ancien élève distingué des hôpitaux, M. Bitterlin, signale à l'attention des praticiens le fait suivant :

On trouve, dit notre confrère, chez toutes les femmes qui sont sujettes aux métrorrhagies, une dilatation anormale de l'orifice interne du col de la matrice. Cette dilatation est appréciable sur le vivant à l'aide de la sonde utérine de M. Valleix ; en effet, au lieu de sentir une résistance circulaire, comme cela se rencontre chez les femmes bien portantes, quand on cherche à franchir cet orifice interne, la sonde pénètre avec autant de facilité que par l'orifice externe.

Cette remarque pratique nous paraît assez importante au point de vue du diagnostic que l'on peut porter à l'avance d'une métrorrhagie ou d'une perte utérine, et du pronostic de ces mêmes affections. On conçoit en effet, comme l'expérience l'a déjà démontré, que la maladie devra durer ou se renouveler tant que l'orifice interne du col de la matrice n'aura pas repris ses dimensions physiologiques.

Cette dilatation de l'orifice interne du col utérin nous paraît donc devoir être admise comme constituant une des causes déterminantes les plus puissantes des métrorrhagies. C'est là un fait dont les praticiens devront à l'avenir tenir compte soit dans le diagnostic, soit dans le pronostic, ou même comme indication du traitement des hémorrhagies utérines.

C'est aux maîtres de la science que M. Bitterlin en appelle pour l'aider à poursuivre ses recherches sur ce sujet.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Tumeurs anévrismales de l'oreille. — Ligature des deux carotides.

Par M. R.-D. Mussey.

La ligature des deux carotides pour des cas analogues à celui que nous allons rapporter ne compte aujourd'hui qu'un petit nombre de succès. En 1829, M. Mussey (*American journal*, t. V, p. 316; 1829) lia les deux carotides pour une large tumeur érectile congéniale du sommet de la tête. Aucune des opérations n'amena de troubles dans les fonctions de l'encéphale; mais la tumeur n'ayant point disparu par cette double ligature, on l'enleva. En 1831, Mœller, de Copenhague (*Journal de Froriep*), pratiqua cette ligature sur un enfant de cinq ans et demi qui portait une tumeur érectile sur le cuir chevelu et la partie droite de la face. Quelques jours après la première ligature, il survint dans le bras et la jambe gauches de la douleur et des phénomènes de paralysie qui persistèrent. La tumeur ayant repris son volume primitif, on lia la carotide gauche quatre mois après la droite; il ne survint aucun trouble nerveux, et malgré la complication d'une fièvre éruptive, le petit malade fût assez promptement rétabli. En 1846, le docteur J. Mason-Warren (*American journal med. sc. new series*, t. II, p. 281; 1846) lia avec succès les deux carotides sur un jeune homme de vingt-cinq ans affecté d'une tumeur érectile congéniale occupant la lèvre inférieure, la langue et une partie de la face, ulcérée en plusieurs points, et donnant lieu à des hémorrhagies. Les opérations furent pratiquées à vingt-cinq jours d'intervalle. Après la seconde, il se manifesta un peu d'assoupissement et de syncope. M. Robert (*Gazette des Hôpitaux*, mars 1851), dans un mémoire plein d'intérêt sur les *varices artérielles du cuir chevelu*, a relaté l'histoire d'une jeune femme qui souffrait d'hémorrhagies abondantes provenant d'une large tumeur artérielle ulcérée qui occupait la région frontale, surtout à gauche. M. Robert lia d'abord l'artère carotide gauche. La raucité de la voix fut le seul accident qui se manifesta immédiatement après la ligature, et, malgré une pleuro-pneumonie, la malade guérit de cette opération. Les mouvements d'expansion cessèrent dans la tumeur; mais au bout d'un mois survint une nouvelle hémorrhagie, et de nouveau des battements artériels. Huit mois après la première opération, M. Robert pratiqua avec succès la ligature de la carotide droite; les battements, l'expansion, le bruit cessèrent dans la tumeur, et cette femme, trois ans après, put se marier. Mais au troisième mois de la grossesse, survint, par une petite écorchure, une hémorrhagie sans importance. Cette malade succomba depuis à des accidents étrangers à son affection primitive.

Nous avons voulu indiquer l'état de la question et montrer la ténacité de ces varices artérielles avant de rappeler le cas de M. Mussey. Il s'agit ici d'un homme de dix-neuf ans, Luthers Gordon, qui entra à Saint-John hospital, en novembre 1852, pour des tumeurs anévrismales qui avaient envahi l'oreille gauche. La cavité de la conque était occupée par une tumeur qui s'élevait au-dessus du niveau de l'antitragus, et par une autre qui couvrait le tragus et s'étendait quelque peu en avant de lui. Continue avec la partie supérieure de cette tumeur, une élévation considérable des téguments couvrait la fosse scaphoïde et 1 pouce et demi de la fosse innominée. Au-dessous de la racine de l'oreille, dans une dépression entre l'apophyse mastoïde et la branche de la mâchoire, existait une tumeur en partie couverte par le lobule.

Toutes ces tumeurs étaient élastiques, compressibles jusqu'à oblitération, fortement pulsatiles, et semblaient communiquer toutes les unes avec les autres. D'ailleurs Luthers Gordon était d'une bonne santé. Il avait dès sa naissance un nœvus en avant de l'oreille gauche; il y a huit ans, commencèrent à apparaître les petites élevures des téguments, qui augmentèrent peu à peu jusqu'à une époque voisine de son entrée à l'hôpital; alors l'extrémité postérieure de la tumeur, qui occupait la fosse innominée, vint à se rompre et causa une hémorrhagie alarmante. On l'arrêta par la compression; mais, quand les bandages furent enlevés, le caillot qui couvrait le point d'où sortait le sang fut chassé, et un jet pulsatile de sang artériel s'échappa.

M. Mussey se décida à lier d'abord une carotide, et le 18 novembre il lia la carotide gauche; les pulsations cessèrent dans les tumeurs en serrant les ligatures, et ne reparurent plus. On donna au malade des farineux, et pour boisson de l'eau. Aucun accident fâcheux ne survint; mais quand, au bout de douze jours, on lui permit de se lever, il se plaignit d'une vision peu distincte dans l'œil gauche : ce symptôme continua pendant plusieurs jours, quoique de moins en moins marqué, jusqu'à ce qu'il disparut tout à fait. Une légère réduction de la tumeur se manifesta; mais comme il était douteux si la guérison s'ensuivrait, M. Mussey, au bout de quatre semaines, lia la carotide droite. Un effet semblable se manifesta dans l'œil droit.

Les opérations furent pratiquées pendant l'anesthésie, due à l'inspiration d'une partie de chloroforme pour deux d'éther sulfurique. Ces deux artères furent liées au-dessous du point où elles croisent le muscle omo-hyoïdien. Une ligature tomba en seize jours, l'autre au bout de vingt. Après la seconde opération, le volume des tumeurs diminua beaucoup plus rapidement. Pendant trois semaines le collodion fut appliqué, et chaque application répétée tous les deux ou trois jours; cet agent, qui comprime les tissus en se desséchant, sembla très propre à amener la contraction des tumeurs, et le 28 janvier 1853, c'est-à-dire sept semaines après l'opération, Luthers Gordon quitta l'hôpital avec à peine un vestige des tumeurs précédentes.

Vers le mois d'avril, ce malade fut visité par un médecin, qui assura à M. Mussey que la guérison était parfaite.

(*American journal* et *Archives*.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Guérison radicale des fièvres intermittentes rebelles par la saignée du pied pratiquée au début de l'accès.

Par M. le docteur Bruguier.

Dans la première observation, c'est une fièvre quarte qui durait depuis plus d'une année. Après avoir préparé le malade par quelques jours de régime, on lui fait prendre un pédiluve chaud un quart d'heure avant l'invasion présumée de l'accès; et aussitôt que surviennent les bâillements, les pandiculations, la céphalalgie, les frissons, on lui fait une saignée du pied. Le froid ne tarde pas à diminuer; le malade est couché dans un lit très chaud; on lui donne du tilleul à courts intervalles. La chaleur succède bientôt à cette première période; elle n'est pas très vive; la sueur est peu abondante : en somme, l'accès est très court. La fièvre ne revient plus.

Dans la deuxième observation, fièvre quarte durant également depuis un an. Même préparation, même saignée du pied. Les périodes de froid et de chaleur sont plus courtes que dans les accès précédents, et, comme dans le premier cas, la fièvre ne reparaît plus. Les phénomènes de cachexie paludéenne se modifient aussi très rapidement.

Dans la troisième observation, fièvre quarte datant de huit mois, avec des phénomènes cachectiques extrêmement prononcés. Saignée du pied de 400 grammes. Le froid est un peu moins long, la chaleur un peu moins vive, le brisement des membres très marqué, comme chez les malades précédents; les accès ne reparaissent plus, et le malade entre dans une voie d'amélioration qui le conduit rapidement à la guérison.

Enfin, dans la quatrième observation, fièvre intermittente quotidienne datant de plusieurs mois et emportée, comme les précédentes, par la saignée du pied pratiquée comme il a été dit précédemment, avec la condition indispensable du pédiluve simple et chaud. (*Revue thérap. du Midi.*)

Nécessité de l'emploi des inhalations du chloroforme dans certains cas de lithotritie.

Au mois de juillet dernier, M. Th. Bell fut appelé à donner des

---

Ainsi qu'on le voit, le premier examen se subit à la fin de la deuxième année; il comprend :

L'histoire naturelle, la physique, la chimie, la botanique. Les élèves ne prennent pas d'inscriptions; mais chaque professeur a la liste de ceux qui sont attachés à son cours et l'administration de la *Sapientia* (direction générale des quatre facultés : droit, médecine, mathématiques, théologie) s'assure de la présence des élèves en ouvrant à diverses époques de l'année des registres où chacun d'eux inscrit son nom et son adresse.

Pour mieux connaître son personnel et se rendre compte de la capacité et des progrès de chacun, le professeur adresse, au commencement de la leçon, des interrogations sur celle qui a précédé.

Il s'établit par ce moyen un échange d'idées, une intimité de pensées entre le maître et l'élève; en outre, comme le premier connaît l'assiduité et l'aptitude du second, et qu'à la fin de l'année il l'interroge lui-même sur les matières de l'enseignement scolaire, il en résulte qu'on ne peut pas compter sur le hasard d'une question plus ou moins propice.

Les élèves sont admis à des jours et heures donnés dans les musées d'histoire naturelle, les cabinets de physique, le jardin botanique, le laboratoire de chimie. Les plus zélés préparent avec le professeur et son adjoint les diverses expériences de physique, les manipulations de chimie, les démonstrations de botanique.

Les examens de la troisième année roulent sur l'anatomie et la physiologie.

Le professeur d'anatomie est assisté d'un prosecteur et d'un chef des travaux anatomiques chargés de répartir les sujets entre les élèves, de les *grouper* de manière que les anciens instruisent ceux qui débutent, de *surveiller* leurs préparations, de les *diriger*, de recueillir les anomalies qui présentent quelque intérêt.

La quatrième année est consacrée à l'étude de la thérapeutique, de la médecine légale, des généralités de la pathologie interne et externe. Ces matières font l'objet du troisième examen.

Dans la cinquième année, l'élève doit s'occuper plus spécialement de la médecine interne et externe; elles forment avec les accouchements et l'histoire de la médecine le sujet du quatrième examen, auquel assistent six professeurs, et qui est celui du doctorat.

Pendant la quatrième et la cinquième année, l'élève est obligé de suivre au lit du malade la visite du professeur. Il commence à recueillir lui-même les observations, à discuter le diagnostic, le traitement.

Le soir, le chef de clinique interne l'initie aux diverses méthodes d'auscultation, percussion, mensuration, examens par réactions chimiques, et le chef de clinique externe expose à son tour les principes de la phlébotomie, des bandages, pansements et petites opérations chirurgicales.

A la fin de la troisième année, un concours est ouvert à l'hôpital pour des places d'internes; leur service est réglé de manière à leur permettre de suivre les cours de l'année.

Il existe à Pise une bibliothèque riche en ouvrages scientifiques. Les travaux les plus modernes et les journaux italiens et étrangers sont pendant huit heures de la journée à la disposition du public.

Cette relation démontre les soins extrêmes pris par l'administration et par les professeurs pour l'éducation médicale des jeunes étudiants.

Ce que l'on recherche avant tout, c'est de leur rendre l'enseignement profitable, et l'on arrive à ce résultat grâce au dévouement des maîtres, à l'heureuse distribution des travaux, à la multiplicité des moyens d'instruction, à la facilité de se les procurer.

Art. II. Reçu docteur en médecine à l'Université de Pise, le jeune étudiant doit faire un stage à l'école de complément et de perfectionnement de Florence.

Un vaste établissement, l'Arcispedale de Santa-Maria-Nuova, offre réunis les amphithéâtres, les diverses cliniques, les bibliothèques, musées, salles de dissection, jardin de botanique, laboratoire de chimie.

Les études y sont réparties dans deux années, comme l'indiquent les tableaux suivants :

Chaires. — 1° Médecine interne ;
2° Médecine externe;
3° Accouchements ;
4° Anatomie (comparée, — des régions, — embryologie);
5° Anatomie pathologique;
6° Chimie organique et médico-légale;
7° Thérapeutique générale;
8° Maladies des yeux;
9° Orthopédie;
10° Maladies de la peau;
11° Aliénations mentales;
12° Maladies vénériennes.

DISTRIBUTION DES COURS DE CLINIQUE.

Première année. — *Cours théoriques.* — Pathologie médicale, pathologie chirurgicale, accouchements, anatomie des régions, anatomie pathologique, thérapeutique générale.

soins à un marin âgé de soixante-deux ans qui depuis trois ans avait éprouvé les premiers symptômes de la présence d'un calcul vésical, mais qui, depuis six ou huit mois surtout, était extrêmement souffrant. Urines sanglantes et mucoso-purulentes, exhalant une forte odeur ammoniacale; impossibilité de monter en voiture ou de rester assis sur une chaise; besoin constant d'uriner, avec douleur extrêmement vive. Le cathétérisme indiquait la présence d'une pierre volumineuse, mais molle et susceptible d'être attaquée par la lithotritie.

M. Bell chercha d'abord à calmer les accidents par des sédatifs et les alcalins, le repos au lit et une nourriture non stimulante, ainsi que par des lavements. Après dix jours de ce traitement, les symptômes s'étaient amendés, et l'urine avait repris un aspect plus naturel. On commença les séances de lithotritie.

La première, qui eut lieu le 13 juillet, fut assez douloureuse, et les douleurs continuèrent encore pendant quelques jours. La pierre fut saisie et broyée facilement. Quarante-huit heures après l'opération, il y eut un peu de fièvre, avec des douleurs lombaires qui se dissipèrent facilement. Dans la nuit qui suivit la première séance de lithotritie, le malade rendit une grande quantité de débris de calcul.

Trois autres séances eurent encore lieu; mais l'extrême excitation qui précédait et suivait l'opération, ainsi que les contractions spasmodiques violentes des muscles abdominaux rendirent ces opérations presque inutiles.

Dans ces circonstances, M. Bell se décida à employer le chloroforme; seulement les inhalations ne furent pas poussées jusqu'à perte complète de connaissance. De cette manière, les opérations furent considérablement simplifiées, et dix semaines après le commencement du traitement, le cathétérisme montrait qu'il n'existait plus trace de calcul dans la vessie. Le malade a recouvré depuis son ancien état de santé, et il fait maintenant sans difficulté de longues courses à pied; il ne lui reste qu'un peu de difficulté à vider complétement sa vessie. (*Ass. med. journ.*, et *Bull. de thér.*)

De l'emploi de l'appareil de Scott dans le traitement de l'hygroma.

Dans un compte rendu de la clinique de l'hôpital général de Montpellier, publié il y a sept ans, M. Broussonnet appelait l'attention des chirurgiens sur les bons effets de l'appareil de Scott dans le traitement des tumeurs blanches. Cet appel n'a pas été entendu, car nous n'avons été témoin dans aucune de nos nombreuses cliniques d'essais de ce mode de traitement. Les faits d'anesthésie locale que nous avons publiés récemment nous engagent à signaler les nouvelles tentatives de M. Broussonnet.

L'appareil de Scott se compose d'abord d'un cérat de savon camphré étendu sur des bandes de flanelle, que l'on applique immédiatement sur la peau, puis par-dessus une nouvelle enveloppe de bandelettes de sparadrap, puis des bandes de peau enduites de cérat de savon, enfin le tout est recouvert par une bande de flanelle.

Les merveilleux effets obtenus avec l'appareil de Scott dans les maladies articulaires ont engagé M. Broussonnet à tenter son emploi dans les cas d'hygroma.

Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs un des deux cas de succès rapportés par M. Deucal.

Une jeune fille, âgée de vingt ans, d'une robuste constitution, portait depuis un an environ sur la face antérieure de la rotule gauche un hygroma, que l'auteur compare, quant à la forme et au volume, à une seconde rotule qui aurait été superposée à la naturelle. La tumeur était dure, rénitente, sans douleur et avait augmenté graduellement; elle ne pouvait se rapporter qu'à la compression prolongée du genou nécessitée par le genre de travail de cette fille. M. Broussonnet appliqua sur cette tumeur le bandage de Scott, et la jeune fille continua ses occupations.

Le lendemain, on fut obligé de relâcher un peu la bande, la jambe et le pied étant tuméfiés et douloureux par la gêne de la circulation. Il resta en place pendant le temps ordinaire, c'est-à-dire trois semaines, après lesquelles la tumeur avait diminué de moitié et était devenue molle, fluctuante et presque flétrie. Le lendemain, M. Broussonnet réappliqua le bandage, et à sa levée la tumeur n'avait plus que le volume d'une petite amande. Enfin, une troisième application en débarrassa complétement la malade, qui n'a pas été plus gênée que si elle n'avait pas fait de traitement. Cette observation date déjà de 1847, et depuis cette époque la jeune fille n'a plus rien ressenti du côté du genou malade.

A ce premier fait, M. Deucal en joint un second de date plus récente, mais en tout semblable, que nous nous dispensons de transcrire. (*Revue thérap. du Midi.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mars 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

A propos du procès-verbal, M. Morel-Lavallée, revenant sur la malade présentée par M. Verneuil, dit qu'il a consulté l'observation communiquée par M. Dufour à la Société de biologie, et qu'il n'y est pas fait mention de l'influence de l'effort sur le développement de la tumeur.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

1° Les journaux de médecine de la semaine;

2° Un mémoire imprimé sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os; par M. Daniel Brainard, professeur de chirurgie au Collége médical de l'Illinois, à Chicago (Etats-Unis).

LECTURE.

M. Depaul lit le mémoire suivant :

Sur la direction normale de l'utérus dans l'état de vacuité. — Messieurs, vous avez, dans votre dernière séance, entendu la lecture d'un rapport que vous aviez chargé mon excellent ami M. Verneuil de faire sur la thèse de M. Boullard. Ce rapport nous a fait connaître les résultats auxquels a été conduit notre confrère par ses recherches sur deux points d'anatomie normale: l'un relatif à la direction de l'utérus dans l'état de vacuité, l'autre se rattachant à la question des nerfs de cet organe; question si souvent débattue et si contradictoirement résolue dans ces dernières années.

Quoique étranger à votre savante Compagnie, je viens vous demander la permission de présenter, sur le premier point seulement, quelques observations qui, à mon sens, ont plus d'importance que ne semblent le croire votre rapporteur et l'auteur du travail; mais d'abord, il convient de poser nettement la question et de la dégager de tout ce qui est de nature à l'obscurcir.

Tout le monde admet, pour la matrice, l'existence de déplacements congénitaux et accidentels de toutes sortes. On diffère seulement sur la fréquence plus ou moins grande de chacun d'eux. Mais serait-il vrai que, contrairement à ce qui est généralement reconnu depuis qu'on fait de l'anatomie, l'utérus, au lieu d'avoir son grand axe droit, en présentât un *plus ou moins coudé*, de telle sorte qu'il fallût désormais, pour étudier la direction normale de cet organe, admettre pour son corps un premier axe à peu près horizontalement placé relativement au bassin, et un second pour le col, qui seul serait dans le sens de l'axe du détroit supérieur (ces deux axes se réunissant au niveau de la jonction du corps avec le col, de manière à former un angle plus ou moins ouvert en avant)? En d'autres termes, serait-il vrai que l'antéflexion fût la conformation primordiale de l'utérus et qu'elle demeurât telle jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eût fait disparaître?

Quelque extraordinaire qu'elle puisse paraître de prime abord, une proposition énoncée avec autant de conviction par des hommes versés dans l'étude de l'anatomie et appuyée par un nombre considérable de faits, méritait d'être examinée avec soin, c'est ce que j'ai fait pour ma part n'ayant d'autre désir que de m'éclairer sur une question qui rentre dans le domaine de mes études habituelles.

Il résulte pour moi de nombreuses recherches entreprises dans ce but que nos deux confrères ont donné à des résultats *cadavériques* une importance qui ne leur appartient pas, et qu'ils en ont tiré des conclusions, relativement à l'anatomie normale, que rien ne justifie. Il est donc bien entendu que je ne conteste pas leurs faits, au moins pour la plupart. Ce contre quoi je me suis inscrit dès qu'ils les ont produits, ce contre quoi je viens protester encore aujourd'hui, fort d'une expérience plus grande, c'est contre l'interprétation qu'ils leur ont donnée.

Lorsque dans le courant de 1850, M. Boullard nous montra les premières pièces qu'il avait recueillies, me fondant sur les études que j'avais faites sur l'utérus aux différentes époques de la vie, je lui fis quelques objections qui ne le frappèrent pas sans doute suffisamment, puisqu'il ne les a reproduites dans sa thèse que d'une manière fort incomplète, et en me faisant même avancer ce qui n'avait jamais été dans ma pensée.

Je lui avais dit: J'ai fait de très nombreuses autopsies de petites filles qui avaient succombé pendant l'accouchement ou très peu de jours après leur naissance, et je suis bien loin d'avoir rencontré l'antéflexion aussi souvent que vous.

Vos recherches ont surtout porté sur des cadavres d'enfants pris à l'Ecole pratique, c'est-à-dire morts depuis plusieurs jours, et par conséquent un peu altérés. Ne pourrait-on pas admettre que les gaz qui se développent dans le tube digestif eussent, par leur force d'expansion, pressé sur la partie supérieure de l'utérus, et donnassent la véritable explication de la flexion de son corps sur le col?

Puis j'avais ajouté que deux circonstances me semblaient devoir favoriser encore cette action des gaz intestinaux :

1° La forme particulière du bassin, qui est telle au moment de la naissance et dans les premières années de la vie qu'une assez grande partie de l'utérus s'élève au-dessus du détroit supérieur, et qu'il peut plus facilement être poussé en avant par cela seul qu'il n'est pas maintenu dans ce sens par un plan résistant;

2° La souplesse plus grande de la matrice par le fait seul de la cessation de la vie, et surtout lorsque la mort remonte déjà à quelques jours.

Passant sous silence ces deux dernières considérations et croyant que j'avais parlé de gaz développés *dans le rectum seulement*, lorsque j'avais fait allusion à ceux qui peuvent exister dans la totalité du tube digestif, notre confrère a répondu que beaucoup de ses observations avaient été faites sur des fœtus encore très frais, qu'il avait eu soin de s'assurer que l'*intestin* n'était pas distendu, que ce n'était pas chez le fœtus que l'antéflexion apparaissait le plus manifestement à cause du peu de développement du corps de l'organe; qu'elle était beaucoup plus évidente chez la petite fille que chez la femme adulte qui n'a pas eu d'enfants; que l'antéflexion ne pouvait être considérée comme tenant à un état cadavérique (car, dit-il, si dans ce cas on *redresse l'utérus, il revient de lui-même et forcément à sa position première*), et qu'enfin chez les femmes qui avaient eu des enfants il n'avait rencontré que de *rares exemples d'antéflexion*, quoique les corps fussent soumis aux mêmes influences d'altération.

On le voit, mes premières réserves n'avaient pas eu pour résultat d'ébranler la conviction de M. Boullard; aucune de mes objections ne lui paraît fondée. De nouvelles observations sur le cadavre et l'examen de dix femmes vivantes qui n'avaient pas eu d'enfants et chez lesquelles il a constamment trouvé une antéflexion n'ont fait que le confirmer dans sa manière de voir. C'est aussi l'opinion qu'est venu exprimer et développer devant vous votre savant rapporteur, qui, en rappelant simplement mes doutes, n'a pas cru qu'ils méritassent l'honneur d'une réfutation sérieuse.

Je n'ai pas besoin de vous dire, messieurs, que s'il ne s'agissait que d'une question purement personnelle, je n'aurais pas demandé à m'expliquer devant vous et j'aurais respecté le temps que vous savez employer à des travaux utiles. Je ne me trouve intéressé dans le débat que parce que c'est de moi qu'est partie la première résistance à la *nouvelle loi anatomique*, et parce que dans l'espèce l'erreur pourrait conduire à des conséquences fâcheuses au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique de certaines affections utérines.

Permettez-moi donc d'exposer, maintenant que mes doutes se sont changés à peu près en certitude, sur quoi je me fonde pour admettre que MM. Boullard et Verneuil ont fait d'une disposition *accidentelle et purement cadavérique* une *loi d'anatomie normale*.

Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire, et en me fondant sur de nombreuses autopsies, je n'admets pas qu'à l'ouverture des cadavres

---

Ces cours se font toute l'année scolaire deux fois par semaine de midi à deux heures.

Cours pratiques. — Clinique chirurgicale. . . . le matin à 7 heures.
— médicale. . . . . — 9 —
— des accouchements — 11 —

La visite a lieu tous les jours.

Semestre d'hiver. — Clinique des maladies vénériennes, clinique des maladies des yeux, orthopédie.

Trois fois par semaine, après midi.

Semestre d'été. — Clinique des maladies de la peau, clinique des aliénations mentales.

Trois fois par semaine.

Deuxième année. — *Cours théoriques.* — Pathologie médicale, pathologie chirurgicale, accouchements, anatomie (embryologie), chimie organique et médico-légale, anatomie pathologique. (Chacun deux fois par semaine.)

Cours pratiques. — Même distribution pour les cliniques que la première année.

L'examen de ce tableau fait voir que l'enseignement, à l'école de perfectionnement de Florence, est éminemment pratique.

A côté des cliniques générales pour les maladies internes et externes existent des cliniques pour les spécialités (1).

Toutes ces cliniques se font à des heures différentes de la journée; et la distribution des cours permet aux jeunes docteurs de n'en négliger aucun.

Si l'on entre avec eux le matin à l'hôpital de Santa-Maria-Nuova, on suit :

De 7 heures à 8 heures 1/2, la clinique chirurgicale;
De 9 heures à 11 heures 1/2, la clinique médicale;
De 11 heures à midi, la clinique des accouchements;
De midi à 2 heures, les cours théoriques;
De 3 heures à 5 heures, les cliniques spéciales.

A 8 heures du soir, les chefs de clinique interne et externe font, à l'hôpital, une visite à laquelle assistent les docteurs qui ont un malade sous leur direction.

Que l'on ne s'imagine pas que cette multiplicité d'occupations soit au-dessus des forces humaines.

Le jeune docteur arrive à Florence avec des principes généraux; il est déjà familiarisé avec la science médicale. Ce qu'il recherche, c'est l'examen, l'étude du plus grand nombre possible de variétés des maladies. Sous ce rapport, son esprit se trouve amplement satisfait. Chacun, du reste, peut s'intéresser plus spécialement aux études qui sont le plus conformes à ses goûts, à ses projets d'avenir, et leur variété rend le travail plus agréable, fatigue moins l'intelligence.

A la fin de la deuxième année, le docteur qui peut produire des certificats d'assiduité délivrés par les professeurs eux-mêmes est admis aux examens de *la matricola* ou du libre exercice.

Les examens ont lieu devant un jury spécial (*collegio medico*), composé du *protomedico* (médecin de S. A. le grand-duc), de deux professeurs de l'école, de deux médecins des hôpitaux, membres de l'Académie *medico-fisica* de Florence.

Ils comprennent trois épreuves :

1re épreuve (orale). — Question de médecine interne ou externe. Médecine légale. Anatomie pathologique.

2e épreuve (lit du malade). — Diagnostic raisonné de trois maladies prises au hasard dans les salles cliniques.

3e épreuve. — Thèse sur un sujet choisi. Discussion des propositions scientifiques y relatives.

Si le résultat de ces épreuves a été reconnu satisfaisant par le collége médical, le docteur est déclaré apte à exercer son art :

Eum idoneum medicinæ faciendæ doctores declaraverunt.

Les études médico-chirurgicales ont ainsi duré sept ans :

Cinq années à l'Université de Pise, où l'on obtenait, après quatre examens, le titre de docteur en médecine et en chirurgie;

Deux années à l'école de complément et de perfectionnement de Florence.

De même qu'à Pise, il existe dans les hôpitaux de Florence des places d'internes données au concours. Elles forment un titre réel pour obtenir plus tard des places de médecins des hôpitaux.

(1) Nous apprenons avec le plus grand regret la suppression des cliniques orthopédiques et vénériennes dans un but d'économie. Espérons que l'on ne tardera pas à consacrer à l'intérêt général des richesses actuellement absorbées par d'autres nécessités!

---

des petites filles et des femmes qui n'ont pas eu d'enfants, on trouve l'utérus en antéflexion aussi souvent que cela a été affirmé. Laissant de côté l'expérience déjà acquise par des faits antérieurs, je dirai que dans dix autopsies récemment faites sur des femmes dont l'âge variait entre seize et vingt-quatre ans, dont quelques-unes étaient vierges et dont aucune n'avait eu d'enfants, j'ai pu constater et faire constater par de nombreux témoins les résultats suivants :

Deux fois l'utérus a été trouvé en rétroversion, une fois en rétroflexion; trois fois il avait la direction de l'axe du plan du détroit abdominal; une fois il était en antéversion, et dans trois cas seulement en antéflexion.

Le chiffre de ces recherches, tout modeste qu'il est, a de la valeur; car, étudiant sur ces cadavres la direction de l'utérus, j'ai pris toutes sortes de précautions; j'ai tenu compte de toutes les circonstances, et il m'a été facile de voir et de faire voir que les déplacements, quand ils existaient, se liaient à la disposition d'anses intestinales en nombre variable qui avaient poussé l'utérus dans des directions diverses et qui avaient laissé à sa surface la preuve irrécusable de son action violente. Ces preuves consistaient en des empreintes profondes, variables quant à leur nombre, séparées par des arêtes saillantes et qui correspondaient exactement à l'adossement des anses intestinales qui avaient agi. Tantôt elles existaient sur le sommet de l'organe, s'étendant plus particulièrement vers sa partie antérieure ou postérieure, selon que l'impulsion avait été communiquée en avant ou en arrière. Lorsque l'utérus était enlevé de l'excavation pelvienne, lorsque par conséquent il n'était plus soumis à l'action compressive de l'intestin, ces empreintes ne tardaient pas à disparaître, au moins en grande partie, surtout lorsque l'utérus était plus ou moins longtemps manié entre les doigts. C'est donc sur place qu'il faut surtout les examiner ou peu de temps après avoir séparé la matrice du reste du cadavre.

L'état de la vessie m'a paru avoir une influence marquée sur la direction du déplacement. C'est plus particulièrement quand elle contenait de l'urine que j'ai constaté la rétroversion. On conçoit, d'ailleurs, que la capacité plus considérable du cul-de-sac péritonéal postérieur et que les relations assez étendues de l'utérus avec la vessie prédisposent au déplacement en avant. On peut supposer encore d'autres circonstances tout à fait fortuites capables de favoriser un déplacement plutôt qu'un autre (ainsi, par exemple, l'épaisseur variable des deux parois de l'utérus, une mobilité plus ou moins grande du col sur le corps, une mollesse exagérée du tissu, etc.). Je suis convaincu cependant que la flexion, pour ne parler que de ce genre de déplacement, s'observe beaucoup plus souvent sur le cadavre en avant qu'en arrière, et cela pour des causes qu'il ne serait pas difficile d'indiquer.

Ni dans le cas de rétroflexion, ni dans les trois cas d'antéflexion dont il vient d'être question, l'utérus, une fois qu'il avait été redressé sans effort avec les doigts, ne tendait *à revenir forcément à sa première position*; il restait droit. Au reste, une semblable tendance à s'incliner n'aurait rien de bien surprenant et ne prouverait pas grand' chose, à moins qu'il n'y eût une véritable rétraction de tissu et un défaut de longueur dans la paroi fléchie. Or cela n'existait dans aucun de ces cas. Plus d'une fois, d'ailleurs, il m'est arrivé de prendre un utérus parfaitement droit et, après l'avoir infléchi dans un sens et maintenu quelque temps dans cette position, de lui voir conserver une certaine tendance à la flexion artificielle déjà produite; mais il suffisait de l'infléchir en sens contraire pour rétablir bientôt l'équilibre.

L'expansion intestinale ne se borne pas seulement à fléchir ou à incliner l'utérus; elle l'abaisse dans l'excavation pelvienne, et elle le repousse surtout en avant, de manière à l'appliquer contre la face postérieure du pubis et à l'enchâsser pour ainsi dire dans les parois de la vessie assez ordinairement vide, de telle sorte que, quand on a enlevé de l'excavation l'espèce de tampon formé par un nombre variable de circonvolutions, on voit apparaître une vaste cavité comme dans un bassin disséqué, et il semble de prime abord qu'il n'y ait pas de matrice. On devine sans peine que cet organe, en éprouvant ainsi l'un ou l'autre des déplacements précédemment indiqués, pourrait encore être poussé soit à gauche, soit à droite, et cesser par conséquent de se trouver sur la ligne médiane. Il subit même, dans quelques cas plus rares, une véritable torsion sur son axe.

Toutes ces dispositions peuvent avoir une seule et même origine, l'expansion des gaz intestinaux. Se fonder uniquement sur des recherches cadavériques quand il s'agit de fixer la direction normale de l'utérus, c'est-à-dire d'un organe essentiellement mobile, entouré et surmonté par d'autres organes mobiles aussi et destinés à changer de volume et de position, même après la mort, c'est s'exposer à tomber dans de graves erreurs. Que dirait-on, par exemple, d'un anatomiste à qui le hasard aurait fait successivement rencontrer pour ses études des cadavres offrant de vastes épanchements pleurétiques à gauche avec déviation du cœur à droite, et qui, ne tenant compte que du fait cadavérique relatif à ce dernier organe, se croirait autorisé à renverser les idées généralement admises sur sa direction normale?

J'ai également, depuis quelques semaines, examiné les cadavres de sept femmes de dix-huit à trente-cinq ans, et qui avaient eu un ou plusieurs enfants : trois fois l'utérus était droit et obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière; une fois il était en rétroversion et horizontalement couché sur le plancher du bassin; une fois il était en antéversion, et dans deux cas en antéflexion.

Je sais bien que MM. Boullard et Verneuil diront qu'ils n'ont pas nié d'une manière absolue les antéflexions, même chez les femmes qui ont eu des enfants. Voici ce que j'ai à leur répondre : deux exemples sur sept autopsies contrastent singulièrement avec ce qu'ils ont dit à ce sujet, d'autant mieux que ces deux utérus, plus volumineux que ceux des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants, se trouvaient évidemment fléchis par le même mécanisme, c'est-à-dire après la mort, ainsi que le démontraient l'abaissement, le refoulement en avant, les empreintes profondes laissées par les circonvolutions intestinales et la facilité avec laquelle on les ramenait définitivement à une direction rectiligne. L'épaisseur plus considérable des parois doit augmenter la résistance, et explique très bien comment l'utérus se laisse plus difficilement infléchir, ou bien comment, quand il ne résiste pas de façon à conserver sa direction naturelle, il a plus de tendance à s'incliner seulement.

Si je ne m'abuse, il résulte de tout ce qui précède que ce n'est pas sur le cadavre qu'il faut étudier la direction normale de l'utérus, mais bien sur la femme vivante, et ceci me conduit à examiner un autre ordre de faits invoqués par M. Boullard, qui a bien compris que ses premières recherches, quoique les plus nombreuses, laissaient quelque chose à désirer. Je regrette que cette partie de son travail ne donne pas des détails plus complets. Il ne nous dit qu'une chose, c'est qu'il a examiné dix femmes qui n'avaient par encore eu d'enfants, et il croit avoir constaté que chez toutes l'utérus était antéfléchi. J'avoue qu'un semblable résultat m'a singulièrement étonné; et, laissant de côté toutes mes convictions déjà acquises sur ce sujet par une expérience qui date bientôt de vingt années, je me suis remis à l'œuvre, et dans l'espace de quelques semaines j'ai réuni, soit au Bureau central, soit dans ma pratique, soit dans divers hôpitaux, 50 observations, toutes relatives à des femmes qui n'avaient jamais été mères, et dont l'âge variait entre dix-sept et trente ans.

Voici ce qu'un examen attentif, et que je crois avoir été bien fait, m'a démontré quant à la direction de l'utérus : 32 fois je l'ai trouvé droit et à peu près dans la direction de l'axe du détroit abdominal; 7 fois il était simplement incliné en avant et dans un degré variable d'antéversion; dans 4 cas il était incliné en arrière, c'est-à-dire en rétroversion; dans 3 il était manifestement antéfléchi, et dans 4 en rétroflexion.

Je n'en dirai point davantage sur ce point; je me contente d'opposer ces résultats à ceux de notre confrère; et pour décider la question, je fais appel ici à l'expérience de tous.

Un dernier mot en finissant. J'aurais voulu donner les résultats d'une autre série de recherches que j'ai entreprises depuis quelques jours, et qui consistent à examiner les utérus de quelques femmes qui, vouées à une mort prochaine, pourront être ultérieurement examinées à la salle d'autopsie. Il sera intéressant, pour juger la question qui est en litige, de comparer les résultats obtenus sur le vivant par un examen bien fait à ceux recueillis au moment de l'ouverture du corps. Mais, on le comprend, de semblables investigations sont délicates, et demandent nécessairement beaucoup de temps. C'est donc un des éléments du problème que je suis obligé de réserver.

— A la suite de cette lecture, il est décidé qu'une commission de six membres s'occupera de la question anatomique en discussion.

Sont nommés commissaires : MM. Morel-Lavallée, Cullerier, Danyau, Guersant, Houel, Broca.

— M. Depiéris, chirurgien à la Havane, lit une note sur plusieurs points de chirurgie. (Renvoyé à l'examen de M. Guérin.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 mars 1854. — Présidence de M. Combes.

Recherches sur la structure intime du tubercule pulmonaire chez l'adulte. — M. le docteur Mandl communique sur ce sujet la note suivante :

La substance tuberculeuse constitue une masse amorphe, parsemée de molécules graisseuses, finement granulée, cohérente dans les premiers temps de son existence, diffluente plus tard. Cette substance infiltre les éléments voisins et se solidifie librement dans les interstices. Les fragments, ne présentant ni forme ni grandeur déterminées, sont analogues à ceux de toute autre substance exsudée amorphe. Il n'existe point de globules ou de corpuscules tuberculeux particuliers, il n'existe point d'éléments caractéristiques du tubercule; cependant cette ressemblance que présentent entre elles toutes les parcelles amorphes n'autorise nullement à croire identiques entre elles ces substances mêmes, moins encore les maladies qui les ont produites.

La substance tuberculeuse, étant une matière amorphe, ne se compose donc pas d'éléments qui pourraient s'accroître et se développer. La multiplication et l'agrandissement des tubercules ne peuvent par conséquent s'expliquer que par juxtaposition, par des exsudations nouvelles qui viennent s'ajouter aux anciennes; c'est une preuve de plus que les progrès de la maladie se rattachent à une cause incessamment active : c'est elle que l'on doit détruire, si réellement on veut déraciner la tuberculisation.

Le ramollissement du tubercule est dû à la dégénérescence graisseuse, et peut se déclarer avant que l'inflammation existe, c'est-à-dire avant l'apparition de globules du pus et de globules inflammatoires.

Cette métamorphose est un indice certain que la substance tuberculeuse est incapable de s'organiser, incapable de vivre et d'entrer en rapport organique avec les tissus voisins. La dégénérescence graisseuse, en effet, ne se manifeste dans un tissu que lorsque sa nutrition est suspendue, ainsi que le prouvent les observations de transformation graisseuse des muscles, ou de la même métamorphose observée sur la portion périphérique de nerfs coupés, les expériences de R. Wagner, les recherches du docteur J. Guérin, etc.

Par suite de ce ramollissement et de l'inflammation qui s'y joint plus tard, le tubercule, dont l'organisme ne peut s'accommoder, se trouve complétement éliminé; l'organisme ne s'accommode pas non plus du tubercule, qui a subi la métamorphose crétacée; car ce qui persiste, c'est la matière anorganique, la substance organique du tubercule ayant disparu.

Si maintenant il est permis de tirer quelques conséquences thérapeutiques de ces faits, on peut dire que le traitement devra se proposer un double but : d'une part, l'attention du médecin doit être fixée sur la cause productrice, c'est elle qui doit être combattue, car elle seule entretient incessamment le travail de tuberculisation; d'autre part, ces métamorphoses que subit le tubercule par la marche naturelle de la maladie fournissent des indications pour le traitement local.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Je lis dans votre numéro de jeudi, 9 de ce mois, une observation du docteur Lauwers (de Courtrai) sous ce titre : *Grenouillette. — Guérison par incision ourlée.*

« J'avais lu quelque part, dit le docteur Lauwers, je ne sais dans » quel auteur, ou bien j'avais rêvé que le moyen le plus sûr de guérir » la grenouillette, c'est d'y faire une simple boutonnière et d'en ourler » les bords en repliant les lèvres de la plaie en dedans, de manière à » mettre la séreuse en contact avec elle-même, si tant est qu'on doive » appeler séreuse la paroi intérieure d'une grenouillette. »

Permettez-moi, monsieur et honoré confrère, de fixer les souvenirs du docteur Lauwers en lui rappelant ici ce que j'écrivais le 17 novembre 1849 dans ce même journal.

Après avoir décrit le procédé que je proposais, et qui consiste à inciser la tumeur, la vider et à maintenir par des points de suture les lambeaux repliés sur eux-mêmes de manière à mettre leur surface interne en contact avec elle-même, je terminais ainsi :

Ce procédé est fondé :

1° Sur ce que la grenouillette, qu'elle dépende de la dilatation du conduit de Wartbon ou de la formation d'un kyste séreux ou séromuqueux, est tapissée à l'intérieur par une membrane très propre à subir l'inflammation adhésive;

2° Sur cette autre circonstance que les bords de l'incision se trouvent, les lambeaux étant repliés sur eux-mêmes, constitués par la muqueuse buccale et, par suite, réfractaires à tout travail de réunion.

Si la membrane interne de la grenouillette, ajoutais-je, semblait, dans certains cas, se rapprocher davantage par sa structure des membranes muqueuses que des séreuses, on pourrait, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri, enlever sur chacun des lambeaux cette membrane interne, et mettre ceux-ci dans des conditions favorables à leur duplicature.

Voilà ce que j'écrivais dans votre numéro du 17 novembre 1849. Cette date éloignée explique bien comment cette idée semée alors par moi dans le vaste champ de la science et demeurée stérile jusqu'à ce jour, n'apparaît plus à notre collègue que comme un souvenir vague et même comme un rêve.

Agréez, etc. Dr L. Joubert.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le jury du concours pour les prix à décerner aux internes en pharmacie a terminé ses travaux. Le prix de la première série a été obtenu par M. Nouvelon, l'accessit par M. Sarradin, la première mention par M. Rigault, la deuxième par M. Memminger.

Pour la deuxième division, le premier prix a été obtenu par M. Dunand, l'accessit par M. Narcisse Vallois; les mentions par MM. Winsback et E. Hottot. (*Répert. de pharm.*)

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg vient de compléter le cercle des institutions pratiques en obtenant la création d'une clinique des maladies des yeux.

L'ophthalmologie tient une place trop importante parmi les connaissances médicales pour qu'il ne soit pas nécessaire de consacrer à cette science un enseignement pratique et spécial; on peut s'étonner qu'elle paraisse pour la première fois dans le programme officiel d'une faculté française. Cette création, à Strasbourg, est d'autant plus opportune que l'homme y est prêt pour la chose et donnera toute sa valeur à l'institution.

Cette clinique nouvelle sera confiée à M. le professeur Stœber, qui occupe un rang si distingué parmi nos ophthalmologistes.

— La fête jubilaire du célèbre anatomiste Frédéric Tiedmann, qui a été créé docteur en médecine le 10 mars 1804, et qui demeure à Francfort depuis quatre ans, vient d'être célébrée dans cette ville. Plus de quarante ans il a été professeur à Heidelberg, et il s'est retiré de cette université en 1849, lorsque son fils a été tué par des soldats prussiens. Les universités de Heidelberg, de Giessen, de Fribourg et de Wurzbourg, la Société césarienne des naturalistes et l'Académie des sciences de Munich, le corps médical de Mayence, les Sociétés savantes de Francfort et la municipalité de la ville de Heidelberg ont envoyé des ambassades pour le féliciter. La Société d'histoire naturelle de Francfort avait ouvert une souscription pour une médaille d'or, exécutée à Munich, qui lui a été présentée. Cette médaille représente d'un côté le portrait du célèbre anatomiste, et de l'autre l'étoile de mer, objet de sa première grande monographie, qui a été couronnée par l'Institut de France. (*Gaz. hebd.*)

— M. Falret, médecin de la première section des aliénés à la Salpêtrière, commencera son cours clinique et théorique de médecine mentale le dimanche 2 avril 1854, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Conférences cliniques les mardis, jeudis et samedis à neuf heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons élémentaires de chimie, par M. Malaguti, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Rennes. Deux vol. gr. in-18 jésus, avec de nombreuses figures dans le texte, dessinées par Wormser, et une table analytique des matières très détaillée. — Prix : 10 fr. Chez Dezobry et E. Magdeleine, rue du Cloître-Saint-Benoît, 10.

La Table parlante, journal des faits merveilleux. Ce journal est un recueil de faits et un examen critique des événements merveilleux qui préoccupent aujourd'hui tous les esprits ou qui se sont passés autrefois : Tables tournantes et parlantes. — Esprits frappeurs. — Apparitions. — Mesmérisme. — Somnambulisme magnétique. — Trembleurs des Cévennes. — Convulsionnaires de Saint-Médard. — Possession des ursulines de Loudun. — Evénement du presbytère de Cideville. — Femme électrique. — Oracles anciens. — Pythonisses. — Possessions. — Magie. — Nécromancie. — Sorcellerie. — Revenants, etc. — *La Table parlante* forme à la fin de chaque mois un cahier de 32 pages grand in-8°, avec une couverture imprimée. Le premier numéro paraîtra le 30 mars. — Prix de l'abonnement : pour toute la France, 6 fr. par an; pour l'étranger, 7 fr. — Bureau d'abonnement : rue Garancière, 8.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 37. — MARDI 28 MARS 1854. (27e ANNÉE.) N° 37. — MARDI 28 MARS 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 27 MARS 1854.

M. le ministre de la marine vient d'adresser à l'Empereur un rapport qui a pour but de réorganiser le service de santé de la flotte. En voici les principaux passages :

Il est constant que le cadre du personnel des officiers de santé n'est pas en harmonie avec les nombreux et importants besoins auxquels il est appelé à pourvoir. L'exiguïté de ce cadre a compromis plus d'une fois le service. Le dévouement et l'énergie des chirurgiens de la marine semblent avoir dépassé leurs forces physiques, et, malgré un zèle qui ne se dément jamais, je suis obligé de reconnaître qu'ils ne peuvent plus suppléer à l'insuffisance de leur nombre.

Après avoir sérieusement constaté les causes qui ont produit avec le temps l'affaiblissement moral et numérique du corps si précieux des officiers de santé de la marine, il me paraît urgent de trouver et d'appliquer le remède.

Il ne suffit pas d'établir une relation mieux proportionnée entre le personnel d'un corps et les besoins immédiats du service. Il faut aussi ménager à ce corps quelques perspectives d'avenir, qui soient à la fois pour lui un stimulant et une récompense.

Les chirurgiens de 1re classe ne peuvent guère prétendre aujourd'hui au grade d'officier supérieur. Non-seulement ils naviguent sans cesse, mais encore tout avancement mérité leur semble à peu près interdit par la loi de leur institution. Aussi arrive-t-il fréquemment que les hommes d'élite que renferme le corps, et qui sont parvenus à la première classe du grade, s'attachent, de longue main, à se créer une clientèle civile plus profitable et moins pénible que la navigation, et abandonnent la carrière maritime au moment où leur pratique et leur expérience leur permettraient de rendre les meilleurs services.

La création d'un grade de chirurgien principal améliorera cette situation.

Les fonctions de ce nouveau grade seront les mêmes que celles qu'attribue le décret du 15 août 1851 aux chirurgiens majors de division.

Ce sera là une première satisfaction dont il est permis d'attendre de bons résultats; mais, après y avoir bien réfléchi, je suis porté à croire que cette mesure n'est pas suffisante et qu'elle a besoin d'être complétée.

L'ordonnance du 14 juin 1844 a modifié profondément l'organisation des conseils de santé en ce qui concerne les relations qui doivent exister entre le préfet maritime et la direction de ce service. Le président du conseil de santé résume en lui pour l'action et la responsabilité les pouvoirs autrefois confiés à ce conseil. Cependant, malgré la supériorité de ses fonctions, il se trouve par le grade l'égal de ses collègues. De là naissent des difficultés, des frottements, des anomalies hiérarchiques que l'ancienneté seule ne parvient pas toujours à aplanir; de là ressort à mes yeux la nécessité de créer dans nos trois grands ports militaires un grade qui serait assimilé à celui de commissaire général, de directeur des constructions navales, etc., etc.

Ce grade sera occupé par un officier qui prendra le titre de directeur du service de santé.

Le directeur, en outre de l'enseignement ou de la pratique médicale et chirurgicale, sera chargé de la direction et de la surveillance du service de santé. Il aura une autorité morale incontestable sur le service; l'action administrative, en se concentrant dans ses mains, sera mieux définie, et le corps tout entier trouvera dans la position élevée de son chef un légitime sujet d'émulation et de contentement moral.

A la suite de ce rapport, le décret suivant a été rendu :

ART. 1er. *Composition du corps des officiers de santé, assimilation, solde.*

La composition du corps des officiers de santé destinés au service de la flotte et des ports, l'assimilation et la solde des différents grades de ce corps sont fixés ainsi qu'il suit :

NOMBRE.	GRADES.	ASSIMILATION.	SOLDE.
1	Inspecteur général du service de santé.	Contre-amiral.	fr. 10,000
3	Directeurs du service de santé.	Commissaire général. . . . Directeur des constr. navales. Inspecteur en chef.	7,000
3	Premiers médecins ou chirurgiens en chef.	Capitaine de vaisseau. . . .	5,000
3	Premiers pharmac. en chef.		
4	Seconds médecins en chef. .	Capitaine de frégate. . . .	3.500
5	Seconds chirurg. en chef. .		
3	Seconds pharmac. en chef. .		
3	Médecins professeurs. . . .		
3	Chirurgiens professeurs. . .	Chef de bataillon. . . . . . Commissaire adjoint.	3,000
3	Pharmaciens professeurs. . .		
25	Chirurgiens principaux. . .		
70	Chirurgiens de 1re classe. . .		
9	Pharmaciens de 1re classe. .	Lieutenant de vaisseau. . .	2,400
180	Chirurgiens de 2e classe. . .	Enseigne de vaisseau. . . .	1,800
14	Pharmaciens de 2e classe. .		
40	Chirurgiens de 3e classe. . .	Aspirant de 1re classe. . .	1,200
20	Pharmaciens de 3e classe. .		

Les honneurs militaires sont rendus aux officiers de santé selon l'assimilation de leurs grades, en exécution des dispositions des art. 58 et 76 du décret du 6 frimaire an XIII.

Les articles suivants déterminent les fonctions et attributions du directeur du service de santé, des chirurgiens principaux, et le mode d'avancement aux grades de directeur et de chirurgien principal.

Le décret qui précède doit-il être regardé comme le précurseur d'un décret analogue appliqué au corps de santé de l'armée? Nous le désirons vivement. Déjà, en Prusse, en Belgique, en Espagne, les médecins militaires sont assimilés aux officiers quant aux honneurs et à la solde. En France, il a souvent été question d'une pareille assimilation; mais cette mesure a été incessamment retardée par l'influence de puissants contradicteurs. Aujourd'hui que le pays va demander au corps de santé de l'armée, toujours si courageux et si dévoué, de nouvelles preuves de courage et de dévouement, ne serait-ce pas le moment de lui accorder cette honorable et légitime satisfaction ? A. BERNARD.

HOPITAL DES CLINIQUES.

Guérison d'une fistule urétro-pénienne à l'aide du procédé de M. le professeur Nélaton;

Par M. Adolphe RICHARD,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du Bureau central des hôpitaux.

La *Gazette des Hôpitaux* du 10 août 1852 a rendu compte d'une opération de fistule urétro-pénienne faite avec succès par M. Nélaton. Dans cet article, le mode entièrement nouveau d'urétroplastie imaginé par ce professeur me paraît avoir été ou incomplétement compris, ou mal expliqué; et je crois utile d'exposer ici aussi clairement que possible l'idée et l'exécution de cette opération, du reste très simple, en citant un nouveau cas de guérison qui lui est dû, et qui m'est personnel.

L'idée de M. Nélaton est la suivante : le trajet fistuleux, dans ces cas si rebelles de fistule urétro-pénienne, n'existe en réalité pas. On peut dire néanmoins que la fistule a un orifice cutané et un orifice urétral; seulement tous les deux sont juxtaposés et confondus, bien que la dissection puisse parvenir à les séparer.

C'est à les isoler l'un de l'autre que consiste, en effet, l'opération, à détruire leur parallélisme et leur juxtaposition. Et pour y parvenir l'opérateur détache tout autour de la fistule les téguments de la verge, de façon à mobiliser au-devant de l'orifice urétral de cette fistule dédoublée un couvercle cutané flottant, dont la face profonde ou saignante va se cicatriser au-devant de la perte de substance de l'urètre.

En un mot, on opère le *dédoublement* de l'orifice fistuleux et de la paroi urétro-pénienne environnante.

L'avantage de cette opération si simple est frappant; le disque cutané mobile (peau de la verge détachée) a pour centre l'orifice cutané de la fistule : que cet orifice se ferme, et la fistule est guérie. Or cet orifice est dans des conditions excellentes pour s'oblitérer; sa circonférence est avivée du fait même de l'opération, et la peau qui l'entoure, détachée à sa face profonde, n'oppose aucune résistance à la réunion de la petite plaie centrale.

Le pire qui puisse arriver serait que les deux orifices fistuleux séparés par la dissection se réunissent les jours suivants circonférence à circonférence, et on ne voit guère que cela soit possible. Mais, en en admettant même la possibilité, cet insuccès ne ferait rien perdre au malade, contrairement aux modes ordinaires d'autoplastie où l'avivement retranche quelques portions de tissu.

Voilà l'idée.

Dans l'exécution :

1° Il est utile de faire à une certaine distance de la fistule et dans deux sens opposés deux incisions intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Outre que ces incisions augmentent la laxité et le détachement du pont cutané mobile, dans le manuel opératoire lui-même elles facilitent la dissection et donnent plus de sûreté à la marche du bistouri.

2° Il est évident que, toute mesure gardée d'ailleurs, plus ces incisions seront éloignées de la fistule, meilleures seront les chances de succès, puisque leur éloignement du point fistuleux mesure, au moins dans un sens, l'étendue du décollement des téguments péniens, et par conséquent le degré de laxité et d'indépendance du pont cutané mobile.

En outre, quelque faible que doive être la crainte de voir les incisions devenir elles-mêmes fistuleuses, elles le risqueront d'autant moins qu'elles seront plus éloignées.

3° Le décollement ou dédoublement opéré, de quelle façon doit être dirigée la réunion ? Faut-il, au moyen d'épingles, affronter une partie de la face profonde du pont cutané mobile en un pli médian où disparaît la fistule cutanée (1)? C'est là la conduite qu'a jusqu'ici suivie M. le professeur Nélaton, et l'expérience a prouvé qu'elle peut être couronnée de succès. Mais elle offre aussi quelque danger : c'est que la suture entortillée, comprimant trop le pli médian lors du gonflement qui survient naturellement après l'opération, n'en amène le sphacèle. Or, comme l'observation enseigne qu'en pareil cas la réunion ne s'opère jamais que secondairement, il me semble que la prudence doit porter le chirurgien à proscrire toute suture immédiate et à se borner à diriger les jours suivants le travail de granulation.

L'exemple que je vais rapporter viendra à l'appui de ce que j'avance.

Un mécanicien, nommé Monceaux, âgé de trente-cinq ans environ, occupait un des lits de l'hôpital des Cliniques vers la fin de décembre 1853, à l'époque où je remplaçai momentanément M. le professeur Nélaton. J'étais connu de cet homme, qui avait séjourné quelque temps à l'hôpital Saint-Louis, et il me pria de l'opérer.

Il portait depuis très longtemps déjà une fistule urétro-pénienne. La perte de substance se voyait juste sur la ligne médiane de la face inférieure de la verge, à deux travers de doigt en avant de l'angle péno-scrotal. Assez régulièrement ovalaire, elle avait un centimètre et demi de longueur, et de largeur un tiers en moins. Son bord cicatriciel était dur et aminci, les parties voisines saines. Le canal avait son diamètre normal.

Depuis deux ans, ce malade avait été opéré cinq fois inutilement. De ces cinq opérations, l'une lui avait été faite l'année précédente par M. le professeur Nélaton et au moyen de son procédé, de celui-là même que je comptais mettre en usage. Mais le malade, fort intelligent, s'était bien rendu compte que la méthode proprement dite n'était pas responsable de cet échec. Il était simplement arrivé que la suture avait produit l'étranglement et le sphacèle du pli médian du pont cutané.

J'avais été témoin des opérations précédentes de M. Nélaton, témoin aussi de ce dernier accident, et je m'étais promis de tout faire cette fois pour l'éviter.

L'opération fut la suivante :

J'enfonçai un bistouri étroit et pointu sur le rebord cicatriciel de la fistule, de manière à le faire cheminer à plat tout autour de l'orifice et sous les téguments. Je parvins ainsi à décoller la peau de la verge dans une assez grande étendue.

Pour faciliter cette manœuvre, je pratiquai les incisions accessoires dont il a été précédemment question (*d*, *b*). Ces incisions intéressaient la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La supérieure était distante de la fistule d'environ 2 centimètres 1/2; l'inférieure, plus large et beaucoup plus éloignée, occupait le milieu de la hauteur du scrotum. Disséquant vers la fistule à partir de ces incisions, je continuai le décollement et entre les incisions et aussi sur les côtés. C'est ce que montre le dessin (2) par le bistouri engagé sous le pont cutané détaché.

Je laissai les choses en cet état : point de réunion; pour tout pansement, des compresses froides. Les cuisses furent soutenues fléchies sur des coussins; une plaque de carton échancrée à son milieu et reployée de chaque côté autour des régions trochantériennes maintint immuablement les bourses. Cet homme, habitué à l'avance à se sonder, pratiqua lui-même le cathétérisme toutes les trois ou quatre heures.

Tout se passa avec une extrême simplicité. Souffrant à peine, parce qu'il n'y avait aucun tiraillement, l'opéré ne fut tourmenté d'aucune érection pendant la nuit. Au troisième jour, des granulations commençaient à poindre et vers les deux incisions et au niveau de la fistule. Au cinquième jour, M. Nélaton, qui venait de reprendre le service, dans le but de diriger ce travail de granulation, enfonça à travers

(1) Je ne pose pas la question pour les incisions auxiliaires. A mon sens, dans aucun cas elles ne doivent être réunies par suture; alors, en effet, leur principal avantage disparaîtrait, celui d'augmenter la laxité et la mobilité du pont.

(2) EXPLICATION DE LA FIGURE :

a. Fistule.

b. Incision supérieure dont les lèvres sont écartées.

c. Pointe du bistouri engagé sous le pont cutané mobile.

d. Incision inférieure. Le bistouri y est représenté engagé.

e. Bourses.

p, *p*, *p'*, *p'*. Piqueté des points où s'arrête le décollement de la peau.

l'orifice fistuleux, mais très loin de sa circonférence, une épingle fine maintenue par un fil simple entortillé à peine serré. L'épingle fut retirée au bout de douze heures. A deux ou trois jours d'intervalle, dans le même but et pour un temps aussi court, nouvelle épingle enfoncée. C'était merveille de voir à chaque fois avec quelle facilité une pression d'aussi courte durée modelait et rapprochait les parties suppurantes. Au dixième jour, il ne restait qu'un pertuis : celui-ci se sécha les jours suivants, admettant la pointe d'une épingle. Les plaies suppurantes inférieure et supérieure étaient alors cicatrisées ; le malade urinait par la verge et ne se sondait plus. En appliquant le pénis aux bourses, il ne perdait plus d'urine ; seulement, en mettant sous la verge un linge fin, il le retirait humecté. Il sortit de l'hôpital. Je le revis chez moi, et cautérisai le petit pertuis avec un stylet d'Anel trempé dans une solution d'azotate d'argent (à parties égales). Il m'avait promis de revenir si ce dernier vestige de sa maladie ne disparaissait pas entièrement ; je ne l'ai point revu.

Le fait qui précède, en venant appuyer de l'exemple d'un nouveau succès le procédé de M. le professeur Nélaton pour les fistules urétro-péniennes, montre en outre :

Que dans ces cas on peut se passer de tout moyen propre à obtenir ou à rechercher une réunion immédiate ;

Qu'il faut alors, les jours suivants, diriger le travail de granulation au moyen d'épingles mollement maintenues par un fil et retirées au bout de douze heures ;

Qu'il y a tout avantage à éloigner les incisions.

Le procédé de M. Nélaton, qu'on pourrait nommer *par dédoublement sous-cutané*, me paraît avoir résolu le difficile problème de la guérison des fistules urétro-péniennes. Je crois au moins qu'aucun autre mode ne pourra lui être comparé, et qu'il dispensera pour toujours d'avoir recours à la boutonnière, ressource ingénieuse et hardie, mais non sans danger, à laquelle sont attachés les noms de MM. Viguerie, Ricord, Ségalas.

Ce procédé s'appliquera-t-il à d'autres régions ? J'en ai la ferme confiance, et je crois qu'il y pourra rendre d'éclatants services.

D'abord, pour certains anus contre nature, la pratique de M. Nélaton compte déjà plusieurs succès dus à ce moyen.

Mais la plus heureuse extension serait certainement de l'appliquer aux fistules du vagin. Je l'ai essayé, il y a environ un an, à l'hôpital Saint-Louis, chez une femme jeune encore, qui portait une fistule recto-vaginale située assez bas ; j'ai obtenu un résultat presque nul. Mais maintenant que je comprends mieux le mécanisme du procédé, je ne conclus rien de cette expérience. Mes incisions n'étaient pas assez éloignées ; je n'ai ni suivi, ni dirigé le travail de réparation. Enfin, la femme a subi promptement une deuxième opération avant que l'effet de la première fût bien décisif.

J'ai dans ce moment dans mes salles, à l'hôpital Saint-Antoine, une pauvre femme qui, dans un accès de manie, s'est enlevé un morceau considérable de la trachée. Quand la fistule sera bien établie et sans tendance à se refermer, je me propose d'employer pour la guérir le procédé décrit dans ce travail.

Les fistules salivaires, certaines autres fistules de la face me paraissent également propres à recevoir l'application de ce mode opératoire si sûr dans ses résultats, si simple dans son exécution.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Les divers moyens et procédés opératoires qui ont été successivement préconisés pour guérir la hernie inguinale peuvent être divisés en deux grandes catégories : celle des siècles passés et de la moitié du dernier siècle et celle des temps modernes où l'on s'occupe des hernies, mais seulement au point de vue de l'anneau externe; il n'y a guère que trois ou quatre procédés, dont le plus ancien ne remonte pas au delà de vingt ans, dans lesquels les chirurgiens tiennent compte enfin du canal inguinal.

Il serait très difficile de dire quelles sont les idées théoriques qui ont guidé dans le choix des divers moyens et des diverses tentatives opératoires faites à l'époque où l'on ne connaissait pas encore les dispositions anatomiques des hernies. Ces moyens sont, pour la plupart, purement empiriques, quelques-uns se ressentent de l'ignorance et de la barbarie du temps. On a, en effet, cherché à obtenir la guérison radicale des hernies par des *charmes* et des *amulettes*. Au rapport de Geiger, on se servait en Allemagne au dix-septième siècle du moyen suivant : on fendait un chêne, on prenait l'enfant affecté de hernie et on lui faisait faire trois ou quatre fois le tour de l'arbre en répétant certaines paroles sacramentelles.

On a eu recours aussi à un grand nombre de moyens internes, parmi lesquels il suffira de signaler, sans s'y arrêter, les lavements avec de la camomille, l'usage de pilules astringentes, la poudre de lièvre dans du vin rouge, l'herbe à hernie, la solution de herniaire dans du vin. Un moine nommé Cabrières prétendait obtenir de grands succès de l'emploi d'un remède dont la composition variait suivant l'âge du sujet; voici les diverses formules appropriées aux divers âges:

Depuis 2 ans jusqu'à 6 : Esprit de sel bien rectifié, 3 ou 4 gouttes; mêlez dans une cuillerée ou deux de vin, que l'on fait avaler tous les matins à jeun.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février et 7 mars.

De 6 à 10 ans : Mettez quatre scrupules de ce même esprit de sel dans une chopine de bon vin rouge; à prendre tous les matins environ la quantité de deux onces, de telle sorte que cette dose dure sept jours, après lesquels on renouvellera le remède jusqu'à ce que le malade en ait pris vingt et un jours de suite.

De 14 à 17 ans, la dose était de 2 gros et demi du même esprit dans une chopine de vin rouge.

Enfin, depuis 17 ans jusqu'aux dernières limites d'âge, on mettait 5 gros d'esprit de sel pour une chopine.

A ces moyens internes, dont on devait faire usage pendant vingt et un jours, on ajoutait l'usage d'un emplâtre, que le malade devait porter jour et nuit pendant trois mois; cet emplâtre était composé de mastic en larmes, de laudanum, de noix de cyprès desséchées, d'hypocystis, de terre sigillée, de poix noire, de térébenthine de Venise, de cire jaune et de racine de grande consoude desséchée.

Parmi les moyens externes usités à cette époque figuraient en première ligne les astringents. On a vanté tour à tour les poudres de tan, de grenadier, de cyprès. Un chirurgien a eu la singulière idée d'appliquer de la limaille de fer sur la peau du scrotum au niveau du canal, en même temps qu'il administrait à l'intérieur de la poudre d'aimant dans l'espoir que l'attraction de ces deux substances l'une vers l'autre produirait l'oblitération de l'orifice herniaire. Enfin plusieurs médecins ont prétendu obtenir des succès à l'aide de sachets contenant des poudres médicamenteuses, et notamment de la poudre de tan.

Moyens chirurgicaux. — L'un des premiers moyens chirurgicaux auxquels on a eu recours pour la guérison radicale des hernies, et qui a eu longtemps une grande faveur, est la *castration.* Il y a une hernie dans le scrotum, disait-on; en enlevant le scrotum et le testicule avec, l'anneau externe n'étant plus traversé par le cordon, ni tiraillé par le poids du testicule, devra se rétrécir, et la guérison radicale de la hernie en sera la conséquence. Pendant de longues années on a ainsi enlevé un grand nombre de testicules pour guérir des hernies. On a effectivement obtenu par ce moyen un certain nombre de guérisons. En effet, quand on coupait le cordon et le sac, le cordon se rétractait dans l'anneau inguinal, et y transportait une surface saignante qui suppurait, ou qui se couvrait tout au moins de lymphe plastique. On conçoit que le travail inflammatoire, remontant jusqu'à l'anneau interne, pouvait effectivement amener l'oblitération du collet, et par suite s'opposer à une nouvelle issue des intestins. A. Paré fut l'un des premiers à s'élever énergiquement contre cette pratique barbare, et grâce à ses efforts, la castration devint beaucoup moins fréquente à partir du seizième siècle. Mais ce n'est qu'au commencement de dix-septième, au rapport de Fabrice d'Aquapendente, que, l'usage des brayers étant devenu plus commun, la castration commença à tomber en discrédit. Ce chirurgien raconte qu'un certain Horace de Nortia, grand coupeur de testicules de son temps, se plaignit un jour à lui que la profession était perdue, car dès cette époque il n'enlevait plus que quinze à vingt testicules par an, au lieu de deux à trois cents qu'il coupait annuellement. Cependant l'usage de la castration n'a pas encore complétement disparu. Richter rapporte qu'en Allemagne les chirurgiens de son temps traitaient encore les hernies de cette manière, et il n'y a guère plus d'une quinzaine d'années qu'on voyait encore des charlatans parcourant les campagnes pour guérir les hernies par ce procédé barbare.

Il y avait encore aux époques dont il vient d'être question deux autres procédés en grand honneur aussi : l'un, dit le *point doré*, qui consistait à embrasser le sac et le cordon tout ensemble au moyen d'un fil d'or qu'on laissait en place jusqu'à ce que la section fût complète. Par ce procédé, on laissait au malade son testicule, mais un testicule dépourvu de ses vaisseaux, et par conséquent désormais inutile.

Le second procédé est celui de la *suture royale.* A. Paré imagina de disséquer le sac, de le détacher du cordon et de le lier vis-à-vis de l'anneau externe. D'autres chirurgiens, après lui, substituèrent à la ligature simple une ligature multiple. Quelquefois on coupait le sac après avoir pratiqué la suture ; d'autres fois on enlevait le sac sans avoir préalablement lié.

Cette méthode pouvait quelquefois amener la guérison de la hernie par la propagation de l'inflammation qui devait se développer au niveau de l'anneau externe jusqu'à l'anneau interne, laquelle pouvait avoir pour effet de faire adhérer entre elles les deux parois du sac. Mais on ne pouvait guérir par ce moyen ni la pointe, ni la hernie interstitielle, qu'on ne reconnaissait pas d'ailleurs; mais ce qu'il y avait de plus grave, c'est qu'on donnait lieu quelquefois, par cette opération, à des péritonites mortelles.

Enfin, un troisième procédé imaginé par un Espagnol consistait à refouler le testicule, bon gré, mal gré, jusque dans l'abdomen, et à recoudre la peau par-dessus.

Plus tard, J.-L. Petit imagina un procédé qu'il recommandait particulièrement dans les cas de hernie étranglée seulement. Il débridait sans ouvrir le sac, et après avoir fait rentrer l'intestin, il réduisait le sac dans le but de lui faire contracter des adhérences avec les parties voisines. Ce procédé paraît, au premier abord, très séduisant; car on a là un bouchon qui semble devoir rendre impossible la reproduction de la hernie; mais on expose par là les malades à un grave danger en projetant ainsi dans l'abdomen le sac et les intestins enflammés. M. Malgaigne a voulu suivre ce précepte dans un cas de hernie crurale chez une femme, mais il survint, à la suite de cette opération, une inflammation du sac et un phlegmon iliaque qui emportèrent la malade.

On a proposé encore de détruire le sac par le fer rouge ou par les caustiques. L'Académie royale de chirurgie condamna cette méthode comme exposant aux mêmes dangers que la castration. M. Malgaigne pense que ce jugement est peut-être trop sévère, et qu'il n'était pas impossible d'obtenir quelquefois la guérison par cette méthode comme par toutes celles qui ont pour effet de déterminer l'inflammation du canal inguinal.

Deux procédés ou plutôt deux méthodes beaucoup plus récentes méritent d'arrêter un instant notre attention.

La première est à la fois des plus ingénieuses et des plus étranges; l'idée en est due à M. Belmas. On sait que lorsque la hernie est dans les bourses et que le sac n'a contracté aucune adhérence avec les parties voisines, on peut assez facilement faire rebrousser chemin à la peau du scrotum jusqu'à l'anneau et en même temps y repousser le sac. Or voici ce que M. Belmas a proposé de faire après en avoir fait l'essai avec succès sur des chiens. Après avoir ainsi refoulé le sac jusqu'à l'anneau externe, on pratique avec une lancette une petite incision au scrotum ; par cette ouverture on insinue jusqu'à l'anneau externe, en longeant le cordon, qu'on doit avoir le soin de ménager, une sonde ouverte aux deux bouts, portant dans son intérieur une longue aiguille armée d'un fil auquel est attachée une petite poche de baudruche. On fait sortir la pointe de l'aiguille par la peau, au niveau de l'anneau externe, et on attire l'aiguille au dehors ; celle-ci attire avec elle la poche de baudruche jusqu'au niveau de l'anneau ; à l'aide d'un petit tube ajouté au sac de baudruche, on insuffle de l'air dans la cavité de cette poche jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment gonflée. On a ainsi, au-devant de l'anneau externe, une poche de baudruche remplie d'air qui fait office de bouchon. Or voici ce qui se passe dans cette circonstance. Cette poche de baudruche, en tant que corps étranger, détermine là une sécrétion de lymphe plastique; mais, en vertu des lois de l'endosmose, cette lymphe coagulable passe dans le sac de baudruche et y forme un noyau qui ne tarde pas à s'organiser; la baudruche elle-même s'organise : on a donc au-devant de l'anneau un bouchon organique qui l'obture. Il semblait que ce procédé dût promettre les plus beaux résultats. Malheureusement, la première fois qu'il a été essayé sur l'homme, il s'est développé à la suite de l'opération une péritonite mortelle, et personne depuis n'a osé le tenter une seconde fois.

M. Bonnet (de Lyon) a proposé un procédé beaucoup plus simple et qui atteint à peu près le même but que la suture royale. Seulement, au lieu de pratiquer la suture immédiatement sur le sac mis à nu, M. Bonnet la pratique médiatement par-dessus la peau. Il traverse le scrotum près de l'anneau avec plusieurs épingles recourbées du côté de leur extrémité libre et munies de petites rondelles de liége ou de carton, en ayant le soin d'éviter le cordon spermatique, et par ce moyen il met les parois du sac en contact de manière à en obtenir l'adhésion à la faveur de la lymphe plastique dont les piqûres ont déterminé l'écoulement. Ce procédé a un avantage sur les précédents et en particulier sur celui dont il dérive, c'est de ménager la peau ; mais il a comme eux l'inconvénient d'exposer au développement d'une péritonite mortelle.

Tous les procédés dont il s'est agi jusqu'ici ont ce caractère commun, c'est qu'ils ne s'appliquent qu'à obturer l'anneau externe, et que par cela même ils sont insuffisants.

Une fois connu le fait de l'évolution de la hernie à travers le canal inguinal, il surgissait une indication nouvelle, celle d'oblitérer le canal lui-même. Ce n'était qu'à cette condition qu'un procédé pouvait désormais être considéré comme rationnel. Il reste donc maintenant à faire connaître les procédés qui présentent ce caractère.

Le premier de ces procédés est celui dit du *bouchon sanglant* imaginé par Jameson, et qui consistait à mettre l'anneau à découvert et à tailler aux dépens des téguments voisins un lambeau dont la racine était tournée du côté de la première plaie. Ce lambeau disséqué et renversé, sa portion flottante était introduite et fixée dans l'ouverture herniaire. Ce procédé n'avait été mis en usage par son auteur que pour la hernie crurale. M. Gerdy a eu l'idée d'en faire l'application à la hernie inguinale, mais en le modifiant assez profondément pour constituer en réalité un procédé nouveau. On sait que chez la plupart des sujets, même chez ceux qui sont pourvus d'un certain embonpoint, le doigt peut, en refoulant devant lui la peau des bourses, arriver jusqu'à l'anneau inguinal externe, et même, a-t-on dit (ce qui est une erreur), jusque dans le canal inguinal.

Prenant acte de ce fait, M. Gerdy s'est demandé s'il ne serait pas possible, en refoulant ainsi une portion du scrotum jusque dans l'anneau, de lui faire contracter là des adhérences assez solides pour obtenir l'oblitération de l'anneau, et par suite la guérison radicale de la hernie. Voici le procédé qu'il a imaginé à cet effet. Le doigt déprimant la peau des bourses au niveau de leur racine, de manière à en être recouvert comme d'un capuchon ou d'un doigt de gant, la repousse ainsi devant lui jusque dans l'anneau. Ce premier temps de l'opération effectué, on porte au fond de ce cul-de-sac une aiguille courbe munie d'un fil double, que l'on fait glisser sur l'extrémité du doigt qui maintient refoulée la peau des bourses, et on la fait ressortir vers la partie moyenne et supérieure du canal inguinal. Une seconde aiguille, qui enfile l'autre extrémité du même fil est également portée au fond du cul-de-sac, et on lui fait aussi traverser le canal inguinal, mais sur un autre point ; de sorte qu'en tirant les deux extrémités de ce fil on attire le plus haut possible vers l'anneau interne le sommet du bouchon formé par la peau renversée du scrotum. Pour maintenir le bouchon dans cette posi-

tion, on sépare les deux fils et on les attache ensemble sur un cylindre de toile ou de diachylon. On a ainsi un bouchon de peau qui oblitère une partie du canal inguinal, et une suture qui traverse à la fois et le canal inguinal et le bouchon de peau qu'elle maintient contre l'anneau externe.

Il ne reste plus, pour compléter l'opération et pour en assurer le succès, qu'à tâcher de favoriser un travail d'adhésion entre les parois du cul-de-sac formé par la peau des bourses refoulée dans le canal; c'est ce que M. Gerdy s'est proposé d'obtenir en promenant un pinceau imbibé d'ammoniaque sur les parois de ce cul-de-sac. On avait ainsi un double moyen d'obtenir la guérison, par les adhérences formées dans le canal entre ses parois et le bouchon scrotal, et par les adhérences formées entre les deux surfaces adossées du cul-de-sac scrotal lui-même.

Cette méthode a été mise à exécution plusieurs fois. Chez quelques-uns des opérés de M. Gerdy, l'opération semblait d'abord avoir eu tout le résultat qu'il en attendait; les adhérences extérieures paraissaient assez solides pour assurer la durée de la guérison, mais on ne sentait pas dans le canal ce noyau qu'on devait s'attendre à y sentir; néanmoins, malgré cette circonstance en apparence défavorable, quelques-uns de ces malades ont paru assez complétement guéris pour qu'ils aient pu renoncer à l'usage de leurs bandages. Mais il n'en a pas été de même chez tous. Chez d'autres, en effet, le bouchon ne tint pas; il tomba par son propre poids au bout de quelque temps, et il fallut revenir à l'application du bandage. Chez d'autres encore la hernie reparut dès qu'on voulut retirer le bandage, dont on n'avait d'abord pas osé discontinuer l'usage. Enfin il fallut, chez quelques autres, recourir à des irrigations froides pour modérer l'intensité de l'inflammation réactive, ce qui entraîna la mort de l'un des opérés. Depuis ce fatal événement, cette méthode n'a plus été employée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 16 mars 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

Aperçu sur la topographie médico-chirurgicale de Constantinople. — M. Deguise fils communique le rapport suivant, dont les conclusions sont adoptées.

Messieurs, il y a quelques semaines, un médecin turc a lu à la Société de chirurgie une note portant le titre ci-dessus indiqué, et a adressé en même temps une demande pour obtenir le titre de membre correspondant étranger.

Une commission composée de MM. Denonvilliers, Boinet et moi ayant été nommée pour vous rendre compte de ce travail, je viens, comme rapporteur, vous présenter une très courte analyse de la note de M. Beyran.

Aujourd'hui que l'attention publique est tournée vers le drame qui se joue en Orient, tout le monde connaît la position géographique de l'ancienne capitale du Bas-Empire, entre le Bosphore et la mer de Marmara; je puis donc passer sous silence les détails que nous fournit M. Beyran sur la configuration de Constantinople. Il me suffira de vous rappeler que la cité turque, à proprement parler, est fermée par le promontoire de Stamboul, qui se trouve séparé des deux faubourgs chrétiens, Péra et Galata, par la Corne-d'Or, où si vous aimez mieux le port de la ville. Enfin, vis-à-vis la pointe du sérail, à l'ouest et sur l'autre rive du Bosphore, se trouve un troisième faubourg, Scutari, appartenant à la côte d'Asie.

Constantinople, assise entre deux mers, l'une au nord, l'autre au midi, est sans cesse exposée aux vents qui soufflent, soit isolément, soit ensemble, de ces deux vastes nappes d'eau; aussi il en résulte pour la température des variations considérables. Le vent vient-il de la mer du Nord, un froid vif et piquant se fait sentir; le vent arrive-t-il du sud, de la mer de Marmara, on ne respire plus qu'un air chaud, lourd et chargé d'humidité. En été, la chaleur est aussi forte qu'à Naples; en hiver, le thermomètre descend quelquefois à 15 et 18° au-dessous de zéro, puis tout à coup le vent du nord tombe, il est remplacé par celui du sud, et la chaleur devient telle qu'on se croirait en été. Ces brusques transitions dans la température doivent nécessairement jouer un grand rôle dans le développement des nombreuses maladies qu'on observe à Constantinople.

Ajoutons encore que si la ville, vue du dehors, est belle jusqu'à la magnificence, à l'intérieur elle l'est beaucoup moins; que les rues étroites, mal entretenues, obstruées d'immondices de toutes sortes; que les décombres de ses maisons si souvent incendiées offrent un singulier contraste avec ses mosquées et ses palais. Enfin, n'oublions pas les cimetières de Pera et de Scutari, l'immense quantité de chiens abandonnés à eux-mêmes et pour la plupart lépreux que l'on rencontre à chaque pas, et nous aurons une idée de la manière dont est comprise l'hygiène publique dans la capitale de l'empire ottoman.

A propos des chiens qui pullulent sur les tas d'ordures, M. Beyran ne manque pas de faire remarquer (ce que l'on sait du reste depuis longtemps) que l'hydrophobie est une affection presque inconnue à Constantinople, mais il ne nous dit pas à quoi tient cette circonstance.

Une opinion s'est produite il y a déjà quelques années sur la cause probable qui engendre ce redoutable virus, à laquelle pour ma part je me rallie entièrement; je veux parler du non-rapprochement sexuel dans l'espèce canine. Quoique cette opinion soit loin d'être généralement adoptée, il me semble néanmoins qu'elle ne manque pas de vraisemblance, et que les objections qui lui ont été faites sont plus spécieuses que fondées. Mais d'abord sur quelles données repose l'ancienne étiologie de la rage? Pour les uns une extrême chaleur, pour les autres un froid excessif serviraient de prétexte au développement du virus rabique. Cependant Volney, Larrey, Brown, Savary, Clot-Bey, etc., nous apprennent que la rage est à peine connue en Egypte, dans la Syrie, au cap de Bonne-Espérance, ainsi que dans l'Amérique méridionale, tous pays qui sont cependant les points du globe où la température est le plus élevée. Les rivages de la mer Blanche et les steppes de la Sibérie ne passent pas généralement pour des contrées tempérées; le thermomètre y descend fréquemment à 40° au-dessous de zéro, et néanmoins on ne rencontre pas plus de chiens enragés à Archangel qu'à Tobolsk. Quant à considérer la privation d'aliments ou de boisson comme susceptible d'engendrer la rage, cela n'est plus possible depuis les expériences tentées à l'Ecole pratique par Dupuytren, Breschet et M. Magendie; car tous les animaux qu'on a laissé périr de faim et de soif sont morts sans offrir aucun symptôme de rage. Le chaud, le froid, la privation d'aliments ou de boisson sont donc insuffisants pour produire la rage.

Maintenant, quels sont les chiens qui deviennent le plus communément enragés? Sont-ce les chiens errants, les chiens sans maîtres? Non; ce sont les chiens d'attache, les chiens d'appartements, ceux qui ne souffrent ni du chaud ni du froid; ce sont ceux qui sont le plus choyés, ceux que l'on mène en voiture ou que l'on conduit en laisse. La rage apparaît-elle chez un de ces animaux, bien loin de soupçonner la cause que je défends ici, le propriétaire de l'animal ne manquera pas de dire: « C'est qu'il aura été mordu par quelque prolétaire de son espèce; » tout comme la femme affectée d'un cancer au sein, qui a toujours reçu un coup dans cette région.

Si l'on m'objecte que les loups, les renards, les chats qui vivent en état de liberté, et dont les amours ne sont pas contrariées, sont néanmoins comme le chien exposés à devenir enragés, je répondrai que cela est possible, mais que néanmoins ces faits sont tellement rares, tellement exceptionnels, que nous tous réunis, en rassemblant nos souvenirs, ne pourrions très probablement pas en citer un seul cas. Que l'on cesse de tenir continuellement les chiens soit à la chaîne, soit entre quatre murs, qu'on leur rende la liberté dont ils jouissent dans certaines contrées, et la rage deviendra chez nous, j'en ai la conviction, aussi rare qu'en Sibérie ou en Orient.

Une particularité fort curieuse, c'est que, malgré l'agglomération des différentes races qui composent la population indigène de Constantinople, telle race reste plus disposée que telle autre à contracter certaines maladies. Ainsi, la phthisie semblerait montrer une certaine prédilection pour la race nègre; la chlorose, les troubles gastro-intestinaux, les fièvres intermittentes seraient plus spécialement le partage des musulmans, tandis que les affections cutanées ou scrofuleuses, les ophthalmies frapperaient de préférence les israélites. L'explication de cette aptitude particulière doit se trouver dans l'extrême rareté de la fusion de ces races entre elles. En effet, chacune d'elles a sa langue, sa religion, ses mœurs, sa physionomie propre, en un mot, qu'elle conserve intacte et pure de tout mélange. Tous les médecins qui ont visité quelque ville du Levant ont pu faire des remarques analogues; et pour ma part je me rappelle avoir été vivement frappé de ce fait, qu'à Alger les kératites étaient excessivement communes chez les juifs, tandis qu'elles étaient rares chez les maures.

M. Beyran passe en revue un assez grand nombre de maladies qu'il a observées dans sa pratique particulière. Celles qu'il paraît avoir rencontrées le plus fréquemment sont les flux de sang, les hémorrhoïdes et surtout la dyssenterie, les engorgements du foie, les érysipèles du cuir chevelu et de la face, les congestions cérébrales et les irritations spinales. Ces dernières affections auraient surtout de la tendance à se prononcer lorsque, « en même temps que le vent du nord souffle » violemment, le soleil est d'une ardeur accablante et que la transpi- » ration vient à se supprimer subitement. »

Après l'histoire naturelle médicale des affections qui règnent le plus communément à Constantinople, vient la description des remèdes. Or, à part quelques exceptions, les médecins turcs ne brilleraient pas précisément par la richesse de leur thérapeutique, et leurs procédés chirurgicaux seraient encore dans l'enfance.

La chlorose se traite par la saignée.

La blépharite simple ou granuleuse se guérit en passant rapidement la moitié d'une gousse d'ail sur les paupières préalablement renversées.

Dans la rétroversion de l'utérus, on introduit la main gauche tout entière pour remettre l'organe en place, puis on introduit une chandelle dans le rectum pour maintenir la réduction. Ce procédé à la turque me rappelle celui de Fabrice d'Aquapendente. Le professeur de Padoue recommandait, lui aussi, l'introduction d'une chandelle, mais dans le vagin, et il ajoutait que l'opération avait bien plus d'effet si l'on amalgamait à la chandelle le parfum de l'assa fœtida ou des vieux souliers, la matrice baissant les mauvaises odeurs et remontant en place afin de mieux les fuir.

Une île de l'Archipel, Samos, serait, au dire de M. Beyran, le rendez-vous de tous les calculeux, qui viendraient s'y faire tailler. L'opération est fort simple. L'index introduit dans le rectum, le chirurgien fait saillir la pierre vers le côté gauche du périnée, et avec un rasoir incise toutes les parties qui recouvrent le calcul, depuis le raphé jusqu'à la tubérosité de l'ischion. La pierre est ensuite saisie avec de grosses pinces; puis on fend en deux une poule vivante, on la saupoudre de matières astringentes, on l'applique sur la plaie et tout est terminé.

M. Beyran a connu deux personnes qui avaient été opérées et guéries de la sorte.

Cette taille latérale sans cathéter ne prouve pas beaucoup en faveur des progrès qui se sont accomplis en Turquie, puisque cette méthode, rappelée par Guy de Chaulieu en 1663, et avant lui par Guillaume de Salicer, n'est autre que celle déjà décrite au septième siècle par Paul d'Egine. Bien plus, Paul d'Egine avouant qu'il a peu ajouté aux écrits qu'il avait copiés, ce serait à Antylus qu'il faudrait faire remonter la première description de la taille latérale. Or, comme Antylus a suivi Galien de très peu d'années, la méthode pour extraire la pierre actuellement suivie à Samos remonterait à la fin du deuxième ou au commencement du troisième siècle.

Nous ne connaissons pas très bien comment les chirurgiens grecs s'y prenaient pour avoir la pierre du temps d'Hippocrate; mais évidemment s'ils taillaient comme à Samos au dix-neuvième siècle, nous devons parfaitement comprendre l'horreur d'Hippocrate pour cette opération, et la défense qu'il imposait à ses élèves de ne la pratiquer jamais. Le fait est qu'à considérer la témérité des chirurgiens de Samos, on serait tenté de s'écrier avec Ambroise Paré: « Ce sont de » ces barbiers qui font souvent ouvrir le ciel et la terre par leur im- » péritie. »

Messieurs, M. Beyran a voulu profiter de l'occasion que lui offrait un voyage à Paris pour vous faire une communication qui, pour ne pas être chirurgicale, n'est pourtant pas dénuée de tout intérêt au point de vue des événements qui se passent actuellement en Orient. M. Beyran est médecin de l'hôpital impérial de Tersané et chirurgien en chef de Sidi-Kouli; par conséquent parfaitement placé pour être à même de recueillir des faits intéressants qu'il s'engage à vous communiquer. Votre commission vous propose donc:

1° De déposer dans les archives le mémoire de M. Beyran;

2° De l'inscrire parmi les correspondants étrangers.

— M. Monod lit ensuite le rapport suivant, dont les conclusions sont également adoptées.

Des injections d'iode dans les tissus et les cavités du corps pour la guérison du spina bifida, de l'hydrocéphale chronique, de l'œdème, des épanchements fibrineux, de l'érysipèle œdémateux, etc., par M. Daniel Brainard, d.-m., président du Collége médical de Chicago (Illinois), et professeur de chirurgie au même collége.

Messieurs, le désir bien naturel de M. Brainard que ce rapport fût fait à la Société de chirurgie avant son très prochain départ pour l'Amérique a obligé votre commission à hâter son travail et à se borner à quelques courtes réflexions qu'elle m'a chargé de vous présenter.

Depuis le moment où il a paru être démontré que l'iode appliqué localement était un modificateur puissant des sécrétions morbides et agissait dans beaucoup de cas comme un antiphlogistique énergique, l'usage de cet agent précieux s'est rapidement étendu; les injections iodées ont été tentées dans une foule de circonstances avec plus ou moins de succès. Les guérisons obtenues au moyen de ces injections dans les hydropisies abdominales devaient logiquement conduire à tenter l'effet de ces injections dans les collections séreuses de l'encéphale. M. Brainard a eu l'honneur de présenter en 1847 le premier cas de guérison de spina bifida par les injections iodées qui soit connu dans la science. L'observation, qui a été publiée en Amérique et en Europe, a pour objet une jeune fille de treize ans, idiote et paraplégique, qui, après avoir subi quinze injections en dix mois sans accidents, a été guérie de sa tumeur et a recouvré en partie l'usage de ses membres inférieurs et de ses facultés intellectuelles. M. Brainard donne dans le mémoire qui fait l'objet de ce rapport l'historique de trois autres cas de spina bifida où il a employé les injections iodées et mentionne deux autres faits qui ne lui sont pas personnels. Dans les trois cas qui lui appartiennent, il y avait complication d'hydrocéphale; chez un des enfants, la tumeur s'était rompue au moment de l'accouchement et la cavité était le siége d'une suppuration abondante. Les injections furent commencées chez lui et chez un autre à la naissance; chez le troisième, le traitement ne commença qu'à l'âge de trois mois. Les injections non-seulement ne produisirent pas d'accidents, mais amenèrent un changement rapide et favorable dans la tumeur. Il est vrai de dire que les trois enfants sont morts de convulsions; mais il faut se rappeler qu'ils étaient hydrocéphales et que la guérison de la tumeur datait dans un cas de sept semaines et dans un autre de sept mois lorsque les convulsions survinrent. Dans le troisième, les convulsions survinrent après la quatrième semaine de traitement.

M. Brainard dit que les deux cas qui ne lui appartiennent pas ont été traités avec succès sous sa direction, mais il n'entre dans aucun détail.

L'auteur conclut de ces faits, avec raison selon nous, que les injections iodées faites avec les précautions nécessaires sont non-seulement innocentes, mais très efficaces dans le traitement du spina bifida, lorsqu'il n'est pas compliqué de vice de conformation grave du rachis ou d'hydrocéphale. Les faits observés en Europe, et en particulier ceux qui appartiennent à MM. Velpeau et Chassaignac, viennent confirmer ces conclusions.

M. Brainard emploie au début une solution de 1 milligramme et demi d'iode et de 4 milligrammes et demi d'iodure de potassium dans de l'eau distillée, et n'augmente la force de la solution dans les injections subséquentes que quand il n'y a plus de réaction inflammatoire après l'opération.

La ponction doit être faite dans la peau saine, et le liquide injecté doit être maintenu dans la cavité par une compression légère. S'il survient des convulsions, on laisse écouler le liquide et on le remplace par de l'eau distillée à la température du corps. Des applications d'eau fraîche sur la tumeur et sur la tête doivent être faites pour combattre la possibilité d'une inflammation. Quand il n'y a plus ni rougeur ni tension, il faut appliquer sur la tumeur du collodion, qu'on renouvelle tant que la tumeur diminue. On recommence l'injection lorsqu'elle cesse de diminuer, et après la guérison on doit continuer l'usage du collodion pendant plusieurs mois.

Les règles posées par l'auteur nous paraissent très judicieuses; on remarquera qu'il exclut l'alcool de la liqueur de l'injection et qu'il ne fait pas ressortir le liquide, à moins d'accidents. L'extrême susceptibilité inflammatoire de l'organe affecté nous paraît justifier l'exclusion de l'alcool, et les succès obtenus par M. Brainard avec ce liquide prouvent qu'on avait à tort attribué à l'alcool dans les guérisons obtenues par la teinture d'iode un rôle qui n'appartient qu'à l'iode lui-même. En effet, des essais ont été faits il y a bien des années pour démontrer que la cure de l'hydrocèle s'obtenait tout aussi bien en injectant l'iode qu'en employant la teinture d'iode, et cette pratique est aujourd'hui adoptée dans plusieurs hôpitaux de Paris. L'expérience n'a pas encore prononcé d'une manière définitive sur l'avantage qu'il y a à laisser le liquide injecté dans une cavité séreuse ou à le faire écouler au bout de quelques minutes; notre pratique particulière nous rangerait parmi ceux qui croient plus prudent de ne pas laisser le liquide dans la cavité; mais dans le cas de spina bifida, la conduite tenue par M. Brainard nous paraît justifiée par le danger qu'il y aurait à laisser vide la poche, qui est le plus souvent en communication avec l'encéphale.

Nous devons cependant ajouter que MM. Velpeau et Chassaignac ont vidé complétement la poche dans les cas qu'ils ont traités, et qu'ils ont injecté la teinture d'iode étendue d'eau non-seulement sans accidents, mais avec succès. Il n'en est pas moins vrai qu'on ne saurait agir

dans cette opération avec trop de prudence, et que, si l'expérience prouvait que la pratique de M. Brainard réussit, il faudrait adopter les précautions indiquées par ce chirurgien.

Enhardi par les résultats obtenus dans le traitement du spina bifida, M. Brainard a tenté une fois les injections iodées dans le traitement de l'hydrocéphale, et il donne dans son mémoire cette observation, très curieuse sous plusieurs rapports :

L'enfant avait quatre semaines; la tête était énorme. Le traitement dura sept mois. Dans cet intervalle, vingt et une injections furent faites, contenant ensemble 6,25 grammes d'iode et 18,35 grammes d'iodure de potassium. La première injection contenait 3 milligrammes d'iode et 6 milligrammes d'iodure de potassium. La plus forte injection contenait 60 centigrammes d'iode et 1,80 d'iodure de potassium.

Dans les premières opérations, M. Brainard ne retira que 2 grammes de sérosité, qu'il remplaça par la même quantité de liquide iodé. Dans les dernières, il retira de 180 à 360 grammes de sérosité, et injecta 30 grammes de liquide.

A part la réaction, qui commençait douze à vingt-quatre heures après l'opération, et durait de quarante-huit à soixante-douze heures, il n'y eut pas d'accidents. L'iode était rapidement éliminé par toutes les sécrétions, et on n'en retrouvait jamais de traces dans la sérosité encéphalique. Le volume de la tête diminuait pendant quelques jours à la suite de l'opération, puis revenait à ce qu'il était avant.

L'enfant mourut avec les symptômes caractéristiques de la dernière période de cette maladie : l'engourdissement et la somnolence.

Le cerveau contenait 1,200 grammes de sérosité.

On regrette, en voyant l'innocuité des injections faites par M. Brainard, qu'il n'ait pas tenté de les faire plus fortes et plus abondantes. Ce fait, malgré l'insuccès du traitement, est très propre à encourager de nouvelles tentatives dans cette voie.

Nous arrivons à la dernière partie du mémoire de M. Brainard, et qui n'est pas la moins intéressante. M. Brainard a employé les injections iodées dans le tissu cellulaire sous-cutané dans l'œdème, les épanchements qu'il a appelés fibrineux et l'érysipèle. C'est une voie nouvelle dans laquelle nous croyons que personne n'a précédé M. Brainard. On savait, il est vrai, que lorsque l'injection iodée passe accidentellement dans le tissu cellulaire des bourses dans l'opération de l'hydrocèle, cet accident n'a pas de suites sérieuses, et c'est même un des motifs qui font généralement donner la préférence à l'injection iodée pour l'hydrocèle. Mais on n'avait pas songé avant M. Brainard à faire tourner au profit de la pratique cette observation de l'innocuité de l'injection iodée dans le tissu cellulaire. Après avoir fait quelques essais sur les animaux, M. Brainard a traité un œdème du membre inférieur dû, dit-il, à un engorgement des ganglions lymphatiques, par l'injection sous la peau, dans différents points du membre, d'une solution de 50 centigrammes d'iodure de potassium dans 30 grammes d'eau distillée. Des frictions disséminèrent le liquide. Cette opération fut renouvelée trois fois. La douleur fut suraiguë au moment de l'injection, mais il n'y eut ni inflammation, ni suppuration, et le malade guérit complétement.

Dans un autre cas d'œdème du membre inférieur, au sujet duquel M. Brainard se contente de dire que la cause qui mettait obstacle à la circulation fut plus difficile à faire disparaître, l'injection fut suivie d'une diminution très marquée du gonflement.

Dans un cas de *phlegmasia alba dolens* passé à l'état chronique, l'injection iodurée jointe à la compression amena, dit M. Brainard, une guérison rapide.

M. Brainard conclut de ces faits que des substances qui, employées comme liniments, agissent si peu et si lentement, pourraient avec avantage être injectées dans le tissu malade. Nous regrettons vivement que M. Brainard, pour des faits aussi nouveaux, se soit contenté d'une simple énonciation ; il eût été bon qu'il entrât dans tous les détails propres à éclairer la question et à porter la conviction dans l'esprit du lecteur. Quelque disposés que nous soyons à accepter les assertions d'un praticien aussi judicieux, nous aurions été heureux de pouvoir les confirmer par notre contrôle, ce qui nous est impossible en face de faits aussi sommairement indiqués. Nous croyons cependant pouvoir donner notre approbation à ces essais, qui conduiront peut-être à instituer un nouveau mode de traitement de l'œdème et des engorgements ganglionaires.

M. Brainard mentionne ensuite un cas d'érysipèle des mains et des avant-bras, suite de congélation, où l'injection iodurée fut pratiquée sous la peau du dos de la main, fait qui a déjà été publié dans le *Journal américain des sciences médicales* (avril 1852). Ce fait, qui manque aussi de détails suffisants, paraît cependant probant en faveur de l'injection comme moyen de calmer rapidement l'inflammation et le gonflement. M. Brainard a d'ailleurs fait un grand nombre d'expériences sur les animaux pour prouver que les injections iodées sous la peau s'opposent à la gangrène et à la suppuration. Ces expériences ont été faites avec du venin de serpent. Si l'animal survit aux effets immédiats du poison sur le système nerveux, le résultat constant de l'inoculation est un érysipèle œdémateux ou gangréneux dont le développement est immédiatement arrêté par l'injection iodée.

Ces faits sont consignés dans un mémoire que M. Brainard a présenté dernièrement à l'Académie des sciences.

Pour faciliter les injections sous-cutanées et assurer leur effet, M. Brainard se sert de ventouses appliquées sur la partie malade, et c'est sur ce dernier point du mémoire de M. Brainard que nous croyons devoir fixer un moment l'attention de la Société.

Une ventouse appliquée immédiatement sur le point où l'inoculation d'un venin ou d'un liquide septique quelconque a eu lieu a non-seulement pour effet d'arrêter l'absorption, fait acquis à la science depuis longtemps, mais aussi de déterminer un œdème local qui sépare les fibres et rend le tissu perméable aux injections. On peut ainsi, au moyen de l'application préalable de ventouses, faire pénétrer les liquides non-seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi dans les tumeurs sous-jacentes à la peau, telles que les lipomes, les ganglions engorgés, etc. M. Brainard ne s'arrête pas là ; mais il propose de substituer aux injections iodées des injections caustiques pour brûler sous la peau les tumeurs qu'il appelle malignes et qui ne sont pas susceptibles de résolution. Ces vues théoriques, auxquelles M. Brainard a été conduit par les expériences indiquées plus haut, ne sont appuyées sur aucun fait, et nous sommes obligés d'exprimer de nouveau notre regret que des idées neuves et ingénieuses soient émises sans que des observations bien faites viennent en démontrer la valeur.

Pour notre compte, nous concevons que l'on puisse avantageusement substituer, pour les ganglions indurés, les injections iodées aux taillades sous-cutanées. Nous serions disposés à essayer si l'on pourrait obtenir la résolution d'un lipome en y faisant pénétrer une solution d'iode; mais nous ne pouvons pas nous associer à l'idée de M. Brainard, d'attaquer sous la peau par les caustiques les tumeurs non susceptibles de résolution. Nous croyons que l'extraction ou l'application des caustiques faite de manière à détruire la peau avec la tumeur sous-jacente l'emporteront toujours sur cette introduction sous-cutanée d'un caustique qui ne pourra jamais être faite méthodiquement, et dont le résultat sera, en définitive, celui qu'on obtient plus sûrement et plus promptement par l'extraction.

Avec ces légères restrictions, nous pensons que le travail de M. Brainard mérite l'approbation de la Société, et que celle-ci peut à bon droit accorder à M. Brainard le titre de membre correspondant. Indépendamment du mémoire qui fait l'objet de ce rapport, M. Brainard s'est fait connaître par d'autres travaux. Nous avons déjà mentionné le mémoire présenté à l'Académie des sciences sur la possibilité de neutraliser l'action des poisons par les injections iodées. M. Brainard vient de publier un mémoire sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os au moyen d'un perforateur de son invention, qui nous paraît susceptible d'applications très avantageuses. M. Brainard occupe une position élevée dans le monde médical aux Etats-Unis; il est professeur de chirurgie au Collége médical de l'Illinois, chirurgien de l'hôpital général, etc.

Nous proposons :

1° D'adresser des remercîments à M. Brainard;

2° De déposer son mémoire dans les archives;

3° D'accorder à M. Brainard le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

Obsèques de M. le professeur Roux.

Les obsèques de M. Roux ont eu lieu aujourd'hui à dix heures à l'église Saint-Germain-des-Prés. Le cortége était extrêmement nombreux et se composait du personnel de l'Hôtel-Dieu (médecins et chirurgiens, employés, sœurs et infirmiers); M. le doyen et MM. les professeurs de la Faculté de médecine y assistaient en grand costume et avec eux la presque totalité des agrégés. Des députations de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, un très grand nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux et d'élèves venaient ensuite confondus à une foule de docteurs et de personnes notables. Plusieurs villes des départements avaient envoyé une députation de médecins; on nous a cité notamment des députations d'Orléans, de Poitiers, d'Auxerre, etc.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. Combes, président de l'Académie des sciences; par M. P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine; par M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et par M. Davenne, directeur de l'assistance publique.

Le cortége s'est dirigé, en sortant de l'église, vers le cimetière du Sud, où des discours ont été prononcés sur la tombe de l'illustre défunt par M. Velpeau au nom de l'Académie des sciences, par M. Malgaigne au nom de la Faculté de médecine, par M. Dubois (d'Amiens) au nom de l'Académie de médecine, par M. Marjolin fils au nom de la Société de chirurgie, par M. H. Larrey au nom de MM. les officiers de santé militaires, M. Roux ayant fait partie pendant quelque temps de l'armée de Sambre et Meuse, et enfin par M. Duchaussoy au nom des internes des hôpitaux.

Ajoutons qu'un détachement de garde nationale formait la haie du cortége et a rendu les honneurs militaires sur la tombe; M. Roux était officier de la Légion d'honneur.

Voici le discours de M. Dubois (d'Amiens) :

« Messieurs, l'Académie impériale de médecine vient aujourd'hui mêler sa douleur et ses regrets à ceux de l'Académie des sciences et de la Faculté de médecine; c'est un deuil qu'elle doit, qu'elle veut partager.

» L'un de ses membres les plus illustres, le doyen de la chirurgie française, Joseph-Philibert Roux, opérateur habile, écrivain élégant, professeur zélé, maître affectueux, a cessé d'exister, plein de jours il est vrai, et après avoir parcouru une longue et honorable carrière, mais alors que par un heureux privilége il nous semblait devoir à jamais rester dans la maturité de son talent; alors que de nombreux succès pouvaient encore lui être promis, et que la gloire n'avait point cessé de le visiter.

» Je n'essaierai point, messieurs, de rappeler ici les épisodes de cette grande existence; j'ai dû laisser à d'autres plus compétents et plus autorisés que moi le soin de vous dire les débuts de M. Roux aux ambulances de l'armée de Sambre-et-Meuse, cette amitié de Bichat qui fut pour lui comme un bienfait des dieux, ses luttes mémorables avec Dupuytren, Marjolin et Tartra, ses voyages scientifiques en Angleterre et en Italie, ses inventions dans l'art chirurgical, son fructueux enseignement de l'hôpital de la Charité et de l'Hôtel-Dieu, et enfin ses nombreuses publications.

» Je ne veux parler ici que des dons heureux de son esprit, de sa haute probité scientifique et de l'élévation de son caractère.

» M. Roux appartenait à l'Académie de médecine depuis trente-quatre ans! Il était parmi nous le dernier représentant de cette brillante coborte de chirurgiens qui comptait dans ses rangs les Boyer et les Dubois, les Dupuytren et les Béclard, les Larrey et les Percy, les Marjolin et les Richerand; assidu à toutes nos séances, prenant part à toutes nos discussions, M. Roux avait conservé les heureux attributs de la jeunesse, cette vivacité d'imagination, ce bonheur d'expressions qui en lui se joignaient à une inépuisable fécondité d'esprit et à une remarquable distinction de manières. Qui de nous n'a été à même d'apprécier la parfaite loyauté de ses principes, la générosité de ses sentiments et la sûreté de ses affections ?

» Comme rien en lui n'avait vieilli, il aimait à vivre au milieu des jeunes élèves et à converser avec eux; il savait leur inspirer une ardeur sans bornes pour l'étude et un goût soutenu pour son art.

» Plus que septuagénaire, il allait, comme aux jours de sa jeunesse, se mêler à tous les débats, à tous les tournois qui pouvaient s'engager même dans des sociétés très secondaires pour lui. C'était comme un vieil athlète qui ne pouvait s'empêcher de reprendre le ceste et de se jeter dans la mêlée dès qu'il voyait aux prises de jeunes combattants.

» Peut-être, hélas ! s'est-il un peu trop prodigué ! Peut-être ces excitations continuelles ont-elles hâté la fin de cette précieuse vie! Mais c'est qu'avant tout, amoureux de son art, passionné pour la science, rien de ce qui touchait à la chirurgie ne pouvait lui être étranger.

» Comme tous les esprits distingués, M. Roux avait le goût des lettres; elles ont charmé sa vie; compatriote de l'un des plus illustres interprètes des sciences mathématiques à l'Institut, de Joseph Fourier; né dans cette ville de l'ancienne Bourgogne qui eut pour évêque le savant traducteur des œuvres de Plutarque, on remarquait dans son style comme un reflet de l'élégance et de la correction du premier, et dans sa parole abondante et facile quelque chose de la naïveté et de la bonhomie du second.

» Mais dans les œuvres d'esprit, ce que M. Roux aimait par-dessus tout, c'était l'histoire de l'art, les souvenirs personnels et les *causeries chirurgicales*; en 1809, il avait débuté par un volume de *mélanges de chirurgie*, et il avait réservé pour sa vieillesse une composition du même ordre, mais aussi vaste, aussi variée, aussi remplie que l'avait été sa propre carrière : il avait entrepris de mémorer en dix volumes tous les travaux qu'il avait accomplis, toutes les découvertes auxquelles il avait attaché son nom.

» Il voulait faire comme ces hommes d'Etat, ces guerriers, ces magistrats qui, dans cet intervalle placé entre la vie active et le tombeau, se mettent à écrire tout ce qu'ils ont vu et tout ce qu'ils ont fait, afin que la postérité sache ce qu'elle leur doit.

» M. Roux mettait la dernière main à ce grand travail qui devait si noblement couronner sa vie; il s'en occupait jusque dans les bras de la mort !...

» Cet ouvrage restera interrompu, incomplet; mais les travaux de M. Roux n'en sont pas moins acquis à la science, et son nom, inscrit au premier rang des illustres chirurgiens que la France a produits, restera comme un de nos plus beaux titres de gloire. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'Académie des sciences n'a pas tenu de séance aujourd'hui à cause du décès de M. Roux, qui en était vice-président.

—A la suite d'un concours où les compétiteurs ont fait preuve de connaissances positives et variées, M. Foucher, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé prosecteur.

Un concours d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 27 mars, afin de pourvoir au remplacement de M. Foucher.

— M. le docteur Laferrière, ancien interne des hospices civils de Toulouse, a été nommé chef interne de l'Hôtel-Dieu de la même ville, en remplacement du docteur Guitard, appelé aux fonctions de médecin adjoint.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1854, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1853, et les formules des médicaments nouveaux. 1 vol. gr. in-32 (14e année). Prix : 1 fr. 25. — Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De la guérison de la phthisie pulmonaire par l'hélicine, des causes et de la nature de cette maladie; par le docteur de Lamare, chevalier de Saint-Grégoire, membre des académies de Londres, Edimbourg, Rouen, etc. — Se trouve chez l'auteur, rue de la Ville-l'Evêque, 43; et chez Maillet Schmitz, rue Tronchet, 15.

Mémoire historique sur divers points de la pathologie urinaire, par le docteur L.-Aug. Mercier. Brochure in-8° de 104 pages. — Prix : 1 fr. 50 c. A la librairie de Lenormant, rue de Seine, 10; et chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Loi nouvelle régissant les différentes propriétés chimiques, et permettant de prévoir, sans l'intervention des affinités, l'action des corps simples sur les composés binaires, spécialement par voie sèche. Nouvelle théorie de la fusion aqueuse et du mode d'action de la chaleur dans la fusion, la volatilisation et la décomposition. Propriétés chimiques fondamentales : stabilité et solubilité. Documents. Par le docteur Edouard Robin, professeur de chimie et d'histoire naturelle. — Prix : 2 fr. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Choléra-Morbus, Guide du médecin-praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie; suivi d'un *Dictionnaire de thérapeutique* appliqué au choléra-morbus, et d'un *Formulaire spécial*; par le docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, etc. — Un vol. in-8° de 384 pages. Prix : 5 fr. — Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Sueur.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 38. — JEUDI 30 MARS 1854. (27e ANNÉE.) N° 38. — JEUDI 30 MARS 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . : 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Fistules vésico-vaginales. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 28 mars. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 27 mars. — Obsèques de M. Roux. Discours de MM. Velpeau et Malgaigne. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Hygiène publique. Le carême.

PARIS, LE 29 MARS 1854.

Séances des Académies.

La séance de l'Académie de médecine s'est consumée presque en entier dans la lecture et la discussion d'un rapport de M. Soubeiran, sur la réclamation faite au nom de M. Harreaux par deux membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir. D'après les renseignements pris par M. le rapporteur et l'appréciation d'une lettre même de M. Harreaux, il paraîtrait que sa réclamation n'est pas fondée, que son établissement n'a pas réussi; tandis que celui de M. Borne, au contraire, prospérerait; que ce dernier ne devrait pas à M. Harreaux les indications que celui-ci prétendait lui avoir données. On conçoit que nous n'avons pas à insister sur une discussion de ce genre, et que nous devons laisser à la commission toute la responsabilité d'un jugement pour lequel nous ne possédons pas les éléments qui l'ont dirigée.

M. Jolly a continué, mais n'a pas encore terminé la lecture de son mémoire sur le choléra. Nous aurons donc occasion de revenir sur ce sujet.

Une pièce fort intéressante d'anatomie pathologique a été présentée par M. Andral. On verra dans le compte rendu qu'il s'agit d'un fait fort rare, et dont on ne trouve un exemple que dans le *Traité de l'auscultation* de Laënnec.

Enfin, M. Jobert (de Lamballe) a présenté un malade qu'il a guéri d'une hernie inguinale congéniale par la ponction du sac et l'injection d'un liquide iodé. Si des succès de ce genre se répètent, il y a lieu d'espérer un progrès dans le traitement et la cure radicale des hernies.

L'Académie des sciences (20 mars) nous fournit moins encore. Nous n'y trouvons qu'un mémoire de M. Millon sur l'influence du lavage des blés sur les qualités du son, de la farine et du pain. Nous nous contenterons de renvoyer nos lecteurs au compte rendu.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistules vésico-vaginales.

Il y a un mois environ, j'ai rapporté dans les colonnes de ce journal (numéro du 25 février) deux observations qui avaient pour but de montrer qu'après l'opération autoplastique par glissement, pratiquée pour obtenir la guérison radicale d'une fistule vésico-vaginale, il pouvait survenir des complications de nature à s'opposer à la réunion des lèvres de la solution de continuité, et cela sans qu'il fût possible de faire remonter la cause de l'insuccès jusqu'à la méthode chirurgicale elle-même, qui conserve malgré cela sa valeur et sa supériorité. Mon intention aujourd'hui est d'aller plus loin, et le fait que je vais rapporter, et qui a été recueilli dans la pratique du savant auteur de la chirurgie plastique, prouvera que ces complications elles-mêmes dépendent quelquefois d'un vice constitutionnel préexistant à l'opération. Envisagées sous ce point de vue, cette observation peut être considérée comme le complément des deux autres, et à ce titre mérite de fixer l'attention des praticiens.

OBS. I. — *Fistule vésico-vaginale. — Perte de substance considérable. — Autoplastie par glissement. — Guérison incomplète. — Quatre petits pertuis persistent dans le tissu cicatriciel. — Tubercules pulmonaires. — Mort. — Autopsie.*

Le 2 novembre 1848, entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 71, la nommée Sabine Thelier, âgée de trente-deux ans. D'une constitution molle et lymphatique, cette femme a cependant toujours joui d'une assez bonne santé. Il en est de même de ses père et mère. Elle a constamment habité la campagne. Sa nourriture habituelle se composait de légumes et de laitage; rarement elle mangeait de la viande. En un mot, elle était soumise à un régime plus débilitant que substantiel.

A l'âge de seize ans, la fonction menstruelle s'établit avec une parfaite régularité, sans qu'il en résultât le moindre dérangement dans l'état de la santé générale.

A vingt-cinq ans elle devint enceinte. Cette grossesse ne présenta rien de particulier, si ce n'est que, arrivée à son terme normal, la malade fit une chute sur le côté. A la suite de cet accident la poche des eaux se rompit et le travail de l'accouchement commença. Pendant les premiers jours il marcha lentement; mais au bout de cinq jours les douleurs augmentèrent d'intensité et nécessitèrent l'intervention du médecin, qui constata que l'enfant se présentait par le bras. Le membre thoracique pendait dans le vagin. Mme Thelier resta dans cet état pendant six heures, après quoi un second médecin vint, et au moyen de la version termina l'accouchement. L'enfant était mort depuis peu de temps. La délivrance fut opérée immédiatement, sans difficulté. Aussitôt après, la malade s'aperçut que son urine s'échappait involontairement. Depuis cette époque cette infirmité a toujours persisté, malgré les nombreuses tentatives faites pour la guérir. Ayant été opérée une première fois sans succès par un médecin de son pays, elle vint à Paris, et fut opérée trois fois par le professeur Blandin, sans qu'il en résultât aucune amélioration sensible. Ce fut alors qu'elle entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert (de Lamballe); elle était alors dans l'état suivant :

1° Les grandes et les petites lèvres, ainsi que les parties internes et supérieures des cuisses, sont érythémateuses.

2° En déprimant la paroi recto-vaginale avec le spéculum univalve et écartant à droite et à gauche les parties génitales externes, on aperçoit sur la paroi vésico-vaginale une solution de continuité.

3° Cette perte de substance est située à peu près sur la ligne médiane; elle se dévie cependant un peu à droite, de telle sorte que sa direction est légèrement oblique de ce côté. Son étendue d'avant en arrière est de 4 centimètres. Quant à son diamètre transversal, il est différent suivant qu'on l'examine en avant ou en arrière. En avant, c'est-à-dire au niveau du col de la vessie, l'étendue transversale de l'ouverture anormale est de 0,01 centimètre seulement, tandis qu'elle en a 2 en arrière, vers le museau de tanche; de telle sorte que, considérée dans son ensemble, la fistule est triangulaire; le sommet du triangle est en avant, tandis que la base est en arrière.

4° Dans l'état ordinaire, l'orifice de la fistule est rempli par une tumeur rouge, dépressible en haut et formée par la muqueuse vésicale qui fait hernie.

5° Les bords sont indurés et formés par du tissu inodulaire dense et résistant.

6° L'urètre est libre.

Après être restée un mois environ dans les salles de l'hôpital, M. Jobert pratique l'opération le 7 décembre de la manière suivante :

1° Le col de l'utérus, saisi avec des pinces de Museux, est attiré vers l'orifice de la vulve.

2° Le vagin est détaché de son insertion au col utérin au moyen d'une incision demi-circulaire profonde. Immédiatement ce qui reste du vagin à la partie postérieure se porte en avant.

3° Les lèvres de la fistule sont ravivées avec soin dans une étendue circonférentielle de 0,01 centimètre environ.

4° Trois points de suture entrecoupée réunissent les lèvres rendues saignantes latéralement, de telle sorte que la suture est longitudinale.

5° Outre l'incision demi-circulaire pratiquée en arrière pour éviter le moindre tiraillement, M. Jobert pratique deux longues incisions de débridement sur les côtés de la suture.

Après s'être assuré que le relâchement est complet et avoir fait quelques injections d'eau froide dans le vagin, un tampon d'agaric est introduit dans ce conduit; une sonde est placée à demeure dans la vessie et la malade est reportée dans son lit. Presque aussitôt elle est prise d'un frisson qui, d'ailleurs, dure peu de temps. L'urine qui coule par la sonde est sanguinolente. Dans la nuit, le tampon sort du vagin, et sous l'influence d'une contraction spasmodique de la vessie, l'agaric est projeté au dehors; de plus, il est survenu des nausées et des vomissements; le ventre est cependant peu douloureux et nullement ballonné.

Le 8, les vomissements ont cessé; l'urine a repris sa transparence ordinaire et s'est écoulée en totalité par la sonde.

Le 9 et le 10, la sonde continue de fonctionner très bien.

Le 12, M. Jobert examine la malade et enlève les fils.

Les jours suivants, il ne survint rien de digne d'être noté ; et lorsque la malade fut de nouveau examinée, M. Jobert constata que les lèvres étaient partout très bien réunies, à l'exception d'un point de peu d'étendue à la partie postérieure. Plusieurs fois il fut touché avec le crayon de nitrate d'argent, et comme il n'arrivait pas à se cicatriser, M. Jobert se décida, le 10 février 1849, à raviver le pourtour de l'orifice fistuleux et à appliquer deux points de suture. Cette seconde opération eut le même résultat que la première, c'est-à-dire qu'il resta encore une petite partie non cicatrisée. C'est sur ces entrefaites que M. Jobert vint prendre le service de l'Hôtel-Dieu; la malade l'y suivit, et le 28 novembre 1849 une nouvelle opération autoplastique par glissement fut pratiquée. Sous le rapport du procédé, elle ne différa pas des précédentes, et ne présenta aucun incident particulier.

Au bout de quelques heures, sans cause connue, notre opérée fut prise de douleurs avec contraction spasmodique de la vessie et du vagin. Le soir, le tampon a été expulsé; et comme les contractions sont toujours violentes, un lavement laudanisé est administré et un cataplasme arrosé de laudanum est appliqué sur le ventre.

Le 29 et les jours suivants, les mêmes contractions continuèrent, mais en diminuant de fréquence et d'intensité.

FEUILLETON.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Le carême.

Est-il vrai, comme le pensent quelques philosophes, que l'Eglise romaine en instituant le carême a voulu ouvrir à ses fidèles une voie de salut non-seulement pour leur âme, mais aussi pour leur corps? En admettant que l'abstinence soit réellement destinée à concourir au maintien de la santé publique, on se demande quelles sont les maladies qu'elle doit prévenir et jusqu'à quel point les effets répondent à cette vue philanthropique?

Tel est l'intérêt scientifique que présente une institution qui n'apparaît à bien des gens qu'avec le caractère purement religieux d'une mortification propitiatoire.

En général, on n'amène guère les hommes à la pratique de ce qui est bien que par deux procédés : la persuasion ou la contrainte. Or il paraît qu'en France autrefois tous les chrétiens ne comprirent pas d'abord les avantages hygiéniques de l'abstinence, puisque le mépris de cette prescription était puni de la peine de mort (édit de Charlemagne). « *On traînait au supplice, presque comme un parricide*, écrit Erasme, *celui qui pendant le carême avait mangé du porc au lieu de poisson.* »

Cette pénalité, bien qu'elle fût rarement appliquée, se maintint jusque vers l'époque de la Réforme. Luther, en autorisant ses sectateurs à faire gras en tout temps, donna le premier exemple de la désobéissance aux commandements de l'Eglise, et le Saint-Siége, pour ne point laisser son autorité s'affaiblir trop visiblement, se vit contraint de faire quelques concessions, au moins en faveur de l'armée. En effet, les soldats français, imitant les huguenots, commencèrent d'eux-mêmes à s'affranchir des rigueurs du carême pendant le siége d'Orléans dirigé par les catholiques contre les protestants. Le légat du pape, sollicité par le comte de Sipierre, amnistia ces infractions clandestines, et octroya aux troupes catholiques, qui vivaient presque exclusivement de poisson, la permission de manger de la viande plusieurs fois par semaine.

Pendant que la discipline ecclésiastique se relâchait ainsi dans les camps, elle conservait toujours le même rigorisme envers les fidèles qui n'étaient point appelés à prendre les armes. Toutefois, la peine de mort édictée par Charlemagne fut abolie vers la fin du règne de François Ier. A cette époque, quiconque faisait gras en temps prohibé était poursuivi comme hérétique, mais simplement condamné à quelque pénitence publique. A cette occasion, Brantôme rapporte que « dans certaine ville on fit une procession en carême. Une femme y avait assisté nu-pieds faisant la marmoteuse plus que dix. Au sortir de là l'hypocrite alla dîner avec un ami d'un quartier d'agneau et d'un jambon. La senteur en vint jusqu'à la rue. On monta en haut. Elle fut prise et condamnée à se promener par la ville avec son quartier d'agneau à la broche sur l'épaule et le jambon pendu au col. »

Afin d'écarter tout objet de tentation, Henri II fit défendre en 1549 aux giboyeurs, bouchers, rôtisseurs de vendre de la viande pendant le carême, même aux hérétiques. Cependant Charles IX amenda cette ordonnance en faveur des malades, mais à la condition pour ceux-ci de produire un certificat indiquant la maladie et l'espèce de viande prescrite par le médecin. Cet usage subsista jusque vers la fin du dix-huitième siècle.

Depuis la révolution de 89, chaque citoyen est resté libre en cette matière, de suivre ses goûts ou d'obéir aux scrupules de sa conscience.

Le carême fut d'abord pour nos aïeux d'une austérité dont il ne reste plus aujourd'hui que le souvenir. Les règlements de l'Eglise prohibaient l'usage des œufs, du lait, du beurre et du fromage, considérés, à cause de leur origine, comme des substances grasses. Mais dès le commencement du sixième siècle, cette sévérité fut tempérée par les décisions de divers conciles, qui introduisirent dans la nomenclature des aliments maigres la volaille, les oiseaux aquatiques, les amphibies et même jusqu'au jus de lard. Cette douce erreur avait une autorité respectable, celle des livres saints. En effet, la Genèse, parlant de la création, dit que le cinquième jour Dieu commanda aux eaux de produire les poissons et les oiseaux qui volent sur la terre. Ce texte, interprété avec une certaine complaisance, donnait une même origine

Le 3 décembre, il survint des nausées et des vomissements, que l'on combattit avec de l'eau de Seltz.

Le 4, la malade a encore eu quelques contractions spasmodiques, mais elles sont rares et faibles. Elle est examinée; la réunion ne paraît s'être faite que dans la moitié environ de l'étendue de la plaie d'opération. Les fils sont enlevés.

Le 5, les contractions spasmodiques ont à peu près complétement disparu; mais il est survenu de nouveau des nausées et quelques vomissements.

Les 6 et 7, la malade ne se plaint plus de rien. M. Jobert permet des bouillons et des potages.

Le 8, nouvel examen. Deux fils qui restaient encore sont retirés; ils paraissent avoir déchiré une petite partie de la suture.

Le 10, comme depuis l'opération il n'y a pas eu une seule garde-robe, M. Jobert ordonné 60 grammes d'huile de ricin dans une tasse de bouillon aux herbes.

Le 11, il y a eu plusieurs évacuations. Mme Thelier demande à manger. Le pouls est à 76. M. Jobert permet du poisson.

Le 13, quelques nouveaux vomissements forcent de remettre la malade au régime des bouillons. La veille, elle avait pour la première fois éprouvé le besoin d'uriner dans un moment où la sonde, en partie sortie de la vessie, ne pouvait donner issue au liquide urinaire; de plus, elle n'a nullement été mouillée sous elle.

Le 17, nouvel examen qui permet de constater qu'il existe encore un petit orifice fistuleux. La sonde est laissée en place. L'état général est très satisfaisant; la physionomie de la malade est bonne, et l'appétit est revenu.

Le 20, accès de fièvre intermittente.

Le 22, nausées et vomissements; céphalalgie intense.

Le 23, les nausées et les vomissements ont cédé à une potion antiémétique de Rivière. La céphalalgie persiste (compresses trempées dans le mélange suivant: eau distillée, 128 grammes; cyanure de potassium, 4 gramme, appliquées sur le front). Pendant la nuit, les nausées persistent et s'accompagnent de hoquets fréquents. La malade n'est pas allée à la garde-robe depuis plusieurs jours.

Le 25, le mal de tête a diminué. Ce matin, l'état général est meilleur.

Le 28, il survient un nouvel accès de fièvre intermittente.

Le 31, examen au spéculum, qui permet de reconnaître que la fistule est véritablement réduite à des dimensions très étroites; ce n'est plus qu'un petit pertuis circulaire.

Le 2 janvier 1850, cautérisation de l'orifice fistuleux avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 9, la sonde est remise à demeure dans la vessie.

Le 11, nouvelle cautérisation.

Le 15, la malade est prise d'un accès de fièvre qui dure toute la journée; la sonde est retirée. Le mouvement fébrile se renouvelle le 17 et le 18; il est combattu au moyen d'un lavement composé avec 128 grammes d'une infusion de camomille et addition de 4 décigrammes de sulfate de quinine. Malgré ce traitement continué pendant plusieurs jours, les accès de fièvre persistent.

Le 1er février, la malade est examinée, et les deux orifices par lesquels suinte l'urine sont touchés avec le nitrate d'argent.

Le 6, la sonde est replacée dans la vessie. L'état général continue d'être sous l'influence d'un malaise indéterminé auquel viennent s'ajouter des coliques et des envies de vomir. Ces derniers accidents déterminent M. Jobert à retirer la sonde.

Le 25, l'état général est meilleur. La sonde est de nouveau placée dans la vessie.

Jusqu'au 8 avril, les points fistuleux mentionnés plus haut sont touchés un grand nombre de fois avec la pierre infernale.

Le 12, de nouveaux accès de fièvre intermittente forcent de retirer la sonde pour quelques jours.

Le 15, les règles paraissent pendant un jour et demi.

Elles reviennent le 17 mai sans qu'il y ait eu rien de particulier dans l'état de la malade durant tout cet intervalle, si ce n'est que la santé générale s'est améliorée.

Après plusieurs cautérisations qui ont eu pour effet de rétrécir considérablement les dimensions de l'un des orifices et de fermer complétement l'autre, M. Jobert se décide, le 16 août, à appliquer deux points de suture pour en finir, après avoir préalablement ravivé avec un très grand soin le pourtour de la petite fistulette. Une sonde est mise à demeure dans la vessie.

La journée qui suivit l'opération ne présenta rien de particulier, non plus que le lendemain. La sonde marche très bien et donne issue à la totalité du liquide urinaire.

Le 18, état fébrile qui dure toute la journée.

Le 19, le mouvement fébrile n'est pas revenu.

Le 20, M. Jobert retire les deux fils; ils ont en partie coupé les bords de la plaie, et cela malgré la précaution prise par le chirurgien de ne les laisser en place que quatre jours.

Le 24, la malade est examinée; on reconnaît que les parties génitales sont sèches, et on ne découvre au fond du vagin aucune trace d'urine.

Une injection d'eau tiède est faite dans l'intérieur de la vessie. Il ne s'écoule pas de liquide par le vagin, et on ne découvre aucune trace d'orifice fistuleux sur la cloison vésico-vaginale.

On aperçoit trois cicatrices qui semblent se réunir vers le fond du vagin, deux latérales s'étendent en avant jusque sur les côtés du bulbe, et la troisième, située transversalement, se trouve au niveau du col de l'utérus. Cette dernière est divisée inégalement en deux par une cicatrice qui s'étend jusqu'au milieu du bulbe de l'urètre; cette cicatrice résulte de la réunion des lèvres de la fistule.

Le 11 septembre, M. Jobert examine de nouveau l'état des parties, et ne constate aucune ouverture fistuleuse.

Le 19 octobre, une injection d'eau tiède a été faite dans la vessie, et en examinant attentivement au moment où l'organe était très distendu, on a pu apercevoir un jet très fin de liquide tomber de la vessie dans le vagin. Après avoir tenté l'oblitération de cette ouverture imperceptible au moyen de cautérisations, M. Jobert se décida à pratiquer une nouvelle opération le 16 novembre 1851.

1° Une languette de tissu cicatriciel est enlevée avec les ciseaux ou le bistouri boutonné.

2° Les lèvres de la plaie sont rapprochées d'arrière en avant et maintenues en contact au moyen de deux points de suture entrecoupée. Deux fils cirés et de couleur différente ont servi à rapprocher les tissus.

3° Deux incisions latérales sont pratiquées d'arrière en avant sur les côtés de la suture.

4° Deux autres incisions transversales sont faites, l'une en arrière et l'autre en avant des parties saignantes mises en contact. Il résulte de ces incisions un relâchement considérable, qui place les lèvres de la solution de continuité dans les meilleures conditions possibles.

Au bout de quelques jours les fils sont retirés, et l'on constate que la réunion n'a pas eu lieu, ce qui sans doute a été le résultat d'une constitution débile et maladive. Toujours est-il qu'à partir de ce moment elle ne subit plus aucune opération.

Dans le courant de l'année 1852, l'état général, loin de s'améliorer, se compliqua d'accidents graves consistant dans des frissons revenant périodiquement chaque soir, des sueurs nocturnes, une toux sèche et fréquente accompagnée d'un amaigrissement considérable. De plus, la malade se plaignait de douleurs vives dans le thorax, surtout sur les côtés du sternum. A l'examen de la poitrine, fait le 20 janvier 1853, on constate une dépression marquée des creux sous-claviculaires avec obscurité de son à la percussion, principalement du côté gauche, où il existait une respiration très rude avec expiration prolongée, craquements humides et retentissement de la voix.

Du côté droit les symptômes étaient les mêmes, mais plus légers.

Pendant les mois suivants cet état s'aggrava. Il y eut plusieurs fois expectoration de crachats sanguinolents, puis de crachats nummulaires nageant dans un liquide semblable à une solution de gomme. Les sueurs devinrent plus abondantes. Au mois de juin il s'y joignit une diarrhée colliquative extrêmement rebelle, avec des vomissements qu'il fut impossible d'arrêter; la respiration devint caverneuse, avec râles muqueux, gargouillement et pectoriloquie à gauche. Enfin le 16 juillet 1853, la malade mourut dans un complet état de marasme.

Autopsie le 17, vingt-quatre heures après la mort.

Le cerveau et ses enveloppes, le cœur et le péricarde ne présentent rien de particulier.

La plèvre droite ne présente que quelques adhérences celluleuses, lâches à la partie postérieure du poumon.

La plèvre gauche adhère dans toute son étendue.

Le poumon de ce côté est en totalité converti en une immense caverne tuberculeuse contenant une boue grisâtre; des brides nombreuses, formées par des vaisseaux et des bronches, traversent cette caverne en différents sens, et rendent sa cavité anfractueuse et irrégulière.

Il n'existe plus de séparation entre les deux lobes du poumon, mais il n'existe pas de communication de la caverne avec la cavité de la plèvre. Il existe cependant encore quelques portions de poumon qui n'ont pas été complétement envahies, et là on retrouve de l'emphysème vésiculaire très marqué, surtout à la face inférieure, dans la portion qui touche au diaphragme.

Le poumon droit contient des tubercules à l'état d'infiltration grise et jaune. Ces tubercules sont à l'état de crudité, excepté en un point du lobe supérieur, au sommet duquel existe une petite caverne à parois lisses revêtues d'une fausse membrane.

La cavité abdominale ne renferme rien qui soit digne d'être noté.

Le bassin est peu développé; l'angle sacro-vertébral est très saillant, et le diamètre sacro-pubien est de 9 centimètres.

L'utérus est un peu incliné en arrière et fortement déjeté à droite dans la cavité pelvienne, sans avoir contracté d'adhérences anormales; mais, par suite de cette déviation, l'ovaire droit est reporté en arrière du corps de la matrice. Les ligaments larges sont sains.

La vessie, rétractée sur elle-même, est complétement vide. En l'incisant on voit qu'elle peut se dilater, et qu'excepté à sa face inférieure, sa muqueuse et ses parois sont saines. Mais à cette face inférieure on aperçoit une cicatrice blanchâtre qui, prenant naissance immédiatement en arrière de l'ouverture de l'urètre dans la vessie, se dirige jusque près de l'uretère du côté droit, dans une étendue de 3 centimètres et demi.

Sur le trajet de cette cicatrice, on remarque:

1° Immédiatement en arrière de l'ouverture urétrale une petite dépression au fond de laquelle existe une membrane mince, pellucide, qui sépare en ce point la cavité vésicale de la cavité vaginale;

2° A 5 millimètres en arrière, et à droite de cette petite dépression, une perforation circulaire comme si elle eût été faite à l'emporte-pièce, ayant 1 millimètre de diamètre et conduisant dans le vagin;

3° Une seconde perforation à 1 centimètre et demi de la précédente;

4° Une troisième à 5 millimètres de la deuxième, ou à 2 centimètres de la première.

Ces trois perforations ont à peu près le même diamètre. La dernière est située très près de l'ouverture de l'uretère droit, dans la vessie, sur le même plan que cette ouverture.

En examinant la paroi vésico-vaginale par l'intérieur du vagin, on retrouve la même cicatrice et les trois perforations que je viens de décrire. Il en existe une quatrième, qui n'a pu être aperçue par l'intérieur de la vessie, parce qu'elle conduit dans le canal de l'urètre. Le diamètre de cette petite fistule est de 2 millimètres, et elle est située à 2 centimètres en arrière du méat urinaire. C'est à son niveau que commence la ligne cicatricielle qui se continue jusqu'au col utérin, avec la lèvre antérieure duquel elle se confond.

En outre de la cicatrice médiane dont je viens de parler, il existe deux autres cicatrices situées latéralement de chaque côté de la précédente; elles en diffèrent en ce qu'elles sont rectilignes, parfaitement régulières, et ne pénètrent pas jusqu'à la vessie.

L'ouverture du col de l'utérus est irrégulière et transversale. La lèvre antérieure a presque complétement disparu. Il n'y a pas de cul-de-sac antérieur du vagin, et le cul-de-sac postérieur est lui-même très peu profond.

Sur la paroi postérieure du vagin, tout près de la fourchette, on trouve une ulcération grisâtre large comme une pièce de 1 franc.

Réflexions. — En suivant avec attention tous les détails de cette observation, et en rapprochant les symptômes éprouvés par la malade pendant tout le temps qu'a duré le traitement de la terrible maladie qui est venue mettre un terme à ses souffrances, il est, je crois, facile de se convaincre que chez elle la constitution a été le principal obstacle qui s'est constamment opposé à la cicatrisation complète de la solution de continuité. Tout le monde sait que la lymphe n'a pas toujours la même plasticité; que chez les personnes débiles en général, et plus particulièrement chez celles qui sont affectées ou simplement menacées de tubercules, elle est en quelque sorte réduite à une espèce de sérosité purulente incapable de fournir les éléments nécessaires à une réunion immédiate. Personne ne sera donc surpris que chez notre pauvre malade le succès n'ait pas couronné les efforts persévérants de l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Mais tout incomplet qu'il est, le résultat obtenu n'en est pas moins digne de fixer l'attention des lecteurs, puisque, malgré toutes les conditions les plus défavorables, et contre lesquelles un chirurgien très distingué, M. le professeur Blandin, avait lutté inutilement plusieurs fois, M. Jobert, par une première opération, est parvenu à réduire l'ouverture fistuleuse à un trou presque imperceptible. Cette amélioration sensible, comparée aux tentatives entièrement infructueuses faites auparavant, me semble

---

à deux espèces d'animaux différentes: de là vient qu'on leur attribua une même nature, et que l'on crut pouvoir user des uns et des autres pendant les jours d'abstinence. Plusieurs Pères de l'Eglise, tels que saint Basile, saint Thomas d'Aquin, saint Ambroise, partagèrent cette opinion.

Pour la macreuse, en particulier, on la croyait engendrée par un coquillage appelé *conqua anatifera*, ce qui en faisait dès lors un véritable poisson.

Il était consolant sans doute pour les fidèles de ces temps reculés de pouvoir pratiquer la mortification en se nourrissant de la chair délicate du poulet. Toutefois, l'Eglise se montra moins tolérante et finit par trouver qu'un pareil régime était un objet de sensualité fort peu orthodoxe. Aussi voyons-nous qu'un concile, tenu en 817 à Aix-la-Chapelle, déclara la volaille un aliment gras. Cependant le même concile continua à autoriser l'usage de quelques amphibies et de deux ou trois espèces de quadrupèdes sous prétexte que ces animaux ont le *sang froid*.

De pareilles subtilités ne font guère d'honneur qu'à l'esprit de controverse, et c'est avec raison qu'aujourd'hui nous pensons que le sang d'une macreuse ou d'une loutre est aussi chaud que le sang d'un canard ou d'un mouton.

Il fut un temps, avons-nous dit, où la graisse des quadrupèdes passait pour un aliment maigre. En conséquence, il était permis pendant le carême, même dans les couvents, d'accommoder les légumes avec le lard fondu (statuts de saint Anségiso, abbé de Fontenelle). Le pape Zacharie, répondant à une lettre de Boniface, archevêque de Mayence, va plus loin encore: il exprime l'opinion que la chair de porc crue n'est plus de même espèce que celle qui a été cuite, celle-ci ayant changé de nature par l'effet du feu. *On peut donc, dit-il, manger en conscience du lard en carême.*

L'histoire des usages d'un peuple n'est guère, en définitive, que l'histoire de ses contradictions. Nous sommes surpris de voir nos ancêtres exclure la viande de bœuf du régime maigre et manger à sa place des légumes préparés au lard: qui sait si nos descendants ne seront pas également étonnés en apprenant que nous n'osons manger du canard un jour maigre, tandis que nous mangeons une poule d'eau?

C'est en vain que l'on compulserait les Archives de la science médicale pour découvrir quelque témoignage bien précis de l'efficacité prophylactique du carême; on n'y trouve aucune donnée spéciale sur ce sujet. A défaut de documents de cette nature, c'est à la physiologie et à l'observation clinique qu'il nous faut demander aujourd'hui les preuves d'un fait qui est resté jusqu'ici dans le domaine des conjectures.

Dans l'énumération, selon leur importance, des causes propres à certaines maladies inflammatoires, telles que la pneumonie, le rhumatisme articulaire, la goutte, etc., les auteurs ne donnent pas généralement à l'action du régime alimentaire la part exacte qui lui revient dans l'étiologie de ces affections.

On ne peut nier sans doute que le froid contribue à l'inflammation des articulations ou du tissu pulmonaire; mais il est fort contestable que le froid soit la cause la plus fréquente de ces inflammations, ainsi que le pensent MM. Bouillaud, Chomel et Grisolle. Ce qui prouve que l'abaissement de la température ne joue qu'un rôle secondaire dans la production de la pneumonie, par exemple, c'est que cette maladie est comparativement plus rare en hiver qu'au printemps. Ainsi, pour ne parler que de ce que j'ai observé pour l'armée, sur 274 cas de pneumonie franche recueillis dans mon service depuis treize ans, 209 correspondent aux mois de mars et avril. La même coïncidence, les mêmes proportions relatives ont été notées pour l'arthrite rhumatismale et pour la goutte.

La prédilection qu'affectent les maladies inflammatoires pour le printemps s'explique, dit-on, par la fréquence et l'amplitude des oscillations thermométriques qui caractérisent cette saison. Une pareille interprétation, prise dans un sens absolu, ne peut se concilier ni avec la raison ni avec les faits.

Si le brusque passage du chaud au froid, si le refroidissement qui en résulte suffisent pour engendrer la pneumonie, comment se fait-il donc que nos soldats, sortant en hiver d'un corps de garde où règne une chaleur suffocante pour monter une faction de deux heures, ne contractent sous l'influence du froid qu'une simple bronchite ou une diarrhée? Pourquoi dans le nord de l'Afrique, avec des nuits humides et glacées, nos hommes couchés au bivouac se réveillent-ils si rarement avec une pneumonie (1)? M. Lesson ne nous apprend-il pas que

(1) Sur 3,765 malades traités par lui dans la province de Bone, M. Maillot n'a rencontré que 6 cas de fluxion de poitrine.

donc de nature, plus peut-être que certaines guérisons complètes, à prouver l'incontestable supériorité de l'ingénieuse méthode autoplastique par glissement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mars 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Annuaire des eaux de la France. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce envoie à l'Académie 80 exemplaires de la première livraison de la seconde partie de l'ouvrage intitulé *Annuaire des eaux de la France*.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet pour être soumis à l'analyse un échantillon d'une eau minérale sulfureuse provenant d'une source située aux environs de Villefranche (Aveyron).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement de la phthisie par les mercuriaux. — M. Lecoupey rappelle, à l'occasion de la lecture récente de M. Aussandon sur le traitement de la phthisie par la liqueur de Van-Swieten, qu'il a préconisé lui-même, il y a plus de cinq ans, l'usage à l'intérieur d'une pommade mercurielle comme moyen de guérir cette maladie. (Commission nommée.)

Hydrocèle. — M. Mérier, de Saint-Dizier (Haute-Marne), communique une observation relative à une opération d'hydrocèle qu'il a pratiquée d'abord par la ponction et l'injection vineuse, et qu'il a dû convertir ensuite en excision, la gangrène s'étant emparée des bourses. (Commissaires: MM. Velpeau, Gimelle et Malgaigne.)

Electro-chimie médicale. — M. Guitard (de Toulouse) adresse un manuscrit sur l'électro-chimie médicale. (Commissaires : MM. Longet et Poiseuille.)

Candidatures. — M. Morel-Lavallée écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. Nélaton informe l'Académie qu'il se désiste de sa candidature à la place actuellement vacante dans la section d'anatomie pathologique, et qu'il se propose de se présenter pour la première place vacante en chirurgie.

Mort de M. Roux. — M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Roux, et rend compte de la part qu'ont prise le bureau et une députation de l'Académie à ses obsèques. M. Dubois (d'Amiens) a pris la parole sur la tombe de M. Roux au nom de l'Académie (ce discours a été inséré dans le numéro de mardi).

RAPPORT.

Elève des sangsues. — M. Soubeiran lit un supplément de rapport sur l'élève des sangsues au sujet de la réclamation de priorité élevée en faveur de M. Harreaux par les membres de l'Association médicale du département d'Eure-et-Loir, relativement au procédé d'élève des sangsues qui a valu à M. Borne l'approbation de l'Académie.

M. le rapporteur, après avoir longuement exposé les pièces de ce débat, conclut en proposant à l'Académie de déclarer qu'il y a lieu, nonobstant les prétentions de M. Harreaux et des médecins d'Eure-et-Loir, à maintenir les conclusions du rapport adoptées par l'Académie.

La lecture de ce rapport est suivie d'une très vive et longue discussion à laquelle prennent part MM. Velpeau, Londe, Chevallier, Desportes, Gibert, Caventou, Bricheteau, Boullay, Adelon, Bégin, Malgaigne et Soubeiran.

L'objet principal de cette discussion était la question de savoir si l'on publierait ou non le rapport de la commission, dans lequel plusieurs membres ont cru voir des attaques blessantes contre quelques-uns des membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, ou si ce rapport ne serait inséré qu'avec des modifications tendant à atténuer les passages où se trouvent ces attaques. Sur la proposition de plusieurs membres, l'Académie a divisé le vote. Par un premier vote, elle a adopté les conclusions du rapport; et par un second, elle a admis l'insertion du rapport au *Bulletin*, mais avec les modifications réclamées.

LECTURE.

Choléra. — M. Jolly continue la lecture de son mémoire sur le choléra-morbus, qu'il terminera dans la prochaine séance.

Paraplégie. — M. Andral présente une pièce d'anatomie pathologique provenant d'un homme qui est mort dans son service à la Charité. Cet homme avait été pris subitement d'une paraplégie aux suites de laquelle il a succombé. A l'autopsie, on a trouvé un épanchement sanguin considérable dans le canal médullaire.

Hernie inguinale. — M. Jobert (de Lamballe) présente un malade chez lequel il a obtenu la guérison radicale d'une hernie inguinale au moyen d'une ponction du sac suivie d'une injection iodée, qui a déterminé une inflammation adhésive et une oblitération définitive du sac.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 mars 1854. — Présidence de M. COMBES.

Influence du lavage des blés sur les qualités du son, de la farine et du pain. — M. Millon communique sous ce titre un mémoire dont nous extrayons les passages suivants plus spécialement relatifs à la question de l'alimentation :

J'ai fourni dans un travail précédemment communiqué à l'Académie un tableau comparatif de la composition des sons obtenus par la mouture habituelle et de ceux qui se produisent dans la mouture des blés fraîchement lavés. Les sons nouveaux ne contiennent que la moitié de la matière grasse et des phosphates alcalins renfermés dans les sons anciens. La proportion d'azote y est encore plus réduite, tandis que la proportion des ligneux y a doublé. Enfin, ils ne cèdent à l'eau qu'une petite quantité de matière extractive, 20 pour 100; la tige ligneuse de plusieurs plantes n'en fournit pas davantage.

Cette composition spéciale des sons nouveaux permet de comprendre la constitution des sons anciens et le rôle singulier qu'ils ont joué dans la panification et dans la nutrition. Il faut considérer les sons anciens, dans lesquels on trouve si peu de ligneux et qui sont au contraire relativement à la farine si riches en azote, en phosphate, en matière grasse et en principe aromatique, comme composés de deux pellicules accolées l'une à l'autre. La pellicule externe, formée des téguments du grain, est une sorte de matière ligneuse, inerte, indifférente aux phénomènes de la panification et de l'assimilation, organe protecteur durant la végétation, et qui est devenu corps étranger pour la farine et pour le pain. La pellicule interne, due à la couche superficielle de l'amande et qui comprend les cellules tout à fait périphériques du périsperme, a concentré dans son tissu tout cet excès d'azote, de phosphate, de graisse, d'essence et d'arome que l'analyse chimique avait précédemment découvert dans l'étude des deux pellicules réunies et confondues.

C'est dans la pellicule interne que résident les ferments fluidificateurs de l'amidon indiqués par M. Mouriès; c'est là qu'il faut chercher la cause du goût agréable des pains fabriqués avec les farines bises, la cause du plus grand rendement de celles-ci au pétrin de leur action nutritive particulière constatée par M. Magendie sur les animaux, et de cette sensation accusée par les consommateurs de pain bis déclarant presque tous que ce pain leur tient à l'estomac et les rassasie mieux que le pain blanc.

Maintenant, en mettant hors de cause la partie tégumentaire et ligneuse du son, tous ces faits se tiennent et dérivent l'un de l'autre. Les principes contenus dans la pellicule interne du son introduisent d'abord dans le pain des principes aromatiques et sapides favorables à la digestion; puis, ces mêmes principes désagrègent les grains d'amidon, les gonflent, y incorporent de l'eau, les fluidifient en partie et les préparent à l'absorption des vaisseaux de l'intestin; et de là, plus grand rendement de la farine en pain, assimilation plus facile de celui-ci et sentiment particulier de l'estomac satisfait. On sait que l'amidon qui n'est point fluidifié et converti en sucre ne concourt pas à la nutrition et est rejeté par le tube intestinal comme une matière inassimilable. Mais il ne faut pas croire que les principes alibiles contenus à la périphérie du grain et rejetés avec les sons ordinaires soient seuls capables de procurer la plupart des résultats précédents. Il est possible, bien que plus difficile, d'obtenir un pain blanc très assimilable et de produire avec les farines blanches un rendement très élevé.

Je suis parvenu à examiner de près certains procédés dont les auteurs font généralement mystère, et qui ont pour but d'augmenter le rendement de la farine en pain, dans la proportion de 5, 10 et même 15 p. 100. Un de ces procédés a été exécuté sous mes yeux. Son influence était réelle, et le secret repose sur l'hydratation et la désagrégation d'une partie de la farine employée, à l'aide d'une manœuvre particulière.

La plus grande durée de la cuisson qui caractérise la fabrication du pain de ménage tend également à hydrater et à désagréger mieux l'amidon de la farine, maintenue plus longtemps dans le four à une température voisine de + 100 degrés. Or, le pain de ménage, à poids égal, nourrit davantage. J'ai recueilli sur ce point des témoignages irrécusables, et une observation de ce genre a été faite par M. J. Reiset, avec la précision scientifique qu'on lui connaît; il a tenu compte de la proportion d'eau, et il serait en mesure d'exprimer par un chiffre la différence vraiment incroyable de ces facultés réparatrices de chaque pain.

Ces considérations découlent de faits que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie dans des travaux précédents. J'ai cru devoir les produire maintenant qu'elles se présentent plus nettement à mon esprit et se déduisent les unes des autres. Ne prouvent-elles pas que la question du rendement de la farine en pain est assez complexe; que si ce rendement dépend toujours d'un excès d'eau, l'état chimique de l'eau relativement à la farine n'est pas indifférent pour l'assimilation; que le travail de la panification, et même de la cuisson, est un sujet encore très fertile en méditations et en recherches; que le déficit de nos récoltes se comblera peut-être un jour par des expédients inattendus; que les ressources des divers blés sont encore bien mal appréciées au point de vue de la nutrition, et que les qualités alimentaires du pain n'ont été déterminées jusqu'ici par aucune épreuve solide? (Commissaires : MM. Chevreul, Pelouze, Péligot.)

Obsèques de M. le professeur Roux.

Discours prononcé par M. Velpeau, au nom de l'Académie des sciences.

A l'aspect de cette nouvelle tombe et de la dépouille terrestre du savant intègre, de l'homme loyal, du grand chirurgien, du citoyen généreux qui vient d'y descendre, ne sentez-vous pas comme moi, messieurs, surgir du fond de l'âme un mélange de crainte, de douleur et d'effroi?

Avec quel acharnement, en effet, la mort frappe sur les sommités de la science! En face de tant de désastres et de si cruels ravages, ne dirait-on pas qu'elle est venue se poser en permanence au seuil de l'Institut?

Quatre membres de la section de botanique ont disparu en moins d'une année; l'astronomie en a perdu deux; la géographie et la navigation pleurent également deux de leurs illustrations, et voici maintenant que c'est le tour de la chirurgie.

Si l'âge et de longues souffrances, chez quelques-uns, ont pu préparer les esprits à des coups si pénibles et si multipliés, il n'en a pas été de même pour d'autres: Richard, de Jussieu, Gaudichaud, n'étaient-ils pas dans la force du talent, et la science ne recevait-elle pas chaque jour encore une nouvelle impulsion de leurs importants travaux?

M. Roux lui-même, malgré le nombre de ses années, était, vous le savez, resté actif, laborieux et capable comme les plus jeunes. Une heure avant l'atteinte fatale qui devait nous le ravir, il agissait et parlait avec la même fraîcheur d'esprit et de corps qu'à l'âge de quarante ans.

Lui, dont on vantait, dont on admirait chaque jour l'éternelle jeunesse, la belle santé, la forte constitution, l'étonnante activité, la netteté de l'intelligence, un souffle n'en a pas moins suffi pour l'abattre et pour nous rappeler la fragilité de la vie, le néant des prévisions humaines!

Vous tous, membres des académies, savants de toutes les classes, médecins de tous les ordres, élèves des écoles, gens du monde, et cette foule en deuil qui nous entoure, pleurons, oui, pleurons tous, car une grande lumière vient de s'éteindre, et l'humanité perd en M. Roux un de ses bienfaiteurs les plus dévoués.

La carrière, la vie chirurgicale de M. Roux peut être citée comme une des plus longues, des plus belles qui se puissent voir. Il a brillé au premier rang pendant près de soixante ans, soit comme professeur, soit comme savant, soit dans les concours, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique privée, soit au sein des académies.

Né à Auxerre en 1780, il savait assez de chirurgie, en 1795, pour être admis à l'armée de Sambre-et-Meuse en qualité de sous-aide.

C'est en 1797 qu'il vint à Paris, où il ne tarda pas à faire connaissance de Bichat, dont il conquit bientôt l'amitié, et qui l'associa promptement à ses travaux. En 1801 il remportait déjà un premier prix aux Ecoles de santé, et en 1802 il disputait au concours une place d'hôpital à Dupuytren, à Dupuytren, qu'il devait retrouver partout dans l'avenir sur son passage.

Chirurgien de l'hôpital Beaujon en 1806, à vingt-six ans, il entre au

---

pendant quarante années de navigation sous les latitudes les plus opposées, il n'a vu aucun des matelots soumis aux brusques changements de température être atteint d'arthrite aiguë ou d'inflammation du parenchyme du poumon? Est-ce qu'il ne résulte pas des recherches faites par Parent-Duchâtelet que ces affections ne sont pas plus communes chez les tanneurs, les blanchisseuses, les étuvistes, les débardeurs, les boulangers que chez les ouvriers qui exercent leur industrie à l'abri des intempéries atmosphériques?

La pneumonie est si peu sous la dépendance absolue des caprices thermométriques du ciel, qu'on la voit reparaître avec la même ponctualité au printemps, alors même que la température durant cette saison est uniformément froide ou chaude.

Sans doute, un refroidissement quelconque peut enflammer les articles ou les poumons, mais il faut que ces organes y soient préparés d'une certaine façon, par un état particulier de l'économie toujours le même à la même époque de l'année. Quelle est cette prédisposition? C'est, dit-on, l'âge, le tempérament, l'idiosyncrasie, etc. Evidemment, il n'y a là que des aptitudes éloignées, au-dessus desquelles nous pensons qu'il convient de placer l'influence spéciale du printemps et les qualités que le sang reçoit du régime de l'hiver.

Afin de se soustraire à l'action léthale du froid, l'homme emprunte à l'alimentation animale, aux boissons spiritueuses ou aromatiques les moyens d'accroître et de conserver sa puissance de calorification naturelle. Cette habitude bromatologique élève promptement les proportions d'albumine, de fibrine, de globuline et du sang, et imprime de la sorte à la constitution le cachet de la pléthore. Une stimulation incendiaire envahit les tissus ligamenteux, dont la vitalité se trouve exaltée outre mesure sous l'influence de cette imprégnation morbifique.

L'excès d'activité fonctionnelle des organes augmente, comme on sait, leur impressionnabilité aux provocations morbides; or, comme la combustion pulmonaire s'effectue en hiver avec une grande énergie, l'appareil respiratoire devient durant cette saison le siége d'un fluxus permanent qui confine de très près à l'état inflammatoire. Voilà donc, par le concours de différentes circonstances, l'organisme excité jusqu'au degré voisin de l'irritation. Bientôt survient la stimulation printanière, stimulation occulte, mal définie, mais très réelle, s'exerçant sur tout ce qui vit et respire dans la nature. C'est alors que, suivant la diversité des idiosyncrasies, se manifestent des localisations inflammatoires sous forme de pneumonie, de rhumatisme ou de goutte. De nombreuses observations cliniques témoignent que le refroidissement n'intervient pas nécessairement dans ces explosions, et que quand il y participe, ce n'est qu'à titre de cause occasionnelle.

Puisque la prédominance sanguine née du régime de l'hiver menace l'habitant des climats froids des phlegmasies printanières, il importe de conjurer cette imminence par une nourriture de qualités opposées.

Il résulte des recherches faites par les physiologistes que la diète et l'alimentation végétale font notablement baisser le chiffre des éléments constitutifs du sang, et qu'il devient alors plus séreux et beaucoup moins stimulant. L'expérience démontre qu'un pareil régime corrige promptement les effets de la pléthore hivernale. Aussi, dans les corporations religieuses vouées à la pratique du jeûne et de l'abstinence pendant le carême, la pneumonie, la goutte, le rhumatisme articulaire ne font que de rares apparitions. Sur une population de 7,405 novices, séminaristes, dominicains, chartreux, etc., habitant le nord de l'Europe, j'ai constaté que ces maladies sont approximativement quatorze fois moins communes que dans les classes de la société où l'on s'affranchit de l'observance du carême.

« La métempsycose est faite pour le climat des Indes, a dit Montesquieu. L'excès de la chaleur brûle les campagnes, on n'y peut nourrir que très peu de bétail; on est toujours en danger d'en manquer pour le labourage. Une loi de religion qui prohibe la chair des animaux comme aliment est donc très convenable à la police du pays. » Nous disons, nous, que la loi de religion qui impose aux hommes du Nord obèses, rutilants de bonne chère, quarante jours de jeûne et d'abstinence, est une loi parfaitement appropriée à la prophylaxie du rhumatisme, de la goutte et de la pneumonie.

D[r] CHAMPOUILLON,
professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce.

M. le professeur Trousseau commencera son cours à l'Hôtel-Dieu le mardi 4 avril. (Visite à 8 heures, clinique à 9 heures.)

— M. le professeur Cruveilhier commencera son cours à la Faculté le mardi 4 avril, à 4 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

même titre à l'hôpital de la Charité en 1840, à côté de Boyer, du grand Boyer, dont il est devenu le gendre, et qui, dès cette époque, avait reconnu dans son jeune adjoint le plus habile opérateur du temps. En 1812, se trouvant de nouveau aux prises avec Dupuytren dans un concours mémorable, il suivit de si près son redoutable adversaire, qu'une autre chaire devenue vacante quelques années plus tard lui fut décernée par la Faculté tout entière. L'ardeur, le savoir développés par M. Roux dans ses luttes publiques n'ont été égalés par personne.

Si là, comme dans l'enseignement, il n'a pas toujours été vainqueur, c'est à l'abondance même de son exposition plutôt qu'à sa science; c'est à l'ornement du langage, à la merveilleuse mise en scène de son puissant émule qu'il faut en demander la raison, plutôt qu'à une infériorité réelle.

Les expansions extérieures d'un si robuste talent ne suffisaient pas à son activité intellectuelle.

Les nécessités des concours, les exigences de la pratique en ville et du service des hôpitaux lui laissaient l'esprit assez libre encore pour subvenir à de nombreuses publications : à vingt ans il aidait dans la rédaction de l'*Anatomie descriptive* le rénovateur de l'anatomie française, et le cinquième volume de ce grand ouvrage est tout entier de la plume de M. Roux.

Un peu plus tard, il conçut le plan d'un autre traité du même genre, œuvre dont le premier volume seul fut imprimé sans être livré au public. Les devoirs de l'opérateur et les besoins de l'enseignement que lui avait légués Bichat ne permirent pas à l'auteur de le continuer.

En 1809, il publia un volume de mélanges où, sans cesser d'être anatomiste, on le voit plus spécialement tourner ses regards vers la chirurgie. On trouve, dans ce volume, des mémoires qui marquent un véritable progrès, et que le temps n'a point fait oublier.

Sa *Médecine opératoire* n'a point été terminée. C'était en 1843; Dupuytren triomphait à l'Hôtel-Dieu; il fallait une lutte, un combat de tous les instants pour ne point être éclipsé : lutte de zèle et de savoir à l'hôpital, lutte dans les leçons, lutte de connaissances et d'habileté aux yeux de tout le monde.

Avec un pareil athlète et une semblable guerre, qui a duré vingt-cinq ans, le travail du cabinet n'était plus possible. Mais en laissant ses ouvrages didactiques inachevés, M. Roux n'a jamais cessé de travailler à l'avancement de la chirurgie. Soit par des créations réelles, soit par des modifications importantes, il a marqué de son empreinte une foule de questions.

On lui doit d'avoir fait ressortir dans ses leçons l'importance de l'anatomie chirurgicale. La suture du voile du palais, opération qui a délivré l'humanité d'une désolante difformité, lui est due tout entière.

Une autre infirmité plus triste encore, la déchirure du périnée, a disparu aussi du cadre des affections incurables sous le génie inventif de M. Roux.

C'est lui qui a répandu en Europe ces opérations ingénieuses ayant pour but de remédier aux difformités de la face et de la surface du corps en général. La résection des articulations malades lui doit ses plus belles pages et ses plus beaux exemples de succès.

La réunion immédiate des plaies, le traitement des anévrismes par la ligature des artères loin de la tumeur n'ont pris droit de domicile dans les hôpitaux de Paris et dans la pratique vulgaire que par les efforts ou les exemples de M. Roux. Qui, plus que lui, a popularisé l'opération de la cataracte par extraction?

Un nombre infini de procédés opératoires sortis de sa main font depuis longtemps partie du domaine public.

Désireux de tout connaître, il fit à Londres en 1814 un voyage dont il rapporta, en échange des perfectionnements de la chirurgie française, qu'il leur fit connaître, ce que les chirurgiens anglais avaient de plus nouveau. De là un ouvrage qui eut un grand retentissement, et qui, entre autres, a totalement changé parmi nous le traitement des ulcères des jambes. Mais je m'arrête : c'est par d'autres, c'est ailleurs que de tels travaux, que de tels services seront convenablement appréciés.

Pourquoi la Parque, jalouse d'une si riche existence, en a-t-elle tranché le fil, alors que notre regrettable collègue n'avait plus besoin que de quelques mois pour compléter la publication d'un grand ouvrage, ouvrage en quatre volumes, entièrement rédigé, et qui résume les trésors d'une pratique chirurgicale comme il n'en a peut-être jamais existé?

C'est le bistouri à la main surtout que M. Roux n'avait point d'égal. Avec quel art, quelle élégance, quelle adresse, quelle rare facilité il se servait de cet instrument! Comme tout était méthodique, régulier, prompt et léger dans ses manœuvres! Rien de propre et de coquet comme l'opération qu'il venait de terminer, comme le pansement qu'il venait de faire; et cette merveilleuse dextérité, il l'a conservée jusqu'au dernier moment. A l'âge où chez les autres les doigts sont engourdis et tremblants, où la vue s'obscurcit, il pratiquait encore l'opération de la cataracte avec autant de sûreté qu'aux premiers temps de sa longue vogue.

Il appartenait à l'école sortie des entrailles de l'Académie royale de chirurgie, école dont les doctrines ont régné sur l'Europe entière, et dont Sabatier, Desault, Boyer, ont été la plus haute personnification.

Avec la précision, l'exactitude mathématique de leurs descriptions, ces esprits d'élite devaient en effet mettre les qualités de la main, le manuel de la médecine opératoire en première ligne, et laisser au deuxième plan les vues de l'esprit, la nature des maladies, l'importance des médications, prendre enfin la chirurgie dans toute la pureté de l'acception grammaticale du mot.

Imbu, nourri de ces préceptes, qui étaient d'ailleurs conformes à ses tendances naturelles, M. Roux est resté toute sa vie l'opérateur par excellence au milieu de la génération nouvelle qui, modifiée par nos jeunes institutions, veut que les notions médicales passent avant l'adresse de la main, et qu'en chirurgie l'artiste soit subordonné au savant. Aussi peut-on dire que l'Académie de chirurgie, dont il a été comme l'efflorescence ultime et sans contredit la plus brillante expression; perd en lui la plus solide colonne qui lui fût restée en Europe.

D'une probité scientifique à toute épreuve, serviable et bon, franc, expansif, affectueux, M. Roux était d'un commerce facile et agréable. A l'inverse de tant d'autres, il parlait volontiers de ses revers et de ses erreurs. Irréprochable dans ses intentions, il ne lui venait pas à la pensée que de tels aveux pussent être retournés contre lui et servir d'armes à l'envie.

Son abandon, sa simplicité dans les relations professionnelles le faisaient rechercher par tous. Il eût été malheureux de blesser qui que ce soit, le plus humble praticien aussi bien que son égal en dignités.

Dévoué aux élèves, il les exhortait sans cesse à l'étude, au travail avec une sollicitude toute paternelle. Toujours prêt à leur servir d'égide, à les protéger, il tendait surtout la main à ceux qui laissaient entrevoir un certain amour pour la chirurgie. Il était heureux alors, autant que fier, de les faire opérer sous ses yeux, d'être témoin de ce qu'il appelait leurs premières armes. Ceux qu'il sut s'attacher ainsi ont été nombreux.

Jouissant de leurs succès comme de ses propres œuvres, il leur accordait aussitôt une grande place dans ses affections intimes; aussi ses bienfaits étaient sans arrière-pensée, il ressentait douloureusement le manque d'égards ou les traits d'ingratitude dont il fut payé par quelques-uns d'entre eux; et comment aurait-il prévu l'ingratitude, lui qui servait ses amis, ceux qui l'avaient secondé ou aidé avec tant d'abnégation et de courage; lui qui, en toute occasion et partout, était toujours prêt à défendre, à honorer, à faire admirer le grand nom de Bichat et celui de Boyer, parce que Bichat et Boyer l'avaient encouragé au début de ses études; lui qui ne parlait jamais qu'avec éloge et respect de ses anciens maîtres; lui qui n'a jamais trahi l'amitié; lui, enfin, dont l'âme aimante aurait tout sacrifié au bonheur de faire plaisir?

Si ce caractère qui le suivait partout, au sein de la famille comme dans la vie publique, a été pour lui la source de quelque nuage, de quelque amertume, il lui a valu, d'autre part, de chauds partisans, de précieuses amitiés, la sympathie de tout le personnel médical et l'estime universelle.

Par ses voyages en Italie, en Allemagne, en Angleterre, M. Roux s'était lié avec toutes les notabilités de ces contrées. Le désir de le voir opérer, son aménité naturelle, l'affabilité digne et la distinction de ses manières comme de toute sa personne, attiraient en outre autour de lui tous les chirurgiens étrangers que la curiosité ou le besoin de s'instruire conduisent chaque jour au milieu de nous. Aussi, est-il incontestablement resté, depuis vingt ans, la plus éclatante illustration chirurgicale du siècle aux yeux des opérateurs du monde entier.

S'il était dans la nature de l'homme de trouver hors de soi le bonheur parfait, M. Roux n'aurait rien à regretter. Rien ne lui a manqué ici-bas : réputation sans tache, famille, aisance, honneurs, estime; rien de ce que les hommes recherchent ne lui a été refusé... Le titre de membre de l'Institut avait comblé tous ses vœux.

Présider l'Académie des sciences avait été son dernier désir, et cette noble ambition allait être satisfaite, quand la Providence est venue rompre la chaîne de ses jours.

Son fils, quoique dans un autre ordre de travaux, rappelle les belles qualités de son père; et la digne compagne qu'il s'était donnée sur le déclin de sa vie a su entourer sa vieillesse d'un charme, d'une sérénité qui manque trop souvent aux derniers temps de l'existence.

Sa distinction, sa loyauté, nous seront en outre incessamment rappelées dans la personne d'un savant aussi distingué que modeste qui fut son gendre, et qui lui a conservé la vénération d'un fils.

Encore un mot, messieurs; non plus au nom de l'Institut, mais en mon propre nom. C'est comme disciple et comme ami de M. Roux, que je voudrais donner cours aux sentiments qui m'oppressent à ce moment de séparation suprême.

Il y a près de trente ans que, entraîné vers lui par un instinct secret, par une sympathie naturelle, j'en reçus un accueil qui m'impressionna vivement; l'appui qu'il m'a donné dans diverses circonstances a laissé au fond de mon cœur un sentiment d'amour et de reconnaissance, un attachement qui n'ont fait qu'augmenter à mesure que je l'ai connu davantage. Vivant avec lui dans une grande intimité, j'ai pu, mieux que personne, apprécier tout ce que son âme avait de grand, de digne, de délicat; aussi manqué-je d'expressions pour exhaler ma douleur, au milieu de ce lugubre entourage, en face de ces restes inanimés d'un des hommes que j'ai le plus estimés!

Maître vénéré, ami fidèle, tu n'as rien à craindre de la vie céleste; tu as bien servi tes semblables, ta carrière a été noblement, largement remplie! ta mémoire ne périrera pas; ton nom, à jamais honoré, occupera une belle, une grande page dans l'histoire des savants, des hommes utiles.

Du séjour des élus, Dieu permettra à ta grande ombre de jeter par moments un regard indulgent sur nous; tu sauras du moins que, parmi tes anciens élèves, il en est un qui chérirera ton souvenir et te sera reconnaissant jusqu'à sa dernière heure; qui, en te disant un éternel adieu, ne s'est éloigné de ton cercueil que le cœur gonflé de larmes et de sincères regrets!

Nous regrettons de ne pouvoir donner en entier le discours prononcé par M. Malgaigne au nom de la Faculté de médecine; en voici la partie la plus importante :

« Et maintenant, messieurs, que vous avez vu le point de départ et le point d'arrivée, comment la distance a-t-elle été franchie? Certes, M. Roux était une intelligence d'élite; mais l'intelligence est un don de Dieu, et si elle suffisait, à Dieu seul en reviendrait la louange. Ce qui appartient en entier à l'homme, parce qu'il est libre, c'est l'usage qu'il en sait faire; et nous savons de reste que la plus belle intelligence s'énerve et demeure stérile dans une honteuse inaction, tandis que l'exercice la fortifie et que le travail la féconde. Ajoutez donc au bienfait divin de l'intelligence une volonté ferme et généreuse, une persévérance que rien ne décourage, un travail incessant et opiniâtre, *labor improbus*. C'est ainsi que l'on se rend maître de sa destinée; c'est ainsi que se font les grandes choses et les grands hommes.

» Vous avez vu M. Roux mener de front l'enseignement, les publications d'ouvrages, les concours; et quand plus tard il semblait devoir plier sous le poids d'autres occupations, durant un professorat de trente-quatre ans, durant ces services d'hôpitaux poursuivis quarante-huit années, exemple unique dans les fastes de la chirurgie, qui peut dire que son activité se soit démentie? Qui l'a vu jamais, hormis quand la maladie était plus forte que sa volonté, apporter quelque ralentissement dans l'accomplissement de ses devoirs? Hélas! c'est cette activité prodigieuse qui l'a perdu. L'âge n'avait pu ni courber cette taille virile, ni amortir cette ardeur généreuse; il avait conservé à soixante-quatorze ans un air de vivacité et de jeunesse qui faisait illusion à tous ses amis; et quand nous le voyions prendre part à nos travaux avec un regard si souriant, une sérénité si confiante, qui aurait cru que le danger fût si prochain? Il ne se faisait pas moins illusion à lui-même; peut-être, plus sage, il eût usé du droit bien légitime de jouir enfin d'un repos honorable. Mais le repos ne convenait pas à sa nature, et il ne voulait pas avouer qu'il en eût besoin.

» Les rares moments que lui laissaient ses fonctions et sa clientèle étaient employés à coordonner les nombreux matériaux fruits de sa longue expérience; il avait formé le plan d'un ouvrage qui devait être son monument; la rédaction en était même déjà assez avancée, lorsqu'il se sentit inopinément frappé. Alors enfin le voile se déchira; ses collègues, ses amis comprirent que le temps était passé pour lui des grands travaux et des longues espérances; ils lui défendirent ces dangereuses occupations. Mais il ne put même supporter ce repos nécessaire; après quelques jours, il reprit la plume pour corriger ses épreuves, et la mort le surprit en quelque sorte les armes à la main.

» Ce sera là, messieurs, pour la postérité attentive, l'un des beaux côtés de la vie de M. Roux; c'est ainsi qu'il a agrandi le domaine de la science et élevé l'édifice de sa propre gloire. Mais ses travaux, son enseignement, sa pratique étaient marqués d'un autre caractère que je dois rappeler ici à l'immortel honneur de sa mémoire : c'était un esprit de droiture, de sincérité, d'honnêteté qu'il avait poussé au point de s'en faire, si j'osais parler ainsi, une vertu spéciale. L'antiquité a loué Hippocrate pour s'être accusé d'une erreur; A. Paré et J.-L. Petit se sont honorés par des confessions du même genre; mais personne peut-être n'a porté aussi loin que M. Roux la loyauté dans l'aveu de ses revers. Convaincu à bon droit que le récit d'une faute apporte un enseignement salutaire, jamais il ne chercha à dérober les siennes; il les étalait en quelque sorte avec le même empressement que d'autres eussent mis à les cacher. Il regardait la chirurgie comme un sacerdoce, et le mensonge ou même seulement la dissimulation prenait à ses yeux la proportion d'un sacrilége. Noble et fière politique, et qui était sa récompense; car nulle parole n'inspirait plus de confiance que la sienne, et en toutes choses son témoignage faisait foi.

» Si maintenant nous passons du savant sur l'homme privé, combien toutes ces belles qualités de l'esprit étaient rebaussées encore par les qualités du cœur! Bon et compatissant pour ses malades, affable avec ses élèves, affectueux pour ses confrères, prompt à reconnaître les jeunes talents et à leur prêter son appui, son mérite incontesté put lui créer des rivaux, ses succès exciter l'envie; son caractère ne lui avait fait que des amis. Quelquefois il aimait à rappeler les obstacles qu'il avait surmontés, les chagrins qui prennent une part inévitable des plus belles vies; ce qu'il regrettait par-dessus toutes choses, c'était de n'avoir pas toujours rencontré des affections égales à ses affections. Dès à présent, et dans l'avenir, messieurs, le nom de M. Roux restera comme celui d'une des plus belles et des plus pures illustrations de la chirurgie française, et c'est ainsi déjà que le monde entier l'avait connu; mais pour nous qui l'avons approché de plus près, qui l'avons aimé et respecté, nous lui devons au bord de sa tombe ce témoignage, dont il eût été plus flatté que de tout autre, qu'il fut en même temps un homme de cœur et un homme de bien. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le ministre de l'intérieur vient d'adresser à MM. les préfets une circulaire qui prescrit des mesures nouvelles pour constater l'état sanitaire et pour soumettre à un examen attentif le service médical des maisons centrales, de force et de correction, qui contiennent une population de près de 20,000 individus de tout âge et de tout sexe.

— Le *Moniteur* confirme en ces termes les nominations que nous avions annoncées en racontant la visite de LL. MM. à l'hôpital Sainte-Eugénie, ci-devant Sainte-Marguerite :

« Par décret impérial, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

» M. Paupert, directeur de l'hôpital Sainte-Marguerite, attaché à l'administration des hôpitaux civils depuis 1817, sous-officier dans l'artillerie de marine de 1812 à 1816, capitaine de la garde nationale de Paris pendant dix ans;

» M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marguerite, attaché aux hôpitaux depuis douze ans. »

— M. le docteur Foureau de Beauregard, fils du médecin de l'Empereur à l'île d'Elbe, ancien interne des hôpitaux, médecin en chef de l'hospice des aliénés de Nantes, vient de mourir à Paris.

— Le registre pour les inscriptions d'avril, qui sera ouvert le 1er avril au secrétariat de la Faculté, sera clos *irrévocablement* le 11, à cause des vacances de Pâques.

— M. le docteur Baillarger commencera son cours public de clinique sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 9 avril à neuf heures du matin, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

— En donnant dans le numéro de samedi la liste des prix décernés aux internes en pharmacie, nous avons commis une erreur. C'est M. Narcisse GALLOIS, et non Vallois, qui a obtenu l'accessit dans la deuxième division.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de physiologie comparée des animaux domestiques, par M. G. COLIN, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort. Deux forts volumes (tome Ier) grand in-8° de 672 pages, avec 57 figures intercalées dans le texte. Prix : 9 fr. — Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

Le choléra n'augmente ni ne diminue d'une manière sensible ; il se maintient dans des proportions toujours très minimes et toujours à peu près les mêmes. Voici les derniers relevés, qui pourront donner une idée de la situation des choses à cet égard.

Du 23 mars (jour auquel correspond notre dernier bulletin) au 29, on a constaté dans les hôpitaux 49 cas nouveaux et 18 décès. Dans le cours de la semaine précédente, nous avions relevé 38 cas nouveaux et 25 décès. Si l'on rapproche les chiffres de ces deux semaines, on trouve une augmentation assez sensible sur le nombre des cas nouveaux et une diminution sur les décès.

S'il ne résulte pas de ce relevé que le chiffre des sujets atteints ait rien en soi qui paraisse de nature à inspirer des craintes pour le présent, il n'en ressort pas moins un fait digne de fixer l'attention: c'est que, malgré cette exiguïté du chiffre total de sujets atteints depuis ces cinq à six dernières semaines, la maladie, en réalité, n'en est pas moins grave, et n'en continue pas moins de fournir à la mort un contingent de plus de moitié. (Sur 80 sujets atteints de choléra dans les salles de l'hôpital de la Charité, du 15 février au 25 mars, on comptait 45 décès.) Or, cette persistance de la gravité d'une maladie circonscrite dans un petit foyer épidémique, et qui semble tendre à passer à l'état endémique sans s'atténuer, est, à nos yeux, un fait assez sérieux pour mériter qu'on s'en préoccupe.

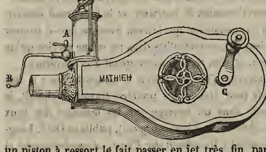
Nous ferons remarquer, à ce sujet, que nous ne saurions accepter les reproches qui nous sont adressés, soit directement, soit indirectement, sous le prétexte qu'il y aurait inopportunité à jeter l'alarme dans le public. Le public auquel nous nous adressons a besoin de ne rien ignorer de ce qui intéresse la santé publique, et le sujet sur lequel nous appelons son attention est de ceux qui ne doivent cesser de le préoccuper tant qu'il en subsistera quelques vestiges.

Quant aux personnes qui contestent qu'il y ait en ce moment une influence épidémique cholérique, ainsi que nous venons de le lire dans un journal de médecine, en se fondant sur le petit nombre de cas signalés et sur leur prétendue innocuité, nous nous permettrons de leur répondre qu'il y a dans leur assertion une double erreur, une erreur de fait et une erreur d'interprétation. L'erreur de fait est facile à rectifier; ils n'ont qu'à aller s'assurer par eux-mêmes de l'état des choses en consultant les registres des hôpitaux. Quant à l'interprétation, nous demanderons à nos contradicteurs combien il faudrait de cas, dans leur opinion, pour constituer une épidémie ?

Anesthésie locale par réfrigération.

Les expériences d'anesthésie locale par réfrigération se continuent avec des résultats assez satisfaisants pour que nous nous considérions comme justifié à maintenir les espérances qu'elles nous avaient fait concevoir dès le début. Nous avons rapporté dernièrement un fait qui nous était propre, et un fait observé à la clinique de M. Richet. Trois faits nouveaux, dont nous venons tout récemment d'être témoin dans le service de ce chirurgien, viennent ajouter leur contingent de preuves à l'appui de l'efficacité de ce procédé.

Chez un malade auquel il avait à pratiquer la désarticulation du petit orteil, M. Richet a fait diriger sur tout le pourtour de l'articulation métatarso-phalangienne du dernier orteil simultanément un jet d'éther et un courant d'air rapide, à l'aide de l'ingénieux appareil construit à cet effet par M. Mathieu. (Cet habile fabricant a eu l'heureuse idée d'adopter au ventilateur un petit appareil à irrigation d'éther, de telle manière que l'irrigation et l'insufflation se font tout à la fois sur les mêmes points. La figure ci-jointe fera suffisamment connaître le jeu de cet appareil. A est un réservoir à pression continue dans lequel on verse l'éther et dont un piston à ressort le fait passer en jet très fin par l'extrémité de la canule B.)



Au bout de deux à trois minutes, M. Richet a pratiqué sur la surface dorsale deux incisions obliques venant se réunir en V en arrière de l'articulation ; puis plongeant le bistouri dans l'articulation, il a désarticulé l'orteil, le tout sans que le malade ait accusé la moindre douleur ; ce n'est que lorsque le bistouri, en sortant, a taillé le lambeau plantaire, comprenant quelques tissus profonds sur lesquels la réfrigération n'avait pu porter son action, que le malade a accusé une douleur, très rapide d'ailleurs.

Chez une petite fille portant une tumeur enkystée à la face dorsale de la main, et que M. Richet se proposait de traiter par l'incision suivie de la cautérisation avec le nitrate d'argent, on a eu recours au même moyen. L'incision et la cautérisation ont eu lieu sans que cette jeune fille l'ait presque senti; elle est convenue n'avoir pas souffert.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'un abcès profond de la face interne de la cuisse chez un sujet atteint d'une périostite du fémur, et qui a eu déjà plusieurs abcès de ce genre, qu'il a fallu ouvrir. Ce sujet était d'une extrême pusillanimité, et redoutait au dernier point ces incisions, qui lui faisaient pousser les hauts cris. Après deux minutes d'irrigations éthérées et de ventilation, M. Richet a plongé profondément le bistouri dans l'abcès, et l'en a retiré en pratiquant à la peau une incision de 5 à 6 centimètres. Le malade a fait un léger mouvement, et a poussé une légère exclamation de surprise plutôt que de douleur, car il a de suite défini la sensation qu'il venait d'éprouver en disant que c'était comme si l'on avait frappé un petit coup sur la tumeur. Il avait senti, en un mot, le contact, le coup, mais point l'incision.

Enfin, quelques autres faits dont nous n'avons pu être témoin, mais qui sont parvenus à notre connaissance, viennent grossir encore le nombre des succès. Nous citerons notamment deux malades chez lesquels M. Ricord a cautérisé des chancres du gland et du prépuce avec le fer rouge sous l'influence de la réfrigération anesthésique ; le premier n'a eu qu'une sensation douloureuse à peu près nulle; chez le second, la sensation douloureuse a été un peu plus vivement perçue, quoique très affaiblie cependant. Mais il est bon de dire que chez celui-ci l'irrigation réfrigérante avait été prolongée pendant cinq minutes. Or l'expérience a démontré jusqu'à présent que deux ou trois minutes au plus suffisent pour obtenir l'anesthésie. Au delà de ce terme, la réaction de chaleur commence à se manifester, et elle est d'autant plus intense que la réfrigération a été plus vive elle-même et plus prolongée. La réaction avait commencé à se produire chez ce dernier opéré, ainsi qu'il en a eu très bien conscience lui-même, ce qui lui a fait perdre une partie du bénéfice de l'anesthésie.

Ces faits nous paraissent assez concluants pour que nous n'hésitions pas à considérer désormais le procédé d'anesthésie par réfrigération, dont nous devons l'idée à M. Guerard, comme un procédé acquis à la pratique, et dont la petite chirurgie surtout retirera certainement de très grands avantages.

Toutefois de nouveaux essais sont encore nécessaires pour établir nettement les indications de l'emploi de ce procédé, ainsi que les perfectionnements dont il est susceptible. Mais ce que nous pouvons considérer comme étant déjà établi, c'est la base de la méthode.

Nous saisirons cette occasion pour donner connaissance à nos lecteurs d'une lettre qu'un honorable praticien de la province, M. le docteur Liégard (de Caen), nous a fait l'honneur de nous adresser au sujet des premières tentatives infructueuses d'insufflations chloroformiques que nous avons fait connaître. Nos lecteurs apprécieront eux-mêmes la valeur du procédé que propose M. Liégard et le parti qu'on en peut tirer. Nous laissons parler notre confrère :

« Dans votre numéro du 4 mars dernier, après avoir parlé de l'insuccès presque général de l'anesthésie locale par le chloroforme, vous ajoutez : « Nous l'avouerons sans détour, ces insuccès nous causent de véritables regrets. Les dangers si graves et malheureusement trop réels de l'inhalation nous eussent fait accueillir avec un vif sentiment de satisfaction une méthode qui semblait devoir enlever à l'anesthésie jusqu'au moindre soupçon de péril. » Cette réflexion parfaitement juste m'a engagé à rappeler à vos lecteurs un moyen très simple et très facile d'anesthésie locale bien connu et fréquemment employé par nos paysans bas-normands lorsqu'ils ont à subir une opération sur les mains ou les pieds : il consiste dans l'application d'une bande fortement serrée à la jambe ou à l'avant-bras, suivant les cas.

FEUILLETON.

EXPÉRIENCES DE TABLES PARLANTES.

Il y a bientôt un an que nous avons parlé pour la première fois des tables et des chapeaux tournants. Aujourd'hui ce ne sont plus seulement des tables qui tournent, ce sont des tables qui parlent, et qui disent même des choses fort extraordinaires. Nous l'avouons en toute humilité, nous n'avons pas pu en faire parler encore ; mais on nous affirme en avoir entendu répondre avec exactitude à des questions convenablement posées.

C'est ainsi qu'un de nos confrères de la presse médicale nous a communiqué deux vers quelque peu prétentieux, mais assez remarquables pourtant dans la bouche d'une..... table..... en acajou ou peut-être en noyer.

Il s'agissait de définir la mort; nous l'aurions peut-être fait d'une manière prosaïque. La table est montée hardiment sur Pégase, et s'est écriée d'une voix ferme et redondante par l'organe de je ne sais quel défunt d'illustre mémoire :

Réveil silencieux d'un sommeil agité,
La mort est un chaînon de l'immortalité.

C'est, comme on voit, à faire envie à M. Piorry.

Parmi nos lecteurs, il y a certainement plus d'un esprit curieux et investigateur qui ne lira pas sans intérêt l'article suivant que nous empruntons au premier numéro du journal la *Table parlante :*

« *Première séance.* — Le 6 mars 1854, à 9 heures 40 minutes du soir, nous nous assîmes, M. et Mme de J..., Mlle C... et moi, autour d'une table ronde d'un diamètre de 79 centimètres et nous formâmes une chaîne circulaire avec nos mains appliquées sur la table, dont les trois pieds reposaient sur un tapis. M. de J..., peu encouragé par une épreuve infructueuse qu'il avait tentée six mois avant, s'endormit, Mme de J... l'imita, et, pendant 40 minutes, nous restâmes, Mlle C... et moi, seuls éveillés ; j'éprouvais une extrême anxiété, d'assez fortes douleurs dans le dos et l'estomac, de petits tremblements et des fourmillements dans les mains. Ces souffrances étaient-elles causées par la fatigue d'une position où il faut toujours avoir les bras tendus devant soi et immobiles, ou par toute autre cause? Je l'ignore. Toutefois elles devinrent assez fortes et l'ennui des autres personnes assez insupportable pour qu'on résolût de ne pas prolonger l'épreuve plus de 45 minutes. Pendant les cinq dernières minutes d'attente, on poussa la table hors du tapis et nous restâmes debout autour d'elle, attendant, les yeux fixés sur la pendule, que l'aiguille marquât l'heure de notre délivrance. Elle approchait, quand un léger mouvement de rotation se fit sentir, cessa, puis reprit plus sensiblement. Pendant dix minutes environ, ce ne fut qu'une intermittence de repos et d'un mouvement qui devenait de plus en plus long, de plus en plus fort; bientôt la table pirouetta rapidement, obéit à la voix, se dirigea avec intelligence vers les endroits qu'on lui désignait, s'écartant quand on lui recommandait de ne pas trop s'approcher du mur ou des meubles ; puis elle prit le chemin du salon où on lui avait ordonné de se rendre. Alors elle leva un pied et frappa le parquet. Nous commençâmes les questions, étant bien convenus d'avance qu'un coup frappé serait le signe de l'affirmation et deux coups celui de la négation. D. Qui es-tu? un esprit? R. Oui. — Un ange? Non. — Un démon? Non. — L'âme d'un mort? Oui. Elle nous apprit ainsi qu'elle était en purgatoire et l'âme d'une Chinoise morte l'an 3234 de la création à dix-sept ans et demi, enceinte d'un enfant qui n'avait pas vu le jour ; qu'elle était mariée à un païen. Combien, dit M. J..., ai-je de francs dans ma bourse (lui-même en ignorait le nombre)? Dix. (Erreur; il y en avait seize). — Tu t'es trompée, recommence. — Vingt. (Seconde erreur.) — Quel est le chiffre que je tiens dans la main? demande un des témoins en dehors de la chaîne. R. 689 (exact). C'était un numéro de voiture de place que lui seul connaissait. — Dans quelle ville est Mlle M.-L.? On prononce huit ou dix noms, et elle frappe un coup quand on nomme le lieu de son séjour. A une question semblable faite à la seconde séance par un monsieur qui ne formait pas la chaîne, elle répondit aussi exactement. Elle compta fort bien ensuite mon âge, celui de Mlle C...; nous dit qu'elle aimait fort un monsieur qu'on lui nomma, et pour lequel aucune des personnes présentes n'avait la moindre sympathie ; qu'elle aimait le pape ; que les démons parlaient quelquefois par les tables, ainsi que les âmes des morts, du purgatoire et de l'enfer; que ni les uns, ni les autres, ni elle-même ne connaissaient l'avenir; que Dieu seul le connaissait: que les anges ne communiquaient pas avec les hommes au moyen des tables.

» *Secodde séance.* — Elle eut lieu en présence et par le concours de

» On sait, par exemple, combien est douloureux l'arrachement de l'ongle entré dans les chairs, et cependant, lorsqu'on a pris la précaution dont nous parlons, on peut le pratiquer sans occasionner la moindre sensation pénible.

» Il y a quelques années, je me disposais à pratiquer cette opération sur le pied d'un jeune homme de vingt ans, ouvrier chez M. Doug, statuaire. Il pria son maître de lui serrer auparavant le bas de la jambe le plus fortement possible avec un long mouchoir. Cela fait, nous attendîmes quelques instants pour que l'engourdissement du pied fût plus complet. Alors je fendis l'ongle du gros orteil, et j'enlevai, comme cela se pratique, les deux portions séparément. Le jeune homme, cependant, ne se plaignit nullement, et nous assura ensuite qu'il n'avait éprouvé aucune douleur.

» Quelque temps après, je fis la même opération sur un coiffeur âgé de trente-quatre ans, nerveux et très impressionnable. J'appliquai d'abord au-dessus des malléoles une bande de plus de trois mètres, que je serrai très fortement : une minute après, je fis l'arrachement de l'ongle par le même procédé ; il ne fut nullement douloureux ; il ne s'écoula pas une goutte de sang ; mais, lorsque j'eus enlevé la bande, le sang commença aussitôt à couler assez abondamment pendant quelques minutes.

» Ces deux opérations ont été suivies d'une guérison prompte et durable.

» Voilà donc un moyen très prompt et très innocent d'anesthésie locale qui, je crois, mérite d'être recommandé aux chirurgiens en pareil cas. »

Quelques mots sur les tumeurs blanches syphilitiques, au sujet d'un cas de synovite de cette nature.

Nous venons de voir dans le service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, un cas d'affection articulaire du genou qui offre un double intérêt scientifique et pratique : d'abord comme un nouvel exemple d'une affection rare, peu connue jusqu'à présent, et dont on doit la première description à M. Richet lui-même ; en second lieu, à cause de l'indication thérapeutique importante qu'il renferme. Il s'agit d'un cas de synovite syphilitique.

Voici en quelques mots l'histoire de ce malade :

Il y a dix-huit mois environ, à la suite d'une diarrhée et d'un écoulement sanguin hémorrhoïdaire par l'anus, ce malade fut pris tout à coup, dit-il, d'une douleur vive dans le genou, avec impossibilité de mouvoir le membre inférieur; puis, quelque temps après, il est survenu un peu de tuméfaction qui a toujours persisté. Les douleurs n'ont jamais cessé de se faire sentir depuis cette époque dans le genou; mais elles ne sont pas constantes; elles vont et viennent, et présentent le caractère de ces douleurs dites à répétition. Le genou de ce malade présente aujourd'hui une tuméfaction modérée, pâteuse, mollasse, indolente à la pression. Il n'y a qu'une très petite quantité de liquide épanché dans l'articulation. En explorant avec soin tout le pourtour, on sent que la synoviale, au point où elle se réfléchit, présente des inégalités, une sorte de tuméfaction indurée. Enfin le malade, ainsi que nous venons de le dire, ne souffre pas constamment; la marche même ne provoque pas toujours de la douleur ; il souffre par instants seulement, spontanément et sans que les mouvements de l'articulation paraissent y être pour rien.

Tel est l'état local des parties, qui jusque-là ne pourrait peut-être donner qu'une idée bien insuffisante et bien incomplète de la nature de la lésion à laquelle on a affaire ; mais l'interrogatoire du malade et l'examen de son état général et de diverses autres lésions concomitantes dont nous allons parler donnent à cet état local toute sa signification et toute son importance pratique. En effet, on apprend de ce malade qu'il a eu dans le temps (il y a plusieurs années) une blennorrhagie, des chancres, des bubons suppurés dont on retrouve encore les cicatrices ; puis plus tard, des douleurs vagues, erratiques, se faisant principalement sentir la nuit, douleurs qui ont été prises pour du rhumatisme, mais qui, à cette dernière circonstance, ne peuvent être méconnues comme des douleurs syphilitiques. Ce malade a eu en outre, dit-il, des migraines très vives (céphalées), auxquelles il n'était pas sujet auparavant, et qui ont disparu depuis qu'il a ses douleurs au genou. Enfin on observe en ce moment à la jambe une tuméfaction considérable du tibia sans changement de couleur à la peau, laquelle s'accompagne de douleurs nocturnes. Ce malade n'a pas présenté d'éruption syphilitique ; mais l'absence de ce symptôme de transition de la deuxième à la troisième période ne saurait ici exclure le diagnostic d'une affection syphilitique tertiaire parfaitement caractérisée d'ailleurs, la loi formulée à cet égard par M. Ricord n'étant pas tellement rigoureuse qu'elle ne comporte de fréquentes exceptions, ainsi que M. Richet l'a pu constater maintes fois à l'hôpital de Lourcine. Or, pour lui, cette concomitance d'une synovite ayant les caractères qui viennent d'être sommairement rappelés avec les symptômes d'une syphilis tertiaire actuelle ne laisse aucun doute sur la nature syphilitique de cette lésion articulaire; circonstance des plus heureuses, puisqu'il y a tout lieu d'espérer qu'un traitement iodique et mercuriel convenablement dirigé viendra promptement à bout d'une affection qui, dans les circonstances ordinaires, présente si peu de chances de guérison.

Ce diagnostic et ce pronostic sont fondés sur de nombreuses observations d'ostéosynovites syphilitiques que M. Richet a eu l'occasion de recueillir et dont la nature lui a été démontrée chaque fois par le succès du traitement de la syphilis tertiaire, observations qui se trouvent consignées dans son beau mémoire sur les tumeurs blanches, qui a été couronné par l'Académie de médecine, et auquel nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui seront désireux de connaître une affection dont jusque-là on ne trouvait nulle part de description.

Ce cas est trop intéressant pour que nous ne nous promettions pas de le suivre et d'en faire connaître le résultat à nos lecteurs.

D[r] Brochin.

HOPITAL CENTRAL OPHTHALMIQUE DE LONDRES.

R. Taylor, chirurgien.

De la xérophthalmie.

La xérophthalmie est une affection excessivement rare; les oculistes ont rarement l'occasion de la traiter, et le plus grand nombre des praticiens n'en connaissent que le nom. Aussi ne faut-il trouver dans les trois observations recueillies dans un même service qu'un événement fortuit, et n'en rien conclure quant à sa fréquence.

Les anciens auteurs n'ont pas décrit la xérophthalmie ; il faut arriver à ce siècle pour trouver les premiers travaux. Schmidt, le premier, en parle dans un ouvrage sur les maladies des yeux (*Ueber die Krankheitein des Thranenorgans*), publié en 1803. Longtemps après, Benedict (*Handbuch der Pract. Augenheilkunde*) et Travers (*Synopsis*) décrivent l'oblitération des conduits de la glande lacrymale par l'inflammation chronique. Mais la meilleure description est probablement celle du professeur Ammon, dans son *Zeitschrift, f. d. Ophthalmologie*, t. I, p. 65, et dans le t. II, p. 381, qui contient l'analyse de la thèse de Klingsohr sur ce sujet. Le même auteur, dans *Klinische Darstellungen*, pl. I, fig. 16 et 18-21, donne une représentation très fidèle des diverses phases de la xérophthalmie. MM. Velpeau, Carron du Villards, Vidal (de Cassis), Dupré, Lawrence, Mackensie et Midlemor l'étudient plus sérieusement.

Nous renvoyons à ces auteurs pour l'étude de cette affection; car nous voulons nous borner ici à emprunter à *The Medical and surgical Edimburg journal* trois observations de cette maladie si rare et dont le pronostic est si sérieux.

Obs. I. — Georges Conway, âgé de vingt-cinq ans, se présente le 7 février 1852 à la consultation.

Il y a seize ans qu'il perdit l'œil gauche par une petite vérole. Depuis il souffrait beaucoup dans le droit, pouvait peu s'en servir, quoiqu'il vît assez pour marcher sans assistance. Quatorze ans se passent ainsi, quand il s'avise d'avoir recours à un charlatan. Celui-ci lui met un irritant sur l'œil. La douleur est vive. La vue disparaît si promptement qu'au bout d'une semaine il était aveugle.

Voici l'état du malade. Œil droit; les cils, touffus et roides, sont en contact avec le globe de l'œil dans toute la longueur des paupières. Trichiasis; faible entropion. L'œil semble celui d'un animal mort et exposé au soleil. Cornée sèche, sans éclat ni transparence, couverte de poussière, surtout à la commissure des paupières. On peut difficilement étudier la position de la pupille ; mais il est impossible de voir l'iris. Conjonctive sèche, aspect de parchemin, traversée par de nombreux vaisseaux tortueux. Autour du bord supérieur de la cornée, rides qui paraissent et disparaissent selon que l'œil se porte en haut ou en bas. Les points lacrymaux sont visibles, mais oblitérés. L'œil et les paupières sont libres dans leurs mouvements, mais éprouvent un peu de difficulté. L'œil est enflammé, et cause une si vive douleur au malade qu'il est sans repos et veut se soumettre à tout ce qu'on lui ordonnera. La sensibilité de la surface oculaire est éteinte ; on peut la toucher sans inconvénient. Il distingue à peu de distance une grande forme, celle du corps humain, par exemple; mais il ne peut dire s'il voit un homme ou une femme.

L'œil gauche est atrophié; la conjonctive est sèche et ridée comme dans l'œil droit.

Je pratiquai l'opération de M. Walton pour l'entropion sur les deux paupières, dans le but d'écarter les cils du globe de l'œil. Quelques-uns ayant persisté dans leur position, j'employai l'inoculation du tartre stibié, ainsi que le recommande le docteur Hunter. (*Med. chir. Review*, juillet, 1841.) En même temps, j'entretins l'œil dans un état d'humidité continuel par l'application d'une goutte de glycérine aussi souvent qu'il le fallait. Avec l'entropion, disparurent toutes les douleurs; peu de jours après l'emploi de la glycérine la vue s'améliorait, la cornée perdait la couche de poussière qui la couvrait, la transparence reparaissait. Au bout de trois mois la couleur et la texture de l'iris étaient visibles, et le malade, qui quelques mois auparavant ne pouvait distinguer que le jour des ténèbres, avait assez retrouvé la vue pour apercevoir une plume posée sur une table à la distance de quatre pieds.

Obs. II. — John Scott, âgé de soixante-cinq ans, entra à l'hôpital le 25 avril 1853.

Il y a cinq ans, il néglige un coup d'air sur les yeux, et le mal dure encore cinq mois après. Admis à la consultation, on lui baigne l'œil trois fois par semaine dans une solution de nitrate d'argent. Chaque application est suivie de violentes douleurs qui durent tout le jour, à moins que le sommeil ne vienne à son secours. Ce traitement est continué plusieurs mois ; la vue devient mauvaise, le malade sort de l'hôpital et devient complétement aveugle. Il consulte des médecins qui lui ordonnent des applications stimulantes. Pas de mieux.

Dans les deux yeux, les sinus palpébraux sont complétement oblitérés. Les paupières et le globe de l'œil ne forment qu'une masse. La cornée est sèche, d'un blanc sale ; elle n'est pas ridée, comme dans le cas précédent ; au contraire, elle semble plus étendue sur l'œil, diminuant la commissure des paupières et empêchant tout mouvement trop étendu. La cornée gauche est sèche, terne, couverte de poussière, et si opaque, qu'on ne peut voir la pupille même à l'aide d'une lentille.

La cornée droite est d'une couleur rouge foncé, due à une faible injection vasculaire, tachetée de petits ulcères. Les points lacrymaux sont visibles, mais oblitérés. Ni entropion, ni trichiasis. Les surfaces cutanées des paupières ne peuvent être au contact que par un violent effort musculaire. La sensibilité des yeux n'est pas plus grande que celle de la paume de la main. Le malade ne distingue que le jour de la nuit.

Traitement. — Entretenir l'œil dans un état d'humidité constante au moyen de la glycérine.

Les ulcérations de la cornée disparaissent. Cicatrice bleue; adhérence à la paupière. La cornée gauche est un peu plus transparente. On peut constater la position de la pupille et voir, dans un petit espace près du bord, la couleur de l'iris. En plein jour, il distingue le contour d'une figure humaine, mais indistinctement. Toutes douleurs ont cédé devant l'application de la glycérine.

Obs. III. — George Ling, âgé de soixante-treize ans, admis à la consultation le 20 avril 1853.

Il souffrit beaucoup, il y a vingt-ans, d'une inflammation des yeux; inflammation qu'il attribue à l'excès des larmes qu'il a versées dans des malheurs domestiques. Souffrance. Les yeux deviennent secs et la vue diminue. Un chirurgien que le malade va consulter lui introduit goutte à goutte dans les yeux une solution énergique de caustique et lui frictionne les paupières avec du sulfate de cuivre. Ces applications, continuées quelque temps, lui causent de vives souffrances. Il affirme que la première application du caustique lui a détruit la vue; cela est

---

huit personnes : M. et M[me] de W..., M. S..., M[lle] J..., M. et M[me] de J... et MM[lles] de J... La table commença à tourner beaucoup plus promptement. Au bout de 20 minutes, elle répondait. Un grand nombre de questions qui lui avaient été posées la veille lui furent faites de nouveau, et elle y répondit de même ; elle indiqua exactement l'âge de M. S..., de M[me] de W..., de M[lle] J..., le nombre des enfants de M[me] de W..., leur âge, le nombre de ses neveux. Elle lui dit que son père était en route pour revenir de la campagne, mais que son frère (contrairement à ce qu'elle pensait) ne l'accompagnait pas. Et en rentrant chez elle, cette dame reconnut l'exactitude de l'affirmation de la table.

» Dans combien de maisons, dit M. de W..., suis-je entré aujourd'hui ? — Dans six maisons. — Elle se trompe, dit ce monsieur, je n'ai été que dans trois. Mais en rappelant ses souvenirs, il s'aperçut qu'il avait oublié de compter trois maisons.

» — Ai-je quelque chose dans les poches où je tiens les mains ? dit M. de J...? — Non. — Et M. de J..., qui ne formait pas la chaîne, retourne ses poches vides pour montrer aux assistants l'exactitude de la réponse.

» A ce moment eut lieu une expérience des plus extraordinaires. Une jeune fille se plaça au piano et joua une mazurka ; la table, sensible à l'harmonie, suivit la musique, s'agita, frappa, avança et recula d'après les règles de cette dame. Ensuite, changeant de mesure, elle se mit à danser une polka que le piano exécutait ; puis, aussi brusquement qu'elle l'avait fait pour la mazurka, elle quitta la polka pour danser une sicilienne, ensuite une varsovienne, dont elle marquait le mouvement par des coups et des temps de repos, et enfin une valse tantôt sur trois pieds, tantôt sur deux, tantôt et longtemps sur un seul, et d'un mouvement tellement entraînant, tellement rapide qu'il devint impossible de la suivre et qu'il fallut se hâter de faire taire le piano. La table, après ces danses, parut être au paroxysme de son animation et donna des signes d'intelligence de plus en plus remarquables. On lui demanda si elle voulait écrire. Elle frappa un coup, puis leva le pied, qu'elle tint élevé pendant qu'on y attachait un crayon de bois et qu'on plaçait au-dessous une feuille de papier. Cela fait, elle s'abaissa lentement, traça une longue ligne et parut former des caractères chinois, qu'il nous fut cependant impossible de distinguer nettement, parce que le crayon s'était cassé dès le commencement de l'épreuve sous le pied de la table. On lui attacha un nouveau crayon, on changea le papier ; elle tira de nouveau une longue ligne horizontale, et se mit à refaire les caractères qu'elle avait déjà tracés; mais le crayon cassa encore, et tous ceux que nous essayâmes de fixer, n'étant que des crayons de bois, furent écrasés sous le poids de la table ainsi que les premiers. Cela se répéta quatre fois, et quatre fois aussi la table fit exactement les mêmes mouvements et parut tracer les mêmes signes de la langue chinoise. Je dis parut, parce que la fracture du crayon ne permit de distinguer qu'une partie des caractères. Contrariés de ne pouvoir obtenir par la faute des instruments les caractères que la bonne volonté de la table voulait bien tracer, on lui proposa une feuille de papier et un panier auquel un crayon était fixé, Malgré son refus exprimé par deux forts coups, on mit l'une et l'autre sur la table au milieu du cercle que formaient les mains. Cet acte sembla la rendre furieuse ; elle s'agita en tous sens avec des mouvements rapides, violents, convulsifs, se précipitant d'un bout à l'autre du salon, se calmant quand on ôtait le panier, puis recommençant à se tourmenter avec plus de furie quand on le replaçait sur ce meuble; elle sautait à droite, à gauche, en l'air, se baissait, et elle finit dans sa rage par se débarrasser du panier en se renversant entièrement à terre.

» Un certain nombre de questions religieuses furent faites à la table ; toutes les réponses furent nettes, précises et conformes à la vérité. Ainsi elle déclara qu'il y avait un Dieu et trois personnes en Dieu, qu'elle aimait Dieu, N. S. Jésus-Christ, la sainte Vierge, les personnes qui portent le scapulaire, que Dieu seul savait l'avenir, qu'elle croyait à la religion catholique, etc.

» Je passe sous silence beaucoup d'autres questions moins importantes qui n'apprendraient rien de plus sur l'être qui répondait par cette table. Celles qui précèdent suffisent pour montrer que cet être, quel qu'il soit, est un esprit intelligent dont le savoir, quoique borné, est beaucoup plus étendu que le nôtre, et qui paraît appartenir aux bons esprits, puisque ses réponses sont conformes à la doctrine catholique. Il serait impossible d'expliquer ce fait naturellement et de soutenir que les réponses de la table n'étaient que la répétition de la pensée d'un des assistants, car elle a dit plusieurs choses reconnues exactes et qu'ignoraient tous les témoins de l'expérience. » M. L. H.

peut-être exagéré; mais ce qui est certain, c'est qu'elle disparut promptement, et qu'aujourd'hui il ne peut distinguer que le jour des ténèbres.

Il avait essayé de tous les traitements, lorsqu'il y a six ans un chirurgien l'aborde dans la rue et lui affirme que sa cécité est due à l'inversion des paupières et lui propose une opération. Il y consent. Un pli est fait à la paupière. Excision. Mais l'excision est mal faite, et les cornées restent à l'air sans que les paupières puissent les recouvrir. Nouvelles souffrances.

Les deux paupières supérieures sont raccourcies et défigurées par l'opération; leurs bords sont garnis de petits cils dont quelques-uns sont en contact avec l'œil. Les sinus palpébraux, complétement oblitérés, ne laissent aucun pli qui indique l'endroit où ils se trouvaient autrefois. Les paupières semblent donc être continues avec la surface de l'œil; leurs bords sont arrondis et ne présentent aucune trace des glandes de Meïbomius et des points lacrymaux. La transition entre la peau et la muqueuse altérée est imperceptible. Globe oculaire sec, d'un blanc sale, mais sans adhérence de poussière. Conjonctive épaisse.

Au moyen d'une lentille, on peut apercevoir un ou deux gros vaisseaux dans la substance de la cornée. Toutes les autres parties de l'œil offrent l'aspect de cette peau que le vésicatoire pourrait détacher de la paume de la main. Les paupières n'adhèrent pas à la cornée. Surface oculaire insensible. Mouvements des yeux difficiles et peu étendus. Douleurs violentes. La vision est éteinte, et le malade ne peut distinguer que le jour de la nuit.

L'état des paupières défendait toute opération de trichiasis; mais comme les cils retournés étaient peu nombreux, je les arrachai de temps en temps avec une pince.

Traitement. — Humidité de l'œil entretenue par la glycérine. Les douleurs disparaissent. Le malade n'a jamais, depuis plusieurs années, éprouvé un état plus supportable. La conjonctive embarrasse beaucoup moins les mouvements du globe oculaire. La cornée est seulement un peu plus transparente, et le voile qui la couvre est si épais, qu'il est peu probable que la transparence se puisse jamais effectuer complétement.

Voici trois observations qui montrent bien la véracité du pronostic que nous disions si grave. Et, en effet, dans le premier cas qu'a-t-on obtenu? Une vision bien faible. Dans le second, la vision très peu distincte d'un contour. Le troisième ne donne pour tout résultat qu'une transparence douteuse, sans espoir de la voir augmenter. La xérophthalmie est donc une affection qui jusqu'ici a vu échouer tout traitement. Les huiles, les mucilages ont été employés; ils ont pallié le mal, ont fait disparaître de violentes douleurs, mais n'ont pu guérir. Tous les remèdes ont été inefficaces, et la science est encore à rechercher le traitement de cette rare, mais bien triste affection.

E. D.

DE L'EMPLOI DE LA SUTURE

dans les réunions immédiates des plaies,

Par M. le docteur A. Foucart.

En novembre 1850, j'ai eu l'honneur de lire à la Société de médecine pratique une courte note sur *l'emploi de la suture dans les réunions immédiates des plaies.*

Dans cette note, je me proposais de démontrer : que la réunion immédiate des plaies doit être tentée dans le plus grand nombre de cas possible, c'est-à-dire toutes les fois qu'elle est praticable; que la suture est le meilleur moyen d'obtenir cette réunion; enfin que, parmi les différentes espèces de suture, il faut, autant que possible, avoir recours à la plus simple, à celle dont les éléments se trouvent généralement répandus partout, c'est-à-dire à la suture par les épingles, toutes les fois que les circonstances le permettent.

A l'appui de ces propositions, je rapportais quatre observations relatives : deux à des sections nettes opérées par des fragments de verre; la troisième à une déchirure des téguments et du tissu cellulaire du pli du coude par l'extrémité pointue d'un clou; enfin, une quatrième à une plaie contuse déterminée par une chute sur l'angle saillant d'un trottoir. Dans ces quatre cas, la réunion avait été immédiate dans toute l'étendue des plaies, et il n'y avait pas eu la moindre trace de suppuration.

Les deux faits les plus intéressants de ce travail étaient, à mon avis, les deux derniers, en raison de la mâchure et du peu de netteté des bords de la plaie; de plus, chez l'un des deux sujets, il y avait un état contus violent des parties molles voisines de la blessure.

Aujourd'hui j'apporte à l'appui des idées que je développais à cette époque trois faits nouveaux, aussi complets et aussi concluants, relatifs tous les trois à des plaies contuses, suites de chutes et produites par des corps solides anguleux, mais non tranchants, par conséquent à des solutions de continuité à bords mâchés et irréguliers.

Obs. I. — Le 10 mars 1853, à six heures du soir, je fus appelé près d'un de mes clients, M. Cot..., boucher, rue de l'École-de-Médecine, 39, homme d'une quarantaine d'années, d'une forte et vigoureuse constitution, d'une excellente santé habituelle. Il me raconta que, vers quatre heures de l'après-midi, il traversait le bois de Boulogne dans une légère carriole qu'il conduisait lui-même et qui était attelée d'un cheval ombrageux dont il n'avait pas l'habitude. Le cheval, ayant été effrayé, s'emporta; son conducteur ne put le maintenir, malgré tous ses efforts, et l'animal, entraînant la carriole, franchit, en le coupant en travers, un des grands bords des contre-allées.

La secousse fut telle que M. C... fut précipité à terre, à quatre mètres de distance, la tête la première, et resta quelques minutes sans connaissance. Il revint cependant bientôt à lui, et on le ramena chez lui en voiture.

Lorsque je le vis, deux heures après l'accident, il était dans son lit, en parfaite connaissance, le visage couvert de sang. Après avoir coupé quelques mèches de cheveux agglutinés par des caillots et nettoyé superficiellement la partie de la tête qui me paraissait le siége de la blessure, je constatai l'existence d'une plaie qui, partant du tiers externe du sourcil droit, se prolongeait obliquement en arrière et un peu en haut, intéressant le cuir chevelu, et d'une étendue totale de 5 cent. Cette plaie, dont le fond était souillé de terre, de brins d'herbe, avait été produite par une souche d'arbre contre laquelle la tête avait frappé. Les téguments étaient divisés dans toute leur épaisseur, mais il n'y avait aucun décollement.

Bien que la blessure datât déjà de deux heures, je pensai qu'il serait possible de tenter une réunion immédiate. Je coupai les cheveux de chaque côté de la plaie dans une largeur d'un centimètre; je lavai la solution de continuité avec soin, en prenant les plus grandes précautions pour n'y laisser ni corps étrangers, ni caillots, et je rapprochai les bords à l'aide de cinq épingles ordinaires, réunies par des fils entre-croisés en 8 de chiffre. Le pansement consista en l'application d'une compresse imbibée d'eau froide que l'on dut renouveler tous les quarts d'heure d'abord.

Le malade n'accusant, du reste, aucune douleur, aucune pesanteur de tête, je ne jugeai point à propos de pratiquer d'émission sanguine. J'ordonnai un pédiluve sinapisé et la diète.

Le lendemain matin, lorsque je me présentai chez le malade, à neuf heures, je le trouvai à sa boutique, livré à ses occupations ordinaires, portant seulement une compresse humide maintenue par un bandeau sur la plaie. M. C..., homme excessivement actif, assez difficile à laisser oisif, ne se sentant aucun malaise qu'un peu de courbature résultant de sa chute, avait refusé de rester au lit, malgré les plus vives instances, et avait repris son travail. La seule chose qu'il consentit à faire fut de prendre un purgatif le lendemain 12. Ce même jour il supprima son bandeau, recouvrit la plaie en rabattant ses cheveux, et reprit ses courses dans Paris.

Le 13, quatrième jour, j'enlevai deux épingles.

Le 14, lorsque je me présentai chez lui, le malade était sorti.

Ce ne fut que le 15 que je pus parvenir à le rejoindre pour lui enlever les dernières épingles, qui ne le gênaient nullement, disait-il, et auxquelles il ne faisait plus attention.

La plaie était guérie par première intention, sans la moindre trace de suppuration. Le malade n'éprouva, pour le dire en passant, aucun accident du côté des centres nerveux, et depuis ne s'est pas ressenti de cette secousse.

A l'époque où je l'observai, ce fait me parut surtout intéressant en ce sens que près de deux heures s'étaient écoulées entre le moment de la blessure et celui du pansement; et la condition la plus favorable à la réunion immédiate, c'est un très court espace de temps entre la production de la plaie et l'application de la suture. De plus, la plaie avait été remplie de terre et d'herbe, et malgré toutes les précautions, il était à craindre que quelques parcelles de corps étrangers fussent restées entre les bords, au fond de la solution de continuité. Le résultat me prouva que mes craintes avaient été vaines. Enfin, je redoutais les inconvénients d'un aussi long séjour des épingles, puisque je n'avais pu retirer les dernières que le sixième jour. Il ne survint cependant pas le moindre accident; il ne se forma pas la plus petite eschare. Cette dernière circonstance me rassura, je dois le dire, sur les prétendus dangers que beaucoup de chirurgiens croient voir dans le maintien prolongé de la suture, et m'enhardit, comme on le verra dans les deux faits suivants.

Obs. II. — Le 4 septembre 1853, un enfant de neuf ans nommé Stadler Muller, demeurant rue de l'Odéon, 3, voulant traverser la rue, à sept heures du soir, fut renversé par un cheval sur le pavé. Relevé immédiatement, il fut apporté chez le pharmacien le plus voisin, couvert de sang, n'ayant pas perdu connaissance, et l'on vint me prier de le voir. J'arrivai quelques minutes après l'accident, et voici ce que je pus constater :

Il existait, à partir du niveau de la partie supérieure du pavillon de l'oreille gauche, une plaie du cuir chevelu de 6 centimètres de long, rejoignant à angle droit, vers le milieu de la tempe gauche, une autre plaie perpendiculaire de 3 centimètres de long. Le lambeau angulaire du cuir chevelu compris entre les deux solutions de continuité, entièrement isolé du tissu aponévrotique sous-jacent, était roulé sur lui-même en dessous, et le premier aspect de la blessure était celui d'une surface saignante à vif, affectant la forme d'un triangle rectangle. Les bords en étaient assez nets. Il était évident que cette blessure avait été produite par un des fers du cheval, dont le bord avait frappé la tête en l'effleurant, et en suivant un plan presque parallèle à celui de la tempe. Le sang coulait abondamment en nappe. Une toute petite artériole donnait un jet fin saccadé.

Je cherchai d'abord à reconnaître s'il n'y avait pas de fracture du crâne. Il n'existait aucune dépression des os, et, comme je l'ai dit, l'enfant n'avait pas perdu connaissance; il était seulement un peu étourdi par ce qui venait de se passer, mais se tenait assis droit sur une chaise.

Rassuré sur ce point, je lavai la plaie avec une éponge imbibée d'eau froide, et avec une pince à dissection je déroulai le lambeau, qui vint s'appliquer exactement, recouvert de ses cheveux, sur la surface saignante. Il n'y avait pas de perte de substance. Je coupai avec des ciseaux les cheveux sur chacun des bords de la plaie, dans une largeur de 8 à 10 millimètres, et procédai au pansement.

Quatre épingles ordinaires furent placées d'abord sur la plaie inférieure horizontale, à un centimètre de distance les unes des autres, réunies par des fils en 8 de chiffre. J'en plaçai deux autres sur la plaie supérieure verticale; et enfin une septième, traversant l'angle saillant du lambeau et l'angle rentrant de la peau de la tempe, auquel il correspondait, acheva de réunir la plaie.

Des fils disposés comme je l'ai dit unirent toutes les épingles. Pour tout pansement, je mis sur la blessure une compresse imbibée d'eau froide, et l'enfant fut emmené chez ses parents.

J'oubliais de dire que j'avais, à l'aide de la pince à verrou, exécuté quelques tours de torsion sur le point correspondant au petit jet de sang fourni par l'artériole. Pendant tout ce temps, et même pendant l'implantation des épingles, l'enfant n'avait poussé aucun cri, et n'avait pas accusé de douleurs plus vives que pendant le lavage de la plaie.

Du 4 au 7, il ne se passa rien d'extraordinaire chez le petit malade, qui le 6 avait commencé à se lever et à jouer dans la chambre.

Le 7, je retirai deux des épingles intermédiaires, sans toucher aux fils, agglutinés par le sang et l'écoulement de la lymphe plastique.

Le 8, j'en retirai deux autres.

Enfin le 10, j'enlevai les trois dernières, et le 11 je retirai les fils, sous lesquels je trouvai la plaie parfaitement cicatrisée dans toute son étendue.

Depuis le 8, c'est-à-dire le quatrième jour, l'enfant avait repris ses jeux, et sortait comme avant l'accident.

Ce fait est, on le voit, l'un des plus simples que l'on puisse rencontrer. La plaie, toute récente, était dans les meilleures conditions que l'on pût désirer pour obtenir une réunion immédiate, et elle a eu lieu en effet sans le moindre accident. Il n'en a pas été de même, quant aux conditions favorables, du fait qui constitue la troisième observation.

Obs. III. Le 23 janvier dernier, un de mes très proches parents, M. D..., rue de Chaillot, 65, vieillard âgé de quatre-vingt-quatre ans, mais encore alerte et vigoureux, descendant un escalier rapide et ciré tous les jours, manque des deux pieds à la fois et tombe à la renverse sur l'angle d'une marche, où il se fait à la tête une plaie grave. Un peu étourdi, mais n'ayant pas un seul moment perdu connaissance, il a la force de se relever et de remonter seul deux étages; à la vue du sang dont il est inondé et qui coule abondamment, on envoie de tous côtés chercher un médecin. Ce n'est qu'au bout de plus d'une demi-heure que l'on parvient à en rencontrer un, lequel, en face de l'hémorrhagie qui continue, se borne à appliquer sur la plaie un fort gâteau de charpie, exerce la compression et maintient l'appareil à l'aide de la capeline de la tête. Deux heures après, on transporte le malade chez lui.

C'est là que je le vois pour la première fois à neuf heures; l'accident était arrivé à cinq.

Mon premier soin est d'examiner la plaie. J'enlève successivement les compresses et la charpie; je coupe quelques mèches de cheveux agglutinées par du sang, et je mets à découvert une plaie transversale, située à peu près au niveau de la suture lambdoïde, offrant une longueur de 8 centimètres. Toute la partie environnante du cuir chevelu était tuméfiée, fortement contuse, et principalement dans un espace large de 2 à 3 centimètres au-dessous de la plaie on sentait une élasticité comme si l'y avait un liquide épanché sous la peau.

J'enlève d'abord quelques caillots qui recouvrent la plaie, puis je lave à grande eau, et je m'aperçois que la tuméfaction indiquée plus haut tient à une accumulation de caillots sanguins sous le bord inférieur, qui se trouve décollé dans un espace de 3 centimètres, à tel point que j'y puis introduire l'index jusqu'à la première phalange. Je débarrasse la plaie de ces caillots autant que je puis, et introduisant même une petite éponge, puis je place à la partie supérieure de la plaie quatre épingles ordinaires, distantes de 1 centimètre et réunies par des fils cirés disposés en 8 de chiffre.

Dans la crainte où j'étais de n'avoir pu complétement enlever les caillots, qui plus tard se seraient trouvés devenir des corps étrangers et auraient pu provoquer de la suppuration, je laissai sans le réunir le tiers inférieur ou le plus déclive de la plaie, ménageant une issue au pus s'il s'en formait. Pour tout pansement, une compresse d'eau froide renouvelée toutes les demi-heure.

Le lendemain, je trouve le malade très bien; pas d'étourdissements, pas de céphalalgie; les bords de la plaie paraissent un peu moins tuméfiés. Je permets un peu de bouillon.

Le 25 et le 26, rien de notable, si ce n'est que la plaie semble se réunir même dans la partie où n'a pas été pratiquée la suture. Il a suffi que les bords fussent maintenus par les épingles supérieures pour amener ce résultat.

Le 27, quatrième jour de l'accident, j'enlève une des épingles du milieu.

Le 28 et le 29, j'en retire une chaque jour, et enfin le 30, septième jour, j'enlève la quatrième et dernière, ainsi que les fils, qui, ayant été cirés, n'étaient pas assez intimement unis entre eux pour être d'une grande utilité. Toute la plaie s'est réunie par première intention et sans une trace de suppuration.

J'ai présenté le malade parfaitement guéri le dixième jour, 2 février, à la Société de médecine pratique.

Ce dernier fait me semble plus remarquable que les deux premiers pour plusieurs raisons :

1° D'abord à cause de l'âge du malade plus qu'octogénaire, et chez lequel on aurait pu croire la vitalité des tissus un peu diminuée.

2° En raison du long espace de temps (quatre heures) écoulé depuis le moment de l'accident jusqu'au pansement. C'est jusqu'ici le plus long intervalle après lequel j'aie tenté la suture, et l'on voit que cette circonstance n'a pas nui à la réunion.

3° En raison des caillots qui ont séjourné dans la plaie, et dont je n'étais pas absolument certain d'avoir enlevé la totalité, malgré les plus grands soins. On a vu que ceci n'a nullement influé sur la réussite, qui a été parfaite même dans les points non réunis par la suture.

4° Enfin, j'ai pu sans aucun danger laisser les épingles en place quatre, cinq et six jours.

Cette dernière circonstance vient à l'appui de cette opinion à laquelle m'ont conduit les faits, à savoir : que les chirurgiens qui n'obtiennent pas de la suture tout ce que l'on est en droit d'en attendre me paraissent devoir souvent leur insuccès à la précipitation avec laquelle ils retirent les épingles au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures.

Je ne saurais trop insister sur cette nécessité de laisser les épingles le plus longtemps possible. Dans aucun cas jusqu'à présent,

sur les sept observations que j'ai publiées, je n'ai eu d'érysipèle, ce que j'attribue en partie au pansement simple par l'eau froide que j'ai mis en usage. Le contact des corps gras, huile, cérat, etc., que l'on emploie souvent pour recouvrir les plaies de cette espèce serait-il quelquefois la cause de cette complication ? Cela me paraîtrait d'autant plus probable que l'axonge entre dans la composition de l'emplâtre diachylon, qui, comme on le sait, détermine souvent des érythèmes et des érysipèles dans les salles de chirurgie.

Je n'ai pas besoin d'insister non plus sur le peu de douleur que cause la suture avec les épingles. Les bords d'une plaie, et surtout d'une plaie contuse, sont ordinairement privés d'une partie de leur sensibilité, et je n'ai jamais vu de malades se plaindre bien vivement d'une douleur passagère, qui, en dernière analyse, se trouve plus que compensée par les avantages incontestables et incontestés d'une réunion prompte sans suppuration.

Un dernier mot sur une circonstance qui peut paraître puérile, mais qui, selon moi, a aussi quelque valeur.

Lorsque l'on a pour faire la suture un fil de chanvre ou de lin assez fort pour que l'on soit sûr qu'il ne se rompra pas, il vaut mieux ne pas le cirer. La cire empêche le fil d'être pénétré et agglutiné par le sang et par la sérosité qui pendant les premières heures s'écoulent des surfaces saignantes. Or, lorsque l'on retire les épingles, on se trouve bien en général de laisser pendant deux ou trois jours encore les fils en place. Réunis et fortement collés ensemble, ils soutiennent et protégent la réunion toute récente encore. Si on cire le fil, il ne forme plus un tissu entrelacé, résistant; les brins ne sont pas unis ensemble, et, dès que les épingles sont enlevées, la plaie se trouve à découvert, ce qui importe assez peu lorsque l'on a laissé les épingles longtemps, mais est très utile si par un accident quelconque on a été forcé de les retirer de bonne heure.

DU CHLOROFORME DANS LES CONVULSIONS ÉPILEPTIQUES.

Par M. H. Bowe.

Je fus appelé le 7 avril 1853 auprès de Thomas Eason, âgé de un an et sept mois, épileptique.

Voici les détails que j'ai pu obtenir de sa mère :

Cet enfant avait cinq mois, lorsqu'elle fut réveillée de bonne heure un matin par un cri perçant. Elle trouve son fils en proie à de violentes convulsions, turgescence de la face, écume à la bouche, mains fortement crispées. Un médecin, à qui elle le porte, lui donne quelque temps ses soins, mais sans laisser d'espoir de guérison, car il y voit une maladie organique du cerveau. Deux autres médecins sont consultés; les attaques avaient alors lieu de trois à six fois par jour. Les remèdes prescrits n'en diminuent ni la force ni la fréquence. La pauvre mère n'a plus d'argent pour payer les consultations; elle garde son enfant dans le même état sans traitement.

Le 7 avril, elle me l'apporte : il avait sept ou huit convulsions bien franches par jour. Son aspect est particulier : la tête se balance de côté ou se penche en arrière, facies vague et presque d'idiot. Les gencives qui recouvrent les incisives supérieures sont tendues et gonflées; je les perce et j'ordonne une poudre apéritive. Bain chaud.

Le 10, les convulsions augmentent; pas de mieux; gencives tendues; incision. — Bain chaud, huile de castor.

L'enfant gratte toujours son nez. — Poudre de calomel et de jalap. Déjections alvines sans vers intestinaux.

Depuis cette époque jusqu'au 20 vril, les convulsions augmentent si rapidement qu'elles ne tardent pas à s'élever à dix-huit par jour. Pendant les courts intervalles qui séparent ces accès, l'enfant reste dans un état semi-comateux; il est si épuisé qu'il ne peut plus être nourri. Cet état de choses me décide à essayer le chloroforme.

J'ordonne 5 gouttes de chloroforme suspendues dans un mucilage à prendre à l'intérieur après chaque convulsion.

Le 21 avril, le petit malade a dormi presque continuellement depuis la première dose; pas de convulsions. Trois doses lui avaient été administrées, et quand nous le réveillâmes, il jouissait de toute sa sensibilité.

Je conseillai à la mère de continuer ce remède trois fois par jour, et de lui donner souvent un peu de bouillon et d'arrow-root. Mieux sensible jusqu'au 6 mai; l'enfant est plaintif, ses dents percent et le font souffrir. Je porte à 7 gouttes la dose de chloroforme; poudre purgative, deux fois par semaine. L'enfant va bien. Je cesse de le voir le 20 mai. Il n'a pas eu d'attaques depuis la première administration du chloroforme.

18 juillet. Je viens de voir l'enfant, il continue à se bien porter; il a trois dents et n'a jamais eu de nouvelles convulsions.

(*Medical Times and Gazette.*)

Nous ne croyons pas devoir faire suivre cette observation de commentaires; mais, rappelant à nos lecteurs le fait de l'administration interne du chloroforme dans le delirium tremens inséré dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 31, nous attendons que les hommes compétents aient prononcé sur la valeur de ces nouvelles propriétés du chloroforme.

Excision du clitoris et des nymphes pratiquée sans succès dans un cas de nymphomanie.

On sait que l'excision du clitoris et des nymphes a été pratiquée avec succès dans certains cas de nymphomanie; mais il ne faudrait pas croire que cette opération doive toujours avoir pour résultat de guérir les malades. La nymphomanie se présente, en effet, sous une double face, comme un désordre de l'intelligence, et alors l'amputation du clitoris est un moyen peu rationnel, car le clitoris n'est pas le siége de la nymphomanie, pas plus que le gland n'est celui du satyriasis; et comme le résultat d'une irritation locale provoquée par des habitudes vicieuses et par d'autres moyens susceptibles d'accélérer le développement des besoins génitaux. Dans ce dernier cas, on comprend, au contraire, que la maladie doit trouver son remède efficace dans l'excision de l'organe même, dont l'excitation a graduellement entraîné la manie et toutes les fâcheuses conséquences. Le fait suivant est donc intéressant, parce qu'il pose nettement la contre-indication de l'excitation du clitoris et des nymphes.

La malade qui en fait le sujet était âgée de vingt ans, née sous le climat brûlant des tropiques, brune, d'un tempérament sanguin, assez maigre. Mère à quatorze ans, affectée de syphilis à seize, elle avait suivi une foule de traitements pour se débarrasser des accidents syphilitiques; mais ces traitements avaient toujours échoué, parce qu'elle n'avait jamais voulu s'abstenir des rapports sexuels. Bientôt une tuméfaction graduelle s'empara du clitoris et des nymphes et ne tarda pas à constituer une difformité insupportable. Des démangeaisons très vives vers les parties génitales ajoutaient un nouvel aiguillon à l'activité de ses penchants lubriques. La malade ne s'en décida pas moins à se faire amputer successivement et à quelques semaines de distance les petites lèvres et le clitoris. Ces deux opérations ne présentèrent aucun incident particulier; il n'y eut pas d'hémorrhagie, et seule l'excision des grandes lèvres fut suivie de phénomènes inflammatoires.

Mais la malade n'a ressenti aucune diminution dans ses penchants effrénés pour l'acte vénérien, et la nature *in actu coitus* supplée à l'absence de l'organe enlevé par une turgescence temporaire, accompagnée d'une sensation voluptueuse siégeant au centre de la cicatrice. La malade a conservé un suintement continu de lymphe blanchâtre qui paraît être la véritable cause du prurit incommode des parties génitales.

(*American med. Repository* et *Revue thérap. du Midi.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MEDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 28 MARS 1854.

Anévrisme de l'aorte thoracique, avec prolongement dans le canal vertébral ouvert. — Voici l'observation concernant la pièce d'anatomie pathologique présentée par M. le professeur Andral :

Cantrel (Louis), âgé de quarante-six ans, entre à la Charité le 10 mars 1854. D'une constitution moyenne, d'une très bonne santé habituelle, il ne se rappelle pas avoir été sérieusement malade de sa vie. Depuis trois mois environ, affaiblissement des membres inférieurs, qui, de temps à autre, fléchissent. Le malade y perçoit aussi des douleurs subites sous forme d'élancements; il n'y a jamais senti de fourmillements. Douleurs dans la région du dos, entre les deux épaules, continues, d'une médiocre intensité, n'augmentant pas par la pression. Ces douleurs seraient venues en même temps que l'affaiblissement de la myotilité des membres inférieurs. Les évacuations alvines et urinaires se font volontairement et régulièrement.

En examinant la colonne vertébrale, on est frappé de voir qu'au niveau de la septième vertèbre du dos, cette région offre un changement de direction : le cou et le haut de la région thoracique sont presque horizontalement placés quand le malade est assis; le reste, à partir de la sixième vertèbre dorsale, est vertical; mais il n'existe aucune saillie acuminée, aucun angle, à proprement parler; la transition a lieu à l'aide d'une courbe régulière.

L'auscultation, pratiquée plusieurs fois, n'a rien révélé de ce qui a été constaté plus tard.

Le 25 mars, ce malade se trouve, au moment de la visite, dans un état singulier difficile à définir. Intelligence absente; pouls très petit, très fréquent; peau chaude, couverte de sueur; pas de cyanose; évacuations involontaires de matières demi-molles, grumeleuses, d'un blanc verdâtre, semblable à de la chicorée cuite; le malade urine abondamment dans son lit, qui exhale une odeur urineuse manifeste. Il meurt le soir.

L'autopsie, faite le 27, permet de constater :

1° La présence d'une psorentérie cholérique bien prononcée; le contenu de l'intestin jaune, non caractéristique;

2° L'intégrité de l'encéphale (minutieusement coupé par tranches) et des méninges;

3° L'état sain aussi de la moelle, qui est d'une très bonne consistance; adhérence des méninges dans l'étendue de deux pouces environ vers le tiers supérieur de la région dorsale du canal vertébral. Après avoir détaché la moelle, on trouve, saillante dans la lumière du canal, une petite tumeur arrondie d'une couleur brunâtre. En l'incisant, on voit, immédiatement au-dessous du tissu fibreux qui revêt la face postérieure du corps des vertèbres, une matière brune, sèche, friable, qui n'est autre chose que du sang; c'est le diverticule d'une poche anévrismale, greffé sur la partie postérieure et gauche de l'aorte. Cette poche, pleine de caillots à différents degrés de décoloration, anfractueuse, irrégulière, est située à la face antérieure et surtout latérale droite de la colonne dorsale, étendue en hauteur depuis la cinquième vertèbre jusqu'à la huitième, pourvue de nombreux diverticules, dont le plus volumineux fait une saillie considérable en haut et à droite. Un autre, qui semble de date plus récente, s'insinue entre la partie latérale gauche des vertèbres déjà nommées et les ligaments fibreux qui les revêtent.

Une troisième dépendance de la tumeur consiste dans un trajet large et irrégulier que le sang s'est creusé entre la sixième et la septième vertèbre dorsales, en faisant disparaître le fibro-cartilage intermédiaire, dont il ne reste pas la moindre trace, et en détruisant aussi les faces contiguës des deux vertèbres; l'inférieure est non-seulement évidée ainsi, mais elle présente en outre plusieurs séquestres mobiles. C'est par cette voie que l'intérieur de la poche anévrismale communique avec la tumeur pleine de caillots qui a été trouvée dans le canal rachidien. Les parois de cette poche, complétées par les os dénudés, sont constituées en majeure partie par une lame celluleuse doublée de caillots; cette enveloppe présente un grand nombre de points envahis irrégulièrement par l'ossification. On y voit s'aboucher l'aorte à une certaine distance de sa crosse, sous forme d'un tuyau béant à bords irréguliers.

Inférieurement, la tumeur communique avec la portion lombaire de l'aorte par un orifice oblique muni d'une sorte d'éperon très long, ossifié.

La crosse de l'aorte est élargie, ossifiée par places. Les artères carotides, axillaires, humérales, iliaques, fémorales ne sont ni ossifiées ni anévrismatiques. Le cœur est parfaitement sain.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Cirey, 29 mars 1854.

Monsieur le Rédacteur,

L'article inséré dans votre numéro du 25 mars (*Revue clinique hebdomadaire*) rend nécessaire un mot de ma part.

Je n'ai jamais dit qu'il y eut *antagonisme* entre la variole et la dothinentérie. J'ai dit, au contraire, en citant les expressions mêmes de M. Serres, qu'il y avait *similitude parfaite* entre ces deux affections, abstraction faite de l'éruption propre à chacune d'elles; en un mot, j'ai dit que la dothinentérie n'est autre chose que la variole *interne*.

C'est en raison de cette *similitude* que la variole préserve de la dothinentérie et réciproquement; car il est admis qu'elles n'attaquent, *l'une et l'autre*, qu'une seule fois le même sujet. Ici, j'ai besoin d'ajouter encore qu'il ne faut pas se tromper dans le diagnostic, ni prendre le typhus pour la dothinentérie, ainsi que l'a fait M. Barth assez récemment (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*).

Le typhus ne préserve point de la variole, la dothinentérie seule en préserve, parce qu'entre ces deux affections il y a une différence essentielle dont il faut savoir tenir compte.

Le typhus est un *élément* morbide qui, compliqué par l'*élément* variole, devient la dothinentérie. Celle-ci est donc une *combinaison*. C'est en raison du principe varioleux qu'elle contient qu'elle préserve de la variole, pas autrement. Enfin, la dothinentérie est contagieuse, et le typhus ne l'est pas.

L'antagonisme de deux maladies n'a pas de semblables effets. Ainsi, la petite vérole est antagoniste à la peste, en ce sens que cette dernière n'attaque point un malade atteint de l'autre. Mais après guérison il n'en est plus de même, et l'ancien variolé n'est nullement à l'abri de la peste.

Un mot encore. En recherchant la vérité, il m'est arrivé quelquefois de rencontrer l'erreur, et de lui donner un asile momentané. Je ne m'en défends pas. Ainsi, ce qui se passe dans nos campagnes m'avait porté à croire que la dothinentérie et la variole ne sévissaient pas *simultanément* dans une même localité.

En raison de leur similitude, ce fait m'étonnait beaucoup, et en l'avançant trop vite, je n'en ai cependant tiré aucune espèce de conséquence à l'appui de mes douze propositions fondamentales (voir la *Gazette des Hôpitaux*, 25 février 1850). Il n'est donc pas équitable de s'appesantir sur cette erreur tout à fait sans importance, pour conduire sans plus d'efforts de logique contre douze propositions qui n'ont aucune connexité avec le fait qu'on leur oppose. Ces douze propositions, soumises au jugement de l'Institut, qui a nommé pour les examiner une commission composée de MM. Serres, Rayer et Andral, sont le seul terrain sur lequel je puisse accepter la discussion.

Agréez, etc. A. Bayard, D.-M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours pour l'internat en pharmacie vient de se terminer. Ont été nommés internes MM. :

1° Malas; 2° Malherbe; 3° Picquot; 4° Balla; 5° Aveline; 6° Vinatier; 7° Pehea; 8° Soula; 9° Gury; 10° Arnould; 11° Besse; 12° Kampmann; 13° Debeaux; 14° Mussat; 15° Lecointre; 16° Cavaillés; 17° Morel; 18° Lebret; 19° Pitat; 20° Hermier; 21° Liénard; 22° Verrier; 23° Loriferme; 24° Boymier; 25° Personne; 26° Dufour; 27° Plauchud; 28° Coudereau; 29° Vautherin.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants à dater du premier jeudi d'avril. 1° Tous les jeudis, visite, leçon et opérations de sept heures et demie à dix heures; 2° tous les jours, visite à sept heures et demie; 3° tous les jours, excepté le jeudi et le dimanche, consultations à huit heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Considérations générales sur l'hydrothérapie. Brochure in-8°, par le docteur Paul Vidart, directeur de l'institut hydrothérapique de Divonne (Ain).

Etudes pratiques sur l'hydrothérapie, par le même.

De la cure d'eau froide. 1 vol. in-8°, par le même.

Manuel du baigneur, ou Guide indispensable à toute personne faisant la cure hydrothérapique. 1 vol. in-12, par le même.

En vente chez Joël Cherbuliez, libraire éditeur, rue de la Monnaie, 10, à Paris; même maison, à Genève; et chez les principaux libraires.

Le Sourd.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 40. — MARDI 4 AVRIL 1854. (27e ANNÉE.) N° 40. — MARDI 4 AVRIL 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Expériences sur l'azotate d'uranium. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Leçons cliniques sur les hernies. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Varicocèle. Moyen curatif par la cautérisation des veines d'après un nouveau procédé. — HÔPITAL DE LA FÈRE (M. Labouret). Ophthalmie rhumatismale aiguë rebelle guérie par le seul usage du sulfate de quinine à l'intérieur. — Observation d'hydrocèle et de hernie congéniales du côté gauche. Injection de teinture iodée pure. — Sur l'opération de l'hydrocèle. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Formule de l'élixir tonique antiglaireux du docteur Guillé. — Poudre de seigle ergoté composée. — Pommade opiacée et résolutive au chloroforme. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 22 mars. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Esquisse sur les anesthésiques.

PARIS, LE 3 AVRIL 1854.

EXPÉRIENCES SUR L'AZOTATE D'URANIUM.

Notre honorable collaborateur M. Leconte, professeur agrégé à la Faculté, a communiqué à la Société de biologie des expériences fort curieuses sur cette substance ; nous en empruntons le compte rendu à la *Gazette médicale*.

L'azotate d'uranium en dissolution est un poison assez énergique; à la dose de 1 gramme et même de 0,50, il suffit pour tuer des animaux de petite taille.

Introduit dans l'estomac d'un chien de forte taille, il a encore déterminé la mort, malgré les vomissements survenus deux heures après l'ingestion.

Dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'ingestion de la substance toxique, on trouve *du sucre en abondance* dans l'urine, quand il est possible de s'en procurer ; la défécation et la sécrétion urinaire sont suspendues dès le second ou le troisième jour, sous l'influence de l'azotate d'uranium.

Toujours, ainsi qu'il résulte des expériences entreprises par M. Leconte, l'azotate d'uranium produit la mort, vers le sixième jour au plus tard, par les doses employées.

La première action que semble produire l'azotate d'uranium après son introduction dans l'estomac, c'est la suspension de la chymification, puis une irritation sur l'estomac lui-même. De là des vomissements chez les animaux où la régurgitation est possible; dans le cas contraire, ce phénomène ne se manifeste pas.

Le mucus qui recouvre la face interne de l'estomac semble retenir une partie du poison, puisque, malgré l'introduction de grandes quantités d'eau, et des vomissements réitérés, l'action toxique n'en persiste pas moins.

Ce mucus gastrique présente des propriétés bien dignes d'être étudiées. En effet, ainsi que l'a fait voir M. Cl. Bernard, ce mucus est imperméable à certains poisons organiques, notamment au curare, qui peut séjourner dans l'estomac sans produire de phénomènes toxiques, tandis qu'introduit dans la circulation il produit la mort à de très faibles doses.

L'azotate d'uranium, le bichlorure de mercure, l'arsenic, etc., pénètrent facilement le mucus gastrique, bien qu'ils coagulent toutes les substances albuminoïdes.

Peu à peu l'azotate d'uranium absorbé par les veines gastriques est transporté dans la veine porte, et de là dans le foie, où son rôle est difficile à apprécier ; car, d'après les travaux de M. Cl. Bernard, une portion de la veine porte se ramifie dans le foie, tandis qu'une autre va se jeter directement dans la veine cave inférieure. Il en résulte qu'une partie du poison va circuler dans le foie, et que l'autre passe directement dans la circulation générale.

La première, en réagissant sur les capillaires de la veine porte, les contracte sans doute, et peu à peu suspend la communication entre ce vaisseau et les veines sus-hépatiques.

Cette partie de l'hypothèse de M. Leconte ne peut guère être démontrée directement ; ce n'est que par analogie qu'il l'admet.

La partie de poison qui passe dans la veine cave inférieure traverse le côté droit du cœur, arrive dans les capillaires des artères pulmonaires, paraît les rétracter peu à peu, en diminuer le diamètre intérieur, et enfin suspendre presque complétement la communication entre les artères et les veines pulmonaires.

De là l'accumulation du sang dans les artères pulmonaires, dans le ventricule droit, dans l'oreillette droite, dans les veines caves supérieure et inférieure, dans toutes les veines ; le cœur, les artères redoublent en quelque sorte d'efforts pour vaincre l'obstacle; la pression va sans cesse en augmentant dans l'intérieur des veines. Si ces vaisseaux peuvent résister, mais que leurs parois soient très minces, ils laisseront filtrer une partie du sérum et de la fibrine du sang, tout en retenant les globules ; de là les épanchements trouvés chez un animal en expérience.

Si un des points du système circulatoire vient, par une cause quelconque, à ne pouvoir supporter la pression développée par les contractions sans cesse renaissantes du ventricule gauche, secondé par les valvules sigmoïdes de l'aorte, *ce point cédera ;* de là hémorrhagie interne qui pourra tuer l'animal, ainsi que cela est arrivé.

Quand l'animal est robuste, que les tuniques des vaisseaux de la circulation peuvent résister à la pression considérable qu'elles ont à supporter de dedans en dehors, l'animal meurt par *asphyxie*. La stase du sang dans les capillaires des artères pulmonaires s'oppose à l'accomplissement des phénomènes les plus importants de la respiration ; le sang veineux, ne pouvant arriver au contact de l'air dans les poumons, n'exhale plus son acide carbonique ; les veines pulmonaires et l'aorte, ne recevant plus que des quantités de sang insignifiantes, ne transportent aux extrémités que des quantités d'oxygène insuffisantes à l'accomplissement de la respiration.

On ne pourrait objecter que dans ces expériences la mort a été le fait de l'inanition.

Car, d'après les expériences de Chossat et de M. Magendie, et les faits nombreux consignés par M. Bouchardat (1) dans sa thèse, les chiens ne périssent qu'après vingt-deux ou vingt-quatre jours d'inanition ; les lapins meurent après dix à douze jours, suivant leur âge et leur embonpoint.

Il reste à expliquer l'apparition du sucre dans l'urine et sa disparition dans le foie.

D'après les travaux nombreux de M. Cl. Bernard sur le sucre du foie, on sait qu'il existe dans l'état normal un rapport constant entre la production du sucre dans l'organe générateur et sa destruction dans les poumons ; dès que l'équilibre est rompu, il y a état pathologique, et le sucre peut apparaître dans des liquides où on ne le rencontre pas normalement.

D'après les expériences en question, la respiration est profondément altérée pendant l'action de l'azotate d'uranium ; si la production du sucre reste la même pendant quelque temps, il doit évidemment passer du sucre dans le sang et, par suite, dans l'urine ; c'est ce qui est arrivé dans les expériences 2 et 4 ; et comme la respiration est chimiquement peu active, il peut encore exister du sucre dans le sang, bien que depuis quelque temps le foie n'en forme plus. C'est ce qui a eu lieu dans toutes ces expériences.

Quant à la disparition de la défécation, elle est due probablement à la paralysie des fibres musculaires de l'estomac et de l'intestin ; car, chez les lapins, le gros intestin renfermait une assez grande quantité de matières fécales qui n'ont pas été expulsées.

La disparition de la sécrétion urinaire est due sans doute au peu de sang qui traverse les reins, puisque le sang veineux s'y accumule; peut-être aussi est-ce le résultat de l'action directe de l'azotate d'uranium sur ces organes.

(1) Bouchardat, DE L'ALIMENTATION INSUFFISANTE. Paris, Germer Baillière, 1852.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Pour juger la valeur de la méthode de M. Gerdy, il faut examiner avant tout s'il est vrai que dans les petites hernies (celles pour lesquelles M. Gerdy réservait sa méthode, car de son aveu elle ne convenait pas pour les grosses hernies) il soit possible de repousser la peau du scrotum jusque dans l'anneau inguinal. L'examen des parties sur le cadavre fait reconnaître que même avec un anneau large il est difficile d'introduire le doigt à plus d'un centimètre de profondeur; si l'on veut forcer pour aller au delà, on éraille l'anneau. On peut donc déjà conclure de là qu'il est impossible de faire pénétrer un bouchon de peau dans le canal. Si l'on considère, d'un autre côté, que chez un certain nombre d'opérés on a vu la hernie se reproduire dès qu'ils avaient cessé l'emploi du bandage ; que chez ceux qui ont paru définitivement guéris, on ne sentait pas le bouchon dans le canal, on est conduit à conclure que le bouchon n'était pour rien dans la guérison. Mais cependant il y a eu quelques guérisons. A quoi étaient-elles dues, si elles ne peuvent être attribuées au bouchon? Elles sont dues à la suture. Cette suture, telle que l'a faite M. Gerdy, de l'extérieur de l'anneau dans l'intérieur du canal inguinal, est en effet une idée extrêmement ingénieuse et qui survivra seule à la méthode.

Il reste démontré aujourd'hui qu'à l'aide de la suture seule on peut obtenir une adhésion des parois du canal inguinal. C'est un fait qui mérite d'être sérieusement médité avant de recevoir de nouvelles applications; car, malgré les résultats favorables qu'a produits la ligature, il ne faut pas oublier qu'elle laisse toujours subsister la crainte d'une inflammation qui se propage au péritoine, ce qui entraîne des accidents mortels.

M. Jules Guérin a eu recours à une autre méthode. On avait

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février, 7 et 28 mars.

FEUILLETON.

ESQUISSE SUR LES ANESTHÉSIQUES.

La découverte d'un fait est quelquefois un caprice du hasard ; la gloire qui résulte de cette chance heureuse incombe à l'inventeur comme les honneurs que l'on rend à la naissance ou à la beauté.

Il n'en est pas de même du perfectionnement et de l'extension usuelle de la découverte ; leurs conséquences, souvent aussi utiles et toujours plus difficiles que l'invention elle-même, doivent être honorées comme les œuvres d'une ferme volonté dirigée vers le bien. Tout en glorifiant le mérite du premier inventeur, il faudra donc convenir que les auteurs des perfectionnements auront aussi quelque droit à la reconnaissance.

L'art d'engourdir et d'anéantir la sensibilité est trouvé ; nous allons examiner si, après les hommes qui se sont occupés de cette question, il reste encore ici quelque chose à faire aujourd'hui : nous sommes porté à le croire.

Nous prendrons la question *en deçà*, et nous la porterons *au delà* et *en dehors* de l'habitude : sous le point de vue pratique.

Considérant que l'homme peut arriver à l'ivresse morte en absorbant du vin, du cidre, de la bière et toutes autres liqueurs spiritueuses, que dans cet état il est insensible, nous passerons successivement en revue l'inhalation du vin, de l'eau-de-vie, de l'alcool (3/6), de l'éther, du chloroforme, de la fumée de vesse-de-loup.

Puis les propriétés de l'inspiration de ces diverses substances mélangées entre elles, ou avec l'addition de l'opium, du datura stramonium et de la belladone.

Ces différentes épreuves ne peuvent-elles pas produire des effets considérables ?

Lorsque les esprits s'occupent si activement de faire tourner et parler des tables, des chapeaux, etc., etc., l'heure de ressusciter les prodiges de la mandragore employée par les magiciens et les sorciers pour donner des hallucinations bizarres et troubler la raison n'est-elle pas arrivée, non pour en user d'une manière insensée ou coupable, mais en vue d'en faire seule ou avec d'autres substances un agent utile d'engourdissement ?

Nous dirons un mot de l'anesthésie locale.

Et nous jetterons un coup d'œil rapide sur la possibilité de pratiquer un bon nombre d'opérations sur les enfants pendant le sommeil simple, ou augmenté au moyen des alcooliques ou des narcotiques.

1° *De l'inhalation des vapeurs du vin.* — Ne vous est-il point arrivé d'entendre dire que des individus s'étaient enivrés en mettant du vin ou des liqueurs de table en bouteilles ?

Pour nous assurer de la valeur de cette assertion, nous nous sommes livré aux expérimentations suivantes :

Nous avons pris un lapin mâle, vif, allègre, bien portant, pesant trois kilogrammes; nous lui avons lié les pattes de derrière avec précaution pour ne pas lui occasionner de douleur; nous étions seul dans une salle dont la température était à 15 degrés centigrades.

L'animal a été soumis à l'inhalation du vin de Bordeaux pur; nous en avions empli une soucoupe de tasse à café et imbibé un linge, qui enveloppait le museau du lapin tenu au-dessus du vase.

Après trente minutes, il ne s'était produit aucun changement sur le lapin; il ne nous a paru nullement influencé par l'inspiration de l'air mêlé à la vapeur du vin.

2° *De l'inhalation des vapeurs de l'eau-de-vie.* — Une demi-heure après cette première épreuve, nous avons procédé de la même manière et avec le même animal en lui faisant respirer la vapeur de l'eau-de-vie commune à 19 degrés. Nous avons prolongé cette seconde expérience aussi longtemps que la première, et notre lapin ne nous a paru être nullement influencé par la respiration de la vapeur d'eau-de-vie commune.

Ceci nous a porté à croire que les hommes ne s'enivrent pas de cette façon, et que, s'ils sont influencés alors qu'ils transvasent des vins ou des liqueurs, *c'est qu'ils en ont bu.*

Ce qui se passe dans les cuves de vendange, étant l'effet des gaz non respirables, ne doit pas nous occuper ici, ce que l'on y éprouve n'ayant rien de commun avec l'ivresse proprement dite.

3° *De la respiration des vapeurs d'alcool*, 3/6. — Après un quart d'heure de repos, nous avons soumis le même animal à l'inspiration de l'alcool 3/6 du commerce ; pendant les douze premières minutes, il a tenu bon, mais ensuite il s'est agité; puis les mouvements respira-

déjà proposé de scarifier la paroi externe du sac après l'avoir mise à nu. M. J. Guérin a imaginé d'introduire un petit ténotome à travers une plaie sous-cutanée, et de le diriger jusque dans le canal pour y pratiquer des scarifications sur l'aponévrose du grand oblique et sur le trajet du canal, de manière à produire un épanchement de fluide plastique qui devrait, en s'organisant, déterminer l'adhérence de cette aponévrose avec le sac.

Si l'on examine la paroi antérieure du canal inguinal sur laquelle M. J. Guérin conseille de pratiquer ces scarifications, on reconnaîtra qu'elle est trop mince pour qu'il soit possible de la scarifier sans la diviser dans toute son épaisseur. Mais ce n'est pas tout. M. Guérin propose aussi de scarifier l'anneau externe. Or, c'est ce que l'on fait dans l'opération de la hernie étranglée pour dilater cet orifice, afin de faciliter la rentrée des intestins herniés dans l'abdomen. L'anneau une fois dilaté ne se rétrécit jamais; en le scarifiant, on va donc à l'encontre du but que l'on veut atteindre. On ne peut méconnaître néanmoins que l'idée d'appliquer la méthode sous-cutanée à la cure radicale des hernies ne soit très heureuse; mais la manière dont M. J. Guérin l'a appliquée est défectueuse, en ce qu'elle expose à des dangers, d'une part, et d'autre part en ce que, en dilatant l'anneau externe par des scarifications, elle va contre le but qu'on se propose.

M. Malgaigne a eu lui-même l'idée de porter des aiguilles dans le sac, dans le but de déterminer dans ses parois une inflammation adhésive qui pût amener soit une adhérence de ces parois avec celles du canal, soit même une oblitération du sac, ce à quoi il a cherché à aider en pratiquant une compression au moyen d'un bandage. Il n'a essayé ce procédé qu'une fois, et ayant reconnu qu'il n'était applicable qu'aux hernies qui guérissent par l'usage seul du bandage, il y a renoncé.

De tous les procédés préconisés jusqu'ici, il n'en est qu'un seul qui mérite d'être conservé, c'est celui de M. Bonnet. Il peut, en effet, donner de très bons résultats dans les hernies directes qui ont dilaté les anneaux au point qu'il n'y a plus de canal et qui remplissent le scrotum, hernies qu'il est impossible de maintenir avec les bandages. Mais il ne faut pas s'attendre à obtenir jamais par ce moyen une guérison complète. Si l'on peut en appliquant les aiguilles de M. Bonnet, qui ne peuvent être placées qu'au-dessous de l'anneau, obtenir une petite adhérence des parois du sac, on aura considérablement gagné, car il sera possible alors d'appliquer un bandage avec plus de chances de contenir la hernie, ce qui était impossible auparavant. C'est là tout le bénéfice que l'on peut retirer de ce procédé; mais ce résultat est déjà assez désirable.

Il resterait, enfin, à parler d'une dernière opération qui ne peut être passée sous silence, la cautérisation proposée par M. Vallette (de Lyon). Ce chirurgien a imaginé de porter le caustique jusque dans le sac, en ayant soin de protéger le cordon.

Voici comment il procède :

On porte un mandrin en bois dans le canal inguinal, en refoulant devant lui la peau du scrotum; ce mandrin est conduit le plus loin possible. On fait alors glisser le long de ce mandrin une aiguille, que l'on fait ressortir en avant au niveau de la partie supérieure du canal. Cette aiguille à son tour sert de conducteur à une plaque de bois ou d'acier munie d'une fenêtre et traversée par un fil. Le mandrin et la plaque intérieure sont alors serrés l'un contre l'autre, de manière à comprendre dans leur intervalle la paroi antérieure du canal inguinal. Cette première opération faite, on place dans le trou ou la fenêtre dont est percée la plaque du caustique de Vienne, lequel mortifie toutes les parties molles laissées à découvert par cette fenêtre. L'eschare ainsi obtenue comprend toute l'épaisseur des téguments jusqu'à la paroi antérieure du canal. Cette cautérisation a pour effet de déterminer une inflammation amenant à son tour l'adhésion des deux parois du canal. M. Vallette a obtenu quelques guérisons à l'aide de ce procédé. Ce qui, suivant lui, en fait le principal mérite, c'est l'innocuité de la cautérisation par la pâte de Vienne, qui expose moins à l'érysipèle et à la résorption purulente que le bistouri. Mais si l'on réfléchit que l'application des caustiques est loin d'avoir toujours cette innocuité qu'on leur a attribuée et que leur attribue en particulier l'auteur dans cette circonstance, que leur action est difficile à apprécier, qu'elle s'étend quelquefois au delà des points où on voudrait la circonscrire et qu'il peut en résulter de graves désordres; si l'on considère, enfin, qu'on ignore encore jusqu'où peuvent aller les chances de la non-récidive, et qu'en définitive une opération aussi grave n'offre guère plus de chances de guérison que l'emploi du bandage, on comprendra que les chirurgiens se soient montrés peu empressés d'employer ce procédé.

En résumé, la suture transportée dans le canal inguinal est, d'après M. Malgaigne, le seul moyen capable d'assurer la guérison; mais il ne faut pas perdre de vue les dangers auxquels elle expose en portant dans des régions aussi élevées une inflammation qui peut facilement se propager au péritoine.

Il reste maintenant à faire l'histoire du bandage, tant comme traitement palliatif que comme traitement curatif. Ce sera l'objet de la leçon suivante.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Varicocèle. — Moyen curatif par la cautérisation des veines d'après un nouveau procédé.

Chez ce malade, on avait déjà fait l'application du lien circulaire en caoutchouc préconisé par M. Richard (du Cantal). Après cette application, le malade, bien que sa hernie fût tombée dans la partie supérieure des bourses, s'est trouvé plus à son aise, il a marché plus facilement. Cependant il s'est plaint d'une compression trop forte et d'une irritation locale déterminée par la couche de substance chimique appliquée sur le caoutchouc, car le caoutchouc est vulcanisé; cette irritation disparaîtra bientôt. Quant à la compression, nous l'avons diminuée en incisant le lien de caoutchouc dans la moitié de sa hauteur. En outre, il sera bon de maintenir la hernie à l'aide d'un bandage. Je vous ai promis, dit M. Nélaton, quelques détails sur une méthode de traitement de la varicocèle qui consiste dans la cautérisation par le caustique de Vienne. Je n'ai pas besoin de répéter que cette méthode, comme toutes celles qui ont en vue la cure radicale de la varicocèle, doit être réservée pour les cas de ce genre. Voici comment j'ai proposé de la pratiquer : Voulant obtenir une eschare linéaire limitée à la partie que j'avais l'intention de cautériser, je dépose le caustique dans une gouttière creusée sur une branche métallique; après une compression qui a pour but d'aplatir, de vider de sang les enveloppes scrotales, je saisis la partie variqueuse du scrotum entre les deux branches de l'instrument, dont l'une est chargée de caustique. Ensuite, au moyen d'une vis, les deux branches de l'instrument sont rapprochées et compriment l'une contre l'autre les parois des veines variqueuses. Cette compression a pour effet de s'opposer au mouvement vermiculaire résultant de l'action du crémaster et se manifestant quand il y a douleur au scrotum. On produit une eschare linéaire comprenant la peau et les veines variqueuses par leurs parois superficielles et profondes. Au bout de vingt minutes tout a été cautérisé, excepté la peau de la partie postérieure du scrotum et le canal déférent, et les nerfs qu'on a eu soin d'écarter. C'est par cette méthode de traitement que j'ai soulagé bon nombre d'individus; ils n'ont plus souffert de leur varicocèle, bien que quelques-uns aient exercé une profession pénible. J'en conclus que cette méthode est bonne.

J'ai fait subir un certain nombre de modifications à l'instrument qui sert à pratiquer cette cautérisation; mais c'est toujours la même idée que j'ai cherché à réaliser, c'est-à-dire une idée consistant à saisir les veines, à aplatir le scrotum et les veines variqueuses et à appliquer un caustique. C'est toujours un instrument composé d'une branche porte-caustique et d'une autre branche servant de point d'appui.

HOPITAL DE LA FÈRE (Aisne). — M. Ed. Labouret.

Ophthalmie rhumatismale aiguë rebelle guérie par le seul usage du sulfate de quinine à l'intérieur.

M. L..., vétérinaire militaire, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution lymphatique, mais jouissant habituellement d'une bonne santé, fut pris l'année dernière à Bourges, à la suite d'un refroidissement, d'une ophthalmie très intense du côté gauche.

Malgré le traitement actif et varié auquel fut soumis le malade, malgré les collyres et les topiques si nombreux dont on voulut faire usage, et qu'on fut chaque fois obligé d'abandonner à cause de l'exaspération des douleurs qu'ils produisaient, cette ophthalmie dura trois mois, au bout desquels la guérison, si difficile à obtenir, s'annonça par une légère démangeaison du même côté.

Cette année, vers le commencement de février, quelques jours après la disparition d'une douleur rhumatismale assez légère ayant eu son siége au bras droit, M. L... fut repris d'une ophthalmie du côté droit non moins violente ni moins douloureuse que la précédente.

Le malade, redoutant la longue durée de cette nouvelle affection, se décida quelques jours après ma première visite à entrer dans mon service à l'hôpital. Quand je fus appelé pour la première fois auprès de M. L..., après avoir entendu l'historique de la première maladie, qu'il en eut tracé la marche, la durée, la variété des moyens de traitement, et après un examen attentif de l'œil malade, je diagnostiquai une ophthalmie rhumatismale aiguë, ce qui me donna peu d'espoir de trouver des moyens prompts à amener le soulagement et la guérison.

A ce moment les paupières, considérablement tuméfiées, ne pouvaient point s'ouvrir; un larmoiement abondant et continu avait lieu, et quand on entr'ouvrait les paupières, le globe de l'œil se montrait fortement injecté; la coloration en était d'un rouge très vif, artériel pour ainsi dire. Le contact de la lumière était douloureux et impossible.

Craignant donc une persistance désespérante des accidents qui s'étaient déclarés il y avait déjà quelques jours, malgré cela sans faire part de mes justes appréhensions au malade, je lui conseillai ce jour-là même de se rendre à Paris, à l'effet d'y consulter un praticien plus spécialement livré au traitement des maladies des yeux.

M. L... s'étant rendu à mon avis, il revint avec la consultation suivante :

Diagnostic. — Ophthalmie rhumatismale aiguë.

Traitement. — 1° Appliquer tous les trois jours de 8 à 10 sangsues entre l'œil et l'oreille.

2° Un purgatif salin deux fois par semaine.

3° Prendre par jour deux des pilules suivantes :

Calomel.	25 centigrammes
Extrait de belladone. . . .	25 —
Sirop.	q. s.

Pour 6 pilules.

4° Prendre quatre fois par jour une cuillerée à café de la potion suivante :

Eau distillée.	100 grammes
Tartre stibié.	1 décigr.
Potion commune.	q. s.

Suspendre le dernier moyen s'il y a des douleurs sans injection plus forte, et le remplacer par 60 à 80 grammes de poudre de Dower en trois ou quatre prises.

5° Fomentations chaudes sur les yeux avec infusion de fleurs de camomille; aucun collyre autre que le suivant :

Eau distillée.	10 grammes
Sulfate neutre d'atropine. . . .	5 centigr.

6° Repos des yeux; les couvrir de coton pendant la nuit. Régime fortifiant.

Dès son entrée dans mon service, M. L... fut soumis à ce traitement, et le continua scrupuleusement de point en point pendant quinze jours.

---

toires ont été moins fréquents, les yeux ont pris un aspect langoureux; ils sont devenus humides et se sont fermés; le corps s'est affaissé, et le lapin semblait respirer les vapeurs alcooliques avec un certain abandon; cependant jusqu'à la quarantième minute cet état d'ivresse n'augmenta pas, et lorsque nous lui serrions l'oreille avec des pinces à dents de souris, il s'agitait vigoureusement, et nous faisait comprendre que toute sa mobilité et tout son sentiment étaient conservés.

Nous avons conclu de cette dernière expérience que l'inspiration de l'alcool 3/6 pouvait bien amener l'ivresse dans un temps donné, mais non l'abolition du mouvement et du sentiment.

Ici s'arrêtent pour le moment nos premières expériences; nous les publions pour livrer notre plan aux hommes de science et surtout de loisir.

La pratique absorbe à peu près tous nos instants; ce n'est qu'en sacrifiant les heures consacrées au repos que nous pouvons en faire de nouvelles.

Nous avions, et nous pouvons le dire, puisque la chose n'a pas une utilité démontrée, songé avant M. Hardy peut-être à l'engourdissement local; mais c'était au moyen des *frictions* de chloroforme et non autrement, puisqu'il est reconnu que les squames épidermiques ne laissent aisément pénétrer que les particules de matière poussées au-dessous d'elles par le frottement.

Pour ce qui est de l'action de l'éther et de celle du chloroforme, les savants travaux de la Société de chirurgie de Paris nous dispensent de nous en occuper.

Reste donc l'expérimentation de ces diverses substances mêlées entre elles (on emploie déjà le chloroforme et l'éther ensemble), ou l'essai de ces corps mêlés aux parties solubles des principaux narcotiques.

4° *Opérations pratiquées sur les enfants pendant le premier sommeil.* — Dans les premiers temps de la vie, le sommeil est très profond, et, si l'enfant a été légèrement enivré par quelques-unes de ces liqueurs douces que les mères savent si bien préparer, ou engourdi au moyen de quelque narcotique léger, alors il est possible de pratiquer un grand nombre d'opérations, et surtout de celles qui se font en un seul temps; depuis que nous avons eu cette idée, il nous est arrivé de profiter des premières heures du sommeil simple ou augmenté par quelque liqueur douce ou par un léger stupéfiant.

Quelles sont donc les raisons qui nous ont suggéré l'idée d'utiliser les premiers temps du sommeil chez les enfants pour pratiquer certaines opérations ?

1° L'intensité du sommeil pendant ces instants et à cet âge;

2° L'éloignement de tout danger en nous livrant à cette pratique;

3° La circonstance qui fait que l'enfant reste étranger aux délibérations qui ont lieu entre la famille et le chirurgien pour l'urgence ou le rejet d'une opération;

4° L'avantage de préparer les instruments et les appareils nécessaires sans avoir agi sur le moral de l'enfant malade;

5° La promptitude avec laquelle un grand nombre d'opérations chirurgicales peuvent être pratiquées pendant le jeune âge;

6° Et enfin le danger de l'emploi de l'éther ou du chloroforme, qui peuvent donner la mort.

Que se passe-t-il lorsque l'on opère un enfant pendant son premier sommeil?

La chose faite, l'enfant s'éveille en sursaut et crie; mais, s'il a été soumis à l'usage de quelque narcotique, il ne tarde pas à se rendormir; le lendemain matin, on le trouve dans les meilleures dispositions.

Du reste, les pansements peuvent être faits de la même manière, de sorte que l'enfant peut rester à peu près étranger à tout ce qu'il y a de douloureux dans certains états fort pénibles autrement.

Si on voulait ne pas comprendre l'utilité de ce moyen, on demanderait avis aux mères; nous savons ce qu'elles en penseront.

Nous ne donnons pas ici d'observations à l'appui de ce que nous proposons, parce qu'en quelques jours chacun pourra en posséder quelques-unes qui lui seront propres.

Si nous publions ce plan malgré son imperfection, nous l'avons dit, c'est pour engager nos confrères à faire les différentes expériences indiquées. Nous livrons nos idées avec le plus entier désintéressement sans jamais prétendre à revendiquer une part quelconque dans leurs travaux, trop heureux si nous avons pu être utile en donnant ces simples pensées.

Amédée Joux, d.-m.-p.

Le collyre, qu'on s'est procuré très tardivement, ne fut point appliqué. Il est permis de douter qu'on ait pu en obtenir un heureux effet dans ce genre d'ophthalmie.

Ce temps écoulé sans que le malade ait éprouvé la moindre amélioration, le moindre changement, je réitérai ma proposition, qui consistait à tenter d'appliquer à cette ophthalmie rhumatismale le sulfate de quinine à l'intérieur, comme je l'ai administré un grand nombre de fois, et avec succès complet, dans le rhumatisme aigu.

Le malade, qui prévoyait la persistance de cette nouvelle affection, et auquel le traitement précédent répugnait, accueillit avec faveur cette proposition. Aussi, dès le 12 mars je fis cesser l'emploi de tous les moyens conseillés jusque-là sans succès, et fis prendre dans le courant de la journée 60 centigrammes de sulfate de quinine en trois prises différentes, avec recommandation expresse de ne faire usage d'aucune lotion ni d'aucun topique le jour comme la nuit.

Le lendemain, 13 mars, après une diminution sensible des douleurs, un peu de calme et de repos pendant cette première nuit, M. L... éprouvant moins de tension et de chaleur des paupières, le larmoiement commençant à être moins abondant, on fut encouragé à continuer pendant cette journée et les quatre jours suivants l'usage du sulfate de quinine. Une amélioration très sensible s'étant opérée dès les quatre ou cinq premiers jours, je me décidai à donner 1 gramme de quinine en trois fois dans le courant de la journée. J'engageai en même temps le malade à faire quelques courtes promenades d'abord, et par un beau temps, puis ensuite à les faire plus longues à pied, ou à cheval même, par une température froide et humide, sans autre précaution que celle de porter des lunettes à verres légèrement colorés.

Malgré ces promenades et l'exposition à un vent froid et violent du nord-est, il ne survint pendant tout son séjour à l'hôpital aucun accident, un mieux de plus en plus sensible se continua, et permit à M. L... d'en sortir définitivement le 25 mars.

Dès les premiers huit jours écoulés, l'amélioration fut si grande que les paupières, ne paraissant plus tuméfiées, se tenaient aussi facilement relevées que celles de l'œil sain; le globe de l'œil, sur lequel on ne remarquait plus d'infiltration, avait repris un aspect aussi net que celui du côté opposé. Toutes les nuits s'étaient passées sans douleurs, et M. L... pouvait pendant plusieurs moments de la journée se livrer à la lecture ou à d'autres occupations, qui n'ont amené aucune fatigue. La guérison paraît donc avoir été obtenue au bout de dix ou quinze jours.

OBSERVATION D'HYDROCÈLE ET DE HERNIE CONGÉNIALES DU CÔTÉ GAUCHE.

Injection de teinture iodée pure. — Disparition de l'hydrocèle et de la hernie. — Formation d'un cordon cylindroïde, résultat d'un produit déposé dans toute la longueur de la tunique vaginale.

Par M. le docteur Jobert (de Lamballe).

(Présentée à l'Académie de médecine dans sa séance du 28 mars.)

Michelot (Auguste), âgé de trente-quatre ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre 1853 pour y être traité de la maladie qui fait le sujet de cette observation. Jusqu'à l'âge de sept ans il a eu, dit-il, la bourse du côté gauche dans l'état normal, un peu moins volumineuse cependant que celle du côté opposé.

A l'âge de seize ans, à la suite d'un violent effort, il vit apparaître dans le trajet inguinal jusqu'au fond de la bourse correspondante une tumeur dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Une dépression transversale sensible seulement au toucher la divisait en deux parties inégales, l'une supérieure, l'autre inférieure. Cette dernière, du volume d'une noisette environ, était dure, rénitente, indolore et devenait le siége, quand on la pressait entre les doigts, d'une sensation analogue à celle que produit le froissement du testicule; la deuxième, plus volumineuse, pâteuse et molle, limitée assez nettement en bas par la dépression transversale déjà signalée, augmentait après les repas, pendant la toux, et disparaissait naturellement lorsque le malade se plaçait dans le décubitus dorsal, pour reparaître aussitôt qu'il voulait marcher ou se tenir debout. La peau de la région avait conservé sa mobilité et sa couleur normales.

Un médecin consulté reconnut dans la tumeur inférieure le testicule gauche arrivé par une évolution tardive à son siége habituel; dans la tumeur supérieure, une hernie oblique externe de la tunique vaginale qui s'était produite pendant l'effort.

La hernie fut réduite, et on appliqua un bandage anglais pour la maintenir. Le malade avait alors seize ans, il en a aujourd'hui trente-quatre. Pendant dix-huit ans il a donc supporté la pression d'un bandage.

Depuis quelques mois la tumeur inférieure devenait plus volumineuse, et bien qu'elle ne fût pas plus douloureuse qu'autrefois, le malade consulta un médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, je constatai les symptômes suivants:

Dans le pli de l'aine du côté gauche se trouve une tumeur du volume du poing, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, sans changement de coloration à la peau. Un étranglement circulaire très sensible à la vue sépare la tumeur en deux moitiés: l'une supérieure et externe, qui suit le trajet du canal inguinal jusque dans la cavité abdominale; l'autre inférieure, plongeant dans la bourse correspondante. Le doigt promené sur la partie inférieure de cette tumeur rencontre le testicule. Il est plus petit que celui du côté opposé. Si on presse sur lui, le malade accuse une vive sensibilité. La tumeur, malgré sa distension et sa rénitence, présente à sa partie inférieure une fluctuation évidente. La pression qu'on exerce sur elle la fait disparaître, mais elle reparaît dès que la pression a cessé. Enfin, dans sa partie inférieure, elle laisse apercevoir par transparence la lumière d'une bougie.

L'examen attentif et l'ensemble des phénomènes permirent de reconnaître une double maladie, consistant en une hydrocèle et une hernie inguinale oblique congéniales, séparées par un anneau qui représente un étranglement. Cette cloison incomplète, sorte de diaphragme, parut due à un rétrécissement embryonnaire de la tunique vaginale. Cette espèce de valvule soutenait les viscères par sa surface ventrale, si on peut s'exprimer ainsi, et correspondait par sa face inférieure au liquide séreux qui baignait le testicule. Je ne balançai pas à proposer au malade d'oblitérer la tunique vaginale, afin d'arriver, si faire se pouvait, à guérir en même temps l'hydrocèle et la hernie inguinale. Je ne fus pas trompé dans mon attente, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par ce qui suit.

Je pratiquai l'opération en enfonçant obliquement le trocart dans l'épaisseur des tuniques du scrotum, en le faisant marcher lentement par un double mouvement de pression et de rotation, de manière à piquer le feuillet pariétal de la tunique vaginale. L'arrivée du trocart dans la tunique fut annoncée par l'absence de résistance, et bientôt par la facilité avec laquelle la canule pouvait librement circuler dans son intérieur. C'est alors qu'une injection de teinture iodée pure fut faite dans la tunique vaginale. Le liquide remonta jusqu'à l'endroit où la pression était exercée par un aide, sur le point de communication du sac herniaire et du ventre. Il ne s'écoula par la canule qu'une petite quantité de sérosité (une cuillerée environ), et le doigt, appliqué sur le trajet du canal inguinal, a suffi pour intercepter toute communication entre la tunique vaginale et le péritoine. Un morceau de diachylon fut placé sur la piqûre, et un petit coussinet soutint les bourses.

Le lendemain, 26 novembre, les bourses étaient distendues par un liquide exhalé dans la tunique vaginale et le sac herniaire. La peau était rouge et modérément tendue. Le malade n'accusa aucune douleur; il n'y eut ni fièvre ni réaction.

Le 28, le gonflement a un peu diminué.

Pendant les quatre jours suivants, aucun phénomène remarquable ne s'est présenté.

Le 4 décembre, dix jours après l'opération, on trouve déjà les bourses moins volumineuses. Le malade demande sa sortie.

Le 5, le volume de la tumeur est diminué, et tout le trajet inguinal est rempli par un cordon cylindroïde, ainsi que la portion des vaisseaux spermatiques qui s'étend depuis le testicule jusqu'à l'anneau inguinal.

Les jours suivants, l'amélioration ne fait que s'accroître, et aujourd'hui, 12 décembre, les bourses sont revenues à leur volume normal, mais ont conservé, ainsi que le cordon, une consistance très supérieure à celle qu'elles ont habituellement.

Lorsque le malade est sorti de l'hôpital, il ne se plaignait d'aucune douleur du côté opéré, et il pouvait marcher sans fatigue et sans éprouver de gêne, quelle que fût la position qu'il prît.

Le testicule gauche était, comme avant l'opération, dans un état d'atrophie très prononcée, et il contrastait par son volume avec celui du côté opposé. Cet organe était aussi plus élevé qu'avant l'injection, et cette élévation vers l'anneau semblait due à l'action rétractile d'un produit qui s'étendait de son extrémité supérieure à l'orifice péritonéal du canal inguinal. Cette substance, d'une consistance remarquable, représentait une sorte de cylindre très dur et très résistant qui suivait le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques en parcourant tout le trajet inguinal jusqu'à son orifice abdominal. Lorsque le malade toussait ou faisait des efforts, on ne pouvait reconnaître aucun changement dans l'état des parties.

Depuis le mois de décembre 1853, époque où l'opération a été pratiquée, jusqu'au 28 mars, jour de la présentation du malade à l'Académie, les organes se sont maintenus dans le même état, et quoiqu'il se soit livré à ses occupations habituelles, il n'est pas survenu la moindre trace de déplacement des viscères, et je crois pouvoir regarder la hernie comme guérie.

L'injection faite avec la teinture iodée pure dans le sac herniaire n'a donc déterminé chez notre opéré ni inflammation locale sérieuse, ni réaction ou trouble fonctionnel. Sur plusieurs autres malades il ne s'est déclaré non plus aucun accident, et on peut dire que le travail s'est toujours maintenu dans de justes limites. Ce n'est donc qu'une inflammation adhésive qui s'est déclarée chez les malades soumis à cette opération.

Le produit plastique qui s'est épanché dans le sac herniaire représente, pour nous, une sorte de tampon, de bouchon qui ferme toute issue aux viscères et aux liquides séreux qui tendent à se précipiter dans la poche herniaire. La nature à elle seule comble la cavité accidentelle à la manière d'un lambeau autoplastique.

Nous avons obtenu avec une facilité remarquable le dépôt de lymphe dont il vient d'être question, et il s'est exhalé avec la même rapidité dans le sac herniaire que dans la séreuse abdominale, lorsque les viscères qui y sont contenus sont soumis à une opération.

Ce procédé me paraît, jusqu'à présent, avoir rempli les indications que je me proposais, et il me paraît d'autant plus mériter l'attention des praticiens, qu'il n'est suivi d'aucun accident et qu'il est d'une grande innocuité.

J'aurai l'honneur de m'expliquer plus longuement devant l'Académie sur la manière de faire la ponction des sacs herniaires.

SUR L'OPÉRATION DE L'HYDROCÈLE.

Dans l'opération de l'hydrocèle on peut commettre des fautes qu'il est bon de signaler, ainsi que les moyens de les éviter.

1° *Lésion du testicule.* — Pour éviter cette lésion on recherche la position du testicule par transparence; le point opaque est le testicule. Mais le point opaque ne représente pas ordinairement une tache aussi volumineuse que le testicule: une ombre petite de deux centimètres de diamètre, par exemple, peut très-bien correspondre au testicule. Cela tient à un phénomène de physique connu sous le nom de *diffraction*. — Soient, en effet, deux rayons tangents au testicule, ces rayons s'infléchissent au point de tangence et se rapprochent du centre. C'est cette déviation des rayons lumineux qu'on nomme diffraction. Il est clair que l'ombre comprise entre les rayons réfractés est moins considérable que le corps opaque qui la produit. Ordinairement le malade sait parfaitement où se trouve son testicule, et met le doigt sur la partie de la paroi scrotale qui correspond à cet organe.

2° *Injection du liquide dans le tissu cellulaire des bourses.* — Quelques chirurgiens conseillent de faire la ponction et de ne point se préoccuper du déplacement de la canule, prétendant qu'elle ne peut sortir de la tunique vaginale, et pour le prouver ils impriment des mouvements à cette canule. Ce qui est vrai, c'est qu'après la ponction la peau tient fortement à la canule; mais c'est la seule enveloppe testiculaire dans laquelle la canule soit fixée; les autres, plus minces, sont moins résistantes. La tunique vaginale se vide peu à peu, revient sur elle-même; le crémaster et le dartos se contractent avec un mouvement vermiculaire, et tendent à se rapprocher du testicule; or supposez que, selon le précepte donné par certains livres, on fixe la peau sur la canule pendant la ponction et l'écoulement du liquide, on maintiendra bien les téguments, mais on ne fera rien pour les couches profondes; celles-ci se contractent, le crémaster en particulier, amènent peu à peu la tunique vaginale au delà de l'extrémité libre de la canule, qui dès lors ne plonge plus dans cette tunique. Cette action du crémaster qui entraîne la tunique vaginale au delà de la canule sera d'autant plus forte qu'on donnera au muscle un point d'appui en fixant la peau sur la canule. Je résume: la cause qui fait sortir la canule de la tunique vaginale est la contraction du crémaster et du dartos, contraction qui tend à éloigner la tunique vaginale de la canule. Pour éviter cela il faut, aussitôt la ponction faite, retirer un peu le poinçon du trocart de manière à cacher sa pointe dans la canule, faire ensuite cheminer la canule jusqu'au point le plus reculé de la tunique vaginale. Cela fait, on abandonne les choses à elles-mêmes; on ne fixe pas la peau sur la canule, pour ne pas donner ainsi un point d'appui aux couches sous-jacentes.

Il est une autre raison qui fait infiltrer le tissu cellulaire des bourses: l'injection tombe dans la tunique vaginale, mais si on la pousse trop fort elle reflue sur les parties latérales de la canule de proche en proche jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour éviter cela on a soin de pousser modérément l'injection, on examine le degré de tension des enveloppes et on a soin de ne pas porter cette tension à un point tel que le reflux se produise.

On évitera ainsi l'infiltration du tissu cellulaire des bourses, accident grave et qui a quelquefois entraîné la mort.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formule de l'élixir tonique antiglaireux du docteur Guillé.

Racine de colombo en poudre	3 onces.
— d'iris de Florence en poudre	2 onces.
— de gentiane en poudre	2 gros.
— de jalap en poudre	3 livres.
Aloès succotrin en poudre	3 gros.
Safran oriental en poudre	2 onces.
Sulfate de quinine	4 gros.
Deuto-tartrate de potassium et d'antimoine (émétique)	1/2 gros.
Deuto-nitrate de potassium (nitre)	4 gros.
Santal citrin	1 once.
Sirop de sucre très cuit et caramellé	22 livres.
Alcool de Montpellier à 28 degrés	22 litres.
Eau distillée	22 litres.

On fait macérer les poudres pendant vingt-quatre heures dans l'alcool à une température de 20 degrés.

On fait dissoudre séparément le deuto-tartrate de potassium et d'antimoine, le sulfate de quinine et le deuto-nitrate de potassium dans l'eau distillée qu'on ajoute à la teinture, qui se trouve ainsi réduite à 19 degrés. Vingt-quatre heures après la réunion des deux mélanges, on verse le sirop de sucre dans le matras, qu'on agite pour la dernière fois.

Après quarante-huit heures de repos, on filtre à la chausse et au papier: la liqueur doit être colorée, mais transparente, et n'avoir qu'environ 18 degrés.

Chaque cuillerée à bouche de ce véhicule ne contient en dissolution que 4 grains 3/8 de substances purgatives non résineuses; le reste agit comme tonique.

Usage. — Cet élixir se prend à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche: il agit comme un léger minoratif; on boit après l'avoir pris trois ou quatre tasses de décoction légère de chicorée sauvage ou d'eau miellée.

Poudre de seigle ergoté composée.

M. le docteur Lazowski recommande l'emploi de cette poudre dans le traitement des écoulements blennorrhagiques passés à l'état chronique.

Seigle ergoté	4 grammes
Safran de mars apéritif	5 grammes 50 centigr.
Vanille pulvérisée	25 —
Camphre pulvérisé	25 —

Mêlez et divisez en vingt paquets, que l'on doit prendre: un le matin à jeun, et un autre le soir en se couchant. Chaque prise est

composée de 20 centigr. de seigle ergoté, 275 milligr. de safran de mars, 125 milligr. de vanille et 125 milligr. de camphre.

M. Lazowski fait remarquer qu'il arrive souvent que l'écoulement est entretenu uniquement par un état d'atonie de tout le système, ou seulement des organes génitaux; la vessie, la prostate ou le canal de l'urètre sont isolément ou simultanément frappés d'un relâchement qui entretient la blennorrhagie.

L'expérience a pleinement démontré à l'auteur la justesse de ces vues théoriques; aussi a-t-il pu guérir par ce moyen un grand nombre d'écoulements qui avaient fait pendant longtemps le désespoir des malades et des médecins.

Pommade opiacée et résolutive au chloroforme.

Dans les cas de prurit de la vulve, M. Vaneedem fait frictionner les parties siége de la démangeaison avec la pommade suivante :

Fleur de soufre.	8 grammes
Carbonate de soude.	4 —
Axonge.	30 —
Chloroforme.	4 —
Acétate de morphine. . . .	50 centigr.
Huile d'olives.	q. s.

On donne en même temps à l'intérieur une poudre composée de soufre doré d'antimoine, de fleur de soufre et de poudre de réglisse. (*Bull. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 mars 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE.

MM. Deguise et Bouvier écrivent pour obtenir un congé.

— MM. Brainard et Beyran, nommés membres correspondants étrangers dans la dernière séance, adressent des remercîments à la Société.

— M. Boinet fait hommage de son travail sur l'emploi des injections iodées dans les fistules à l'anus.

LECTURE.

M. le docteur Drouineau (de La Rochelle) lit un travail intitulé *Observation de lithotritie et d'extraction d'une épingle double à cheveux qui avait servi de noyau à un calcul de* 70 *millimètres de longueur sur* 50 de largeur. (Commissaires : MM. Denonvilliers, Guersant et Michon.)

Discussion sur le rapport de M. Debout, relatif au mémoire de M. Piachaud. — M. Huguier. Dans son rapport, M. Debout s'est attaché à nous communiquer des recherches historiques sur le sujet en question. Il me paraît que ces recherches ne sont pas suffisamment complètes. En outre, je ferai le reproche à notre confrère de s'être plus occupé de la thèse de M. Piachaud que du mémoire qu'il nous a communiqué.

Si M. Debout avait donné plus d'étendue à ses remarques historiques, il n'aurait pas manqué de parler des recherches modernes entreprises sur les moyens de redresser l'utérus dévié. M. Velpeau et moi nous nous 'en sommes assez spécialement occupés. Ainsi, nous avons essayé, dans les cas de rétroflexion, de remédier au déplacement par l'introduction d'une sonde dans l'intérieur de l'organe. M. Robert a fait les mêmes tentatives, et comme nous il a dû y renoncer, en présence des accidents déterminés par le corps étranger. M. Debout aurait trouvé dans des mémoires publiés par MM. Cusco et Dufresne des observations empruntées à ma pratique.

Notre rapporteur, en parlant des modifications de position qui accompagnent les déviations de l'utérus, prétend qu'il y a toujours un certain degré d'abaissement de l'utérus quand cet organe présente soit l'antéro ou la rétroflexion, soit l'antéro ou la rétroversion. Cette remarque est vraie souvent, mais pas toujours.

M. Debout a jugé avec sévérité le pessaire intra-utérin; je partage sa manière de voir, et je dis plus, je pense que l'on n'y doit recourir que très exceptionnellement; car il détermine des accidents très sérieux, des inflammations, des douleurs nerveuses, de la suppuration et même la perforation de l'organe.

On doit être en garde, lorsque l'on voit des femmes supporter sans inconvénient le pessaire intra-utérin; car alors, comme cela m'est arrivé une fois, cette prétendue tolérance indique simplement que l'instrument s'est déplacé et a abandonné l'intérieur de la matrice.

On doit dire cependant que quelques femmes s'habituent au séjour du corps étranger et le supportent, comme on voit quelquefois la présence des sondes ne plus produire d'accidents dans le canal de l'urètre.

On doit donc, si la nécessité d'employer l'instrument était démontrée, n'agir qu'avec lenteur et prudence.

Il est à regretter que M. Piachaud n'ait pas donné un plus grand nombre de faits; ainsi, dans son mémoire, on ne trouve que trois observations.

Dans ces trois cas, M. Piachaud admet que la guérison n'a pu être obtenue que par l'emploi du redresseur utérin. Notre confrère est mal fondé à émettre cette proposition absolue; car on n'avait tenté aucun autre mode de traitement, et il est bien avéré que des femmes ont pu guérir par d'autres procédés, et entre autres à l'aide du pessaire de notre collègue M. Hervez de Chégoin.

J'aurais donc voulu, dit en terminant M. Huguier, que M. Debout fît une critique plus étendue du travail de M. Piachaud.

M. Debout. M. Huguier me reproche d'avoir prêté trop d'attention à la thèse de M. Piachaud; mais je répondrai que cette thèse avait été, comme le mémoire, renvoyée à mon examen. Le mémoire n'est même venu qu'après la thèse.

Quant aux recherches spéciales à M. Huguier, je les connaissais et j'en ai fait mention.

Lorsque j'ai avancé que l'abaissement accompagnait presque constamment les déviations utérines, je ne m'en suis pas rapporté à ma seule expérience, j'ai interrogé des médecins qui ont une grande expérience des maladies de l'utérus, et tous ont été unanimes pour approuver cette manière de voir.

Il est important de fixer l'attention sur cette complication. Ainsi, une jeune fille que j'ai encore sous les yeux était affectée d'une antéflexion prononcée, et les accidents douloureux, qui n'avaient point cédé, ont été immédiatement vaincus dès qu'on a eu rétabli dans sa position normale l'utérus, qui offrait un léger degré d'abaissement.

M. Verneuil. M. Debout, en rendant compte de la thèse de M. Piachaud, nous a dit que les indications fournies par ce médecin sur les antéro et les rétroflexions étaient neuves et de haute importance. Je dois dire que les recherches relatives à cette question n'appartiennent pas à M. Piachaud, qui a pu puiser les renseignements qu'il a donnés à l'École pratique, où nous poursuivions des dissections dans ce sens avec M. Boullard. Du reste, ces aperçus nouveaux avaient été précédemment indiqués par un médecin de la province.

M. Chassaignac. Je saisis l'occasion que me fournit cette discussion pour vous soumettre quelques idées qui me sont venues en présence des faits en apparence les plus contradictoires.

Ainsi, j'ai été témoin des modifications heureuses apportées à la santé des malades affectées de déplacements utérins par l'application soit des pessaires, soit de la ceinture hypogastrique, et ces moyens produisaient cet heureux effet, quelles que fussent du reste la forme et la nature de la déviation.

Ainsi, dans certains cas d'abaissement très douloureux, on voit, par le seul fait de l'application d'une ceinture, tout accident cesser. Et, sans contredit, ce n'est pas la pression exercée sur le ventre qui paraîtrait *à priori* devoir amener un aussi heureux résultat.

Ne doit-on pas chercher la raison du soulagement aussi empiriquement obtenu dans la production de l'immobilité de l'utérus dans le bassin?

M. Gosselin. J'avais depuis longtemps remarqué combien il était rare de trouver sur le cadavre la direction que nos auteurs d'anatomie assignent à l'utérus, et difficile de déterminer rigoureusement si cet organe avait une situation normale assez habituelle pour qu'on fût autorisé à regarder une autre situation comme constituant un état pathologique.

J'ai donc été très satisfait lorsque j'ai vu M. Boullard entreprendre et publier des recherches sur ce sujet. J'ai vu plusieurs de ses pièces anatomiques, et j'ai reconnu qu'en effet l'antéflexion était assez ordinaire sur les fœtus de petites filles. Je n'ai moi-même fait aucune recherche nouvelle sur les cadavres de fœtus; je me suis préoccupé seulement de la question de savoir si chez les jeunes femmes qui n'ont eu ni enfants, ni fausses couches, on pouvait pendant la vie, et avec le doigt, sentir le corps de l'utérus en antéflexion, et si, en conséquence, il y avait une disposition fréquente compatible avec la santé que l'on pût être exposé, faute de lumières suffisantes sur ce sujet, à prendre pour un état pathologique.

Dans ce but, j'ai examiné 48 malades de mon service à l'hôpital de Lourcine, qui n'avaient eu bien positivement ni enfants, ni fausses couches. Je les ai touchées moi-même dans diverses attitudes; je les ai fait toucher par l'interne de service, M. Basnier; quelques-unes ont été touchées par M. Cullerier et M. Boullard, et voici les résultats que j'ai constatés :

Sur 27 malades j'ai trouvé une antéflexion, c'est-à-dire au-dessus de l'insertion du vagin en avant une concavité transversale, et plus haut une saillie plus ou moins étendue, qui m'a paru être formée par le corps fléchi en avant.

Sur 18 autres, je n'ai pas trouvé du tout d'antéflexion; le plus souvent je n'ai pas senti le corps de l'utérus en avant, en arrière ni sur le côté; deux fois seulement il y avait latéroflexion à droite.

Enfin, dans 3 cas je suis resté dans l'incertitude.

Ces résultats ont confirmé pour moi l'impression que m'avaient laissée les travaux de M. Boullard, à savoir, que l'antéflexion était commune; mais ils diffèrent un peu des siens, puisque je ne la trouve pas aussi fréquente que cet auteur l'a avancé. Je dois même ajouter que dans plusieurs cas l'antéflexion était si peu marquée, que personne n'aurait jamais songé à la regarder comme nécessitant l'intervention de l'art. Ainsi, sur les 27 malades, 16 avaient une antéflexion assez prononcée pour que le doigt pût sentir 1 ou 2 centimètres de la portion sus-vaginale de l'utérus au-dessus du cul-de-sac antérieur du vagin; chez les 11 autres l'incurvation était moindre, et le doigt ne sentait que quelques millimètres de la face antérieure du corps.

Il y a donc souvent une antéflexion; mais quelquefois elle est très faible, et peut même s'effacer par les changements de position et la distension de la vessie.

Aucune de ces malades, d'ailleurs, ne souffrait de l'utérus, et chez aucune je n'ai songé à essayer le redressement.

Ceci me conduit à l'examen de la partie importante de la question, la partie clinique. Sur ce point, mes études me permettent d'avancer que l'on a exagéré à notre époque l'importance pathologique des déviations utérines.

En effet, outre que l'utérus présente sur le cadavre chez les femmes qui sont accouchées des directions extrêmement variables compatibles avec la santé, j'ai été frappé des circonstances suivantes :

1° J'ai trouvé à l'hôpital de Lourcine un bon nombre de femmes qui avaient des abaissements, des rétroflexions, des antéversions, des rétroversions, et qui ne souffraient pas de l'utérus.

2° J'en ai trouvé un bon nombre d'autres qui avaient des douleurs utérines, et chez lesquelles, ne constatant aucune déviation, j'étais autorisé à attribuer les douleurs soit à une phlegmasie, soit à une névralgie.

3° Chez celles qui avaient en même temps des douleurs et une déviation, j'ai vu souvent les douleurs cesser après l'emploi du repos, des antiphlogistiques, des narcotiques, et cesser quoique la déviation persistât.

4° Enfin je m'associe pleinement aux idées qui viennent d'être exposées par M. Chassaignac sur les avantages des moyens mécaniques déjà préconisés par plusieurs praticiens, et qui me paraissent, comme l'a dit notre collègue, agir surtout en immobilisant l'utérus. J'ai vu bon nombre de malades soulagées par la ceinture hypogastrique et les pessaires. J'emploie de préférence le pessaire à air de M. Gariel, et j'en obtiens de bons résultats. Je crois que ces moyens agissent en immobilisant l'utérus, et je suis d'autant plus fondé à le penser que, dans ces cas de douleurs utérines rebelles, l'impulsion communiquée par le doigt à l'utérus réveillait ou augmentait les douleurs, de même que le coït, les mouvements pour marcher. et surtout pour monter et descendre les escaliers.

De l'ensemble de ces observations, je suis arrivé à cette conclusion pratique qu'il faut, dans les cas de douleurs utérines, combattre l'élément inflammatoire et l'élément névralgique par les moyens appropriés, qu'ensuite l'indication principale est d'immobiliser l'utérus, mais qu'il est inutile de chercher à redresser les déviations.

Est-ce à dire que je rejette absolument le pessaire intra-utérin de M. Valleix? Non sans doute; je le réserve pour ces cas rebelles qui résistent à tous les moyens et que l'on rencontre chez les femmes très nerveuses, dans la pratique civile plus que dans celle des hôpitaux. Je n'ai pas eu l'occasion de le mettre en usage; mais je l'emploierais volontiers daus un cas de ce genre, non en vue de redresser, mais en vue d'immobiliser d'une autre façon, peut-être aussi en vue de modifier la sensibilité de l'utérus. Je crois, d'ailleurs, qu'en y mettant tous les soins et apportant toutes les précautions que recommande et qu'emploie M. Valleix, on n'aurait pas à craindre d'accidents mortels.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Volumineux sarcocèle. — M. Larrey présente un sarcocèle d'un volume considérable qu'il a récemment opéré au Val-de-Grâce, et dont il se propose de communiquer l'observation à la Société lorsque le résultat de l'opération sera plus avancé ou définitif.

La tumeur, du poids de 1,040 grammes, d'une circonférence de 0,37 dans sa hauteur et de 0,35 dans son milieu, offre tous les caractères d'une dégénérescence cancéreuse encore indurée.

M. Robin, qui l'a examinée au microscope, y a constaté la prédominance des noyaux cancéreux au milieu des cellules de même nature, et de la matière graisseuse, à l'état granuleux, déposée entre les cellules, remplissant les noyaux, pour constituer la matière dite phymatoïde par M. Lebert.

Une portion distincte de la tumeur accolée à sa surface, sous forme de plaque très épaisse, paraît être la tunique vaginale dans un état d'hypertrophie extrême et de dégénérescence semblable à celle du testicule.

L'épididyme n'était plus reconnaissable, et le cordon se trouvait engorgé au-dessus de l'anneau, qu'il a fallu inciser pour appliquer la ligature en masse.

L'opéré va aussi bien que possible.

Sarcocèle chez un enfant de dix-huit mois. — M. Guersant soumet à l'examen de la Société un testicule dégénéré du volume d'un gros œuf de dinde, qu'il a enlevé à un jeune enfant de dix-huit mois.

A l'œil nu, la tumeur paraît de nature encéphaloïde.

Comité secret. — La Société se forme en comité secret à cinq heures pour entendre le rapport de la commission chargée d'apprécier les titres des candidats à la place vacante dans la Société. Après discussion, il a été décidé que l'élection serait renvoyée à trois mois.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nouvelles du choléra. — Jamaïque, 11 février, saison d'été : plus de choléra, pas de fièvre jaune ni d'autres maladies épidémiques.

Demerara, 9 février : le pays était très sain; les maladies endémiques étaient moins nombreuses que d'habitude.

Saint-Thomas, 18 février : le choléra était presque entièrement éteint. On comptait 1,700 victimes de l'épidémie, environ un huitième de la population.

Le choléra diminuait, à cette date, dans les autres îles voisines où il avait régné.

— M. le docteur Acarie, reçu en 1825 membre correspondant de l'Académie impériale de médecine à Valence (Drôme), vient de mourir dans cette ville.

— M. le docteur Charles Teirlinckx, professeur de pathologie chirurgicale à l'Université de Gand, vient de succomber, à la suite d'une longue et cruelle maladie, âgé de trente-huit ans seulement.

— *Statistique médicale. — Le choléra et la guerre en Angleterre.* — De 1793 à 1815, en vingt-deux ans de guerre, il y a eu sur les marins de la flotte anglaise 19,796 morts et 79,180 blessés.

Le choléra et les maladies épidémiques qui l'ont accompagné en 1848 et 1849 ont donné 72,180 décès.

Du reste, année moyenne, on compte en Angleterre 115,000 décès de typhus et d'autres maladies qu'on pourrait prévenir en prenant certaines mesures sanitaires, maladies qu'on peut imputer en grande partie à la malpropreté, à la mauvaise aération, à l'absence de moyens de drainage.

— On lit dans *Allgemeine Medic. Centr.-Zeit.*, 15 mars 1854 :

« Le célèbre professeur Skoda vient de donner à l'Association de secours, pour les étudiants malades, le prix de la cinquième édition de son *Traité d'auscultation et de percussion*, qui doit paraître sous peu (3,000 florins). C'est là une noble action, digne d'un grand cœur, qui mérite la reconnaissance de l'humanité. C'est avec bonheur que nous nous associons aux paroles du *Wiener Wochenschrift* à cet égard : « Honneur à l'homme qui sait rendre son talent utile à ses élèves d'une » double manière, en faisant servir son ouvrage à leur instruction et » à leur soutien ! »

— M. le professeur Requin commencera son cours de pathologie médicale jeudi prochain 6 avril, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

La Seuie.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 41. — JEUDI 6 AVRIL 1854. (27e ANNÉE. N° 41. — JEUDI 6 AVRIL 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 5 AVRIL 1854.

Séances des Académies.

La séance de l'Académie de médecine n'a présenté qu'un intérêt médiocre.

Elle s'est bornée à un rapport de M. Bouchardat sur le gluten de MM. Martin et Durand, et à la fin de la lecture du mémoire de M. Jolly sur le choléra.

Le mémoire de M. Jolly n'a amené aucune discussion, et les conclusions du rapport de M. Bouchardat, fort bien fait du reste, et dont nous donnons un long extrait, ont été adoptées après quelques observations de M. H. Gaultier de Claubry.

Une réclamation de priorité adressée par M. Abeille au sujet des injections iodées dans les hernies nous a valu une espèce de réclamation de M. Velpeau. Nous disons une espèce de réclamation, parce que l'honorable professeur s'est défendu à plusieurs reprises d'avoir voulu faire une réclamation dans ce sens. Il s'est borné à rappeler qu'en 1844, dans les ANNALES DE LA CHIRURGIE, il avait fait connaître ce qu'il a répété depuis dans son TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, ses tentatives en ce genre, et décrit succinctement son procédé.

M. Jobert a répondu avec raison qu'en présentant à l'Académie le malade qu'il a guéri, par ce moyen, d'une hernie congéniale, il n'avait pas réclamé de priorité, qu'il n'avait voulu que présenter un fait de guérison et engager les praticiens à le suivre dans cette voie, qui promet des succès réels si les injections sont faites avec prudence et sagacité.

On peut lire ce que nous disions nous-même à ce sujet dès 1840, dans le tome IV de notre DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE, article Hernie, page 641.

A l'Académie des sciences, nous retrouvons encore M. Jobert, qui, dans un mémoire contenant des faits curieux, se prononce en faveur de la cautérisation par le calorique contre les névralgies en général ; cautérisation transcurrente simple ou jointe à la section du nerf. Nous publions en entier cet important mémoire. — F. Fabre.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. ABEILLE.

Du phlegmon rétro-péritonéal. — Son histoire, son traitement.

Le phlegmon rétro-péritonéal est une affection ordinairement grave, souvent insidieuse dans sa marche, et pas toujours d'un diagnostic facile. Peu de pathologistes s'en sont occupés sérieusement; son histoire n'est pas complète, tant s'en faut. On a décrit le phlegmon iliaque, celui qui siége dans le petit bassin. On a parlé également du phlegmon qui a pour point de départ le tissu cellulaire sur lequel repose le rein, en arrière du péritoine, mais on n'a pas parlé des phlégmons qui en arrière de cette membrane se développent en d'autres points de la paroi postérieure de l'abdomen; et cependant la gravité relative du phlegmon rétro-péritonéal résulte en grande partie de sa situation.

Les régions de la paroi postérieure de l'abdomen où ils se développent peuvent se diviser ainsi sous le rapport de la fréquence :

1° La fosse iliaque;

2° Le petit bassin ;

3° La région rénale;

4° Au-dessus du rein, dans la limite qui sépare le flanc de l'hypocondre.

Il n'est pas tout à fait impossible de trouver les raisons de sa plus grande fréquence en telle région qu'en telle autre.

La fosse iliaque est pourvue abondamment de tissu cellulaire en arrière du péritoine; elle est exposée plus que les autres aux violences extérieures, n'étant protégée en avant que par les parois abdominales antérieures et le cœcum à droite, et partie de l'S du côlon à gauche. De plus, c'est plus particulièrement dans cette région qu'ont lieu les perforations intestinales à la suite de la fièvre typhoïde, de la dyssenterie, etc., etc., perforations qui, quand par hasard elles ne se terminent pas soudainement par la mort, donnent lieu au phlegmon iliaque par divers mécanismes.

La cavité du petit bassin est également pourvue en abondance de tissu cellulaire en arrière du péritoine. C'est là une cause de la fréquence du phlegmon dans cette région. Ce tissu cellulaire est adossé ou sert de coussin à divers organes : le rectum et la vessie chez l'homme ; ces mêmes organes et l'utérus chez la femme. Ces organes sont susceptibles de réplétion, de distension momentanée ou continue pendant un certain temps. Cette réplétion de leur part peut produire une pression, une violence qui détermine directement le phlegmon. Si nous ajoutons les circonstances d'accouchement, de maladies de l'utérus, de la vessie, du rectum qui, par tel ou tel autre mécanisme, peuvent lui donner naissance, nous aurons suffisamment expliqué sa fréquence.

L'expérience des faits démontre que chez la femme le phlegmon du petit bassin est peut-être plus fréquent que celui de la fosse iliaque.

On n'ignore point qu'à la région région rénale existe aussi une abondante quantité de tissu cellulaire, plus particulièrement distribué aux deux sommets du rein et à son rebord, comme s'il était destiné à protéger cet organe.

Les couches successives de peau, d'aponévroses et de muscles le protégent en arrière contre les violences extérieures, tandis qu'en avant le rebord antérieur du foie, la rate, la masse intestinale et les parois abdominales le mettent à l'abri des mêmes agents. Ces circonstances font que le phlegmon est plus rare dans cette région que dans les deux précédentes. Il faut noter cependant que les maladies des reins tendent à le produire par voie d'extension de la phlegmasie de proche en proche.

La portion de tissu cellulaire située au-dessus du sommet du rein est moins fréquemment frappée de phlegmon que la portion située au-dessous et en dehors de cet organe. Mieux protégée qu'elle contre les violences extérieures, puisque des arcs osseux, les côtes, opposent en cet endroit une solide résistance, il y a déjà moins de motifs pour qu'elle s'enflamme.

Et, quant à la propagation par contiguïté de l'inflammation qui aurait le rein pour point de départ, on conçoit que, par rapport aux lois de déclivité, elle s'effectue de préférence sur le tissu cellulaire qui borde la rein en bas et en dehors que sur celui qui le coiffe en haut.

Sur huit cas de phlegmon rétro-péritonéal par nous observés, le phlegmon iliaque figure quatre fois, ou pour la moitié; le phlegmon sous-néphrétique deux fois, le phlegmon sus-néphrétique une fois, et le phlegmon du petit bassin une fois.

Étiologie. — Nous avons déjà laissé pressentir, dans ces quelques réflexions qui précèdent, une partie des causes prédisposantes ou efficientes du phlegmon rétro-péritonéal; pour les apprécier d'une manière plus étendue, il ne faut que diviser le phlegmon en idiopathique et en symptomatique.

Il est incontestable qu'en vertu de dispositions particulières chacun des organes, chacun des tissus qui entrent dans la trame constitutive de l'organisme est susceptible d'être affecté, sous telle influence appréciable ou cachée, de telle ou telle affection à cachet particulier.

Des causes capables de donner naissance au phlegmon rétro-péritonéal, les unes nous échappent, les autres sont physiquement saisissables. De même qu'il n'est pas toujours aisé de deviner les causes de beaucoup d'autres phlegmons situés sur d'autres parties du corps, de même celui-ci peut apparaître sans que nous lui trouvions une cause plausible. Il est alors idiopathique proprement dit.

D'autres fois, un effort, un tiraillement dans l'action de soulever un fardeau, de redresser brusquement le corps incliné, un coup, une chute, etc., peuvent le susciter directement ; c'est alors en quelque sorte un phlegmon traumatique. Ces causes, si fréquentes pour les phlegmons sous-cutanés, le sont bien moins qu'on ne le pense pour celui qui nous occupe.

Mais si ces violences venues du dehors entrent pour une faible part dans sa production, il n'en est pas de même pour celles que des tumeurs ou des organes voisins peuvent exercer sur le tissu cellulaire rétro-péritonéal. C'est ainsi que des tumeurs du foie, des reins, du pancréas, de la rate, de la matrice, etc., peuvent susciter par leur présence et par le froissement qu'elles exercent une inflammation dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Quant au phlegmon symptomatique, ce sont des perforations intestinales, un point de phlegmasie de la séreuse des intestins qui lui donnent naissance la plupart du temps. Il n'est pas très rare non plus de voir un corps étranger, aiguille, épingle, etc., le susciter directement après avoir traversé les tuniques intestinales. On cite même des exemples de phlegmons du petit bassin qui auraient été provoqués par la présence de quelques portions d'os de fœtus à la suite de grossesse extra-utérine.

Symptomatologie. — La symptomatologie du phlegmon rétro-péritonéal est variable suivant la région qu'il occupe et suivant les diverses périodes de son évolution.

Sous ce dernier rapport, nous pouvons dire que le début est presque toujours confus, insidieux, à moins que le phlegmon ne résulte d'une violence extérieure. Tant qu'il n'y a pas de tumeur appréciable, il n'y a aucun symptôme positif. Les malades éprouvent, en général, du malaise, quelques douleurs d'abord vagues, puis successivement plus vives et bien localisées. Dans les premiers moments, il peut se faire qu'il n'y ait pas encore de mouvement fébrile; il ne survient positivement que quand la phlegmasie passe à la suppuration. Si le phlegmon siége dans le petit bassin, il y a d'abord un sentiment de pesanteur au fondement et à la vessie avec des picotements douloureux, puis les douleurs deviennent franchement lancinantes après avoir passé par la sensation d'une chaleur vive. Dans ce moment, le malade éprouve une certaine constipation qui dépend autant de l'extension de l'inflammation à la séreuse intestinale que de la compression que la tumeur exerce sur le rectum.

Dans toutes les autres régions rétro-péritonéales, le phlegmon ne se traduit d'abord pas par d'autres symptômes que ces douleurs sourdes, vagues primitivement, puis localisées, vives et lancinantes ; mais bientôt, avec son accroissement, on voit surgir d'autres phénomènes qui tiennent à coup sûr et au passage de l'inflammation à l'état suppuratif et à des complications presque de rigueur.

Et d'abord, il y a toujours une tumeur qui est plus ou moins apparente, suivant la partie de la paroi postérieure de l'abdomen sur laquelle siége le phlegmon; mais les manœuvres ont besoin d'être variées pour la découvrir. C'est ainsi que, si le phlegmon siége dans le petit bassin, il faut explorer avec le doigt indicateur d'une main par le fondement chez l'homme et par le vagin chez la femme, tandis que l'autre main appuie en pressant sur la région hypogastrique.

Dans la fosse iliaque, à la jonction du flanc avec l'hypocondre, les deux mains, pressant sur les parois abdominales mises en état de relâchement, finissent par sentir la tumeur profondément située. A la région rénale, où les douleurs se font sentir plus particulièrement en arrière, c'est sur la portion de peau correspondant au rein que la tumeur se dessine en poussant au-devant d'elle tous les tissus interposés. C'est le point où elle peut être le plus sûrement distinguée.

Alors que la suppuration commence à s'établir, et l'époque en est variable, sans cependant qu'il s'écoule plus de cinq à six jours, les malades éprouvent des frissons nombreux et irréguliers alternant avec une chaleur insolite de la peau ; le pouls gagne en fréquence, et, chose remarquable, en force et en plénitude, ce qui est un point important pour le diagnostic. Les malades éprouvent quelquefois en même temps de fréquentes envies de vomir, ont des vomissements de matières verdâtres liquides comme dans la péritonite, leur face s'effile ; mais ils ne tombent point dans la prostration subite qui accompagne cette affection, à moins que le phlegmon ne soit symptomatique.

Ces vomissements et ce grippement de la face tiennent à la participation de la partie correspondante du péritoine à la phlegmasie du tissu cellulaire, ou tout au moins à une hypérémie sympathique. Quand la suppuration est formée en collection, les jours du malade sont gravement menacés si une opération chirurgicale ne donne issue au pus. On voit alors, en effet, survenir une prostration graduée, l'affaissement du pouls, des fuliginosités noirâtres aux gencives; les vomissements persistent, et le malade succombe comme s'il s'agissait d'une péritonite. C'est qu'en effet alors le péritoine est profondément affecté ou par la rupture de la poche dans sa cavité, ou par l'extension rapide de l'inflammation que celle-ci lui a communiquée par le contact.

Quand le phlegmon doit se terminer par résolution, les malades ne passent point par cette série de phénomènes graves qui accompagnent la suppuration. Après un nombre de jours de douleurs locales plus ou moins vives, de fièvre plus ou moins tranchée, sans

signes de péritonite, à moins qu'une portion de cette membrane n'ait participé à l'état phlegmasique, on voit la circulation rentrer dans l'ordre normal, les douleurs diminuer d'intensité avec une progression remarquable, les signes de péritonite, tels que vomituritions, grippement de la face, disparaître complétement. Les parois abdominales s'affaissent, semblent s'accoler à la colonne vertébrale, et la tumeur, déjà appréciable à travers ces parois, diminue de jour en jour et comme à vue d'œil. L'appétit renaît avec franchise, et les malades éprouvent cet épanouissement qu'imprime à leur physionomie la certitude d'avoir échappé à un grand danger.

Cette terminaison exceptionnelle du phlegmon rétro-périnéal n'a lieu le plus ordinairement que par un traitement actif et habilement dirigé.

Marche, durée, terminaison.—Le phlegmon rétro-péritonéal est une de ces affections à marche ascendante et continue, à évolution rapide. Ici point de temps d'arrêt, point de repos; c'est un travail morbide qui trouve tout à souhait pour fournir sa carrière. Difficilement expugnable à nos moyens d'attaque, à cause de la profondeur du mal et des différents organes qui nous empêchent d'arriver jusqu'à lui, il peut tout à son aise parcourir ses étapes.

Après quatre, cinq, six et rarement plus de huit jours de durée, un foyer purulent succède au travail phlegmasique. On peut juger que la suppuration va avoir lieu à l'aggravation des douleurs, à leur nature lancinante ou gravative, à l'augmentation de la fièvre et du malaise, à l'accroissement de la tumeur; enfin, ainsi que nous l'avons déjà dit, des frissons irréguliers et multiples en un jour avertissent que la collection purulente se forme, et plus tard, quand la tumeur fait une saillie notable à l'extérieur, le toucher décèle une fluctuation profonde.

Le foyer purulent, d'abord limité et bien circonscrit, ne tarde pas à gagner en étendue en attaquant les couches voisines de tissu cellulaire, et parfois il se fait par l'intermédiaire de ce tissu cellulaire interstitiel qui sépare les couches musculaires des fusées lointaines qui causent les plus grands ravages. On peut même voir le péritoine, l'intestin attaqués par la suppuration; les matières fécales, s'échappant par une fissure intestinale produite de dehors en dedans de l'organe par le contact du pus, ajoutent à la gravité de la position, et les malades ne tardent pas à succomber.

Toutes choses égales, le phlegmon qui serait la conséquence de la présence de débris de fœtus, celui qui se rattacherait à un point de phlegmasie de la séreuse intestinale, qui serait symptomatique d'une perforation d'intestin, aurait une durée relativement bien plus longue, si par hasard le malade ne succombait pas.

La vigueur de la constitution, qui fait que le phlegmon marche avec plus de rapidité et que l'organisme coopère avec plus d'activité au travail de cicatrisation quand la collection purulente a été évacuée, rend sa durée plus courte.

Sa durée varie sans doute aussi suivant les points qu'il occupe dans la paroi postérieure de l'abdomen ou dans le bassin.

Dans le petit bassin et à la région rénale, sa durée est véritablement moins longue que partout ailleurs, parce que l'ouverture peut en être faite sur un point tellement déclive que le pus s'écoule avec une très grande facilité et que la cicatrisation marche ensuite avec rapidité.

Dans nos huit cas, la durée a été pour les quatre phlegmons de la fosse iliaque de 5, 8, 45 et 64 jours (la mort a été la terminaison des deux premiers); pour le phlegmon rétro-rénal, de 17 et 34 jours; pour le phlegmon pelvien, de 77 jours, et pour celui situé sur la limite du flanc et de l'hypocondre droit, de 22 jours (il s'est terminé par résolution).

La terminaison du phlegmon rétro-péritonéal est, dans la très grande majorité des cas, la suppuration, si toutefois on peut appeler cela une terminaison, puisque ce n'est que l'un des échelons du travail morbide. La résolution est la terminaison la plus rare.

La mort est souvent la conséquence de ce phlegmon. Elle arrive plus fréquemment dans le phlegmon symptomatique, plus rarement dans l'idiopathique. Dans nos huit cas, la mort a eu lieu quatre fois ou dans la moitié; trois fois pour le phlegmon iliaque, et dans ces trois cas il était symptomatique, et une fois dans le phlegmon pelvien symptomatique aussi.

Les quatre cas de guérison ont trait à quatre phlegmons idiopathiques : les deux phlegmons rétro-rénaux, le phlegmon sus-rénal ou à la limite du flanc et de l'hypocondre et un des phlegmons iliaques.

Une terminaison excessivement heureuse qu'on a observée quelquefois, mais sur laquelle il n'est guère permis de compter, c'est l'ouverture de la partie phlegmoneuse dans une portion d'intestin. Le pus est alors éliminé au dehors par les selles et la guérison en est la conséquence.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic du phlegmon rétro-péritonéal n'est pas toujours facile; il est même souvent impossible au début.

Le moment le plus propice pour le reconnaître est celui où il se traduit par une tumeur; il est alors souvent trop tard pour en arrêter la marche. La position qu'il occupe ajoute encore quelquefois aux difficultés du diagnostic : aussi jugeons-nous très essentiel de faire ressortir tous les signes qui peuvent servir à éclairer.

Au début, quand il n'y a encore que douleur locale, malaise et peu de fièvre, il n'y a guère que le commémoratif qui puisse guider. Le malade a-t-il fait un effort, une chute, reçu un coup; a-t-il été en proie à la fièvre typhoïde, à la dyssenterie, on pourra déjà soupçonner un phlegmon, surtout s'il n'y a pas de signes de péritonite partielle, si les parois abdominales ne présentent pas de tension sur le point correspondant à la douleur. La complication, si fréquente d'ailleurs, de péritonite partielle pourrait faire commettre une méprise, peu nuisible à la vérité, puisque le traitement est alors à peu près le même.

Quand à la douleur, à la fièvre, il vient se joindre une tumeur qu'on peut sentir ou voir à travers les parois abdominales, il devient plus facile de poser le diagnostic. Il n'y a guère alors que trois affections différentes qui puissent être confondues ensemble, nous voulons parler de la péritonite partielle, de la tumeur stercorale et du phlegmon.

Si cependant celui-ci siége dans le petit bassin chez la femme, il est une autre tumeur qu'on pourrait confondre avec lui, c'est cette tumeur sanguine dénommée hématocèle rétro-utérine par M. Nélaton.

Le phlegmon rétro-péritonéal du petit bassin se distingue de l'hématocèle rétro-utérine en ce qu'il n'a pas été précédé de pertes sanguines plus ou moins considérables par la matrice comme dans l'hématocèle; que la fièvre, d'abord peu prononcée, va en augmentant jusqu'à ce qu'on ait donné issue au pus; tandis que dans l'hématocèle la fièvre, d'abord très vive, se calme à mesure que la tumeur progresse et finit quelquefois complétement quand celle-ci est entièrement formée; enfin en ce que la tumeur, d'abord dure, devient progressivement fluctuante avec les progrès du phlegmon; tandis que, fluctuante au commencement, elle durcit ordinairement après un temps plus ou moins long dans l'hématocèle, et cela par suite de la formation de caillots sanguins, par la solidification de concrétions fibrineuses. En dernier ressort, une ponction exploratrice par la vulve enlèverait tous les doutes s'il pouvait en subsister encore dans ce moment.

Nous donnerons la fin de ce mémoire dans un prochain numéro.

UN MOT SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES NÉVRALGIES.

Procédé mixte. — Section et cautérisation du nerf.

Par M. le docteur Jobert (de Lamballe).

(Académie des sciences, séance du 29 mars 1854).

Ainsi qu'on le sait, l'état douloureux des nerfs est une affection très commune, qui peut se limiter aux filets, aux troncs, ou en occuper tout à la fois les diverses parties. Cette différence de siége de la névralgie est importante, en ce qu'elle établit d'une manière distincte la possibilité de l'altération partielle d'un nerf. Ne voit-on pas en effet les filets nerveux de la plante du pied qui dérivent des gros nerfs des membres abdominaux, ceux des lèvres, des joues, du menton, qui sont la terminaison de la cinquième paire; les rameaux pulmonaires et gastriques du nerf vague, les terminaisons des nerfs utérins fournis par le plexus lumbo-sacré, être le siége de douleurs vives qui se reconnaissent à des symptômes particuliers, sans que les troncs soient malades? Rien n'est plus vrai et plus démontré que ce point pratique, et c'est même fréquemment par les rameaux tégumentaires que débute la névralgie.

Si ces lésions partielles des rameaux sont communes, il n'en est pas moins vrai que celles des gros troncs sont aussi très fréquentes. Il est incontestable cependant que lorsque le tronc ou les rameaux d'un nerf sont le siége d'une lésion limitée, la fonction de tout l'organe en souffre plus ou moins, et voilà pourquoi les muscles, les membranes auxquels ils se distribuent subissent des changements remarquables dans leur structure et dans l'accomplissement de leurs fonctions.

Tous les médecins ont pu constater l'état douloureux des organes qui contiennent des nerfs, et l'expérience leur a appris que ceux qui n'en reçoivent pas sont exempts de névralgie. Les recherches du grand Haller sur les tissus sensibles et insensibles avaient déjà démontré que les choses devaient ainsi se passer sur l'homme comme sur les animaux. L'observation a définitivement sanctionné l'exactitude de ces rigoureuses expériences. Cette opinion était aussi celle de beaucoup de médecins, qui regardaient tous les nerfs comme susceptibles de devenir douloureux. Des hommes remarquables de notre époque n'ont pu partager cette manière de voir; ils ont en effet admis que certains nerfs pouvaient en être exclusivement affectés. Cette idée a pris naissance dans la grande division des nerfs en sensitifs et moteurs. Cette opinion est généralement admise, et cette doctrine est la conséquence naturelle et logique des idées physiologiques régnantes. Le point pratique a cependant modifié ce qu'il y avait de trop exclusif dans cette opinion.

Les nerfs qui se terminent dans les membranes muqueuses et cutanées y sont infiniment plus sujets que ceux qui se perdent dans la profondeur des organes ou qui s'épuisent dans l'épaisseur des muscles, les premiers étant plus exposés aux variations de température et à l'influence des excitants que les seconds, qui sont protégés et plus ou moins à l'abri des causes extérieures. D'ailleurs, il est incontestable que les nerfs à nombreux filets et vasculaires, dont les fonctions sont variées, en sont plus fréquemment affectés que ceux dont la structure est plus serrée.

Le plus grand nombre des névralgies débute par la partie rameuse du nerf (dans la membrane muqueuse et cutanée, ou, comme le dirait un célèbre naturaliste, M. Serres, par le point d'origine). Dans ma manière de voir, la peau et les muqueuses serviraient d'introduction à la lésion dont il s'agit par l'action à peu près directe du froid humide, des excitants variés sur le réseau nerveux le plus rapproché de l'atmosphère. C'est ainsi que les inflammations des membranes muqueuses et cutanées, les variations atmosphériques, les coups d'air sont des sources fréquentes de névralgies. Les névralgies faciales, pharyngiennes, œsophagiennes, gastralgiques, utérines, abdominales, sciatiques, radiales, etc., ne me paraissent pas avoir une autre origine, lorsqu'elles ne sont pas le symptôme d'une autre lésion grave, d'une action physique, du développement d'une tumeur sur le trajet d'un nerf, d'une piqûre, d'une inflammation des renflements nerveux.

D'après cela, il est évident que les névralgies doivent avoir un caractère aigu ou chronique, suivant l'intensité de la cause, l'étendue de son action, etc. Quelques-unes semblent être purement et simplement déterminées par un trouble de la fonction du nerf lui-même; aussi disparaissent-elles avec la maladie qui leur donne naissance. D'autres, au contraire, dépendent de la lésion du névrilème et de la substance nerveuse. La névralgie n'est donc pas seulement alors un effet du trouble de la fonction, mais bien un résultat d'altération. Je suis tenté de penser qu'il se passe ici de la part du névrilème sur le nerf ce qui se produit sur le cerveau lorsque la pie-mère, son enveloppe immédiate, est malade, c'est-à-dire que les fonctions de l'un et l'autre sont troublées par les rapports de continuité et de nutrition qui existent entre les enveloppes protectrices et les organes protégés.

Je ne veux pas parler ici de la névralgie aiguë qui disparaît avec la cause qui lui a donné naissance, mais de celle qui n'est plus un symptôme de maladie et qui est une véritable lésion par elle-même. Il s'agira donc ici des névralgies qui résistent à tout et contre lesquelles tout a été épuisé.

Il y a longtemps que la thérapeutique des névralgies m'a sérieusement occupé, et je dois avouer que la médication endermique, que les antipériodiques, que les remèdes énergiques et variés donnés à l'intérieur ou appliqués à l'extérieur sous forme de dissolution, que les vésicants m'ont paru insuffisants dans ces névralgies violentes, tenaces, qui paraissent dues à une altération superficielle du névrilème ou du tissu propre du nerf. Il n'est pas question ici de la thérapeutique des névralgies qui disparaissent d'un point du corps pour se porter subitement dans une autre région, mais bien de celles fixées au tronc d'un nerf, ou sur ses rameaux, ou alternativement sur différents points du même faisceau.

Ce que j'ai à dire comprend les névralgies qui peuvent atteindre les nerfs d'un membre, ceux de la face ou même les nerfs du tronc. La névralgie peut en effet, ainsi que je l'ai vu, s'étendre de la queue de cheval aux nerfs des membres inférieurs, ou encore l'état douloureux peut débuter par un point périphérique du tronc pour gagner progressivement les racines nerveuses, et, comme on doit nécessairement le comprendre, des troubles graves surviennent dans le mouvement et la sensibilité.

Ces névralgies, qui font le désespoir des malades et du médecin, réclament une médication énergique appropriée à l'intensité du mal et à sa tenacité. J'ai employé l'électricité sous diverses formes souvent sans succès; mais il n'en a pas été de même de l'application du feu sur les membranes tégumentaires, et partant sur les extrémités périphériques des nerfs, et dans certaines circonstances sur les branches du nerf lui-même. La chaleur joue un rôle immense dans la guérison des maladies, comme modificateur du système nerveux et de la circulation; mais le calorique concentré sur un point du corps représente tout ce qu'il y a de plus remarquable et de plus actif en tant qu'action sur les solides et les liquides. On peut ou exalter la sensibilité avec le calorique, ou l'éteindre, ou la modifier sans provoquer d'accidents sérieux et sans exposer à la phlébite, à l'infection purulente.

Il y a déjà bien longtemps que dans le *Journal hebdomadaire* j'ai inséré un mémoire sur la cautérisation en général. Un long article était consacré à l'action du fer rouge mis en usage contre les névralgies musculaires, faciales, crâniennes, idiopathiques ou symptomatiques : je disais que toujours ce puissant agent avait guéri ou soulagé.

En 1838, j'ajoutai de nouveaux faits aux premiers, et par conséquent je professai la même opinion sur les avantages de la cautérisation par le calorique. Je signalai dans ce travail ses effets héroïques contre la névralgie œsophagienne, les névralgies des membres abdominaux et thoraciques, et, à propos de la discussion sur l'éther, je citais de nouvelles observations qui attestaient que là où les autres moyens avaient échoué le feu avait triomphé du mal.

Ma manière de voir sur les effets remarquables du feu n'a donc changé à aucune époque, et c'est la raison pour laquelle il est si en faveur dans mon esprit lorsqu'il s'agit d'affections rebelles, comme les névralgies, qui ont résisté à tous les moyens employés.

Aujourd'hui, je viens mettre sous les yeux de l'Académie quelques nouveaux faits qui méritent de l'intérêt à plus d'un titre.

Obs. I. — *Sciatique. — Méthode endermique. — Ventouses scarifiées. Fer rouge.*

Le nommé Lefranc (Pierre), âgé de quarante-quatre ans, journalier, est entré à l'Hôtel-Dieu le 26 décembre 1853 pour y être traité d'une névralgie sciatique affectant le membre gauche.

Ce malade est doué d'une forte constitution, bien musclé, et n'a jamais été exposé aux douleurs rhumatismales. Depuis trois mois environ il se plaint de douleurs continues, violentes, exaspérées par la pression, principalement au niveau de l'espace qui sépare la tubérosité ischiatique du grand trochanter. Par moments, des élancements très vifs partent de ce point en suivant le trajet du nerf. Dans le creux du jarret, la pression n'excite pas de douleurs, mais le pied est en-

gourdi, ce qui rend la marche incertaine, et même impossible, par suite des douleurs qu'elle réveille.

La méthode endermique, les ventouses scarifiées échouent contre cette affection, et le malade se trouve dans la nécessité de réclamer une médication plus énergique pour se débarrasser d'une affection aussi douloureuse.

Le 3 janvier 1854, un fer rougi à blanc est promené sur le trajet du nerf sciatique, et par conséquent à la face postérieure de la cuisse. Cinq à six fois de suite le fer incandescent sillonne la peau, qu'il n'attaque que superficiellement. Des compresses trempées dans l'eau froide sont immédiatement posées sur les brûlures.

Les jours suivants le malade se regarde comme très soulagé, et il n'accuse, en effet, d'autres douleurs que celles qui sont causées par la brûlure. Il n'y a plus d'élancements sur le trajet du nerf, et l'engourdissement du pied a tout à fait disparu.

Au bout de huit jours (11 janvier), les eschares superficielles, sorte de charbonnement de l'épiderme, produites par le fer rouge, étaient éliminées, et la cicatrisation, commencée sur beaucoup de points, était achevée le 21 janvier.

Lors de sa sortie de l'hôpital l'épiderme s'était reproduit, et c'est à peine si l'on apercevait les traces de la brûlure. Le malade ne souffrait ni ne boitait.

DES CAUSES QUI RETARDENT LA CONSOLIDATION DES FRACTURES chez les enfants;

Par M. COMBESSIS, D.-M., interne à l'Hôtel-Dieu (1).

Il arrive quelquefois que les fractures des enfants ne présentent point la rapidité de consolidation particulière au jeune âge. Quelles sont les circonstances qui peuvent influer sur la lenteur de la formation du cal?

De même qu'on peut résumer les conditions nécessaires à la formation du cal dans ces deux choses, vitalité des fragments, rapport parfait dans les surfaces fracturées, de même aussi on peut résumer les conditions de non-consolidation dans ces deux circonstances, non-vitalité ou diminution de vitalité des fragments, défaut de coaptation. Les causes sont donc locales ou générales.

Tandis que chez l'adulte les causes générales sont presque sans action, et que les causes locales sont les plus puissantes et les plus communes, nous trouverons peut-être que le contraire se présente chez l'enfant. La raison en est bien simple; c'est que les lésions de nutrition ont une bien plus grande influence à l'époque de l'accroissement du corps qu'à toute autre période de la vie.

Causes locales. — Les causes locales qui s'opposent à la consolidation des fractures des adultes agissent de même quand on les retrouve chez les enfants. Telles sont les maladies dont les fragments peuvent être atteints : la carie, la nécrose, les hydatides, le spina-ventosa et même l'ostéosarcome. Cette dernière affection, quoique rare dans le jeune âge, se retrouve néanmoins quelquefois. En 1847, j'eus occasion de voir, dans le service de M. Guersant, un enfant de quatre ans atteint d'un cancer du fémur gauche qui nécessita la désarticulation de la hanche.

L'interposition d'un corps étranger ou d'une partie de muscle, qu'on rencontre dans quelques cas particuliers, tels que celui qu'on retrouve dans les *Bulletins de la Société anatomique*, où le membre sous-clavier est venu s'interposer entre les deux extrémités fracturées, produiraient chez l'enfant les mêmes conséquences que chez l'adulte. J'en dirai autant de la rupture d'une artère, accident qui, nécessitant la ligature du tronc artériel principal du membre, a retardé la formation du cal dans deux cas observés par Dupuytren et Delpech; soit que la ligature ait agi en privant le membre des matériaux nécessaires à la consolidation, soit que le sang épanché autour des fragments ait entravé par sa présence la réunion désirée.

M. Guérétin, concluant par analogie de ce qui arrive dans quelques fractures du col chirurgical de l'humérus à ce qui peut arriver dans certains cas de décollement épiphysaire, admet la possibilité du renversement de l'épiphyse détachée, de telle sorte que la surface lisse, couverte du cartilage articulaire, se trouverait en contact avec l'extrémité de la diaphyse. Toute réunion serait alors impossible.

J'ai dit ailleurs que la coaptation des fragments était plus facile chez l'enfant, et j'en ai déduit la raison : Les fractures sont souvent transversales et toujours moins obliques; la contraction musculaire est beaucoup moins considérable; le périoste doit à son épaisseur plus grande et à sa séparation de l'os qu'il recouvre d'être plus souvent intact. On comprendra donc, sans qu'il soit besoin d'insister, que nous retrouverons ici, beaucoup moins que chez l'adulte, l'action des causes qui n'agissent qu'en s'opposant à la coaptation des fragments et au maintien de la fracture réduite. Mais si ces conditions se retrouvaient dans un cas donné, nul doute qu'elles eussent aussi une influence fâcheuse sur la lenteur de la formation du cal.

Quoique les fractures compliquées, les fractures comminutives, appartiennent à cet âge où de rudes travaux, des occupations laborieuses, exposent sans cesse les membres des ouvriers à des accidents formidables, on les rencontre aussi chez les enfants, mais en très petit nombre. Alors, quelquefois, les extrémités des fragments dénudées de périoste ou contuses doivent subir une élimination avant que la consolidation s'opère; d'autres fois, entre les extrémités vivantes des fragments, se trouvent interposées des portions d'os ne participant plus à la vie commune, et qui doivent disparaître.

(1) Extrait de sa thèse inaugurale.

Si, dans un membre composé de deux os, l'un vient à subir une perte de substance, l'autre restant entier, la réunion est impossible; cependant on a vu chez l'adulte, dans quelques cas heureux, la consolidation se faire néanmoins. Au bout de dix mois, Van Swieten vit une substance solide remplacer un fragment de toute l'épaisseur de la diaphyse du tibia, long de 4 pouces, enlevé à la suite d'une fracture. 6 pouces du corps du tibia enlevés après l'accident qui l'avait fracturé furent remplacés au bout de huit mois par un cal bon et solide qui se forma au lieu et place de l'os fracturé, dans un cas rapporté par Lamotte. Ni dans l'un, ni dans l'autre, il n'y avait de raccourcissement.

Un fait analogue à ces derniers s'est présenté à notre observation à l'hôpital des Enfants.

Causes générales. — Les causes générales dont nous aurons à examiner l'influence sont, les unes, des affections aiguës, comme les fièvres graves; les autres, des affections chroniques et lentes, comme la syphilis constitutionnelle, la scrofule, le rachitisme, une constitution détériorée.

1° *Fièvres graves.* — « La plupart des affections graves et aiguës, dit Sanson (*Dict. de méd. et de chirurg. prat.*, t. VIII), telles que la phthisie pulmonaire, les gastro-entérites graves, ou même quelques affections locales, comme un ulcère ou un érysipèle, retardent la formation du cal et favorisent généralement la production des articulations anormales. » Et un peu plus loin : « Il est d'observation qu'une fièvre grave et très aiguë, en appelant en quelque sorte toute l'action organique sur un autre point, peut retarder la consolidation. C'est ainsi que pendant une fièvre de mauvais caractère le cal fait, en général, peu de progrès. »

Ne pourrait-on pas appliquer à la pathologie ce que Bichat dit à propos des organes de la vie animale : Une somme déterminée de force a été répartie, en général, à cette vie; or, cette somme doit rester toujours la même, soit que sa distribution ait lieu également, soit qu'elle se fasse avec inégalité : par conséquent l'activité d'un organe suppose nécessairement l'inaction des autres. » Bichat ne fait-il pas lui-même cette application quand il dit un peu plus loin : « Voyez toutes les maladies, les inflammations, les spasmes, les hémorrhagies spontanées; si une partie devient le siége d'une action plus énergique, la vie et les forces diminuent dans les autres... Nous pouvons donc établir comme une loi fondamentale de la distribution des forces que quand elles s'accroissent dans une partie elles diminuent dans la reste de l'économie vivante; que la somme n'en augmente jamais, que seulement elle se transporte successivement d'un organe à l'autre. » (Bichat, *Recherches sur la vie et la mort.*)

Qu'une affection aiguë, grave, survienne chez un individu qui a une plaie considérable, immédiatement la suppuration diminue ou s'arrête; la plaie prend un aspect blafard et la cicatrisation ne s'effectue point. Il en est de la solution de continuité des os comme des solutions de continuité des parties molles. M. Guersant nous a répété plusieurs fois, dans ses cliniques, qu'il avait vu un certain nombre de fois l'apparition d'une rougeole, d'une variole, d'une pneumonie survenant chez un enfant qu'une fracture a amené à l'hôpital, arrêter, ou plus exactement entraver pendant quelque temps la formation du cal. Pendant mon année d'internat à l'hôpital des Enfants, je n'ai eu l'occasion d'observer que deux cas de rougeole survenue chez des enfants traités l'un pour une fracture de cuisse, l'autre pour une fracture de l'humérus. Le premier prit la rougeole quinze jours après son entrée dans le service; le second, dix jours après l'accident qui l'amena à l'hôpital. Je dois dire que ni dans l'un, ni dans l'autre de ces cas la consolidation ne me parut avoir été retardée. Les rougeoles, du reste, furent parfaitement régulières.

Pour qu'une fièvre grave arrête la consolidation, il faut, il me semble, qu'elle soit d'une durée assez longue pour arrêter le travail de nutrition qui s'opère dans les tissus; il me semble aussi qu'elle doit agir plus activement sur l'enfant, chez lequel ce travail de nutrition est bien plus actif qu'à tout autre âge. D'ailleurs, l'influence des fièvres graves sur l'arrêt de la formation du cal ne peut-elle pas être démontrée par analogie, quand on voit, au rapport de Langenbeck, l'apparition d'une fièvre amener le ramollissement d'un cal déjà assez avancé? Dans un cas rapporté par Morgagni, c'est trois mois après la guérison d'une fracture du tibia, chez un soldat, qu'une fièvre détruit le cal et ramène les bouts osseux à l'état où ils étaient immédiatement après la fracture. A la suite du typhus, dont le malade mourut, on ne trouva plus de vestiges d'un cal formé antérieurement, dans un fait observé par Schilling. Desault vit une fracture consolidée de l'extrémité inférieure du fémur se désunir à la suite d'une diarrhée abondante chez une femme de quatre-vingt-deux ans. Un abcès phlegmoneux, des érisypèles ont eu les mêmes conséquences dans des observations citées par Langenbeck et M. le professeur Malgaigne.

On trouvera un peu plus loin, dans cette thèse, l'influence des maladies longues sur la nutrition des os dans l'enfance.

2° *Syphilis.* — Presque tous les auteurs regardent la syphilis comme une circonstance fâcheuse pour le pronostic des fractures chez les adultes. Un certain nombre de faits établissent que des solutions de continuité des os ne se sont consolidées qu'après un traitement antisyphilitique préalable. M. Lagneau, d'un autre côté, n'a point vu que la vérole constitutionnelle entravât la guérison.

Je n'ai point été à même de vérifier si chez les enfants la syphilis pouvait dans certaines circonstances retarder la consolidation des fractures. M. Valleix a publié dans les *Archives générales de médecine* une observation de décollements épiphysaires multiples qu'il attribue à la syphilis, chez une enfant de neuf jours, amenée de la Maternité à l'hôpital des Enfants-Trouvés. Cette petite malade mourut quatorze jours après, et à l'autopsie on constata le décollement des épiphyses de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, de l'extrémité inférieure du radius droit, ou des deux extrémités du tibia du même côté; de l'extrémité supérieure du tibia gauche, de l'éminence épiphysaire gauche de la première vertèbre sacrée. Toutes ces lésions étaient accompagnées de dénudation des os et entourées de foyers purulents. Si cette observation fort intéressante prouve surabondamment les profondes altérations qui peuvent être la conséquence de la syphilis, elle ne peut en rien servir à juger cette question : La syphilis chez les enfants entrave-t-elle la consolidation des fractures?

3° *Scrofules.* — « Dans quelques cas, dit Sanson, les scrofules » ont l'inconvénient de s'opposer à la consolidation des fractures. » Nous avons rencontré un certain nombre de fractures chez des scrofuleux.

Dans aucun cas, nous n'avons vu la scrofule entraver la consolidation d'une fracture. Mais il est bien entendu qu'il n'en serait pas de même si la fracture se produisait dans un os altéré, carié par suite du vice scrofuleux. Ici nous n'aurions pas affaire à l'état général scrofuleux, nous aurions l'influence de l'affection osseuse locale.

N'a-t-on pas vu, dans des faits consignés au *Bulletin de la Société anatomique* et présentés par mon excellent collègue et ami M. Titon, des tumeurs blanches être accompagnées d'un ramollissement considérable des os de tout le membre qui en est affecté? Le tissu spongieux dans ce cas est très ramolli, le tissu compacte très aminci. Le plus ordinairement bornée à la partie du squelette située au-dessous de la tumeur blanche, on a vu quelquefois cette altération s'étendre au-dessus; n'avait-elle pas envahi tous les os du squelette dans un cas de tumeur blanche datant de dix-huit mois, dont il est parlé dans le bulletin de 1848 de la Société anatomique?

Ce ramollissement, qu'on peut attribuer à l'affection scrofuleuse, ne pourrait-il pas se rencontrer dans un cas de fracture chez un enfant? Ce ramollissement, dont on peut aussi trouver la raison dans un défaut de nutrition ou d'usage d'un membre devenu inutile, ne peut-il pas être redouté quand on voit l'autopsie d'un paraplégique montrer à M. Broca un ramollissement extrême des deux membres inférieurs, ramollissement qui avait amené une fracture du col et une fracture du corps du fémur? La paralysie datait de douze ans, il n'y avait pas de cal et aucune trace d'un travail de consolidation. On a vu aussi l'immobilité à laquelle le membre fracturé est condamné, la compression que les pièces d'appareil exercent sur lui amener un véritable étiolement, la circulation languir, la nutrition perdre de son activité; dans ces circonstances particulières, la consolidation des fractures se fera certainement attendre. (*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Bons effets de la belladone dans un cas de spermatorrhée.

Un jeune homme de mœurs très pures et très continent vint consulter M. Lepri pour des pollutions nocturnes qui, revenant toutes les nuits, et plusieurs fois même chaque nuit, affaiblissaient considérablement ses forces, et qui avaient beaucoup agi sur ses facultés morales et intellectuelles. Ces pollutions duraient depuis quelques semaines, et n'avaient été améliorées par aucun médicament, non plus que par quelques moyens hygiéniques, tels que le repos sur un lit très dur, le réveil la nuit et les aspersions froides. Deux années auparavant, ce jeune homme avait eu une miliaire qu avait laissé à sa suite une incontinence nocturne d'urine.

Quelques mois s'étaient passés avec des alternatives de bien et de mal, lorsque tout à coup cette fâcheuse incommodité disparut.

Après avoir mis en usage l'application de deux vésicatoires aux cuisses, un traitement tonique et corroborant, plus un certain nombre de médicaments, tels que le camphre associé au laudanum, l'alun, sans aucun succès, M. Lepri en vint à songer que cette spermatorrhée avait peut-être quelque liaison avec l'incontinence d'urine antérieure, et, se rappelant les bons effets de la belladone dans les cas de ce dernier genre, il en prescrivit l'emploi au malade le soir en se couchant et le matin en se levant. En quelques jours, toute trace de la maladie avait disparu.

(*Gaz. med. Toscana* et *Bullet. de Thérap.*

Ouate contre l'eczéma.

Le docteur Mend (d'Einbeck) a traité depuis quatre ans 21 cas d'eczéma, siégeant à différentes parties du corps, avec les seules applications d'ouate, sans aucun autre remède. Le succès qu'il en a obtenu est si évident, qu'il n'hésite point à préférer l'emploi de la ouate à tous les autres modes de traitement. (*Hann. Corr.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MEDECINE.

Séance du 4 avril 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies.— M. le ministre de l'agriculture et du commerce trans-

met quatre rapports, dont trois relatifs à des épidémies de fièvre typhoïde observées par MM. de la Montagne, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau (Vosges); Degens, de Volumnster (Moselle); Hérouard, de Rocroi (Ardennes); le quatrième, relatif à une épidémie de dyssentcrie observée dans la communo de Tréhorenteux, par M. Honeix, de Ploërmel (Morbihan).

Le même ministre transmet un mémoire de M. le docteur Paul Ménestrel, maire de la commune de Sérécourt (Vosges), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette localité pendant l'année 1853.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Structure des canaux biliaires. — M. le docteur Albert Puech (de Montpellier) adresse un mémoire sur la structure des canaux biliaires. L'auteur signale dans ce travail l'existence d'une cloison interposée entre le canal hépatique et le canal cystique après leur fusion à angle aigu, et la présence d'un rétrécissement valvulaire à l'ouverture du canal cystique. (Commissaires: MM. Cruveilhier et Bouvier.)

Traitement des déviations de la matrice par le redresseur utérin.— M. Gaussail (de Toulouse), correspondant de l'Académie, adresse un recueil d'observations cliniques sur les déviations de la matrice et sur leur traitement par le redresseur utérin. (Commission nommée. M. Depaul, rapporteur.)

Choléra. — M. Debreyne adresse un mémoire ayant pour titre: *Théorie nouvelle du choléra épidémique ou typhus d'Asie, avec un traitement curatif et prophylactique nouveau.* (Commission du choléra.)

Cessation du choléra par des feux allumés dans les rues — M. Letellier (de Saint-Leu) adresse une lettre sur ce sujet, dans laquelle il rappelle qu'à Saint-Leu, en 1832, l'épidémie, qui chaque jour attaquait cinq à six nouveaux individus et en tuait trois ou quatre, cessa tout à coup le lendemain de feux allumés dans les rues et les maisons avec des pins de la forêt. (Même commission.)

Période prodromique du choléra. — M. Marié, au sujet de la partie du mémoire de M. Jolly où il s'agit de la question de priorité du signalement de la diarrhée prémonitoire, réclame pour lui cette priorité. Il rappelle qu'ayant fait cette observation au mois d'avril 1832, à Grenelle, il engagea le maire de cette commune à porter ce fait à la connaissance des habitants par une affiche, et qu'à partir de ce moment, étant appelé généralement au début, il ne perdit presque plus de malades. (Même commission.)

Guérison des hernies par l'injection iodée. — M. Abeille écrit, au sujet de la communication que M. Jobert (de Lamballe) a faite dans la dernière séance, pour rappeler à l'Académie qu'il a guéri radicalement, en 1851, un sujet atteint d'une hydro-épiplocèle, par une injection iodée. Cette observation a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (année 1851, n° 47).

Elève des sangsues. — MM. les membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir adressent une longue lettre, dans laquelle ils discutent de point en point les assertions contenues dans le rapport de M. Soubeiran.

Injections iodées dans les hernies. — M. Velpeau, à l'occasion de la correspondance, demande à M. Jobert (de Lamballe) s'il regarde la méthode de traitement des hernies par les injections iodées comme nouvelle et lui appartenant.

M. Jobert déclare qu'il n'a pas de prétention à avoir inventé cette méthode; il n'a eu d'autre but que de présenter un fait de guérison de hernie par l'injection iodée dans la tunique vaginale, ignorant complétement d'ailleurs si cela avait été fait ou non avant. Pour lui, du moins, il n'en connaissait aucun cas. M. Abeille vient réclamer la priorité; je ne la lui conteste pas, ajoute M. Jobert. Seulement, je ferai remarquer qu'il y a une différence entre le cas auquel il a eu affaire et le mien. Dans le cas de M. Abeille, il s'agit d'une hernie épiploïque avec épanchement de sérosité; il a injecté de la teinture d'iode, et la cure radicale en a été le résultat. Que s'est-il passé là? Il est probable que dans ce cas le sac était déjà bouché par l'épiploon; l'injection iodée par conséquent n'a pas dû probablement pénétrer bien loin. Il n'y a donc qu'une analogie assez éloignée entre son fait et le mien. Du reste, je le répète, je n'ai nullement eu la prétention d'introduire dans la science une méthode nouvelle; j'ai voulu seulement faire connaître à l'Académie une application heureuse de l'injection iodée au traitement des hernies.

M. Velpeau. J'avais raison de désirer savoir de M. Jobert s'il se croyait l'inventeur de cette méthode. Puisqu'il ignorait que cette opération eût été pratiquée avant lui, je lui ferai plaisir, je pense, en lui apprenant que cela a été déjà fait depuis longtemps. M. Velpeau rapporte ici des passages extraits des *Annales de la chirurgie française*, année 1844, et desquels il résulte qu'avant cette époque il avait déjà pratiqué plusieurs fois des injections iodées dans le but d'obtenir la cure radicale de certaines hernies. Il y a là, ajoute M. Velpeau, la source d'une bonne méthode à laquelle le fait communiqué par M. Jobert vient donner un nouvel appui.

— M. Danyau, à l'occasion de la correspondance, présente de la part de M. Chélius un exemplaire de la nouvelle édition de son *Traité de chirurgie.*

RAPPORT.

Farines et pains de gluten. — M. Bouchardat, au nom d'une commission composée de MM. Rayer, Grisolle et Bouchardat, rapporteur, lit un rapport sur la farine, la semoule, le pain de gluten présentés, d'une part, par M. E. Martin (de Vervins), de l'autre par M. Durand, boulanger à Toulouse.

Ce rapport est divisé en deux parties: dans une première partie, M. Bouchardat s'occupe de la question spéciale que se sont proposée les auteurs des communications, celle qui a trait à l'examen des produits qu'ils préparent pour l'alimentation des diabétiques. Dans la deuxième, il aborde la question plus générale de l'utilisation du gluten qui se lie intimement à l'existence des amidonneries salubres. Il s'exprime en ces termes:

Dans les premiers essais de fabrication du pain de gluten, qui ont été exécutés en 1841 par M. Martin d'après l'inspiration de votre rapporteur, on n'obtenait qu'un pain très élastique, d'une mastication difficile, qui souvent ne se conservait que quatre ou cinq jours et qui par conséquent ne pouvait être emporté loin du pays de production.

Votre rapporteur s'est adressé de nouveau à M. E. Martin pour l'engager à fabriquer une farine de gluten; il y est parvenu de la manière la plus heureuse.

La farine de gluten de M. Martin, telle qu'il l'a fabrique communément, contient environ 80 p. 100 de gluten sec; il peut l'obtenir plus riche en employant cette farine à 80 p. 100 à diviser de nouveau gluten, qu'il dessèche à l'étuve et qu'il pulvérise de nouveau.

Les farines de M. Martin se conservent bien, peuvent s'expédier au loin avec la plus grande facilité; non-seulement elles servent à préparer le pain de gluten, mais on en prépare avec la plus grande facilité des gaufres, des crêpes et des gâteaux les plus divers.

Le problème que nous nous étions proposé, de préparer avec le gluten pur des mets variés et du pain se rapprochant du pain ordinaire pour son aspect et pour sa saveur, de la farine se conservant et pouvant se transporter au loin, a donc été complétement résolu par M. E. Martin en soumettant le gluten humide et divisé à la température de 100 degrés dans une étuve. Desséché ainsi et réduit en farine, il a perdu une grande partie de sa faculté extensible. On peut l'employer alors comme la farine ordinaire en le pétrissant avec 66 parties d'eau pour 100; on y ajoute 1/2 centième de levure de bière, et au bout d'une heure environ on met la pâte sous forme d'une grosse tresse.

Dans ces conditions, la pâte de gluten ne lève pas sensiblement plus que la pâte ordinaire. Elle fournit de petits pains analogues pour l'aspect et la consistance aux pains viennois et qui n'inspirent plus ce dégoût qu'éprouvaient les diabétiques lorsqu'ils mangeaient le pain boursouflé et friable du gluten non préparé.

Les différents points sur lesquels portent les perfectionnements que M. Durand a introduits dans la fabrication du pain de gluten se rapportent au choix des glutens qu'il emploie, à la dessiccation parfaite du pain qu'il produit, qui assure sa conservation, à une très légère torréfaction qu'il lui fait subir, qui le rend moins désagréable, et enfin à l'emploi d'un petit appareil qui lui permet de le faire réchauffer et manger dans de bonnes conditions longtemps après sa préparation.

Les communications de MM. E. Martin et Durand ont une importance beaucoup plus grande qu'elles ne semblaient l'avoir au premier abord, parce qu'elles touchent directement à deux questions d'hygiène dignes à tous égards de l'intérêt de l'Académie et de l'administration; elles se rapportent, en effet, à un perfectionnement radical dans la fabrication de l'amidon, qui est rangée dans la première classe des établissements insalubres, et à l'utilisation d'un des aliments les plus riches, le gluten, qui dans les anciens procédés de production de l'amidon, loin d'être employé à la nourriture de l'homme, ne contribuait par sa putréfaction qu'à infecter les fabriques.

C'est surtout à l'époque de la rareté des subsistances que l'on comprend mieux la nécessité de porter hardiment la réforme dans ces fabriques, où une portion considérable d'aliments riches est sacrifiée.

Afin de bien préciser le but vers lequel tendent les efforts de MM. Martin et Durand, il est nécessaire d'insister sur deux points: le premier, c'est de faire connaître l'importance des fabriques d'amidon; le second, c'est de rechercher les causes qui ont pu jusqu'ici s'opposer à l'établissement des amidonneries salubres.

Outre les usages ordinaires de l'amidon pour l'empesage du linge, il est encore plusieurs autres emplois de cette matière qui chaque année grandissent en importance.....

Il paraît donc démontré que la question d'une large et fructueuse utilisation du gluten se trouve intimement liée avec celle de l'établissement définitif des amidonneries salubres. Cette connexion est si évidente, que dans un rapport auquel vous avez donné votre haute approbation les avantages de la fabrication du gluten granulé de MM. Véron et Cie (de Poitiers) sont établis avec le plus grand soin.

Donner du crédit aux aliments de luxe ayant le gluten pour base remplit donc le double but d'augmenter la masse des subsistances et de rendre plus prochaine la suppression des amidonneries insalubres.

Les partisans de cette fabrication arriérée nous objecteront sans doute qu'ils utilisent les blés et les farines avariés qu'on ne peut livrer à la consommation. Nous avons examiné avec le plus grand soin cette objection, qui, au premier abord, ne paraît pas dénuée de valeur; mais elle tombe d'elle-même devant une étude suivie de ce qui se passe dans les fabriques. Avec les farines et les blés fortement avariés, l'amidon n'a pas cette blancheur parfaite qui le fait rechercher pour ses principaux usages. Les fabriques d'amidon, pour obtenir de belles marchandises, emploient donc de bons blés marchands. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles traitent des farines ou des blés avariés. Leur intervention n'a même aucune importance pour ces cas exceptionnels.

La principale raison d'être des amidonneries insalubres n'est donc pas valable, et il est d'un grand intérêt public de les remplacer par les fabriques opérant l'extraction du gluten et l'utilisant. C'est dans cette direction que M. Martin a travaillé en fabriquant ses vermicelles, ses semoules si riches en gluten, ses pâtes plus chargées de gluten que les meilleurs macaronis d'Italie. C'est, comme nous l'avons dit déjà, pour atteindre ce but d'un bon et fructueux emploi de gluten fourni par des amidonneries salubres qu'a été fondée la fabrique de gluten granulé de MM. Véron.

La fabrication du pain, de la farine, de la semoule de gluten pur entreprise dans le but de satisfaire à un besoin thérapeutique paraît devoir être beaucoup plus restreinte que ces applications à la confection d'aliments usuels. Mais comme ce pain, ces farines de gluten pur se vendent à un prix plus élevé, si la prévision du boulanger de Toulouse, M. Durand, se réalisait, et si la consommation s'en étendait, comme elle paraît le faire dans le rayon de cette ville, le problème de l'emploi lucratif du gluten obtenu par les amidonniers serait résolu.

Pour nous résumer, nous dirons:

Quand une industrie s'attache à perfectionner des produits utiles dans le traitement des maladies;

Quand le développement de cette industrie a pour but d'augmenter la masse des subsistances, en diminuant, ou plutôt en supprimant l'insalubrité d'une profession, les hommes qui se dévouent à ces questions ont droit à toutes nos sympathies.

C'est pour cela que nous avons l'honneur de vous proposer de répondre à M. le ministre que l'Académie a examiné avec intérêt les produits qui lui ont été soumis par M. E. Martin et par M. Durand (de Toulouse), et qu'elle est d'avis que ces ingénieux fabricants méritent d'être encouragés.

M. H. Gaultier de Claubry présente au sujet de ce rapport quelques considérations nouvelles tendant à démontrer qu'une difficulté objectée à ces nouveaux procédés a été levée par M. Martin, et qui viennent par conséquent à l'appui des conclusions du rapport.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Choléra. — M. Jolly termine la lecture de son mémoire sur le choléra.

La première et la deuxième partie de son travail avaient trait principalement à l'étiologie, à la marche de l'épidémie et à la question de la contagion que l'auteur résout par la négative.

Dans cette troisième et dernière partie, il traite de la prophylaxie et du traitement du choléra, après avoir préalablement par l'analyse des symptômes formulé les indications, qu'il fait reposer sur les deux périodes principales de la maladie, la période de dépression et la période de réaction. M. Jolly, après avoir apprécié les différentes méthodes de traitement applicables aux principaux phénomènes morbides qui caractérisent ces deux périodes, résume cette dernière partie de son travail en ces termes:

« Il n'y a ni préservatif, ni spécifique curatif contre le choléra; mais il y a des règles hygiéniques propres à atténuer l'effet des causes locales individuelles de l'épidémie, comme il y a des méthodes thérapeutiques applicables à chaque période de la maladie, comme il y a aussi des indications spéciales à opposer à chaque symptôme en particulier. »

— L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 mars 1854. — Présidence de M. Combes.

M. le président lit la lettre qui lui a été adressée par M. Anatole Roux pour annoncer la perte qu'il vient de faire dans la personne de son père, M. le professeur Roux, vice-président de l'Académie. Il ajoute les paroles suivantes:

« Messieurs, nous avons eu le malheur de perdre, dans le cours de la semaine dernière, deux de nos confrères, M. Mauvais et M. Roux. Le premier nous est enlevé dans la force de l'âge; le second avait fourni une longue et brillante carrière; mais son activité, la force de sa constitution et une santé qui n'avait souffert aucune atteinte jusqu'à ces derniers temps nous faisaient espérer que nous le conserverions encore longtemps.

» Tous les membres de l'Académie qui n'ont pas été retenus par l'état de leur santé ou des devoirs indispensables se sont joints au bureau et aux membres des sections pour rendre les derniers devoirs à nos chers et illustres confrères. MM. Mathieu et Laugier ont dignement exprimé nos regrets aux funérailles de M. Mauvais; M. Velpeau a rendu, au nom de l'Académie, un juste hommage au noble caractère et aux travaux de son vice-président. »

Thérapeutique des névralgies; procédé mixte; section et cautérisation du nerf. — M. Jobert (de Lamballe) adresse sur ce sujet un mémoire que nous publions en entier. (Voir plus haut.)

Injections de perchlorure de fer dans les artères. — MM. Goubaux et Giraldès adressent un mémoire contenant le résultat de leurs expériences sur les injections de perchlorure de fer dans les artères, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie.

Scarificateur-ventouse du museau de tanche. — M. Mayer adresse une description avec figure d'un scarificateur-ventouse du museau de tanche, que nous avons déjà fait connaître à l'époque où l'auteur en a fait la présentation à l'Académie de médecine. (Commissaires: MM. Velpeau, Civiale.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 mars, les présidents actuels des jurys médicaux des circonscriptions des Facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg cesseront leurs fonctions à partir de ce jour. Les jurys médicaux seront présidés:

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Paris, par MM. Grisollé et Malgaigne;

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Montpellier, par MM. Dumas et Fuster;

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, par MM. Erhmann et Rigaud.

— Par un autre arrêté de la même date, les membres des jurys médicaux des départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, nommés par l'arrêté du chef du gouvernement, en date 18 avril 1849, cesseront leurs fonctions à partir de ce jour. Sont nommés membres des jurys médicaux desdits départements, savoir:

1° Pour le département de la Seine, MM. Denonvilliers, Requin et Laugier;

2° Pour le département de l'Hérault, MM. Bouisson, Boyer et Jaumes;

3° Pour le département du Bas-Rhin, MM. Stoltz, Schützenberger et Stœber.

La veuve d'un confrère mort dans une grande détresse nous a prié d'ouvrir dans nos bureaux une souscription en sa faveur. Les moindres sommes seront reçues par elle avec une profonde reconnaissance. Ont déjà souscrit:

MM. Bonnard, 5 fr.; Demarquay, 5 fr.; Guibout, 5 fr.; Dechambre, 3 fr.; Pichon, 5 fr.; Piogey, 5 fr.; Lebatard, 5 fr.; Bisson, 5 fr.; Valleix, 5 fr.; Denonvilliers, 5 fr.; Coquerel, 5 fr.; Trousseau, 5 fr. — Total: 58 fr.

Le Sous.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ouverture des leçons de clinique médicale de M. le professeur Trousseau.

En général, les mois de mars et d'avril sont féconds en maladies inflammatoires, et chaque année, à cette époque, les pleurésies, les pneumonies, les affections catarrhales sont nombreuses. Aujourd'hui, au contraire, par une bizarrerie qui se présente rarement, ces maladies manquent complétement dans le service. Tous nos malades ont des affections variées qui n'ont aucune liaison entre elles, et il n'y a aucune trace d'épidémie. De telles conditions, assurément, seraient désavantageuses dans un cours de pathologie, mais elles sont très favorables pour des leçons de clinique; car cette diversité de sujets se rapproche davantage de ce qu'on voit dans la pratique et la clientèle, où il faut s'attendre chaque jour à rencontrer des maladies qui diffèrent essentiellement les unes des autres.

Les salles contiennent un très grand nombre d'affections chroniques, et c'est réellement une heureuse circonstance : car c'est surtout contre ce genre de maladies que la médecine doit se prémunir. En effet, il faut bien le dire, au point de vue de la thérapeutique, les grands malades, les fièvres typhoïdes, les affections aiguës, offrent le moins d'intérêt; on leur connaît une tendance naturelle à la guérison, il ne s'agit que de les surveiller. Les affections chroniques, au contraire, opposent une opiniâtreté funeste, et c'est à leur égard surtout que la médecine est appelée à mettre à profit toutes les ressources de la thérapeutique.

Parmi les sujets les plus intéressants, on voit en ce moment, dans la salle Saint-Médard, une jeune fille de dix-huit ans, qui n'est malade que depuis quelques jours. Il y a une semaine environ on l'amena chez moi, dit le professeur, et vraiment elle ne présentait rien de bien alarmant. Ses règles venaient de cesser, sa santé paraissait bonne; elle n'avait ni fièvre, ni douleur, et supportait bien ses vêtements; seulement elle se plaignait d'être un peu serrée, et je constatai un léger développement du ventre. Depuis cette époque l'augmentation de volume a fait des progrès énormes, la matité se fait sentir jusqu'au-dessus de l'ombilic; les viscères sont refoulés en haut; cette fille a un épanchement ascite des plus considérables. Je le répète, elle n'a eu que des symptômes peu marqués; à peine de la fièvre; l'appétit n'est qu'affaibli; la douleur n'est même pas très vive. Elle n'est pas chlorotique, on ne peut pas accuser une maladie du foie. Quelle peut donc être, en réalité, la source, l'origine d'un pareil épanchement, alors qu'aucune lésion organique bien avérée ne peut la justifier ? C'est ici qu'il faut étudier les rapports réels de la quotité d'inflammation et l'effusion qui en résulte.

On a le grand tort, en général, de considérer tout épanchement comme la conséquence d'une phlegmasie exagérée. Ici il n'est pas facile de se rendre compte exactement de la nature de l'épanchement, mais il paraît probable qu'il s'agit d'une de ces exhalations de liquide incolore qui se montrent souvent à la surface des membranes séreuses et muqueuses. En pareil cas, c'est donc bien moins la quotité de la phlegmasie que sa nature particulière qu'il faut envisager. Qu'un albuminurique soit pris d'érysipèle, aussitôt toutes les mailles du tissu sous-jacent s'engorgent de sérosité; les épanchements chez lui se font avec une étonnante facilité; la moindre excoriation du prépuce pourra devenir pour lui le point de départ d'un œdème local considérable; mais ici la décomposition générale de l'organisme ne légitime que trop l'extravasation des fluides.

En dehors de toute lésion organique, de toute cachexie, il existe donc une disposition où le moindre accident, qui dans toute autre circonstance aurait passé insignifiant, devient subitement le point de départ d'un flux de liquide plus ou moins considérable. Dans de certaines épidémies d'une ophthalmie très vulgaire, la *cocete*, quelquefois il survient un écoulement de larmes si abondant que le visage en est inondé; dans certaines phlegmasies très simples de la muqueuse gastro-intestinale, il se fait un flux bilieux si abondant que les malades en sont tout épuisés; enfin, ne voit-on pas souvent une inflammation de la plèvre presque dénuée de symptômes généraux donner lieu à une exsudation de sérosité assez forte pour combler rapidement la cavité thoracique et nécessiter une ponction évacuative sous peine de faire périr le malade ? Il faut donc le reconnaître, si dans ces différents cas on avait affaire à une phlegmasie, du moins elle était de forme spéciale et d'une nature particulière; c'est ainsi que la diphthérite, qui peut passer pour une inflammation spéciale par excellence, a pour caractère prédominant de donner lieu à un flux de sérosité dont la quantité dépasse parfois toute idée, et certes le plus souvent les symptômes sont bien loin d'être en rapport avec le volume du liquide écoulé.

La jeune fille qui fait le sujet de cette leçon présente un véritable type de la phlegmasie dont nous parlons, à l'encontre de ce qu'on verrait pour une nouvelle accouchée prise de péritonite aiguë, chez laquelle, après beaucoup de douleurs, de fièvre, de symptômes effrayants, il ne se serait exhalé en définitive qu'une médiocre quantité de pus; chez elle, avec très peu de fièvre, très peu de symptômes généraux, il s'est formé une collection qui doit dépasser dix litres.

Cette forme d'épanchement emprunte beaucoup de sa gravité à la disposition de l'organe ou de la région qui en est le siége. Dans l'abdomen, il occasionne un peu de gêne et d'embarras; mais, en somme, au bout de quelque temps tout se case, s'ordonne facilement. On connaît des gens qui vivent longtemps avec une ascite considérable; qu'un pareil épanchement, au contraire, développé dans la plèvre aille jusqu'au point de remplir la cavité thoracique, les viscères sont déplacés, les poumons refoulés et comprimés contre les médiastins, le cœur est tordu sur lui-même, et avec d'aussi graves lésions il faut s'attendre à tout instant à une syncope mortelle. Dans ces deux cas, il semblerait donc qu'on dût recourir avec des chances égales à la ponction évacuative, mais c'est là précisément une erreur des plus graves. La ponction, qui réussit si bien dans l'épanchement thoracique, est presque toujours funeste quand on la pratique à l'abdomen pour la maladie dont on parle. Tout le monde sait qu'on peut dans le cas d'hydropisie ovarique pratiquer la ponction un très grand nombre de fois et sans danger; ici il n'en est plus de même : à quoi tient cette différence ? Il est difficile de le dire; mais toujours est-il constant que quatre fois de suite on a vu une péritonite mortelle suivre cette opération.

Quelle doit donc être la thérapeutique? Cette affection, qui est plus commune chez les enfants de cinq à six ans et chez les jeunes gens de seize à dix-huit ans qu'à tout autre âge, a une propension réelle à guérir d'elle-même, quand elle n'est pas compliquée de tubercules. On conçoit que quand il y a déjà une disposition tuberculeuse, cet accident ne fait qu'en hâter les progrès; le péritoine, le mésentère, les épiploons se prennent, et le malade est enlevé rapidement.

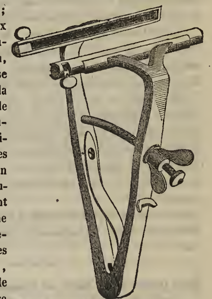
Quoi qu'il en soit, on pourrait donc en général se borner à l'expectation; la maladie céderait à la longue. Mais on peut hâter la guérison au moyen d'un traitement dont le calomel, les cataplasmes de ciguë et les purgatifs forment la base. On peut d'ailleurs leur adjoindre les frictions avec la teinture d'iode et la digitale. Le calomel est administré à la dose de 5 centigrammes en dix ou douze prises dans la journée, *fracta dosi*. Il donne lieu à des selles abondantes et répétées; c'est un purgatif énergique. Si on y revient trois ou quatre jours de suite, on voit survenir le gonflement des gencives et de la langue, signes assurés d'une saturation mercurielle, et il agit dès lors comme médicament altérant. Quant aux cataplasmes de ciguë, ils reviennent très cher. Pour en rendre l'emploi accessible aux gens les moins fortunés, on les confectionne de la manière suivante : sur un cataplasme de farine de lin ordinaire, on étend une pâte faite avec trois ou quatre cuillerées de ciguë délayée dans une eau de graine de lin fortement mucilagineuse, et ce topique possède toutes les propriétés qu'on pourrait attendre d'un cataplasme tout entier de ciguë. Les frictions iodurées se pratiquent suivant la méthode donnée par M. Ricord, qui en a obtenu de bons résultats contre certaines hydrocèles commençantes. La teinture d'iode mêlée d'alcool est étendue par couches légères sur la peau de l'abdomen avec un pinceau doux en blaireau, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une teinte bistrée d'une certaine étendue. Quand on a répété ces frictions plusieurs jours de suite, il s'est opéré une véritable vésication superficielle; la peau est fendillée, gercée, et l'épiderme s'enlève par écailles.

De la cautérisation circulaire de la base des tumeurs hémorrhoïdales internes, compliquées de procidence de la muqueuse du rectum.

Il y a une dizaine d'années environ, M. le docteur Alphonse Amussat, en qui l'esprit pratique et ingénieux semble être héréditaire, eut l'idée de détruire les tumeurs hémorrhoïdales par la cautérisation de leur base à l'aide de pinces à rainures chargées de caustiques Filhos. L'expérience a démontré depuis qu'on pouvait obtenir par ce moyen la guérison de certaines tumeurs hémorrhoïdales anciennes volumineuses, et qu'avec elles disparaissaient les hémorrhagies, les ulcérations qui les compliquaient. Ces tumeurs hémorrhoïdales s'accompagnant souvent aussi d'une procidence plus ou moins étendue de la muqueuse rectale, il restait à savoir si par le même procédé on remédierait aussi facilement à cette complication. L'expérience a de nouveau confirmé cette fois encore l'espoir que ce jeune chirurgien avait conçu à cet égard. C'est ce que démontrent en effet plusieurs observations consignées dans une brochure que vient de publier M. Alph. Amussat sur ce sujet, et à laquelle nous empruntons la description du procédé qu'il met en usage pour atteindre ce résultat.

Dans les cas ordinaires, c'est-à-dire pour les hémorrhoïdes internes simples, M. Amussat se sert de pinces en forme de compas à lames protectrices, plus commodes lorsqu'il s'agit de porter la cautérisation dans un point élevé du rectum; mais pour le cas dont il s'agit ici, il se sert de préférence des pinces en T de son père, ou de celles qu'il a fait exécuter lui-même sur le même modèle, avec de très légères modifications. En effet, lorsqu'il existe des hémorrhoïdes volumineuses, avec procidence de la muqueuse plus ou moins étendue, les bourrelets s'épanouissant largement au dehors, il est alors très facile d'en cautériser la base.

Cet instrument se compose de deux branches soudées à ressort à l'une de leurs extrémités; à l'autre, elles portent deux cuvettes en acier, perpendiculaires à leur direction, et disposées de manière à se trouver en face quand la pince est fermée ou qu'elle embrasse la base de la tumeur que l'on veut cautériser. Deux petites lames en maillechort, ayant un mouvement de rotation autour des cuvettes, qui sont cylindriques, portent à une de leurs extrémités une petite oreille, destinée à les faire mouvoir et, par suite, à couvrir ou à découvrir le caustique quand on le juge convenable. Un écrou à volants est destiné à serrer les branches de l'instrument. Les deux lames de maillechort, auxquelles M. A. Amussat a donné le nom de *lames protectrices*, ont remplacé en partie les pinces préservatrices dont il se servait dans l'origine pour isoler complétement les tumeurs des parties voisines avant de les cautériser. Quand les lames protectrices sont placées au-devant des cuvettes, le caustique étant entièrement couvert, on peut saisir les tumeurs, les abandonner, les reprendre de nouveau, faire glisser les cuvettes à une plus ou moins grande hauteur, sans que le malade éprouve la moindre sensation pénible.



Les cuvettes de l'instrument sont remplies avec du caustique de Filhos (potasse caustique à la chaux, 2 parties; chaux vive, 1 partie) en pâte solide.

M. A. Amussat a fait exécuter sur ce modèle des pinces qui n'en diffèrent que très légèrement. Cet instrument, auquel il a donné le nom de *pince porte-caustique à étau*, construit tout à la fois sur le modèle de la pince de M. Amussat père et d'un petit étau à main, en diffère en ce que les cuvettes, mobiles sur leur axe, placées dans d'autres cuvettes soudées aux branches de la pince, peuvent être retirées, et que l'on peut y couler facilement du caustique de Filhos en fusion. De plus, la résistance de ses branches permet de comprimer la tumeur comme avec un étau, et d'en produire la mortification par écrasement. Cette pince agit donc tout à la fois par cautérisation et par écrasement combinés, et permet d'opérer plus promptement, puisque chacune de ces deux actions isolées suffit, mais avec plus de temps, pour arriver à la mortification de la tumeur. Quand on veut se servir de ces

pinces, on retire les cuvettes et on y coule du caustique Filhos en fusion, de manière à affleurer les bords sans les dépasser. Alors on enferme les deux petites cuvettes dans un flacon bouché à l'émeri et rempli de chaux pulvérisée, afin de préserver le caustique du contact de l'air et de l'humidité. Au moment de l'opération on les essuie, on les replace dans les pinces et on leur imprime un mouvement de rotation qui met le caustique à couvert jusqu'au moment où il doit agir sur les tissus.

Le malade étant convenablement préparé plusieurs jours à l'avance par des dépuratifs, des bains, un régime doux, une saignée même, si cela est jugé nécessaire, et un purgatif huileux ; les objets nécessaires à l'opération étant prêts (une ou deux pinces porte-caustique, du caustique Filhos pulvérisé, de l'alcool, un siphon à irrigation continue, un clyso-pompe, etc.), on procède à l'opération comme il suit :

Le malade placé sur un lit comme pour l'opération de la fistule à l'anus, et se livrant à des efforts de défécation pendant que des aides écartent soigneusement les parties voisines, l'opérateur, tenant de la main droite la pince porte-caustique dont les cuvettes sont recouvertes, de manière à pouvoir toucher les tissus sans causer la moindre sensation pénible, saisit doucement la tumeur sans la comprimer, et engage le malade à faire des efforts encore plus énergiques, s'il est possible, afin de lui permettre de glisser l'instrument à la hauteur qu'il juge convenable. Ce temps de l'opération, très important dans tous les cas, l'est surtout dans celui-ci. Quand la pince est bien placée, il serre l'écrou suffisamment pour que la tumeur ne lui échappe pas, mais de manière à pouvoir retourner les cuvettes ou les lames protectrices avec facilité.

Lorsque le caustique se trouve en rapport avec les tissus, on serre l'instrument autant que possible, et graduellement, afin de porter la compression à son maximum. En agissant ainsi, on abrège la durée de l'opération et l'on diminue la douleur, le malade ne se plaignant le plus souvent que de la pression. Immédiatement on commence la douche d'eau froide, et on la continue pendant toute la durée de l'opération, qui varie de deux à quatre minutes. Avec de fortes pinces et du caustique coulé, deux minutes sont plus que le temps nécessaire à la cautérisation. Ce temps, on le conçoit facilement, varie suivant le volume des tumeurs que l'on veut détruire.

Alors on retire l'instrument en le desserrant graduellement, et en ayant le soin de recouvrir les cuvettes pour ne pas toucher les tissus voisins avec le caustique. Les aides doivent maintenir les parties écartées, et on engage de nouveau le malade à faire des efforts d'expulsion, afin que les tissus cautérisés, et sur lesquels il reste encore un peu de caustique dont l'action n'est pas éteinte, ne cautérisent pas ceux que l'on doit ménager.

L'opération terminée, on a soin de continuer les irrigations d'eau froide sur l'anus à l'intérieur, afin de neutraliser les dernières parcelles de caustique qui n'auraient pas agi.

Immédiatement après l'opération, le malade se place dans un grand bain, et quand les tumeurs ont baigné pendant quelques instants dans l'eau, on les fait rentrer. Au sortir du bain, on applique sur la région anale des cataplasmes.

Dans les cinq ou six cas où M. Alph. Amussat a appliqué ce procédé, l'opération a toujours été, entre ses mains, d'une innocuité parfaite dans ses suites immédiates ; la cautérisation a guéri en même temps les hémorrhoïdes et le prolapsus de la muqueuse du rectum, et dans aucun cas il n'a vu que la guérison des hémorrhoïdes ait eu aucun inconvénient pour la santé générale des malades.

Nous croyons ce procédé digne d'être signalé à l'attention des chirurgiens, à qui les occasions ne manqueront pas de l'expérimenter.

De la thoracentèse suivie de l'injection iodée dans le traitement de l'hydrothorax et de l'hydropneumothorax.

Nous avons rapporté dans le numéro du 17 septembre de l'année dernière un fait d'hydropneumothorax observé dans le service de M. Andral, à la Charité, et traité par la ponction du thorax suivie de l'injection iodée. Nous nous étions engagé à revenir sur ce fait, dont nous n'avions pu donner à cette époque qu'une relation incomplète, le malade étant encore en traitement. Nous avons à compléter aujourd'hui l'histoire de ce fait, qui a offert des péripéties assez curieuses, et qui s'est en définitive terminé par la mort, et à le rapprocher des quelques faits analogues qui se sont produits depuis peu dans la science, pour tâcher d'en déduire quelques enseignements cliniques.

Rappelons d'abord en deux mots les principales circonstances qui ont précédé et motivé le traitement mis en usage et les résultats immédiats qui l'ont suivi.

On se rappelle qu'il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années environ, chez lequel on avait constaté tous les signes d'un hydropneumothorax du côté gauche, dont l'origine paraissait remonter à une pleurésie qu'il avait eu deux ans auparavant. Trois ponctions, dont les deux dernières suivies d'injections iodées, avaient été successivement pratiquées dans un laps de temps de huit à dix jours environ à l'époque où nous avons rapporté ce fait, et nous avions pu constater l'innocuité parfaite de chacune de ces opérations, et le soulagement qui en était résulté chaque fois.

C'est à ce point que nous reprenons maintenant l'histoire de ce malade.

Nous avons dit que la première injection contenait 25 grammes de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium pour 200 grammes d'eau. Dans la seconde, pour la même quantité de véhicule, la teinture était élevée à 50 grammes.

Le 14 septembre (la deuxième injection avait été faite le 9, et la première le 6 septembre), troisième injection, faite cette fois avec :

Eau.	200 grammes
Teinture d'iode.	75 —
Iodure de potassium.	4 —

Après chacune des injections précédentes on constate une amélioration dans l'état général, du soulagement, plus de liberté dans la respiration ; sommeil paisible, point de fièvre. La même amélioration générale semble suivre la troisième injection.

Le 20, on en pratique une quatrième avec 100 grammes de teinture d'iode et 8 grammes d'iodure de potassium pour 200 grammes d'eau.

Cette fois il se manifeste de légers accidents d'iodisme (céphalalgie, sécheresse de la gorge et des fosses nasales). Même état d'ailleurs, à cela près.

Cinquième injection le 24, avec 150 grammes de teinture d'iode et 8 grammes d'iodure de potassium.

Cette dernière opération fut suivie d'une douleur vive au côté gauche, avec fièvre et céphalalgie. Le lendemain la peau était rouge, gonflée et douloureuse autour de la petite plaie ; le tissu cellulaire sous-cutané était le siége d'une inflammation emphysémateuse. Après quelques jours, une légère compression ayant été exercée sur les tissus emphysémateux, ces accidents se dissipèrent graduellement ; la plaie se cicatrisa et l'état général du malade redevint ce qu'il était avant cette dernière ponction.

Le malade sortit à cette époque de l'hôpital pour revoir sa famille, et rentra un mois après, étant retombé dans le même état où il était lors de sa première entrée à l'hôpital.

On pratique, en conséquence, le 16 novembre, une nouvelle ponction, qui donne issue à un litre environ de liquide jaunâtre, épais, inodore, purulent, accompagné d'une certaine quantité de gaz, sans fétidité, et une sixième injection iodée contenant 50 gram. de teinture d'iode et 2 gram. d'iodure de potassium. Cette nouvelle injection, sauf quelques légers accidents d'iodisme, est aussi innocente dans ses résultats que les quatre premières, mais elle n'est pas suivie du même soulagement. On constate les jours suivants de la résonnance à la partie antérieure de la poitrine ; une fièvre continue s'allume, avec exaspération le soir ; de l'inappétence, de la soif, de l'insomnie, en un mot tous les signes de la dernière évolution d'une tuberculisation latente, et qui n'avait pu jusque-là qu'être soupçonnée, éclatèrent simultanément, et bientôt le malade, sentant sa fin prochaine, demande sa sortie définitive pour aller mourir au sein de sa famille.

Tels ont été les principaux incidents, et telle a été la fin de l'histoire de ce malade ; histoire qui nous montre un exemple, sinon de l'efficacité des injections iodées contre une maladie trop grave et trop avancée évidemment pour qu'il fût possible d'en espérer autre chose qu'un amendement momentané ; qui nous montre du moins, disons-nous, un exemple de l'innocuité de ces injections pratiquées à si haute dose et sur une aussi large surface, et du parti qu'il serait possible de tirer de ce moyen dans des cas moins graves et moins compliqués. Or, des cas de ce genre se sont déjà présentés.

L'examen de quelques-uns de ces faits sera l'objet d'un article dans notre prochaine Revue.

Encore un mot sur l'anesthésie locale à l'occasion d'un nouveau cas de mort par le chloroforme.

Nous venons d'apprendre un nouveau cas de mort par le chloroforme. Cette fois ce malheur est arrivé dans l'un des services des hôpitaux de Paris, et entre les mains d'un jeune chirurgien dont nous ne croyons pas qu'on puisse suspecter dans cette circonstance ni la prudence ni l'habileté. Nous manquons, d'ailleurs, entièrement de détails suffisants pour nous permettre de nous livrer aujourd'hui sur ce fait à aucun commentaire direct ou indirect. Mais nous saisirons cette occasion pour revenir, et cette fois d'une manière plus générale, sur la méthode de l'anesthésie locale, qui ne nous en paraît que mieux mériter d'être prise en sérieuse considération par les chirurgiens. L'anesthésie locale nous semble devoir gagner d'autant plus de terrain dans la pratique que la répétition d'événements semblables à celui que nous venons de signaler serait de nature à en faire perdre à l'anesthésie générale. Expliquons-nous sur ce point.

Nous sommes loin, à coup sûr, de vouloir nous poser en adversaire de l'anesthésie générale. L'anesthésie générale a rendu et rend tous les jours de trop grands services à la pratique pour qu'on puisse, malgré les dangers auxquels elle expose, songer à s'en priver ; elle est devenue désormais un auxiliaire indispensable de la chirurgie, qui lui doit des ressources nouvelles des plus précieuses dans une foule de circonstances. Aussi sommes-nous de ceux qui pensent, avec l'immense majorité des praticiens, que l'anesthésie est définitivement acquise à la chirurgie, et qu'il est désormais aussi impossible de s'en passer qu'il le serait aujourd'hui, comme on l'a très justement dit, de renoncer à l'usage des chemins de fer en vue des éventualités funestes qui y sont attachées. Mais la question n'est pas là.

Il ne s'agit pas le moins du monde de renoncer à l'anesthésie générale et de lui substituer pour tous les cas telle ou telle méthode d'anesthésie locale. La question que nous posons à nos confrères est celle-ci : L'anesthésie générale peut-elle être suppléée avec avantage dans certains cas par l'anesthésie locale ? Quelles sont les circonstances pour lesquelles il serait utile de mettre entre les mains des praticiens un moyen inoffensif de prévenir ou d'atténuer les douleurs d'une opération ? Il est évident qu'il faut mettre ici hors de cause et les grandes opérations qui exigent de larges et profondes pertes de substance et qui nécessitent une insensibilité complète, générale et prolongée pendant un certain temps, et surtout les opérations qui exigent comme condition essentielle de succès le relâchement plus ou moins complet de la totalité ou d'une partie du système musculaire. Hors ces cas, et lorsqu'il s'agira d'une opération superficielle, d'une incision, d'une ouverture d'abcès, d'une ablation de tumeur sous-cutanée, d'un débridement, etc., en un mot des opérations les plus communes et les plus usuelles, celles que tous les praticiens sont journellement appelés à pratiquer sans être spécialement chirurgiens, qui est-ce qui ne serait heureux de posséder un pareil moyen ? Or ce moyen existe ; les expériences nous paraissent suffisamment multipliées maintenant pour affirmer que dans la grande majorité des cas on peut compter sur son efficacité. Aussi n'est-ce pas sans quelque surprise que nous avons rencontré de l'opposition de la part de quelques chirurgiens. Que quelques-uns de nos chirurgiens des hôpitaux familiarisés de longue main avec le chloroforme se croient assez sûrs d'eux-mêmes pour affirmer qu'ils n'ont jamais redouté les effets de cet agent et qu'à tout événement ils ne se laisseraient nullement émouvoir, certains qu'ils sont de conjurer le danger, cela fait honneur sans doute à leur habileté autant qu'à leur confiance ; mais ils voudront bien nous permettre de ne point partager complétement cette confiance en présence des événements de la nature de celui qui vient tout récemment de se produire. Et, certain à notre tour de l'assentiment de l'immense majorité des praticiens, nous n'hésiterions pas à taxer désormais de témérité le chirurgien qui, ayant dès aujourd'hui à sa disposition un moyen aussi sûr qu'inoffensif d'insensibiliser une région circonscrite de la peau, aurait recours à l'anesthésie générale pour l'une de ces nombreuses opérations qui n'exigent qu'une insensibilité superficielle de courte durée, en tant, bien entendu, qu'il s'agit d'une région accessible à l'emploi de ce moyen.

Nous aurions aussi à répondre à quelques objections qui nous ont été faites relativement au procédé que nous avons préconisé. L'emploi d'un mélange réfrigérant, nous a-t-on dit, est plus simple encore, et tout aussi efficace que la volatilisation sur place d'un éther. C'est là un point de comparaison que nous aborderons plus tard, ainsi que celui qui est relatif à l'étude des effets comparatifs des différents éthers. Nous n'avons pas prétendu, loin de là, que le dernier mot fût dit sur la méthode anesthésique locale, qui n'en est encore qu'à ses débuts. C'est la méthode générale que nous avons préconisée. Quant aux procédés, ils peuvent varier à l'infini ; nous n'avons encore aucun motif de donner une préférence définitive à tel ou tel d'entre eux. Nous avons raconté ce que nous avons vu ou fait nous-même. Nous faisons appel à tous les chirurgiens pour conduire ces premiers essais au terme de perfectionnement dont ils sont susceptibles.

Cure radicale et immédiate d'une attaque de nerfs.

M. Judée, élève des hôpitaux, a mis en usage assez souvent, et encore dernièrement à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Briquet, un moyen qui lui a réussi pour faire cesser immédiatement une attaque de nerfs.

Ce moyen, dit l'auteur, consiste à appliquer la main imbibée d'eau très froide, ou mieux encore d'eau glacée, sur la poitrine de la malade, et à frictionner. Quelquefois même l'application de la main suffit. Ce n'est que dans les accès violents que les frictions sont nécessaires.

Quand la main a été réchauffée après quelques frictions, on la trempe de nouveau dans l'eau et l'on recommence à frictionner.

On répète les frictions tant que la malade, dont les mouvements convulsifs *cessent presque immédiatement* ainsi que la perte de connaissance, vous dit qu'elles lui font du bien.

Je ne puis pas encore dire combien de temps il faut frictionner ; mais ce que je puis affirmer dès à présent, c'est qu'en général en dix minutes les attaques, même les violentes, ont disparu sous l'influence de cette médication.

Plus tard, je me réserve d'entrer dans de plus grands détails.

Dr Brochin.

INFIRMERIE ROYALE D'ÉDIMBOURG.

M. Mackensie, chirurgien.

Luxation en arrière de l'extrémité interne de la clavicule. Réduction.

John Combe, âgé de vingt-six ans, homme petit et bien musclé, est apporté à l'hôpital quelques minutes après l'accident suivant :

Il marchait dans la rue ; il glisse, tombe en avant, et va frapper du bord antérieur de la clavicule un gros morceau de bois. Pendant un instant il ne peut se relever. Une fois sur ses pieds, on est forcé de le soutenir des deux côtés pour le conduire à l'hôpital, distant de deux à trois cents *yards* (100 à 150 mètres). J'étais présent à son arrivée.

L'épaule droite était déjetée en arrière, et le cou était tellement ployé que le menton reposait sur le sternum. Les veines du cou et de la partie supérieure des tempes étaient fortement dilatées ; la congestion veineuse rendait livides la bouche et les lèvres. Il chancelait

quand il voulait essayer de marcher, et ne répondait qu'avec beaucoup de peine aux questions que je lui faisais. En levant la tête, on voyait clairement la nature du mal.

La proéminence de l'extrémité sternale de la clavicule était effacée; on pouvait suivre avec les doigts la direction de l'os qui, de son extrémité acromiale, s'effaçait en arrière jusqu'à son extrémité interne, pour disparaître derrière le sternum.

J'ordonnai à un aide de poser son genou entre les deux épaules du malade, de saisir la partie antérieure des épaules, et d'exercer une vigoureuse traction en arrière. Un second aide soutenait la tête en plaçant ses mains sous le menton. En même temps, j'essayai de glisser mes doigts derrière la clavicule, près de l'épaule, pour forcer la clavicule en avant. Cette première tentative eut un plein succès; un bruit distinct nous apprit que l'os avait repris sa place normale.

L'obstruction veineuse et l'état semi-comateux produit par la pression exercée sur le tronc brachio-céphalique par la clavicule disparurent, et dans l'espace de deux ou trois minutes le malade avait entièrement recouvré ses sens et marchait fort bien. Un peu de tuméfaction suivit la réduction, mais elle avait presque disparu lorsque dix jours après le malade sortait de nos salles.

(*The Edinburg medical and surgical journal.*)

Cette observation présente beaucoup d'intérêt, car la luxation en arrière de l'extrémité sternale de la clavicule est si rare, qu'elle fut niée par J.-L. Petit, par Sanson, Boyer. Elle fut admise par Desault et A. Cooper, et M. le professeur Nélaton, dans ses *Eléments de pathologie chirurgicale*, cite dix observations seulement sur lesquelles repose l'histoire de cette luxation. C'est donc un nouveau fait à ajouter à la bien courte liste de ceux déjà connus.

E. D.

UN MOT SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES NÉVRALGIES.

Procédé mixte. — Section et cautérisation du nerf (1).

Par M. le docteur Jobert (de Lamballe).

(Académie des sciences, séance du 29 mars 1854).

Obs. II. — *Névralgie utérine violente. — Insuccès de différents traitements. — Application du fer rouge.*

Mme M... consulta pour la première fois mon honorable confrère le docteur Oliffe, le 25 septembre 1853. Elle se plaignit alors de douleurs internes dans la région hypogastrique, s'étendant principalement du côté gauche. Les douleurs revenaient par accès et suivaient le trajet des nerfs sciatique et crural du membre abdominal gauche. La malade boitait pendant la marche, qui ne pouvait avoir lieu sans de grandes souffrances. Le membre parut à notre confrère raccourci; mais en examinant les membres dans la position horizontale, il reconnut bientôt qu'ils avaient la même longueur et qu'il n'existait dans l'articulation coxo-fémorale aucune lésion.

Mme M... raconta à M. Oliffe que depuis plus de quatre années elle n'avait pu marcher sans boiter et sans éprouver de vives souffrances qui rendaient l'appétit nul et lui faisaient perdre ses forces.

Cette dame continuait à être bien réglée, et disait qu'elle n'avait eu ni enfants ni fausses couches. Dans l'Inde, elle subit différents traitements qui ne furent pas couronnés de succès. Lorsque M. Oliffe eut l'occasion de donner des soins à Mme M..., voici quel était son état :

1° L'orifice du col utérin était tellement rétréci qu'on le crut oblitéré.

2° Le col était déjeté à gauche et adhérent dans un point de sa commissure à la paroi correspondante du vagin. L'adhérence était représentée par une espèce de bride courte, dure et résistante.

3° Le corps de l'utérus était évidemment augmenté de volume, comme le palper abdominal et le toucher vaginal le prouvèrent.

4° La sensibilité abdominale, hypogastrique était extrême.

M. le docteur Oliffe ayant bien voulu m'appeler en consultation, je fus frappé par l'amaigrissement général de la malade, par sa pâleur, sa physionomie douloureuse et l'agitation dans laquelle elle se trouvait. C'est alors que j'appris qu'elle avait déjà subi plusieurs opérations, et qu'on avait tenté de dilater le conduit utérin sans résultat.

Mon confrère et moi nous pensâmes qu'il était urgent d'abord de détruire la bride inodulaire qui déplaçait le col utérin, et de dilater les orifices de l'utérus, afin que le sang des règles pût s'écouler plus facilement, ainsi que les liquides qui s'accumulaient dans sa cavité.

Nous procédâmes donc à la section de la bride, et nous nous occupâmes ensuite d'élargir les orifices interne et externe de l'utérus au moyen d'un urétrotome.

Cette opération fut pratiquée le 9 décembre. La région hypogastrique se développa davantage, et elle sembla s'élever au-dessus des pubis.

L'augmentation de la tumeur parut due à un amas de liquide qui s'était fait dans la cavité utérine; et, en effet, des caillots s'échappèrent par la vulve, ce qui nous fit penser que l'augmentation de volume était bien le résultat d'une accumulation de sang. De la glace pilée, mise dans une vessie appliquée sur la région hypogastrique, arrêta tout écoulement de sang; mais les douleurs névralgiques n'en persistèrent pas moins, elles conservaient toute leur intensité, se montraient par crises, et les douleurs, qui jetaient la malade dans une grande agitation, se prolongeaient le long du nerf sciatique. C'est alors que M. Oliffe et moi nous pensâmes qu'il convenait d'agir sur le col de l'utérus avec le cautère actuel. Cette cautérisation ne fut nullement douloureuse, et fut bientôt suivie d'une diminution notable des douleurs, qui n'ont pas tardé à disparaître tout à fait.

Aujourd'hui, 8 mars 1854, Mme M... marche sans claudication, les règles paraissent aux époques ordinaires, les forces renaissent et elle a recouvré sa gaieté habituelle. Un changement aussi remarquable fit penser à M. Oliffe et à moi que la guérison se maintiendrait.

Comme on le voit, la cautérisation, faite superficiellement avec le fer rouge, n'attaque pour ainsi dire que l'épiderme, et à peine le corps muqueux, lorsqu'elle est bien faite. Sans être de l'avis d'un chirurgien célèbre qui croyait qu'elle était souvent plutôt agréable que douloureuse, je la regarde comme très supportable, et nullement comparable, par conséquent, à une simple douleur névralgique. C'est à tel point que les malades, lorsqu'une première application du feu a échoué, en réclament une seconde avec instance.

La cautérisation transcurrente n'est que bien rarement suivie de troubles fonctionnels, et c'est tout au plus si on observe un léger mouvement fébrile provoqué alors par l'entamure plus ou moins profonde de la peau. Ce n'est certainement pas là un accident, puisqu'on peut le faire cesser par l'application des réfrigérants, et puisque d'ailleurs on peut le prévenir en effleurant seulement la peau avec le fer. Par l'application de la glace pilée dans une vessie, ou simplement de compresses trempées dans de l'eau froide, on prévient la suppuration, le bourgeonnement et les cicatrices, et aussi tous les phénomènes réactionnels. A la chute de l'épiderme charbonné, on voit paraître une pellicule blanchâtre qui passe à l'état d'organisation sur tous les points de la surface de la brûlure à la fois. Ce phénomène est curieux à étudier pour l'homme de l'art qui veut se rendre compte alors de ce qui se passe.

On doit peu s'occuper de la douleur déterminée par le fer rouge, lorsqu'on songe que le chloroforme, une des plus belles découvertes de ce siècle, peut être employé pour rendre insensible pendant l'application du fer rouge. Ainsi qu'on l'a vu dans une de nos observations, chaque fois que la cautérisation est devenue nécessaire, le chloroforme employé n'a pas empêché le calorique de produire les bons résultats dont j'ai rendu compte.

Comment a agi sur mes malades le fer rouge? Est-ce en déplaçant la douleur ou bien en modifiant la sensibilité du nerf? Il est difficile de se prononcer relativement à l'héroïque influence du fer rouge dans les névralgies. Il faudrait mieux connaître le rôle que jouent les nerfs relativement au mouvement et à la sensibilité pour oser établir une théorie de quelque valeur.

Si on réfléchit à ce qui s'est passé sur les parties touchées par le fer rouge, on devra être frappé par l'absence de traces pour ainsi dire du passage du calorique. La peau n'est ni ridée, ni froncée, ni couverte d'un tissu cicatriciel, si apparent au contraire lorsque le fer a profondément intéressé un tissu sur lequel il a été fortement appliqué. Mais aussi j'insisterai sur ce que j'ai dit relativement à l'emploi de la glace, qui dans les brûlures profondes a prévenu toute cicatrice apparente.

La cautérisation actuelle peut-elle toujours suffire pour anéantir une névralgie tenace et violente?

On peut répondre qu'elle triomphera dans le plus grand nombre des cas de l'état douloureux d'un nerf s'il n'est pas lié à quelque lésion centrale des renflements nerveux ou s'il ne dépend pas d'une tumeur développée sur le trajet des racines des nerfs. Cependant il est des cas dans lesquels, lors même qu'il n'existe aucune des causes que je viens de signaler, le fer rouge seul ne peut obtenir la guérison, et c'est pour cela qu'on a conseillé d'attaquer le nerf avec l'instrument tranchant et d'en exciser une portion. Toutefois ce dernier moyen est loin de mettre les malades à l'abri d'une récidive. Jamais l'incision ou l'excision d'un nerf n'ont procuré le soulagement qu'entraîne à sa suite la cautérisation transcurrente. Il n'en est pas de même de la section du cordon nerveux et de la cautérisation de ses deux extrémités. Ce procédé mixte consiste dans l'union de la division et de la cautérisation du nerf.

Le nerf peut être mis à découvert par le bistouri et touché sur son enveloppe, ou bien il peut être complétement interrompu par le bistouri et ses deux extrémités être attaquées par le fer incandescent.

L'incision et la cautérisation immédiate du nerf peuvent produire des effets très remarquables, suivant qu'il sera cautérisé superficiellement ou détruit par le feu. Dans le premier cas, la sensibilité et le mouvement seront conservés, et dans le second ils seront abolis.

La cautérisation superficielle du nerf convient, parce qu'elle permet de conserver les fontions du nerf tout en anéantissant la névralgie. Toutefois l'action directe du fer rouge sur le nerf, après avoir mis celui-ci à découvert par une simple incision, ne me paraît pas devoir remplir les intentions du chirurgien lorsque la douleur est violente et étendue à une grande surface, et ce n'est pas trop en de semblables circonstances de comprendre tout à la fois les parties molles, le tronc du nerf et même ses rameaux dans une section suivie de la cautérisation immédiate des surfaces saignantes et nerveuses.

Je propose donc d'attaquer le nerf malade par le point le moins dangereux et le plus accessible à l'instrument.

Le fer et le feu conviennent lorsque la douleur permanente qui s'irradie sur une grande surface, en se prolongeant jusqu'à la racine et à la partie ramifiée du nerf, n'a pu être détruite par aucun moyen.

Lorsqu'il s'agit des nerfs de la face, autant que possible, il convient de mettre le nerf à découvert par la muqueuse buccale, afin d'éviter toute trace de cicatrice apparente. Ainsi les nerfs mentonnier, buccal, sous-orbitaire peuvent être attaqués par la bouche par une incision qui comprend à la fois tous les tissus et le cordon nerveux lui-même, ou bien par une dissection successive des diverses couches qui le recouvrent.

Le premier mode opératoire est sans aucun doute préférable, parce que la douleur de la section du nerf se confond avec celle des autres tissus. Toutefois, lorsqu'une semblable opération est pratiquée, il faut donner une étendue assez considérable à la plaie pour pouvoir appliquer le fer rouge sans difficulté.

Après la section et la cautérisation, toute sensibilité et tout mouvement sont anéantis dans les parties où le nerf va se distribuer.

Les malades ne peuvent apprécier ni la température ni le mode d'action des aliments; ils ressentent comme un poids dans les parties, et on s'aperçoit alors d'un relâchement et d'un affaissement réels de l'organe, qui a perdu en partie la sensibilité et le mouvement.

Il n'en est pas de la cautérisation des bouts du nerf comme de la division simple, qui permet au mouvement et à la sensibilité de se rétablir.

On sait que les branches nerveuses divisées et mises en contact permettent le rétablissement du mouvement et de la sensibilité, ainsi que les remarquables expériences de M. Flourens l'ont prouvé.

La cautérisation directe des deux bouts du nerf divisé ou l'action superficielle du fer rouge à la surface de son enveloppe conviennent donc contre les névralgies violentes, soit qu'elles reparaissent sans cesse, soit que toute médication rationnelle ait échoué, soit qu'elles affaiblissent le sujet par leur continuité, soit qu'enfin les douleurs, après avoir parcouru le tronc et les racines du nerf, se soient fixées sur un point limité d'où il n'est plus possible de les déloger.

Dernièrement, avec mon distingué confrère le docteur Levaillant, j'ai vu un malade chez lequel une névralgie sciatique violente, après avoir parcouru le tronc et les branches, s'était fixée dans l'étendue d'un demi-pouce au creux poplité; elle se réveillait toutes les fois que le malade voulait se lever; il survenait alors de l'engourdissement, des tiraillements dans le membre, et il se trouvait dans l'impossibilité de marcher et de se tenir debout.

Je terminerai ces réflexions par une observation de section et de cautérisation du nerf sous-orbitaire.

Obs. III (1). — *Névralgie sous-orbitaire violente. — Sangsues. — Frictions avec l'huile de croton tiglium. — Vésicatoires volants. — Section du nerf et cautérisation avec le fer rouge.*

Mlle P... de ....., âgée de cinquante-trois ans, est d'une taille au-dessus de la moyenne, assez maigre, d'un tempérament sec et bilieux. Elle a toujours été bien réglée, et a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de trente-neuf ans. A cette époque la menstruation cessa d'être régulière; il y eut d'abord une perte sanguine considérable, ensuite les règles durèrent plus longtemps et coulèrent plus abondantes que de coutume. La malade dut garder le lit très souvent; elle s'affaiblit et maigrit considérablement. Cet état de santé dura dix ans, et ne cessa qu'il y a trois ans, lorsque les règles se supprimèrent complétement. La ménopause n'amena aucune perturbation fonctionnelle chez Mlle P..., si ce n'est des bouffées de chaleur vers la tête et la poitrine qui apparaissaient fréquemment, et dont elle se plaint encore. Du reste, aucune douleur nulle part; la malade n'a jamais eu de rhumatismes.

C'est en mars 1852, en se brossant les dents avec une brosse assez douce trempée dans de l'eau chaude, qu'elle éprouva une douleur subite, instantanée, mais excessivement vive, qui traversa la joue droite comme une fusée, suivant son expression. La malade l'attribua à l'action de la brosse sur la gencive, et lui prêta d'abord peu d'attention. Quelques jours après, en se mouchant, elle ressentit la même douleur, qui encore cette fois disparut sans laisser de traces, mais qui se reproduisait chaque fois qu'elle se mouchait. En septembre la maladie s'aggrava sans cause connue; les douleurs, jusque-là très éloignées, se reproduisaient plus vives dès que la malade faisait le moindre mouvement pour parler ou pour manger. En même temps elles changèrent de siége; quittant presque tout à fait la joue, elles se portèrent surtout sur le côté droit du nez. Des sangsues appliquées derrière l'oreille et des frictions avec l'huile de croton tiglium pratiquées sur le cou amenèrent un soulagement notable au bout de huit ou dix jours.

L'hiver fut assez bon; les douleurs apparaissaient à de rares intervalles. La malade s'abstenait soigneusement de se moucher. Pendant les mouvements de la mastication et de la parole elles étaient supportables.

En avril 1853, un éternument provoqua un accès très violent de la névralgie; c'était comme une brûlure, une meurtrissure dans le nez et la joue. Le lendemain et les jours suivants nouveaux accès de plus en plus fréquents, au point que le quatrième jour ils se succédaient presque sans interruption. Cependant la malade ne souffrait pas la nuit. Elle fit usage de pilules de Méglin, et tout se calma encore une fois.

En mai, nouvel accès de névralgie, combattu inutilement par des sangsues.

En juin, nouvel accès à la suite d'une entorse.

Au mois d'août la malade vint à Paris; elle y consulta un célèbre professeur de la Faculté, qui ordonna une saignée, de l'eau de Sedlitz et des pilules de Méglin. L'emploi de ces moyens procura seulement huit jours de calme imparfait; les douleurs revinrent ensuite comme avant.

En octobre, nouvel accès combattu par des vésicatoires, qui donnèrent du soulagement.

En novembre, la malade, s'étant exposée au froid, fut reprise de ses douleurs. Celles-ci revinrent le lendemain et les jours suivants.

Elle se rendit une seconde fois à Paris, où elle fut visitée par M. Jobert (de Lamballe) et par M. le professeur J. Cloquet.

Pendant les quelques jours qui précédèrent l'opération, les douleurs furent excessivement vives; elles se reproduisaient au moindre mouvement non-seulement de la langue et des lèvres, mais encore du reste du corps, et pendant la nuit en l'absence de tout mouvement. La joue ni le nez n'étaient le siége d'aucune tuméfaction, d'aucune rougeur, mais le moindre attouchement, surtout de la muqueuse la-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

(1) Ces notes ont été recueillies par un de mes internes distingués, M. Sée.

biale ou nasale, déterminait des douleurs très vives. La sécrétion de ces muqueuses n'était nullement modifiée, non plus que celle des glandes salivaires voisines.

Le 20 janvier 1854, M. Jobert, en présence de M. J. Cloquet, incisa le cul-de-sac muqueux qui unit la lèvre à la mâchoire supérieure, et divisa le nerf sous-orbitaire à sa sortie du canal sous-orbitaire. Il porta ensuite profondément dans la plaie deux petits cautères olivaires chauffés à blanc.

La malade avait préalablement inspiré des vapeurs de chloroforme. Après l'opération, elle se gargarisa avec de l'eau froide.

Février 1854. Depuis qu'elle a subi l'opération, la malade, qui est très inquiète au sujet de la récidive de son mal et qui s'observe très attentivement, n'a ressenti qu'un léger frémissement dans les parties qui étaient le siége de la douleur. La joue, le nez et la lèvre du côté droit ont perdu toute sensibilité; la dernière semble un peu pendante: la cicatrisation n'est pas encore complète.

Le 1er mars, j'ai examiné de nouveau la malade, qui m'a fourni les données suivantes :

1° Il y avait insensibilité de la lèvre et de la joue droite.

2° L'eau et les boissons ne sont appréciées que de la lèvre gauche.

3° La lèvre droite est abaissée au-dessous du niveau de la lèvre gauche.

4° La lèvre et la joue droite sont appliquées sur les dents correspondantes, et la langue met un certain effort pour écarter la joue et les lèvres de ce même côté.

5° Sensation de pesanteur du côté droit éprouvée par la malade.

Le 5 mars, j'ai voulu de nouveau m'assurer de l'état de notre opérée, et voici ce qu'un examen attentif m'a fourni :

En promenant les yeux sur la physionomie de la malade, on est frappé tout d'abord par l'affaissement de la lèvre droite, qui n'offre aucune ride et qui déborde légèrement la surface libre gauche de la lèvre.

En promenant le doigt ou un corps étranger sur la peau ou la muqueuse, on ne développe aucune sensibilité, ou tout au moins elle est si obtuse, que la malade ne peut se rendre compte de l'espèce d'impression qu'elle apprécie parfaitement lorsque du côté opposé on la soumet aux mêmes épreuves.

La circulation des téguments ne paraît avoir éprouvé aucun changement, puisque la coloration est la même à droite et à gauche.

Sous l'influence de la volonté, la malade ne peut élever la lèvre du côté droit aussi haut que celle du côté gauche. Pendant le rire, la différence est extrêmement appréciable.

On touche la joue et la lèvre comme on le veut sans provoquer de douleurs, ni ce que la malade appelle choc électrique.

On retrouve encore quelques traces de suppuration sur la membrane muqueuse buccale.

La malade accuse quelquefois des sensations pénibles dans le lobule du nez; mais elle est si inquiète et tellement craintive de l'apparition de nouvelles crises, qu'on ne peut pas croire au jugement qu'elle porte sur ce qu'elle éprouve.

Cette opération, exécutée en présence de mon savant et excellent maître le professeur J. Cloquet, n'a exposé la malade à aucune difformité; d'un autre côté, l'exécution en a été aussi simple que possible, puisqu'il a suffi d'attaquer la muqueuse buccale pour arriver sur le nerf sans aucune difficulté et sans intéresser des parties importantes.

Le travail inflammatoire a été limité, et l'engorgement circonscrit n'a été l'origine ni d'abcès, ni de suppuration sérieuse; le trouble local a été modéré. L'engorgement borné aux lèvres de la plaie a donc produit les effets de la brûlure extérieure, et, en plus, a agi sur le tronc du nerf comme modificateur.

Depuis l'opération, rien ne dénote la récidive du mal, car je ne considère pas comme telle quelques inquiétudes qui ont été signalées sur le sommet du nez. Ce ne serait, d'ailleurs, qu'au-dessus de la section que l'on aurait pu découvrir quelques symptômes de récidive de la névralgie; il est à croire qu'elle n'aura pas lieu, la substance nerveuse ne pouvant se reproduire à cause de la perte de substance déterminée par le fer rouge.

Le temps que mettra la nature à rétablir la sensibilité et le mouvement par un mécanisme à nous inconnu sera plus que suffisant pour mettre la malade à l'abri d'une récidive.

Les réflexions que cette observation suggère en ce qui est relatif à la physiologie indiquent le rôle que joue cette portion de la cinquième paire dans les fonctions de la lèvre supérieure. Rien n'est, en effet, plus remarquable que la section du nerf sous-orbitaire sous le rapport de son influence sur la sensibilité tégumentaire et de la contraction musculaire.

C'est ainsi que la muqueuse et la peau ne peuvent plus apprécier les changements de température, et que le contact direct des boissons et des corps solides est inapprécié.

Ce fait ne démontre-t-il pas aussi l'importance des expériences modernes de sir Ch. Bell, Magendie, Flourens, etc., en ce qui est relatif aux usages de ce nerf?

Il est curieux de suivre les changements que cette opération a apportés aux mouvements de la lèvre. L'impossibilité où se trouve la malade de remonter la lèvre droite par l'influence de la volonté aussi haut que la gauche et son abaissement au-dessous du niveau de celle-ci prouvent que ce nerf ne sert pas seulement à la sensibilité, mais bien qu'il contribue avec le nerf facial à animer les muscles moteurs de la lèvre et de la joue. Il y a donc eu ici modification seulement dans le mouvement. En conséquence, le nerf sous-orbitaire, dans de certaines proportions, contribue à animer les muscles des lèvres, puisqu'ils perdent une partie de leur faculté contractile par sa section.

Toutefois, cette opération a surtout fait peser ses effets sur les membranes tégumentaire et muqueuse dans lesquelles ses filets viennent surtout se ramifier.

Discours prononcé par M. Hippolyte Larrey aux obsèques de M. Roux.

Nous publions avec plaisir ce discours prononcé au nom de l'École du Val-de-Grâce, et qui contient des renseignements intéressants sur la vie militaire de M. Roux.

Messieurs,

La médecine militaire réclame aussi l'honneur d'offrir un tribut de regrets à la mémoire de l'illustre chirurgien dont la mort est un deuil à la fois pour l'Hôtel-Dieu, pour l'Institut, pour la Faculté, pour l'Académie de médecine et pour la Société de chirurgie, pour le corps médical enfin tout entier: c'est-à-dire un deuil pour l'humanité, pour la science, pour l'enseignement, pour l'art et pour la profession, qu'il honorait autant par la noblesse de son caractère, par la bonté de son cœur que par la renommée de son talent.

Nous venons adresser un adieu reconnaissant au vénéré maître qui nous avait témoigné à tous et en toute occasion tant d'affectueuse bienveillance; nous venons accomplir un devoir pieux envers celui dont nous sommes fiers de pouvoir rattacher le nom à la chirurgie des armées par un lien de parenté bien faible, il est vrai, bien éloigné surtout, mais qui lui était cher à lui-même et dont il se souvenait toujours avec un sentiment de bonheur.

Condisciple et ami de Bichat, élève et gendre de Boyer, émule et rival de Dupuytren, M. Roux, investi de cette triple autorité qui personnifiait le génie, le savoir et l'habileté, avait en effet débuté dans sa brillante carrière en faisant ses premiers pas dans les rangs de l'armée (1).

Philibert-Joseph Roux était bien jeune encore (il avait seize ans à peine), lorsqu'il reçut un ordre de réquisition pour l'armée de Sambre-et-Meuse. Ce fut même comme soldat et le sac sur le dos qu'il quitta Auxerre, sa ville natale, où son père exerçait avec distinction la médecine et la chirurgie, pour se rendre à Andernach, lieu de rassemblement du corps d'armée qu'il devait rejoindre. Il y resta peu de temps, et obtint bientôt, comme faveur, d'être attaché en qualité de chirurgien auxiliaire à l'un des hôpitaux militaires établis sur le bord du Rhin; il fut envoyé ensuite à Aix-la-Chapelle pour y remplir les mêmes fonctions, et y fit même un assez long séjour.

Andernach et *Aix-la-Chapelle* étaient les deux noms que M. Roux se rappelait souvent avec plaisir jusque dans les derniers jours de son existence, lorsqu'il faisait allusion au temps de sa jeunesse militaire; mais cette période de sa vie fut d'assez courte durée, elle ne se prolongea guère au delà d'un an, et ne lui donna pas le temps de grandir pour monter en grade. Son extrême jeunesse et le manque absolu d'une éducation chirurgicale antérieure ne lui permettaient pas encore de prétendre à l'avancement; et toutefois, malgré des conditions aussi peu favorables, son séjour à l'armée lui profita pour l'avenir.

C'est à l'école de la chirurgie de bataille que le jeune Roux préluda aux études supérieures qu'il devait faire quelque temps après, pour rendre un jour son nom célèbre dans les annales de l'art. C'est au milieu de l'enthousiasme militaire que son ardente organisation, soumise tout à coup à la vue, au contact, au soulagement des maux de la guerre, en reçut une impression profonde; elle dut même en éprouver plus tard une influence, à laquelle il croyait volontiers, sur la justesse du coup d'œil et sur la fermeté de la main nécessaires aux grandes opérations de la chirurgie.

Et cependant M. Roux ne pouvait avoir acquis alors les connaissances préliminaires de la pratique chirurgicale; il ne pouvait même (comme il nous l'a dit souvent) apprécier la valeur des indications d'après la nature ou la gravité des blessures, puisque les notions essentielles en anatomie et en pathologie lui faisaient défaut. Mais ce qu'il ne pouvait analyser, il le voyait, il le touchait, il l'observait, et avec la sagacité d'esprit dont il était doué, avec le vif désir d'apprendre et le besoin de faire qui déjà se révélait en lui, il comprenait vite la portée des cas soumis à son étonnement, pour en conserver un souvenir durable. Quelques-uns des faits chirurgicaux qu'il avait eus sous les yeux, et dont il avait pressenti l'importance, devaient ainsi rester gravés dans sa mémoire avec des déductions utiles à son immense pratique. Tel était, par exemple, un cas de plaie de la veine crurale, dont il entretenait récemment la Société de chirurgie, à l'occasion d'un fait analogue à celui-là. Nous n'avons pas besoin ici d'en citer d'autres.

Le rôle de M. Roux dans les ambulances ou les hôpitaux de l'armée ne se borna pas cependant à voir faire de la chirurgie; il y apprit et y exerça l'art des pansements, dans lequel il devait exceller un jour. Ce fut, je crois, sous la direction de l'habile chirurgien en chef Thomassin que M. Roux prit à tâche de réussir dans l'application des bandages et appareils; et, comme s'il en eût déjà reconnu l'utilité pour le résultat des opérations chirurgicales, il dut contribuer par ce soin même à la guérison de bien des blessés.

Mais, malheureusement pour l'histoire de la chirurgie militaire, heureusement pour l'avenir du jeune chirurgien, sa mission dans les camps allait finir, tandis que sa destinée le portait à la rencontre du plus grand génie médical de cette époque. Plein d'émotion des choses qu'il avait vues, entraîné par le désir de rester encore au service, M. Roux revint de l'armée du Rhin à Paris, comme y était venu de l'armée des Alpes le jeune Bichat, pour suivre les cours de clinique externe que faisait à l'Hôtel-Dieu le célèbre Desault, non-seulement aux étudiants de la Faculté de médecine, mais encore aux élèves de l'école du Val-de-Grâce préparés à faire campagne. Cette circonstance décida de l'avenir du jeune officier de santé de l'armée de Sambre-et-Meuse, qui renonça dès lors à la chirurgie militaire pour se vouer tout entier à l'étude de l'anatomie et de la physiologie, sous la direction de l'immortel condisciple dont il devint ensuite l'ami dévoué, le savant collaborateur et l'éloquent panégyriste.

Je dois m'arrêter, messieurs, à cette première et trop courte période de la carrière de notre illustre maître; après elle commence, pour se prolonger pendant plus d'un demi-siècle encore, cette vie toujours active, toujours jeune, si dévouée à la science, à l'art, à l'humanité; si digne des récompenses, des succès, des honneurs; si digne des souvenirs de la chirurgie étrangère comme des regrets de toute la médecine française; si digne enfin de l'estime publique.

(1) Je dois à l'obligeante amitié de notre honorable confrère M. Danyau quelques renseignements sur cette première et courte époque de la vie de son illustre beau-père.

Bulletin du choléra. — Au 5 avril, il restait dans les hôpitaux de Paris 56 malades en traitement. Du 29 mars au 5 avril, le nombre de cas nouveaux a été de 31, et le nombre des décès de 25. Ce chiffre des décès paraîtra très considérable; mais si on le rapproche du chiffre des cas nouveaux de la semaine précédente, qui était de 49 et 18 décès seulement, on verra que la proportion de la mortalité est toujours à peu près la même.

Du 1er mars au 5 avril, on compte en tout 206 cas et 108 décès.

Voici le chiffre des cas de choléra et des décès qui ont été constatés à l'hôpital Necker depuis le commencement de l'épidémie :

Admis.	84
Sortis.	24
Décédés.	54
En traitement.	6

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La question des fausses annonces vient de recevoir une solution conforme aux désirs du corps médical, et qui va singulièrement déconcerter les annonceurs qui exploitent la crédulité publique. Voici ce que vient de décider la Cour de cassation :

« Le médecin qui, à l'aide de faux certificats, d'annonces mensongères et autres moyens de même nature tendant à faire croire à des guérisons qu'il sait n'avoir pas opérées et ne pouvoir opérer, se rend coupable de manœuvres frauduleuses de nature à persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou d'un pouvoir chimérique, qui constitue le délit d'escroquerie prévu par l'article 405 du Code pénal, se rend passible des peines édictées par cet article. »

Cet arrêt a été rendu sur le pourvoi formé par Joseph-François Tirat, dit de Malmort, contre l'arrêt de la Cour impériale d'Amiens (chambre correctionnelle), du 10 février dernier, qui l'a condamné à quinze mois d'emprisonnement pour escroquerie, pourvoi rejeté par la Cour suprême.

— Le 30 mars, l'administration des hôpitaux de Lyon a convoqué tous les chefs de service, et leur a donné connaissance d'une lettre de M. le recteur de l'Académie du Rhône, par laquelle ce fonctionnaire demande la suppression des cours de clinique non officielle que deux des médecins de l'Hôte-Dieu avaient ouverts. La mesure est motivée sur ce que ces médecins se seraient livrés à des *médications excentriques*. Les cours ont été suspendus, et il en a été référé, dit-on, au ministre de l'instruction publique.

— Le conseil d'administration des hôpitaux civils de Lyon vient de publier un mémoire intitulé *Considérations sur la salubrité de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice de la Charité*. Ce mémoire a pour but de faire connaître les améliorations hygiéniques introduites dans ces deux grands établissements hospitaliers depuis 1830. L'auteur, M. de Polinière, a réussi à prouver, à l'aide de faits nombreux et irrécusables, que dans un hôpital la diminution de la mortalité dépend essentiellement de l'influence de la salubrité, et que, comme le disait Pringle, « on ne » peut jamais compenser le manque d'air pur par le régime et par les » remèdes. »

— Les journaux de Londres publient les détails suivants sur des voitures d'hôpital d'une nouvelle invention pour l'armée d'Orient :

« Le comité d'artillerie vient de faire construire pour l'armée d'Orient des voitures d'hôpital d'une nouvelle invention, et dans lesquelles seront déposés provisoirement les militaires blessés sur le champ de bataille.

» Ces voitures sont à quatre roues et disposées de manière à pouvoir tourner sur le plus petit espace possible; elles sont munies de ressorts d'une longueur, d'une force et d'une élasticité extraordinaires. Le corps de chaque voiture est divisé en quatre compartiments horizontaux de six pieds et demi de long sur deux pieds de large. Dans chaque compartiment se trouve un lit portatif bien garni sur lequel le militaire sera placé au lieu même où il aura été blessé et porté à la voiture. Les compartiments sont bien ventilés; ils sont protégés par des volets à la vénitienne contre le soleil et l'air de la nuit, et ils sont recouverts d'une toile imperméable soutenue par des cerceaux en bois léger.

» A chaque compartiment il y a une porte qui, vu sa grandeur, peut au besoin servir de table pour y faire les pansements et les opérations chirurgicales nécessaires. Sur le devant de la voiture est un caisson spacieux destiné à recevoir des barils d'eau, les instruments de chirurgie et les objets de pharmacie. Dans le même caisson, il y a des bancs rembourrés et à dossier pour les blessés qui peuvent voyager assis.

» Ces voitures peuvent être démontées, et les diverses parties qui les composent, lorsqu'elles sont ployées et réunies, n'occupent qu'un espace de deux pieds carrés. »

— Cours complet de chirurgie. — M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés, commencera cette partie de son cours par des leçons cliniques sur les Hernies, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, le mercredi 19 avril 1854, à sept heures du soir, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

Paris, le 10 avril 1854.

Nos lecteurs se rappellent sans doute qu'il y a un an, à pareille époque, un cas de mort par le chloroforme amenait devant la 6e chambre du tribunal de la Seine un jeune docteur en médecine et un élève des hôpitaux, sous la prévention d'homicide par imprudence en employant le chloroforme pour une opération. Devant cette chambre, les prévenus furent condamnés ; mais sur leur appel, l'affaire revint, trois mois plus tard, à la Cour impériale, et là ils furent honorablement acquittés.

Une affaire de même nature vient de se présenter en Angleterre, et nous constatons avec plaisir que des deux côtés du détroit la même jurisprudence se trouve consacrée.

On ne lira pas sans intérêt ce que dit à ce sujet l'*Association medical Journal* (de Londres), qui rapporte en même temps un nouveau cas de mort résultat de l'inhalation du chloroforme.

Mme Harrop, âgée de quarante-cinq ans, babitant Sheffield, portait depuis trois ans une tumeur cancéreuse au-dessous du sein gauche : d'après le conseil des hommes de l'art, elle se soumit aux inhalations anesthésiques pour subir l'opération. Les docteurs Thompson, Law, Wright et Lewis avaient déclaré que le chloroforme pouvait être administré sans crainte. La mort cependant survint pendant l'inhalation. Une enquête fut ouverte par le coroner, et nous empruntons à la déposition de M. Lewis les détails de ce triste accident :

Il y a trois ans, je fus appelé pour la première fois auprès de Mme Harrop. Depuis trois mois je la traitais pour une tumeur cancéreuse du sein gauche. Un jour, ma cliente me demanda si de toute nécessité il fallait lui enlever sa tumeur ; à ma réponse affirmative, elle me dit que jamais elle ne pourra se résoudre à une telle opération. Quelques jours après, elle me fait encore appeler, et me demande si on pourrait employer le chloroforme ; je luis réponds qu'on le peut, et Mme Harrop, toute joyeuse, déclare qu'elle est prête à se livrer entre mes mains.

Quinze jours après, l'opération fut décidée. Le docteur Law vit la malade avec moi. Le vendredi suivant, veille du jour fixé, le docteur Wright visita ma cliente avec moi. Enfin, les docteurs Law, Wright et moi nous nous rendîmes le samedi chez Mme Harrop avec l'intention de l'opérer. M. Law devait administrer le chloroforme, je devais observer le pouls, et M. Wright et moi devions procéder à l'opération. L'inhalation commença à une heure moins le quart. Le chloroforme, d'un poids spécifique de 1,497, ne rougit pas le papier de tournesol, versé dans l'eau ne donne aucun précipité, ne décolore pas l'acide sulfurique ; pas de précipité avec une solution de nitrate d'argent ; une goutte versée sur la main s'évapore sans laisser d'odeur désagréable ; il a toutes les propriétés du bon chloroforme.

La malade est couchée sur une table, la tête et la poitrine appuyées sur des coussins. Tout ce qui peut gêner l'opérateur ou la respiration est éloigné d'elle. Un courant d'air pur est établi dans la chambre, et l'inhalation commence avec prudence. Au bout de vingt minutes, le chloroforme n'a rien produit ; nous espérons qu'un autre chloroforme réussira mieux, et nous l'envoyons chercher au dispensaire public. Vingt minutes se passent encore, et alors seulement ce nouveau chloroforme commence à opérer. Le pouls, d'abord à 136, descend à 104. A ce moment une sorte de demi-délire se déclare, cesse après quelques instants, et la malade semble être sous l'influence de l'agent anesthésique. Le docteur Law prie M. Wright de commencer l'opération ; mais tout à coup il aperçoit un changement alarmant dans la contenance de la malade. « Arrêtez ! s'écrie-t-il. Monsieur Lewis, où en est le pouls ? — Je ne le sens plus. »

Aussitôt on ouvre les fenêtres. La langue de la malade est tirée au dehors, l'ammoniaque administré, et nous procédons à la respiration artificielle. Le cœur ne bat plus, la vie est éteinte. Nos efforts restent sans résultat. Il était une heure et demie. J'observai alors que la pupille du côté droit avait la forme d'un ovale irrégulier, tandis que la pupille gauche était circulaire.

Le chloroforme avait été administré avec une éponge et un mouchoir.

Autopsie. — Aspect naturel et tranquille. Cartilages des côtes ossifiés. Glande thyroïde convertie en une tumeur enkystée du volume d'une petite orange, contenant près d'une once de fluide séro-oléagineux de l'apparence et de la couleur de café. Cœur et poumons sains. Poumons dans un état de congestion qui avait dû se produire après la mort. Foie et reins dans un état de dégénératinn molle. Commencement de cancer au col de l'utérus. Grande quantité de sang extravasé dans les muscles spinaux. Une demi-once de sang dans le canal spinal. Tumeur cancéreuse dans l'état indolent qui précède l'ulcération.

Notre opinion est que la malade a succombé sous le coup d'une apoplexie spinale et l'influence des vapeurs chloroformiques. La dégénérescence du foie, des reins, et l'ossification des côtes étaient de grands prédisposants à cette malheureuse issue. Rien ne pouvait, avant l'autopsie, nous découvrir ces graves affections.

Le jury a prononcé un verdict d'acquittement.

S'il est en chirurgie un cas où l'anesthésie soit une question d'utilité plus que de commodité pour le patient, c'est, sans contredit, celui d'une luxation ancienne, surtout lorsque le même os a été simultanément fracturé ; car il importe alors de ménager assez les tractions pour ne pas rompre une consolidation récente encore, et l'anesthésie fournit justement le moyen de remplir cette indication de la manière la plus convenable.

Malgré l'excuse qu'une circonstance semblable donnerait, s'il en était besoin, à sa conduite ; malgré toutes les précautions dont il a entouré son malade avant, durant et après l'opération, c'est encore un revers que M. Harrison a eu à enregistrer pour s'être servi du chloroforme.

Obs. — Mme Morgan, âgée de cinquante-neuf ans, bien portante, avait eu, il y a deux mois, une luxation en avant du bras gauche ; une irrégularité qu'on aperçut alors à la surface de l'os fit présumer que la luxation s'était accompagnée de quelque fracture partielle.

Elle entra à l'hôpital de Bristol le 19 janvier 1854 pour la faire réduire. On décida en consultation d'employer le chloroforme, et la malade consentit à en subir l'application. On le lui administra étant couchée sur son lit, après avoir constaté l'intégrité des fonctions circulatoire et respiratoire, si ce n'est que les mouvements d'inspiration paraissaient un peu moins libres du côté droit que du côté gauche.

On commença par une drachme (4 grammes) de chloroforme versé sur une éponge, en ayant soin de laisser un passage suffisant à l'entrée de l'air atmosphérique. Aucun effet inaccoutumé ne se manifestant au bout de cinq minutes dans la condition générale de la patiente, on versa une seconde drachme. Presque immédiatement après, la respiration devenant stertoreuse, on cessa la chloroformisation ; mais aussitôt le pouls, qui jusque-là s'était maintenu ferme, devint soudainement imperceptible, et la respiration s'arrêta en même temps.

On s'empressa de tirer la langue au dehors à l'aide d'un ténaculum, d'arroser la face d'eau froide, d'ouvrir la croisée. On appliqua le galvanisme au moyen d'une pile qui se trouve là pour le cas d'accident, et l'on commença par la narine la respiration artificielle, qui fut ensuite continuée par la trachée après qu'on eut pratiqué une ouverture à celle-ci. Ces secours semblèrent d'abord ramener quelques efforts respiratoires convulsifs ; mais après avoir infructueusement continué leur usage durant une heure, on dut y renoncer.

Autopsie. — Adhérences pleurales étendues à droite ; poumons sains, mais gorgés d'un sang noir fluide. Le ventricule droit du cœur, vu à l'extérieur, semble affaissé ; ses parois paraissent plus pâles qu'à l'état naturel ; celles du côté gauche sont normales. Une drachme environ de sang entièrement fluide existe dans chacune des cavités droite et gauche. Valvules saines, à part deux ou trois petits points de dépôt athéromateux vers le bord adhérent de la valvule mitrale. Durant le premier pouce de leur trajet, les deux artères coronaires sont très dilatées et garnies de dépôts athéromateux et osseux qui se remarquent encore, mais très disséminés et de fort petit volume, dans le reste de leur étendue.

Une partie de la paroi du ventricule droit soumise à l'examen microscopique laissa voir un état de dégénérescence graisseuse commençante.

Cerveau sain, très pâle ; ses vaisseaux sont vides. Peu de fluide dans les ventricules.

La grande tubérosité de l'humérus avait été détachée du reste de l'os, mais elle y était actuellement soudée par un cal à la vérité encore assez peu résistant.

Quoique l'état des fonctions, interrogé soigneusement avant l'inhalation chloroformique, eût paru tout à fait satisfaisant, M. Harrison dit néanmoins avoir ensuite appris d'un médecin que cette femme était habituellement sujette à des attaques de syncope. Il ajoute que lorsque l'accident eut lieu l'aspect de la malade fut entièrement celui d'une personne subitement frappée de syncope.

Nous n'avons pas besoin de faire sentir combien ces deux remarques tendent à confirmer la justesse de l'explication récente qui attribue la mort, dans ces cas, à une syncope.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur Malgaigne.

Du bandage. — Il n'est pas douteux qu'on ne puisse obtenir la guérison radicale des hernies par le seul emploi des bandages ; mais ces guérisons ne peuvent être obtenues que dans certaines conditions. Alors même qu'il ne suffit pas à guérir, il peut remplir des indications importantes. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il peut aussi, dans certaines circonstances, donner lieu à des accidents graves. Le bandage est donc un objet d'une importance capitale dans l'histoire du traitement des hernies.

Le moyen le plus simple de contenir une hernie après qu'on l'a fait rentrer est d'appliquer le doigt sur les points qui lui ont livré passage. C'est là l'indication que le bandage est appelé à remplir. Mais cet appareil, si simple au premier aspect, est en réalité très complexe. Il se compose de cinq parties :

1° La pelote, qui remplace le doigt ;

2° La ceinture à ressort, qui est l'équivalent de l'action musculaire ;

3° Les moyens d'union entre la pelote et la ceinture ;

4° Les sous-cuisses, qui ont pour but de prévenir le déplacement de la pelote ;

5° Enfin, les moyens de protection de la peau.

La pelote offre à considérer : la matière dont elle est formée ; sa forme, sa dimension et la saillie qu'elle doit former au point correspondant à l'ouverture herniaire qu'elle a pour but d'oblitérer.

En ce qui concerne la matière dont elles sont constituées, les pelotes peuvent être distinguées en plusieurs catégories. Il y a des pelotes molles, des pelotes demi-molles, des pelotes élastiques, des pelotes dures.

Les pelotes *molles*, sans point d'appui solide, sont faites de charpie, de laine, de vieux linge, ou quelquefois de sachets contenant des matières médicamenteuses. Ces pelotes, adaptées à une ceinture molle comme elles, constituent le bandage auquel on a eu primitivement recours pour les enfants à la mamelle, et il faut reconnaître que, pour cet âge, ce sont les meilleures. On a cherché aussi à les employer chez l'adulte, mais elles ne conviennent que pour les hernies très faciles à maintenir.

Les pelotes *demi-molles*, c'est-à-dire reposant sur un plan solide en métal ou en bois, sont de beaucoup les plus usitées ; ce sont celles que l'on voit en plus grand nombre chez tous les bandagistes. Celles-ci conservant mieux leur forme, tout en s'adaptant aussi facilement aux parties sur lesquelles elles sont destinées à prendre point d'appui, sont mieux appropriées que les précédentes au but qu'on s'en propose ; mais elles ont l'inconvénient de se tasser, de durcir au bout de quelque temps d'usage et de finir par se déformer.

On a cherché à obvier à cet inconvénient en imaginant les *pelotes élastiques*. Celles-ci sont de deux genres, les unes formées d'une substance élastique par elle-même, les autres qui empruntent cette propriété à un ressort. Les pelotes en caoutchouc plein appartiennent à la première catégorie. On a imaginé successivement de faire des pelotes à air, soit avec une poche de caoutchouc aminci, soit en se servant des bouteilles en caoutchouc telles qu'on les trouve dans le commerce. Mais ces pelotes insufflées avaient le plus souvent l'inconvénient de laisser filtrer l'air à travers leurs parois et de s'affaisser ; c'est ce que M. Malgaigne a été à même de constater fréquemment au Bureau central. Pour obvier à ce dernier inconvénient, quelques bandagistes ont eu l'idée de construire des pelotes dont on pouvait renouveler l'air à volonté au moyen d'un robinet. En général, ces pelotes à air conviennent parfaitement chez les sujets qui ont l'épine des pubis saillante et qui, à raison de cette disposition, ne peuvent supporter aucun autre genre de pelote. On a encore préconisé des pelotes faites avec une substance désignée sous le nom de *caoutchouc artificiel*, et dont la base était de l'huile de lin réduite en pâte élastique par son exposition à l'air. Un de nos plus habiles fabricants a eu l'idée de couler des pelotes en caoutchouc vulcanisé formant une sorte d'appareil clos de toutes parts. On a, enfin, proposé des pelotes élastiques formées de deux plaques de tôle réunies par un ressort spiroïde.

Les pelotes dures sont formées de bois, de liége, d'ivoire, de porcelaine ou de différents métaux. Les pelotes en bois, dont l'invention remonte à un bûcheron américain, ont réussi à maintenir ou à guérir quelques hernies, mais elles ont produit chez le plus grand nombre de malades plus de mal que de bien ; de sorte que, d'une manière générale, on peut dire qu'elles sont mauvaises.

Relativement à leurs dimensions et à leur forme, on distingue les pelotes en grandes et petites, en circulaires, elliptiques, triangulaires. Il est une forme particulière de hernie qui mérite une mention spéciale, c'est la hernie dite en *bec de corbin*. On y a recours dans les hernies les plus difficiles à contenir, celles que les autres bandages ne contiendraient pas ou ne contiendraient qu'avec peine.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février, 7, 28 mars et 4 avril.

M. Malgaigne, qui dans le principe ne s'expliquait pas l'avantage que l'on pouvait trouver dans l'emploi de la pelote à bec de corbin, s'est convaincu lui-même de son efficacité dans des cas où tous les autres appareils avaient échoué. Ayant choisi parmi les malades du Bureau central un certain nombre d'individus chez lesquels la hernie ne pouvait être contenue par les bandages ordinaires, M. Malgaigne fit chez eux l'expérience suivante : il appliqua d'abord l'un des meilleurs bandages, celui de Wickham, avec une pelote ronde et un ressort de 4 livres; la hernie n'était qu'incomplétement contenue, elle filait en partie sous la pelote. Il essaya alors le même bandage, mais avec une pelote à bec de corbin de Burat; la hernie fut parfaitement maintenue.

Il y a un autre point à considérer, c'est la saillie des pelotes. Il a des pelotes plates, ou à peu près plates, avec ou sans rebord; il y en a de globuleuses; certaines pelotes à bec de corbin sont recourbées en forme de croissant, de manière à embrasser le pubis; il y en a enfin de concaves, qui servent à loger la portion d'épiploon qui ne peut pas rentrer. Le choix entre ces diverses formes de pelotes est subordonné aux diverses circonstances que présentent les hernies elles-mêmes. Ainsi, pour les hernies à pointe, c'est une petite pelote quasi plate qu'il faut; pour les hernies interstitielles, il faut avoir recours à une pelote convexe; dans les hernies directes, où le canal a disparu, il faut se servir d'une pelote très large, etc. En principe général, la pelote doit être de moins en moins saillante à mesure que la hernie se développe davantage. Enfin, il est certaines hernies qui ne peuvent être contenues par aucune pelote. M. Malgaigne a réussi dans un de ces cas à maintenir la hernie à l'aide d'une sorte de champignon en bois. C'est pour ces hernies surtout que l'on reconnaît l'avantage de la pelote de M. Pernet.

La *ceinture* est molle ou métallique. Quelque variées qu'elles soient en apparence dans leur forme et dans la matière qui entre dans leur composition, toutes les ceintures peuvent en définitive être ramenées à ces deux types. Les premières ceintures que l'on a employées étaient des ceintures *molles* en toile, en laine, ou même en cuir. On en a imaginé un nombre infini, qui ne varient du reste entre elles que par quelques nuances. Elles ont toutes l'inconvénient d'embrasser toute la circonférence du corps, ce qui fait qu'elles exercent une pression plus forte sur le diamètre bilatéral que sur le diamètre antéro-postérieur, à l'encontre de ce qui devrait être, et de produire au bout d'un certain temps un sillon douloureux sur la peau. Elles ont en outre le défaut de nécessiter un sous-cuisse. On a cherché à obvier à ce premier inconvénient en faisant des ceintures très larges; mais cela ne fait que le pallier tout au plus, sans le faire disparaître entièrement.

Les ceintures *métalliques* ont été imaginées vers le commencement du quatorzième siècle par Bernard Gerdon, et réhabilitées après un long abandon par Lequin vers le milieu du dix-septième siècle. Nicolas Lequin, à qui l'on doit le meilleur ouvrage qui ait été écrit sur les bandages, en imagina un en *acier*. C'est là l'origine et la base de ce que l'on a appelé depuis le *ressort français*. Mais il est bon de savoir que ces bandages ne renferment en général qu'une faible quantité d'acier; le seul avantage que cela leur donne, c'est de n'être point cassants. Ce ressort a subi depuis une foule de modifications. Il en est une surtout qui a eu le plus grand succès parmi les bandagistes et les mécaniciens : c'est celle qui consiste à tordre le ressort en forme de spirale, de manière que sa partie postérieure correspondant à la base du sacrum fût située sur un plan plus élevé que l'extrémité antérieure correspondant à l'anneau inguinal. Mais les avantages qu'on a attribués et qu'on attribue encore de nos jours à ce mécanisme sont fort mal fondés.

Plus tard, on imagina ce que l'on a appelé le *bandage évidé*, composé de deux lames d'acier séparées l'une de l'autre par une petite fenêtre. Ce bandage rappelle celui en fil de fer proposé par Lequin, et dont M. Mathias Mayer a depuis revendiqué l'invention.

Le ressort français n'ayant pas assez de force, et étant par conséquent insuffisant, M. Jalade-Lafont a imaginé d'ajouter au ressort principal deux petits ressorts ondulés adossés l'un à l'autre par leur convexité, et il a donné à ce nouvel appareil le nom de *bandage rénixigrade*. Mais ce bandage était tellement lourd qu'on y a renoncé.

Un bandagiste nommé Absil, dans l'espoir de mieux contenir les hernies, a eu l'idée de faire un bandage en fer plein moulé sur les parties où il devait être appliqué et partant sans ressort. La hernie était, en effet, bien maintenue par cette espèce de muraille de fer; de plus, comme il était inflexible, il n'y avait pas à craindre qu'il pût céder; mais son poids était tel que personne ne put en faire usage.

Les premiers bandages à ressort dont on s'est servi ne faisant que la moitié du tour du corps environ, il était très difficile de les maintenir appliqués sans avoir recours à une ceinture qui achevait de contourner le tronc. Dans la pensée que cette difficulté provenait de l'insuffisance de longueur du ressort, on proposa des ressorts qui embrassaient les trois quarts, puis les quatre cinquièmes, les cinq sixièmes du corps; on a été ainsi successivement jusqu'à faire des ressorts qui entouraient les trente-deux trente-troisièmes du corps.

Les choses en étaient là, lorsqu'un mécanicien anglais, Salmon, porteur d'une hernie qu'il avait contenue jusque-là avec un bandage français, vivement impressionné par la mort d'un de ses camarades dont la hernie s'était étranglée, examina avec une grande attention ce bandage pour se rendre compte de la cause de cet accident, et reconnut que le ressort n'était pas d'acier. Il comprit dès lors que, pour assurer l'action de ces bandages, il fallait des ressorts plus solides et moins sujets à céder. Il fit en conséquence des ressorts plus épais et plus solides et contenant une plus grande proportion d'acier. De là les *ressorts anglais*. Ces ressorts n'embrassent que la moitié de la circonférence du corps; ils représentent une ellipse, mais non une spirale; ils s'appliquent à droite pour les hernies du côté gauche, *et vice versâ*; ils n'ont pas besoin de sous-cuisse; enfin, ils sont d'une extrême solidité et ne peuvent être pliés en dehors qu'avec une extrême difficulté, ce qui leur donne une grande supériorité sur les ressorts français. Ce bandage fit presque une révolution. Il fut d'abord fort mal accueilli en France sous le prétexte qu'il choquait toutes les notions anatomiques. On objecta que si l'on appliquait ce bandage horizontalement, tandis que l'une de ses extrémités appuierait sur le sacrum, l'autre extrémité ne correspondrait plus à l'anneau. Il y avait une réponse bien simple à faire à cette objection, réponse que Salmon ne manqua pas de faire : pour obvier à ce prétendu inconvénient, il suffisait de placer le bandage obliquement. Cependant, ayant fini par reconnaître que ce bandage contenait mieux les hernies que les autres, les bandagistes français se mirent à le modifier sous le prétexte de le perfectionner. Valérius proposa d'imprimer au ressort un certain degré de torsion, et en fit ainsi un nouveau bandage auquel il donna son nom. M. Burat, à l'aide d'un mécanisme ingénieux, rendit la partie antérieure du ressort mobile sur la partie postérieure, de manière à pouvoir la fléchir à volonté et la rendre plus ou moins oblique. Mais ces modifications, considérées par les autorités scientifiques d'alors comme autant de perfectionnements, étaient loin d'avoir la valeur qu'on leur attribua à cette époque. Voici une expérience qui permet d'en juger. Un sujet porteur d'une hernie très difficile à maintenir fut conduit chez Wickham; celui-ci appliqua son bandage, et la hernie fut maintenue avec un ressort d'une pression de quatre livres; avec un bandage de Valérius, il fallut une pression de quatre livres et demie, et avec celui de Burat une pression de quatre livres trois quarts.

Voici l'explication de cette différence :

Avec le bandage français, les deux pressions ne se correspondent pas, par suite de l'obliquité du ressort; une grande partie de la force est ainsi perdue, et il faut augmenter la pression pour balancer cette perte. Dans le ressort de Wickham, au contraire, il n'y a pas de déperdition, les deux points d'appui étant sur le même plan et la pression s'exerçant par conséquent avec toute sa force. Il y a encore une autre différence qui donne l'avantage au ressort anglais sur le ressort français, c'est que le ressort anglais n'a jamais besoin de courroie, même pour une hernie difficile, tandis qu'avec le bandage français, au contraire, pour peu que la hernie soit difficile, on ne peut pas s'en passer. Enfin, le bandage anglais ne doit toucher et ne touche effectivement la peau que par un petit nombre de points, par les points qui sont en contact avec les pelotes seulement, ce qui évite les excoriations si communes après l'usage du bandage français.

Il n'a été question jusqu'ici que des hernies simples. Que faut-il faire dans les cas de hernie double ? Pendant longtemps on n'avait pour ces cas qu'un seul ressort muni de deux pelotes. Mais cela était très défectueux, car, si l'on met deux pelotes unies sur le même ressort, il n'y en a qu'une qui porte, l'autre reste soulevée. Vers le milieu du dix-huitième siècle, un bandagiste imagina de placer chaque pelote sur un ressort particulier; les deux ressorts étaient unis au moyen d'une courroie. Plus tard on eut l'idée de faire un ressort français double, c'est-à-dire composé d'une seule pièce en arrière, d'où partaient en avant deux pelotes à chacune des extrémités du ressort. Enfin, on corrigea le ressort anglais en y ajoutant une courroie. Grâce à cette addition, il a conservé son avantage sur le ressort français pour les hernies doubles comme pour les hernies simples.

Mais il n'est pas toujours facile d'avoir des ressorts d'une force suffisante. Il faut, en outre, que cette force soit graduée. Ainsi, on a un ressort d'une, de deux, de trois livres; mais il faut des intermédiaires entre une livre et deux livres, par exemple; car une pression d'une demi-livre ajoutée à un ressort suffit quelquefois pour que le malade ne puisse plus le supporter. On a imaginé, à cet effet, de placer des ressorts supplémentaires sur le ressort principal. Ce sont de petits ressorts qui ne vont pas jusqu'à l'extrémité de l'autre, et dont on peut, jusqu'à un certain point, déterminer exactement la force.

Ceci nous conduit à l'examen d'une question importante : Quelle est la force nécessaire pour maintenir une hernie réduite? Une pression d'une livre et demie à deux livres suffit pour des hernies petites. Une pression plus grande, de trois livres par exemple, est déjà difficile à supporter, et il faut qu'une hernie soit bien difficile à maintenir et qu'elle cause bien de la gêne aux malades pour leur faire supporter une pression de quatre livres; et encore faut-il que les téguments puissent y résister. Au delà de quatre livres, il est bien peu de malades qui puissent s'y soumettre. C'est qu'en effet une pression de quatre livres et demie est déjà énorme. Comment croire, dès lors, comme l'affirment quelques bandagistes, qu'on ait pu soumettre des malades à des pressions équivalant à six livres, à huit livres? Il est impossible de résister aux effets d'une pareille pression. Aussi est-ce chez les malades qui ont eu le courage de s'y soumettre qu'on voit survenir des excoriations, des plaques gangréneuses sur les parties ainsi comprimées.

Il y a un fait fort singulier au premier abord, relativement aux effets différents produits par les ceintures métalliques ordinaires et par les ceintures en spirale. Tandis que, avec les ressorts ordinaires, les malades ne peuvent guère supporter une pression de plus de quatre livres et demie, avec les ressorts en spirale ils peuvent supporter jusqu'à une pression de seize livres. Cette différence, qui paraît inexplicable d'abord, se conçoit très bien quand on réfléchit à ce qui a été dit plus haut sur la perte considérable de force des ressorts en spirale. En effet, tandis qu'avec le ressort anglais la pression, se faisant sur deux points diamétralement opposés et placés sur un même plan, agit tout entière, sans aucune déperdition, avec le ressort en spirale, au contraire, la pression ne s'exerce que partiellement; de sorte qu'avec une force réelle de seize livres, on n'a guère, en réalité, qu'une pression qui ne dépasse guère quatre livres à quatre livres et demie.

Comment mesure-t-on la force d'un ressort? Le voici : pour le ressort en spirale, on obtient la force en évaluant le poids qu'il est nécessaire d'appliquer sur la pelote pour arriver à mettre les branches du ressort en contact. Pour les autres ressorts, on commence par mesurer le diamètre antéro-postérieur du corps de l'individu, puis on suspend le ressort par une de ses extrémités, et on attache à l'autre un poids. Le poids nécessaire pour amener un écartement du ressort assez grand pour mesurer le diamètre antéro-postérieur du corps, représente la force du ressort.

DES CAUSES QUI RETARDENT LA CONSOLIDATION DES FRACTURES chez les enfants;

Par M. Combessis, d.-m., interne à l'Hôtel-Dieu (1).

Rachitisme. — Tous les auteurs admettent que le rachitisme entrave la consolidation des fractures; cependant presque aucun ne paraît bien intimement convaincu de la vérité de l'assertion qu'il émet, et une réticence suit de près l'énonciation du fait. Ils affirment et ils nient. Cette hésitation me semble tenir à ce qu'on a confondu ensemble toutes les fractures survenant chez les rachitiques, sans avoir égard à quelle période de la maladie ils étaient arrivés. Si cette confusion n'avait pas été faite, si on avait examiné l'influence de chaque période du rachitisme, on serait arrivé certainement à des résultats plus certains, toute réticence aurait disparu, et on aurait déterminé dans quels cas le rachitisme doit retarder et retarde la formation du cal, dans quels cas, au contraire, son influence est nulle.

Mais il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que les os des rachitiques se brisent avec la plus grande facilité. On trouvera un peu plus loin, dans ce travail, un exemple de trois fractures, une à chaque jambe et une autre au bras, sur un enfant rachitique. Desault cite le cas d'un jeune homme chez lequel cinq fractures se produisirent pendant des convulsions épileptiques. Un petit malade de l'hôpital des Enfants, dont parlent MM. Bérard et Cloquet, eut l'humérus droit cassé comme on le soulevait dans son lit. Déjà le bras gauche avait été brisé de la même manière, et une autre fois les os de l'avant-bras du même côté avaient eu le même sort. Ils parlent aussi du squelette d'une femme rachitique, de la collection de M. Esquirol, chez laquelle presque tous les os des membres et du tronc sont couverts de traces de fractures plus ou moins bien consolidées. Plusieurs d'entre eux sont brisés dans deux, trois ou quatre points de leur étendue. Le nombre de ces fractures s'élève à plus de deux cents.

La facilité avec laquelle se produisent les solutions de continuité dans les cas de rachitisme tient aux modifications que la maladie fait subir au tissu osseux. Je rappellerai en peu de mots quelles sont ces modifications.

Sous le rapport anatomo-pathologique, le rachitisme a été partagé en trois périodes. La première comprend un travail de destruction; la substance calcaire du tissu osseux est absorbée, les os sont gorgés, imbibés d'un sang noir qui suinte de toute la surface des sections qu'on pratique. D'après les recherches récentes de M. Broca, le tissu chondroïde et le tissu spongoïde s'accumulent à l'extrémité des diaphyses et y forment des couches superposées, dont l'épaisseur est proportionnelle à la rapidité avec laquelle l'accroissement de la partie malade du squelette s'effectue. M. Broca a vu l'une de ces couches acquérir 8 millimètres, et l'autre 15 millimètres d'épaisseur.

Un état morbide général, seul indice extérieur du travail qui s'opère, accompagne cette période; elle dure de un à cinq mois.

La destruction continue dans la seconde période; le trouble de la nutrition, qui entrave le travail de l'ossification à l'extrémité des diaphyses, l'entrave également dans le reste du squelette. Sous le périoste, on trouve des couches d'un tissu d'apparence osseuse, mais d'une consistance bien inférieure à celle des os, attribuée par M. Guérin à un épanchement sanguin; par M. Bouvier, à la disparition des matières minérales de l'os.

Quoi qu'il en soit, les os deviennent mous et flexibles et subissent des incurvations plus ou moins étendues; c'est la période de ramollissement. Poussée à ses dernières limites, elle amènera ce que M. Guérin a appelé la consomption rachitique.

La période d'éburnation, de réparation n'est autre chose que la fin de la maladie. Le travail interrompu d'ossification reprend sa marche; les substances calcaires s'infiltrent dans la trame organique, et le tissu osseux prend la dureté de l'ivoire. L'amélioration de l'état général coïncide avec cette période.

La question de l'influence du rachitisme sur la consolidation des fractures se décompose donc en deux autres questions : influence

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 mars.

du rachitisme pendant la période de destruction de la résistance des os, et influence du rachitisme pendant la période de réparation, de réossification, si je puis ainsi dire.

Breschet a vu, chez une jeune fille âgée de treize à quatorze ans, les deux moitiés de la mâchoire inférieure ne pas se souder par suite de retard dans l'ossification, dû au rachitisme.

Sur un enfant de trois ans, rachitique, qui mourut subitement soixante-dix jours après avoir eu la cuisse cassée, André Bonn constata par la dissection que la consolidation de la fracture n'était point opérée.

A. Bérard parle d'un enfant de trois ans, scrofuleux et rachitique, qui mourut à l'hôpital des Enfants trois mois après s'être fracturé le fémur. On trouva, à l'autopsie, qu'il ne s'était fait aucun travail de consolidation.

Sur une pièce présentée à la Société anatomique par M. Rombeau (décembre 1851), on constatait, sur un fémur d'enfant rachitique mort vingt-quatre jours après une fracture, que le cal, très volumineux, était constitué dans toute son étendue par du cartilage et du tissu fibreux partout mélangés; on n'y trouvait aucun corpuscule osseux. Chez les individus sains, la matière cartilagineuse du cal s'ossifie presque aussitôt qu'elle est formée. On voit que chez les rachitiques il n'en est pas de même, et que l'état cartilagineux persiste longtemps.

De tous les faits que nous avons observés, nous concluons que le rachitisme arrête la consolidation des fractures, au moins dans la période de raréfaction et de déformation du tissu osseux. Dans ces deux périodes, le système vasculaire osseux a subi une augmentation considérable; les fragments sont bien exactement en rapport, mais cette vascularité est un phénomène pathologique. Dans la première période, l'os est malade et tend à le devenir davantage; toute la partie calcaire du tissu osseux disparaît. Comment cette substance, en voie de résorption, pourrait-elle être apportée et demeurer au lieu de la solution de continuité? Le travail pathologique de destruction qui s'opère dans l'os tout entier ne doit-il pas s'étendre au travail réparateur partiel qui tend à se produire? Le périoste peut s'épaissir et réunir les fragments, les sucs épanchés peuvent s'organiser et établir des adhérences entre les surfaces de la fracture; mais la mobilité ne peut disparaître qu'autant qu'une substance calcaire viendra donner de la solidité à cette union ligamenteuse, et on ne peut en espérer le dépôt que du travail de réossification à venir. C'est ce qui s'est passé dans le dernier fait que j'ai rapporté.

« Le travail réparateur qui succède aux solutions de continuité des os rachitiques, dit M. Broca dans son mémoire, se passe presque exclusivement sous le périoste; cette membrane n'est pas déchirée; la matière du cal s'épanche au-dessous d'elle avec une grande rapidité, formant une couche très épaisse qui se prolonge en s'amincissant jusqu'à une très grande distance de la fracture, et parfois même jusqu'aux deux extrémités de la diaphyse. Là encore l'ossification commence, mais ne s'achève pas. »

Les fractures, chez les rachitiques de la première et de la seconde période, partageront donc la fortune du tissu osseux; elles seront d'autant moins lentes à se consolider qu'elles se produiront à une époque où le rachitisme est sur le point d'avoir parcouru son cercle; la réunion sera d'autant plus tardive qu'elles se produiront plus près du début de l'affection, et que celle-ci sera plus grave.

En sera-t-il de même des fractures qui surviennent dans la période de réparation et après l'éburnation?

Lougerot (Georges), âgé de deux ans et demi, en voulant, le 13 juin 1850, monter sur un comptoir, est tombé, entraînant dans sa chute une table de marbre qui recouvrait le meuble. Cette table est tombée sur ses deux cuisses; le membre gauche a surtout souffert. Il y a fracture à la partie moyenne; un épanchement sanguin considérable l'accompagne. Une large ecchymose occupe la partie postérieure et interne de la cuisse dans l'étendue de 2 centimètres. La fracture est simple. Raccourcissement du membre de 1 centimètre.

A droite, le fémur est intact; il n'y a qu'une forte contusion, se traduisant par du gonflement, de l'empâtement et une ecchymose.

Couché au n° 28 de la salle Saint-Côme, cet enfant est d'un tempérament lymphatico-sanguin; cheveux châtains, visage frais et rose, assez gras, et d'une bonne santé habituelle.

Les deux tibias sont fortement arqués en dedans, les avant-bras un peu déformés; le rachis est incliné à droite; les extrémités des os longs ont ce volume qui fait dire que les enfants sont *noués*.

La mère nous raconte qu'au sortir de nourrice, il y a huit mois, il a été pendant quelque temps languissant, souffreteux, maladif; qu'il ne pouvait se porter sur ses jambes, puis que sa santé s'est peu à peu raffermie, et qu'il se porte à merveille depuis quelques mois.

Des compresses résolutives furent placées sur la cuisse droite; un bandage roulé, avec trois attelles, antérieure, interne et externe, fut appliqué sur la cuisse fracturée et arrosé d'alcool camphré.

Le renouvellement de l'appareil fut réglé par le degré de propreté dans lequel se tenait le malade. Peu à peu l'épanchement sanguin se résorba, et le 8 juillet, vingt-six jours après son entrée dans le service, il levait le membre malade sans difficulté et sans douleurs; la consolidation s'était faite, et il sortait de l'hôpital.

Dans ce cas, auquel je pourrais en joindre quelques autres semblables, nul obstacle à la consolidation. A la débilité générale, symptôme du rachitisme en voie de progression, a succédé la santé. Le tissu osseux a repris sa solidité, il n'est plus le siége d'aucun travail morbide. Rien ne s'oppose plus à ce que les matériaux du cal s'imprègnent du phosphate calcaire nécessaire à la solidification. Le tissu osseux, à la suite du rachitisme guéri, est plus compacte, il est vrai; éburné, il est moins vasculaire qu'à l'état normal. Cette circonstance peut influer sur la formation du cal définitif; mais la virole osseuse du cal provisoire dépend surtout de la vitalité du périoste, et cette membrane jouit et de la densité plus grande et de la vascularisation plus abondante qu'elle possède chez les autres individus du même âge.

Un enfant rachitique guéri me paraît donc rentrer, quant à la rapidité de la consolidation des fractures, dans la règle générale commune à tous les enfants. Cela expliquerait comment, dans certains cas, le rachitisme ne s'est pas opposé à la guérison des fractures.

Cependant on a des exemples qui prouveraient que, même après le rachitisme guéri, la formation du cal peut être retardée.

A. Bérard, dans une thèse de concours de 1833, raconte qu'un jeune homme, qui dans son enfance avait été rachitique, eut la cuisse fracturée obliquement; après trois mois de traitement, les fragments n'étaient pas soudés. Dupuytren et M. P. Bérard furent appelés en consultation, et conseillèrent l'application de l'appareil inamovible; au bout d'un mois et demi, la consolidation avait eu lieu.

Un rachitique de vingt et un ans se fractura à la fois le bras, les deux jambes et les deux cuisses; l'humérus fut trois mois à se consolider; il en fut de même des os de la jambe, et enfin les fémurs ne reprirent leur solidité que cinq mois après l'accident. C'est Desault qui rapporte l'histoire de ce malade.

Quoique ce dernier eût passé l'âge auquel se développe le rachitisme, il est probable cependant, les fractures multiples qui se produisirent le font soupçonner, il est probable, dis-je, que le tissu osseux était le siége de quelque altération récente.

Quant au premier, rien ne prouve que le rachitisme ancien fût la seule cause de la non-consolidation.

En résumé, comme causes du retard de la consolidation des fractures chez les enfants, nous avons trouvé que les unes étaient locales, les autres générales.

Dans les premières sont venues se ranger la maladie dont l'os fracturé peut être le siége, la carie, la nécrose, etc., les fractures compliquées et comminutives, dont nous n'avons dit que peu de choses, parce qu'elles ne présentent rien de spécial dans le jeune âge.

Comme causes générales beaucoup plus actives à l'époque de la vie où le corps est encore dans sa période d'accroissement, nous avons trouvé toutes celles qui apportent un trouble notable dans la nutrition : ainsi les fièvres graves et longues, la scrofule; quand la constitution est détériorée, toutes les causes débilitantes, les suppurations abondantes et prolongées.

Les altérations, si bien étudiées par M. Broca, que ces affections amènent dans le tissu osseux rendent parfaitement compte de la production des décollements épiphysaires et de la difficulté du travail de réunion.

Enfin, nous avons vu que le pronostic des fractures chez les rachitiques devait varier selon la période de la maladie à laquelle le malade était arrivé. Très puissante dans la première et la seconde période, l'influence du rachitisme diminue dans la troisième, et cesse de se faire sentir alors que les os, à part quelques modifications qui n'ont aucune influence sur la formation du cal, sont rentrés dans la vie normale.

SUR LA POSITION A DONNER A LA FEMME pendant l'accouchement,

Par M. HUBERT.

Le décubitus dorsal usuel en France, ou le coucher sur le côté, préféré en Angleterre, ou bien encore la pronation sur les coudes et les genoux, ne constituent-elles qu'une question d'habitude, qu'une affaire de mode ou de mœurs nationales? Chacune de ces attitudes ne satisfait-elle pas, au contraire, à une indication réelle? C'est ce que pense et ce qu'a fort bien démontré M. Hubert.

Selon lui, dans le cas de version à opérer, par exemple, si l'enfant, présentant l'épaule, a le ventre tourné en arrière, il vaut mieux laisser la femme sur le dos; la manœuvre n'en sera que plus aisée.

Mais si le fœtus a le ventre en avant, ses membres pelviens se trouvant contre la paroi antérieure de la matrice, alors, en faisant rester la femme sur le dos, l'accoucheur ne peut parvenir aux pieds qu'en portant la main en pronation et fortement en avant; ou, si les eaux sont écoulées, si surtout le ventre est en besace, l'arcade pubienne comprimant l'avant-bras l'aura bientôt engourdi, le rendra incapable d'agir, l'empêchera de pénétrer aussi avant qu'il est quelquefois nécessaire.

Loin de là, si vous placez la femme sur les coudes et les genoux, la main, en supination, n'a qu'à suivre presque en ligne droite et horizontalement d'arrière en avant, les parois antérieures du bassin et de l'utérus, ce qui s'opère très facilement.

Mais cette situation, outre ce qu'elle a de blessant pour la pudeur des femmes, étant assez gênante à conserver, voilà comment, dans le cas spécifié, M. Hubert parvient à réaliser tous les avantages qu'elle donne, sans néanmoins l'imposer à la patiente. Il laisse la femme sur le dos jusqu'à ce que la main droite ait franchi le col de la matrice; il fait alors fléchir la cuisse et la jambe droite de la malade, puis, pendant qu'elle se tourne ou que des aides la font tourner *sur son flanc gauche*, il fait passer le membre fléchi au-dessus de son bras droit, et se trouve ainsi du côté du dos. Il peut alors longer la paroi antéro-latérale gauche, et même la paroi antérieure de la matrice, pour aller à la recherche des pieds. Ceux-ci, ramenés à la vulve, il replace la femme sur le dos.

Par cet ingénieux procédé, M. Hubert tire de l'attitude en pronation tous les avantages qu'elle peut rendre, sans l'imposer cependant à la patiente. Il cite plusieurs cas où, grâce au secours de cette manœuvre, tel confrère qui ne parvenait pas à toucher les pieds du fœtus a pu les atteindre lorsque la main, secondée par ce changement de position, a pu pénétrer plus avant.

Pour la délivrance, si, malgré la poulie de renvoi, les tractions se perdent contre la paroi antérieure du col et ne peuvent faire sortir le placenta, il faut coucher la femme sur l'un de ses côtés, se placer derrière elle et tirer simplement vers soi. S'il n'y a pas d'adhérence anormale, ces tractions, devenues à peu près parallèles à l'axe de la matrice et à celui du détroit supérieur, amèneront facilement la délivrance. (*Ann. méd. de la Flandre occidentale.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Action sédative du bromure de potassium sur les organes de la génération.

Par M. le docteur THIELMANN.

Le docteur Thielmann a fait usage du bromure de potassium avec avantage dans le priapisme qui accompagne certaines formes de blennorrhagie. Outre l'emploi de ce moyen à l'intérieur, il conseille l'emploi local sur le pénis de compresses d'eau tiède recouvertes de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation. Ce médicament semble avoir réussi entre les mains du praticien russe contre le satyriasis et les pollutions nocturnes.

La formule est la suivante :

Bromure de potassium, 1 gramme 25 à 2 grammes
Sucre en poudre. . . . . 6 —

Mêlez et divisez en 12 paquets égaux, à prendre toutes les deux heures. (*Medic. Zeit. Russland's* et *Gaz. hebd.*)

Emploi du nitrate d'argent à l'intérieur dans la chorée.

On connaît le nombre et la diversité des moyens thérapeutiques conseillés dans le traitement de la chorée; vouloir les énumérer serait entreprendre une énumération stérile; le médicament dont l'emploi vient d'être vanté en Allemagne ira peut-être grossir le nombre de ces agents thérapeutiques prisés outre mesure et puis rapidement oubliés. Cependant nous croyons devoir l'indiquer à nos lecteurs : 15 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé sont dissous dans 15 grammes d'eau; on donne chaque jour en commençant trois cuillerées à café de la solution; en augmentant chaque jour les doses, on atteint sept cuillerées par jour. Cette dose détermine la diminution et la cessation des accidents convulsifs. L'amélioration une fois produite, on a soin de continuer quelque temps encore le médicament à doses décroissantes.

(*Journal fuer Kinderkrankh.*)

Procédé de Dupuytren modifié, contre le prolapsus du rectum,

Par M. POSTA.

Ni le nombre, ni l'importance des changements que l'auteur propose ne nous paraissent justifier ce titre un peu ambitieux. M. Posta avertit d'abord les praticiens de ne point exécuter l'excision des plis anaux sur un sujet atteint de syphilis constitutionnelle avant d'avoir neutralisé celle-ci au moyen des spécifiques. Sans cette précaution, chaque perte de substance pourrait se transformer en un ulcère de mauvaise nature.

En second lieu, on devra se garder de pratiquer l'excision sur la partie de l'anus qui correspond ou fait suite au raphé périnéal. Le voisinage de l'urètre est capable, si la suppuration s'emparait de la surface dénudée, d'occasionner un abcès qui pourrait compromettre l'intégrité de ce canal.

Quoiqu'une pareille appréhension semble un peu exagérée, ce n'est pas un motif pour refuser d'obéir au précepte qu'elle suggère, d'autant plus qu'on le peut aisément en faisant de préférence porter les excisions sur les côtés, ainsi que sur la partie postérieure du contour anal. (*Il filiatre sebezio* et *Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 mars 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur de la face. — M. Michon présente un malade qui est affecté d'une tumeur volumineuse, développée probablement dans le sinus maxillaire, et qui offre des digitations dans la fosse nasale, dans le pharynx et dans l'orbite. L'œil droit a été en partie chassé hors de la cavité orbitaire.

Cette tumeur doit être extirpée. M. Michon reviendra sur ce fait intéressant.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les journaux de médecine de la semaine.

LECTURE.

A la suite de la correspondance, M. Marjolin donne lecture du discours suivant, prononcé aux obsèques de M. Roux :

Messieurs, interprète des regrets de la Société de chirurgie dans ce jour de tristesse, ce n'est pas sans une émotion bien vive que je viens m'acquitter de ce pieux devoir. Vous tous qui vous pressez autour du cercueil de ce maître illustre, ne vous semble-t-il pas encore l'entendre prononcer ces tristes paroles, cher Marjolin : « Serait-il dans » notre commune destinée que ma carrière ne se prolongeât pas beau- » coup au delà de la tienne. » Et voici que presque à la même époque, à trois ans d'intervalle, la mort vient à son tour frapper ce glorieux vétéran de la science, cet autre Nestor de la chirurgie française, dont naguère nous nous plaisions à entendre les entretiens aimables et instructifs, dont la vieillesse, pleine de verdeur, semblait chaque jour puiser de nouvelles forces dans l'accomplissement de ses devoirs et dans le soulagement de ses semblables.

Que nous étions loin de prévoir ce coup si funeste lorsqu'il vint revendiquer cette place de membre honoraire, que la mort de son ami rendait vacante !

Pour M. Roux, membre de l'Institut et do l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris, associé de la plupart des sociétés savantes, il ne pouvait plus y avoir de titre à envier, et cependant il sollicite cumme une faveur de pouvoir siéger parmi nous. Malgré tout l'éclat de son nom, comme son prédécesseur, il se soumet à nos usages, à une élection. Persuadé de cette vérité, que plus l'homme a de talent, plus il doit encourager et soutenir de l'autorité de son nom les efforts de ceux qui n'ont d'autre but que l'étude, et donnant ainsi un noble exemple, le voilà, malgré son âge, ses occupations nombreuses, malgré les exigences académiques, devenu un des membres les plus assidus de nos séances. Il suit toutes nos discussions, y prend une part active, apportant toujours dans le débat, avec le poids de sa longue expérience, et cette amabilité et cette finesse d'esprit qui lui étaient naturelles.

Si la présence de M. Roux avait apporté à notre Société une partie de l'éclat de son nom, par contre, il avait retrouvé parmi nous un attachement, une déférence dont il était heureux. Ne le voyez-vous pas encore entrer à la séance, serrer cordialement la main de ses nouveaux collègues, échanger un mot affectueux, et gagner ensuite sa place habituelle, entre ses deux amis de la Faculté et de l'Académie?

Ne vous souvenez-vous pas aussi de ce jour où, par une indiscrétion bien pardonnable, il nous mit dans la confidence de ses lettres dédiées à l'amitié, et nous lut ce remarquable chapitre des anévrismes? Avec quelle religieuse attention on écoutait la lecture de ces pages, résumé de quarante années de pratique! c'était, disait-il, pour payer sa bienvenue parmi nous, ne se croyant pas quitte envers la Société qui l'avait l'acclamé.

Encore quelques jours, et ce travail important, fruit de sa longue expérience, allait être livré à l'impatience du monde savant sous forme de lettres écrites à d'illustres amis; il travaillait avec l'ardeur de la jeunesse pour y mettre la dernière main, lorsque la mort, dont il avait repoussé un premier avertissement, a brisé sa plume.

Il est tombé à son tour, ce dernier membre de cette noble cohorte, qui fit la gloire de l'Ecole de Paris à l'époque de nos premières années; il est tombé, comme un digne soldat sur la brèche, les armes à la main !

O vous Cbélius, Lawrence, Brodie, Valentin Mott, ses amis et ses collègues de la Société de cbirurgie, vous aussi qui attendiez impatiemment ces lettres, quelle sera votre peine en les recevant non plus accompagnées de ces mots affectueux et pleins d'esprit dont il avait le secret, mais entourées du crêpe funèbre !

Non, quelle que soit votre douleur, elle ne pourra dépasser la nôtre; nous étions si fiers de son talent, de son affection ! il y avait tant de bonté dans ses rapports, tant de charmes dans son intimité !

Messieurs, si je n'insiste pas plus longuement sur les travaux, sur les qualités privées du savant illustre, du professeur aimé dont nous déplorons la perte, c'est qu'il y a dans ces tristes solennités officielles quelque chose de si pénible pour les familles, pour les amis qu'il suffit des paroles du cœur. Vous venez d'ailleurs d'entendre des voix éloquentes députées par les corps savants dont M. Roux faisait partie vous faire le récit de sa jeunesse, de ses concours, de ses succès dans l'enseignement particulier comme dans l'enseignement public. Vous savez comment le disciple chéri de Bichat avait trouvé dans Boyer un second père, et comment cette famille, déjà si puissante par les talents, s'était encore agrandie par l'alliance avec un nom justement considéré, celui de notre excellent collègue M. Danyau.

Dans tous ces discours, vous avez entendu rappeler son talent, son savoir et sa bonté si connue, et chacun de ces éloges funèbres, en redoublant nos regrets, nous a fait sentir de plus en plus le vide immense que cette mort laisse parmi nous.

Encore quelques instants, cher maître, et cette tombe va se refermer sur ce qu'il y avait de périssable en vous; mais votre nom vivra aimé et vénéré parmi nous; il s'attachera aux destinées de cette Société que vous avez voulu encourager, et elle, à son tour, tiendra à honneur de se montrer digne de votre mémoire.

— Sur la proposition de plusieurs membres de la Société, il est décidé à l'unanimité que le discours de M. Marjolin sera inséré dans les bulletins.

Anatomie pathologique. — Pièces pour servir à l'histoire des maladies des os. — M. Gerdy soumet à l'examen de la Société uno série de pièces anatomo-pathologiques relatives à la carie.

J'ai voulu, dit M. Gerdy, vous montrer sur des os les trois variétés de carie que je propose d'admettre.

La première, que je désigne sous le nom de carie molle, raréfiante; la deuxième, que j'appelle dure, et enfin la troisième, carie bulleuse.

Je veux aussi vous montrer qu'il peut exister une vascularisation très remarquable sur des os qui cependant ne sont pas malades. Cette disposition spéciale se rencontre là où la peau qui revêt l'os est appelée à une grande activité vasculaire, comme, par exemple, sur la tête des animaux à cornes, sur les os du tarse chez les chevaux, chez les ânes, etc., là où se fait la sécrétion de la corne des sabots; sur les os sus-maxillaires du rhinocéros, sur la tête des crocodiles aux points correspondant au développement des grosses écailles.

La carie molle est celle qui est bien connue ; vous peuvez en trouver des exemples marqués dans la collection que je vous soumets; je n'ai pas à vous en entretenir, vous savez les caractères qu'on lui assigne ; mais il n'en est pas de même de la deuxième variété ou carie dure ; celle-là est bien moins étudiée, et on la confond avec la nécrose, dont l'histoire laisse tant à désirer.

Vous pouvez voir, par exemple, sur une femme un cas de ce genre d'affection. Il y a eu d'abord ostéite ; une inflammation décorticante a détruit la surface de l'os, et on trouve la tête fémorale ayant l'aspect des os cariés, et néanmoins une épingle ne peut pénétrer dans l'os malgré les efforts que l'on fait pour l'y faire entrer.

Il arrive, dans la série des évolutions que peuvent subir ces caries, que la partie malade s'isole et forme un séquestre. Mais cependant ce n'est pas là ce que l'on doit appeler une nécrose. Dans la nécrose, le séquestre est invasculaire; la mort a frappé la partie avant tout travail inflammatoire préalable, et le morceau mortifié est dûr et présente l'aspect de l'os normal. Dans la carie dure, au contraire, la mort ne survient qu'après l'inflammation ulcérative; pendant les pbases de cette inflammation, les phénomènes habituels de l'ostéite, la raréfaction des tissus osseux, l'accroissement des sillons vasculaires se sont produits, et sur le séquestre on en retrouve les traces. Ces séquestres de carie sont durs, et on les retrouve même sur les parties spongieuses des os. Ainsi vous pouvez en voir un exemple remarquable sur un sternum.

Quant à la carie bulleuse, ses caractères sont faciles à distinguer; la trame osseuse est tellement raréfiée que l'os n'a plus de poids, on voit le jour à travers.

Ainsi, en résumé, j'ai voulu fixer votre attention sur les trois variétés de carie : la molle, la dure et la bulleuse; et enfin je vous ai montré que la vascularisation exagérée que l'on remarque sur certains os peut n'être que le résultat d'une disposition normale. Ce dernier fait, que je n'ai pu encore rencontrer que sur les animaux, trouvera peut-être des analogues dans l'espèce humaine.

M. Robert a suivi avec intérêt la communication de M. Gerdy, qui touche à un des points les plus obscurs de la pathologie des os. M. Gerdy a parlé de la carie, dont il a varié les formes; mais, dit M. Robert, je n'ai pu saisir, dans l'exposition des doctrines de M. Gerdy, les caractères distinctifs de l'ostéite et de la carie. C'est là que gît la difficulté du diagnostic.

M. Gerdy répond que le diagnostic présente en effet les plus grandes difficultés, et ne peut être établi *à priori*. La carie est bien une ostéite, mais son caractère est d'être ulcérante; l'ostéite simple ne l'est jamais.

Si une violence extérieure a érodé l'os, on peut être très embarrassé pour porter un jugement définitif et immédiat ; mais si l'on attend, alors on ne tarde pas à être éclairé. La carie, en effet, est de sa nature essentiellement incurable, si on l'abandonne à elle-même; pour la vaincre il faut employer des moyens énergiques. L'ostéite, au contraire, a une tendance curative naturelle.

M. Robert signale à M. Gerdy les difficultés que présentera le diagnostic dans les affections syphilitiques des os du crâne.

M. Gerdy pense que dans beaucoup de circonstances on a commis des erreurs en considérant les affections des os du crâne d'essence syphilitique comme des nécroses. Il a eu occasion d'examiner de ces séquestres durs produits par la carie, et leurs caractères étaient si bien tranchés qu'il n'a conservé aucun doute sur leur nature; la vascularisation du fragment osseux était remarquable. Si le séquestre avait été le produit de la nécrose, il n'en eût pas été ainsi.

M. Robert, tout en suivant avec intérêt les études entreprises par M. Gerdy dans le but d'éclairer l'histoire différentielle de la carie et de la nécrose, ne saurait cependant partager les opinions émises par l'honorable professeur, et il est disposé, comme devant, à considérer les séquestres des os du crâne, quoique légers et spongieux, comme le résultat d'une nécrose.

M. Gerdy insiste encore sur le caractère essentiel qu'il signale dans la nécrose. L'inflammation d'élimination est curative. Dans la carie, au contraire, malgré la séparation d'une portion d'os malade, l'inflammation ne perd jamais seule son caractère ulcérant. La guérison ne se fait pas.

M. Robert ne partage pas cette manière de voir sur l'infaillibilité du signe puisé dans l'incurabilité de la carie. Ainsi, un individu reçoit une contusion sur un os; il se forme une inflammation, un abcès; l'os se ramollit, une portion se sépare. Dans ce cas le séquestre est spongieux, il porte les traces d'une vascularisation manifeste, et cependant, dès qu'il est éliminé, sans autre traitement la guérison a lieu. Y avait-il carie?

M. Gerdy répond qu'il y avait là ostéite simple avec érosion. Le débridement a suffi pour amener la guérison. Si l'affection était compliquée de carie, ce simple traitement aurait été insuffisant.

M. Voillemier admet aussi que le point important qui différencie la carie de la nécrose, c'est que dans l'une l'inflammation est franche et réparante, tandis que dans l'autre l'inflammation est ulcérante et d'une nature spéciale. Mais ce fait une fois établi, il croit que les séquestres de nécrose ne présentent pas toujours les caractères qui ont été décrits dans les ouvrages classiques. Dans plus d'un cas on a vu, à la suite d'une ostéite développée sous l'influence d'une violence extérieure, une partie de l'os malade être éliminée et la maladie guérir. Alors le séquestre est poreux, léger, parce qu'il a été soumis pendant un temps à une inflammation qui a altéré son tissu ; mais ce n'en est pas moins un séquestre de nécrose, car l'*inflammation* était *franche*, et la maladie, comme dans le fait cité par M. Robert, tendait spontanément à la guérison. De ce qu'un séquestre ne présente pas les caractères généralement rencontrés dans la nécrose, il ne faut pas se hâter, d'après son seul aspect, de dire qu'on a affaire à une autre maladie.

M. Gerdy persiste à considérer comme très différents les séquestres invasculaires, et ne croit pas qu'ils puissent appartenir à la nécrose.

M. Voillemier, discutant ensuite sur les espèces de carie, dit qu'il n'en saurait admettre deux espèces, l'une molle et l'autre dure. Si le plus souvent le tissu osseux est raréfié et rapidement détruit, c'est que la carie a débuté d'emblée et avec tous ses caractères. Si parfois il arrive qu'on rencontre des séquestres durs, c'est que la carie a été précédée d'une ostéite qui a produit les pbénomènes d'induration si bien décrits par M. Gerdy; et quand l'inflammation prend la forme de la carie, tandis qu'elle vascularise, ramollit et détruit avec rapidité le tissu osseux, trouvant une résistance plus grande dans les parties indurées, elle les élimine. Mais autour de ces séquestres indurés, la carie molle, ulcérante, la véritable carie existe. Les séquestres indurés ne sont qu'un accident dans la maladie qui a conservé son triste caractère.

M. Gerdy répond qu'il ne tient pas beaucoup au mot espèces. Ce sont, pour mieux dire, des modes ou manières d'être ; ce ne sont pas des individualités distinctes, ce sont deux manières d'être de la même maladie offrant des dissemblances anatomiques, et susceptidles d'être distinguées par les différences que présentent et leur marcbe et leurs symptômes.

Affection syphilitique des nouveau-nés. — M. Cbarrier, interne de M. Danyau, soumet à l'examen de la Société le crâne d'un enfant qui, après avoir vécu quelques jours, a succombé. Cet enfant portait un pemphigus syphilitique en pleine suppuration. A l'intérieur du crâne, entre la dure-mère et les os, on voit de grandes taches purulentes. Ces tacbes, examinées au microscope par M. Follin, sont formées par des épanchements de matière fibro-plastique avec un développement vasculaire remarquable ; mais pas de trace de pus.

Dans le poumon existaient des foyers contenant de la matière qui, analysée au microscope également, offrait des globules purulents et de la matière fibro-plastique.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Nouvel urétrotome. — M. Dupierris présente un nouvel instrument pour la cure des rétrécissements organiques de l'urètre. Il dépose en même temps sur le bureau un mémoire explicatif. (Commissaires : MM. Guérin, Chassaignac et Morel-Lavallée.)

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Un service hygiénique doit être établi auprès des armées ottomanes.

Tous les élèves qui ont passé un examen de doctorat et qui désiraient en faire partie ont pu s'inscrire hier lundi au secrétariat de la Faculté, car la liste a été close à quatre beures.

— La Société impériale de médecine de Marseille propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qui sera décerné dans la séance publique de 1854, la question suivante :

« 1° De l'accouchement prématuré artificiel;

» 2° Dans quelles circonstances et à quelle époque de la gestation faut-il le pratiquer?

» 3° Quel est le meilleur moyen de le terminer? »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis dans les formes académiques, et avant le 1er septembre 1854, terme de rigueur, à M. Henri Méli, secrétaire général de la Société, rue des Chartreux, 15, à Marseille.

— M. Duvernoy, professeur d'anatomie comparée, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours au Muséum d'histoire naturelle le mardi 18 avril, à une beure, et le continuera les mardis et samedis, à la même beure.

Le professeur traitera des organes d'alimentation, considérés dans tout le règne animal, sous le double rapport de leur influence sur le choix instinctif des aliments, et des caractères qu'ils peuvent fournir aux classifications de la méthode naturelle.

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère dans l'infortune

(Au bureau du journal).

Montant de la première liste : 58 fr.

MM. les docteurs Mastalier, 20 fr.; Delpecb, 5 fr.; Moreau, 5 fr.; Chomel, 5 fr.; Mercier, 5 fr.; Nélaton, 5 fr.; Robert, 5 fr.; Terrier, 5 fr.; Arnal, 5 fr. — Total : 118 fr.

Les moindres sommes seront reçues avec une profonde reconnaissance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène, sous la direction do M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, etc. N° 1, janvier, 1854. Mémoire sur la digitaline et la digitale, par MM. Homolle et Quevenne. — Mode de publication. Les *Archives de physiologie, de thérapetique et d'hygiène* sont publiées par numéros de 10 à 20 feuilles (150 à 300 pages). Le prix de l'abonnement est de 9 fr. pour Paris et 11 fr. pour les départements. Chaque numéro, constituant un mémoire spécial avec sa table, se vend séparément 4 fr. pour Paris et 5 fr. pour les départements. — On souscrit à Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Cours d'Hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris par Louis Fleury, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — *Mode de publication :* Le *Cours d'hygiène* de M. le docteur Fleury est publié par livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit texte. Lo prix de chaque livraison, contenant la matière d'un fort demi-volume in-8° en caractères ordinaires, est fixé à 2 fr. — La sixième livraison vient de paraître; elle traite des *aliments*. — Paris, cbez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traité de l'épilepsie. Histoire, traitement, médecine légale; par M. le docteur Delasiauve, médecin de l'bospice des aliénés de Bicêtre (section des épileptiques et des idiots). Ouvrage dont la partie thérapeutique a été couronnée par l'Institut (Académie des sciences). Un vol. in-8° de 564 pages. Prix : 7 fr. 50. — Chez Victor Masson.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 12 AVRIL 1854.

Séances des Académies.

Nous n'avons pas pour habitude d'insister sur la correspondance de l'Académie de médecine, et nous nous contentons ordinairement de mentionner dans le compte rendu de la séance les présentations de manuscrits ou d'ouvrages imprimés; mais il nous est impossible de ne pas signaler la présentation d'un livre important sur la suette, que vient de publier notre estimable collaborateur et ami M. le docteur Foucart. Nous rendrons prochainement compte de cet ouvrage, qui avait déjà obtenu, manuscrit, une mention honorable de la docte Compagnie.

Trois lectures importantes ont ensuite été faites : la première, sur le délire, par M. le docteur Moreau (de Tours); nous en donnons les conclusions; la deuxième, sur l'épidémie de choléra à la Charité en 1854, par M. Piorry. L'auteur insiste sur l'influence favorable de la ventilation, et n'est pas éloigné d'admettre une propriété contagieuse, que d'autres appelleront avec plus de raison peut-être infectieuse, et qui se développe dans les lieux privés d'aération. M. Piorry, qui a, comme on le sait, une faiblesse prononcée pour le néologisme, a créé un mot nouveau pour désigner le poison cholérique ou indien; c'est l'INDOLOIOSE. Nous avons peine à croire que cette dénomination nouvelle, quelque harmonieuse que la juge l'auteur, soit adoptée. Du reste, le mémoire de M. Piorry offre un intérêt réel, et nous regrettons d'être forcé, par le défaut d'espace, d'en renvoyer la publication au prochain numéro.

M. Valleix a lu, après M. Piorry, la première partie d'un mémoire sur le cathétérisme et le redressement utérins. Dans cette première partie, l'auteur s'est attaché à réfuter les deux observations communiquées par MM. Broca et Cruveilhier. Comme on devait s'y attendre, M. Valleix attribue la mort à d'autres causes, et cherche à dégager son instrument favori des accusations qui pèsent sur lui.

Nous attendrons la fin de ce mémoire, écrit du reste avec talent, pour en apprécier la valeur. Il ne sera pas inutile sans doute, avant de porter un jugement définitif, de tenir compte des réponses que pourra attirer cette lecture de la part de MM. Broca et Cruveilhier, et de la discussion que soulèvera l'examen du mémoire.

En attendant, ce que nous désirons trouver dans le reste du mémoire de M. Valleix, ce sont des preuves bien positives non-seulement de l'innocuité du redressement utérin, mais de son utilité. L'auteur s'est imposé une lourde tâche en se mettant dans la nécessité de démontrer les avantages d'un procédé que la logique repousse d'avance, qui déjà a été abandonné pour ses dangers et son inutilité par des chirurgiens recommandables.

Quand on pense, en effet, à la position de l'utérus au milieu du bassin, il est difficile de croire aux avantages de l'introduction, quelque prolongée qu'elle puisse être, dans cet organe, d'un corps étranger qui, en se retirant, le rend à toute sa mobilité, comme il est difficile aussi de croire à l'innocuité de la présence prolongée de ce corps étranger dans un organe aussi délicat, et dont les lésions les moins profondes peuvent entraîner de si graves conséquences.

Ce qui doit d'ailleurs être distingué avec soin, c'est l'emploi si différent de l'instrument, soit dans le but temporaire de pratiquer le cathétérisme, soit dans le but permanent, ou plutôt prolongé, de redresser un organe dont la mobilité est généralement reconnue. Pour notre part, nous trouvons bien plus de rationnalité dans l'emploi conseillé par M. Chassaignac et d'autres chirurgiens d'une ceinture destinée à IMMOBILISER non-seulement l'organe, mais tous les viscères abdominaux, et au moyen de laquelle on obtient bien plus sûrement, bien plus rationnellement, et surtout SANS DANGER, la guérison des accidents déterminés par les déplacements utérins.

Quand la lecture de M. Valleix sera terminée, nous en publierons le résumé le plus complet qu'il nous sera possible, afin que nos lecteurs puissent juger de la valeur de la défense et des attaques dont il sera sans doute l'objet.

A l'Académie des sciences, une communication de M. Fermond sur la conservation des sangsues officinales nous fournit l'occasion de dire quelques mots d'une nouvelle lettre adressée à l'Académie de médecine par MM. les membres de la commission de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, et dont on a bien voulu nous adresser une copie.

Cette lettre contient la rectification de quelques faits avancés par l'honorable rapporteur académique M. Soubeiran, et qui ont paru blessants pour le président et les membres de l'Association.

Nous regrettons que l'étendue de cette lettre ne nous permette pas de la reproduire. Nous ferons néanmoins observer que nous avons évité de prendre un parti dans cette discussion, et que la réserve dans laquelle nous avons eu soin de nous tenir nous dispense, à la rigueur, de revenir sur cette question, où la personnalité tient une si grande place. — F. Fabre.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

Viciation du bassin. — Embryotomie.

L'opération césarienne, qui est bannie à juste raison de la pratique des hôpitaux de Paris, si elle compromet énormément la vie de la mère, offre au moins la compensation de sauver l'enfant. La plupart des praticiens, et M. Velpeau entre autres, admettent que le salut de la mère doit passer avant celui de l'enfant; M. Paul Dubois, adoptant aussi cette opinion, préfère l'embryotomie à l'opération césarienne. Néanmoins il ne faut pas croire que l'embryotomie offre à la mère tous les avantages qu'elle semble promettre; à un certain degré de rétrécisssement du bassin, elle devient si dangereuse qu'elle compromet la vie de la mère presque autant que l'opération césarienne. En voici un exemple :

Une femme, nommée Caroline Brunswick, âgée de vingt-quatre ans, blanchisseuse, entra à la Clinique d'accouchements le 12 juillet 1853, enceinte de neuf mois environ. Cette femme, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, paraissait bien conformée à l'extérieur; elle était enceinte pour la première fois, et sa grossesse avait été heureuse; depuis deux mois seulement il existait un peu de constipation. Réglée à dix-huit ans, la menstruation fut depuis régulière; ses règles se sont montrées pour la dernière fois le 22 octobre 1852, et elle paraissait devoir accoucher dans les premiers jours d'août, en supposant que la conception ait eu lieu un peu avant l'époque de novembre. Le toucher fit reconnaître une viciation du bassin, qui était généralement étroit, mais plus particulièrement rétréci dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Les battements du cœur de l'enfant s'entendaient très-haut, ils avaient leur maximun à peu près au niveau de l'ombilic.

Le 9 août M. le professeur Dubois constata la présence de la tête au-dessus du détroit supérieur, vers la fosse iliaque gauche (toucher et palper).

Depuis le 6 août cette femme avait de véritables contractions utérines à des intervalles plus ou moins longs; ainsi dans vingt-quatre heures elle avait des périodes de contraction d'une, deux ou trois heures, puis elle avait quelques heures de tranquillité. Les choses ont duré ainsi les 7, 8, 9, 10, 11 et 12 août sans que le col, qui était long, conique, ramolli et fermé, se soit sensiblement modifié. Les battements du cœur fœtal s'entendent toujours à gauche en un point assez élevé de l'abdomen, vers l'ombilic.

Le samedi 13 le col paraît raccourci et la femme dit avoir perdu depuis hier de l'eau teinte d'un peu de sang. — Œdème de la jambe gauche.

Le dimanche 14 le col est plus court, mais toujours fermé; on constate entre le col et le sacrum le segment de la tête reconnu par M. le professeur Dubois. — Vers quatre heures du soir, le 14, les contractions deviennent plus suivies et énergiques. — Impossibilité pour la femme de se tenir au lit durant la nuit du 14 au 15.

Lundi 15 nous trouvons la femme debout, souffrant beaucoup; l'œdème de la jambe gauche est considérable, la jambe droite est un peu tuméfiée aussi. — Au toucher, à neuf heures, col effacé; l'orifice externe laisse pénétrer l'index tout juste. Poche entière bombant pendant les contractions. — Tête très-élevée, on ne l'atteint qu'en recourbant l'index entre la partie antérieure et interne du segment inférieur et la convexité de la poche. On touche plus facilement la partie antérieure et supérieure du sacrum à travers le bord postérieur de l'orifice dilaté (M. le chef de clinique Campbell doute que ce soit encore là l'angle même du sacrum). La partie osseuse sentie avance considérablement en avant au-dessus de l'excavation et paraît peu éloignée de la face postérieure de la symphyse pubienne. — Bain (c'est le quatrième depuis huit jours).

Le 15, à trois heures du soir, à la salle d'accouchement, orifice dilaté comme une pièce de 50 centimes; poche considérable entre l'orifice et la tête, qui reste élevée. — Mensuration depuis le ligament sous-pubien jusqu'au point le plus élevé qui se puisse atteindre à la face antérieure du sacrum (promontoire?), 2 pouces et de 10 à 11 lignes (sans déduction), ou bien 7 centimètres et 6 ou 8 millimètres. — L'oreille appliquée sur l'abdomen fait percevoir des battements doubles, un rhythme régulier et 154-160 par minute.

16 août, neuf heures du matin. M. le professeur Dubois constate une dilatation d'un franc.

16 août, deux heures du soir. La dilatation étant de la dimension d'une pièce de 2 francs, la sage-femme en chef, madame Callé, rompt la poche. Les eaux sont teintes de méconium. — Pouls fébrile : vagin chaud.

16 août, quatre heures du soir. Plaintes presque continuelles. — Pouls 96, peau chaude, figure congestionnée, céphalalgie. Au toucher, on sent que l'orifice est retombé sur lui-même; l'index simplement introduit, et sans faire de mouvements latéraux, sent tout le pourtour froncé de l'orifice. — Le sommet paraît moins éloigné de l'orifice qu'il ne l'était ce matin; cela semble tenir à deux causes : 1° un engagement réel du crâne, que l'on atteint mieux et qui est solidement fixé au-devant de l'obstacle; 2° la saillie inférieure de la bosse séro-sanguine qui n'est pas éloignée, et qui au premier abord pourrait laisser croire à un engagement plus prononcé de la voûte crânienne, si la dépressibilité de l'empâtement ne venait rectifier l'erreur en montrant la nature de la tumeur que l'on sent après avoir franchi l'orifice avec le doigt. — Les pulsations doubles s'entendent parfaitement.

16 août, six heures du soir. Peau chaude, vagin très-chaud, pouls 96. — Saignée de 300 grammes, injection d'eau presque fraîche dans le vagin.

Neuf heures du soir. Moins de céphalalgie, face moins congestionnée, pouls 72, peau meilleure. — Les contractions utérines sont moins énergiques, la dilatation est la même et la tête n'est pas plus engagée. — On donnera de deux heures en deux heures une pilule de 25 milligrammes d'extrait gommeux d'opium.

Onze heures du soir. M. le professeur Dubois fait une perforation du crâne, dans l'espérance que, diminuant ainsi le volume de la tête, elle pourra s'engager dans l'excavation, et permettra à l'accouchement de se faire. — La dilatation du col était grande comme une pièce de 2 francs.

17 août, huit heures du matin. La femme a continué à souffrir beaucoup pendant la nuit. La tête s'est, en effet, un peu engagée dans l'excavation, mais appuie très-peu sur le col utérin, dont l'orifice est grand comme une pièce de 5 francs. M. le professeur Dubois fait une application de céphalotribe; l'introduction des branches se fait assez facilement, mais l'extraction du fœtus est difficile et exige beaucoup d'efforts. — L'enfant paraissait bien conformé et arrivé à terme. Le cerveau était entièrement vidé, et un œil était sorti de l'orbite par suite de la compression du céphalotribe. — La femme est excessivement faible, très-pâle; le visage est décomposé.

Un quart d'heure après, la délivrance s'opérait naturellement.

17 août, dix heures du soir. Le ventre de la femme est très-ballonné; elle est affaissée, elle ne dit rien.

Jeudi, 18 août, une heure du matin. La femme meurt.

Autopsie de la femme Brunswick trente et une heures après la mort.

Vendredi 19 août, huit heures du matin. — Autopsie faite par M. Campbell, en présence de M. Paul Dubois et de plusieurs élèves : ventre très-ballonné. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule

une petite quantité de liquide épanché dans le péritoine qui présente des traces de phlegmasie légère. La partie postérieure et un peu latérale droite de l'utérus correspondant à l'angle sacro-vertébral est très-fortement contusionnée, la tête ayant pressé dessus, et paraît enflammée. Il y a déchirure de la partie postérieure du col de l'utérus, qui est encore assez volumineux; cette rupture postérieure a été rendue inévitable par le défaut de dilatation du col et la nécessité d'introduction du céphalotribe. Cette déchirure, qui est limitée au col et ne s'étend pas au vagin, n'est pas suffisante, selon M. Dubois, pour rendre compte de la mort de la femme qui a succombé par l'épuisement et la fatigue prolongée du travail; cette déchirure du col arrive très-souvent sans déterminer d'accidents graves chez les primipares. Toute la partie de l'utérus qui plongeait dans l'excavation est molle, flasque, très-amincie; la partie supérieure est un peu rétractée. La vessie, qui fut comprise dans l'incision longitudinale antérieure, présentait à sa surface interne des taches ecchymotiques; elle contenait une petite quantité d'urine trouble et colorée par du sang. La partie amincie de l'utérus dans le point qui correspondait à la symphyse pubienne présentait une perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Le vagin était aussi perforé à sa partie supérieure, mais dans une très-petite étendue.

Le bassin était noué, selon l'expression de M. le professeur Dubois; les pubis présentaient une épaisseur très-considérable; le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur avait une étendue de 2 pouces 1/2 (67 millimètres), compte net. Les branches ischio-pubiennes présentaient une saillie très-grande en avant, et rétrécissaient un peu l'arcade sous-pubienne. Le bassin, outre qu'il est rétréci, est très-haut, très-profond, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire chez les femmes qui présentent une viciation pareille; le sacrum est presque droit.

Les jambes ne présentent presque aucune déformation; à peine sont-elles contournées. Taille de la femme, 1 mètre 51 centimètres.

L'amincissement de l'utérus n'est pas graduel, il est brusque; le fond de l'utérus présente une paroi de 3 centimètres, c'est à peu près normal; au milieu de la face antérieure, il y a 4 centimètres; à la partie antérieure du col de l'utérus, une ligne d'épaisseur; 3 lignes à la partie postérieure. La poitrine et le cerveau n'ont pas été ouverts; on n'a pas non plus mesuré les diamètres de la tête, qui, nous a-t-on dit, présentent des analogies de proportion avec ceux du bassin.

HOPITAL DE LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Du ballottement utérin (1).

La question des déviations utérines étant en ce moment en discussion, nous exposerons aussi brièvement que possible les idées que nous avons émises à ce sujet. Nous donnerons d'abord la formule de ces vues nouvelles, puis nous indiquerons sur quel genre d'observations elles se fondent.

Les douleurs et accidents attribués aux déviations utérines, antéversion, rétroversion, antéflexion, rétroflexion, prolapsus, ne sont pas dus, comme on l'a cru jusqu'à présent, au vice de position ou de forme considéré en lui-même; en un mot, au seul fait de la déviation; ils tiennent aux mouvements ou secousses que subit l'utérus ainsi déformé ou dévié.

C'est donc une affection plus complexe qu'on ne l'avait pensé. Elle se constitue par la réunion de deux éléments, tous les deux indispensables pour que le phénomène se produise. Il faut, d'une part, qu'il y ait altération de position ou de forme, version ou flexion; d'une autre part, qu'il y ait locomotion, secousse, ballottement de l'organe.

Ainsi cette maladie a deux éléments, l'un anatomique, l'autre physiologique ou de locomotion; elle ne réside pas tout entière, comme on aurait pu le penser, dans un seul élément, l'élément anatomique.

Pour bien faire comprendre notre pensée, nous dirons que, quel que soit le degré de la déviation utérine, antéversion, rétroversion, antéflexion, rétroflexion, si l'organe est dans l'immobilité complète, il n'y a point d'effet pathologique produit. Vient-il à recevoir dans la même condition une secousse, un ébranlement, les accidents apparaissent aussitôt.

Si cette assertion est exacte, elle répond à une question déjà bien difficile à résoudre, celle de savoir pourquoi telle déviation qui est douloureuse chez une femme est complétement exempte d'accidents chez une autre; de plus, elle entraîne nécessairement cette conséquence que, si l'on parvient à immobiliser un utérus dévié ou déformé, on remédie par cela même aux accidents de la déformation. Si, d'une autre part, on parvient à redresser la déformation, le ballottement devient possible impunément. Ce qui veut dire que chacun des éléments de la maladie réduit à lui seul ne peut rien sans l'autre, et qu'il y a deux grandes méthodes générales de traitement contre les effets des déviations utérines, l'une qui fait cesser ces accidents en s'attaquant à la locomotion de l'organe, l'autre qui les prévient en redressant ces vices de forme et de position.

Il y a, en un mot, une méthode anatomique et une méthode physiologique.

Donnons pour base avant tout l'observation clinique aux opinions qui viennent d'être émises. Un résultat très court à énoncer résumera un nombre considérable de faits.

Qu'advient-il à toute femme qui souffre et qui réclame les secours de l'art contre les effets d'une déviation utérine? Vous allez le savoir si vous examinez cette femme dans les deux conditions que voici :

1° Le repos absolu au lit dans la position horizontale;

2° L'attitude verticale et le déplacement soit par la marche, soit par l'usage de la voiture.

Dans l'attitude horizontale et au repos complet, la femme dont l'utérus est dévié cesse de souffrir; vient-elle à se lever, à agir, à se mouvoir soit à pied, soit autrement, à l'instant même les douleurs reparaissent.

Ce fait est, suivant nous, le critérium clinique de la question, et c'est faute d'avoir eu sans cesse présente à l'esprit toute sa valeur qu'il existe encore dans la thérapeutique des maladies utérines tant de bizarreries et d'incertitudes.

Voyons à présent comment cette donnée toute nouvelle sur le caractère des déviations et des déformations utérines se concilie avec les résultats connus de la pratique.

Il est bien constaté aujourd'hui pour tout esprit dépouillé de préoccupations systématiques ou personnelles qu'on a pu obtenir la cessation des accidents généralement attribués aux déviations par une foule de moyens dont l'énumération complète serait trop longue, et dont il nous suffira de rappeler les suivants :

Ceintures, pessaires, douches et traitement hydrothérapique; bains de mer, bains sulfureux; moyens hygiéniques faisant revenir l'embonpoint; grossesse dans certains cas; médication et pratiques hygiéniques influant sur la tonicité des ligaments utérins; redressement de l'organe soit par des moyens qui agissent à sa surface interne, comme le redresseur de M. Simpson, soit par des moyens qui agissent à l'extérieur, comme les pessaires redresseurs de M. Hervez de Chégoin; cautérisations ayant pour effet de modifier la forme ou la position de l'utérus : exemple, celles que pratique M. Amussat.

En résumé, variétés sans nombre de moyens thérapeutiques auxquels des praticiens dignes de foi ont attribué des guérisons que nous regardons comme incontestables.

Comment ces moyens si divers, et même si opposés, ont-ils amené la guérison? C'est ce que nous allons examiner.

Pour peu qu'on les analyse dans le mécanisme de leur action thérapeutique, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils ont toujours agi en modifiant, soit l'élément anatomique, soit l'élément physiologique de la maladie. Faites disparaître l'un ou l'autre, les accidents cessent à l'instant.

En admettant que ces vues nouvelles soient exactes, elles n'auront pas rendu un médiocre service en répandant quelque lumière sur cette thérapeutique embrouillée dans laquelle se heurtent les moyens les plus contradictoires.

Essayons donc de démêler la vérité, et traçons une grande division.

1° *Moyens qui agissent sur l'élément anatomique de la maladie.* — La méthode du redressement due à M. Simpson et si bien exposée en France par M. Valleix est l'exemple type d'une méthode fondée sur la considération de l'élément anatomique. L'utérus est infléchi, on le redresse. Une fois ce résultat obtenu, il supporte impunément des secousses qui auparavant lui étaient intolérables. L'élément anatomique a disparu, et la maladie avec lui.

D'autres moyens très différents les uns des autres peuvent cependant avoir pour effet commun de modifier l'élément anatomique et même de le faire disparaître.

2° *Moyens qui agissent sur l'élément physiologique.* — Parmi les moyens qui modifient spécialement l'élément locomoteur, il faut noter les agents mécaniques propres à prévenir le ballottement. Dans cette classe, je range :

1° La compression du bas-ventre par une ceinture hypogastrique;

2° Les pessaires;

3° L'emploi simultané de la ceinture et du pessaire;

4° La cautérisation.

Ceinture hypogastrique. — Je me suis souvent demandé comment cette médication, qui, au premier abord, paraît absurde, pouvait produire les excellents résultats qu'on en obtient dans certains cas.

Je dis qu'elle paraît absurde. A quoi l'applique-t-on en effet? A des antéversions ou à des rétroversions, à des antéflexions ou à des rétroflexions; à un état, en un mot, dans lequel l'utérus, au lieu de conserver sa direction habituelle moyennement oblique, tend à se coucher à plat en se rapprochant de la direction horizontale. Il semblerait bien que l'indication fût ici de prévenir cette position à plat en relevant le fond de l'utérus, soit en avant s'il y a antéversion, soit en arrière s'il y a rétroversion, etc. Que fait-on cependant quand on comprime la région hypogastrique en pareil cas? On refoule les intestins d'avant en arrière; car il ne faut pas croire qu'un peu plus ou moins d'obliquité dans la plaque va refouler de bas en haut. Sans nous arrêter à d'inutiles discussions, admettons donc qu'en définitive la pression antéro-postérieure de la paroi abdominale antérieure a pour effet de refouler les intestins dans l'abdomen. Cette pression antéro-postérieure se décompose suivant deux directions : l'une ascendante, l'autre descendante. Mais la portion descendante, que fait-elle? Elle repousse la masse intestinale vers le plancher du bassin; elle porte donc sur celle des faces de l'utérus qui regarde en haut, et tend nécessairement à mettre l'utérus plus à plat qu'il ne l'est déjà. On accroît ainsi, par conséquent, la déviation au lieu de la diminuer.

Et cependant, voyez quelle est la puissance de ce tassement qui diminue la locomotion de l'utérus. Les malades sont soulagées; elles marchent, elles vont en voiture, elles soulèvent des fardeaux. Plus de douleurs. Nous expliquons cette contradiction bizarre en disant que la pression antéro-postérieure, en même temps qu'elle comprime de haut en bas l'utérus, donne plus de fixité, plus d'assiette à l'utérus. L'élément anatomique de la maladie, à savoir, le vice de direction de l'organe, est pour ainsi dire augmenté, il est vrai, mais on a supprimé l'élément locomoteur.

Pessaires. — C'est encore là un de ces moyens qui soulagent dans les déviations utérines, sans qu'on puisse expliquer leur mode d'action autrement qu'en l'attribuant à la manière dont ils modifient l'élément que nous appelons physiologique ou locomoteur. En effet, malgré les ingénieuses modifications proposées pour les pessaires en vue de remédier à tel ou tel genre de déviation en particulier, l'expérience clinique nous a prouvé que les pessaires ont une action à peu près identique, en dépit de la forme qu'on leur donne, et que ce qu'on obtient de tel ou tel pessaire à forme particulière, on le réalise aussi bien par le simple usage d'une poche en caoutchouc parfaitement sphéroïdale.

Un des faits d'observation qui m'ont le plus vivement frappé dans l'étude pratique des déviations utérines, c'est l'efficacité de certains moyens qui sont contradictoires entre eux dans leur manière d'agir, et qui cependant peuvent avoir un résultat identique. Il est telle femme chez laquelle on va faire cesser les accidents douloureux d'un déviation utérine, soit par l'usage du pessaire, soit par l'emploi de la ceinture. De ces deux moyens, le premier agit mécaniquement sur l'utérus de bas en haut, le second agit de haut en bas. Comment donc obtient-on de deux moyens aussi opposés un résultat définitif semblable? C'est qu'ils ont un effet commun, celui qui consiste à prévenir le ballottement.

Ce qui fait la douleur, ce n'est pas la déviation ou la déformation, c'est le tiraillement. Tel utérus en antéversion ou en rétroversion ne causera pas de douleur dans l'immobilité; il deviendra le siége d'une douleur aussitôt que, par la marche, les efforts ou les secousses de la voiture, ou l'acte générateur, il y aura locomotion dans l'organe dévié ou déformé.

3° *Emploi simultané de la ceinture et du pessaire.* — Il y a encore une autre combinaison qui, en luttant contre l'élément locomoteur, amène quelquefois la cessation des accidents; c'est l'emploi simultané de la ceinture et du pessaire.

Les chirurgiens qui, pour le traitement des prétendus engorgements utérins, condamnaient les malades à un long séjour au lit, ou du moins dans la position horizontale, agissaient par les décongestionnants sur le poids de l'utérus, par le repos sur l'élément locomoteur.

En d'autres circonstances, ou par d'autres moyens de traitement, on modifie l'élément locomoteur en donnant aux ligaments de l'utérus plus de fermeté, en les rendant plus résistants, de trop lâches qu'ils étaient. C'est ainsi sans doute que beaucoup de femmes se guérissent des affections utérines par les bains de mer, les eaux sulfureuses, les médications toniques générales.

D'après ce que nous avons dit du ballottement comme cause de douleurs utérines, quand il est combiné avec un vice de position ou de configuration, il est évident que plus la cavité viscérale qui renferme l'utérus est spacieuse, eu égard aux organes qu'elle contient, plus le ballottement de ceux-ci sera prononcé. Conçoit-on des conditions plus favorables pour le ballottement utérin qu'un bassin spacieux complétement dépourvu de tissu adipeux et un utérus petit et dur? C'est alors surtout, en effet, que cet utérus, subissant le contre-coup de toutes les oscillations du corps, se porte en avant quand le tronc se fléchit, en arrière quand il se renverse, à droite ou à gauche dans les inclinaisons latérales.

Si l'on admet la donnée qui précède, on comprendra comment l'existence de l'embonpoint prévient les douleurs utérines, comment le retour de l'embonpoint peut les faire disparaître chez une femme qui a l'utérus dévié ou déformé à un degré plus ou moins prononcé. A cet égard, la condition d'embonpoint mérite d'être appréciée en se plaçant à divers points de vue.

D'abord je ferai remarquer que j'ai rencontré très peu de cas de déviations utérines douloureuses chez des femmes pourvues d'embonpoint. Ce n'est pas qu'il n'y ait peut-être autant de déviations chez les femmes grasses que chez les femmes maigres; mais les femmes grasses ont la déviation sans en avoir les accidents. C'est évidemment là une conséquence de l'absence de ballottement.

Chez les femmes atteintes de cette affection avant la grossesse et qui ne font pas de fausses couches, la grossesse, à mesure qu'elle avance, fait disparaître les accidents; et telle grossesse commencée dans les premiers mois sur une chaise longue se termine la malade marchant très bien.

Enfin, on voit quelquefois l'affection guérir par le seul fait du passage de la maigreur à l'embonpoint.

Parmi les erreurs qui règnent sur cette question, nous devons mentionner celle qui consiste à croire que le traitement par les pessaires et les bandages suppose qu'une fois ces moyens mis en usage, la malade sera toujours condamnée à porter ces appareils, sous peine de voir les accidents se reproduire.

Sans connaître au juste en vertu de quelle cause et par quel mécanisme les accidents des déviations utérines se modifient et

---

(1) Quelques-unes des idées renfermées dans ce travail ont été formulées dans une séance de la Société de chirurgie. Elles y ont reçu l'assentiment d'un chirurgien aussi distingué par son savoir que par l'excellence de son jugement, M. le docteur Gosselin. (NOTE DE L'AUTEUR.)

disparaissent avec le temps, il est positif que leur durée est temporaire et qu'elle n'est jamais indéfinie, et cela, quoi qu'on fasse, qu'on les traite ou qu'on ne les traite pas.

A cet égard, nous pourrions mettre un observateur quelconque en demeure de nous montrer une femme d'un certain âge souffrant encore d'une déviation utérine dont elle aurait conservé les effets douloureux depuis sa jeunesse. Si la non-existence d'une pareille observation est un fait exact et démontré, et il l'est pour nous, c'est la meilleure preuve qu'on puisse donner que les accidents des déviations utérines sont essentiellement temporaires de leur nature. Il n'est donc point exact de dire que parce qu'une femme aura dû porter pendant un temps plus ou moins long un appareil contentif, tel que ceinture ou pessaire, elle soit vouée à l'usage indéfini de cet appareil. Quelquefois au bout de six mois, d'un an, de deux ans, enfin à des époques variables suivant les individus, et dont la durée dans chaque cas particulier ne peut se déterminer que par tâtonnement, les appareils peuvent être mis de côté sans que les accidents reparaissent.

Dans une partie des faits que nous avons observés, il nous a paru d'une manière non douteuse que le retour de l'embonpoint était la cause de la cessation des conditions morbides; et comme nous avons acquis la preuve que la déviation persistait toujours, mais alors sans les accidents dont elle avait été antérieurement accompagnée, nous avons dû trouver dans cette circonstance la confirmation de nos idées sur la théorie du ballottement utérin.

4° *Cautérisation.* — Je l'ai vu employer avec succès par M. Amussat dans un cas de rétroversion. Ce chirurgien brûle à plusieurs reprises avec le caustique de Filhos la lèvre postérieure du col. Il détermine des adhérences entre cette lèvre postérieure et la paroi recto-vaginale. Les adhérences prennent la forme d'un éperon valvulaire vertical qui, par suite de la rétraction propre au tissu inodulaire, ramène fortement le col en arrière, et tend à faire exécuter à l'utérus un mouvement de bascule par lequel le corps de l'utérus est ramené en avant. On peut bien objecter que par cette manière d'agir on court risque de substituer une rétroflexion à une rétroversion; mais enfin ce qu'il y a de positif, c'est que, quelle que soit l'appréciation que l'on fasse de cette méthode, elle amène la guérison chez certaines malades, et j'en ai vu des exemples qui m'ont paru incontestables. On peut donc admettre que cette méthode, en modifiant la position de l'utérus, agit sur l'élément anatomique de la maladie. Il ne serait pas impossible cependant que la cautérisation agît à la fois sur l'élément anatomique et sur l'élément locomoteur : sur l'élément anatomique, en modifiant la forme et la position de l'utérus; sur l'élément locomoteur, en créant des adhérences qui rendent cet organe moins mobile.

A l'occasion des douleurs rapportées aux déviations ou aux déformations de l'utérus, nous exposerons quelques remarques.

Des douleurs pelviennes causées par l'utérus. — Jusqu'ici, toutes les fois qu'on a trouvé l'utérus dans un état anormal, soit par sa position, soit par la dureté de son tissu, on a toujours rapporté les douleurs coïncidant avec ces états anormaux à l'utérus lui-même.

Chez plusieurs malades atteintes de douleurs siégeant dans la région des reins et dans celle du bassin, j'ai positivement constaté que la pression d'un col utérin très dur, mais qui n'était pas autrement malade, avait endolori le point de l'excavation du bassin contre lequel la pointe du col pesait habituellement. Notamment, chez une dame atteinte de douleurs dans les régions lombaires et pelviennes, douleurs qui augmentaient au moindre mouvement, j'ai remarqué ceci : le col était dur et comme fibreux, il portait un peu à gauche et en arrière; la femme était maigre. Lorsque avec l'extrémité de l'indicateur je relevais le col, et que, retournant le doigt, je pressais contre le point sur lequel portait le col, c'est là que la malade accusait la douleur.

CONCLUSIONS. — I. Les douleurs et accidents attribués aux déviations ou déformations utérines ne sont pas dus au seul fait de la déviation ou de la déformation, ils tiennent aux mouvements ou secousses que subit l'utérus ainsi déformé ou dévié.

II. Dans toute déviation utérine il y a deux éléments à considérer : l'élément anatomique et l'élément locomoteur; le premier consistant dans les altérations de position ou de forme, le second dans les ballottements ou secousses que subit l'organe dévié ou déformé.

III. Les nombreux moyens de traitement employés contre les déviations utérines ainsi envisagées peuvent se rattacher à trois grandes méthodes :

1° Celle dans laquelle on agit sur l'élément anatomique;

2° Celle dans laquelle on a en vue de modifier l'élément locomoteur;

3° Celle enfin dans laquelle on agit sur les deux éléments à la fois.

IV. La principale conclusion à tirer au point de vue thérapeutique du travail qui précède, c'est que, puisqu'il existe de nombreux moyens pour arriver à un même but, le praticien doit adopter de préférence ceux qui sont reconnus pour être les plus inoffensifs.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. ABEILLE.

Du phlegmon rétro-péritonéal. — Son histoire, son traitement (1).

C'est à la région iliaque, et surtout du côté droit, que le phlegmon pourrait plus facilement être confondu avec une tumeur stercorale ou une péritonite partielle, parce que c'est en cette région que ces deux dernières ont plus fréquemment leur siége.

Mais la tumeur stercorale, qui est toujours accompagnée de constipation réelle, débute sans douleur et sans fièvre. Quand l'une et l'autre surviennent, c'est par le fait de l'inflammation consécutive de la muqueuse intestinale.

Le simple palper fait parfaitement distinguer la tumeur stercorale qui, dure et mate, bien circonscrite et isolée, se moule au calibre de l'intestin, tandis que le phlegmon offre une certaine diffusion à sa base, et ne présente jamais la même dureté au toucher. Une ou plusieurs évacuations alvines font disparaître la tumeur stercorale. Les évacuations qui ne sont qu'exceptionnellement interrompues dans le cours du phlegmon ne font point diminuer la tumeur, lors même qu'elles seraient nombreuses et copieuses.

La péritonite partielle est presque toujours précédée d'un frisson initial, ce qui n'a pas lieu pour le phlegmon, où, quand les frissons surviennent, il y a commencement de suppuration.

Dès son début, la péritonite partielle s'accompagne de tension avec douleurs très vives de la portion correspondante des parois abdominales, et de météorisme, ou tympanite. La tension des parois abdominales correspondantes n'a pas lieu dans le phlegmon, s'il ne se complique de péritonite; la douleur y est profonde, et non superficielle, sur les parois de l'abdomen; la percussion donne plutôt un son mat ou demi-mat.

Dans la péritonite, même au début, le malade est pris de vomissements caractéristiques, et la face se grippe en même temps que le pouls se concentre. Dans le phlegmon sans complication de péritonite, il y a absence de vomissements, la face est congestionnée, et le pouls reste dur et plein.

La péritonite s'accompagne le plus souvent de constipation; celle-ci fait défaut la plupart du temps dans le phlegmon.

Le palper est douloureux dans la péritonite; il ne perçoit que de la tension de la part des parois abdominales, sans tumeur solide superficielle ou profonde, à moins qu'il ne se soit fait une collection purulente ou plastique plus ou moins concrète. Dans le phlegmon, on peut presser sur les parois abdominales, qui sont indolores, et on perçoit profondément une tumeur à base élargie et mal circonscrite.

Quand, à une époque avancée du phlegmon, il y a complication de péritonite, tout devient confus, et il faut suivre alors le commémoratif pas à pas pour discerner la coexistence des deux maladies.

A la région rénale, le phlegmon ne peut offrir de la difficulté dans le diagnostic qu'à son début, car plus tard la tumeur, venant faire saillie en arrière, ne peut plus laisser de doute.

Le phlegmon le plus difficile à diagnostiquer est celui qui est situé à la limite du flanc avec l'hypocondre, le phlegmon sus-rénal. Cependant, s'il n'y a pas de complication de péritonite, et qu'on puisse écarter la possibilité d'une tumeur stercorale, on est bientôt conduit par la présence de la tumeur, la nature des douleurs et la fièvre, à le reconnaître. Il n'y a que lui, en effet, qui, avec une marche aussi aiguë, puisse exister à cette profondeur de la paroi postérieure de l'abdomen. La seule observation que nous voulions citer dans ce travail est un exemple de ce dernier.

Pronostic. — Le pronostic du phlegmon rétro-péritonéal, déjà grave par lui-même, acquiert plus de gravité encore de la région qu'il occupe, en raison de la difficulté qu'il peut y avoir à évacuer le pus, et des ravages considérables que celui-ci peut occasionner par sa présence.

C'est ainsi que le phlegmon rétro-rénal est le moins grave de tous, parce que, en raison de la disposition des couches musculaires et aponévrotiques, la collection purulente vient toujours faire saillie en arrière sous la peau, et peut être facilement évacuée.

Le phlegmon symptomatique de perforation intestinale est de tous le plus grave, puisque tous les malades à peu près succombent.

Il va sans dire que la constitution, l'état des forces ont ici, comme dans beaucoup d'autres affections, une large prépondérance dans l'issue du phlegmon, au moins du phlegmon idiopathique.

Traitement. — Le traitement du phlegmon rétro-péritonéal se résume en deux propositions :

1° Chercher à enrayer la marche de l'affection, à provoquer sa résolution avant qu'il y ait formation de pus;

2° Donner issue à la collection purulente quand elle est bien dessinée.

Tout à fait au début, la saignée générale est d'une utilité incontestable, puisqu'elle tend à diminuer la masse sanguine, à activer le travail d'absorption; par conséquent, à s'opposer à l'hypérémie locale.

Les saignées locales, au moyen de sangsues appliquées en grand nombre et le plus près possible du mal, constituent la partie la plus active et la plus puissante du traitement. Elles tendent à dégorger directement le tissu cellulaire affecté. Quoique les parois abdominales et les intestins mettent une distance entre le phlegmon et le point où on les applique, la circulation locale est tellement continue par l'entremise du péritoine, qu'on peut dire que les sangsues agissent presque directement sur la tumeur.

Les grands bains répétés doivent marcher de pair avec l'usage des sangsues; chacun comprend leur utilité.

Quand ces moyens ont été suffisamment mis en œuvre, il ne faut point balancer à user de frictions de pommades résolutives, surtout de celles qui semblent exercer une action dissolvante sur les parties plastiques du sang. En tête de ces pommades doit figurer l'onguent mercuriel associé ou non à l'extrait de belladone. On doit également avoir recours aux purgatifs, notamment au calomel.

Quand par cette thérapeutique si simple et sagement employée on n'a pas obtenu la résolution du phlegmon et qu'on a des preuves matérielles de la formation d'une collection purulente, reste la deuxième partie du traitement, et c'est la chirurgie qui la revendique. Il s'agit d'évacuer le pus au dehors.

La ponction évacuatrice doit être faite, en général, sur le point le plus déclive de la tumeur. Cette ponction doit être pratiquée à l'aide d'un bistouri droit. Dans deux cas de phlegmon rétro-rénal, nous avons voulu tenter d'évacuer le pus par une ponction à l'aide du trocart. La densité du pus, ordinairement bien lié comme le pus phlegmoneux, l'a empêché de s'écouler par la canule de l'instrument, et nous avons été obligé de revenir au bistouri pour agrandir l'ouverture.

Suivant la position du phlegmon, le lieu d'élection pour la ponction diffère. C'est ainsi que dans le phlegmon du petit bassin il faut faire la ponction par le rectum chez l'homme et par le vagin chez la femme. Le doigt indicateur de la main gauche sert alors de conducteur à la lame de l'instrument.

Dans le phlegmon iliaque, il faut choisir pour la ponction la partie située immédiatement en dedans et un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Là la collection purulente a refoulé en dedans péritoine et intestin, et on ne risque pas de léser ces organes, pourvu qu'on ait la précaution de raser la surface de l'os des iles.

Dans le phlegmon rétro-rénal, c'est la partie la plus saillante de la tumeur située en arrière, aux lombes, qui indique le point d'élection.

Pour le phlegmon sus-rénal, on a la limite du flanc et de l'hypocondre, où la tumeur vient faire saillie en arrière au niveau des dernières fausses côtes, et, comme dans le cas précédent, c'est le point le plus proéminent qui doit être ponctionné, ou elle se porte en avant et tend à soulever la paroi abdominale antérieure.

Dans ce dernier cas, doit-on se décider à ponctionner à travers la paroi abdominale? C'est là une question bien ardue.

Si, par un travail inflammatoire, le feuillet postérieur du péritoine soulevé par la tumeur n'a pas acquis des adhérences intimes avec le feuillet antérieur ou pariétal, la ponction aurait pour résultat inévitable de faire épancher une certaine quantité de pus dans la cavité péritonéale et de déterminer une péritonite promptement mortelle. Si, par contre, des adhérences existent, la ponction est sans danger immédiat. Mais comment savoir s'il y a ou non des adhérences? C'est à peu près impossible. De là la nécessité d'être extrêmement réservé et de ne tenter la ponction que *in extremis*. Aurait-on la prétention de chercher à provoquer ces adhérences soit par le procédé Bégin, soit par le procédé Récamier? Mais le temps qu'on mettrait à obtenir ce résultat est plus que suffisant pour permettre au pus de perforer le péritoine et de produire des désordres mortels.

On voit que ce phlegmon est éminemment grave. Le cas le plus heureux qui puisse arriver, et qui est arrivé quelquefois, c'est que la collection purulente se fasse jour à travers l'intestin et s'évacue par les selles. L'expectation ne laisse que cette bien hasardeuse perspective.

Quand on a donné issue au pus, le travail de cicatrisation s'opère d'habitude lentement et graduellement. Cependant il peut arriver que, par suite de la pénétration de l'air dans la poche, le pus acquière de la fétidité, et que le malade soit menacé d'être enlevé par infection purulente ou par consomption. Le meilleur moyen à employer alors, c'est l'injection iodée. Les résultats nombreux obtenus dans les abcès dits par congestion nous ont suffisamment prouvé que ces injections ont pour effet de corriger la nature du pus et de faire disparaître sa fétidité; ensuite elles hâtent singulièrement la cicatrisation de la poche.

C'est ainsi que tout récemment, dans un phlegmon rétro-rénal ouvert par nous, la suppuration excessivement abondante, mais de bonne nature, commençait à être fétide au sixième jour. Deux injections iodées au cinquième, et à six jours de distance, non-seulement modifièrent la nature du pus, mais entraînèrent la cicatrisation de la poche en dix-sept jours, c'est-à-dire dans un espace de temps moitié plus court que celui qu'avait mis précédemment à se cicatriser une semblable poche abandonnée à elle-même.

OBS. — *Phlegmon sus-néphrétique à la réunion du flanc et de l'hypocondre droit.*

Un jeune soldat de moyenne constitution, nerveux-sanguin, le nommé Marons, fusilier au 38e de ligne, entre à l'hôpital le 11 janvier dernier.

Depuis deux jours ce militaire éprouve du malaise avec une douleur sourde et profonde, correspondant à la partie inférieure de l'hypocondre droit. Il n'a pas eu de frisson; l'appétit est perdu; la langue est couverte de mucus grisâtre à sa base; la peau ne présente pas de chaleur insolite, et le pouls, un peu dur, est sans fréquence; les selles sont régulières.

La palpation exercée profondément dans le flanc et l'hypocondre droit ne fait découvrir aucune tumeur encore, mais exaspère les douleurs. Il n'y a ni nausées, ni vomissements, et le foie occupe ses limites normales. Les parois abdominales ne sont point tendues, ni douloureuses; nous ne trouvons point de météorisme. Ce malade n'a été soumis à aucune violence extérieure, et c'est la première fois depuis bien longtemps qu'il se trouve indisposé. Le diagnostic reste

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 avril.

incertain. — Trois ventouses scarifiées sur le point douloureux; fomentations chaudes ensuite; orge édulcorée.

Le 12, augmentation des douleurs avec sensation de chaleur vive; plénitude et fréquence du pouls, qui est à 89; quelques nausées, soif vive. Le malade se tient ramassé dans son lit, les membres dans la flexion. La palpation à travers les parois abdominales en état de relâchement constate une tumeur à base diffuse et irrégulière dirigée verticalement de haut en bas et s'étendant du rebord postérieur du foie au rein. Pas de selle depuis la veille. Nous soupçonnons un phlegmon rétro-péritonéal. — Application de 20 sangsues; un grand bain le soir; cataplasme émollient.

Le 13, le malade a eu deux vomissements de matières liquides et verdâtres; le pouls conserve sa plénitude et a augmenté de fréquence. La tumeur est plus appréciable, et la portion de la paroi abdominale antérieure correspondante est très sensible à la pression. — Nouvelle application de 20 sangsues; 30 grammes d'huile de ricin pour le soir; cataplasme émollient.

Le 14, il y a trois selles et quatre vomissements de matières liquides et verdâtres. Le pouls est souple, ondulent, à 85. Les douleurs péritonéales sont dissipées; la tumeur existe toujours, mais elle est moins sensible à la pression. — 10 sangsues; un grand bain pour le soir; cataplasme; orge édulcorée.

Le 15, le malade a passé une bonne nuit. Les souffrances sont nulles; le pouls, souple, dépressible, bat 69 à la minute. L'appétit renaît. Il n'y a pas eu de vomissement; une selle dans les vingt-quatre heures. La tumeur persiste cependant; elle est toujours à base élargie, mal circonscrite. On la dirait un peu moins saillante.

Pendant trois jours le malade est mis au bouillon, prend un bain par jour.

Le 19, il va tellement bien qu'il se sentirait en état de sortir. Les selles sont régulières, il y a absence complète de fièvre et de douleur, et l'appétit est impérieux. Nous sentons toujours la tumeur par une forte pression, mais elle est indolore. — La demi-portion; frictions matin et soir sur la région correspondant à la tumeur avec l'onguent mercuriel additionné de 4 grammes d'extrait de belladone par 15 grammes.

Les jours suivants l'amélioration se prononce de plus en plus, et on peut constater la décroissance progressive de la tumeur, dont on ne sent plus de traces le 5 février, jour où le malade sort de l'hôpital.

Il est incontestable pour nous qu'il s'est agi ici d'un phlegmon rétro-rénal qui à un moment donné s'est compliqué de péritonite partielle.

Cette tumeur à marche aiguë ne peut appartenir qu'au phlegmon, d'après sa situation. S'il était resté quelques doutes pour une tumeur stercorale, ils se seraient dissipés quand, après plusieurs évacuations alvines, nous avons vu la tumeur persister.

Ce phlegmon s'est terminé par résolution. On peut voir néanmoins que l'induration a persisté encore assez longtemps après la disparition des douleurs, et qu'elle ne s'est dissipée que graduellement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 avril 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet cinq rapports qui lui ont été adressés par les médecins des épidémies du département du Rhône pendant les années 1852 et 1853.

Appareil électro-galvanique. — Le même ministre soumet à l'examen de l'Académie un appareil galvanique de M. Legendre, qui dit l'avoir employé avec succès à l'hôpital des Enfants et à celui de Beaujon. (Commissaire : M. Bouvier.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur A. Foucart fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du Traité qu'il vient de publier sur la *suette miliaire, sa nature et son traitement*. Ce Traité est la reproduction textuelle du travail qu'il avait présenté en 1849, et sur lequel, conformément aux conclusions du rapport de M. J. Guérin, en date du 9 septembre 1851, l'Académie a bien voulu porter un jugement favorable. Il contient, de plus que le mémoire de 1849, un chapitre relatif à l'identité de la *suette anglaise* et de la *suette picarde*, et une analyse comparative de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours.

Diosma crenata. — M. Barbier neveu écrit pour annoncer qu'il emploie avec succès, pour remédier aux divers accidents consécutifs à la lithotritie, le diosma crenata combiné avec une autre substance indigène.

Avortement provoqué dans les cas de rétrécissement du bassin. — M. Villeneuve (de Marseille) adresse un mémoire sur l'avortement provoqué, considéré au point de vue chirurgical, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin. L'auteur se propose de démontrer que, renfermée dans la seule catégorie des rétrécissements extrêmes du bassin, l'opération césarienne, pratiquée dans les conditions voulues, est préférable à l'avortement provoqué. (Commissaires : MM. Paul Dubois et Depaul.)

Sonde intra-utérine. — M. Bitterlin présente une sonde intra-utérine modifiée, et pouvant se placer facilement dans les trousses.

Cette sonde a l'avantage de ne point occuper beaucoup de place et de pouvoir s'adapter à la sonde ordinaire de femme à l'aide d'une vis intérieure qui unit solidement les deux pièces de cet instrument. De plus, la forme de l'extrémité exploratrice de cette sonde, au lieu de présenter une olive dont la pointe peut blesser les tissus avec lesquels elle doit être en contact, offre, au contraire, une surface parfaitement ronde, incapable de produire aucune lésion.

A l'aide de cette sonde, l'auteur a pu signaler un fait qu'il n'a vu mentionné dans aucun auteur, c'est l'existence d'une dilatation anormale de l'orifice interne du col utérin dans le cas de métrorrhagie, comme aussi pendant l'époque des règles. En effet, dans de semblables circonstances, on ne rencontre aucune difficulté à franchir l'orifice interne. Ce fait n'a pas lieu dans les cas opposés, c'est-à-dire dans les cas d'aménorrhée, où il est extrêmement difficile de franchir ce même orifice.

Selon lui, les femmes qui ont un renversement de l'utérus en arrière ont généralement l'orifice interne plus ouvert que les autres femmes qui ont un renversement de l'utérus en avant. Ce fait s'accorde avec l'observation journalière, qui montre les femmes atteintes de rétroversion moins sujettes aux dysménorrhées que celles qui sont atteintes d'antéversion.

Cette remarque pratique l'a conduit à chercher un moyen mécanique de favoriser l'écoulement des règles dans les cas de dysménorrhée non compliqués de déviation grave de l'utérus, et il a fait construire un cathéter intra-utérin, qui s'ajuste de la même manière que la sonde intra-utérine ci-dessus. Il a la disposition d'une sonde d'homme ordinaire et la forme de la sonde intra-utérine; le diamètre est assez étroit pour pénétrer facilement dans la cavité du col utérin.

Ce cathéter peut servir à porter des injections dans la cavité utérine, à vider cette même cavité des liquides pathologiques qu'elle peut contenir soit pendant l'état de vacuité, soit pendant l'état de grossesse. Enfin, et c'est dans ce dernier but que le cathéter a été construit, il est destiné à être introduit dans la cavité utérine dans les cas de dysménorrhée.

Peste. — M. Grégoire (de Toulouse) adresse un mémoire sur la peste. (Commissaires : MM. Ferrus, Londe, Mélier.)

Choléra. — M. Piorry communique un mémoire sur le choléra de 1854 à l'hôpital de la Charité. (Nous en donnerons un extrait étendu dans le prochain numéro.)

Du délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique. — M. Moreau (de Tours) lit sous ce titre un mémoire dont le but est de prouver que la folie doit être assimilée, quant à son origine, son développement, sa terminaison, à toute autre maladie en général, et en particulier aux affections, soit aiguës, soit chroniques, du cerveau. L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° La folie ou aliénation mentale est une affection identique, quant à sa nature, à toutes les autres affections de l'organisme humain. C'est une lésion du cerveau dans laquelle le dynamisme nerveux peut être troublé, perverti dans ses manifestations intellectuelles, *primitivement* en dehors de toute influence symptomatique, ainsi qu'il lui arrive de l'être quant à des manifestations d'un autre ordre, dans certaines névroses, l'épilepsie, l'hystérie, par exemple, ces véritables délires de la motilité.

2° Les troubles fonctionnels du cerveau se confondent tous à leur origine, *in radice*.

Dans les cas où la modification cérébrale porte spécialement sur la faculté pensante, les deux extrêmes se rapprochent et s'identifient. C'est ainsi que de l'état de sommeil complet on arrive insensiblement à la folie la mieux caractérisée.

D'où il est permis de conclure que l'état de sommeil, physiologiquement parlant, est au fond comme la condition essentielle des idées délirantes ou de la folie proprement dite.

3° Si on l'envisage dans ses conditions pathogéniques, on voit fréquemment le délire coïncider avec la perversion, l'abolition complète ou incomplète des facultés motrices, de la sensibilité générale, des sens spéciaux.

D'autre part, toujours les symptômes psychiques de la folie sont précédés d'accidents nerveux.

Enfin, ces phénomènes s'observent constamment dans la folie aiguë provoquée par des moyens artificiels sous l'influence d'agents toxiques.

4° Pour combattre l'assimilation du délire à la folie, les auteurs s'appuient sur les caractères suivants : 1° l'absence de fièvre; 2° sa durée; 3° l'extrême variété des formes sous lesquelles elle se produit.

Ces motifs sont de nulle valeur, attendu que : 1° l'absence de réaction fébrile, l'état chronique sont des caractères propres à la plupart des névroses;

2° Les distinctions établies entre les diverses périodes d'une maladie quelconque ne changent point la nature de cette maladie et ne sauraient permettre en aucune façon de faire de ces périodes autant de maladies différentes.

6° Dans l'état maniaque et dans la folie partielle, la lésion qui a frappé les facultés est la même.

7° D'essentiel ou primitif qu'il était d'abord, le délire peut devenir idiopathique, et dans ce cas la folie présente dans son développement, sa marche, sa terminaison, tous les phénomènes propres aux affections aiguës du cerveau, caractérisées principalement par le trouble des facultés morales. (Commissaires : MM. Ferrus, Londe, Bousquet.)

Redresseur utérin. — M. Valleix lit la première partie d'un mémoire sur le redresseur utérin.

Dans cette première partie de son travail, l'auteur examine et discute les observations communiquées récemment à l'Académie par M. Broca et M. le professeur Cruveilhier, observations qui tendaient à faire peser sur l'usage du redresseur utérin la responsabilité des accidents mortels survenus dans cette circonstance.

D'après l'analyse critique à laquelle se livre M. Valleix, il résulterait que dans le fait rapporté par M. Broca la mort aurait été le résultat d'une péritonite indépendante des effets du cathétérisme; que dans le fait rapporté par M. Cruveilhier les renseignements fournis par la malade et par sa famille étaient complétement inexacts, et que par conséquent ce fait n'aurait pas la portée qu'on lui avait attribuée.

La parole est réservée à M. Valleix pour la séance prochaine pour lire la seconde partie de son mémoire.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 avril 1854. — Présidence de M. COMBES.

Sur la conservation des sangsues médicinales. — M. Ch. Fermond adresse sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes :

Nous croyons avoir démontré par des expériences comparatives sur la conservation des sangsues :

1° Que les eaux de Seine et de pluie conviennent mieux à ces animaux que l'eau du canal de l'Ourcq, et surtout que l'eau séléniteuse des puits de Paris;

2° Que les vases en faïence sont bien préférables pour la conservation des sangsues aux vases de verre ou de terre vernissée, lesquels sont à leur tour supérieurs, sous ce rapport, aux vases de grés que l'on a coutume d'employer;

3° Que l'obscurité est fatale à la conservation des sangsues, et qu'il vaut mieux les placer à la lumière ordinaire;

4° Que même dans les conditions de meilleure conservation dans l'eau de Seine ou de pluie et les vases de faïence, il y a une différence énorme entre les avantages de la conservation dans l'eau et ceux de la conservation dans la terre; que pour le même espace de temps, tandis que la mortalité a été dans le premier cas de près des trois quarts, dans le second cas, au contraire, elle n'a été au plus que d'un cinquième;

5° Que pourtant, dans l'expérience que nous avons faite avec la terre, nous avons reconnu plusieurs inconvénients que nous avons cherché à faire disparaître par l'établissement d'un petit appareil auquel nous avons donné le nom de *marais portatif*;

6° Que les principaux avantages de ces marais sont surtout : 1° le renouvellement facile de l'air dans leur intérieur, puisque à l'aide d'un stratagème particulier nous empêchons les sangsues de s'échapper, sans avoir besoin de les couvrir d'une toile ou autre tissu; 2° le renouvellement facile de l'eau corrompue par l'eau fraîche et pure au moyen d'un *déplacement rationnel* de bas en haut, pendant lequel la terre peut elle-même être lavée et privée des matières infectes qui pourraient la souiller;

7° Qu'une légère modification apportée dans ces marais portatifs peut les rendre très propres à la conservation des sangsues étrangères qui doivent subir les fatigues d'un long voyage sur mer;

8° Qu'enfin il est impossible d'appliquer notre système de déplacement rationnel à la conservation en grand des sangsues dans l'établissement d'après les principes que nous avons posés, d'un *marais perméable artificiel* aussi grand qu'on le jugera nécessaire. (Commissaires : MM. Milne Edwards, de Quatrefages, Moquin-Tandon.)

Développement des cestoïdes. — M. Van Beneden adresse la lettre suivante sur ce sujet :

« Je vous ai fait part, dans ma dernière lettre, de quelques expériences que j'étais en train de faire sur le développement de certains cestoïdes. Voici le résultat d'une de ces expériences :

» Le cochon qui a pris, à la fin du mois d'octobre dernier, des œufs de *tænia solium* rendus par une femme de la ville, a été tué cette semaine, et j'ai trouvé dans ses muscles, surtout les muscles intercostaux, un grand nombre de cysticerques complétement développés, c'est-à-dire des scolex.

» Il est inutile de vous entretenir encore de l'éclosion des œufs de *tænia crassicollis* dans les souris et les rats, ces expériences ayant complétement réussi déjà à MM. Kuchenmeister et Leuckart.

» En disant le 13 janvier 1849 : Les vers vésiculaires ou cystiques (cysticerques, etc.) sont des ténioïdes incomplets, je ne croyais pas que nous aurions été sitôt en possession de la démonstration complète de ce phénomène. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le département de Maine-et-Loire vient de faire une perte regrettable. M. le Dr Levincent, directeur de l'asile d'aliénés de Gemmes, près Angers, est mort le 10 avril, à la suite d'une attaque d'apoplexie.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques le mercredi 19 avril, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis pendant le semestre d'été. La visite des malades a lieu tous les jours, à huit heures.

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère dans l'infortune

(Au bureau du journal).

Montant des listes précédentes : 118 fr.

MM. Requin, 5 fr.; Marjolin fils, 5 fr.; Le Roy-d'Etiolles, 5 fr.; Civiale, 5 fr.; Caffe, 5 fr.; Rigal, 5 fr.; Maisonneuve, 15 fr.; Dubouchet, 3 fr.; Blache, 5 fr.; Goupil, 5 fr.; Baron, 5 fr.; Foissac, 5 fr. — Total : 186 fr.

Les moindres sommes seront reçues avec une profonde reconnaissance.

Nos abonnés nous ont souvent demandé de leur rendre de petits services, comme de transmettre leurs mémoires aux académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc., etc. Une personne attachée à l'administration de la *Gazette* leur rendra ces bons offices avec tout le zèle et l'empressement désirables.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité ou Répertoire de toutes les questions relatives à la santé publique considérées dans leurs rapports avec les subsistances, les épidémies, les professions, les établissements et institutions d'hygiène et de salubrité, complété dans le texte des lois, décrets, arrêtés, ordonnances et instructions qui s'y rattachent; par M. Ambroise TARDIEU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre du comité consultatif d'hygiène publique, médecin de l'hôpital Lariboisière. — En vente, le tome III; in-8° de 730 pages. Prix, 8 fr. L'ouvrage complet, formant 3 beaux volumes in-8°, prix, 24 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Secrd.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

N° 45. — SAMEDI 15 AVRIL 1854. (27e ANNÉE.) N° 45. — SAMEDI 15 AVRIL 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Arthrite sèche. — Luxation spontanée du tibia latérale externe incomplète. — Ossifications singulières de la synoviale. — Corps étrangers articulaires. — Éburnation des os.

Dans le courant de février, il est mort dans le service de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, un homme qui était atteint d'une affection naguère encore peu connue, et qui a fait récemment l'objet de communications à diverses sociétés savantes; il s'agit d'un cas d'arthrite sèche. Nous devons à l'obligeance d'un des élèves du service de M. Rostan, M. Jessé, de pouvoir reproduire les principales particularités de la maladie et les détails très circonstanciés de l'autopsie, qui offre sous plusieurs rapports un véritable intérêt.

Voici d'abord l'observation de ce sujet :

Le nommé Rougelin (Toussaint), âgé de cinquante-cinq ans, est entré à l'Hôtel-Dieu (service de M. Rostan) le 15 janvier 1854. Cet homme, d'une haute stature, brun, d'un tempérament nervoso-sanguin et d'une bonne constitution, ne présente aucune trace de scrofules. Il se plaint d'une douleur thoracique aiguë; il a de la gêne dans la respiration, de la toux et de l'expectoration; ses crachats sont ceux de la pneumonie. L'auscultation fait entendre du râle crépitant; la percussion donne un son mat dans la région postérieure de la poitrine. En un mot, on reconnaît tous les signes d'une pneumonie.

Mais en même temps on remarque que cet homme porte une tumeur énorme au genou.

Malgré le traitement rationnel qui lui est fait, ce malade dépérit de jour en jour; l'auscultation ne fournit cependant aucun signe de tuberculisation pulmonaire, et la pneumonie, loin de s'aggraver, présente une amélioration sensible. Il survient une diarrhée très abondante qu'aucun traitement ne modifie, et qui réduit en peu de jours ce malade à un état de maigreur extrême et à un état de marasme auquel il ne tarde pas à succomber.

L'autopsie vint confirmer le diagnostic en ce qui concernait l'affection thoracique; elle révéla, en outre, la présence de quelques rares tubercules crus dans le poumon droit; mais elle apprit en même temps quelle était la cause occulte du marasme, de la fièvre hectique, du dépérissement et de la mort de ce malade. Dans les deux régions fessières, on trouva une vaste collection purulente qui avait décollé toutes les aponévroses, détruit le tissu cellulaire, qui était mortifié, ainsi que les muscles fessiers, qui, séparés les uns des autres, étaient de couleur noirâtre. La peau formait une vaste poche qui renfermait environ deux litres de pus.

Enfin, ayant examiné attentivement l'énorme tumeur que ce sujet portait au genou droit, voici ce qu'on constata :

On fut frappé d'abord de la disposition et du volume énorme de cette articulation, qui présente 50 centimètres de circonférence dans ses points extrêmes; elle est recouverte d'un immense plastron osseux au milieu duquel est perdue la rotule. On peut constater une luxation incomplète du tibia en dehors. L'atrophie du membre fait paraître cette jointure plus volumineuse encore. La jambe et le pied sont infiltrés. L'axe du membre n'est point dévié; le pied a conservé sa position normale. L'ankylose n'est point complète, de très faibles mouvements de flexion et d'extension sont encore possibles. On n'entend pas de craquements.

La peau a conservé son épaisseur normale; elle est très adhérente à une épaisse couche fibreuse qui recouvre l'articulation. Cette adhérence est de beaucoup plus forte aux endroits qui portent les cicatrices des cautérisations. En examinant le genou dépourvu de la peau, on trouve à la partie postérieure du condyle interne des corps étrangers situés au dehors des surfaces articulaires; on sent glisser sous le doigt à la manière de noyaux de fruit: ils étaient dans la demi-capsule fibreuse du condyle interne.

Les veines saphènes sont oblitérées et ressemblent à des cordons dans une longueur de 10 centimètres environ; elles renferment des caillots fibrineux organisés. Cette oblitération explique très bien l'infiltration dont il a été déjà parlé.

Les artères et les nerfs n'ont subi aucune altération. Les muscles et les tendons ne sont point malades; les fibres musculaires sont pourtant pâles, décolorées et molles.

Le muscle plantaire grêle à son insertion supérieure présente une largeur de 5 centimètres de la tête du péroné au condyle du fémur.

Le ligament rotulien est de beaucoup élargi et dévié de gauche à droite et de haut en bas; il est adhérent au tissu fibreux qui fait corps avec le plastron osseux.

Les ligaments internes, externes et postérieurs ne sont plus distincts, élargis et allongés; ils sont confondus avec la coiffe fibreuse dont il a été question, et on ne saurait les retrouver. Les trois tendons qui vont former la patte d'oie sur la tubérosité antérieure du tibia sont fortement incurvés de gauche à droite et de bas en haut.

L'articulation péronéo-tibiale ne présente aucune altération. La synoviale du ligament rotulien a participé à l'ossification; il n'en reste aucune trace. La bourse muqueuse, située en arrière du ligament des extenseurs de la jambe, n'est point malade; elle ne présente aucune trace de communication avec la synoviale du genou.

La face postérieure semble tout d'abord ne présenter rien d'anormal, si ce n'est l'augmentation de volume. Cependant, après avoir enlevé quelques fragments de tissu fibreux, on voit que les deux condyles sont en partie détruits et recouverts par deux coques de tissu ostéo-cartilagineux, de grosseur à peu près égale, sur lesquelles viennent s'implanter les insertions des muscles de la jambe. Ces deux coques sont réunies au plastron par du tissu fibreux très fort et très résistant.

Le tibia est luxé en dehors, mais incomplètement. Sa tubérosité interne est en rapport avec le condyle externe du fémur; il est soudé supérieurement à la partie externe du plastron, et est immobile. La face interne de la tubérosité interne est éburnée; on y voit, de plus, quelques plaques rougeâtres qui ressemblent à du velours d'Utrecht. Les cartilages semi-lunaires sont résorbés complétement; on y voit aussi deux corps intra-articulaires qui ont un pédicule membraneux; ils sont aplatis, ressemblent assez pour la forme et pour la grosseur à une lentille.

Les condyles du fémur renfermés dans le plastron ostéo-cartilagineux présentent les altérations suivantes : les surfaces sont éburnées; l'espace inter-condylien ne présente pas l'excavation normale; on y voit une substance blanche, dure, bosselée, de formation nouvelle. La blancheur de cette substance tranche avec la couleur rouge écarlate que présentent les franges de la synoviale.

Les cartilages inter-articulaires sont entièrement résorbés: il n'en reste plus de traces. Il en est de même du tissu adipeux sous-synovial.

Le condyle externe est complétement détruit et remplacé par du tissu osseux qui en a la forme et la grosseur. Les muscles viennent s'insérer sur cette coque, laquelle est réunie au fémur par une jetée osseuse. Elle est l'analogue de celle du côté opposé, à laquelle elle est réunie par du tissu fibreux.

Le condyle interne, en partie détruit, est coiffé par une masse de corps étrangers réunis entre eux par du tissu fibreux et se modelant les uns sur les autres par leurs facettes correspondantes.

La coupe du fémur montre que cet os a conservé sa grosseur normale et ne présente aucune altération notable, si ce n'est qu'il est un peu graisseux.

La rotule est entièrement perdue dans le plastron osseux, auquel elle est adhérente sans solution de continuité.

Les ligaments croisés sont relâchés, distendus, en partie détruits; on y voit un corps étranger pédiculé, de la grosseur d'une graine de chènevis.

La vaste coque osseuse qui recouvre les condyles du fémur et l'articulation tout entière présente 28 centimètres de longueur dans le sens antéro-postérieur, et 3 centimètres d'épaisseur; à la partie antérieure, elle est soudée à la rotule, ainsi qu'à la face interne et antérieure du tibia, qui a perdu sa mobilité. Elle est entièrement recouverte d'une couche épaisse et résistante de tissu fibreux qui contourne toute l'articulation; elle pénètre dans les solutions de continuité que présente le plastron; aussi ne pourrait-on pas l'en détacher.

C'est la synoviale qui est ainsi ossifiée; et ce qui prouve que c'est bien l'élément synovial, c'est que la portion réfléchie de la séreuse présente une ossification d'un centimètre d'épaisseur. Cette masse osseuse présente quelques solutions de continuité remplies par des fibro-cartilages. Les franges de la synoviale sont d'une belle couleur rouge écarlate.

Les corps intra-articulaires sont au nombre de quinze à vingt. Ils sont à divers degrés de formation. Ainsi, on en trouve d'osseux, de cartilagineux, d'ostéo-cartilagineux.

Sous le rapport de leurs connexions, on en voit de libres (ce sont les plus petits) et de pédiculés. Parmi ces derniers, les uns ont un pédicule membraneux, filiforme et prêt à se rompre à la moindre traction. Les autres, au contraire, ont un pédicule très large et sont plus volumineux.

Il pouvait être intéressant de chercher, en remontant aux antécédents de ce malade, quelles douleurs avaient pu être les causes qui avaient amené de pareils désordres, et surtout quels en avaient été les premiers symptômes. Voici les résultats qu'a produits cette sorte d'enquête.

On a su que cet homme, étant jeune, s'était bien porté; il n'a eu que les maladies dévolues au jeune âge; mais plus tard, s'étant livré à des excès de toute espèce, à l'intempérance et à l'ivrognerie, il a perdu peu à peu la santé. On a su, en outre, que cet homme avait l'habitude, pendant l'hiver, à l'époque des grands froids, lorsque le sol était recouvert de neige, d'aller faire la chasse aux oiseaux, et pour cela il était obligé de passer une partie de la nuit exposé aux injures du temps.

En 1846, il eut des douleurs dans le membre pelvien droit, qui se sont localisées dans l'articulation du genou. Il ne pouvait plus se livrer à l'exercice de sa profession (peintre en bâtiments), lorsqu'en 1847 il est allé à l'hôpital de la Pitié, où on lui a appliqué sur l'articulation malade les révulsifs cutanés. (Vésicatoires, moxas, cautérisation au fer rouge.)

Malgré ce traitement, il s'est produit une luxation incomplète du tibia en dehors, et l'articulation s'est ankylosée incomplétement. Quand il est sorti de l'hôpital, au bout de trois mois, on lui a fait porter une genouillère.

A la fin de la même année, son état ne s'étant pas amélioré, il est allé réclamer des soins à l'hôpital de la Charité, où il est resté deux mois. Quand il en est sorti, il avait encore dans l'articulation des douleurs qui n'étaient pas continues, mais qui revenaient de temps en temps, soit le jour, soit la nuit. Enfin, lorsqu'il s'était exposé au froid, ses douleurs revenaient plus fréquentes et plus intenses; il était alors obligé de garder le lit.

Les détails que nous venons de reproduire suffisent, pensons-nous, pour justifier le titre d'arthrite sèche donné à cette observation et pour la faire ranger dans cette classe d'arthrites spéciales, sur laquelle M. Deville a le premier appelé l'attention des anatomo-pathologistes et dont M. Broca a tracé l'histoire générale dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Nous ferons remarquer, en ce qui concerne l'étiologie probable de cette affection, qu'elle s'accorde avec la cause que M. Deville a assignée à l'arthrite sèche comme étant la plus fréquente, l'influence rhumatismale. Nous croyons encore qu'on pourrait peut-être trouver quelques analogies entre les faits de cette nature et un fait plus général et très curieux qui a été signalé dans le temps sous le nom de *diathèse osseuse* dans une brochure portant ce titre de M. le docteur Kühnholtz (de Montpellier).

Sarcocèle. — Extirpation du testicule par le procédé dit en coquille de M. Jobert (de Lamballe).

Nous avons eu l'occasion de voir récemment dans les salles de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu, deux malades auxquels cet habile chirurgien avait pratiqué l'ablation du testicule dégénéré par un procédé de son invention qu'il appelle procédé en coquille; procédé qui a, entre autres avantages, celui de prévenir plus facilement que les autres certains accidents, tels que la phlébite, l'hémorrhagie, et de ne laisser après lui qu'une cicatrice cachée, presque invisible, et aucune trace apparente de mutilation.

Le second de ces malades, qui est sorti ces jours derniers, avait le testicule droit du volume du poing, de forme arrondie, globuleuse, sans bosselures, dur, résistant dans toute son étendue, à l'exception d'un point où l'on sentait une fausse fluctuation. Mais une ponction exploratrice fit reconnaître que la tumeur était solide dans toute son étendue. Elle était légèrement douloureuse à la pression et habituellement le siége de douleurs sourdes, gravatives, qui augmentaient par la marche et pendant la station verticale. Le cordon spermatique était d'ailleurs parfaitement sain; il n'y avait point d'engorgement ganglionaire dans l'aine ni dans l'intérieur du bassin; l'état de la santé générale était parfait. Bref, tout concourant à démontrer que la lésion était tout à fait locale et circon-

scrite dans le testicule, M. Jobert pratiqua l'opération le 10 mars par le procédé que nous venons d'indiquer.

Voici en quoi il consiste :

On fait une incision semi-circulaire qui part de la racine de la verge, passe presque sur le sommet de la tumeur et va aboutir au niveau de l'anneau inguinal du côté correspondant. Par cette incision, la peau du scrotum se trouve divisée en deux segments ou lambeaux, dont l'un inférieur ou postérieur et l'autre supérieur ou antérieur ; celui-ci, parfaitement rond, plus petit que le postérieur, représente assez bien la forme d'une coquille. On le dissèque jusqu'au niveau du ligament de Fallope ou pour mieux dire jusqu'au niveau d'une ligne qui réunirait les deux extrémités de la première incision, et, une fois relevé sur les parois du ventre, on aurait à découvert toute la partie antérieure de la tumeur et du cordon spermatique. Le lambeau inférieur, par sa disposition naturelle, se rétracte sur lui-même ; en se rétractant, il laisse à découvert presque toute la tumeur; alors on implante des érignes sur celle-ci, on la relève, et avec le bistouri on détruit jusqu'à l'anneau les brides celluleuses qui l'unissent à la peau.

La tumeur une fois mise à découvert, il ne reste qu'à faire la section du cordon. M. Jobert ne fait point la ligature en masse; il coupe une à une les artères qui se présentent, et fait la ligature au fur et à mesure qu'elles sont coupées. De cette façon, il a moins à craindre les phlébites consécutives. Chez ce malade, il a fait deux ligatures au cordon et trois dans le scrotum; ensuite on a pansé la plaie avec des épingles et des bandelettes d'amadou.

Le soir, l'état général du malade était excellent; pas de fièvre, pas d'hémorrhagie.

Le 11 mars, pas d'hémorrhagie; peau fraîche, pas de fièvre. Le malade est maintenu dans la position horizontale; un coussin soutient les bourses. On ne change pas le pansement.

Le 12, on enlève cinq épingles en laissant les fils en place; pas de fièvre; la plaie paraît réunie partout.

Le 13, on retire les deux épingles qui restaient avec les fils; la plaie paraît cicatrisée au centre; la circonférence est un peu rouge; on craint un érysipèle; pas de fièvre.

Le 14, la cicatrice est faite au centre; la circonférence fournit une petite suppuration de bonne nature. On retire les fils de la ligature des artères des bourses.

Les fils du cordon tombent le huitième jour (le 18). Les tissus qui forment les lambeaux sont presque dégorgés. Le lambeau antérieur est rond, un peu gonflé et ressemble parfaitement à une coquille.

La suppuration va en diminuant graduellement les jours suivants.

Le dix-huitième jour, le gonflement des bourses a presque complétement disparu, et les bords de la plaie commencent à se cicatriser par leurs extrémités.

Le 7 avril, le malade demande à sortir.

On voit les traces de l'incision; celle-ci est cicatrisée partout, excepté en deux ou trois points où il y a encore un peu de suppuration.

Le scrotum présente sa forme et son volume normaux, de sorte qu'il sera impossible, quand la réunion sera complète, de savoir sans questionner le malade qu'il a subi l'opération de la castration.

De deux cas de péritonite: l'une latente, apyrétique et accompagnée d'un épanchement ascitique considérable; l'autre suraiguë, à marche rapide et sans épanchement notable. Traitement de l'ascite par le calomel fracta dosi, les cataplasmes de ciguë et les purgatifs.

Nos lecteurs ont tout fraîchement présente à l'esprit la courte mais substantielle leçon de M. le professeur Trousseau sur un cas d'ascite survenue rapidement chez une jeune fille, sans avoir été précédée d'aucun appareil phlegmasique péritonéal appréciable et sans que sa santé en ait paru notablement altérée.

On se rappelle que M. Trousseau, prenant texte de ce fait, s'est attaché à démontrer et à développer cette proposition, qui est fondamentale en pratique, que dans les ascites, et plus généralement dans les épanchements séreux résultant d'une phlegmasie des membranes séreuses, l'abondance de l'épanchement n'est point en rapport avec l'intensité de la phlegmasie ; que ce n'est pas la *quotité*, mais la *qualité* de celle-ci qui doit être prise en considération ; en d'autres termes, et d'une manière plus générale, que les produits des phlegmasies varient, non pas en raison de leur degré, mais en raison de leur spécificité. De même du pronostic et des indications thérapeutiques. Et pour citer un exemple à l'appui emprunté à l'espèce, M. Trousseau plaçait par la pensée, en regard du fait de cette jeune fille couchée au n° 3 de la salle Saint-Bernard, qui arrive à pied à l'hôpital, portant un épanchement ascitique considérable, telle femme atteinte d'une péritonite puerpérale ou d'une péritonite traumatique, et qui, avec un épanchement très modéré et presque insignifiant, serait en proie aux plus vives douleurs et aux accidents généraux les plus graves.

Il semble que le hasard, qui préside le plus souvent à la répartition des divers spécimens pathologiques destinés à l'enseignement clinique, se soit chargé lui-même cette fois de fournir tout à propos un exemple frappant de l'espèce de contraste signalé par M. Trousseau.

En effet, deux jours après que le professeur avait entretenu l'auditoire de cette jeune malade, une femme entrait à cette même salle Saint-Bernard dans un état des plus graves. Cette femme, en proie à une anxiété extrême, ressentait de vives douleurs dans le ventre, qui était d'une sensibilité tellement exquise que la plus légère pression, le moindre attouchement ne pouvaient être supportés. Le ventre n'était que modérément développé, un peu ballonné; à peine si on pouvait soupçonner plutôt que constater en réalité, à cause de l'excessive douleur provoquée par l'exploration, la présence d'un peu de liquide épanché dans le péritoine. A cet état local se joignait une fièvre intense, de l'altération dans les traits, qui exprimaient une profonde souffrance. En questionnant cette malade, on avait appris qu'elle était dans cet état depuis quatre jours, que sa maladie avait débuté par une hémorrhagie suivie d'une métrite. Enfin, en l'examinant, on reconnut l'existence d'un cancer utérin dont le début devait remonter probablement assez loin. On avait donc affaire dans ce cas à une péritonite consécutive à une métrite, et cela chez une femme affectée d'un cancer utérin.

Or, en comparant l'état de cette malade avec celui de la jeune malade dont il vient d'être question plus haut, il est impossible de n'être pas frappé du contraste qu'elles présentent : l'une ayant un épanchement qu'on peut évaluer à près de dix litres environ, avec une péritonite sourde, presque latente, sans réaction fébrile et sans trouble notable de l'économie; l'autre, n'ayant qu'un épanchement à peine appréciable avec une phlegmasie péritonéale des plus intenses.

Mais là ne se borne pas la différence de ces deux cas; elle n'est pas moins tranchée au point de vue des traitements qu'ils réclament et au point de vue du pronostic. Tandis que dans le deuxième cas l'affection est de celles qui parcourent en un très court espace de temps leurs périodes, qui se terminent en peu de jours par la mort ou par la guérison; dans le premier, il est ordinaire, au contraire, malgré la bénignité apparente de l'affection primitive, de voir ses effets se prolonger longtemps et se perpétuer en quelque sorte souvent, nonobstant les traitements les mieux dirigés. Déjà ce pronostic s'est en partie vérifié chez les deux malades en question. En effet, la dernière venue, si gravement malade quand elle est entrée à l'hôpital, et dont la maladie ne datait alors que de quatre jours, se trouve aujourd'hui, après quatre ou cinq jours de séjour à l'hôpital, en pleine voie de convalescence, et à la veille d'être complétement rétablie (sauf, bien entendu, son cancer utérin, qui continuera à suivre sa marche fatale); tandis que la jeune malade ascitique se trouve, après douze ou quatorze jours de traitement, à peu près dans le même état que lorsqu'elle est arrivée à l'hôpital.

Puisque, à l'occasion de cette opposition de deux états phlegmasiques si différents par leur nature, nous sommes revenu sur le compte de la jeune malade du n° 3 de la salle Saint-Bernard, nous ne quitterons pas ce sujet sans faire connaître les premiers résultats, assez remarquables à quelques égards, du traitement auquel elle a été soumise.

Cette malade, ainsi qu'on se le rappelle, avait été mise à l'usage du calomel *fracta dosi*. On lui a prescrit 5 centigrammes de calomel par jour en dix prises; elle en a pris pendant trois jours, ce qui fait trente prises; en tout 15 centigrammes.

Le premier jour il n'y avait eu aucun effet sensible produit. Dès le deuxième jour, les gencives supérieures avaient commencé à se prendre, et après la troisième dose il était survenu une inflammation mercurielle de la bouche qui a nécessité la suspension du médicament. L'usage en sera repris, en commençant par un demi-grain, après quelques jours de repos et dès que cette inflammation locale sera modérée. Quant à l'épanchement, il n'avait pas encore sensiblement diminué au bout de trois jours. C'est un fait à suivre.

Des inhalations anesthésiques dans l'éclampsie.

Dernièrement un de nos confrères nous faisait l'honneur de nous consulter sur ce que nous pouvions savoir relativement à l'emploi des inhalations anesthésiques pour les cas d'éclampsie dans la grossesse. Ayant à redouter l'explosion d'accès éclamptiques chez une femme enceinte, qui dans ses précédentes grossesses avait été en proie à de semblables accidents, notre confrère nous demandait de lui faire connaître l'opinion des autorités de la science à cet égard et les faits qui auraient pu parvenir à notre connaissance. Nous ne savions à cette époque rien d'assez précis à ce sujet pour éclairer sur ce point notre confrère, et plusieurs des autorités en obstétrique que nous avions consultées nous avaient laissé dans la même ignorance. Les choses en étaient là, lorsqu'en feuilletant ces jours-ci un journal de médecine (la *Revue thérapeutique médico-chirurgicale*) nous y avons trouvé les deux faits suivants, que nous croyons bien faire de porter à la connaissance de nos lecteurs, en même temps qu'à celle de l'honorable confrère à qui cette réponse s'adresse plus particulièrement.

M. le docteur Macario a eu recours avec succès aux inhalations anesthésiques dans deux cas très graves d'éclampsie. Voici la relation sommaire de ces deux observations:

Une jeune femme de chambre, âgée de dix-huit ans, était enceinte depuis sept mois. Sous l'influence d'un profond chagrin et d'une vive émotion morale, elle fut prise d'une violente céphalalgie avec des douleurs autour des reins; le lendemain matin à son réveil, elle était aveugle, et peu de temps après elle tomba dans un état comateux et perdit connaissance. Puis il survint des convulsions avec écume à la bouche, injection de la face, dilatation des pupilles, pouls concentré, etc. L'attaque dura à peu près deux minutes, puis la malade retomba dans le coma. Une demi-heure après, il survint un nouvel accès, qui fut suivi d'autres de plus en plus intenses et rapprochés. Après avoir employé vainement deux saignées, des lavements purgatifs et des sinapismes, les convulsions persistant (l'orifice utérin était à peine dilaté), M. Macario eut l'idée de soumettre la malade aux inhalations des vapeurs d'éther; peu de temps après, il y eut une nouvelle attaque, mais ce fut la dernière. Dès lors le travail marcha rapidement, et deux heures après elle accoucha naturellement d'un enfant mort.

Les convulsions ne se renouvelèrent pas après l'accouchement, mais l'intelligence resta pendant quelques jours altérée. Peu à peu la malade revint complétement à l'état normal.

La deuxième observation est celle d'une jeune femme de vingt-deux ans, enceinte de huit mois, primipare, ayant depuis deux mois les bras et les jambes infiltrés. Le 6 décembre 1853, elle éprouva une vive frayeur, et elle fut prise immédiatement de coliques dans le bas-ventre, qui persistèrent pendant trois jours, et la nuit qui suivit l'accident, son sommeil fut troublé par des rêves effrayants. Depuis lors elle ne sentit plus son enfant.

Cinq jours après, elle perdit tout à coup la vue; elle ressentait une céphalalgie intense, particulièrement entre les sourcils, et des douleurs dans les membres supérieurs. La vue était tout à fait insensible à la lumière la plus vive; pouls lent et faible, intelligence intacte. Le même jour, à trois heures de l'après-midi, première attaque d'éclampsie caractérisée par de violentes convulsions. Depuis ce moment jusqu'à minuit, vingt accès d'éclampsie très longs et très violents avaient eu lieu. Ceux-ci avaient été constamment précédés, une minute à l'avance, de l'ouverture des paupières. La dilatation de l'utérus avait commencé à se faire dans cet intervalle, mais elle n'était pas assez avancée pour pratiquer l'accouchement.

M. Macario soumit cette malade aux inhalations anesthésiques. Sous leur influence, les accès devinrent d'abord moins longs et moins fréquents, puis on parvint à les faire avorter en employant les inhalations aussitôt que la malade ouvrait les yeux, et enfin ils cessèrent complétement; seulement la malade demeura en proie à une agitation continuelle, et sans connaissance.

Le lendemain matin, à dix heures, l'orifice étant dilaté, M. Macario appliqua le forceps, et amena un fœtus mort depuis plusieurs jours. Après l'accouchement, il resta encore pendant quelque temps de l'assoupissement, des hallucinations, qui finirent par se dissiper.

La dose de chloroforme employée dans ce cas a été de 25 à 30 grammes.

Sur la cautérisation circulaire des tumeurs hémorrhoïdales internes. — Réclamation de priorité.

La communication que nous avons faite dans notre *Revue* dernière (du 8 avril) sur le procédé de cautérisation circulaire des tumeurs hémorrhoïdales, d'après une brochure récemment publiée par M. le docteur Alph. Amussat, a soulevé une question de priorité au sujet de laquelle il a été fait appel à notre impartialité. Nous ferons remarquer d'abord, à cette occasion, que toutes les fois que nous signalons à l'attention de nos lecteurs un fait, un procédé, une méthode qui nous paraissent mériter cette mention, soit comme constituant un acquêt nouveau pour la science, soit comme progrès thérapeutique, il est bien évident que c'est sous toutes réserves des droits de priorité à valoir. La seule circonstance que le fait en question était généralement inconnu, que la méthode thérapeutique ou le procédé opératoire étaient inusités, constitue à nos yeux la présomption de nouveauté et d'invention. On conçoit qu'il ne nous soit pas toujours loisible de fouiller dans les archives de la science au sujet de chaque communication pour y découvrir les traces d'un droit de priorité. Nous ne faisons pas l'histoire de l'art, nous en exposons le mouvement et en suivons les évolutions progressives. Cela dit, une fois pour toutes, pour notre justification, nous déclarons que nous accueillerons toujours les réclamations fondées qui nous seront faites.

La réclamation dont il s'agit est de M. le docteur Barthélemy (de Saumur). M. Barthélemy a imprimé en 1844, dans un mémoire intitulé *Considérations pratiques sur diverses maladies chirurgicales de l'anus*, inséré dans le tome LVII du *Recueil des Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, les phrases suivantes :

« Quand ces tumeurs (hémorrhoïdales) seront anciennes, dures et organisées, je les attaquerai par le caustique de Vienne solidifié.

» S'il y a un pédicule, je le placerai entre deux petites gouttières de plomb remplies de caustique.

» Si les tumeurs sont à large base, je les détruirai par des applications répétées de gros bâtons de caustique. »

Le mémoire de M. Amussat père sur la destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique de potasse et de chaux a été publié en 1846; et le mémoire de M. Alph. Amussat sur l'application de cette même méthode aux tumeurs hémorrhoïdales internes compliquées de procidence de la muqueuse du rectum, dont nous avons extrait l'article de notre précédente *Revue*, est tout récent; il est de 1854.

Il est donc bien établi par ces dates que l'idée écrite, l'idée imprimée appartient à M. Barthélemy; cela n'est ni contesté, ni contestable. Mais, d'un autre côté, MM. Amussat sont en demeure de prouver que longtemps avant la publication du mémoire de M. Barthélemy ils avaient pratiqué plusieurs fois l'opération en question avec les instruments décrits par M. A. Amussat dans son

dernier mémoire, instruments qui ont été diversement modifiés et perfectionnés depuis.

Voilà, après avoir entendu MM. Barthélemy et Amussat, quel est l'état de la question. Nous laisserons à nos lecteurs le soin d'apprécier eux-mêmes la valeur des prétentions respectives de ces honorables chirurgiens, en attendant qu'ils veuillent bien s'entendre eux-mêmes et nous faire connaître le compromis par lequel ils auront mis un terme à leur dissentiment. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry (1).

Note sur les cas d'épidémie de choléra qui a régné dans les salles Saint-Charles et Sainte-Anne à la Charité en 1854.

A la fin de l'automne dernier, douze malades de la salle Saint-Charles (service d'hommes, hôpital de la Charité) furent atteints de l'épidémie dite *choléra*, tandis que dans la salle Sainte-Anne, affectée au traitement des femmes, on n'en observa pas un seul cas. Le premier malade qui fut frappé éprouva les symptômes de ce mal précisément le jour où je venais de remarquer que l'air des salles était infect, et que les gens de service avaient complétement négligé la ventilation prescrite d'ordinaire à la clinique. La veille de ce jour, était entré du dehors, dans une autre division de la même galerie où se trouve la salle Saint-Charles, un homme frappé de symptômes cholériques, et qui n'avait pas tardé à succomber. L'infirmier de la salle Saint-Charles, qui donnait des soins assidus aux malades, et qui avait respiré l'air altéré dont j'avais constaté la présence, fut pris presque immédiatement d'une entérhorrhée excessive. Il sortit de l'hôpital, rentra quatre jours après dans un autre service, et y mourut le lendemain.

L'aération grandement pratiquée par des fenêtres largement ouvertes; des boissons albumineuses, aromatiques et abondantes, d'autres moyens hygiéniques furent les bases du traitement.

Plusieurs malades périrent; l'administration jugea convenable de séquestrer les cholériques dans des services spéciaux, qui furent ceux de MM. Rayer et Briquet. Dès cas nouveaux ne se reproduisirent pas à Saint-Charles. Tant que durèrent les grands froids l'épidémie sembla se dissiper, et l'on aurait pu croire que pour cette année nous étions délivrés de ce fléau; il n'en fut malheureusement pas ainsi.

Une jeune fille d'une bonne constitution, entrée au mois de janvier dans la salle Sainte-Anne pour des accidents syphilitiques, fut prise le 1er mars de symptômes cholériques très aigus, dont elle se rétablit. Une rechute survint quelques jours plus tard, ce qui n'empêcha pas la guérison définitive d'avoir lieu.

Le même jour, une autre femme fut frappée du même mal, et la terminaison fut également favorable.

Le 2 mars un nouveau cas se présenta, et alors non-seulement l'ouverture des fenêtres fut prescrite le jour, mais encore l'air fut renouvelé pendant la nuit.

M. Matouillaux, directeur de l'hôpital, dont l'intelligence et l'instruction égalent le zèle, surveilla lui-même l'exécution de cette mesure, sur laquelle nous nous étions entendus.

Dans les sept jours qui suivirent, je ne vois dans les notes qui m'ont été remises qu'un seul cas survenu le 5, et encore se termine-t-il par la guérison. Mais voici que le 9 mars trois malades nouveaux sont frappés, et d'une manière si terrible qu'ils succombent en trois jours.

Il en fut ainsi d'un quatrième qui, atteint le 11 mars, n'existait plus le 14.

Alors on pratiqua avec plus de soin encore la ventilation. On ne reçoit pas de nouveaux malades, on renvoie tous ceux qui peuvent l'être sans inconvénient; le nombre des lits occupés diminue d'un tiers, et du 14 au 28 on ne constate plus que 9 cas, dont 3 seulement ont une terminaison funeste.

Dans les notes qui m'ont été remises on a sans doute fait quelques omissions, car les registres de l'hôpital mentionnent dans mon service, du 20 février au 28 mars, 12 cholériques dans la salle des hommes et 11 dans celle des femmes. Ces omissions n'ont dû avoir lieu que sur des cas douteux, car je ne pense pas que dans le relevé qui m'a été donné un fait important ait été passé sous silence.

Tels sont les faits observés, et dont je me donnerai garde de présenter les détails; ce sont les résultats d'ensemble qui seuls peuvent intéresser l'Académie.

Voici les principales considérations auxquelles ces faits ont conduit au point de vue des causes, des symptômes, de la diagnose, de la pathogénie, de la prognose et de la curation de l'affection dite *choléra* telle qu'elle a été observée pendant le mois de mars dernier dans mon service.

1° *Considérations étiologiques.* — Tout porte d'abord à croire que la cause prochaine de cette épidémie est un virus spécial qui n'a pas reçu de nom, et qu'à cause de son origine indienne et de ses effets terribles, j'ai cru devoir nommer *indoloïose*, ou *virus de la peste de l'Inde*.

Cet agent caché, que la physique ou la chimie n'ont pu déterminer, que la médecine comprend sans pouvoir le montrer aux yeux, est-il contagieux? Quelques faits de cette dernière épidémie tendent à prouver que l'indoloïose simple peut, dans de certaines conditions et dans certaines localités, se communiquer.

Ainsi, le choléra a frappé deux malades de nos salles le lendemain du jour où un individu arrivé du dehors était venu mourir de la même affection dans l'un des services de cette longue galerie où la salle Saint-Charles est placée.

Il en était arrivé à peu près ainsi à la Pitié en 1849. Un cholérique vint du dehors, et le lendemain le même mal se déclara dans mes salles et dans d'autres parties de l'hôpital.

Ce qu'il y a de remarquable encore à la Charité, c'est que tout d'abord, quand au mois de novembre le choléra vint à sévir, un infirmier fut atteint de très nombreuses selles, mourut promptement, et qu'au mois de mars, Henri, qui soignait les premiers individus atteints du fléau, éprouva tout à coup, et après avoir été exposé à l'air altéré de la salle Saint-Charles, trente selles séreuses dans un jour, fut malade trois jours, après lesquels tout symptôme de maladie cessa. Deux individus qui furent renvoyés du service dans la crainte qu'ils ne fussent atteints rentrèrent presque immédiatement à la Charité, et dans d'autres salles que les miennes, pour y périr. Evidemment, ces pauvres gens avaient subi dans le service l'influence sinistre qui se développa plus tard.

Un autre fait important à noter, c'est qu'en novembre 1853, et surtout en mars dernier, il n'y a eu dans la ville qu'un petit nombre de gens atteints par l'épidémie, qu'il s'en trouva assez peu dans les hôpitaux en général, que la Charité fut surtout frappée, et que les salles Saint-Charles (deux fois) et Sainte-Anne (une fois), au mois de mars, eurent le triste privilége d'avoir un nombre énorme de tels malades, relativement aux autres services de cette maison. Or, les salles Saint-Charles et Sainte-Anne sont à coup sûr les plus mal aérées de l'établissement hospitalier dont elles font partie. Au sud-est, trois fenêtres sont closes, et le jour n'y pénètre pas, à cause du voisinage presque immédiat de la communauté; au nord-ouest, le corps de bâtiment de la clinique Corvisart empêche tout renouvellement d'air et de lumière, et malgré les deux fenêtres que, d'après ma demande, l'administration a bien voulu faire ouvrir au sud, l'extrémité de ces salles est obscure et peu aérée.

De plus, des latrines et leurs tuyaux répandent en tout temps à Saint-Charles une odeur fétide que l'on a cherché inutilement à prévenir et à détruire.

En voilà plus qu'il n'en faut pour expliquer la fâcheuse prédilection du mal pour les salles Saint-Charles et Sainte-Anne. Mais d'où vient donc que l'indoloïose, la cause inconnue du choléra, se soit en quelque sorte circonscrit dans un petit espace?

Pourquoi de novembre à mars la cause toxique ou virulente a-t-elle agi ou s'est-elle conservée dans la même localité?

Ce sont là des questions que la science n'est pas encore prête à résoudre.

Ce qui précède est tout à fait en rapport avec ce que l'on sait et avec ce que j'avais vu à la Salpêtrière et ailleurs en 1832 relativement à l'influence de l'encombrement et de l'altération de l'air sur l'apparition, le développement et la gravité du choléra. Voici encore un autre fait qui mérite l'attention.

Rarement dans nos climats l'air est-il assez pesant pour faire monter le mercure à 78 ou 79 centimètres et le vent au nord-est souffle-t-il d'une manière continue. Or, en novembre 1853, en mars 1854, comme en 1849, et surtout comme au printemps de 1832, l'air était dirigé de la Sibérie vers le sud-ouest, et l'influence qu'il apportait était sinistre sous le rapport du choléra, comme il semble l'être actuellement au point de vue d'un fléau encore plus homicide. Toutes les fois que l'anémomètre marquait cette direction du vent, que l'hygromètre donnait un haut degré de sécheresse et que le baromètre se tenait avec une continuité inaccoutumée à 0,77, 0,78 et même 0,79, le mal se déclarait avec une fureur nouvelle. Certes l'air n'apportait pas le mal, mais il est certain qu'il en favorisait le développement. Notons encore un fait, c'est que les cas qui semblaient se rapporter à quelque chose comme la contagion présentaient les symptômes plutôt de la cholérine ou indoloïosie simple que du choléra dit asphyxique ou asiatique. Souvent, lorsque l'on venait d'observer des malades atteints de ces affreux symptômes, le lendemain on voyait des individus être frappés de symptômes légers; c'était comme pour la variole confluente, qui communique si souvent une simple varicelle.

Ainsi, l'infirmier Henri Gatherot, qui a eu beaucoup de soins des malades, contracta la cholérine alors que venaient de succomber dans les salles des gens atteints d'indoloïosie portée au point d'avoir fait perdre une énorme quantité de sérosité au sang (hypohydrémie.)

D'après les faits que j'ai observés, la cholérine, ou indoloïosie simple, serait contagieuse; mais le caractère très aigu, ou funeste, tiendrait à des circonstances sporadiques ou accidentelles. En 1832, en 1849, en 1854, je n'ai pas vu le moins du monde que les impressions morales, les écarts de régime aient causé le choléra; seulement ces derniers ont paru en augmenter parfois l'intensité et la gravité. Il en a été ainsi des médicaments émétiques, ou purgatifs, administrés, et il est même arrivé qu'étant forcé, pendant que le mal sévissait, de combattre des pneumonites par le tartrate antimonié de potasse à doses réitérées, les gens atteints de cette dernière affection ne furent pas frappés de l'indoloïose.

Enfin, il faut bien remarquer que la plupart de ceux que le mal fit périr étaient déjà plus ou ou moins exténués par suite d'affections variées, qui, pour la plupart, avaient déjà fait perdre des liquides en grandes proportions; telles étaient dans trois cas des pneumonites, une iléo-spélone, ou fièvre grave, deux diarrhées, ou entérorrhées anciennes, une pneumophymie avancée, une variole compliquant une grossesse, une scarlatine aiguë; il n'y eut même qu'un ou deux cas où il fut impossible de trouver une maladie antérieure qui eût influé sur la gravité du mal. Ainsi, presque tous les cas mortels furent des cas compliqués, et l'indoloïosie causa peut-être la terminaison fatale, parce qu'elle vint ajouter sa déplorable influence à celle d'une affection déjà existante. Ce n'est pas la cause sceptique, le septiose, qui s'ajouta au mal choléra, ce furent d'autres affections qui vinrent lui donner plus de gravité, et qui rendirent funeste l'action d'un poison qui seul n'eût peut-être pas causé la mort.

2° *Etats organiques appréciables.* — Dans les épidémies de choléra précédentes, et surtout en 1832, et pour peu que le mal eût duré, le ventre était affaissé; bientôt on le trouvait très mat au plessimétrisme, ce qui correspondait à l'absence complète de gaz et à des proportions variées de liquide dans l'intestin.

Dans l'épidémie de cette année, l'abdomen était beaucoup moins déprimé, contenant beaucoup plus de gaz, et cela jusque dans les derniers moments de la vie; on y trouvait par le même plessimétrisme des matières liquides en moindre proportion que cela n'a souvent lieu chez des gens atteints de lésions aiguës des plaques de Peyer. Ainsi, de la sonorité pouvait encore être constatée dans l'intestin grêle et peut-être dans l'estomac. Je dis peut-être, car je n'ai pas fait de recherches à ce sujet.

Dans les derniers temps, le cœur, le foie étaient très peu volumineux, ainsi que la percussion en donnait la preuve. Les poumons présentaient de la sonorité en arrière, le pouls était dépressible, et finissait par disparaître presque complétement. Toutefois, dans plusieurs des cas les plus fâcheux, l'artère avait de la largeur et une force apparente qui tombait tout à coup alors qu'on faisait élever le bras au malade.

L'inspection des veines et les résultats de la compression que l'on y pratiquait sur des points divers faisaient voir que le sang y coulait avec un extrême lenteur; mais tous ces caractères étaient infiniment moins prononcés que dans les épidémies précédentes. Ainsi, le facies était-il moins livide, l'orbite moins excavé, les yeux moins ouverts, les extrémités moins bleuâtres, et souvent la chaleur était assez bien conservée. La vue était promptement éteinte, et c'était là un mauvais signe. Le rein ne sécrétait pas, la vessie était vide, la peau sans élasticité, la sueur nulle, la salive visqueuse.

M. Blain des Cormiers, chef de clinique modèle, et dont on ne peut louer assez le zèle, l'instruction et le dévouement, M. Blain, qui ne craignait pas de s'exposer trois fois par jour, et pendant plusieurs heures, aux émanations cholériques et à l'étude de l'épidémie, a noté un symptôme presque constant au début des accidents, je veux dire une sensation d'oppression et de dyspnée que les malades rapportaient à l'épigastre, et dont il est utile de tenir compte en diagnostic. M. le docteur Blain a encore noté chez une de nos malades (n° 19, salle Sainte-Anne) une dérivopathie bizarre qui s'était déclarée aux mains, dont la teinte bleuâtre aurait simulé une hémorrhagie si la pression pratiquée avec le doigt ne l'eût pas fait pâlir. Elle était formée par de petites taches de 3 ou 5 millimètres, réunies sur certains points par leur circonférence, et séparées ailleurs par des espaces où la peau avait son apparence normale. Déjà M. le docteur Blain avait observé une semblable éruption à la suite du choléra de 1849.

Les autres symptômes observés n'ont point été différents de ce que l'on avait vu dans les épidémies précédentes; seulement les accidents rapportés à ce que l'on appelle la réaction ont été beaucoup moins marqués que dans les épidémies de 1832 et 1849.

3° *Marche du mal et mortalité.* — La marche du mal était généralement plus lente que dans les autres épidémies, et dans un seul cas la mort eut lieu en vingt-huit heures. Presque toujours la durée des accidents a varié, dans les cas malheureux, de trois à cinq jours. Il est arrivé que quelques malades dont la guérison est survenue sont restés au lit pendant plus de deux semaines. Un seul malade, encore une fois, est mort en vingt-huit heures.

La mortalité, dans mon service, s'est élevée à un chiffre considérable. Sur les 18 cas bien observés, on compte 9 cas de mort et 9 cas de guérison, ou au moins d'existence prolongée; car plusieurs malades sont encore dans nos salles, et ceux qui désormais viendraient à mourir ne périraient pas du choléra lui-même, mais de toute autre affection survenue consécutivement à l'indoloïosie.

(Nous donnerons la fin de ce travail dans un prochain numéro.)

CAS DE MORVE CHEZ L'HOMME. — GUÉRISON.

Par W.-J. Cox, Esq.

(Lu à la Société médicale de Londres.)

Il est aujourd'hui parfaitement établi en pathologie que la morve peut se transmettre de l'animal à l'homme. Mais ces cas étant heureusement rares, je crois devoir appeler l'attention sur une observation récente, et la faire suivre de réflexions sur le mode de transmission et le traitement de la morve.

Obs. — Le 15 juillet 1853, la femme de W. F., âgé de quarante-sept ans, fabricant de sabots, vint me prier d'aller voir son mari, qui se plaignait de maux de gorge et de douleurs dans la bouche. Je crus avoir affaire à une cynanche tonsillaire commune, et lui ordonnai un gargarisme d'alun avec miel, et une poudre apéritive. Je vis le malade le lendemain, et constatai l'état suivant : salivation abondante (la salive sortait de la bouche toujours ouverte); langue légèrement enflée et chargée d'un mucus brun; muqueuse de la bouche et du gosier dans un état peu sain; glandes salivaires un peu augmentées de volume; pouls faible; insomnie.

(1) Ce travail a été lu à la dernière séance de l'Académie de médecine.

Il me parut d'abord avoir la salivation mercurielle, mais deux symptômes me firent rejeter cette première pensée :

1° Haleine excessivement fétide, ne rappelant aucunement celle du ptyalisme mercuriel;

2° Gencives non tuméfiées, dents saines.

Ayant eu occasion dans ma pratique de voir les symptômes de la salivation mercurielle un peu variés, je crus devoir diagnostiquer cette affection, affermi d'ailleurs dans mon opinion par l'aveu de mon malade, qui, se trouvant mal depuis quelques jours, avait pris des pilules d'un charlatan des environs. Je lui ordonnai donc de se servir de son gargarisme avec beaucoup de soin.

Le 17, le malade est plus mal; la salivation augmente; anxiété et abattement général, céphalalgie, vertiges, insomnie. Pouls à 120, faible et précipité. Le gargarisme me semble inutile. Embarras gastrique. — J'ordonne un nouvel apéritif; gargarisme chaud de chlorure de sodium; un peu de vin de temps en temps, ou de l'eau et de l'eau-de-vie.

Il refuse de se soumettre à mon ordonnance.

Le 18, à ma visite du matin, le mal a empiré. Pas d'amélioration dans les symptômes locaux. Le trouble constitutionnel a augmenté. Difficulté de langage telle qu'on ne peut saisir des articulations inintelligibles. Délire nocturne.

J'avoue que je me trouvai embarrassé, ne sachant à quoi attribuer ce trouble de la circulation et du système nerveux et cette résistance aux remèdes locaux.

Dans l'après-midi le malade demande M. Frid.-W. Mackensie.

D'après l'exposé de mes observations et sa propre expérience, ce confrère reconnut la morve. Il fut confirmé dans cette opinion lorsque, visitant avec moi le malade, il obtint le récit suivant, auquel W. F. n'attachait aucune importance :

Dix jours auparavant, après avoir déjeuné à six heures, notre homme, chargé d'un lourd fardeau de sabots, s'en alla à Paddington (distant de plus de deux milles); il marcha beaucoup sans rien prendre jusqu'à dix ou onze heures. En revenant chez lui, il entra dans une étable pour y voir un de ses amis; là on lui montra un cheval morveux dont l'exhalaison lui fit mal au cœur. Il resta dans l'écurie près de vingt minutes et retourna chez lui sans penser à ce qui venait d'arriver.

Le lendemain, douleurs à la gorge et dans la bouche; salivation peu abondante, qui avait augmenté jusqu'au moment où je fus appelé.

Le docteur Mackensie formula aussitôt 10 grains de sesquicarbonate d'ammoniaque avec 5 gouttes de teinture d'opium et 1 goutte de créosote, à prendre toutes les deux heures.

Je vis le soir même notre malade. Il avait pris deux doses de mixture, mais refusait d'en reprendre à cause de la créosote. J'ordonna du vin à discrétion pendant la nuit.

Le 19, un peu de mieux. Pendant la nuit, morve visqueuse; à l'examen, je découvris un bouton tendant à ulcérer la membrane de Schneider, qui était fortement injectée. — Continuer la mixture sans créosote; bœuf rôti et vin.

Le 20, grande amélioration. Un peu de sommeil; appétit; la langue se nettoie. — Ammoniaque toutes les quatre heures. Le docteur Mackensie me remet mon malade.

Depuis ce jour, le malade va mieux; pendant quelques semaines, il est dans un état de grande prostration. Je dimiuue graduellement la dose d'ammoniaque et dans la quantité et dans la fréquence de l'administration, et je la combine avec du citrate de fer.

Quinze jours après, il put sortir. Il se plaignait de douleurs rhumatismales dans les membres et de douleurs dans différentes parties du corps. Je l'examinai et trouvai un peu de gonflement et de mollesse dans les glandes lymphatiques de l'aisselle droite, des deux régions inguinales et de l'espace poplité gauche. Ces douleurs disparurent lorsqu'il eut recouvré sa force constitutionnelle.

Remarques. — L'observation précédente suggère plusieurs réflexions, que je classerai sous cinq points de vue :

1° Diagnostic de la morve;
2° Mode de transmission;
3° Causes prédisposantes;
4° Particularités des symptômes;
5° Traitement.

I. *Diagnostic*. — Le diagnostic de cette terrible maladie peut souvent être difficile; les principaux guides dans cette recherche sont :

1° L'histoire de l'observation, quand on peut se la procurer, montrant la présence des symptômes vingt-quatre heures environ après l'exposition au virus;

2° La localisation des symptômes, c'est-à-dire leur localisation aux glandes salivaires, la langue et la membrane pituitaire;

3° L'écoulement sanieux par les narines;

4° Le trouble nerveux si peu commun dans la salivation ordinaire;

5° Particularité de la fétidité;

6° Résistance de l'affection aux remèdes ordinaires et solution rapide sous l'influence des stimulants à hautes doses.

Dans le plus grand nombre des cas, rougeur et tuméfaction de la face, apparence de pustules phlyzaciées sur la peau, rougeur de la conjonctive. Ces caractères sont d'un grand secours dans le diagnostic; mon malade ne les présentait pas encore; je crois qu'on doit attribuer cette circonstance à l'énergie et à l'opportunité du traitement de M. Mackensie, et que, si la maladie n'avait pas été enrayée à son début, la série des symptômes décrits tout à l'heure se serait montrée.

II. *Mode de transmission*. — Depuis l'insertion dans *London journal of medicine* (septembre 1851) d'une observation très intéressante de M. Mackensie, les auteurs semblent s'être fait cette fausse idée, que la morve ne peut se communiquer que par inoculation sur une surface muqueuse ou cutanée abrasée. Or, dans un grand nombre de cas, on n'a pu constater cet état de dénudation; le malade même dont nous venons de donner l'observation n'offre aucune solution de continuité dans les tissus. « En entrant dans l'étable, dit mon client, je ne m'approchai pas des chevaux; je passai immédiatement dans une soupente à six pieds des animaux; cette soupente était bordée d'une galerie sur laquelle je m'appuyais en causant. L'odeur qu'exhalait l'animal me fit mal au cœur. » Il est positif que le malade a respiré ces émanations, mais il est établi que pendant sa présence le cheval n'a pas éternué. Nous croyons donc pouvoir en conclure :

1° Que l'atmosphère était le *medium* de communication;

2° Que la distance de salubrité excède six pieds.

Les circonstances de ce mode de transmission expliquent clairement l'absence d'abcès et d'inflammation des glandes ordinairement observés dans les cas de morve. Lorsque le poison s'introduit dans l'économie par des parties dénudées, il suit le courant des absorbants, et les symptômes locaux précèdent les constitutionnels. Le contraire doit se préseuter si dans ce cas le poison entre par voie d'infection.

Parmi les cas rapportés dans le n° XXIX de l'*Association journal*, il en est un extrait de la *Gazette des Hôpitaux* (14 décembre 1852) qui nous offre un homme qui n'entre pas même dans l'écurie, mais qui, demeurant au-dessus des chevaux, est atteint de la morve et en meurt. Une femme morte à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Tessier, est atteinte de la morve sans être entrée dans une écurie et bien qu'elle n'eût aucun rapport avec des grooms et des valets d'écurie.

III. *Prédisposition*. — Le docteur Williams dit : « En général, les parties frappées par la morve étaient déjà peu saines et usées par des excès au moment de l'accident. »

Mon observation vient à l'appui de cette opinion. W. Fr. a déjeuné de bonne heure, il fait une longue course par un temps lourd, reste longtemps sans prendre de nourriture; son estomac souffre donc au moment où il s'expose à l'infection. L'électricité de l'air a sans aucun doute beaucoup d'influence sur l'absorption des miasmes en général. On pourrait supposer que sa condition de *buveur de thé* le prédisposait à l'infection. Mais le raisonnement et l'expérience m'ont prouvé que ces hommes sont bien souvent plus robustes, plus vigoureux que les autres personnes adonnées aux liqueurs alcooliques les plus faibles.

IV. *Particularité des symptômes*. — Nous avons ici un homme qui, vingt-quatre heures après avoir été soumis à l'infection, est attaqué de tous les symptômes de la salivation mercurielle; quelques points seuls en diffèrent. Absence d'odeur mercurielle, état sain des dents, gonflement des glandes sublinguales, condition pâteuse de la muqueuse de la bouche et du gosier, salivation excessive, substance visqueuse rendue par les narines, et par-dessus tout agitation nerveuse comparable seulement au delirium tremens; résistance de ces symptômes au traitement ordinaire. Tout, je pense, est suffisant pour faire croire au début de quelques maux de gorge malins, d'une stomatite ou d'un ptyalisme mercuriel.

V. *Traitement*. — Le docteur Eliosson avait adopté un traitement par l'administration des sédatifs et du vin. Rayer recommande les purgations, l'acétate d'ammoniaque (remède favori des vétérinaires), avec des antiseptiques locaux, tels que la térébenthine, la créosote, etc. Mais tous ces remèdes restent sans effet devant la morve aiguë. Dans la forme chronique de cette affection, l'application de topiques composés des plus puissants antiseptiques a eu beaucoup de succès. Dans la morve chronique, le docteur Eliosson a employé avec bonheur les injections de créosote dans les narines.

Dans la morve, une première indication est de soutenir la force vitale en lutte avec la destruction chimique qui s'empare des tissus. Or, il faut un stimulant puissant, de nature facilement absorbable, et qui puisse exercer promptement un résultat. L'ammoniaque donné à de fortes doses, à de courts intervalles, semble être l'agent le mieux approprié aux exigences. Le docteur Mackensie le donnait toutes les heures dans son observation; dans la mienne, toutes les deux heures. Ce point est laissé à la discrétion du praticien. L'ammoniaque concentré me semble le remède le plus énergique et le plus utile dans la morve.

Je termine en soumettant à mes confrères cette question : « Le carbonate d'ammoniaque à fortes doses ne pourrait-il pas être substitué à tout autre remède dans les blessures anatomiques, comme plus efficace, et ne mérite-t-il pas dorénavant d'être soumis à l'expérience? » (*Ass. med. journ.*)

CORRESPONDANCE.

LES MORTS APPARENTES.

M. Armand Husson, chef de division à la préfecture de la Seine, auteur de divers ouvrages sur l'administration, et dans le service duquel se trouvent placée la police des inhumations et des pompes funèbres de Paris, nous adresse la lettre ci-après, que son extrême importance nous engage à publier.

Paris, le 13 avril 1854.

Monsieur le rédacteur,

Plusieurs journaux, notamment la *Gazette des Tribunaux* dans son numéro d'hier, parlent avec éloge d'un ouvrage que M. le docteur Jozat vient de publier sous le titre suivant : *De la mort et de ses caractères*, et qui tend à faire adopter en France le système des maisons mortuaires adopté dans quatre ou cinq villes d'Allemagne.

Je n'ai pas la prétention de juger ici le travail de M. le docteur Jozat; mais, comme il importe de ne pas laisser exprimer sans contradiction des opinions trop absolues sur un sujet qui engendre tant de préjugés et de fausses terreurs, je vous prie de me permettre quelques observations, que je développerai plus tard dans un écrit spécial dont je m'occupe.

Lorsque l'Académie des sciences a mis au concours, d'après le vœu exprimé par le professeur italien Manni, la question des morts apparentes et celle des moyens de prévenir les enterrements prématurés, des travaux importants lui ont été soumis; le mémoire qui fut couronné est de M. le docteur Bouchut, médecin des hôpitaux, aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté de médecine. Dans ce travail remarquable, la question a été traitée à un point de vue différent de celui auquel s'est placé M. le docteur Jozat, dont le mémoire fut seulement alors l'objet d'une mention. Le rapport de l'Académie, que j'ai sous les yeux, adopte presque complétement le résultat des recherches de M. Bouchut, et, contrairement à l'opinion de M. Jozat, il établit qu'il existe plusieurs signes certains de la mort; que la vérification des décès, confiée à des hommes de l'art, doit prévenir les enterrements prématurés; qu'enfin la possibilité de la constatation de la mort, *d'une manière certaine*, avant le développement de la putréfaction, rend inutile l'établissement de maisons mortuaires semblables à celles qui ont été instituées dans plusieurs villes d'Allemagne.

J'ajouterai que ces établissements, dont on a fait vraiment trop de bruit, sont loin d'attester, de la part de nos voisins, une préoccupation bien sérieuse à l'endroit des morts apparentes. Chargé en 1845 d'une mission administrative, j'ai eu l'occasion de visiter la maison de Munich, et je dois dire que j'en suis sorti vivement impressionné de l'absence totale de soins et de prévoyance que l'on constate à regret dans la garde et la conservation des individus qu'on y apporte. Les corps sont placés dans des bières *nus ou presque nus;* le cercueil des plus riches est environné de cierges et de fleurs; il y a une affreuse confusion de cadavres plus ou moins putréfiés, dont les exhalaisons vicient l'air; en un mot, le régime intérieur de la maison, qui suppose l'oubli le plus complet des règles élémentaires de l'hygiène et de la science médicale, serait à lui seul un obstacle pour empêcher le retour à la vie, si, par impossible, la mort n'était pas réelle.

Mais ce qui frappe surtout dans l'aspect d'un tel établissement, c'est l'abandon *moral* des restes humains; il semble que cette maison, toujours ouverte, soit pour les cœurs peu sympathiques, trop disposés à déserter les derniers soins de tendresse, qui sont un des devoirs les plus sacrés de la famille, un avertissement qu'ils peuvent s'en affranchir en s'empressant de porter à la salle publique le malheureux qui vient de rendre le dernier soupir.

M. le docteur Jozat avoue lui-même qu'il ne s'est pas présenté un seul cas de résurrection dans les maisons mortuaires d'Allemagne, depuis trente ans, et que des atteintes graves à la santé des gardiens et des familles qui habitent ces lieux malsains sont les seuls résultats qui se soient produits jusqu'à présent.

En résumé, monsieur le rédacteur, les maisons mortuaires, telles qu'il en existe plusieurs en Allemagne, sont, dans mon opinion et dans celle de plusieurs autorités que je pourrais citer, des créations tout artificielles, enfantées par des préoccupations exagérées et une fausse appréciation des ressources de la science et des moyens administratifs. Dans l'état où elles se trouvent aujourd'hui, elles ne sont plus qu'une institution vieillie, et qui aura bientôt disparu. Le moment est donc mal choisi pour conseiller de pareilles créations dans un pays qui peut se vanter, à bon droit, de sa législation perfectionnée en matière de décès, et des moyens de police si prévoyants adoptés dans les grandes villes, à Paris surtout, pour prévenir les enterrements prématurés.

Agréez, etc. A. Husson.

Bulletin du choléra. — Du 5 avril (date de notre dernier Bulletin) au 12, il y a eu 32 cas nouveaux et 21 décès.

Nous ferons remarquer que sur ces 32 cas nouveaux, le plus grand nombre est venu du dehors, contrairement à ce qui avait eu lieu jusqu'à présent dans ces sept à huit dernières semaines.

La Charité seule semble encore avoir le triste privilége de voir de temps à autre se développer de nouveaux cas sur place.

Presque tous les malades que nous avons vus dans les autres hôpitaux, et notamment à l'Hôtel-Dieu, venaient du dehors. Les derniers cas nous ont paru, en général, un peu moins graves et plus faciles à amener à bonne réaction.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 10 avril courant, un concours public sera ouvert le 20 novembre prochain, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour cinq places d'agrégé, savoir :

Une pour la section d'anatomie et physiologie;
Une pour la section de médecine;
Deux pour la section de chirurgie;
Une pour la section des sciences accessoires.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 20 octobre prochain, au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère dans l'infortune

(Au bureau du journal).

Montant des listes précédentes : 186 fr.

MM. Baret, 5 fr.; Contour, 5 fr.; Delaunay, 3 fr.; Jobert, 3 fr.; Cerise, 3 fr.; Cusco, 5 fr.; Vigla, 3 fr.; Levaillant, 3 fr.; Briquet, 5 fr.; Piorry, 5 fr.; Simon, 5 fr.; Beaude, 5 fr. — Total : 236 fr.

Les moindres sommes seront reçues avec une profonde reconnaissance.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la constipation.

Qu'est-ce que la constipation? On doit la définir : la difficulté de l'excrétion des matières fécales, indépendamment de toute lésion organique. Il ne faut pas ranger parmi les constipés ceux chez lesquels la défécation est empêchée par une tumeur, par une hernie, par un rétrécissement, par une lésion quelconque obstruant l'intestin, opposant à la défécation une barrière en quelque sorte mécanique ; car il peut alors se faire que la fonction s'opère régulièrement quant à elle, et ne soit arrêtée que par un obstacle étranger. L'individu constipé ne va pas à la selle, c'est là le seul phénomène qu'on observe en lui. Une telle disposition peut tenir à bien des causes. D'abord il y a une constipation en quelque sorte physiologique qui se lie à la constitution des individus, qui tient à une manière d'être quelconque de leur organisation. Tantôt le sujet, par nature, mange peu ou très peu, beaucoup moins qu'un autre, et, de plus, il est doué d'une propriété d'assimilation remarquable. On conçoit dès lors que la quantité de matières à expulser peut être insuffisante pour stimuler l'intestin ; ces matières sont donc gardées jusqu'à ce qu'il y en ait une masse suffisante : or leur stagnation est déjà une cause de malaise. Mais il y en a d'autres qui, mangeant fortement, n'assimilent pas plus que d'autres, chez qui par conséquent il reste une forte proportion de matières intestinales, et qui pourtant ne vont pas à la selle ; ceux-là sont dans un état d'embarras, de malaise continuel ; pour eux, ce manque d'aller à la selle constitue une souffrance réelle : ce sont les véritables constipés.

La défécation, dernier phénomène de la digestion, l'une des opérations les plus complexes de l'organisme, peut être dérangée dans un grand nombre de circonstances. La constipation, en général, doit donc avoir des causes multipliées, et parmi elles l'inertie intestinale, le défaut de sécrétion de certaines glandes doivent tenir la première ligne. Certains individus, cela est reconnu, ont les sécrétions plus abondantes que d'autres. Ainsi tel transpire beaucoup, a toujours la peau ouverte, comme on dit, qui salive ou urine peu ; chez tel autre, on observera la disposition inverse ; très souvent, enfin, les fonctions sécrétoires s'exercent aux dépens les unes des autres. N'y aurait-il pas lieu de rechercher si le foie, le pancréas, subissant, eux aussi, les conséquences d'un flux excessif porté ailleurs, ne verraient pas leurs liquides diminuer d'autant ? Alors moins de liquide pour lubrifier la muqueuse et rendre le glissement des matières plus facile, moins de volume même de ces matières. Cette pensée, si hypothétique qu'elle puisse paraître, est aussi admissible que bien d'autres qui sont reçues en médecine. Pourquoi ne songerait-on pas au foie, au pancréas quand on a lieu de soupçonner une siccité de l'intestin, par la même raison qu'on est porté de prime abord à soupçonner une maladie des reins quand il se passe quelque chose du côté des urines ?

Parmi les causes de la constipation, il faut étudier surtout l'alimentation, l'accoutumance, l'abus du purgatif, quelques affections étrangères à l'intestin, l'affaiblissement sénile.

L'alimentation. On a vu plus haut que certains individus mangent si peu que ce qui reste de matières excrémentitielles est incapable de fournir à des selles régulières. Il y a des aliments qui donnent le même résultat ; ils se digèrent, s'assimilent si facilement que le résidu fécal est presque nul. Ainsi le riz disparaît presque entièrement dans la digestion, et c'est à cette propriété qu'il doit d'être employé si fréquemment contre le dévoiement et la diarrhée. Le régime végétal est le moins alibile ; c'est aussi celui qui donne lieu aux selles les plus copieuses. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à se rappeler la différence de volume entre les excréments des carnivores et les bouses des herbivores.

Accoutumance. Jusqu'à un certain point on peut dire que lorsqu'on veut aller à la selle on y va, seulement il faut y mettre de la volonté ; si, au contraire, au moment où le besoin d'aller se fait sentir on le surmonte, il finit quelquefois par passer entièrement, et il peut avoir disparu pour plusieurs jours. On s'est ainsi donné une constipation qui n'est ni la moins résistante, ni la moins difficile à guérir. C'est de la sorte que deviennent constipés de la manière la plus fâcheuse tant de femmes que des scrupules abusifs empêchent d'aller à la garde-robe quand l'envie s'en fait sentir, les gens de lettres qu'une vive préoccupation domine, etc.

Irritants. Les purgatifs, pilules, bols, poudres, etc. ; les lavements plus ou moins énergiques, même ceux d'eau pure ; enfin les évacuants en général employés trop fréquemment, alors même qu'ils n'amènent pas une phlegmasie du tube intestinal, ont l'inconvénient de lui faire perdre une partie de son irritabilité ; il devient insensible à la simple stimulation qui suffisait auparavant pour provoquer l'évacuation des matières fécales. De même que le tabac, après avoir provoqué une surabondance de salive et de mucus par la surexcitation des glandes de la bouche et du nez, affaiblit en réalité leur sécrétion naturelle, qui cesse ou diminue d'une manière notable dès qu'on n'en fait plus usage, chez les personnes habituées aux lavements l'intestin n'opère plus de lui-même ; la stimulation est tombée au-dessous du degré normal. Cette cause de constipation se rencontre fréquemment chez les femmes du monde, lesquelles prennent de bonne heure l'habitude de s'exonérer les intestins par des lavements le matin pour être libres dans la journée. Bientôt elles perdent l'habitude d'aller à la selle naturellement ; les lavements auxquels elles se sont adonnées ont perdu leur efficacité, et à force de recourir à de nouveaux moyens toujours plus énergiques, elles finissent par être en proie à une constipation des plus opiniâtres.

L'accouchement, la fissure à l'anus, certains déplacements utérins, les hémorrhoïdes rendent la défécation très douloureuse, et les malades en éloignent le moment le plus possible ; de là une constipation secondaire, qui ne cesse pas toujours avec la cause qui l'a amenée.

Après des accouchements réitérés, quelquefois même après un seul, la paroi abdominale antérieure devient tellement molle et flasque qu'il ne lui est plus possible de se contracter ; l'intestin est donc privé d'un puissant auxiliaire ; il perd de sa force, les mouvements intestinaux ne peuvent plus se faire et la constipation survient.

Chez les vieillards, l'âge, qui a altéré toutes les facultés et tous les phénomènes organiques, n'a eu garde d'épargner les fonctions intestinales ; la défécation se fait mal, comme la digestion, comme la miction ; les fibres ne fonctionnent plus aussi bien, et ils ont, sans lésion organique du rectum, des rétentions de matière fécale, comme ils ont, sans lésion organique de la vessie, des rétentions d'urine. L'intestin subit une sorte de paralysie sénile ; il se relâche, s'affaiblit ; il ne se moule plus sur le bol excrémentitiel ; il est impuissant à l'expulsion ; la défécation alors ne s'opère pas ; il se fait des agglomérations énormes de matières, et de là ces dilatations, ces ampoules qui se forment au-dessus du sphincter et qui peuvent dans l'opération de la taille donner lieu à des complications très graves.

La constipation est une maladie sérieuse à laquelle on doit la plus grande attention ; car, à supposer qu'elle ne prenne pas immédiatement la valeur d'une affection dangereuse, elle complique toujours l'indisposition la plus légère, et souvent elle devient l'origine d'une hypocondrie profonde qui jette dans la vie des désordres nombreux.

Le traitement doit avant tout s'attaquer à la cause ; il ne faut pas croire qu'on l'a guérie parce qu'on a provoqué une évacuation, fût-elle même très abondante ; ce serait aussi faux que de croire qu'on a guéri un individu d'insomnie pour lui avoir prescrit de l'opium. Celui qui vient consulter dans de pareilles circonstances veut non-seulement être soulagé pour le moment, mais encore être mis à l'abri pour l'avenir. Ce n'est ni avec de l'eau de Sedlitz ni avec tout autre purgatif qu'il faut attaquer la constipation ; on sait, au contraire, qu'à la longue ils finissent par la causer.

Avant tout, il faut s'efforcer de réglementer la fonction ; on doit donc faire tout au monde pour la soumettre à l'empire de la volonté. On sait combien est grand le pouvoir de l'habitude sur les fonctions organiques ; une fois qu'elles se sont accoutumées à opérer dans de certaines conditions, à de certaines heures, rien n'est plus difficile que de s'en écarter. Il en est de l'habitude d'aller à la garde-robe comme de l'habitude d'uriner à moments donnés, de se raser, de se laver la figure le matin ; une fois qu'on s'y est fait, il est impossible de s'en dispenser. Celui qui est constipé devra donc d'abord se présenter à la garde-robe à l'heure qui lui convient ; il attendra longtemps, et, concentrant à la fois tout son esprit, toute sa volonté et toute sa force contractile sur l'acte en question, il fera des efforts réitérés et énergiques pour l'obtenir.

FEUILLETON.

ANECDOTES SUR LARREY.

Obiit, non periit.

Les chirurgiens se conduisirent admirablement dans la terrible journée d'Essling ; ils déployèrent un zèle à toute épreuve, une activité qui étonna l'Empereur même : aussi lui arriva-t-il plusieurs fois de les appeler, en passant près d'eux : « *Mes braves chirurgiens!* » Larrey surtout fut sublime. Après avoir opéré tous les blessés de la garde qui étaient entassés dans l'île de Lobau, il demanda s'il y avait du bouillon à leur donner. Non, répondirent les aides. — « Qu'on en fasse, dit-il en désignant plusieurs chevaux auprès de lui ; qu'on en fasse avec les chevaux qui sont à ce piquet. » Ces chevaux appartenaient à un général. Lorsqu'on s'en approcha pour obéir à Larrey, le propriétaire s'écrie, s'indigne et jure qu'il ne les laissera point emmener. — « Eh bien! qu'on prenne les miens, dit l'illustre chirurgien, qu'on les tue, et que mes camarades aient du bouillon. » On fit ce qu'il disait ; et comme il ne se trouva pas de marmites dans l'île, on prit des cuirasses pour faire la soupe, qui fut salée avec de la poudre à canon : on n'avait pas de sel. Le maréchal Masséna goûta de cette soupe, et la trouva bonne.

Larrey faisait le bien avec un complet désintéressement ; on le savait, et on en abusait souvent. Le général d'A..., fils d'un riche sénateur, avait eu à Wagram l'épaule fracassée par un boulet. Il fallut faire l'amputation. Cette effrayante opération demandait une main exercée. En ce moment, Larrey seul pouvait s'en charger ; il le fit, et le fit avec succès ; mais le blessé, d'une constitution délicate, et extrêmement affaibli, demandait les plus grands soins et l'attention la plus soutenue. Larrey le quitta peu ; il mit près de lui deux chirurgiens, qui veillaient alternativement et l'aidaient dans les pansements. Le traitement, long et pénible, dura trois mois ; mais une guérison complète en résulta. En pleine convalescence, le général prit congé de l'Empereur pour retourner en France. Un majorat et des décorations acquittèrent envers lui la dette du prince et de l'Etat. La manière dont il acquitta la sienne envers l'habile opérateur qui lui avait sauvé la vie mérite d'être signalée.

Au moment de monter en voiture, il remet à un général de ses amis une lettre et une petite boîte, en lui disant : « Je ne puis quitter Vienne sans remercier M. Larrey ; faites-moi le plaisir de lui envoyer de ma part cette marque de ma reconnaissance. Ce bon Larrey ! je n'oublierai jamais les services qu'il m'a rendus. » Le lendemain, l'ami s'acquitta de la commission. Un gendarme est chargé de l'épître et du cadeau. Il arrive à Schœnbrünn pendant la parade ; il cherche et demande dans les rangs M. Larrey. « C'est une lettre et une boîte que je lui apporte de la part du général d'A... » Larrey mit le tout dans sa poche ; mais, après la parade, il en prit connaissance, et, remettant le paquet à Cadet de Gassicourt, pharmacien de l'Empereur, il lui dit : « Voyez, et dites-moi ce que vous en pensez (1)? La lettre était fort jolie ; quant à la boîte, elle renfermait un diamant qui pouvait valoir soixante francs.

(1) En voyant la missive et le cadeau, Cadet de Gassicourt ne put s'empêcher de dire : « Le général d'A... ne brûle pas du feu de la reconnaissance, et nous n'en voyons qu'une étincelle (nom de ces petites bagues de fantaisie.) »

Cette mesquine récompense en rappelle une glorieuse et digne que Larrey avait reçue de l'Empereur pendant la campagne d'Egypte.

A la bataille d'Aboukir, le général Fugières fut opéré, sous le canon de l'ennemi, d'une blessure dangereuse à l'épaule par Larrey (1), et, se croyant au moment de mourir, offrit son épée au général Bonaparte, en lui disant : « Général, un jour peut-être vous envierez mon sort. » Le général en chef fit présent de cette épée à Larrey, après y avoir fait graver le nom de Larrey et celui de la bataille. Cependant le général Fugières ne mourut point ; il fut sauvé par l'habile désarticulation qu'il avait subie, et pendant dix-sept ans il a commandé les invalides à Avignon.

Après la victoire de Bautzen, remportée le 20 mai 1813, tous les blessés qui pouvaient encore marcher étaient déjà sur la route de Dresde, où de nombreux secours les attendaient. Mais sur le champ de bataille étaient étendus plus de dix mille hommes, Français, Prussiens, Russes, etc., etc., mutilés, respirant à peine, dans un état à faire pitié. Les efforts du bon et infatigable baron Larrey et d'une multitude de chirurgiens encouragés par son exemple héroïque ne suffisaient pas encore aux premiers pansements. Et quels moyens de transport pour ces malheureux pouvait-on trouver dans cette campagne désolée, dont tous les villages avaient été saccagés et brûlés, où il ne restait plus ni chevaux ni voitures ? Fallait-il donc laisser périr tous ces hommes dans les plus atroces douleurs, faute de pouvoir les conduire dans la capitale de la Saxe?

Ce fut alors que cette population de villageois, que les désastres de

(1) *Relation historique et chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient, en Egypte et en Syrie*; pages 307, 308 et 309.

Le lendemain, quel qu'ait été le résultat, il faudra recommencer la même tentative à la même heure, et si dans l'intervalle, quelques heures après les premiers efforts, l'envie de la garde-robe s'était fait sentir, il faudrait autant que possible se retenir jusqu'au lendemain pour aller seulement à l'heure qu'on a choisie.

L'alimentation devra subir des changements. Au lieu du régime souvent sévère que s'imposent les malades, on leur prescrira une nourriture abondante et succulente, capable de favoriser à la fois leur digestion et de laisser un résidu volumineux qui forcera l'intestin à se débarrasser. Cette maladie, avons-nous dit, cause de nombreux désordres. En effet, les constipés ont toujours ou des pesanteurs d'estomac, ou des lourdeurs de tête, contre lesquelles on leur prescrit souvent un régime doux, des viandes blanches en petite quantité, peu de vin, etc. C'est une faute. Il faut leur ordonner des viandes rôties en grande quantité, les forcer quand même à manger le plus possible, et leur rappeler enfin que, suivant l'expression anglaise, un gigot chasse l'autre.

Mais quelquefois il sera indispensable de donner à la volonté un adjuvant, pour faciliter un acte dont l'habitude s'est en quelque sorte effacée. Il faudrait bien se garder d'administrer un purgatif; mais pourtant il faut recourir à un médicament capable de favoriser la défécation. La belladone est ce médicament par excellence. Elle ne purge pas, elle ne dévoie pas, elle rend les garde-robes plus faciles. A quoi tient cette propriété? Il serait difficile de le dire. Cependant n'y aurait-il pas quelque raison de croire qu'à l'instar de certains autres médicaments, elle a, en dehors de son action spéciale et définie, une puissance réelle sur certaines fonctions et sur certains organes. L'opium est un puissant excitant de la sécrétion cutanée. La digitale excite la sécrétion urinaire. La belladone peut bien avoir une action sur le foie, le pancréas, l'une quelconque enfin des glandes qui donnent dans le tube digestif. Ce qui est constant, c'est qu'un centigramme d'extrait de belladone suffit pour faire avoir une et quelquefois plusieurs selles. On peut d'ailleurs augmenter les doses, bien qu'il soit rare qu'on doive aller jusqu'à 5 centigrammes. A partir du moment où l'on a rétabli l'habitude, il faut diminuer progressivement.

On fait un fréquent usage des suppositoires, et ils réussissent en général très bien. Les gens de la campagne prennent la nervure médiane d'un chou; les médecins les font consécutivement avec du beurre de cacao ou du miel durci. Il est à supposer que leur action se lie au mouvement péristaltique du tube digestif. Ce sont des irritants placés à la base de l'intestin, et dont l'effet se fait sentir jusqu'en haut. On pourrait dire qu'ils agissent à distance.

Enfin, si la constipation était due au ralentissement, à la flaccidité des parois abdominales, il faudrait recourir à une ceinture abdominale fortement serrée; et l'intestin, ainsi maintenu dans son espace normal, pourrait se contracter sur lui-même, comme s'il se trouvait dans les conditions les plus normales. — Dr Faure.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry (1).

Note sur les cas d'épidémie de choléra qui a régné dans les salles Saint-Charles et Sainte-Anne à la Charité en 1854.

4° *Considérations diagnosiques.* — Un point capital serait de reconnaître dès son début le véritable caractère de l'entérorrhée des premiers jours. Or, il ne paraît pas toujours aussi facile de le faire de prime abord que l'on serait disposé à le croire.

L'entérorrhée est le symptôme culminant, et qui paraît initial: mais cette entérorrhée que l'on observe est-elle le symptôme soit d'une iléospilosie (maladie des plaques de Peyer), soit de l'action du choléra, soit de tout autre agent délétère?

Les principales circonstances qui, dans ces derniers temps, m'ont porté à croire qu'il s'agissait, en effet, de l'action de l'indoloïosie, ont été:

1° Des selles séreuses semblables à celles dont on a déjà tracé depuis longtemps les caractères;

2° L'existence actuelle des cas d'indoloïosie chez d'autres malades;

3° Le sentiment d'oppression à l'épigastre dont il a été parlé, et pour peu que le mal dure, un facies spécial que les praticiens connaissent, et qu'il serait trop long de décrire.

5° *Pathogénie.* — En supposant qu'un poison, dit indoloïose, soit, somme tout porte à le croire, l'agent réel du choléra, agit-il d'abord sur le sang ou bien sur le tube digestif?

Les premiers symptômes observés pendant la marche du mal sembleraient indiquer que sa cause agit sur le canal alimentaire.

L'entérorrhée, ou plutôt l'hydrentérorrhée, commence plus tard, des vomissements surviennent, des symptômes fébriles ne s'observent pas, et ce n'est que dans la période dite de réaction que le pouls devient fréquent. Or, c'est là tout à fait le contraire de ce que l'on trouve dans les altérations du sang suivies de dermites variées, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine.

Par opposition à ceci, on peut dire que les cantharides causent une altération du sang sans fièvre, suivie d'un état pathologique de la vessie, et que la plupart des substances toxiques portées dans l'appareil circulatoire, telles que les purgatifs drastiques, l'antimoine, les narcotiques, donnent lieu à des phénomènes organiques locaux sans que des phénomènes généraux précèdent. Ainsi, la circonstance phénoménale d'un défaut de fièvre primitive n'indique rien contre une modification morbide et primitive du sang. En effet, l'altération de structure dite dothinenthérie, iléospilosie, iléodyclidie, se manifeste parfois sans accélération du pouls, et l'on convient généralement que ces lésions locales sont les conséquences d'un état général.

Si l'on se rappelle, d'un autre côté, quelles sont les circonstances dans lesquelles le choléra se déclare, les immenses probabilités qui existent à ce que le mal soit communiqué par l'air que l'on respire, les analogies qui existent entre cette épouvantable peste et les autres épidémies, on sera conduit à croire que la cause spéciale, l'indoloïose agit d'abord, comme M. Bally et moi l'avons pensé, par la respiration sur le sang, et que consécutivement les accidents angibromorrhéiques se déclarent.

Du reste, dans un des cas observés, il y eut parmi nos cholériques un fait dans lequel un état fébrile très intense se manifesta dès le début.

La pathogénie des accidents observés, de leur succession, des symptômes qui se déclarèrent, nous paraît avoir été dans la dernière épidémie, comme elle nous paraissait être en 1832 et 1849, telle que je vais l'exprimer.

Un poison spécial, inconnu dans son essence, qui n'a pas reçu de nom, que je désigne par celui d'*indoloïose*, agit sur le sang, et par suite sur le tube digestif. Une lésion spéciale, bien étudiée par M. Serre sous le nom de psorentérie, lésion qui paraît précéder une altération moins bien dessinée, et qui donne lieu à une exhalation du sérum ou de la partie la plus aqueuse de ce sérum, se déclare; de là l'hydrenterrhorée. Celle-ci est bientôt suivie du rapprochement des parties les plus solides de ce même sang; de là résulte encore la viscosité, l'état demi-consistant de cet élément organique, la lenteur de sa circulation, etc. A la perte de sérosité se rapportent encore la diminution survenue dans le volume des organes centraux et du corps en général, la sonorité exagérée des poumons, la minceur de la peau, son défaut d'élasticité, l'excavation de l'orbite, le défaut d'exhalation et de sécrétion de la sueur, de l'urine, de la salive, etc. A la lenteur de la circulation se rapportent la teinte bleuâtre des extrémités, la lenteur des fonctions, le défaut d'énergie musculaire, la faiblesse de la voix, les crampes par suite de la souffrance des nerfs, qui est causée par le défaut de sang, etc.

Cette théorie paraît être l'expression des faits; elle était celle que M. Bally et moi, sans que nous nous soyons communiqué nos idées, proposions l'un et l'autre dès 1832. Ce qui y manque, c'est la connaissance du poison lui-même et de sa nature physique ou chimique.

Si l'on prend l'ensemble des caractères précédents de l'épidémie actuelle, on trouve que dans notre service le mal était moins intense que dans les terribles accidents observés en 1849, et surtout en 1832. Il ne s'agit pas cependant d'une affection différente, mais bien de cas dans lesquels l'action du poison a été moins vive. Certes, le mal, tout en étant presque aussi grave, car la mortalité a été grande, est moins dessiné; le refroidissement est plus rare, moins complet; la marche est moins aiguë; mais l'agent délétère est bien le même; il semble seulement que le poison primitif ait diminué d'activité d'une épidémie à l'autre; qu'en s'acclimatant, pour ainsi dire, il perde de sa violence, et que ce même agent, provenu de l'Inde en 1832, restant en quelque sorte latent jusqu'en 1849, se soit reproduit en 1854, et qu'il ait fait alors une nouvelle apparition, mais moins terrible que dans les cas précédents.

L'albumine du sang, d'après les belles recherches de M. le docteur Becquerel, ne se perd pas en totalité alors que les selles hydrarrhaïques ont été très abondantes. On en retrouve une notable proportion dans le liquide sanguiforme que contiennent les vaisseaux. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en traitant les matières dites cholériques de l'intestin par l'acide azotique, à peine y avons-nous obtenu un très faible précipité; ces matières ne contiennent donc presque pas d'albumine. N'oublions pas cependant que si l'on constate dans le sang qui reste une plus grande proportion de cet élément organique qu'à l'ordinaire, cela prouve seulement qu'il y en a davantage dans le peu de fluide sanguin qui n'est pas sorti des vaisseaux, mais non pas que cette quantité soit supérieure à celle qui devait se rencontrer dans la masse des fluides circulatoires alors que le choléra ne s'était pas encore déclaré.

6° *Traitement.* — Dans l'épidémie actuelle, pas plus que dans celles qui l'ont précédée, on n'a trouvé de moyens propres à combattre l'agent délétère qui produit les phénomènes spéciaux du choléra. Il est bien à désirer que la physique et la chimie nous éclairent sur les caractères de ce même agent et sur les réactifs qui seraient les plus propres à le détruire. L'empirisme ne nous a rien appris à cet égard. Nous n'avons prescrit à la plupart de nos cholériques, et comme méthode commune, que l'aération, les boissons albumineuses ou légèrement aromatiques prises en abondance, auxquelles nous avons ajouté des moyens qui d'ordinaire remédient le mieux à l'entérorrhée, tels que les préparations opiacées, la thériaque ou le diascordium, par exemple, et le phosphate de chaux, le sous-azotate de bismuth, le tannin, etc. Bien entendu que tous ces moyens ont échoué en grande partie, parce qu'à peine introduits dans l'estomac ou le rectum ils étaient rejetés au dehors par les vomissements ou par les selles. Il en a été malheureusement ainsi du poivre cubèbe, à l'efficacité de l'action duquel il était permis d'avoir quelque confiance.

Les moyens précédents étaient employés soit dans l'intention de combattre la cause toxique qui avait produit les accidents, et pouvait encore les entretenir, et de remédier à la diminution survenue dans les proportions du sérum consécutive à l'hydrentérhorrhée, soit pour arrêter, si faire se pouvait, l'écoulement qui avait lieu par l'intestin. Ces divers agents thérapeutiques sont au reste depuis longtemps connus. Il n'en est pas ainsi des suivants, qui ont été employés lorsque d'autres avaient échoué. Nous avons, M. Blain et moi, et à l'imitation de notre honorable collègue M. Briquet, eu recours à l'injection d'eau dans les veines. Cette opération qui, au premier abord, paraît effrayante, ne mérite en rien la terreur qu'elle inspire. On fait une incision de 2 ou 3 centimètres à la peau qui recouvre l'une des plus grosses veines sous-tégumentaires du bras, et parallèlement à l'axe de celle-ci; on met cette veine à découvert, et cela après l'avoir comprimée du côté du cœur,

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

---

la guerre devaient avoir aigris, qui voyaient leurs demeures incendiées, leurs champs ravagés, voulut donner à toute l'armée le spectacle de ce que la pitié peut inspirer de plus sublime au cœur de l'homme. Ils s'aperçurent des inquiétudes cruelles auxquelles se livraient Larrey et ses collègues sur le sort de tant de malheureux blessés. En un instant hommes, femmes, enfants, vieillards accoururent avec des brouettes. Les blessés sont enlevés, sont posés sur ces frêles voitures; deux ou trois personnes se mettent à chaque brouette, et la conduisent ainsi jusqu'à Dresde, s'arrêtant dès que par un cri ou par un signe, le blessé demandait du repos; s'arrêtant pour replacer les bandages que le mouvement avait dérangés; s'arrêtant auprès d'une source pour lui donner à boire, et calmer ainsi la soif qui le dévorait. Jamais on n'avait rien vu d'aussi touchant.

Ce fut à cette époque que Larrey eut avec l'Empereur une très vive et mémorable discussion. Parmi le grand nombre de blessés qu'avaient donnés les batailles de Lutzen et de Bautzen, on avait trouvé près de trois mille soldats de toutes armes ayant les doigts tronqués ou les mains déchirées par des balles. Napoléon, trompé par quelques personnes qui avaient coutume de voiler la vérité, crut que ces pauvres jeunes gens s'étaient mutilés volontairement pour se dispenser du service. Il le dit à Larrey, qui se récria hautement, affirmant que c'était impossible; qu'une telle lâcheté n'était point dans le caractère de ces intrépides conscrits. Comme l'Empereur insistait, Larrey, s'autorisant de ce qu'il avait vu en Pologne, et surtout en Espagne, sur des soldats irréprochables, se laissa emporter jusqu'à le taxer d'injustice.

Les choses en étaient là, quand de nouvelles insinuations perfides transmises au souverain eurent pour résultat de faire mettre en jugement, pour être exécutés par la voie la plus prompte, 2,632 hommes, recherchés dans les rangs de chaque régiment, et renfermés dans un camp retranché, où ils durent attendre qu'on prononçât sur leur sort. Napoléon ordonna la formation d'un jury chirurgical ayant pour mission de signaler les militaires reconnus coupables du délit imputé à tous, et, sur la déclaration que le jury en ferait après un consciencieux examen, ils devaient être mis sur-le-champ à la disposition du général grand prévôt de l'armée.

Ce jury, composé de MM. Larrey, président; Ève, chirurgien principal; Charmes, Thébaut et Bécœur, chirurgiens-majors, se livra aux investigations les plus scrupuleuses, qui le déterminèrent à conclure à l'unanimité:

« 1° Que presque toutes les plaies ont été faites par des corps contondants poussés par armes à feu et un petit nombre par armes blanches dirigées contre les blessés;

» 2° Que la majeure partie des hommes a présenté en même temps d'autres blessures sur diverses parties du corps ou des déchirures des vêtements faites par le passage des balles;

» 3° Que le petit nombre de blessés chez qui les circonstances précitées ne se sont pas offertes d'une manière aussi évidente se compose précisément d'anciens soldats du dévouement desquels il n'est pas permis de douter.

» Le jury, en se résumant, proteste qu'il est physiquement impossible d'établir la moindre preuve qu'aucun des militaires visités par lui se soit mutilé volontairement. »

Larrey, qui croyait avoir déplu en cette circonstance et qui attendait sa disgrâce avec calme, alla présenter courageusement ce rapport à l'Empereur.

« Eh bien! monsieur, persistez-vous toujours dans votre opinion? — Je fais plus, sire, répondit l'illustre chirurgien en chef, je viens la prouver à Votre Majesté. »

Saisissant le rapport avec une sorte de mouvement convulsif et un front sévère:

« C'est bien, monsieur, dit Napoléon, je m'en occuperai. »

Et il se mit à marcher à grands pas dans son appartement d'un air agité et combattu.

« Mais Napoléon avait l'instinct sublime, et les grandes et bonnes » actions exerçaient sur lui un grand empire. » (*Histoire de France* par de Montgaillard.)

Revenant bientôt à Larrey avec un visage tout à fait dégagé, il lui prit affectueusement la main et lui dit d'une voix émue:

« Adieu, monsieur Larrey, vous êtes un parfait homme de bien; » je voudrais n'être entouré que d'hommes comme vous, mais les » hommes comme vous sont bien rares. On vous portera mes ordres. »

Le baron Fain se présenta quelques heures après chez Larrey et lui remit de la part de l'Empereur une lettre extrêmement flatteuse, où il le félicitait d'avoir soutenu avec fermeté une opinion qu'il savait être vraie, honorable et pleine d'humanité. Cette lettre, en outre, était accompagnée d'un portrait de l'Empereur enrichi de diamants, d'un présent de 6,000 fr. en or et du brevet d'une pension viagère de 3,000 fr. indépendante de tout traitement.

Une loi de 1817 supprima cette pension, qui avait une si glorieuse origine; mais elle fut rendue en 1818 à Larrey par les chambres législatives, qui en firent l'objet d'une disposition spéciale.

P.-J. Cabaret, D.-M.-P.

Comme les vaisseaux, dans ces cas d'hypohydrème, sont presque vides, on y accumule le sang par des frictions faites au-dessous du point comprimé, puis on incise la veine avec précaution; on introduit alors une canule assez fine qui termine une seringue, on pousse doucement le piston de celle-ci qui, bien vidée d'air, est remplie d'eau pure, et alors, sans difficulté aucune, 200, 300, 500 grammes d'eau à 37° centigrades sont portés dans le sang du côté des organes centraux de la circulation. La seule difficulté qui se présente, c'est l'introduction de la canule dans un vaisseau devenu très petit. Or cette opération, dans quatre cas, a soulagé momentanément les malades parvenus au plus haut degré d'hypohydrémie. Le pouls s'est relevé, l'expression des traits est devenue meilleure, l'énergie morale s'est rétablie, mais à quelques heures de là le mieux-être cessait, les selles ne discontinuaient pas, et les accidents d'hypohydrémie reparaissaient avec la même intensité qu'auparavant.

Je me suis demandé s'il n'était pas possible de réitérer plusieurs fois par jour ces injections, à l'effet de ne pas cesser de rendre au sang l'eau qui lui manquait. Une canule à robinet est faite; on la laissera en place dans la veine pendant quelques minutes, et cela en ayant le soin de fermer le robinet. Si des caillots venaient à s'opposer à l'introduction nouvelle de l'eau, on en serait quitte pour faire une incision ailleurs, et une injection nouvelle dans une autre veine. Dans tous les cas observés, cette opération n'a été suivie d'aucune espèce d'accident.

J'ai essayé de faire prendre aux hypohydrémiques des bains tièdes continués pendant plusieurs heures, et ces pauvres gens se sont plaints avec tant d'énergie de cette médication, qu'il a fallu y renoncer.

J'ai voulu faire inspirer de la vapeur d'eau de diverses façons, surtout au moyen d'un bain de vapeur humide dans lequel la tête du malade serait placée. Mon but était, en agissant ainsi, de porter de l'eau dans le sang par les voies de l'air. Deux malades d'un caractère peu docile ont été soumis à cette médication, mais d'une manière incomplète. Ils vivent encore; ils ont prétendu tellement en souffrir, qu'il a fallu y renoncer.

Voyant que les boissons, les injections anales étaient immédiatement rejetées, que la vapeur d'eau respirée ne réussissait pas, que la peau n'absorbait point, je suis actuellement décidé pour le premier hypohydrémique qui se présentera de faire introduire de l'eau dans la vessie, et cela toujours dans l'intention de faire absorber ce liquide dans le réservoir urinaire et par ce moyen d'en introduire dans le sang. Enfin, considérant qu'il serait utile de modifier brusquement l'intestin et de chercher en même temps à faire pénétrer des liquides dans les vaisseaux, j'ai prescrit des douches énergiquement portées dans le rectum. En même temps, un jet d'eau a été dirigé sur les parois du ventre à l'effet d'y ranimer les contractions des parois et du tube digestif.

Un malade parvenu à un état d'hypohydrémie très avancée a été soumis à ce double moyen, et presque immédiatement il a cessé de rendre par l'anus de la sérosité; les matières sont devenues plus épaisses et plus foncées; l'état de ce malade est actuellement assez satisfaisant.

C'est peu de songer seulement aux indications en rapport avec les lésions primitives; il faut dans la curation des maladies remédier aux états secondaires qu'en général on se borne à considérer comme des symptômes auxquels on ne fait attention que sous le rapport de la diagnose.

C'est un tort, par exemple, que de laisser dans les fièvres graves des enduits sur la langue et de ne pas remédier à la sécheresse de cet organe, car il en résulte une difficulté de parler qui en a parfois imposé pour du délire.

Dans l'indolotosie on combat, en général, le refroidissement, les vomissements, etc.; mais on ne songe guère à empêcher les yeux de se dessécher et de se perdre, comme il en arrive à la suite du contact de l'air sur la conjonctive et la cornée que les paupières immobiles ne recouvrent plus. Or rien n'est facile comme de remédier à cet accident, qui n'a pas lieu si, comme nous l'avons fait, on place sur les orbites des compresses trempées dans l'eau et recouvertes de taffetas gommé.

Telles sont, messieurs, les annotations qui m'ont paru dignes de vous être soumises. J'ai cru de mon devoir de vous présenter un historique succinct des faits dont j'ai été témoin, et je serais heureux si vous pensiez qu'il ait mérité de fixer votre attention, et s'il en ressortait quelque chose d'utile et d'applicable.

MALADIE DE BRIGHT. — AMAUROSE. — EMPLOI DU CALOMEL A DOSE RÉFRACTÉE;

Par M. le docteur Dezautières, à Decize (Nièvre).

L'attention, depuis quelque temps, a été fixée sur la maladie de Bright, et particulièrement sur une complication qui se ferait remarquer quelquefois dans cette affection : je veux parler de l'amaurose. Un exemple remarquable, à mon avis, et qui a été soumis à mon observation, me semble mériter d'être rapporté.

Loget, cultivateur, âgé de vingt et un ans, m'envoya chercher pour lui donner des soins le 26 mars 1853. Ce jeune homme me raconta qu'il avait perdu la vue depuis quelque temps; qu'avant de s'être aperçu de l'affaiblissement de ses yeux il avait remarqué que ses pieds et ses mains étaient enflés, puis la figure, puis enfin tout le corps, qu'il avait éprouvé comme un sentiment de pesanteur dans la profondeur des flancs.

Ce malade présente, en effet, une infiltration générale de tout le corps; la vue était à peu près complétement abolie; dans les jours seireins, et seulement quand le soleil est près du méridien, il semblait à ce moment avoir conscience qu'il voyait le jour; la lumière lui apparaissait comme une faible lueur dans le lointain. La pupille était immobile et dilatée; la vue s'était graduellement abolie, et la modification de la vision avait commencé par un état remarquable : le malade avait vu d'abord les objets plus gros qu'ils n'étaient réellement, et il les avait vus de plus en plus gros à mesure qu'il avait approché de la perte de la faculté de voir. Il était un temps où les objets avait été vus par lui d'une grandeur démesurée; les plus petits objets lui avaient apparu d'une dimension colossale.

Une douleur, augmentant par la pression, existait dans la région des reins.

L'état du cœur, du foie, de la rate ne me rendant pas compte de l'infiltration observée, j'en dus rechercher les causes ailleurs.

Je jetai naturellement les yeux sur l'urine, l'amaurose m'ayant fait déjà soupçonner la possibilité d'une altération des reins. La chaleur et l'acide nitrique me donnèrent, en effet, un coagulum abondant d'albumine.

J'étais donc en présence de la maladie de Bright. La thérapeutique de cette affection n'offre pas un degré de certitude très satisfaisant, les moyens de traitement employés jusqu'ici ayant conduit à un résultat à peu près négatif.

Je ne cherchai pas pour traiter mon malade un remède déjà employé, puisque ceux mis en usage déjà n'attiraient pas ma confiance; je cherchai plutôt une médication qui n'eût pas encore été appliquée au traitement de la maladie de Bright.

Je pensai au calomel administré à doses réfractées :

1° Parce qu'il est purgatif et que les purgatifs ont été vantés dans cette affection;

2° Parce qu'il est employé de cette manière dans certaines maladies oculaires qui, il est vrai, n'ont pas une analogie frappante avec celle dont il est question; mais qui en ont assez cependant pour en permettre l'usage; du reste, rien ne contre-indique l'emploi du calomel à doses réfractées dans l'amaurose; on a plutôt lieu même d'être étonné qu'il n'ait pas été administré sous cette forme dans cette maladie, en supposant qu'il ne l'ait jamais été;

3° Parce que à doses altérantes le calomel produit une perturbation sur le tube digestif qui aurait pu chez notre sujet sinon guérir, du moins favoriser, ne fût-ce que pour un instant, la résolution du travail morbide dont le siége était aux reins. Il n'est pas impossible, en effet, qu'une action substitutive énergique sur le canal intestinal puisse arrêter une maladie des reins de la nature de celle qui fait le sujet de cette observation.

J'administrai le calomel à la dose de 5 centigrammes par jour en trois prises, matin, midi et soir.

Le quatrième jour, une abondante salivation fut produite.

Le septième jour, la vue éprouva une telle amélioration que le malade pouvait distinguer les objets.

Le quinzième jour, vers le 10 avril, l'anasarque avait à peu près disparu; un peu d'œdème seulement se faisait remarquer autour des malléoles.

Le 30 avril, le malade fit pour venir me voir une route de 12 kilomètres à pied, et pouvait voir assez clair pour se conduire.

Cette notable amélioration dura jusqu'au mois de janvier 1854, époque où il retomba malade, et il mourut le 25 février.

On m'apprit que la cécité et l'enflure étaient revenues depuis quelque temps.

J'exprime le regret de n'avoir pas été appelé à l'époque de la rechute; peut-être la même médication aurait produit l'heureux résultat déjà signalé. La fatale négligence, si commune dans les campagnes pour ce qui regarde la santé, a peut-être encore une mort à se reprocher.

Je livre à la publicité cette observation, quelque incomplète qu'elle soit.

Cette maladie étant peu commune dans mon pays, je ne trouverai probablement pas de longtemps l'occasion de l'observer et de renouveler mon expérience. Il serait désirable que l'on expérimentât à Paris ce traitement, qui, comme on sait, n'offrant pas de danger, du moins habituellement, ne sort pas des limites de la prudence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 avril 1854. — Présidence de M. Huguier.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Henri Delpierre adresse à la Société une note sur un fœtus monstrueux.

— M. le professeur Bouchardat fait hommage à la Société du premier numéro des *Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène.*

— M. le docteur Delasiauve adresse son ouvrage sur l'épilepsie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur érectile de la face. Ligature. Guérison. — M. Richet présente une enfant âgée de quinze mois qu'il a opérée d'une tumeur érectile du front par le procédé des ligatures multiples, ou en croix.

Cette enfant avait apporté en naissant une tumeur sur la partie droite du front, de la largeur d'une pièce de 25 centimes environ. Pour le contour et la largeur, elle ressemblait à une framboise. Comme de jour en jour elle s'accroissait, un médecin de Liverpool (la mère est Anglaise) fut consulté et conseilla l'application de sangsues qui déterminèrent une hémorrhagie très grave.

Quelque temps après, un autre chirurgien de Londres ayant été consulté conseilla de cautériser la tumeur avec des aiguilles rougies à blanc, ce qui fut fait à plusieurs reprises, sans autre résultat que la formation d'une cicatrice blanchâtre, irrégulière, qui recouvrait la partie saillante de la tumeur.

Cette cautérisation fut répétée trois fois, après quoi on traversa la tumeur avec plusieurs aiguilles qui furent laissées en permanence pendant une semaine. Malgré tous ces moyens, le tumeur, qui avait d'abord diminué, augmenta notablement, et il se forma une ulcération saignante et de mauvais aspect.

C'est alors que la malade vint en France et se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Après examen, M. Richet, à cause des tentatives inutiles qui avaient eu lieu antérieurement par les sétons et les cautérisations, se détermina à tenter la ligature de la tumeur à l'aide de quatre fils passés en croix à sa base, de la manière suivante :

1° Une aiguille courbe entraînant deux fils est enfoncée sur un des côtés de la tumeur, de manière qu'après avoir plongé dans les chairs, au-dessous des limites du mal, elle aille ressortir dans un point diamétralement opposé.

2° Cette aiguille est laissée en place, et alors l'opérateur, en saisissant une autre de même forme et armée également de deux fils, lui fait parcourir un chemin analogue, mais suivant un diamètre opposé, de manière que les deux aiguilles une fois placées se croisent à angle droit.

3° Cela fait, les aiguilles sont attirées de manière que les fils qui les remplacent et se croisent également partagent la tumeur en quatre portions égales, dont chacune est ensuite liée isolément à l'aide des deux fils les plus voisins.

Si la tumeur, dit M. Richet, n'avait pas été ulcérée, si la peau n'avait pas été altérée par des cicatrices, résultat des tentatives antérieures, j'aurais, une fois les fils placés, conduit chacun d'eux sous la peau pour pratiquer la ligature de chaque quart de tumeur par la méthode sous-cutanée. Cet ingénieux procédé n'était pas applicable dans ce cas, tant à cause de l'adhérence des téguments cicatriciels que de son inutilité, la cicatrice ne pouvant être évitée.

Immédiatement après la striction des fils, la tumeur, qui était de la grosseur d'une noix et à large base, qui présentait une teinte rouge et saignait abondamment, qui se gonflait au moindre cri, devint livide, bleuâtre et sembla se pédiculer.

Le lendemain et les jours suivants tout se passa bien jusqu'au huitième jour, époque à laquelle M. Richet fut obligé de resserrer les fils, qui étaient devenus vacillants, et dans l'anse desquels les portions étreintes jouaient librement, ce qui permettait au sang d'y abonder encore. La tumeur tomba cinq jours après, et bientôt des bourgeons charnus de bonne nature s'élevèrent et formèrent la base de la cicatrice que vous voyez en ce moment.

On peut constater :

1° Qu'il n'existe plus de trace de tumeur érectile;

2° Que la cicatrice, encore rougeâtre, s'est réduite, par la rétraction inodulaire, à la largeur d'une pièce de 1 franc;

3° Enfin, que l'enfant est devenue grosse, grasse et fraîche, de chétive, amaigrie et anémique qu'elle était avant l'opération.

C'est là, dit M. Richet, un résultat aussi satisfaisant qu'il était permis de l'espérer, après les tentatives infructueuses qui n'avaient réussi qu'à altérer la peau. Je ne vois pas quel autre procédé eût pu être préféré à celui qui a été mis en usage, et qui remonte à Fabrice d'Aquapendente.

LECTURE.

Nouveau cas de mort par le chloroforme. — M. Richard donne lecture d'une observation relative à une malade qui portait un polype utérin. La mort a eu lieu à la suite de l'inhalation du chloroforme.

Après cette lecture, M. Robert recommande de ne pas négliger, dans l'examen nécroscopique, l'analyse du sang. La science possède actuellement le moyen de constater sûrement la présence du chloroforme.

M. Gerdy pense que l'on doit s'efforcer de remplacer le chloroforme par d'autres moyens capables d'amoindrir la sensibilité. Il rapporte à ce propos qu'il a eu l'occasion d'enlever sur un enfant de dix ans une tumeur encéphaloïde du sinus maxillaire. On ne connaissait pas encore les propriétés anesthésiques du chloroforme; il eut l'idée de donner préalablement au petit opéré du sirop diacode (32 grammes). L'enfant, sans être endormi, offrait cependant une remarquable insensibilité. Il ne sentit même pas la cautérisation par le fer rouge.

M. Forget. Le danger le plus grand de l'administration du chloroforme résulte de l'impossibilité de doser cet agent anesthésique. C'est là un point sur lequel les chirurgiens sont d'accord. Aujourd'hui, je crois pouvoir annoncer à la Société de chirurgie que très prochainement il lui sera présenté un appareil qui rend ce dosage on ne peut plus facile. Il est de l'invention de M. Duroy, au nom de qui j'ai déposé sur le bureau, il y a plusieurs mois, un paquet cacheté relatif à la question dont il s'agit. Cet appareil, que nous avons d'abord appliqué aux animaux, fonctionne depuis quelques jours dans un hôpital avec le plus grand succès. Il présente une précision mathématique qui préviendra peut-être la reproduction de faits malheureux analogues à celui dont nous avons entendu l'exposé.

Quant aux moyens de reconnaître la présence du chloroforme dans le sang, il faut, pour rendre à chacun ce qui lui est dû, ne pas oublier que ce n'est pas à M. Tourbes qu'il faut en attribuer l'invention, mais bien à M. Duroy. La description s'en trouve, avec les expériences auxquelles il servit, dans l'*Union médicale*, année 1847.

(Commission nommée pour faire un rapport sur le travail de M. Richard : MM. Robert, Forget et Gosselin.)

RAPPORT.

M. Gosselin donne lecture du rapport suivant, sur une observation adressée à la Société par M. Fleury (de Clermont).

Messieurs, les fractures du rocher, dont la Société s'est souvent occupée, et qui étaient dernièrement encore le sujet d'une communication intéressante de la part de notre collègue M. Richet, sont loin d'être entièrement élucidées. Malgré tous les travaux publiés dans ces dernières années, certaines questions de diagnostic et de pronostic sont encore quelquefois très difficiles à résoudre, et embarrassent les praticiens les plus expérimentés. M. Fleury (de Clermont) s'est trouvé en présence d'une difficulté de ce genre, et pour s'éclairer, il demande l'avis de la Société sur le fait suivant, que je réduis à ses termes les plus simples.

Un malade tombe à la renverse sur la tête.

Il a une commotion légère, et rend immédiatement une certaine quantité de sang par l'oreille.

Quelques heures après il rend par cette oreille un liquide transparent.

Tout écoulement cesse au bout de dix-huit heures.

L'ouïe n'est pas abolie; il y a seulement eu quelques bourdonnements.

Au bout de dix-sept jours tout est guéri.

Y a-t-il eu une fracture du rocher? En l'absence d'autres symptômes, l'écoulement du sang, puis de la sérosité par l'oreille autorise-t-il à établir ce diagnostic, et à en déduire le pronostic et le traitement?

Il y a quelques mois à peine, messieurs, cette question ne nous eût pas embarrassé. Nous n'aurions pas hésité à répondre par l'affirmative, et à déclarer que nous ne pouvions pas attribuer un écoulement de sang et de sérosité par l'oreille à autre chose qu'à une fracture du rocher, qui aurait d'abord fourni le sang, et ensuite laissé filtrer le liquide sous-arachnoïdien.

Aujourd'hui nous serons moins affirmatif. La lecture du fait important publié par M. le docteur Léopold Ferri (*Gaz. hebd.*, p. 59) a quelque peu modifié nos opinions et ébranlé notre manière de voir sur la théorie des écoulements par l'oreille. Voyez en effet combien cette observation ressemble à celle de M. Fleury :

Un malade fait une chute et perd immédiatement du sang par l'oreille gauche.

Il perd ensuite pendant plusieurs jours un liquide transparent.

Néanmoins il guérit.

M. Ferri croit qu'il a eu affaire à une fracture du rocher; que cette fracture passait par le conduit auditif interne, et laissait sortir le liquide sous-arachnoïdien.

Le blessé meurt trois ans plus tard. On ne trouve aucune trace de la fracture, rien qui puisse faire croire que le rocher a été fracturé, que la dure-mère a été déchirée au voisinage du nerf acoustique. Mais les osselets de l'ouïe sont disjoints, la membrane du tympan offre une cicatrice vers sa partie centrale, la membrane de la fenêtre ronde est remplacée par une fausse membrane de nouvelle formation. M. Ferri et toutes les personnes présentes à l'autopsie demeurent convaincus qu'il n'y a pas eu de fracture, que l'écoulement aqueux a été fourni par le liquide labyrinthique, et que ce dernier a trouvé une issue par la fenêtre ronde et par la membrane du tympan. Sans doute on peut révoquer en doute l'exactitude de cette observation, se demander, par exemple, si les fractures fissuriques, une fois consolidées, laissent au bout de trois ans des traces assez apparentes pour que de l'absence de ces traces on puisse conclure qu'il n'y a pas eu de solution de continuité. Mais si ces doutes peuvent s'élever, il serait au moins imprudent de déclarer le fait comme non avenu, et personne n'oserait affirmer, contrairement à M. Ferri, qui était intéressé à justifier son premier diagnostic, que la fracture a existé, et qu'il n'a pu, ou n'a pas su la reconnaître à l'ouverture du corps.

Pour nous, après avoir pris connaissance de ce fait, nous sommes obligé de nous demander s'il est possible qu'à la suite d'un ébranlement de la tête la chaîne des osselets et les membranes de la cavité tympanique soient lésées, le rocher restant intact; si les déchirures de ces membranes sont capables de fournir une certaine quantité de sang, et si le liquide labyrinthique peut se renouveler assez vite pour fournir la sérosité que l'on voit s'échapper au dehors. En théorie, rien de tout cela ne nous paraît impossible; en fait, on a plusieurs fois constaté la déchirure centrale de la membrane tympanique, et les déplacements des osselets. Ce qui a paru le plus difficile à admettre, c'est l'écoulement du liquide labyrinthique. On a fait, et nous avons fait nous-même à la théorie succincte de Marjolin cette objection, que les cavités étaient trop étroites pour donner une aussi grande quantité de liquide; objection sérieuse en effet pour les cas dans lesquels cette quantité est très grande, mais bien moins importante lorsque l'écoulement séreux est, comme dans le cas de M. Fleury, de courte durée.

Dans les discussions auxquelles a donné lieu l'écoulement aqueux par l'oreille, on ne s'est pas assez attaché à distinguer les cas dans lesquels l'écoulement était passager de ceux dans lesquels il durait plusieurs jours. Or, si la théorie du liquide céphalo-rachidien est toujours la seule admissible pour les premiers, il n'en est pas tout à fait de même pour les derniers. C'est au moins un détail qui n'a pas été suffisamment étudié jusqu'à ce jour, et qui mérite de l'être.

Du moment où ces doutes s'élèvent dans notre esprit, nous ne pouvons répondre catégoriquement par oui ou par non à la question posée par M. Fleury; car si, d'un côté, on est autorisé par l'observation de M. Ferri à penser qu'il s'est agi seulement d'une lésion de l'oreille moyenne, d'un autre côté on peut très bien admettre qu'il y a eu fracture; que celle-ci n'a eu par elle-même aucune gravité, et que la guérison a eu lieu parce que les lésions concomitantes de l'encéphale ont manqué ou ont été insignifiantes. On pourrait invoquer à l'appui de cette manière de voir un certain nombre de faits dans lesquels la guérison a été obtenue à la suite d'écoulements sanguins et séreux par l'oreille qui avaient fait diagnostiquer une fracture du rocher. Nous avons signalé, de concert avec M. Denonvilliers, plusieurs cas de ce genre dans le *Compendium de chirurgie*. M. Drussart en a fait connaître plusieurs dans son travail publié en 1850.

Qu'on y prenne garde cependant; l'interprétation de ces faits pourrait être aujourd'hui contestée, car on a raisonné de cette manière : toutes les fois qu'on a fait l'autopsie de sujets qui avaient eu des écoulements sanguins et séreux par l'oreille, on a trouvé une fracture du rocher; donc ceux qui ont eu un écoulement de ce genre, et qui ne sont pas morts, avaient une fracture semblable, et ont guéri de cette fracture. Mais s'il était établi que les écoulements en question peuvent être causés par la déchirure des membranes tympaniques consécutives à un choc sur la tête, ne pourrait-on pas faire ce raisonnement : ceux qui ont guéri à la suite d'écoulements par l'oreille n'avaient pas de fracture, et ils ont guéri parce que le coup, qui avait été assez violent pour déranger les rapports dans l'oreille moyenne, ne l'avait pas été assez pour contondre le cerveau, produire des épanchements sanguins intra-crâniens, occasionner enfin les lésions qui, dans les cas de fracture, font la gravité de la maladie.

En résumé, messieurs, nous vous proposons de faire savoir à M. Fleury que, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons répondre catégoriquement à la question qu'il nous pose; que son observation est du nombre de celles dans lesquelles la petite quantité du liquide écoulé fait mettre en doute l'issue du fluide céphalo-rachidien, et peut faire croire à l'issue du liquide labyrinthique; qu'en conséquence la fracture, quoique possible, n'est pas démontrée.

A ce propos, la Société devrait signaler de nouveau tout spécialement à l'attention des observateurs les trois points suivants :

1° L'écoulement peu abondant et peu prolongé de la sérosité par l'oreille indique-t-il aussi sûrement une fracture du rocher que l'écoulement abondant et longtemps continué qu'il est impossible d'expliquer autrement que par la sortie du liquide céphalo-rachidien ?

2° Peut-on trouver longtemps après l'accident les traces d'une fracture qui aurait occupé la portion pierreuse du rocher ?

3° Quand on est appelé à faire une autopsie peu de temps après l'accident, examiner toujours avec beaucoup d'attention la dure-mère au fond du conduit auditif.

Conclusions. — Remercîments à l'auteur; dépôt aux archives.

Discussion. — M. Richet. Dans l'observation de M. Fleury, il est dit qu'il y avait déchirure de la membrane du tympan et de celle de la fenêtre ovale, et que cependant on avait conclu à l'absence d'une fracture. Ces désordres, et surtout la déchirure au niveau de la fenêtre ovale, me paraissent incompatibles avec l'intégrité de l'os. L'absence de toute trace de fracture, surtout trois ans après l'accident, ne saurait être une raison suffisante de ne pas admettre une solution de continuité de l'os. Ne voit-on pas que certaines fractures anciennes ne sont plus appréciables qu'à grand'peine, même lorsqu'il y a des déplacements, comme dans les fractures avec pénétration de l'extrémité inférieure du radius?

M. Gerdy admet volontiers la possibilité de la déchirure des membranes sans fracture des os. Ne voit-on pas la membrane pituitaire, toute résistante et solidement constituée qu'elle est, se déchirer par le fait d'un coup sur le nez? Pour la muqueuse des bronches, l'action de trop parler ou une toux violente suffisent pour produire un résultat semblable.

Quant aux signes indiquant les traces d'une ancienne fracture, ils sont, il est vrai, peu sensibles sur les os du crâne ; mais l'état de l'os aux parties voisines de la fracture peut servir d'indice par le développement remarquable de la vascularisation. Si sur le rocher on n'a pas trouvé cette vascularisation, on peut admettre qu'il n'y a pas eu de solution de continuité.

M. Richet pense qu'il n'est pas possible de comparer ces lésions des muqueuses de la fosse nasale et des bronches avec celles que l'on signale sur la membrane du tympan, et surtout sur celle de la fenêtre ovale. Les premières, excessivement vasculaires, peuvent saigner sans être déchirées.

M. Broca reconnaît qu'en effet le cal est entouré d'un développement vasculaire remarquable ; mais il faut cependant ne pas oublier que les phénomènes de réparation et de nutrition n'ont sur les os du crâne aucun rapport avec ce que l'on voit sur les autres os.

Ces différences ont été très bien exposées dans un travail de M. Wagner.

J'ai vu, ajoute M. Broca, une fracture avec enfoncement des os du crâne sur un cadavre. Cette fracture, dont l'origine nous était inconnue, s'était réparée sans qu'il nous ait été possible de retrouver les traces du cal. Aussi suis-je disposé à admettre qu'une fracture du crâne peut avoir existé même quand on ne peut apercevoir le cal.

M. Morel-Lavallée. Je ne partage pas l'opinion de M. Richet sur l'impossibilité de la rupture de la membrane du tympan sans la fracture de l'os qui l'encadre, et cela malgré le résultat négatif d'expériences que j'ai faites. J'ai soumis à des percussions, à des chutes des têtes à la salle des autopsies, et je n'ai jamais pu obtenir la rupture du tympan sans fracture. Mais ces expériences ont été jusqu'ici trop peu nombreuses, et je ne regarde pas comme impossible la rupture isolée de la membrane du tympan. Sous une percussion violente, les vibrations dont l'os devient le siége impriment au cercle du tympan des alternatives d'agrandissement et de rétrécissement, des oscillations qui ne paraissent pas incapables de déchirer la membrane. On se rappelle l'énergie de ces vibrations qui se développent dans un bâton qui percute sans se rompre un corps dur et qui retentissent dans tout le membre supérieur, ou qui fracturent les os du crâne par contre-coup.

M. Gerdy reconnaît les différences qui existent dans les phénomènes de réparation sur les os du crâne ; mais le caractère commun qui rapproche ces fractures des autres fractures est précisément la vascularisation, qui même y est peut-être encore plus développée.

M. Michon. La question posée par M. Fleury se borne à ce seul point : l'écoulement par l'oreille est-il un signe pathognomonique de fracture? Les conclusions de notre rapporteur sont sages; je leur reproche seulement de ne pas être suffisamment développées.

L'écoulement du liquide par l'oreille, a-t-on dit, est un signe de fracture ; mais la question doit être élargie, et l'examen seul du liquide ne peut-il pas mettre sur la voie de la source qui lui donne naissance? Il faut donc savoir et sa quantité et surtout sa composition chimique. Pour répondre d'une façon positive à la demande de M. Fleury, il faut que son observation ne laisse aucune lacune ; il ne suffit pas de dire qu'on n'a rien trouvé, il faut décrire minutieusement l'état des parties.

M. Larrey ne saurait admettre que la rupture de la membrane du tympan sans fracture du rocher fût, sinon possible, du moins démontrée par le fait seul d'une commotion indirecte. C'est surtout comme chirurgien militaire qu'il se croit autorisé à exprimer cette opinion. Si, en effet, selon le préjugé vulgaire, la déflagration de la poudre à canon dans le tir des pièces d'artillerie avait pour effet réel de déterminer sur le tympan un ébranlement capable de le rompre en donnant lieu à une surdité plus ou moins marquée, nul doute que les accidents de ce genre ne fussent assez souvent observés dans les ambulances et dans les hôpitaux militaires, tandis qu'ils y sont au moins fort rares. Les médecins de l'artillerie en seraient même journellement témoins dans les exercices du polygone chez les canonniers servants. On verrait cela bien plus encore en campagne et surtout dans les siéges, où un grand nombre de gros projectiles, boulets, bombes et obus, font explosion à la fois.

Et cependant il n'en est pas ainsi, comme M. Larrey a pu s'en convaincre par lui-même en 1832, au siége de la citadelle d'Anvers, où les projectiles du plus fort calibre furent employés, tels que ceux du mortier-monstre, imaginé par le général Paixhans.

M. Larrey a bien vu des hommes assourdis momentanément par la commotion, avec un léger suintement sanguin par le conduit auditif, avec des tintements d'oreilles et d'autres troubles passagers de l'audition; mais il n'a point observé d'accidents que l'on fût en droit d'attribuer à la rupture spontanée de la membrane du tympan ; et il s'est assuré, auprès des artilleurs eux-mêmes, que chez eux la faculté de l'ouïe n'était point altérée.

M. Richet ne partage pas la manière de voir de M. Gerdy sur la vascularisation consécutive aux fractures dans les os du crâne. Dans ces fractures, il n'y a le plus souvent aucun déplacement et par suite aucune inflammation.

J'ai été témoin d'un fait qui m'a confirmé dans cette manière de voir. Un individu fit une chute sur la tête; il y eut écoulement de sérosité par l'oreille; néanmoins la guérison fut obtenue, provisoirement du moins; car cinq mois après survenait, sans symptômes préalables, un strabisme ; puis phénomènes cérébraux, et enfin mort.

A l'autopsie, on trouva une fracture de l'os de la pommette se continuant sur le crâne, divisant le rocher et venant se terminer au trou occipital. La fracture du rocher fut d'abord méconnue, malgré l'examen le plus attentif. Ce fut seulement après un mois de macération dans l'acide nitrique que nous pûmes en retrouver la trace.

M. Jarjavay rappelle que la membrane du tympan peut se rompre par les efforts que l'on fait pour expirer lorsque le nez et la bouche sont maintenus fermés. Des faits de ce genre ont été mentionnés dans sa thèse sur l'*effort*.

Du reste, M. Jarjavay admet volontiers la possibilité d'une rupture de la membrane du tympan se produisant sous l'influence d'une violente commotion.

M. Verneuil demande à M. Gosselin si dans l'observation de M. Ferri on a tenu compte de l'état du sinus moyen. La lamelle osseuse très mince qui sépare le sinus de l'oreille moyenne était-elle intacte ? car l'écoulement pouvait venir du sinus, comme cela avait lieu dans le cas cité par M. Richet. On ne saurait admettre, en effet, que le liquide ait pu être produit soit par la membrane du tympan, soit par la muqueuse qui tapisse l'oreille moyenne ; elles n'auraient pu y suffire.

M. Larrey, revenant sur le mode de rupture, rappelant l'observation de M. Jarjavay, pense qu'il n'y a aucune analogie à établir entre cette rupture ainsi produite et celle que l'on imputerait à la déflagration de la poudre à canon.

Dans le premier cas, on conçoit très bien le mécanisme de la lésion, et on doit même s'abstenir, comme cela se fait quelquefois, de rechercher chez les gens dont l'oreille est malade si la membrane du tympan est intacte en les invitant à souffler, tandis qu'on leur maintient la bouche et le nez fermés, car on risquerait de déterminer sa rupture.

M. Huguier signale comme pouvant déterminer la déchirure du tympan les luxations qui auraient été produites dans la chaîne des osselets par une violente commotion, sans que cependant il y ait de fracture.

M. Gosselin, répondant à M. Verneuil, dit qu'il n'a pas assez présente à l'esprit l'observation de M. Ferri pour donner les détails qu'il demande.

Quant au liquide qui s'est écoulé par l'oreille, il a été si peu abondant que l'on n'a pas besoin de recourir à l'explication donnée par M. Verneuil pour en découvrir l'origine.

Je dirai en terminant :

1° Qu'on n'est pas autorisé à dire qu'il est impossible de reconnaître des fractures anciennes du crâne ;

2° Que les faits manquent pour établir positivement la possibilité de la déchirure de la membrane du tympan sans fracture du rocher.

Voici les points importants qui restent à éclairer par de nouvelles recherches.

Les conclusions du rapport de M. Gosselin sont ensuite mises aux voix et adoptées.

— Sur la demande de M. Jarjavay, une commission, composée de MM. Demarquay, Follin et Huguier, est chargée d'examiner un de ses malades, qui présente une dilatation considérable des vaisseaux lymphatiques du pli de l'aine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Tumeurs cancéreuses testiculaires. — M. Demarquay met sous les yeux de la Société deux testicules cancéreux enlevés à six mois de distance sur deux frères.

La première opération fut faite sur le plus jeune à la fin des vacances dernières ; la castration fut pratiquée du côté gauche pour un hydro-sarcocèle datant de six mois survenu, sans cause appréciable, à l'âge de vingt-deux ans. L'examen de la tumeur ne laisse aucun doute sur la nature du produit morbide. Depuis que le malade a été opéré, il est dans un état de santé satisfaisant; il a repris de l'embonpoint et vaque à ses occupations.

Tout récemment, ajoute M. Demarquay, j'ai fait subir l'opération de la castration au frère aîné de ce jeune homme pour le débarrasser d'une tumeur énorme développée dans le testicule droit. Cette tumeur est également cancéreuse et s'est développée à l'âge de vingt-deux ans ; depuis quatre ans, elle a acquis le volume de la tête d'un enfant ; elle ne gêne que par son poids et n'est le siége d'aucune sensation douloureuse.

Sur aucun des deux frères, M. Demarquay n'a constaté d'engorgement ganglionaire ni de tumeur abdominale qui puisse lui faire craindre une diathèse cancéreuse confirmée.

A propos de cette communication, M. Demarquay fait remarquer que la pièce pathologique qu'il met sous les yeux de la Société est en grande partie occupée par cette matière jaune particulière sur laquelle M. Lebert a fixé l'attention ; il se demande si la présence de cette matière ne serait point l'indice d'une guérison durable. Depuis dix ans, ajoute-t-il, je suis lié avec deux personnes du monde, connues également de M. Laborie, qui ont subi l'opération de la castration, l'un par Blandin en présence de MM. Rayer et Cloquet, l'autre par M. Velpeau il y a plus de deux ans. Dans le dernier cas, j'ai fait reproduire la pièce sous les yeux de M. Lebert. Dans ces deux cas, la masse cancéreuse était littéralement formée de cette matière jaune. Depuis les opérations auxquelles je fais allusion les malades ont joui d'une bonne santé, et rien n'indique le retour prochain de la même affection.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 19 AVRIL 1854.

Séances des Académies.

Un commencement de lecture d'un mémoire sur l'anatomie et la physiologie des dents par M. Oudet, un travail de MM. Giraldès et Goubaux sur des expériences que ces deux laborieux investigateurs ont commencées depuis un an sur l'action du perchlorure de fer, et la fin de la lecture de M. Valleix sur le cathétérisme et le redressement utérin ont rempli la séance, qui a été levée à quatre heures et demie, faute, non point d'auditeurs, mais de lecteurs. Les médecins inscrits depuis longtemps avaient quitté la salle, ne s'attendant point à être appelés. Cette circonstance, qui se renouvelle assez souvent, devrait engager, ce nous semble, l'Académie à publier d'avance ses ordres du jour; tout le monde y gagnerait.

Nous ne dirons rien du mémoire de M. Oudet, qui n'est pas fini.

Quant à la dernière partie du mémoire de M. Valleix, malgré un chiffre assez élevé de guérisons dont cet honorable confrère a fait passer sous nos yeux le résumé, nous avouons franchement qu'il n'a pas fait passer dans notre esprit la double conviction qui l'anime, et sur l'innocuité du moyen, et sur son efficacité réelle.

Les arguments que l'on fait valoir contre sa rationnalité n'ont pas été détruits par l'habile argumentateur; nous dirons même qu'en faisant remarquer que dans bien des cas, après l'emploi du redresseur, le soulagement et même la guérison ayant eu lieu quoique l'abaissement de l'utérus persistât, nous trouverions, en cette circonstance, un argument contraire et favorable à l'emploi de la ceinture *immobilisatrice*. Du reste, nous publions aujourd'hui le commencement du mémoire de M. Valleix, que nous terminerons dans un prochain numéro, et nos lecteurs apprécieront eux-mêmes la valeur de ses opinions et des nôtres.

Les conclusions du mémoire de MM. Giraldès et Goubaux suffisent pour faire apprécier la valeur de leurs expériences.

A l'Académie des sciences, il n'y a à noter pour nous que la nomination d'un vice-président en remplacement de notre regrettable confrère M. Roux. — F. Fabre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Abcès sanguin de la cuisse. Ouverture du foyer. Hémorrhagies. Ligature de l'artère fémorale. Guérison.

Chandelier, maçon, âgé de vingt-sept ans, entre le 17 janvier 1854 au n° 40 de la salle Sainte-Vierge.

Cet homme est bien constitué et jouit ordinairement d'une bonne santé. Il y a six jours, montant à un échelle avec un fardeau sur la tête, il tomba de la hauteur de trois pieds environ. Dans la chute, le genou gauche seul vint frapper le sol; il n'en continua pas moins son travail toute cette journée.

Le lendemain, au réveil, il ressent dans la cuisse gauche une vive douleur qui le force à garder le lit.

Le 14 et le 15 il peut se lever et marcher un peu; mais la persistance de la douleur, le gonflement du membre le forcent, le 17 janvier, à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, on constate vers le tiers moyen de la cuisse un empâtement diffus, mal circonscrit, plus étendu de haut en bas que transversalement, et qui paraît siéger surtout au voisinage du couturier. La pression y est douloureuse et la peau rouge dans une assez grande étendue. Pas de fièvre. — Repos au lit; cataplasmes; frictions d'onguent mercuriel.

Le 22 janvier, la rougeur de la peau est plus circonscrite, mais l'empâtement se prononce de plus en plus, et le malade accuse maintenant des douleurs lancinantes presque continues.

Le 25 janvier, les douleurs sont toujours très vives. L'examen le plus attentif ne fait découvrir, au milieu de la masse engorgée, qu'une fluctuation douteuse. — Un large vésicatoire est placé sur la tumeur.

Le 28 janvier, l'application du vésicatoire a singulièrement diminué les douleurs, mais la tuméfaction ne disparaît pas. — Onctions mercurielles.

Le 30 janvier, les douleurs reparaissent; la tumeur augmente notablement de volume, et cette fois l'on constate d'une manière bien positive qu'elle est ramollie et fluctuante au centre. Une ponction est faite avec le bistouri; mais pour arriver jusqu'au foyer il faut pénétrer à plus de 2 pouces de profondeur. L'incision est agrandie en retirant l'instrument. On donne ainsi issue à deux verres de pus épais, parfois jaunâtre, parfois couleur lie de vin. Le doigt, introduit dans la plaie, y pénètre tout entier et fait constater l'existence d'une vaste caverne qui a disséqué les muscles, entoure toute la moitié interne de la circonférence du fémur et se prolonge en dedans jusqu'au petit trochanter. L'os n'est pas cependant dénudé de son périoste. — Cataplasme.

Le 31, cette nuit la plaie a donné issue à beaucoup de pus; mais il s'est écoulé aussi une quantité assez abondante de sang rutilant, vermeil, facilement coagulable.

Le 1er février, l'écoulement sanguin a reparu cette nuit; le malade est ce matin pâle, faible et abattu; le pouls est petit et un peu accéléré. La tuméfaction de la cuisse est énorme, et la pression fait sortir par l'orifice du foyer du pus mêlé de caillots sanguins; le sang vient des parties profondes sans qu'il soit possible de préciser son origine.

Un tourniquet est appliqué sur l'artère fémorale, et l'hémorrhagie paraît s'arrêter complétement.

Le 2, pendant la journée d'hier la compression n'a suspendu qu'incomplétement l'écoulement sanguin, et pour peu qu'on essayât de relâcher le tourniquet, l'hémorrhagie reparaissait avec une intensité nouvelle. L'état est le même ce matin; mais, de plus, la compression est tellement douloureuse qu'elle devient insupportable pour le malade. Le volume de la cuisse est énorme, et toute la jambe est froide et à peine sensible.

En introduisant le doigt dans la plaie pour explorer les anfractuosités de l'abcès, M. Velpeau reconnaît en dehors l'artère fémorale accolée à une corde musculaire; lorsqu'on comprime en ce point, l'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Certain que le tronc de la fémorale donnait naissance à cet écoulement sanguin, le chirurgien, en présence de l'insuffisance et des dangers de la compression, n'hésite pas à pratiquer la ligature de la fémorale.

Elle fut faite, avec les précautions ordinaires, au niveau du sommet du triangle de Scarpa. L'incision, longue de deux pouces et demi, permit sans peine d'arriver sur elle; mais on éprouva de véritables difficultés lorsqu'il fallut introduire entre elle et la veine l'aiguille de Deschamps, et en effet, sous l'influence du travail inflammatoire développé dans la cuisse, le tissu cellulaire de la gaîne des vaisseaux était devenu dur, lardacé et difficile à déchirer. On parvint cependant à isoler l'artère, et un fil double fut serré autour d'elle. La plaie est pansée à l'aide de quelques boulettes de charpie introduites entre ses bords.

Le soir, l'état du malade est aussi satisfaisant que possible. Déjà on sent des battements manifestes sur le trajet de la tibiale postérieure; le membre est chaud dans toute son étendue, et a considérablement diminué de volume; l'hémorrhagie, qui a cessé immédiatement après la ligature, ne s'est pas reproduite depuis.

Le 4, sommeil tranquille pendant toute la nuit; pas de fièvre ce matin. Le dégorgement du membre s'est fait avec une rapidité incroyable, et ce matin la cuisse a repris presque entièrement son volume normal; les battements artériels sont toujours aussi énergiques derrière la malléole interne. En comprimant les parois du foyer purulent, on n'en fait sortir qu'une petite quantité de pus de bonne nature. La plaie de la ligature commence à suppurer.

Le 6, l'amélioration continue, et tout se passe avec une extrême simplicité. Sommeil tranquille, absence de fièvre. Tout le membre inférieur a repris son volume normal; c'est à peine si le foyer de la cuisse donne issue à une petite quantité de pus de bonne nature. La plaie de la ligature continue à suppurer. — Même pansement; cataplasme sur l'ouverture de l'abcès.

Le 9, huitième jour après l'opération, la ligature tombe d'elle-même sans aucun accident; l'abcès ne donne issue qu'à de la lymphe un peu trouble. — On recommande au malade l'immobilité la plus absolue.

Le 11, pas d'accident. En examinant la plaie de la ligature, on constate que les battements de l'artère se font sentir jusqu'au point où le fil a été placé, ce qui n'aurait pas lieu s'il existait ici un caillot remontant jusqu'à la première collatérale.

Le 20, le foyer purulent ne donne issue qu'à une petite quantité de liquide roussâtre; les bourgeons charnus de la plaie de la ligature s'élèvent au niveau de la peau environnante, et la cicatrisation se fait déjà.

Le malade se lève pour la première fois le 26, et marche sans éprouver ni gêne, ni gonflement, ni douleur. Il quitte l'hôpital le 4 mars complétement guéri.

A l'aide d'une exploration attentive, on constate que les battements de la fémorale cessent tout à coup au niveau du quart inférieur de la plaie, et on ne peut les retrouver ni au tiers inférieur de la cuisse, ni dans le creux poplité. Derrière la malléole interne ils se perçoivent sans peine comme au premier jour, mais il n'existe aucune dilatation apparente des artères articulaires.

REMARQUES. — Préciser la cause première de l'hémorrhagie serait assez difficile, quand on songe aux obscurités qui enveloppent l'origine de cette tumeur de la cuisse. Sans aucun doute on

FEUILLETON.

DE L'INSENSIBILITÉ LOCALE CHEZ LES ANCIENS.

Malgré les succès encore douteux des expériences relatives à l'anesthésie locale, il ne faut pas désespérer qu'un jour prochain ce bienfait ne soit réalisé; car certains phénomènes pathologiques montrent que l'insensibilité et la paralysie peuvent survenir dans une partie par une modification locale du système nerveux qui la rend sensible, telle l'insensibilité produite par un refroidissement ou par une contusion, ou encore l'anesthésie partielle de certaines hystériques. Or, ces aberrations de la fonction nerveuse sont indépendantes d'une altération morbide des centres nerveux, et elles guérissent presque toujours.

Quoi qu'il arrive dans l'avenir, il est curieux de trouver dans deux écrivains de l'antiquité grecque et latine un passage duquel il résulterait que l'insensibilité locale était un fait connu des Egyptiens.

Voici, en effet, ce qu'on lit dans Pline : « ... Tephrias. Vocatur et memphites a loco, gemmantis naturæ. Hujus usus conteri, et iis » quæ urinda sint aut secanda, ex aceto illini. Obsupescit ita corpus, » nec sentit cruciatum. » (Lib. XXXVI. — II. 2). « ..... Téphrias. » Cette pierre, de la nature des gemmes, s'appelle memphite, du nom » de l'endroit où on la trouve. On la broie, on la délaie dans du vi» naigre et on l'applique sur les parties qui doivent être brûlées ou » coupées. Le corps s'engourdit et il ne sent pas qu'on le torture. »

Dioscoride dit aussi : « Cette pierre, de la grosseur d'un caillou, est » grasse et de diverses couleurs. Si on la réduit en poudre et si on la » met en liniment sur les parties qu'on veut brûler ou couper, elles » deviennent, sans qu'il en résulte aucun danger, tellement insensibles » qu'elles ne sentent pas la douleur. »

Que faut-il croire de cette assertion? Ce singulier liniment n'agissait-il que comme réfrigérant? C'est tout ce qu'on pourrait admettre; car cette pierre n'est qu'une espèce de marbre dont Pline complète la description comme il suit : « L'ophite a deux variétés, l'une blan» che, tendre; l'autre noire, dure. Toutes deux, portées en amulette, » guérissent, dit-on, les maux de tête et les morsures de serpent. » Quelques médecins font porter l'ophite blanche au cou pour la » phrénésie et la léthargie. Certaines personnes vantent la variété dite » téphrias, qui est d'un gris cendré. »

Peut-on appliquer à la pierre de Memphis la réflexion qui naît à la lecture de ce qui vient d'être cité par rapport à l'efficacité de l'amulette? Jamais l'ophite des Egyptiens suspendue au cou n'a guéri, par une vertu propre à elle-même, les maux de tête, et encore moins la morsure des serpents. Il y a là assurément une erreur dans l'appréciation de l'action de ces talismans; et n'en était-il pas de même pour le liniment anesthésique?

Les faits ont été sans doute observés, mais mal interprétés.

La croyance absolue des anciens peuples de l'Orient à l'efficacité des talismans était générale, et ces talismans tiraient leur puissance de cette foi même. Les *Annales d'archéologie* renferment d'intéressants détails sur cette partie de la médecine des Perses, des Grecs, des Egyptiens.

On a trouvé des quantités de pierres scarabéiformes, cylindriques ou figurinées dans l'ancienne Babylonie, dans les plaines de Marathon, où elles furent laissées probablement par les soldats de Darius. Les anciens s'étaient d'abord servis de gemmes ou pierres, comme le prouvent les bétyles dont il est parlé dans la dédicace de l'ouvrage du faux Orphée, et aussi les pierres portées à la ceinture des prêtres de Cybèle et au pectoral du grand prêtre des Hébreux. Plus tard ils firent des talismans figurés, tels que les scarabés, les hercules et autres formes. Ces talismans, à propriétés diverses, ne devaient leur vertu qu'à l'imagination.

Il est hors de doute, en effet, que certaines organisations sont influencées très activement par l'imagination. Il serait facile et intéressant de s'étendre sur ces phénomènes de physiologie spéciale si peu étudiée jusqu'à présent. Dans cette curieuse étude, on pourrait prouver que bien des moyens thérapeutiques, surtout parmi les remèdes à la mode, ne doivent leurs succès qu'à cet excitant moral particulier appelé l'imagination. N'est-ce pas là le sens de cette parole de Barthez à propos des médicaments en vogue : « Dépêchez-vous d'en prendre » pendant qu'il guérit. » Pensée philosophique qui est juste quand le médicament n'a pas d'action capable de modifier les fonctions organiques.

Mais, pour en revenir à l'insensibilité, bien qu'il semble que l'imagination ne puisse être invoquée pour l'expliquer, il faut ou nier les

avait affaire à un épanchement sanguin considérable qui plus tard s'est enflammé et a donné lieu à cette vaste caverne remplie de pus et de sang qui avait disséqué les muscles de la cuisse, et s'étendait autour du fémur jusqu'au petit trochanter. Mais la lésion artérielle a-t-elle été produite au moment même de la chute? S'est-il opéré alors une éraillure de l'artère, qui a amené l'épanchement sanguin, ou bien l'érosion du vaisseau est-elle consécutive au travail inflammatoire? C'est ce qu'il est impossible de décider.

La difficulté que l'on a éprouvée, non pour trouver l'artère, mais pour l'isoler, s'explique par l'induration et la transformation que le travail inflammatoire a fait subir à la gaîne celluleuse du vaisseau. C'est une difficulté que l'on n'a pas notée, mais qui a bien son importance; elle fait bien vite comprendre comment il devient utile, et même indispensable dans certains cas, de lier l'artère aussi loin que possible des tissus enflammés.

La persistance de battements artériels très énergiques jusqu'au niveau du point où a été porté le fil est un fait digne de remarque, car il indique d'une manière certaine que le tube vasculaire n'a pas été ici oblitéré par un caillot conique adhérent aux parois vasculaires et remontant jusqu'à la fémorale profonde, ainsi que cela est d'ordinaire observé. Si la fémorale profonde naissait à quelques lignes seulement au-dessus du point où le fil a été placé, on comprendrait très bien que le caillot eût seulement quelques lignes de longueur. Mais la ligature a été faite au niveau du sommet du triangle inguinal, et la profonde naît beaucoup plus haut, à deux pouces seulement au-dessous de l'arcade de Fallope, et d'ailleurs pendant l'opération on a constaté qu'il n'y avait pas de collatérale anormale au voisinage du point mis à découvert. De toute nécessité, il faut admettre que l'oblitération s'est faite uniquement au point où a eu lieu la section des tuniques artérielles. Elle s'est faite grâce à l'organisation de la lymphe plastique épanchée; les adhérences ainsi produites ont résisté à l'effort du sang, et le caillot auquel on accorde une si grande valeur n'a joué ici aucun rôle. C'est un fait à noter que la guérison survenant dans des conditions semblables, qui passent pour être si défavorables.

Elle devient bien plus singulière encore lorsqu'on songe que le fil est tombé au huitième jour sans le moindre accident. Ce fait, qui d'ailleurs n'est pas sans antécédents, puisqu'on a même vu le fil tomber au cinquième jour sans hémorrhagie, peut s'expliquer ici par l'altération éprouvée par la gaîne de l'artère qui avait dû se progager aux parois du vaisseau lui-même.

Enfin, M. Velpeau appelait l'attention de ses auditeurs sur l'incroyable rapidité avec laquelle a disparu le gonflement de tout ce membre qui semblait menacé d'une suppuration diffuse. D'ordinaire la ligature des gros troncs artériels amène pendant quelque temps de l'œdème et de la tuméfaction; ici, au contraire, en deux jours le membre est revenu à son volume normal; les anfractuosités de cette vaste caverne se sont rapprochées, et l'inflammation est tombée comme par enchantement. La soustraction rapide d'une grande quantité de sang par le fait de la ligature explique tous ces phénomènes d'une manière très satisfaisante, et vraiment, s'il était possible de comprimer les artères sans gêner en même temps la circulation veineuse, on est porté à se demander si la compression des gros troncs artériels ne devrait pas être employée dans les phlegmons étendus comme moyen abortif.

Outre qu'il a une certaine valeur comme exemple de ligature heureuse de la fémorale, ce fait prouve une fois de plus combien en médecine le pronostic doit être réservé : insuccès dans les cas les meilleurs, guérison dans ceux qui se présentent avec les conditions les plus défavorables.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES;

Par M. VALLEIX, médecin de l'hôpital de la Pitié.

(Lue à l'Académie impériale de médecine le 11 avril 1854.)

La communication que je viens faire à l'Académie doit nécessairement se diviser en deux parties distinctes. Deux observations ont été lues, dans lesquelles on a attribué la mort au cathétérisme utérin ou au séjour du redresseur intra-utérin; il convient d'examiner ces observations, afin de voir si les faits ont été exactement rapportés et sainement interprétés. Il est important ensuite de rapprocher de ces faits une masse suffisante d'observations empruntées à plusieurs médecins honorables qui ont signalé tout ce qu'ils ont observé dans leur pratique, afin d'éviter un grand écueil, qui est de raisonner d'après quelques faits isolés et peut-être exceptionnels. Ce sera l'objet de la première partie.

La deuxième partie contiendra un aperçu aussi rapide que possible des effets du traitement dans tous les cas que j'ai pu rassembler, ce qui permettra d'apprécier d'un coup d'œil ses avantages et ses inconvénients, sans craindre également que quelques cas particuliers bien ou mal interprétés viennent troubler notre jugement.

Première partie. — Les observations lues devant l'Académie demandent à être examinées. On va voir, en effet, qu'elles sont bien loin d'avoir la signification que leur ont attribuée leurs auteurs. Cet examen doit être complétement libre; car il s'agit ici des choses et non des personnes, pour lesquelles j'ai toujours professé une estime particulière.

Le fait cité par M. Broca peut se résumer en quelques mots comme il suit : une femme affectée d'étranglement interne est cathétérisée. Dans le cours du traitement il survient tout à coup des symptômes de péritonite aiguë. Ces symptômes disparaissent en partie, l'étranglement suit son cours, la malade succombe, et l'on trouve à l'autopsie quelques traces d'une péritonite récente qui, ayant aggravé l'étranglement, a hâté la mort.

Je n'examinerai pas si l'on peut comparer un cathétérisme pratiqué la femme étant debout, et pendant cinq minutes, à un cathétérisme d'un instant la femme étant couchée, parce que les détails du fait démontrent suffisamment que le cathétérisme n'est pour rien dans les accidents éprouvés par la malade. Il suffit, en effet, de rappeler quelle est la marche de l'étranglement interne. Cette marche est aujourd'hui bien connue, et les travaux importants de M. Rokitansky (de Vienne) ont jeté sur elle une vive lumière.

Comme la malade observée par M. Broca, les sujets affectés d'étranglement intestinal ont, à des époques variables, des espèces d'attaques pendant lesquelles la vie paraît plus ou moins prochainement menacée, et dans les intervalles un état de santé plus ou moins supportable. Les antécédents de cette malade n'étant point décrits, on ne peut pas savoir si elle a eu plusieurs de ces attaques; mais elle en a eu au moins une, qui s'était accompagnée de péritonite, dont on a retrouvé les traces sur le cadavre.

Or, quels sont les symptômes que déterminent ces espèces d'attaques survenues spontanément, le plus souvent par suite d'un écart de régime, mais quelquefois aussi sans cause appréciable? Ce sont précisément ceux qu'a observés M. Broca. Ces symptômes sont : une douleur aiguë et rapide dans l'intestin, s'étendant bientôt à la totalité de l'abdomen; des vomissements d'abord bilieux, puis stercoraux; la constipation, le ballonnement du ventre; la décomposition des traits; la prostration; l'accélération, la petitesse du pouls. Les lésions sont, outre celles qui ont déterminé antérieurement l'étranglement, des traces de péritonite récente occupant principalement les parties de la membrane séreuse qui recouvrent l'intestin malade et les parties voisines.

Je crois qu'il est impossible d'avoir une démonstration plus nette et plus convaincante de ce qui s'est arrivé chez cette malade par suite des progrès naturels de l'affection dont elle était atteinte. Ces accidents auraient pu survenir quinze jours plus tôt et se terminer de la même manière, comme ne se produire que plus tard. Le cathétérisme, je le répète, n'y a été pour rien, et ce qui le démontre encore, c'est que les principales lésions péritonéales se sont montrées justement sur le point lésé antérieurement, ce qui ne s'expliquerait guère si là n'avait été le point de départ de la péritonite.

Quant à l'inflammation de la muqueuse utérine signalée par M. Broca, comment ne l'aurait-on pas trouvée, puisque depuis longtemps il existait un catarrhe utérin? Cette lésion était d'ailleurs légère, et il n'y avait pas de déchirure ni de suppuration interstitielles, comme il y en aurait eu sans doute si le cathétérisme avait déterminé une inflammation qui se serait ensuite propagée au péritoine. Aussi M. Broca ne dit-il pas que l'inflammation *a eu*, mais *paraît avoir eu* son point de départ dans l'utérus, ce qui implique un doute qu'une lésion due à une violence extérieure n'aurait certainement pas laissé dans l'esprit de l'observateur.

Mais ce serait abuser des moments de l'Académie que de prolonger la discussion sur ce sujet, puisque l'emploi de la sonde utérine n'a été attaqué qu'à l'aide d'un fait dont l'interprétation, aiusi que je l'ai prouvé, doit être tout autre que celle qu'a présentée l'auteur. Je passe à l'observation de M. Cruveilhier.

D'abord, M. Cruveilhier pose en fait qu'avant le traitement destiné à redresser l'utérus la santé de la malade n'était pas altérée; qu'il n'existait qu'une antéversion légère, et que la malade ne se détermina à suivre un traitement que parce qu'on lui affirmait que la conception était impossible.

Quant à l'état de la santé, voici les renseignements précis qui m'ont été donnés :

Au 27 février 1853, il existait déjà depuis plusieurs mois une fatigue générale, un sentiment de pesanteur habituelle dans le bassin, qui rendaient impossible la moindre promenade. Les digestions étaient pénibles, et il survenait fréquemment des douleurs épigastriques violentes. Le 27 février, en particulier, il fallut employer des moyens assez énergiques, qui calmèrent momentanément ces douleurs devenues excessives. La menstruation était très irrégulière; l'éruption des règles était précédée d'une leucorrhée abondante, qui persistait à un moindre degré dans l'intervalle, et s'accompagnait de vives douleurs utérines. Il est vrai que la malade est allée au bal avant de venir à Paris. Mais qui ne connaît des malades qui s'exposent à des fatigues de ce genre, au risque d'être condamnées ensuite à de vives souffrances et à un repos plus ou moins complet?

Relativement à la stérilité, il est certain que ce n'est pas pour ce motif qu'elle consulta le premier médecin qui reconnut une antéversion. Ce n'est pas non plus pour cela, mais pour remédier à ses souffrances devenues continuelles, qu'elle se soumit au traitement entre les mains du second médecin. Lorsque je la vis pour la première fois, la question de la stérilité me fut en effet posée, et je déclarai que la déviation était un obstacle puissant, mais non insurmontable à la conception.

Du reste, ajoute M. Valleix, ce n'est nullement l'état de stérilité qui m'a engagé à traiter cette déviation. Je ne me suis jamais déterminé par cette seule considération, bien qu'elle ait pu faire sur l'esprit des malades plus d'impression que toutes les autres. Dans le cas particulier dont il s'agit, je constatais tous les symptômes indiqués par le médecin qui m'avait adressé la malade, et, de plus, de fréquentes et fatigantes envies d'uriner, ainsi que des troubles intestinaux considérables. C'est à ces graves inconvénients que je me proposais de remédier.

Enfin, suivant le récit de M. Cruveilhier, à un premier examen on n'a trouvé qu'une antéversion légère. Je me contenterai de répondre qu'au moment où le traitement a été entrepris les choses étaient bien changées. Le second médecin a trouvé, en effet, une antéversion complète et telle qu'il était difficile d'aller atteindre le col dans la concavité du sacrum. Moi-même j'ai constaté le premier jour que cette antéversion était aussi complète que possible, et M. Cruveilhier a confirmé ce diagnostic quand il a dit : « Le bout du doigt, promené d'avant en arrière *le long de la paroi antérieure du vagin*, ressent la face antérieure de l'utérus dans toute sa longueur. L'orifice du museau de tanche est fortement porté en arrière. »

Si nous passons maintenant au traitement, nous allons trouver des inexactitudes non moins grandes dans les renseignements fournis à M. Cruveilbier.

Il semble, d'après la narration de l'honorable professeur, que pendant tout le séjour de la malade à Paris la sonde ou le redresseur ont été introduits; que la malade a été réduite à l'inaction, et que c'est dans un état de souffrance causée par l'introduction récente des instruments qu'elle est retournée dans son pays. Voici les faits :

Du 25 mai au 25 juillet, plusieurs cathétérismes utérins furent pratiqués en province, et en dernier lieu on tenta l'introduction du redresseur. Ce traitement fut douloureux; mais, en définitive, lors de ma première visite, le 28 juillet, l'état de santé n'avait pas changé.

Du 28 juillet au 4 août, j'introduisis trois fois le redresseur, qui ne fut gardé que quelques heures chaque fois, la malade étant autorisée à le retirer dès qu'il surviendrait des douleurs un peu fortes. Deux cathétérismes parfaitement supportés furent pratiqués dans les intervalles. Le séjour du redresseur occasionnait des douleurs, surtout dans le décubitus dorsal, et l'instrument était enlevé. Quant au dépérissement et aux autres symptômes mentionnés par M. Cruveilhier, ils n'étaient autres que ceux que la maladie avait occasionnés depuis longtemps.

A dater du 4 août, le traitement fut abandonné, mais pour des motifs tout différents de ceux qu'on a donnés à M. Cruveilhier. Il s'agissait, en effet, tout simplement de le renvoyer au mois de décembre, époque à laquelle la famille devait venir s'installer plus commodément à Paris. Cet arrangement fut accepté immédiatement, sans aucune espèce de sollicitation de ma part. Et voici maintenant ce qu'on ne trouve pas dans l'observation de M. Cruveilhier, et qui modifiera sans doute considérablement son opinion quand il l'apprendra.

historiens cités, ce qui n'est pas logique, ou admettre une action réfrigérante dans le topique, ou croire à quelques faits observés sur des hystériques, qui sont susceptibles, plus qu'on ne le pense, de devenir insensibles sous l'impression de l'émotion et de la foi dans un moyen dont le but est connu.

Cette particularité de l'insensibilité partielle chez certaines hystériques dont parlait M. Gendrin dans une de ses dernières leçons cliniques expliquerait peut-être les différences obtenues dans les expériences d'anesthésie locale, abstraction faite des cas où la réfrigération est évidemment une cause d'insensibilité.

Dans l'administration des anesthésiques par inspiration, nous pensons qu'on devrait tenir compte aussi de cette perversion du système nerveux sous l'influence de l'imagination.

Chez certains individus, en effet, l'émotion produit une exaltation de la puissance réactionnelle des forces nerveuses, qui rend difficile la résolution anesthésique et qui la retarde. Chez d'autres, c'est, au contraire, une sidération morale qui frappe d'inertie les grands centres nerveux, sidération qui augmente par l'action de l'agent anesthésique et qui dès lors peut bien amener un arrêt complet de l'excitation nerveuse sur le cœur. Ne voit-on pas des syncopes profondes et de longue durée survenir sous l'influence de la peur ou d'une peine morale? N'a-t-on pas vu la mort survenir par les mêmes causes? Or supposez qu'on soumette à l'inhalation du chloroforme un individu dans ces dispositions morales et physiques, ne semble-t-il pas que la mort puisse arriver et déjouer toute la sagacité du chirurgien?

Nous pensons donc qu'il y a aussi contre-indication à chloroformer quand il y a de l'anxiété morale, quand les traits s'altèrent à l'annonce de l'opération anesthésique; nous disons anesthésique, parce que le bienfait de l'insensibilité doit rassurer le malade et ne pas être pour lui une cause d'angoisse; s'il a peur d'en mourir, si son pouls devient filiforme, il est, suivant nous, prudent de s'abstenir.

Dr CHARPIGNON (d'Orléans).

M. le docteur Edmond Langlebert a commencé son cours public sur les Maladies syphilitiques hier 19 avril à midi, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, n° 8.

— M. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera son cours le lundi, 24 avril, à neuf heures du matin, à l'hôpital de Lariboisière, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours sera spécialement consacré aux *applications de la chimie à la clinique médicale*, et les expériences seront faites devant les auditeurs.

— M. le docteur Demarquay a commencé le 18 de ce mois, à onze heures du matin, à l'Ecole pratique, un cours public de médecine opératoire; ce cours sera continué les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

La malade resta encore quatorze ou quinze jours à Paris, sortant tous les jours, parcourant les magasins pour faire des emplettes, ne présentant, en un mot, aucun signe de péritonite. J'ai su même, depuis, qu'elle avait poussé quelquefois la fatigue jusqu'au delà des limites de toute prudence. Ainsi, le 15 août, onze jours par conséquent après que tout traitement actif avait cessé, elle parcourut à pied les Champs-Elysées. Et comment l'aurait-elle fait, si un traitement abandonné depuis onze jours avait produit une métro-péritonite?

En résumant ce qui précède, je rappelle que le traitement n'a déterminé aucun dépérissement; qu'après sa cessation la malade a pu pendant plus de quinze jours se livrer à de grandes fatigues complétement incompatibles avec l'idée d'une métro-péritonite, et qu'il n'y a par conséquent aucun rapport réel entre les effets du traitement et la production de la maladie, quelle qu'elle soit, qui a déterminé la mort.

Les faits ainsi rétablis, examinons l'observation de M. Cruveilhier au point de vue pathologique; nous allons y trouver la confirmation éclatante de ce que je viens d'avancer.

S'il est une vérité incontestable, c'est qu'une métro-péritonite qui cause la mort fournit jusqu'au dernier moment des signes aussi apparents que possible. Si l'inflammation ne persiste pas, et surtout s'il n'en reste plus de traces appréciables, on voit les malades se rétablir avec une grande rapidité. Or, dans le cas cité, il n'y avait plus, selon l'expression de M. Cruveilhier, de signes apparents de péritonite; donc, si la malade a succombé, c'est qu'il existait une autre affection d'un diagnostic sans doute difficile. Je me contenterai de faire remarquer qu'il y avait du râle muqueux au sommet du poumon droit; et, bien que M. Cruveilhier n'ait pas trouvé d'autres signes de tubercules, on conviendra qu'un tel râle, dans un tel point, a une importance capitale chez une femme rapidement emportée par une maladie qui l'a plongée dans le marasme.

Ainsi, les faits communiqués à l'Académie n'ont évidemment pas l'importance qu'on a cru devoir leur attribuer, trompé qu'on a été par de simples coïncidences ou par des renseignements inexacts.

Cependant, il peut survenir des accidents dans le cours du traitement mécanique des déviations utérines. Non-seulement je ne l'ai jamais nié, mais je crois être le premier qui les ait signalés d'une manière précise, et qui ait indiqué les moyens de les éviter. Sur 108 cas traités par le redresseur utérin, j'ai vu une fois se produire des symptômes de péritonite partielle, qui se sont dissipés sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, et qui n'ont pas empêché la malade de guérir de sa déviation. Dix-huit mois après, M. Jobert (de Lamballe) constatait la position normale de l'utérus dont la rétroversion avait été reconnue par M. Louis avant le traitement. J'ajoute que dans ce cas l'accident aurait pu être évité. N'ayant encore qu'une expérience incomplète, j'avais donné trop de longueur à la tige intra-utérine. Un autre accident s'est produit cinq fois : c'est le phlegmon péri-utérin. Cette affection cause de vives douleurs et alarme beaucoup les malades; cependant, il n'a jamais eu de suites sérieuses, et n'a pas empêché la guérison, quand il n'a pas fait renoncer au traitement. C'est au moment de l'apparition des règles, et lorsque depuis plusieurs jours on a cessé de faire emploi des instruments, que cette inflammation se produit, ainsi que cela a lieu dans les cas fréquents où elle se développe spontanément, de telle sorte que l'action du traitement peut être regardée comme indirecte. Ce n'est pas moins un inconvénient dont je ne cherche pas à atténuer l'importance.

Viennent ensuite des ménorrhagies, qui sont assez fréquentes, mais qui n'exigent presque jamais aucun moyen particulier pour les arrêter : elles n'ont pas d'importance réelle. Restent enfin quelques attaques d'hystérie et des accès fébriles passagers, qui se produisent dans une faible minorité des cas et qui n'ont aucune importance.

Je pourrais joindre à ces faits ceux qui depuis cinq mois ont été soumis à mon observation, et dans lesquels un traitement fait avec toutes les précautions que m'a fait adopter l'expérience n'a produit aucun accident; mais je préfère citer ceux que m'ont communiqués plusieurs médecins recommandables.

M. Maunoir (de Genève) m'a adressé le résumé de six observations dans lesquelles on n'a pas eu à noter le moindre accident.

M. Piachaud, dans 9 cas qu'il a traités, n'a été momentanément arrêté que par un excès de sensibilité de l'utérus dans un cas, et trois fois par des ménorrhagies qui n'ont eu aucune suite fâcheuse. D'ailleurs, comme il me l'écrit, pas de métrite, pas de péritonite, aucun accident important.

M. Gaussail, membre correspondant de l'Académie, rapporte 5 cas traités sans aucun accident.

M. Caradec (de Brest) a traité plusieurs cas avec succès et sans accident; mais il n'en cite que deux.

M. Broussonnet, médecin de l'hôpital général de Montpellier, a employé le redresseur utérin chez 10 malades. Dans 2 cas, il y a eu douleur assez vive et dans 2 autres une métrorrhagie; dans aucun cas, on n'a eu à combattre d'accidents sérieux.

Dans 13 cas traités à l'aide du redresseur intra-utérin par M. Lediberders (de Lorient), une malade éprouva de la fatigue, et il fallut momentanément renoncer au traitement, qui fut repris ensuite avec succès; une autre eut le premier jour un léger mouvement fébrile; il n'y eut aucun autre accident digne de ce nom.

Voilà donc 45 cas qu'il faut ajouter à ceux que j'ai mentionnés plus haut, de telle sorte qu'il n'y a eu de véritables accidents que 6 fois sur 153 cas, et ces accidents ont pu être combattus avec succès.

N'oublions pas de remarquer que les médecins qui viennent d'être cités n'ont observé aucun accident digne d'être noté, parce qu'ils ont pu profiter de l'expérience que je n'avais pu acquérir que par l'observation, et suivre dans l'emploi du redresseur des préceptes qu'il m'avait été impossible de formuler du premier coup. Il ne serait pas juste, en effet, d'attribuer aux moyens employés des résultats qui sont la conséquence d'un traitement encore mal assuré.

J'ajoute que chaque jour de nouveaux perfectionnements sont apportés à ce traitement. D'une part, les instruments subissent des modifications importantes qui en rendent l'application plus facile et le séjour plus constamment supportable. C'est ainsi que M. le docteur Moussau (de Bordeaux), qui, lui aussi, a employé le redresseur avec avantage et sans aucun inconvénient, m'a adressé récemment un instrument à flexion graduelle aussi léger que l'autre et dont l'emploi peut être d'une très grande utilité, et que M. Bonnafont, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, a très heureusement modifié la tige intra-utérine. D'autre part, les circonstances dans lesquelles il faut s'abstenir, celles dans lesquelles il faut attendre, celles enfin qui permettent d'entreprendre sans délai le traitement sont déterminées chaque jour avec plus de précision, et les règles à suivre relativement à la durée du séjour de l'instrument, suivant les cas, sont établies avec plus de rigueur.

Il faut bien se garder d'attribuer avec légèreté au traitement ce qui peut très bien résulter d'une coïncidence fortuite, et à plus forte raison ne devons-nous accueillir qu'avec une grande méfiance les récits souvent exagérés et presque toujours inexacts des malades. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas entendu de plaintes, presque toujours mal fondées, à propos de tous les traitements possibles? En est-il un seul à qui on n'ait attribué les résultats défavorables qu'il avait au contraire cherché à prévenir à l'aide des moyens que la science la plus complète et l'art le plus exercé pouvaient lui fournir?

Pour moi, je ne crois pas qu'on doive s'en rapporter davantage aux malades qui vont consulter un médecin pour des accidents qu'elles attribuent à ce traitement, que je ne m'en suis rapporté à celles qui m'ont dit que leur maladie avait été causée par leur accoucheur qui les avait blessées (c'est l'expression dont elles se servent), ou qu'elle était due à un toucher fait avec violence, ou à l'introduction du spéculum, ou à une cautérisation, ou à un traitement quelconque, et j'en ai beaucoup vu qui étaient convaincues de ce qu'elles avançaient.

Cependant, il y a eu des accidents, et, quoiqu'en petit nombre, ces accidents méritent de fixer au plus haut point notre attention. J'ai été, je le répète, le premier à les faire connaître, et je suis par conséquent bien loin de vouloir les atténuer; mais, d'un autre côté, je crois que dans une question aussi importante il faut chercher à en apprécier la valeur avec calme et sans idée préconçue : c'est ce que je ferai dans la seconde partie de ce travail.

MÉDICATIONS DIVERSES

dans le traitement de l'épilepsie (1).

MÉDICATION DU DOCTEUR CHABRELY (de Bordeaux). — Sirop de valériane, une cuillerée; infusion de fleurs d'oranger, une tasse. Prendre le soir de la nouvelle lune, trois jours après : poudre de valériane, 1 gramme, dans une tasse de tilleul sucré. Même prescription à la pleine lune. On continue ainsi pendant six mois, puis on se contente d'administrer le sirop seul.

MÉDICATION DE M. MICHEL (de Barbantane). — Potion avec extrait de belladone, 10 centigrammes, à prendre par cuillerées; électuaire d'indigo (indigo, 1 gramme 20 centigr.; miel, q. s.); calomel, croton tiglium.

Ces moyens, successivement employés, ont réussi à M. Michel dans un cas d'épilepsie vermineuse.

MÉDICATION DU DOCTEUR BORIE (de Versailles). — *Moyens préparatoires* : Saignée du pied; quatre jours après, émétique en lavage; quatre jours ensuite, laxatif; puis, après un même intervalle, 2 décigrammes de calomel. — *Moyens spécifiques* : Eau distillée de laurier cerise, poudre de feuilles d'armoise, moxas promenés sur la colonne vertébrale, bracelet aimanté, frictions éthérées sur les membres. — *Moyens hygiéniques* : Exercice, bains de rivière et de mer, frictions sèches.

MÉDICATION DU DOCTEUR BLACKEMORE (d'Edimbourg). — *Pendant le paroxysme* : Affusions froides. Aussitôt que la déglutition est possible, émétique et ammoniaque, lavements de térébenthine, compression des carotides. Dans l'intervalle des accès : Evacuants sédatifs, ventouses scarifiées, incisions profondes sur l'occiput vers l'époque du retour des attaques. Parmi les sédatifs, l'auteur range comme un des meilleurs le bain de pluie. Il rejette le colchique et la digitale. Les purgatifs lui semblent aussi utiles, en particulier l'élatérium, l'huile de croton, le calomel. A la place de ces moyens, quand l'affection a une date ancienne, il substitue ce qu'il appelle des toniques, et que nous considérons plutôt comme des stimulants, la térébenthine, les sulfates de cuivre et de zinc, le nitrate d'argent. Contre les accès nocturnes : Opiats.

Toute cette formulation paraît singulière et conjecturale.

MÉDICATION DU DOCTEUR MAROCHETTI. — Elle se compose de pilules et de gouttes. L'auteur commençait par les pilules et leur associait les gouttes si elles étaient inefficaces. Si au bout de trois mois il n'y avait pas d'amélioration notable, il cessait le traitement et regardait le malade comme incurable.

Pilules 1er degré.

Aloès	4 gram.
Gomme-gutte	2 —
Essence d'anis	8 goutt.

F. S. A. des pilules de 10 centigrammes. A prendre : une matin, midi, soir, en buvant par-dessus un verre d'eau.

Pilules 2e degré.

Aloès	4 gram.
Gomme-gutte	2 —
Essence d'anis	8 goutt.
Extrait sec de rhubarbe	1 gram.
Extrait sec de muguet	40 centigr.

On peut remplacer l'extrait sec de rhubarbe par l'extrait mou de rhubarbe à la dose de 1 gramme 50 centigrammes.

Gouttes.

Alcool à 22 degrés	450 gram.
Poudre de ricin,	
Poudre d'Angélique, de chaque	60 —

Faites macérer pendant quarante-huit heures et ajoutez :

Anis étoilée en poudre,	
Semences de cardamome, de chaque	8 gram.
Ecorce d'alcanna	4. —
Racine de zédoaire en poudre	6 —
Safran oriental,	
Opium pur, de chaque	8 —

Laissez macérer pendant quinze jours, filtrez et ajoutez :

Huiles volatiles de camomille, de valériane,	
de naphte vrai, de chaque	25 goutt.
Huile volatile de citron	20 —
Huile volatile de cannelle	15 —
Ether sulfurique	1 gram. 50 cent.

Faites digérer pendant quinze jours, exprimez et ajoutez au liquide :

Sirop	500 gram.

Couvrez le vase et passez avec expression.

On emploie 10 gouttes trois fois le jour et davantage sur un morceau de sucre.

L'auteur affirme avoir obtenu avec ce traitement une centaine de guérisons.

MÉDICATION DU DOCTEUR PLOUVIEZ. — Elle comprend trois ordres de moyens :

1° *Agents qui modifient le système nerveux.*

Extrait aqueux de belladone	2 grammes.
Digitale en poudre	3 —
Indigo	10 centigr.
Mucilage	q. s.

pour 50 pilules.

M. Plouviez, trois jours avant l'époque présumée des retours, en administre une avant le déjeuner et une le soir au souper; les jours suivants, même dose ou augmentation, selon l'effet. Lorsqu'un long temps se passe sans accès, on recule les prises du médicament.

2° *Moyens révulsifs ou perturbateurs généraux.* — Bains froids, ventouses Junod. Le malade est plongé dans le bain vers le soir; il n'y reste que deux ou trois minutes. On l'enferme dans une couverture chaude et on lui met une bouteille d'eau aux pieds, de manière à provoquer la transpiration.

M. Plouviez se borne à ces bains quand ils sont supportés; lorsqu'ils ne le sont pas, il a recours à la boîte Junod, dont il répète l'application deux ou trois jours de suite, chaque fois pendant trente à trente-cinq minutes.

3° *Moyens auxiliaires.* — Saignées, sangsues, ventouses, séton, vésicatoires, potion ammoniacale de M. Martinet, suivant les indications.

MÉDICATION DU DOCTEUR EPS. — 1° *Mixture :*

Acide hydrocyanique de Scheele	3 goutt.
Sulfate de quinine,	
Soufre précipité, de chaque	4 gram.
Confection aromatique	8 gram. 75 cent.
Eau distillée	16 —

une cuillerée à café trois fois par jour; 2° *frictions* le long du rachis; 3° *cautères*.

MÉDICATION DU DOCTEUR BORGHETTI GASPARIE. — Cet auteur a récemment publié cinq observations de guérison d'épilepsie idiopathique obtenues par l'emploi de la *seconde écorce de sureau noir* à la dose de 50 grammes infusée pendant quarante-huit heures dans 150 grammes d'eau chaude ou même froide et prise en deux fois à un quart d'heure d'intervalle.

Il a suffi, en général, pour amener les résultats constatés d'administrer la préparation à trois ou quatre reprises à une distance de cinq à six jours.

Plusieurs malades ont éprouvé des évacuations alvines, ce qui ferait croire à sa vertu purgative si d'autres n'en avaient fait usage impunément.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Attelles modelées en carton.

Par M. MERCHIE.

L'appareil amidonné, tel que l'applique l'inventeur, a, au milieu de ses nombreux avantages, un inconvénient qui le rend impropre

(1) Extraites du TRAITÉ DE L'ÉPILEPSIE, par M. Delasiauve, médecin des aliénés de Bicêtre, 1854, un volume in-8°, de 560 pages.

à servir dans une foule de circonstances, principalement sur le champ de bataille. Il demande trop de temps pour se solidifier, et exige par conséquent l'emploi temporaire d'attelles solides.

C'était donc déjà une simplification précieuse d'avoir fait fabriquer de toutes pièces des coques amidonnées, enveloppes moulées sur nature humaine, qu'on laissait sécher, puis qu'on fendait pour les enlever. On les gardait ainsi pour être utilisées en cas de besoin. En en préparant de trois grandeurs, pour les trois principaux degrés de stature, on est en mesure, surtout en médecine militaire, de satisfaire à toutes les exigences de la pratique.

Mais ces appareils eux-mêmes sont volumineux, embarrassants à transporter, susceptibles de se déformer. M. Merchie, pour ces motifs, a eu raison de chercher à les remplacer par des attelles de carton, modelées aussi sur le membre, et constituant, comme on le voit, un segment longitudinal de ces enveloppes complètes ou coques dont nous parlions tout à l'heure.

Le mode de construction est des plus simples. Après avoir taillé les attelles, on les ramollit en y passant une éponge imbibée d'eau-de-vie camphrée ; puis on les applique sur le membre, où elles se dessèchent promptement, et peuvent dès lors servir aux blessés. On peut les vernir à l'extérieur pour les rendre imperméables.

La fracture de cuisse ne nécessite que quatre de ces attelles, savoir : deux jambières, externe et interne, et deux fémorales, l'une externe, qui s'étend du niveau de la crête iliaque jusqu'un peu au-dessous de l'articulation fémoro-tibiale, fixant ainsi la fesse ainsi que la moitié externe et postérieure de la cuisse; l'autre, interne, ayant le même point de départ en bas, est limitée en haut par le pli de l'aine; elle immobilise la moitié interne et postérieure du membre.

Ces deux attelles, ou demi-valves, ne se touchent ni en avant ni en arrière. On les matelasse de ouate en dedans, puis on les maintient à l'aide d'un simple bandage roulé non amidonné.

(*Arch. belges de méd. milit.*)

Haschisch employé contre les névralgies.

Par M. le docteur HUBBARD.

Après plusieurs expériences thérapeutiques sur la valeur du haschisch donné dans les névralgies, les névroses et le choléra, l'usage de ce nouveau médicament a été presque complétement oublié en France. Si l'on se rappelle comment les névralgies et les névroses résistent quelquefois aux médications les plus rationnelles, on comprendra facilement pourquoi nous tenons à signaler ici le résultat de l'expérience clinique de nos confrères américains.

M. le docteur Hubbard vient de communiquer à l'Association médicale de New-York deux faits de névralgie faciale et crânienne guérie par l'administration du haschisch.

Un autre membre de la même Société, M. le docteur J.-C. Dalton, objecta que son expérience personnelle lui avait au contraire démontré l'inefficacité du haschisch contre les névralgies.

M. le docteur Hegwood annonce avoir employé avec avantage ce médicament dans des cas de névralgies faciales et dans l'aménorrhée; le haschisch serait même aux yeux de ce médecin un puissant emménagogue. (*New-York médical Times* et *Gaz. hebd.*)

Application topique de la teinture d'iode dans la variole.

Par M. le docteur James CRAWFORD.

M. le docteur J. Crawford a publié, il y a neuf ans, un mémoire sur le traitement abortif de la variole au moyen des applications locales de teinture d'iode; il vient de faire connaître dans un journal américain le résultat de sa pratique à cet égard.

Voici son procédé :

La face du malade est barbouillée deux ou trois fois par jour de teinture d'iode; cette application du médicament est répétée jusqu'à la fin de la période de développement des papules. L'efficacité du traitement est d'autant plus marquée qu'il est mis en usage à une époque plus rapprochée du début de la maladie. On parvient ainsi à modérer le travail phlegmasique et l'ulcération du derme.

M. Crawford a pu sans aucun inconvénient étendre ce traitement à toute la surface du tégument externe. La première application de teinture d'iode détermine un peu de douleur, qui ne se manifeste plus quand on revient à une deuxième application du médicament. (*Ibid.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 avril 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Choléra. — Le ministre du commerce transmet un exemplaire d'un ouvrage qui vient d'être publié à Londres, et qui contient une série de rapports faits au Collége Royal des physiciens sur la dernière épidémie de choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sur les bougies tortillées et crochues. — M. Le Roy-d'Etiolles adresse à l'Académie un second mémoire sur les avantages des bougies tortillées et crochues dans les cas de rétrécissement qui laissent encore passer l'urine, mais qui n'admettent pas les sondes et les bougies ordinaires, quelle que soit leur finesse.

Cette différence provient de ce que l'orifice du rétrécissement est excentrique, ou bien encore de ce que des rétrécissements successifs non circulaires, produisant des saillies alternes, impriment à l'urètre des inflexions en zigzag. Ces obstacles peuvent être surmontés en faisant un petit crochet à l'extrémité des bougies, ou en leur donnant la forme d'une spirale ; leurs pointes rendues ainsi excentriques, présentées successivement à divers points de la circonférence de l'urètre par un mouvement combiné d'impulsion et de rotation, rencontrent les ouvertures déviées des rétrécissements ou s'engagent dans leurs sinuosités.

Au point de vue de l'invention, dit M. Le Roy-d'Etiolles, c'est là une minutie de mince valeur ; mais le résultat en est important, d'autant plus que le succès dépend moins de l'habileté exceptionnelle d'un chirurgien que de la patience, de la persévérance, de la légèreté de main, toutes choses qui sont dans le domaine de la volonté.

Soixante et une observations relatées dans le premier mémoire de M. Le Roy-d'Etiolles constataient l'efficacité de cette manœuvre si simple; une nouvelle série de dix-neuf cas est contenue dans ce second mémoire. L'impossibilité du cathétérisme avec des sondes et des bougies ordinaires avait été reconnue par des médecins et des chirurgiens, parmi lesquels MM. Cloquet, Jacquemin, Ricord, Philippe Boyer, Huguier, Paul Guersant, Richet, Desperrière (de Saumur), Bourgeois (d'Etampes), Ruff (de la Martinique), Falize (du Havre), Chauffard, etc.

Dans le nombre de ces rétrécissements, il y en a deux traumatiques avec fistules au périnée: tous deux ont été traités à l'Hôtel-Dieu de Paris. Sur l'un d'eux, placé dans le service de M. Richet, suppléant de M. Roux pendant la maladie qui vient de le ravir à la science, c'est seulement après six jours de tâtonnement, pendant vingt à trente minutes, que M. Le Roy-d'Etiolles a pu faire pénétrer une bougie capillaire; six jours après, l'urètre admettait facilement 5 millimètres.

M. Le Roy-d'Etiolles indique les précautions à prendre pour assurer le succès : la petite bougie doit séjourner 24 à 36 heures avant qu'une autre lui soit substituée ; loin d'empêcher l'écoulement de l'urine, elle le favorise dans la généralité des cas. Les liens qui l'attachent doivent être très courts ; pour cela, ils sont fixés autour de la base du gland à nu: le prépuce, quand il existe, est ramené par-dessus ces liens. La réussite dépend de l'observation de ces petites précautions, auxquelles on peut appliquer les paroles de Stohl : *Magni momenti minutiæ*.

Compas de poche pour mesurer le diamètre des sondes, des bougies et des tiges des instruments de chirurgie. — M. Le Roy-d'Etiolles présente à l'Académie un petit compas d'épaisseur, qui marque les diamètres au moyen d'un cadran et d'une aiguille. Il, a dit-il, sur les filières l'avantage de montrer les différents diamètres des tiges non cylindriques, et de permettre de mesurer les sondes lorsqu'elles sont introduites. Ce chirurgien fait observer qu'il y a dans les filières une telle anarchie qu'il n'est plus possible de s'entendre. Nous avons la filière du temps de Desault, Boyer, Dubois, divisée en douze numéros; la filière Charrière par tiers de millimètre, percée de trente trous; la filière Mathieu par quart de millimètre, percée de trente-huit trous, la filière Beniqué par sixièmes de millimètre, percée de soixante trous. Il est donc indispensable de laisser de côté les numéros pour ne plus parler que par millimètres et fractions de millimètre.

Le compas est représenté de grandeur naturelle dans la figure; il a été exécuté par M. Mathieu.

Valérianate d'atropine. — M. Michéa adresse une lettre dans laquelle il rappelle qu'il a lu devant l'Académie un mémoire sur la *combinaison de l'acide valérianique avec l'atropine et sur l'application de cet agent à la thérapeutique*. Une commission a été nommée, son travail est encore entre ses mains ; il n'a publié nulle part la formule du nouveau sel atropique, et cependant un pharmacien de Paris, M. Garnier, vient d'annoncer par voie de prospectus qu'il livrait ce médicament au commerce. M. Michéa prie M. le président de vouloir bien faire connaître à l'Académie qu'il est directement et indirectement étranger à toute publicité donnée à la vente du valérianate d'atropine.

Hirudoculture. — M. Fermont adresse un mémoire sur l'hirudoculture envisagée sous le point de vue de l'hygiène et de la salubrité publique.

Anatomie et physiologie des dents. — M. Oudet lit un mémoire intitulé *Considérations générales sur l'anatomie et la physiologie des dents*. L'étendue de ce mémoire n'ayant pas permis d'en terminer la lecture, la suite en est remise à la séance prochaine.

Déviations de l'utérus. — M. Valleix termine la lecture de son mémoire sur le redressement des déviations utérines. (Nous donnerons cette seconde partie dans notre prochain numéro.)

Perchlorure de fer. — M. Giraldès lit en son nom et au nom de M. Goubaux un travail sur les résultats des expériences qu'ils ont faites à Alfort sur l'action du perchlorure de fer.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le perchlorure de fer à 45 et 49° (aéromètre de Beaumé) ne doit pas être employé, soit dans le traitement des anévrismes, soit dans le traitement des tumeurs érectiles; son usage pourrait être suivi d'accidents graves.

2° Le perchlorure de fer à 30°, ou mieux encore à 20°, peut être employé dans le traitement des anévrismes et des tumeurs érectiles veineuses et artérielles.

3° Le perchlorure à 30° peut être employé dans les kystes hématiques.

4° Le perchlorure de fer à 30, à 45°, peut être employé comme modificateur des plaies en suppuration.

5° Enfin le perchlorure de fer à 45 et 49° peut être employé avec avantage pour arrêter des hémorrhagies en nappe après les opérations, ou des hémorrhagies secondaires qui surviennent après les amputations.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 avril 1854. — Présidence de M. COMBES.

L'Académie des sciences a procédé à la nomination d'un vice-président, en remplacement de M. Roux.

Au premier tour de scrutin, les voix se sont partagées entre MM. Regnault, Is. Geoffroy Saint-Hilaire, Velpeau.

Après deux scrutins sans résultat, on a procédé à un scrutin de ballottage entre MM. Regnault et Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Sur 53 votants :

M. Regnault a obtenu . . . 28 voix
M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire. . 24 — .
Une voix perdue.

En conséquence, M. Regnault a été proclamé vice-président pour le restant de l'année 1854, et président pour l'année 1855.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Dans sa séance du 27 décembre 1853, la Société entomologique de France a procédé, pour la vingt-troisième fois depuis sa fondation, au renouvellement annuel des membres de son bureau et de ses commissions spéciales. Ont été nommés pour 1854. Membres du bureau :

MM. L. Fermaire, président; le Dr Sichel, vice-président; E. Desmarest, secrétaire; H. Lucas, secrétaire adjoint; L. Buquet, trésorier; le Dr Signoret, trésorier adjoint; Doué, archiviste; Bellier de la Chavignerie, archiviste adjoint.

Commission de publication : les membres du bureau et MM. Aubé, Boieldieu, Dr Bois-Duval, Gougelet et Reiche.

Membres de la commission des collections : l'archiviste et MM. Berce, Bois-Duval et L. Buquet.

— Une épidémie de variole exerce en ce moment de tels ravages dans la ville d'Arles, que les Ecoles chrétiennes ont été fermées par ordre de l'autorité municipale. Peu de jours après cette clôture, la mort est venue enlever successivement les frères qui les dirigeaient: ils avaient tous été atteints de l'épidémie. Cette influence épidémique n'est malheureusement pas bornée à la ville d'Arles ni au département des Bouches-du-Rhône, car chaque jour nous recevons de divers points de la France, de l'Algérie, de la Suisse des lettres qui nous font des demandes réitérées de vaccin et constatent qu'elle s'étend à une foule de localités.

— M. le docteur Ancelon nous écrit de Dieuze (Meurthe), 12 avril :

« La grippe règne ici depuis environ un mois et ne laisse pas que de nous donner souvent beaucoup d'inquiétude, à cause des formes variées qu'elle revêt ; la forme thoracique est la plus rare, la forme gastro-intestinale la plus commune aussi bien que la névralgique; elle simule parfois des méningites qui finissent mal. Si l'article que j'adressai l'an passé à la *Gazette des Hôpitaux*, et où je signalais le défaut de résistance nerveuse aux causes épidémiques, avait besoin de confirmation à ce point de vue, l'épidémie actuelle me la fournirait amplement. J'ai fait cette année encore une remarque étiologique singulière. La grippe de 1852 et 1853 a sévi dans une saison humide et durant un hiver doux et pluvieux, après avoir été précédée par un *nombre assez considérable d'ictères*. Cette année, l'hiver a été sec et assez froid pour que le thermomètre descendît sous notre latitude jusqu'à 21 degrés, et la grippe, *précédée comme l'an passé, par des ictères nombreux*, nous est arrivée au commencement du mars, juste au moment où le choléra sévissait à Metz et à Nancy. Metz a eu en même temps une épidémie de fièvre typhoïde (forme muqueuse) et des cas de choléra; Nancy quelques varioles, et des cholériques en nombre assez restreint. »

— M. le docteur C. Sbattuck (de Boston) vient de faire un don de 14,000 dollars (70,000 fr.), pour fonder une chaire d'anatomie pathologique au collége médical de cette ville.

— M. le docteur Baroni (de Bologne) vient de mourir à Rome d'une phthisie pulmonaire. A son convoi, les carrosses du duc de Cesarini et de Mossimo, duc de Rignano, le Collége médical, les professeurs de médecine et 200 à 300 élèves des hôpitaux de l'Université, suivaient le corbillard du savant défunt.

— La compagnie du chemin de fer d'Orléans est prévoyante, dit le *Journal du Loiret;* aussi s'est-elle entourée de médecins, ne fût-ce que pour les accidents. Sur l'ensemble de la ligne, on ne compte pas moins de quarante docteurs attachés au chemin de fer. Ces messieurs, qui demeurent les uns à Paris, à Orléans, à Tours, les autres à Nantes, à Bordeaux, à Moulins, etc., et qui, vu les distances, ont rarement l'occasion de se voir, ont éprouvé le besoin de s'offrir un dîner annuel.

Ce rendez-vous est religieusement observé, et quelques-uns des docteurs, ceux, par exemple, qui demeurent à Nantes ou Bordeaux, n'hésitent pas à faire deux cents lieues dans leur journée, aller et retour, pour prendre part à cette solennité culinaire où, comme médecin et comme voyageur, chacun fait noblement honneur à son appétit.

Bon appétit, surtout, *docteur* n'en manque point!

Cette année, le banquet était présidé par une des illustrations de l'art médical, M. Bretonneau (de Tours). La fête a été cordiale et animée par une franche et spirituelle gaieté. Divers toasts ont été portés au dessert, et le soir même tous les docteurs avaient repris leur sérieux et étaient retournés à leurs malades.

Molière, dans l'*Amour médecin*, a fait une charmante scène de comédie, avec quatre docteurs seulement. Que n'aurait-il pas su faire avec quarante, surtout si, ce qui n'avait pas lieu ici, le banquet avait dû servir de réclame et être payé par les invités ! On aurait, en ce cas, retrouvé chez lui quelques vers de ce genre :

J'aime la réclame
De toute mon âme,
Mais je ne la fais
Jamais à mes frais !

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère dans l'infortune

(Au bureau du journal).

Montant des listes précédentes : 236 fr.

MM. Brière de Boismont, 5 fr.; Chomel, 10 fr.; Bédor (de Troyes), 3 fr.; Bauche, 3 fr.; Brasier, 5 fr.; M. Ricord, 10 fr. — Total : 272 fr.

Les moindres sommes seront reçues avec une profonde reconnaissance.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

Le choléra semble avoir acquis un mouvement ascensionnel assez notable depuis une douzaine de jours. Déjà dans notre dernier bulletin nous signalions une augmentation sensible dans le nombre des admissions, la proportion des cas développés sur place restant à peu de chose près la même. Le bulletin de la dernière semaine, comprenant du 12 au 19 avril, accuse en effet 75 cas nouveaux, chiffre qui dépasse de plus du double celui des deux semaines précédentes, qui était de 31 pour l'une et de 32 pour l'autre. Quant à la mortalité, elle est de 43 pour le même laps de temps. Loin donc d'avoir diminué, elle s'est maintenue au contraire, à une proportion toujours très élevée et qui dépasse la moitié des cas.

A la date sus-indiquée (du 19 avril), il restait 67 malades en traitement dans les hôpitaux.

L'épidémie, tout en restant dans des limites restreintes, tend cependant, comme on le voit, à se prolonger. Dans cet état de choses, on ne saurait trop insister sur la surveillance des indispositions qui constituent la prédisposition la plus commune à la maladie et sur l'observation rigoureuse des règles communes de l'hygiène.

De la paraplégie variolique et de quelques autres espèces de paraplégies indépendantes d'une lésion persistante de la moelle.

A côté des faits de paralysies symptomatiques de lésions du cerveau dont nous avons récemment rapporté plusieurs exemples, il ne sera pas sans intérêt de placer ici quelques faits de paralysies soit idiopathiques, soit sympathiques; mais, dans tous les cas, indépendantes de toute lésion appréciable et persistante des centres nerveux. Les exemples de ce genre se rencontrent fréquemment, surtout parmi les paraplégies. Ils sont beaucoup plus rares parmi les paralysies unilatérales, bien qu'il s'en rencontre de temps à autre aussi quelques cas, ainsi que nous en avons rapporté il y a peu de temps un exemple remarquable. Les faits qui vont nous occuper pour l'instant, et que nous avons eus depuis peu sous les yeux, sont tous relatifs à la paraplégie, et quelques-uns plus spécialement à une espèce de paraplégie sur le compte de laquelle les auteurs gardent, en général, le silence; nous voulons parler de la paraplégie variolique.

Le premier exemple de ce genre sur lequel M. le professeur Trousseau a appelé notre attention est celui qu'a présenté une jeune malade dont nous avons dernièrement entretenu nos lecteurs. Cette jeune fille, entrée à l'hôpital pour une hydropéritonite, et qui a été traitée par le calomel, était en voie d'amélioration lorsqu'il y a quelques jours elle fut prise de fièvre, de douleurs de reins et de vomissements. Dans la pensée d'abord que cette fièvre et ce malaise étaient l'indice d'une exacerbation de la phlegmasie péritonéale, M. Trousseau prescrivit une nouvelle dose de calomel. Mais la fièvre ayant persisté et étant même devenue plus intense le lendemain, sans qu'il y eût eu augmentation des douleurs et de la sensibilité de l'abdomen, il fallut bien revenir sur cette première impression. D'un autre côté d'ailleurs, les douleurs de reins étant devenues extrêmement vives et ayant attiré l'attention de ce côté, on ne fut pas peu surpris de reconnaître que les membres inférieurs étaient frappés d'impuissance; ils étaient dans une absolue immobilité, et la sensibilité y était en outre notablement affaiblie. Considérant alors qu'il existait dans le moment plusieurs cas de variole dans la salle, et se rappelant avoir vu plusieurs fois l'éruption variolique précédée d'une paraplégie passagère, M. Trousseau diagnostiqua dès ce moment, chez cette jeune malade, une paraplégie par intoxication variolique, et prédit une éruption prochaine. C'est ce qui ne tarda pas à arriver. Effectivement, dès le lendemain une éruption caractéristique couvrait le visage, la poitrine et une partie des membres.

Quelque temps auparavant, en effet, les personnes qui suivent habituellement la visite de M. Trousseau avaient pu voir une jeune femme qui a eu une paraplégie de même nature, qui n'a duré que pendant la période prodromique de la variole et qui a disparu au moment de l'éruption. Par une coïncidence assez singulière, il existait en même temps un cas tout à fait semblable dans le service de M. Rostan. Une jeune femme était entrée avec de la fièvre, de vives douleurs de reins et une paraplégie. On prescrivit une application de 40 ventouses ; le lendemain il n'y avait plus de paraplégie, mais une belle variole.

Enfin, en ce moment même, dans la salle des nourrices, est une femme dont l'enfant se meurt de choléra, et qui a eu également une variole précédée de paraplégie. Il faut dire que dans tous ces cas la paraplégie ne subsiste, en général, que pendant la période prodromique ou tout au plus pendant la durée de la variole. Le plus habituellement les malades récupèrent l'entière liberté de mouvement après l'évolution complète de l'affection éruptive.

Il y a en outre, dans la même salle Saint-Bernard, au n° 7, une femme qui présente un cas de paraplégie idiopathique, qui ne paraît être lié ni symptomatiquement ni sympathiquement à aucune autre lésion ou affection quelconque. Cette femme est entrée à l'hôpital pour un catarrhe pulmonaire; puis, guérie de son catarrhe pulmonaire, elle a été prise d'un catarrhe intestinal dont quelques pilules de nitrate d'argent ont fait promptement justice. Elle était convalescente et sur le point de sortir de l'hôpital, lorsqu'un matin elle se réveille paralysée des membres inférieurs, paralysée du mouvement seulement, avec intégrité de la sensibilité. M. Trousseau prescrivit 30 ventouses scarifiées, qui donnèrent à peu près 120 grammes de sang. Le lendemain, la paraplégie avait disparu ; la malade était guérie.

Un fait assez semblable à celui-là s'était présenté l'année dernière dans le service de M. Trousseau. Un homme entre dans les salles pour un rhumatisme de l'épaule ; il est traité par la belladone. Le rhumatisme disparaît de l'épaule et migre sur le plexus cervical ; il en résulte une paralysie du bras, paralysie simultanée du mouvement et de la sensibilité. Convaincu que cette paralysie était liée à l'affection rhumatismale, qu'elle avait son siége dans le système nerveux local et qu'elle n'avait rien de commun avec une lésion du cerveau, M. Trousseau persista dans le même ordre de médication, qui ne tarda pas en effet à faire disparaître et le rhumatisme et la paralysie. Cet homme raconta, à cette occasion, qu'ayant habité les Antilles, il y avait été pris d'une paralysie à la suite d'un bain froid pris ayant très chaud, laquelle paralysie se dissipa d'elle-même en peu de temps.

La conclusion de ces faits, auxquels on pourrait en joindre un assez grand nombre d'analogues, c'est qu'il ne faut ni se hâter de porter un pronostic grave au sujet de ces paraplégies ou de ces paralysies de diverses régions du corps qui surviennent souvent à l'occasion de causes assez légères, ni se hâter d'opposer des médications actives, énergiques et souvent très douloureuses à une affection qui se dissipe souvent d'elle-même en peu de temps.

Hémorrhagie cérébrale. — Paralysie croisée du côté droit de la face et des membres du côté gauche. — Résolution de la paralysie des membres, persistance de l'hémiplégie faciale. — Nouvelle hémorrhagie. — Mort. — Foyers.

Nous avons rapporté dans le numéro du 11 mars dernier l'observation d'une femme couchée au n° 9 de la salle Saint-Antoine, service de M. Rostan. On se souvient, et le titre de l'observation le rappellerait suffisamment au besoin, que cette femme présentait ce phénomène curieux d'une double paralysie du côté droit de la face et des membres du côté gauche, qui soulevait une question de diagnostic fort intéressante. De nouveaux accidents hémorrhagiques sont survenus depuis, qui ont entraîné la mort de cette malade. L'autopsie est venue confirmer sur presque tous les points le diagnostic qui avait été porté et révéler en même temps quelques particularités assez singulières qui nous ont paru mériter d'être signalées à l'attention de nos lecteurs. Mais avant d'exposer les résultats de l'examen nécropsique, reprenons l'histoire de cette malade au point où nous l'avions laissée.

Nous laissons parler M. Devers, externe du service, qui a recueilli l'observation et rapporté avec le plus grand soin les détails de l'autopsie.

Nous avons laissé cette malade dans un état peu satisfaisant. L'hémiplégie des membres du côté gauche avait, il est vrai, complétement disparu. Cependant la langue se déviait toujours fortement à gauche ; l'œil droit ne pouvait être dirigé en dehors ; l'hémiplégie faciale droite augmentait. Les étourdissements continuaient avec une telle violence que la malade ne pouvait plus dormir. Elle était en proie à une vive anxiété et souffrait beaucoup d'une striction douloureuse à la gorge.

Le 17 mars, elle est prise tout à coup de vomissements opiniâtres, et sur le soir elle tombe dans un coma profond. Si on vient à la pincer, un léger tressaillement dénote la persistance de la sensi-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la Météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme, et principalement avec la médecine et l'hygiène publique; par le docteur Foissac.

La météorologie est cette partie des sciences physiques qui traite de l'état de l'atmosphère et des phénomènes qui s'y développent. D'après cette définition, il est facile de comprendre combien doivent être fréquentes les applications de cette branche des connaissances naturelles à la médecine. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner l'électricité atmosphérique, l'hygrométrie, l'histoire de l'air, la température, etc., qui forment dans cette science autant de chapitres importants dont aucun n'est étranger à l'art de guérir. Les médecins de tous les temps ont compris cette importance, et dès la plus haute antiquité les maîtres de l'art s'y sont livrés avec ardeur ; et pour n'en citer qu'un exemple, qu'est-ce que le fameux traité d'Hippocrate *De aere, locis et aquis*, sinon un traité de météorologie appliquée à la médecine ?

Il affirme, le père de la médecine, que celui qui veut se livrer à la pratique avec succès doit considérer d'abord tout ce qui a rapport aux saisons, les effets que chacune d'elles peut produire dans ses vicissitudes, les vents chauds et froids, ceux qui sont communs à tous les pays et particuliers à chaque contrée ; il veut que l'on apprécie les qualités des eaux, dont les propriétés diffèrent en raison de leur saveur et de leur poids; que le médecin, arrivant dans une ville qu'il ne connaît pas encore, étudie ses rapports avec les vents, sa position topographique, et n'ignore aucune des circonstances qui peuvent influer sur les caractères des maladies qu'il sera appelé à observer et à traiter.

D'après l'ancienneté de cette science, on serait porté à croire qu'elle doit être, sinon parfaite, quelle science humaine peut se flatter de l'être jamais ? du moins parvenue à un degré voisin de la perfection. Et cependant un homme bien compétent en pareille matière, M. de Humboldt, déclare que c'est encore une science naissante; on accumule, dit-il avec raison, des observations, mais on n'a pu reconnaître encore les lois dont elles sont l'expression fidèle. C'est qu'en effet les points à explorer sont nombreux ; il n'y a que bien peu d'années que l'on est parvenu, à l'aide d'instruments d'une précision réelle, à mesurer les différences de température, d'humidité ou de sécheresse, d'électricité, de densité, de composition, etc., des milieux qui nous entourent. On rassemble de toutes parts des matériaux ; mais le temps semble ne pas être encore venu de les mettre en œuvre, et de tirer de leur comparaison les résultats auxquels il faudra nécessairement arriver pour constituer une science exacte.

Cependant on est assez riche déjà pour essayer de poser les premières assises du monument, et M. Foissac a cru qu'il pouvait, sans trop de présomption, se rendre utile en traçant une esquisse de la science à faire, jusqu'à ce qu'il fût possible de la constituer dans son ensemble. C'est ce travail que nous avons sous les yeux et dont nous allons essayer de rendre compte.

Une des premières difficultés qui se présentaient, c'était le choix d'un plan. Les phénomènes météorologiques sont dans une telle dépendance, dit l'auteur, que leur description méthodique offre seule de sérieuses difficultés. Parle-t-on de la lumière et des fluides impondérables, l'air intervient comme modificateur. Veut-on décrire l'air, il importe de connaître sa composition, son état de repos ou de mouvement, sa pesanteur, sa température, etc. Est-il question de la température, il convient d'examiner la chaleur propre du globe, l'influence des plaines, des montagnes, des continents, des mers, de l'exposition, des cultures, des habitations ; tous ces agents, toutes ces conditions se modifient, se confondent, s'influencent. Pénétré de ces difficultés, et sans chercher un plan dont la perfection lui paraît impossible dans l'état actuel de nos connaissances, M. Foissac s'est contenté de décrire les phénomènes dans l'ordre le plus conforme à l'enchaînement logique des faits, et dans celui qui permet de les exposer de la manière la plus complète et la plus naturelle.

Il a donc divisé son livre en cinq parties :

1° Les fluides impondérables;

2° Les eaux;

3° L'atmosphère;

bilité; si on lui parle très fort, elle donne à entendre par des signes qu'elle en a conscience; mais elle essaie en vain de répondre, la perte de la parole étant complète, et aussitôt elle retombe dans le coma. La respiration se fait mal; le système veineux est gorgé de sang; à chaque expiration, la joue droite est distendue par l'air expiré. Les battements du cœur sont tumultueux et très forts.

Cet état persiste jusqu'au mercredi soir 22. Alors la respiration s'embarrasse, devient bruyante; les extrémités se refroidissent, et la malade se débat dans son agonie, qui dure jusqu'à une heure du matin.

On se rappelle le diagnostic qui avait été porté lors de l'entrée de la malade le 3 janvier; ce diagnostic avait dû nécessairement être modifié en présence des faits observés. M. Rostan pensait qu'il avait dû y avoir dans l'hémisphère droit du cerveau non-seulement un foyer hémorrhagique qui a déterminé l'hémiplégie des membres du côté gauche (laquelle se serait maintenue guérie), mais aussi une lésion chronique à marche graduelle et croissante située à la base du crâne de ce même côté, à laquelle on devait rapporter tous les phénomènes d'hémiplégie faciale.

Il restait dans cette hypothèse à s'expliquer l'apparition simultanée des symptômes de deux altérations si différentes. Tout portait à penser que la lésion de la base préexistait à l'autre; mais on sait que dans ces sortes d'affections le début brusque n'est pas rare : c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Ici l'hémiplégie survenue brusquement n'a-t-elle pas pu jouer par rapport à la première lésion le rôle de la goutte d'eau? Restait, enfin, à découvrir la cause immédiate de la mort et de l'état comateux qui l'a précédée : c'est ce que l'autopsie va nous apprendre.

La mort a rendu à la face son aspect normal; seulement, l'œil droit est resté tout ouvert, et il présente à sa surface un dessèchement complet; il est rapetissé et enfoncé profondément dans l'orbite.

Le cuir chevelu est le siége d'une injection marquée. Le muscle temporal du côté droit est plus mince et plus pâle que celui du côté opposé. La surface externe du crâne est normale, mais sa surface interne est violacée et parsemée de stries de sang. La dure-mère n'est point adhérente. Les sinus sont vides; seulement, le pressoir d'Hérophile est rempli par des caillots en partie fibrineux. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est rempli par un liquide épais et visqueux qu'on fait suinter en appuyant avec le scalpel. La pie-mère est fortement injectée, surtout au niveau du lobe droit du cervelet, qui paraît aplati et élargi. En pressant en ce point, on a la sensation d'une fluctuation. La plupart des petites artères qui rampent à la surface du cerveau sont très flexueuses et en partie ossifiées.

Le moteur oculaire externe du côté droit est plus mince de moitié que celui du côté gauche; mais le facial droit surtout a subi une telle atrophie qu'il n'est pas plus gros qu'un fil à coudre, tandis que celui du côté opposé a son volume normal. J'ai suivi le facial jusqu'après sa sortie du trou styloïdien, et partout il présentait la même atrophie.

Le cerveau lui-même paraît légèrement déprimé au niveau de la protubérance, et à droite surtout de cette protubérance. Sa consistance n'était pas diminuée.

La moelle présente aussi un aplatissement bien marqué vers l'origine de l'hypoglosse du côté gauche. La saillie de la pyramide et de l'olive de ce côté est considérablement diminuée.

De plus, on trouve à la base du crâne un grand nombre d'artères ossifiées. Les carotides, au moment de pénétrer dans le canal du rocher, offrent une ampoule cartilagineuse, et qui est presque osseuse à gauche.

Du côté des os, on constate tout d'abord que les reliefs qui entourent le trou occipital sont plus marqués, surtout en avant et à gauche, au niveau du trou condylien antérieur. Ce trou condylien est lui-même rétréci et partagé en deux par une cloison verticale. Le grand trou occipital a ses diamètres normaux; mais le canal rachidien, au niveau de l'atlas, paraît diminué dans le sens antéro-postérieur.

L'apophyse odontoïde paraît plus épaisse; elle fait une saillie de 0,005 du côté du canal, qui en cet endroit n'a que 0,018 de diamètre antéro-postérieur, au lieu de 0,023 qu'il présente ordinairement.

En levant couche par couche la substance cérébrale de l'extérieur à l'intérieur, on voit que le cerveau est piqueté; il offre même en quelques points de légères arborisations. Mais bientôt, et tout près des circonvolutions, dans le lobe postérieur droit, nous trouvons un foyer hémorrhagique en voie de guérison. Il se présente sous forme d'une cavité oblongue à grand diamètre de 0,035, et à peu près effacée par le rapprochement de ses parois. Sa couleur est d'un beau jaune, qui va se perdre insensiblement en se confondant avec la couleur blanche du cerveau. De plus, il y a sur les deux faces des concrétions très adhérentes, fibrineuses, et d'une couleur vert foncé.

Plus profondément dans le corps strié, on retrouve la trace de deux petits foyers hémorrhagiques antérieurs au précédent, et complétement guéris.

Puis, ouvrant le cervelet, on trouve dans le lobe gauche une injection très marquée; mais en ouvrant le lobe droit, on tombe dans un vaste foyer hémorrhagique qui occupe toute la capacité du lobe. Il est plein de sang noir et épais, ainsi que de caillots qui ressemblent à de la gelée de groseilles. Les parois de ce foyer sont rouges et anfractueuses; des détritus de substance cérébrale sont flottants dans son intérieur. La partie du lobe qui n'a pas été envahie par l'hémorrhagie forme une couche peu épaisse de 0,004 à 0,005 autour du foyer, où elle est molle et très injectée.

Ces détails nécropsiques donnent, comme on le voit, une explication assez satisfaisante de ce qui s'est passé chez cette malade. L'atrophie du facial et du moteur oculaire externe du côté *droit* a causé la paralysie des muscles de la face et du muscle moteur oculaire externe *à droite*. La compression de l'hypoglosse du côté gauche explique la paralysie des muscles de la langue de ce côté, et par suite la déviation de sa pointe. La nature de ces altérations était bien en rapport avec la marche graduelle et croissante des phénomènes observés.

Anesthésie locale au moyen du chloroforme à une température élevée.

Pendant que nous suivions les expériences d'anesthésie locale par réfrigération d'après les indications fournies par M. Guérard, et que nous en faisions connaître les résultats à nos lecteurs, un de nos chimistes les plus distingués, M. le docteur L. Figuier, agrégé à l'École de pharmacie, cherchait, de son côté, à restituer à la méthode anesthésique locale son véritable caractère et sa signification primitive. Se fondant sur ce fait que dans l'état physiologique une certaine élévation de température favorise l'absorption, et que le défaut d'absorption, c'est-à-dire la non-pénétration à travers la peau des vapeurs anesthésiques, est probablement la cause des insuccès qu'a rencontrés jusqu'ici l'anesthésie locale, M. Figuier a essayé de soumettre les parties destinées à devenir le siége d'une opération douloureuse à l'action des vapeurs de chloroforme élevées à une température d'environ 50 degrés.

Il a fait construire à cet effet un appareil composé d'une petite capacité cylindrique contenant dans son intérieur plusieurs toiles métalliques et que l'on chauffe extérieurement à l'aide d'une lampe à esprit-de-vin. L'air, dirigé par un soufflet dans l'intérieur de cet espace, s'y échauffe; traversant ensuite le réservoir du chloroforme, il emporte à l'état de vapeur une quantité notable du composé anesthésique.

Cet appareil a été essayé dans plusieurs services des hôpitaux, notamment à l'hôpital Saint-Louis, à l'hôpital Lariboisière et à Lourcine.

Les résultats, de l'aveu de M. Figuier, se sont montrés insuffisants, en ce sens que, si l'on a pu constater une atténuation manifeste de la sensibilité, l'effet anesthésique était incomplet et demeurait limité à la surface de la peau; les parties sous-jacentes avaient conservé leur sensibilité. C'est là aussi le résultat que l'on obtient en général par la réfrigération, résultat incomplet sans doute, mais suffisant pour un certain nombre d'opérations.

M. Figuier espère d'ailleurs qu'en renfermant la partie que l'on se propose d'anesthésier dans une sorte de sac ou d'enveloppe imperméable, de caoutchouc, par exemple, et en prolongeant assez longtemps le contact des vapeurs de chloroforme modérément chauffées, on pourra parvenir à réaliser complétement l'effet anesthésique.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des nouveaux essais qui pourront être entrepris dans cette voie. — Dr Brochin.

MAISON D'ACCOUCHEMENTS DE BASTIA (Corse).

M. Mattei, professeur.

Considérations sur l'allongement hypertrophique du col utérin qui a été souvent confondu avec des chutes plus ou moins complètes de l'utérus et du vagin. — Observation d'un accouchement dans un cas d'allongement hypertrophique du col.

Lorsque l'année dernière, à pareille époque, j'allai à Paris pour présenter quelques travaux à l'Académie de médecine, M. Huguier, chirurgien à l'hôpital Beaujon, me fit l'honneur de me faire connaître ses idées sur l'allongement du col utérin qu'on a pris pour une chute de l'utérus. L'attention de l'Académie devant se porter bientôt sur le redressement, le cathétérisme et les déplacements de la matrice, je ne crois pas inutile de publier les remarques que m'a suggérées un accouchement dans un cas qu'on considérant comme une chute incomplète de l'utérus, et où il n'y avait qu'un allongement hypertrophique du col.

Il n'est pas à ma connaissance que M. Huguier ait publié *in extenso* ses idées sur cette matière; aussi je crois qu'il est de mon devoir de commencer par lui rendre ce qui lui appartient avant de donner mon avis personnel.

L'honorable membre de l'Académie, ayant eu lieu de faire l'autopsie d'une femme atteinte d'une soi-disant chute de l'utérus, fut surpris de trouver que le corps de cet organe conservait à peu près sa hauteur normale dans l'excavation, tandis que la tumeur extra-vulvaire était formée par un développement démesuré du col.

Une tige métallique introduite dans la cavité de l'utérus lui fit voir en effet que cette cavité ne se prolongeait pas seulement au-dessus des limites apparentes de la tumeur externe, mais qu'elle pénétrait jusqu'au fond même de l'utérus.

La vessie dans ce cas était située à la partie antérieure et supérieure de la tumeur extra-vulvaire, et ces caractères ayant été trouvés aussi dans des cas analogues sur la femme vivante, M. Huguier en a conclu que les chutes de l'utérus ne sont souvent qu'illusoires; le col en se développant peut simuler cette maladie.

Un seul cas qu'il a rencontré semblait faire exception à la règle, c'est que la sonde utérine ne pénétrait pas plus que s'il eût été question d'un utérus normal. Ce cas confirmait cependant la règle générale, c'est-à-dire qu'il y avait rétroflexion, et le redressement du corps de l'utérus laissa pénétrer encore la sonde de plusieurs centimètres.

La dissection de ces sortes de cas a permis à M. Huguier d'établir que non-seulement on peut enlever la partie apparente de la tumeur sans léser le péritoine, mais qu'on peut même couper dans le prolongement intra-vaginal de la tumeur un cône assez étendu sans intéresser cette séreuse.

Cette opération, devant emporter ainsi une grande quantité de la substance utérine, a pu paraître téméraire de prime abord; mais le succès est venu prouver la justesse du raisonnement de M. Huguier. J'ai vu de mes yeux et touché de mes doigts le beau résultat qu'il a obtenu dans une opération de ce genre. La femme offrait au fond du vagin, et à la hauteur normale, un museau de tanche à peine semblable à celui d'une femme âgée qui aurait fait plusieurs enfants. La vessie, qui avant l'opération faisait partie de la tumeur extérieure, était fort bien rentrée à sa position normale.

Quoique dans ce qui précède il y ait des idées qui ont été implicitement ou explicitement déjà émises par d'autres, il n'y a pas moins dans les faits du chirurgien de Beaujon un caractère remar-

---

4° La température;

5° Les révolutions du globe et les changements de climats.

Examinons les unes après les autres ces différentes sections. Mais avant tout disons un mot de quelques considérations générales sur le *principe de vie* dont M. Foissac fait précéder son livre.

Dans ce chapitre préliminaire, l'auteur examine successivement les diverses définitions de la vie données par les plus célèbres auteurs, physiologistes et philosophes, les discute et les rejette toutes, ce dont nous sommes peu surpris, car il n'en est pas une qui soit bien réellement irréprochable sous tous les rapports. Comme ses devanciers, M. Foissac propose la sienne, que voici : *la vie est un principe d'activité transmis par voie de génération aux corps organisés.*

Cette définition sera-t-elle plus heureuse que celles qui l'ont précédée? Nous ne savons et nous ne voulons point ici la discuter à son tour. Mais ce que nous voulons dire, c'est que le chapitre tout entier est écrit avec une verve, une logique, un *serré* de raisonnement, qu'on nous passe le mot, qui en rendent la lecture des plus attrayantes, en même temps que le sujet excite au plus haut point l'intérêt.

La première partie commence par l'étude de la lumière et des phénomènes dont elle est la source, des météores lumineux, l'aurore et le crépuscule, le mirage, l'arc-en-ciel, la scintillation des étoiles, etc., et l'examen de l'action de la lumière sur les corps organisés d'abord et ensuite sur les corps inorganiques, ce qui conduit à une courte et intéressante histoire de la photographie. Puis viennent la chaleur et l'électricité, ou plutôt les électricités, car M. Foissac a fait autant de chapitres séparés de l'électricité atmosphérique, de l'électricité animale et du magnétisme terrestre, divisions qui facilitent l'étude des phénomènes qui en dérivent.

Ainsi autour de la première se groupent les phénomènes de lumière électrique, les feux Saint-Elme; les phénomènes électriques pendant les orages, l'éclair, le tonnerre, la foudre et ses effets sur les corps organisés, les paratonnerres.

Dans un second groupe, l'électricité animale, nous trouvons les poissons électriques, l'électricité physiologique et l'électricité considérée comme moyen thérapeutique, ce sujet tout neuf, encore dans l'enfance, mais qui est peut-être appelé à rendre un jour de grands services.

Enfin, dans un troisième groupe se range tout ce qui se rattache au magnétisme terrestre, les propriétés de l'aimant, l'inclinaison et la déclinaison magnétiques, les pôles, l'influence de l'aimant sur l'homme et les aurores boréales.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des eaux; après un chapitre où sont examinées à un point de vue général les qualités des eaux, les conditions de composition chimique, d'aération qui sont nécessaires à leur salubrité, ou en l'absence desquelles elles deviennent malsaines et indigestes, l'auteur passe en revue la température des eaux vives et dormantes et des sources thermales, des mers; les mouvements, l'étendue et la profondeur, la phosphorescence et la salure des mers. Ces chapitres, et surtout le premier, contiennent des applications pratiques à l'hygiène et à la médecine qui révèlent un profond observateur et un savant parfaitement au courant des connaissances scientifiques les plus précises et les plus récentes.

La composition et la pesanteur de l'air, l'évaluation de la pression moyenne de l'atmosphère précèdent l'histoire du baromètre, des oscillations périodiques ou diurnes de cet appareil, et celles non moins importantes de ses variations accidentelles, c'est-à-dire des variations qu'il subit pendant la pluie et les tempêtes; puis, comme application pratique, car c'est surtout par ce côté positif et éminemment utile que se fait remarquer le livre de M. Foissac, l'auteur cherche à apprécier l'influence de la pression atmosphérique sur le corps. On lira avec le plus vif intérêt les pages où sont consignées les observations des physiciens et des médecins sur la santé des mineurs et des ouvriers employés journellement dans nos ports au pénible travail dans la cloche à plongeur.

Dans cette section, dont le sujet est l'étude de l'atmosphère, un long chapitre renferme l'histoire des vents considérés dans leurs rapports avec l'hygiène publique; question qui n'a peut-être pas encore suffisamment fixé l'attention de ceux qui se sont occupés de la santé publique. Il y aurait à tirer un plus grand parti qu'on ne le pense de l'observation des vents, lorsqu'il s'agit d'établir dans une localité un centre de population, une colonie, des manufactures, etc. Les remarques d'hommes distingués, comme Chervin, Bertulus, Clot-Bey, ont démontré que durant les épidémies la maladie sévit souvent sur tel ou tel point suivant la direction du vent. Si les observations météorolo-

quable de nouveauté, et, pour mon compte, je lui serai toujours reconnaissant d'avoir attiré mon attention sur ce sujet.

Toutes les tumeurs qu'on a qualifiées du nom de chutes de la matrice ou du vagin étaient-elles de véritables déplacements de ces organes, ou a-t-on pu les confondre avec l'allongement hypertrophique du col utérin? Voilà des questions très graves que je ne prétends pas résoudre dans cet article; je me contenterai d'éveiller seulement sur ce sujet l'attention de nos autorités chirurgicales, sauf à l'approfondir plus tard, si mon opinion, quoique bien faible, peut apporter quelque lumière à son éclaircissement.

Chute complète de l'utérus. — Les chutes incomplètes de l'utérus pouvant offrir matière à des controverses, nous parlerons seulement de la chute complète, qui résume toutes les autres.

La chute complète de la matrice a été constatée par l'anatomie pathologique et par des phénomènes physiologico-pathologiques incontestables. Paré, après avoir amputé l'utérus dans un cas de descente complète de cet organe, trouva à l'autopsie qu'il l'avait entièrement enlevé. Rousset (*De partu cesareo*), après avoir vu l'utérus prolabé tomber en gangrène, trouva à l'autopsie que le cul-de-sac vaginal se terminait par un orifice qui s'ouvrait largement dans le péritoine. Ruisch, Vater, Bœmer paraissent avoir disséqué de véritables cas de chutes de l'utérus en dehors de la vulve. Harvey, Sanders, Fabricius, Fried, Kulm, Portal, Garin (*Filiatre lebezio*), Capuron et autres ont vu la matrice gravide se développer entièrement au-devant de la vulve. Wagner et Chopart ont assisté à des accouchements qui se faisaient ainsi en dehors du bassin. Les traités d'obstétrique nous citent même des cas où la chute de l'utérus a eu lieu pendant le travail de l'accouchement. Il est donc incontestable qu'il existe des chutes complètes de l'utérus pendant l'état de vacuité comme pendant l'état de plénitude de cet organe. Mais ces chutes sont-elles aussi fréquentes qu'on le croit? Voilà ce que nous nions.

La seule inspection extérieure de la tumeur suffisait ordinairement pour admettre la chute de l'utérus. Or, comme nous le verrons, le cathétérisme seul peut décider la question; et si ce moyen, déjà formellement recommandé par Morgagni, avait été mis plus tôt en usage, le nombre des chutes complètes de l'utérus aurait été bien moindre. Quant à la forme et au volume que prend la tumeur extra-vulvaire, ils sont tout à fait trompeurs; soit parce que la vessie vient la grossir, soit parce que l'étranglement qui s'opère au niveau de l'anneau vulvaire simule parfaitement le délivre qu'offrirait le pédicule vaginal déjà franchi par le fond de l'utérus.

Nous comptons à peine dans la science quelques cas où la matrice gravide se soit développée en dehors de la vulve, et cependant les cas de soi-disant chutes de l'utérus sont assez fréquents. Comment peut-on concevoir ces deux faits sans contradiction?

La fécondation est possible dans ces cas, lorsque la tumeur se réduit dans la position horizontale, ou tout au moins pendant le coït. Après ce temps, la matrice reste toujours dehors, et comme son poids va être augmenté du poids de l'embryon, elle se trouve de plus en plus dans les conditions qui la retiennent hors du bassin. Si, tout au contraire, cette matrice se développe intérieurement, comme à l'ordinaire, il faut convenir que le fond de cet organe, lors de la fécondation, n'avait pas quitté la position qu'il occupe dans l'excavation, et que la tumeur extérieure était entièrement formée par le col. Ce fait sera démontré par l'observation que nous rapportons plus loin, et qui, nous en sommes sûr, n'est pas seule dans les annales de la science.

On pourrait nous objecter qu'ici il s'agissait peut-être d'une descente incomplète, dans laquelle le temps que la femme passait au lit aura pu favoriser la rentrée de l'utérus gravide. Mais un cas rapporté par Chopart vient détruire complétement cette objection.

Il s'agit d'une demoiselle qui, dans un effort musculaire, vit apparaître à la vulve une tumeur, depuis lors irréductible. S'étant mariée, elle resta pendant vingt ans sans être fécondée. Au bout de ce temps, son mari étant parvenu à introduire le gland dans le museau de tanche dilaté, il la rendit mère. La tumeur extérieure acquit un certain volume pendant la grossesse; et ici, il faut faire aussi la part de la vessie, qui ne pouvait pas se vider complétement. Mais c'est dans l'abdomen même que se développa la grossesse. Ceci n'aurait certes pas eu lieu si la tumeur irréductible comprenait aussi le fond de l'utérus.

Ce fait est d'autant plus décisif que la descente, au lieu d'être graduelle, comme cela a lieu presque toujours, a paru instantanée. Cette circonstance s'explique, sachant que les soi-disant chutes de l'utérus, ou mieux encore les allongements hypertrophiques du col s'observent quelquefois aussi chez des femmes vierges; seulement, chez elles la tumeur, au lieu de paraître et disparaître souvent à la vulve avant de la franchir, comme cela a lieu chez les femmes mariées, elle se développe en dedans de l'anneau vulvaire, et elle ne le franchit ordinairement que dans un effort. L'étroitesse même du passage et le rétrécissement naturel qu'offre chez les premières le col au niveau de son orifice interne expliquent pourquoi, une fois sortie, la tumeur éprouve de la résistance pour rentrer dans le vagin.

Nous n'avons pas épuisé nos arguments; mais, d'après ce qui précède, nous pouvons dire que, malgré l'infinité des causes prédisposantes et occasionnelles que l'on a citées pour expliquer les descentes complètes de l'utérus, elles sont cependant très rares. On ne saurait facilement les comprendre en effet chez les femmes vierges, et comme chez les femmes mariées ces chutes commenceraient par être des relâchements avant d'être des descentes complètes, nous verrions plus souvent des femmes gravides avoir des grossesses extra-vulvaires que nous ne voyons de descentes même de l'utérus. Le poids seul de la matrice chargée du produit suffirait à achever de lui faire franchir le reste du vagin et la vulve, même dans les chutes incomplètes.

Chute du vagin. — Les chutes du vagin qu'on a désignées sous le nom d'incomplètes ou partielles ne sont ordinairement que le déplacement d'un des organes que tapisse ce canal (vessie, rectum, utérus). Une fois seulement nous avons trouvé la paroi antérieure du vagin faisant un pli long de 1 centimètre devant la vessie, qui était elle-même prolabée. L'utérus, dans ce cas, n'était ni déplacé, ni hypertrophié, et la lèvre antérieure de son col effacée faisait suite à la paroi du vagin. Ce pli, qu'on pouvait prendre pour un réservoir de téguments destinés à recouvrir la vessie dans sa plus grande distension, restait cependant tel quel dans cette même distension.

Ce n'est pas de ces chutes du vagin que nous devons parler, mais de celles qui renferment tout un segment transversal de ce canal, comme le serait un doigt de gant renversé. Ces chutes complètes auraient été constatées par Guill-Widman, Ruysch, Morgagni (XLVe lettre), MM. Cruveilhier, J. Cloquet, Bérard jeune et quelques autres.

On a presque toujours constaté dans ces chutes la complication du déplacement des organes intérieurs, de sorte qu'on s'est demandé si la chute du vagin était cause ou effet; mais on a admis aussi des chutes du vagin qu'on pourrait dire spontanées ou essentielles. Ce sont surtout ces prolapsus qu'on aurait quelquefois largement divisés ou amputés.

Les principaux caractères de ces chutes complètes du vagin seraient la mollesse de la tumeur, l'irrégularité et la dilatabilité de son orifice, par contre à l'orifice de la tumeur utérine, qui serait dur, irrégulier, peu dilatable et dans lequel serait très tranchée la limite qui sépare la muqueuse utérine de la muqueuse vaginale. Ces caractères ne sont pas toujours aussi tranchés qu'ils le paraissent, et une descente de l'utérus récente chez une femme qui est avancée en âge et qui a fait plusieurs enfants peut ressembler assez bien à une chute récente du vagin; de même qu'une chute ancienne de ce canal peut simuler assez bien une chute ancienne de la matrice chez une femme qui se trouverait dans les conditions que nous venons d'indiquer. Mais la chute complète de l'utérus comme la chute complète du vagin ont presque toujours offert des caractères que nous retrouverons dans l'allongement hypertrophique du col que nous allons étudier, et nous avons la ferme conviction qu'ils ont été souvent confondus avec cette dernière maladie.

Allongement hypertrophique du col. — S'il est prudent d'attendre qu'un nombre considérable d'observations bien détaillées aient été publiées avant de faire l'histoire complète de cette maladie, il n'est pas moins vrai que nous avons assez de matériaux pour constater son entité pathologique.

Les faits rigoureusement observés par M. Huguier et ceux que nous avons observés nous-même, soit dans l'état de vacuité de l'utérus, soit dans l'état de grossesse, nous permettent d'en parler avec assez de connaissance de cause. Entre autres cas, nous trouvons, sous le titre de *Prolapsus du col pendant l'accouchement*, une observation recueillie à l'hôpital des Cliniques de Paris (*Revue médico-chirurgicale*, t. VII, p. 305), et où l'allongement hypertrophique du col est nettement indiqué. Si nous n'avons pas conservé à cette maladie le nom de prolapsus du col, c'est qu'il donne une idée fausse de la maladie elle-même. Le col n'est pas isolé pour être prolabé, et, à moins d'augmenter de volume, il ne peut arriver que là où le portent les déplacements de l'utérus.

Nous n'avons pas présent à la mémoire le nom que donne M. Huguier à la maladie qui nous occupe; mais celui d'allongement hypertrophique du col nous paraît se rapprocher le plus de la vérité.

On ne peut pas dire, en effet, qu'il y a simplement allongement, car il y aussi le plus souvent une augmentation considérable dans les diamètres. On ne peut pas dire non plus qu'il y a simplement hypertrophie, car il y a quelquefois allongement considérable sans beaucoup d'augmentation dans les diamètres.

C'est à ces allongements surtout qu'il faut rapporter les cas où la tumeur vulvaire acuminée a fait croire à l'hermaphroditisme de certains individus. On connaît, entre autres, l'histoire de cette Marguerite Manlaure, qui fut condamnée par les capitouls de Toulouse à endosser les habits d'homme, et qui, étant arrivée à Paris, fut reconnue par Saviat comme appartenant au sexe féminin. La tumeur extra-vulvaire, au lieu d'être une verge, n'était ici qu'un allongement extraordinaire du col utérin.

Lorsque, au contraire, la tumeur extra-vaginale augmente beaucoup dans les diamètres, on l'appelle plus volontiers une chute de l'utérus.

Je ne veux pas chercher à m'expliquer pour le moment quel est le mécanisme de la formation de cette maladie; mais le fait est que la tumeur externe se continue avec la matrice par un prolongement souvent étranglé et qui forme du tout un bissac. Cet étranglement correspond précisément à l'anneau vulvaire, et quelquefois le resserrement est poussé si loin que la mortification de la tumeur externe s'ensuit.

La symptomatologie de cette maladie est peu différente de celle des véritables chutes de l'utérus et du vagin: aussi nous n'y attachons pas un grand intérêt; voici seulement les caractères auxquels nous reconnaîtrons l'allongement hypertrophique du col:

1° Présence d'une tumeur plus ou moins apparente à la vulve et percée à sa partie inférieure d'une ouverture sur les bords de laquelle se réunissent deux membranes ordinairement distinctes pour la couleur et pour la texture;

2° La partie antérieure de cette tumeur est occupée par la vessie, dans laquelle on peut introduire une sonde en allant de haut en bas et en poussant un peu la tumeur en arrière;

3° Une sonde utérine et au besoin une sonde ordinaire de femme ou un gros stylet introduits dans les orifices de la tumeur pénétreront au delà de 7 centimètres, qui sont la profondeur normale de l'utérus.

Si la sonde est arrêtée en chemin, on poussera la tumeur externe en avant, ou bien on poussera le corps de la matrice en haut ou sur les côtés avec un doigt introduit dans le vagin, de manière à redresser le canal que doit parcourir l'instrument. Si malgré ces tentatives on ne peut pas aller plus loin, on a un corps étranger dans l'utérus (polype, grossesse), ou bien on a affaire à une chute du vagin. Cette dernière maladie est reconnaissable aux caractères que nous avons indiqués. Ce serait un hasard que la sonde franchît du premier coup le museau de tanche, et qu'en pénétrant profondément elle fît croire à un allongement hypertrophique du col, dans les cas où il s'agit d'une chute complète du vagin. Si la sonde était arrêtée à la profondeur d'une matrice normale, et que la

---

giques ont prouvé que dans une localité donnée le vent souffle dans une direction déterminée pendant un quart de l'année, par exemple, il faudra se garder d'y fonder un établissement, si l'on sait qu'au-dessus de ce point, dans la direction du vent, sont des plaines marécageuses dont les miasmes peuvent être, avec la plus grande facilité, transportés à des distances vraiment incroyables.

Les hydrométéores, la rosée, les brouillards, les pluies, ont leur place dans cette section du livre, où l'on trouvera de curieuses recherches sur la distribution des pluies à la surface du globe, sous les tropiques et dans les latitudes moyennes et les pays froids.

Un des chapitres les plus originaux est certainement celui où M. Foissac examine l'influence de la lune et des phases lunaires non-seulement sur le règne végétal, mais encore sur l'homme physique et moral, sur les maladies et sur le moral des individus. De nombreuses citations, discutées par l'auteur avec le plus grand soin, donnent une nouvelle valeur aux observations qu'il y a consignées.

La quatrième partie, avons-nous dit, traite de la température: de la température propre du globe d'abord, puis des modifications de celle de l'atmosphère suivant les saisons, les latitudes, les hauteurs, la forme et l'exposition des continents. Des tables présentent les indications des froids les plus intenses et des plus extraordinaires que l'on ait observés, comme aussi celles des hivers les plus froids de Paris.

Nous arrivons à la dernière partie, la plus intéressante certainement de tout l'ouvrage, sinon au point de vue médical, du moins quant à ce qui a rapport aux grandes questions, si longtemps controversées, si obscures encore, de l'âge du monde, des révolutions du globe, des changements de climats. Les révolutions du globe sont de deux espèces: celles que l'on a nommées antédiluviennes, ou qui ont précédé l'apparition de l'homme sur la terre, et celles qui sont postérieures à cette apparition. A cette occasion, M. Foissac a étudié les causes qui ont pu déterminer ces révolutions, les perturbations des lois astronomiques, les tremblements de terre, les volcans, etc.

Quant aux changements des climats, ils ont pu reconnaître diverses causes; le déplacement du lit des mers, les variations dans la hauteur du sol; l'influence des cultures, des plantations, des déboisements, du dessèchement des marais sur les changements des climats n'est plus maintenant douteuse pour personne, et M. Foissac prend toutes ces circonstances en sérieuse considération. Des remarques comparatives sur les climats de la France, de l'Angleterre et de l'Italie, et aussi sur les parties septentrionales de l'Afrique terminent l'ouvrage.

Dans tout le cours de ce livre remarquable, M. Foissac, il l'avoue lui-même, s'est efforcé de suivre l'exemple et les préceptes donnés par M. de Humboldt dans le *Cosmos*, et de réunir à l'intérêt scientifique celui de la forme littéraire. Tout en évitant les détails arides, les descriptions techniques, les tables multipliées, il n'a pas craint d'introduire dans son *Traité de météorologie* des notions historiques, des récits de voyageurs célèbres, des observations de mœurs, des applications hygiéniques et médicales.

Nous ne serons que juste en disant, pour terminer, que le livre de M. Foissac est appelé à un grand succès. Pour le fond, comme pour la forme, il a droit à tous nos éloges, et il contribuera, nous n'en doutons nullement, aux progrès que ne peut manquer de faire la météorologie sous la vigoureuse impulsion des découvertes dont les sciences s'enrichissent tous les jours.

Dr A. Foucart.

---

doigt, porté dans le rectum et dans le vagin, ne trouvât plus le corps de cet organe, on aurait certainement alors affaire à une chute complète de l'utérus.

Nous avons la certitude que lorsqu'on aura bien étudié l'allongement hypertrophique du col on réduira immensément le nombre des déplacements de l'utérus en bas, et qui, depuis Hippocrate jusqu'à nous, ont été divisés en plusieurs degrés, suivant que le museau de tanche était trouvé plus ou moins bas.

Nous connaissons tous les efforts inutiles qu'a faits la chirurgie pour maintenir réduites les soi-disant chutes de l'utérus, et la cautérisation du vagin, l'excision et le pincement avec mortification de ce canal, etc., n'ont pas pu empêcher le col de paraître tôt ou tard à la vulve. Les pessaires, malgré tous leurs perfectionnements, n'ont guère été plus heureux; et cela se conçoit, c'est que le plus souvent on avait affaire à un allongement hypertrophique du col, et ce corps ainsi développé ne peut être refoulé dans l'excavation sans produire des tiraillements, sans se replier sur lui-même ou sans se jeter au moins sur le pourtour du petit bassin.

Hevogt, Munich, Morgagni, Piesc et plusieurs autres après eux ont remarqué que dans les soi-disant chutes de l'utérus, quoique la grossesse se développât en dedans du bassin, le col, pendant l'accouchement, s'avançait de plusieurs centimètres en dehors de la vulve, et quelquefois il s'est déchiré de lui-même. D'autres fois on a dû l'exciser ou le débrider largement sans aucun inconvénient. Dans l'état de vacuité de l'utérus, on a excisé des tumeurs qu'on a prises pour des chutes du vagin, et malgré leur volume considérable la guérison aurait été très prompte. Le cas de Bérard et quelque autre mériteront peut-être d'en être exclus; mais la plus grande partie de ceux où on a dû amputer ou diviser le vagin sur de larges étendues n'étaient, je crois, que des allongements hypertrophiques du col. Que dirons-nous maintenant des chirurgiens qui auraient pratiqué plusieurs fois l'ablation complète de l'utérus prolabé, et toujours avec un plein succès? La réponse est donnée précisément par les trop beaux résultats qu'on a obtenus; c'est que quelquefois ces femmes ont conservé la faculté de redevenir enceintes et d'accoucher comme si elles n'avaient pas éprouvé d'opération. En parlant de Molinetti, qui disait avoir pratiqué plusieurs opérations de ce genre, Morgagni disait qu'il avait pris pour des chutes de l'utérus des tumeurs tout autres, ou au moins des chutes du vagin; et nous dirons, au contraire, qu'il s'agissait le plus souvent d'allongements hypertrophiques du col. Cette maladie étant, nous osons l'affirmer, bien plus fréquente que les deux autres, avec lesquelles on l'a confondue jusqu'ici, il est rassurant qu'on puisse, en cas de besoin, la guérir radicalement par une opération peu dangereuse. Nous tremblerions, au contraire, si nous devions opérer l'ablation d'un véritable prolapsus du vagin ou de la matrice tout entière.

(La fin au prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 février 1854. — Présidence de M. Paul Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Emploi de la belladone comme moyen de traitement prophylactique de la scarlatine. — M. Chalut fait une communication relative aux bons effets de la belladone employée dans le traitement thérapeutique de la scarlatine déclarée, et principalement dans le traitement prophylactique de cette affection.

Au mois de décembre dernier, dit-il, la scarlatine se déclara chez une jeune fille qui fréquentait un des pensionnats de Saint-Maur; bientôt après la maladie se manifesta successivemsnt chez plusieurs autres élèves. Cette circonstance et la crainte de voir la maladie s'étendre de plus en plus dans l'institution me rappelèrent les conseils donnés par les médecins allemands, qui préconisaient la belladone comme jouissant de propriétés préservatrices incontestables dans le traitement prophylactique de la scarlatine. Voulant donc me convaincre expérimentalement de ce fait, je fis exécuter la préparation suivante :

Eau distillée.	1,000 grammes.
— de cannelle.	30
Extrait de belladone.	0,10 centigr.

Chacune des élèves de la pension dut prendre de cette préparation une cuillerée à bouche par jour. Pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'emploi de cette médication, huit nouveaux cas de scarlatine se déclarèrent. Les quatre jours suivants il y en eut trois autres; mais depuis lors aucun nouveau cas ne se produisit, ni dans la pension, ni dans la commune. M. Chalut avait conseillé l'usage du moyen prophylactique aux personnes étrangères à l'établissement dont il est question.

L'usage de la potion fut continué un mois, en prenant la précaution d'en élever la dose tous les huit jours; et en un mois la belladone avait été portée à 40 centigrammes pour la première quantité de véhicule.

M. Chalut croit devoir rapporter la cessation de l'épidémie à l'emploi de ce moyen.

RAPPORT.

Adhérence du placenta. — M. Chalut fait un rapport verbal sur le premier numéro du *Bulletin médical* du nord de la France, publié à Lille, pour l'année 1851, et donne l'analyse du fait suivant, relatif à une observation d'inversion complète de l'utérus, déterminée par l'adhérence du placenta. Cette observation, publiée dans le *Bulletin*, est due à M. le docteur Six.

Le sujet de l'observation est une femme âgée de vingt-deux ans, primipare. Les douleurs de l'accouchement se déclarèrent le 6 novembre 1850, à minuit.

Le 7, à dix heures du matin, le col de l'utérus étant dilaté, M. Six rompit la poche des eaux, et dès ce moment l'accouchement marcha sans autre entrave que quelques vomissements et de fortes crampes qui fatiguèrent beaucoup la malade pendant la dernière heure du travail.

L'accouchement se termina naturellement vers une heure de relevée. Notre confrère lia le cordon, en fit la section, remit l'enfant entre les mains de la garde et revint près de l'accouchée. En appliquant la main sur l'hypogastre, il sentit parfaitement l'utérus revenu sur lui-même; cependant il attendit pour opérer la délivrance une douleur un peu vive qui vint un quart d'heure environ après la sortie de l'enfant. Il tira légèrement sur le cordon, mais éprouvant de la résistance, il attendit une deuxième contraction qui fit descendre le placenta dans le vagin, puis bientôt après lui fit franchir la vulve. Il se disposait alors à l'enlever, lorsqu'il s'aperçut qu'une tumeur de la grosseur de la tête d'un enfant à terme était descendue en même temps et était presque entièrement coiffée par le placenta, qui semblait faire corps avec elle; les membranes, distendues par des caillots de sang, formaient une seconde tumeur. Une hémorrhagie abondante empêchait de reconnaître à quoi on avait affaire, une syncope étant survenue, peu après M. Six comprima l'aorte et fit appeler le docteur Bailly, qui vint aussitôt.

Après avoir examiné attentivement toute cette masse et palpé la région hypogastrique, M. Bailly enleva les membranes, énucléa par portions le placenta, qui adhérait d'une manière remarquable, et mit à découvert cette tumeur qui, étant pressée entre les doigts, déterminait une douleur vive et faisait pousser quelques plaintes à l'accouchée. En enfonçant la main entre elle et le vagin, il arrivait à un cul-de-sac autour duquel se trouvait un bourrelet paraissant formé par la paroi interne du col de l'utérus et se continuant avec les parois du vagin; dès lors il n'y eut plus de doute pour lui sur la nature de cet accident; aussi se mit-il en devoir d'opérer la réduction de la matrice déplacée, ce à quoi il parvint assez facilement.

On plaça l'accouchée horizontalement sur le lit; on lui fit prendre successivement quelques cuillerées de vin, de bouillon, d'eau sucrée, qu'elle vomit presque aussitôt. A quatre heures seulement elle reprit connaissance, l'utérus était revenu sur lui-même, l'écoulement sanguin presque nul; le pouls était très petit et très vif.

Les 8 et 9, pouls à 120; céphalalgie intense; ventre souple, indolent; lochies ayant une odeur désagréable. — Cataplasmes sur le ventre, injections d'eau de mauve; eau d'orge, eau sucrée pour boisson.

Les jours suivants, même état, même traitement. On remarque seulement un mieux de six à neuf beures du matin.

Le 14, la fièvre est plus forte, les traits sont altérés; la malade est triste, demande à voir ses parents; l'hypogastre est un peu ballonné, légèrement sensible, notamment du côté gauche. M. Bailly revit de nouveau l'accouchée avec M. Six, et il fut décidé, d'après la rémission que l'on avait remarquée le matin des jours précédents, que le sulfate de quinine serait administré.

Le 15, potion avec 30 centigrammes de sulfate de quinine. La journée se passe bien; l'émission des urines est abondante, le ventre redevient souple et insensible à la pression. (La veille l'accouchée n'avait point uriné, ce qui avait sans doute donné lieu aux accidents qui avaient fait craindre un commencement de métro-péritonite)

Les 16 et 17, 40 centigrammes de sulfate de quinine. Même état d'amélioration.

Le 18, de 120 le pouls tombe à 84; l'appétit revient, la malade prend du bouillon. Dès ce moment, elle va de mieux en mieux.

Trois semaines après l'accouchement, la sécrétion laiteuse, que l'on était loin d'espérer, s'établit; l'accouchée peut se lever, il ne lui reste qu'un peu de faiblesse.

Les cas de renversement complet ou incomplet de l'utérus à la suite de la délivrance ne sont pas rares; c'est un des accidents les plus redoutables qui puissent se présenter, lorsqu'il est accompagné d'hémorrhagie abondante par suite du décollement du placenta. Aussi, toutes les fois que les sages-femmes auront à combattre un pareil accident, devront-elles, avant toute tentative de réduction, et en attendant l'arrivée du médecin qu'elles auront fait appeler, chercher à arrêter l'écoulement du sang par la compression de l'aorte, qui est assez facile en pareil cas.

M. Dubois, à l'occasion de ce rapport, fait remarquer que dans le cas dont il s'agit, comme dans la plupart des circonstances d'ailleurs, la rétroversion de l'utérus est moins due aux efforts faits pour opérer la délivrance qu'aux contractions spontanées de l'organe lui-même.

M. Terrier. Je voudrais profiter de la présence de M. Paul Dubois pour soumettre à l'appréciation de la Société la question de savoir quelle doit être la conduite de l'accoucheur dans le cas de rétention prolongée du placenta.

Je fus appelé, à l'époque des grands froids de cet hiver, pour délivrer une jeune femme qui, en l'absence de son médecin ordinaire, était accouchée seule, et depuis une beure environ.

Cette dame, jeune et d'une bonne constitution, forte, occupait une chambre sans feu; elle tremblait de froid. Il n'y avait ni hémorrhagie ni douleurs; la matrice était en partie revenue sur elle-même, mais pas assez cependant pour que l'introduction de la main ne fût encore possible. Le cordon coupé, la délivrance ne put s'effectuer, même avec l'application de la main sur le fond de l'utérus. Dans cette situation, notre avis et celui du confrère arrivé peu après fut d'attendre. La femme ne put être délivrée que buit heures après.

M. Terrier demande si les frissons et l'abaissement de la température étaient des circonstances à légitimer une intervention plus active, ou bien si, comme on l'a fait, on devait temporiser.

M. P. Dubois. Il n'y a d'indication positive pour pratiquer la délivrance forcée qu'après un certain temps, à moins cependant qu'il ne survienne des accidents graves, tels que syncope, hémorrhagie, etc. Dans le cas actuel, il était incontestablement plus prudent d'attendre, et l'expérience est venue justifier l'expectation dans laquelle on est resté.

M. Pertus demande quel est moralement le laps de temps pendant lequel on peut, sans encourir de blâme, attendre qu'une délivrance s'effectue, ou soit pratiquée.

M. P. Dubois. En tbèse générale, on peut attendre une beure, essayer de délivrer, et si l'on rencontre des obstacles, même à l'introduction de la main, sans que cependant il se manifeste d'accident grave, rien ne s'oppose à ce que l'on attende douze, et même vingt-quatre heures. Mais ce doit être la limite de rigueur.

M. Terrier. Pendant tout ce temps, le chirurgien doit-il rester près de sa malade, ou peut-il l'abandonner momentanément?

M. P. Dubois répond par le cas qui a fait tant de bruit il y a quelques mois d'un médecin de Montmartre qui, ayant abandonné pendant quelque temps sa malade, fut condamné par les tribunaux.

A son avis, ce médecin n'était pas coupable, puisqu'il n'existait pas d'accident, et que d'ailleurs il s'était assuré du séjour d'une personne compétente auprès de la malade.

M. Duhamel saisit cette occasion pour demander si, en pareille occurrence, il n'y aurait pas une indication légitime dans l'usage du seigle ergoté, qui alors exciterait précisément les contractions utérines.

M. P. Dubois ne se rallie pas à cette proposition; il pense même que le seigle peut, dans ces sortes de cas, nuire plus qu'il ne peut aider.

M. Duhamel affirme cependant s'être très bien trouvé de l'intervention de cet agent thérapeutique dans certains cas d'avortement ou d'accoucbement prématurés, et, comme confirmation de son assertion, il cite le cas d'une femme chez laquelle la délivrance ne s'est effectuée qu'aprés buit jours, malgré les injections émollientes et l'administration de l'ergot de seigle; la sortie du placenta s'est opérée seule.

M. P. Guersant se demande si le fait rapporté par notre honorable confrère n'est pas précisément un de ceux qui viendraient contre-indiquer l'usage de ce médicament, et si l'on ne pourrait pas au besoin rapporter le retard de cette expulsion de l'arrière-faix à l'action du médicament qui aurait par son action inopportunément favorisé les contractions utérines en enfermant le délivre dans la cavité de l'utérus.

M. Duhamel objecte que l'action du seigle s'exerce plus sur les muscles de la cavité même que sur le col, et qu'en conséquence il doit plutôt favoriser la délivrance que la retarder.

M. P. Dubois pense qu'il ne faut pas dans ces cas ajouter plus de confiance au seigle ergoté qu'il ne faut le rejeter d'une manière absolue; il s'appuie pour cela sur les circonstances nombreuses qui se présentent dans les bôpitaux spécialement réservés aux accouchements, où très fréquemment sont reçues des femmes accouchées depuis un temps plus ou moins long sans pour cela être délivrées. Dans nombre de ces cas, il a vu le seigle ergoté rester insuffisant, et les femmes se délivrer seules et sans accident après un temps souvent fort long.

Et, pour M. P. Dubois en particulier, l'action de ce médicament est d'autant plus efficace qu'il est administré à une époque plus avancée de la grossesse.

A la suite de cette discussion, les conclusions du rapport de M. Chalut, qui sont de déposer le *Bulletin* aux archives et de remercier la Société de médecine du nord de la France, sont mises aux voix et adoptées.

— M. Bossu fait bommage à la Société d'un ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de *Traité des plantes médicinales indigènes*. (Remercîments.)

— M. Duhamel revient sur le malade qui a été l'objet de sa communication dans la dernière réunion. Il annonce que son état général s'améliore de jour en jour; l'épanchement paraît se résorber et la paralysie diminue.

M. Dubamel termine en demandant l'opinion du chirurgien sur la question de savoir s'il convient dans ce cas de favoriser la cicatrisation des chairs sur le lieu de la fracture, et cela en prévision de l'exfoliation probable des portions d'os nécrosées, mais surtout fracturées.

M. Boyer pense que, si la tendance des cbairs à la cicatrisation est bien prononcée, il faut non la retarder, mais bien au contraire la favoriser.

Le secrétaire adjoint, Dr Caron.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 18 avril courant, un concours public sera ouvert, le 20 novembre 1854, devant l'école supérieure de pbarmacie de Strasbourg, pour trois places d'agrégés, savoir :

Deux places pour la section de cbimie, de physique et de toxicologie;

Une pour la section de pharmacie et d'bistoire naturelle médicale.

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront en exercice immédiatement après avoir été institués par une décision ministérielle.

Les candidats qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer au secrétariat de l'Ecole, avant le 20 octobre 1854, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d''admissibilité exigées par les règlements.

— Par décret du 17 avril, M. le docteur Prosper de Piétra Santa, médecin adjoint, secrétaire du service de santé de l'Empereur, a été nommé médecin par quartier en remplacement de M. le docteur Maxime Vernois, appelé aux fonctions de médecin consultant de LL. MM.

— M. le docteur Cherest, ancien interne des bôpitaux, secrétaire général de la Société médicale d'émulation, médecin inspecteur adjoint des eaux de Bourbon-l'Arcbambault, vient de succomber à une fièvre typhoïde. M. Cherest avait publié divers ouvrages de médecine pratique et un excellent mémoire sur l'organisation des bureaux de bienfaisance de Paris.

— Il y a déjà quelque temps que plusieurs habitants d'une commune furent indisposés subitement, lorsque le médecin constata que toutes les personnes incommodées avaient mangé du fromage provenant du marché; ce fromage fut saisi, et on trouva, dit le *Journal de Chimie médicale*, qu'il contenait une grande quantité d'arsenic. Les vendeurs déclarèrent que pour faire périr les vers qui se développaient dans leur fromage, ils y avaient mêlé de la *mort aux mouches*. Cette substance, en effet, avait détruit les vers, et leur fromage s'était très bien vendu. Ces spéculateurs naïfs avaient eux-mêmes mangé pendant plusieurs jours de leur fromage, et ils éprouvaient des coliques et des vomissements dont ils ne pouvaient se rendre compte.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 24 AVRIL 1854.

Séance de la Société de chirurgie. — Mort par le chloroforme.

La Société de chirurgie est certainement une des compagnies savantes dont les séances offrent le plus d'intérêt. Composée de l'élite des chirurgiens de la capitale, il n'est pas de confrère des départements et de l'étranger s'occupant de chirurgie qui ne tienne à honneur d'en faire partie comme membre correspondant.

La *Gazette des Hôpitaux*, qui a été depuis l'origine et est demeurée constamment le seul organe officiel de cette jeune et active Société, contient dans sa collection une série de travaux dont l'importance témoigne de la vérité de ce que nous venons d'avancer.

S'il en fallait une preuve nouvelle, nous la trouverions dans la séance que nous publions aujourd'hui et qui contient, entre autres communications, la relation du fait de mort par le chloroforme dont nous avons déjà parlé et qui s'est passé entre les mains de l'un de ses membres les plus zélés, de l'un des chirurgiens les plus prudents, les plus sagaces que la Société renferme dans son sein, M. le docteur Richard.

S'il fallait aussi une preuve de plus de l'opportunité des essais réitérés d'anesthésie locale qu'ont tentés beaucoup de chirurgiens et auxquels on n'a pas encore renoncé, malgré le peu de succès qu'on en a malheureusement obtenu, on la trouverait dans la relation de M. Richard. Notre jeune et habile confrère s'est placé dans les conditions les plus favorables, et aucun reproche d'imprudence, de légèreté ne saurait lui être adressé. Ce n'est que sur les instances réitérées, nous dirons même sur l'exigence formelle de la malade, exigence dans laquelle elle a persisté malgré des observations plusieurs fois renouvelées, que M. Richard s'est décidé à l'emploi du chloroforme. Le peu de douleur que devait occasionner l'extraction d'un polype fibreux du col de l'utérus et l'état subanémique de la malade faisaient au chirurgien, qui l'avait parfaitement compris, un devoir d'insister sur son refus d'employer les anesthésiques ; mais la *pauvre femme disait qu'on ne pouvait lui tirer une tumeur du ventre sans la faire beaucoup souffrir*, et *qu*'EN TOUT CAS ELLE NE VOULAIT ÊTRE OPÉRÉE QU'ENDORMIE !

Il est impossible de se mettre davantage à l'abri de tout reproche, et quand on considère de plus le soin que l'on a apporté dans la chloroformisation, on ne peut que donner les plus grands éloges à la prudence du chirurgien. La malade est maintenue dans son lit, le chloroforme administré à petites doses et de manière que l'air se mélangeât bien aux vapeurs chloroformiques ; c'est M. Richard lui-même, comme il le fait toujours, qui a administré le chloroforme. La respiration et le pouls ne cessèrent d'être explorés ; l'emploi de l'agent anesthésique fut suspendu à plusieurs reprises et recommencé avec la même attention, et c'est *deux minutes* après le début de l'administration du chloroforme, *la compresse étant retirée depuis quelques secondes*, que le pouls disparaît, que la respiration s'éteint graduellement.

Dès l'apparition des accidents, tous les moyens sont mis en usage pour les combattre : la malade est placée la tête en bas, les jambes et les bras levés ; la respiration artificielle est provoquée au moyen de pressions rhythmiques sur le thorax ; on flagelle les cuisses, les mollets, les bras ; on frictionne la face, on titille l'entrée du larynx ; on insuffle par la trachée ouverte, on enfonce dans la région du cœur deux épingles à acupuncture communiquant avec un puissant appareil galvanique. On ne s'arrête enfin qu'après une demi-heure de lutte ; rien n'avait fait, la malade s'était successivement éteinte : elle était morte.

Certes, ce fait, dans lequel, nous le répétons, aucune imprudence ne peut être attribuée à l'opérateur, où toutes les précautions possibles ont été prises, tous les moyens employés avec persévérance pour s'opposer aux accidents, suffit pour soustraire le chirurgien et l'art à tout reproche ; mais il doit inspirer les plus vives craintes, et faire plus que jamais reculer les hommes prudents devant l'emploi de ce terrible agent dont l'action fatale ne peut être prévue et dont les effets persistent malgré les efforts les mieux entendus et les plus persévérants.

Plus que jamais il est à désirer que l'on trouve un moyen local capable de délivrer les malades des douleurs et de la crainte des opérations, et qui n'offre en même temps aucun danger pour la vie des malheureux qui préfèrent en subir les chances malgré les plus sages objections.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la dysménorrhée. (Difficulté de la menstruation.)

La dysménorrhée, quoique très fréquente, a trop peu attiré l'attention des médecins. On la traite mal, parce qu'on ne s'est pas suffisamment appliqué à reconnaître et à observer les différentes causes qui peuvent l'occasionner, parce qu'on n'a sur elle enfin, en général, que des données très vagues et très confuses. Il faut, avant tout, considérer comment la matrice, soit dans son état pathologique, soit dans son état physiologique, se comporte durant la menstruation.

Les recherches de M. Négrier ont prouvé qu'à l'époque des règles il se passe chez la femme quelque chose d'absolument semblable à ce qu'on voit chez les ovipares. Chaque époque des règles est caractérisée par le développement dans l'ovaire d'une vésicule qui tombe dans l'utérus après l'évolution d'un certain nombre de phénomènes qui se reproduisent périodiquement. C'est un véritable accouchement, à cela près que le produit n'ayant pas subi l'imprégnation du mâle, n'est qu'un *œuf blanc*, un ovule non fécondé.

On sait qu'à l'époque du rut, les biches, les chiennes, les vaches subissent un certain nombre de symptômes dont les plus saillants sont une ardeur extraordinaire du côté des parties génitales et un besoin excessif ou une répugnance violente des approches du mâle, après quoi elles sont prises d'un écoulement muqueux par la vulve. De même, à l'époque de la menstruation, l'utérus, qui semble réagir contre l'ovule qu'il renferme, devient le point de départ de désordres plus ou moins graves dans le caractère et dans les allures de la femme.

La grossesse occasionne souvent, mais non toujours, dans les premiers temps, un malaise général, des douleurs dans l'hypogastre, des vomissements souvent incoercibles, et quelquefois même excessivement graves ; l'apparition des règles est presque constamment marquée par un certain nombre de phénomènes du même ordre, mais moins graves. Il semble que dans les deux cas il y ait réaction de l'organisme contre le corps étranger qui occupe la cavité utérine ; mais les symptômes, beaucoup plus marqués dans la grossesse que dans la menstruation, semblent encore se mettre en rapport d'intensité avec les causes qui les déterminent. C'est là une première sorte de dysménorrhée ; les règles sont douloureuses et difficiles. Mais cette dysménorrhée se lie, se rattache à la nature de l'utérus ; elle est donc toute physiologique. Enfin, pour suivre l'analogie jusqu'à son terme, certaines femmes vont jusqu'à une époque avancée de la grossesse sans se douter qu'elles portent un enfant ; et l'on voit aussi des femmes chez qui la menstruation, n'occasionnant aucune douleur, aucun symptôme fâcheux, n'est indiquée que par l'apparition de l'écoulement sanguin.

Les chlorotiques ont, en général, une grande disposition aux névralgies. Mais sans être chlorotiques, beaucoup de femmes sont prises de névralgies avec la plus grande facilité. Chez les unes et chez les autres, il suffit de la moindre cause pour déterminer cette affection, et l'on voit un simple coup d'air, un refroidissement, un bruit inattendu devenir la cause d'une douleur dentaire, un simple coryza occasionne une douleur temporo-faciale, le plus petit flux de l'œil s'accompagner d'une souffrance intolérable des paupières et du front. Comment le flux utérin ne deviendrait-il pas aussi bien l'occasion d'une névralgie utérine ? On a donc là une dysménorrhée nerveuse, laquelle est caractérisée par des élancements plus ou moins forts, mais pulsatiles, bien différents et bien distincts des douleurs provoquées par les contractions de l'accouchement ou de l'avortement.

Chez les femmes qui sont depuis longtemps atteintes d'une inflammation de la matrice, la menstruation occasionne presque toujours une exacerbation de souffrance. Mais là encore on distingue facilement ce qui appartient en propre à la maladie aiguë ou chronique de ce qui serait le fait d'une névralgie pure et simple.

Les chlorotiques, indépendamment de leur propension aux névralgies, sont presque toujours dysménorrhéiques, ce dont on se rend compte facilement en songeant à la débilité profonde et générale où elles sont tombées, et aux perturbations sans nombre où la maladie a jeté toutes leurs fonctions. Pour des motifs opposés, il est fréquent de rencontrer la dysménorrhée chez des femmes pléthoriques, parce qu'alors la rigidité des parois de l'utérus, augmentée par l'afflux sanguin, s'oppose aux contractions utérines et à l'accomplissement de la fonction.

Les parois de l'utérus, après un seul ou plusieurs accouchements, peuvent être tombées dans un tel état de flaccidité et de relâchement, que le sang, aux époques cataméniales, s'y accumule en grande quantité avant d'être expulsé. De là un malaise, des douleurs vives, persistantes, qui se renouvellent à chaque époque, et qui poursuivent la femme dans un âge avancé, et même jusqu'au terme de sa menstruation. Chez ces femmes, pendant les règles, l'utérus prend un développement considérable, si considérable souvent, que par l'exploration locale, en raison du volume de la tumeur, on serait porté à croire à une grossesse déjà avancée et à un avortement imminent. De là, on le conçoit, une cause d'erreur très grave et très facile si on n'est pas averti par un examen antérieur ; car le col utérin lui-même, si on le touche avec le doigt, est trouvé entr'ouvert et ramolli comme s'il s'agissait d'un véritable travail de parturition. D'autres fois, dans des cas d'antéflexion ou de rétroflexion, l'axe de l'utérus est tellement dévié, le col est tellement contourné, tordu sur lui-même, que sa cavité est complétement oblitérée, et le sang épanché dans le corps de l'organe s'accumule derrière cet obstacle en grande quantité avant d'être évacué. L'utérus réagit contre la masse étrangère qui le gêne et le distend forcément ; de là un antagonisme, une lutte qui peut quelquefois être presque aussi douloureuse qu'un accouchement véritable.

Dans l'antéversion et la rétroversion, on ne retrouve aucun de ces symptômes, car l'organe a conservé son axe propre, quels que soient les déplacements qu'il a subis.

Chez quelques femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, chez quelques jeunes filles vierges sans qu'aucune des dispositions dont on vient de parler ait lieu, il arrive quelquefois qu'un simple caillot de sang vient dès le début de l'éruption des règles boucher le col utérin et s'opposer à la sortie du sang avec assez de force pour l'arrêter complétement. Vive douleur de tête, mamelles tendues et tuméfiées ; s'il y a des hémorrhoïdes, elles sont congestionnées. Comme l'utérus s'efforce de vaincre cet obstacle, ses fibres se contractent puissamment ; la douleur est des plus intenses ; la femme se trouve dans un état de malaise inexprimable. Le toucher par le rectum et par le vagin démontre un développement considérable ; parfois avant le sang apparaît un liquide muqueux et glaireux comme celui qui précède l'accouchement. La main appliquée sur l'hypogastre perçoit les contractions utérines, et à sept ou huit minutes d'intervalle apparaissent quelques gouttes de sang jusqu'à ce qu'une contraction plus énergique que les autres ait enfin expulsé le caillot qui obstruait le col. Ensuite il s'établit un écoulement de liquide vaginal et utérin absolument semblable au liquide lochial, et plusieurs jours après, enfin, le col est encore entr'ouvert comme s'il se fût agi d'un accouchement véritable.

Traitement. — On conçoit maintenant que la thérapeutique doit varier avec les causes de la dysménorrhée. Mais tout d'abord, quand les règles ne sont que douloureuses, qu'elles se passent sans difficulté et sans anomalie, qu'elles sont enfin à l'état physiologique qui a été signalé en premier, il n'y a pas de traitement ; on ne peut pas faire qu'une femme endure patiemment une souffrance qui est inévitable. Si pourtant cet état, qui est plus fréquent chez les jeunes filles que chez les femmes, devenait intolérable, on pourrait lui opposer une médication palliative, dont l'effet tout momentané n'aurait de durée qu'autant qu'on en prolongerait l'emploi. En pareil cas, on prescrira toujours avec succès la potion suivante, qui sera prise par cuillerée d'heure en heure :

Eau distillée de mélisse. . . .	100 grammes.
Sirop d'éther.	20 —
Fleurs d'oranger.	20 —
Acétate d'ammoniaque. . . .	8 —

Et on fera prendre deux ou trois fois dans la journée un quart de lavement avec quelques gouttes de laudanum.

La dysménorrhée névralgique sera combattue par des frictions sur le bas-ventre avec la teinture de belladone, et des lavements d'eau chaude additionnée de quelques gouttes de laudanum et de teinture de belladone; si la malade est chlorotique, on la traitera par les ferrugineux selon les procédés connus. Dans le cas de pléthore, il faudrait recourir aux émissions sanguines, conseiller les préparations alcalines, les eaux minérales d'Ems, de Vichy, du Mont-Dore, et enfin soumettre, s'il devenait nécessaire, à un traitement altérant.

Quand la difficulté des règles est due à la rigidité du col ou du corps de l'utérus, c'est aux préparations vireuses qu'il faut s'adresser : s'il s'agit d'une jeune fille, on prescrira en injections rectales des décoctions de datura stramonium et de belladone, en faisant prendre des pilules de 5 à 15 centigrammes d'extrait de belladone. Si c'est une femme, on pourra appliquer directement l'agent thérapeutique sur le col utérin; un bol de quelques grains de belladone est enveloppé dans un plumasseau de coton ou de charpie, imbibé d'eau et poussé avec le doigt jusqu'au fond du vagin; en fondant, ce médicament baigne toutes les parties voisines, et son résultat est presque immédiat; enfin, si l'éruption menstruelle était trop difficile, si le sang éprouvait trop d'obstacle à sortir, on administrerait l'ergot de seigle à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

D[r] FAURE.

MAISON D'ACCOUCHEMENTS DE BASTIA (Corse).

M. MATTEI, professeur.

Considérations sur l'allongement hypertrophique du col utérin qui a été souvent confondu avec des chutes plus ou moins complètes de l'utérus et du vagin. — Observation d'un accouchement dans un cas d'allongement hypertrophique du col. (1)

OBS. — V... O..., femme de l'intérieur de la Corse, âgée de trente-cinq ans, d'une famille aisée, est entrée à l'hôpital de Bastia le 19 février dernier pour y faire des couches qu'elle avait intérêt à cacher aux yeux du public.

D'une taille moyenne, sans difformités et d'une santé robuste, cette femme a été réglée à dix-neuf ans, et a toujours vu depuis mensuellement pendant dix à douze jours. Elle a eu une première grossesse à terme il y a quatre ans, et c'est depuis cette couche qu'il lui est survenu une tumeur extra-vulvaire. D'abord cette tumeur apparaissait seulement pendant les efforts, puis elle était devenue de plus en plus apparente, et enfin elle acquit le volume qu'elle a toujours conservé depuis et qui dépasse celui d'un œuf de poule. Cette femme a été prise une fois de rétention d'urine, et la tumeur devint alors énorme : une saignée, des fomentations émollientes et une tisane de cresson la firent uriner, et la tumeur diminua aussitôt. A part cela, cette tumeur ne gênait pas la malade dans les occupations du ménage; elle rentrait plus ou moins complétement lorsque la malade allait au lit, pour reparaître le matin à son lever.

Quoique non mariée, cette femme avait des relations fréquentes avec l'homme qui avait été l'auteur de ses deux grossesses, et elle a assuré que chaque rapprochement lui causait des douleurs assez vives.

Un phénomène qui s'est montré depuis que la tumeur a acquis beaucoup de volume est celui-ci : la femme urine souvent et en bavant, plutôt que par jet. Si lorsque l'envie la prend elle fait des efforts volontaires, elle rend moins de liquide; de sorte que, pour mieux uriner, elle ne doit pas contracter les muscles, qui dans l'effort tendent à chasser la tumeur au dehors et par conséquent à incurver de plus en plus le canal de l'urètre. Ce phénomène était beaucoup moindre pendant la nuit, et il a été plus marqué pendant la grossesse dont nous allons parler.

Cette femme a eu ses dernières règles le 31 mai 1853, époque approximative du commencement de sa grossesse, et n'a pas souffert pendant les mois suivants, si ce n'est d'une douleur située derrière les pubis. La tumeur extra-vulvaire est devenue plus apparente que d'ordinaire dans les trois premiers mois de la grossesse, puis elle s'est retirée, pour reparaître dans le neuvième. Jamais, cependant, elle n'avait disparu d'une manière complète.

Cette femme, entrée dans l'établissement comme payante, ne se souciait pas de se laisser examiner avant le commencement du travail, de sorte que tout ce qui précède était ignoré par nous à la première visite que nous lui avons faite le 26 février dernier, à une heure de l'après-midi. Les premières douleurs de l'enfantement, quoique légères, avaient commencé dès le matin.

État actuel. — Au-devant de la vulve existe une tumeur rouge, lisse, de la grosseur d'un œuf de poule et à demi fluctuante. Nous cherchons le col de la matrice en pénétrant dans le vagin, et nous trouvons ce dernier canal occupé par une sorte de boudin dirigé d'avant en arrière, et allant depuis le cul-de-sac postérieur du vagin jusqu'à la partie inférieure de la tumeur externe, avec laquelle il se continue. Ce boudin est libre dans le reste de son étendue, si ce n'est en haut, où il adhère à la paroi antérieure du vagin, ou plutôt cette paroi a disparu, pour venir à l'extérieur, où elle recouvre la tumeur dont nous avons parlé.

Quand on abaisse cette tumeur, on voit qu'elle est séparée du point qui lui donne naissance par un sillon au fond duquel se trouvent le méat urinaire et le clitoris; quand on la relève, au contraire, on voit paraître sous elle une proéminence qui offre une ouverture à son centre, et qui est évidemment le museau de tanche ramolli par le travail qui commence.

Nous avons vidé la vessie pour diminuer le volume de la tumeur externe; mais en faisant le cathétérisme, nous avons trouvé, à 4 centimètre environ de profondeur, un obstacle qui aurait pu induire en erreur une personne qui n'aurait pas été prévenue. Le coude que faisait le canal de l'urètre en ce point était très aigu, et il nous aurait été impossible de le franchir sans redresser le canal par l'abaissement de la tumeur. La vessie une fois vidée, la tumeur s'est affaissée, et le museau de tanche est resté alors plus apparent.

L'index, introduit dans le col, arrivait à peine au niveau de l'orifice interne en partie dilaté, mais il ne touchait pas l'œuf. J'y serais certainement arrivé en déprimant la partie saillante du col, mais c'était alors le raccourcir, et je tenais à en avoir la longueur exacte. J'y ai donc pénétré avec l'index et le médius, ce qui m'a permis de gagner encore plus d'un centimètre de profondeur, et j'ai pu ainsi reconnaître que le col utérin, depuis son orifice externe jusqu'à son orifice interne, offre une longueur de 9 centimètres, mesurés sur une ligne courbe.

La paroi postérieure du vagin, depuis la fourchette jusqu'au cul-de-sac, offre une profondeur de 7 centimètres, tandis que le col, depuis son bord libre en avant jusqu'au sillon sous pubien, duquel il paraît naître, n'offre que 3 centimètres. La lèvre antérieure du museau de tanche est bien plus apparente que la postérieure, et cependant, comme on le voit, le col offre en dedans du vagin sa longueur réelle correspondant à sa profondeur interne, tandis que sa paroi antérieure est très courte. La partie la plus profonde du col est donc logée derrière la symphyse pubienne, à laquelle elle adhère; de plus, c'est la partie du col qui se trouve entre son orifice interne et l'insertion du vagin sur ce col qui est ici surtout hypertrophiée.

Comme l'orifice interne est déjà dilatable, je puis explorer l'œuf de manière à reconnaître la présentation de la tête en occipito-iliaque droite postérieure. Après avoir bien constaté moi-même tout ce qui précède et l'avoir fait constater aussi par deux élèves sages-femmes qui étaient présentes, je me suis borné à attendre.

Les douleurs augmentent, la tête s'engage dans l'excavation; l'orifice interne s'ouvre de plus en plus, tandis que l'orifice externe reste tel quel. A mesure que tout cela a lieu, la rotation s'opère avec cette particularité que l'occiput, en allant d'arrière en avant, se relève, de sorte que la tête, au lieu de se fléchir de plus en plus, se défléchit. Cette déflexion s'arrête pourtant avec le mouvement de rotation, et la tête reste dans une position transverse. Les douleurs deviennent plus fortes et plus fréquentes sans que la rotation s'achève; c'est à peine si la tête s'avance de quelques centimètres en bas.

Comme le col est d'une longueur démesurée et que la poche des eaux peut contribuer à le dilater, nous la respectons d'abord; mais, voyant que le travail n'avançait pas et que du reste le col avait fini par être dilatable dans toute son étendue, nous avons déchiré les membranes à quatre heures. Le travail n'a pas fait plus de progrès pour cela pendant les deux heures suivantes, et, voyant s'épuiser en vain les forces de la malade, nous nous sommes décidé à faire la rotation artificielle. Pour cela, nous avons introduit la main droite dans le col sans éprouver de grandes difficultés et surtout sans causer de douleurs à la malade; nous avons saisi la tête de l'enfant de manière à appuyer le pouce sur la tempe droite et les quatre autres doigts sur la tempe opposée, et, tout en lui imprimant le mouvement de rotation, nous tirions l'occiput en bas. Ces mouvements faits pendant la contraction utérine n'ont pas tardé à ramener l'occiput sous les pubis.

L'orifice externe n'avait pas éprouvé de grande dilatation pendant ce temps, de sorte qu'il est arrivé que l'occiput avait déjà dépassé les pubis avant qu'il fût complétement dilaté. Comme nous n'avons pas lâché la tête après lui avoir fait faire la rotation, nos doigts, bombés devant elle, servaient de moyen de dilatation, et, lorsque pendant la contraction le col tendait à se resserrer ou plutôt à se tasser en se raccourcissant, nous l'en empêchions par l'écartement des doigts. Lorsque l'occiput a eu dépassé les pubis, nous avons cessé cette manœuvre pour parer à la tension de l'espèce de coiffe que formaient devant la tête la lèvre antérieure du col et la vessie, distension qui menaçait d'une rupture. Pour cela, nous avons profité du relâchement de l'utérus pour les relever autant que possible et pour les maintenir relevés pendant la douleur. De cette manière, la tête a franchi l'orifice externe du col sans toucher le moindrement le vagin ni la vulve (six heures un quart).

Le reste de cet accouchement s'est fait sans offrir d'autres particularités : l'enfant qui en est né est vivace; pour le poids et pour les dimensions, il est de moyenne grandeur. Après la délivrance, qui a été prompte et naturelle, on voit encore le fond du globe utérin arriver à cinq travers de doigt au-dessus du pubis, tandis que le museau de tanche avec ses bords flasques est pendant entre les grandes lèvres.

Dès que la malade est couchée dans son propre lit, nous essayons de réduire la vessie et le col, et le paquet semble rester en dedans; mais au plus petit mouvement que fait la femme, il ressort. Nous recommandons à cette dernière, malgré cela, de rester horizontalement sans coussin et de ne se lever même pas pour uriner.

Le 27, la malade est bien; elle n'a pas senti le besoin d'uriner, malgré que la vessie ne soit pas vidée depuis la veille au soir et malgré qu'elle fasse une tumeur assez proéminente à travers la vulve. Nous la sondons, et comme le soir on allait la sonder encore, elle urina d'elle-même.

J'espérais obtenir une réduction de cet allongement hypertrophique du col par la position horizontale prolongée; mais dès le 5 mars la femme se leva pour uriner, et le 7, malgré ma défense, elle voulut même s'habiller dans le jour.

Le 9, se trouvant bien et ne songeant pas à réparer son infirmité, elle quitta l'hôpital.

Si son infirmité la fatigue, ou que quelque autre femme se présente dans le même cas, nous ne craindrons pas d'imiter M. Huguier en enlevant la partie hypertrophiée du col utérin.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES (1);

Par M. VALLEIX, médecin de l'hôpital de la Pitié.

(Lue à l'Académie impériale de médecine le 11 avril 1854.)

Deuxième partie. — La première question qu'on doit s'adresser lorsqu'il s'agit d'apprécier un traitement et les accidents qu'il peut produire, c'est évidemment si l'état des malades réclame un traitement actif, ou si, au contraire, leur affection n'est qu'une de ces incommodités supportables avec lesquelles il est assez facile de vivre; car, dans la dernière supposition, il n'y aurait pas à hésiter, il faudrait s'abstenir dès qu'il serait démontré que quelques accidents sérieux peuvent se produire. C'est ainsi qu'on a généralement renoncé aux opérations dites de complaisance qui font courir des dangers, dans l'espoir d'améliorations quelquefois douteuses.

Il est certain que des femmes, en nombre moins grand toutefois qu'on ne l'a avancé, n'éprouvent que de faibles inconvénients de déviations utérines assez prononcées, ou même n'en éprouvent pas du tout. En pareil cas, la conduite du médecin est toute tracée; il ne doit entreprendre aucun traitement direct, ou n'en venir aux moyens qui le constituent que lorsque, par une cause quelconque, des symptômes bien prononcés viennent à se produire.

C'est sans doute parce qu'ils ont exclusivement fixé leur attention sur les cas de ce genre que plusieurs médecins ont regardé les déviations utérines comme insignifiantes, et c'est aussi, je pense, ce qui a porté M. Cruveilhier à dire que l'utérus n'a pas d'axe. Mais si on considère l'ensemble des faits, on ne tarde pas à voir que, dans la grande majorité des cas qui se présentent au praticien, il est bien loin d'en être ainsi. Voici, en effet, ce que j'ai trouvé dans les soixante-huit premiers cas que j'ai observés, et que je me borne à citer ici, parce que, dans ceux que j'ai recueillis plus tard, les proportions ont été à très peu près les mêmes.

Une douleur spontanée, toujours très incommode, s'exaspérant souvent, quelquefois devenant très violente, s'est montrée dans tous ces cas; je ne l'ai vue depuis manquer qu'une fois chez une femme qui avait d'autres symptômes très intenses.

Dans tous également, sans exception, la marche augmentait considérablement les douleurs, et il en était de même de la station verticale. Le toucher la développait à un haut degré sur plus des deux tiers des femmes. Le palper abdominal produisait le même effet toutes les fois que l'utérus en antéversion était assez volumineux pour être facilement senti à travers les parois de l'abdomen.

D'autres symptômes très importants étaient causés par la pression qu'exerçait l'organe dévié sur les organes voisins. Ainsi, la miction était fréquente, incommode et parfois douloureuse, 22 fois sur 35 cas de déviation antérieure, et 3 fois sur 33 dans les déviations en arrière. Quant à la défécation, elle était rare, pénible, difficile, douloureuse, 23 fois sur 33 cas de déviation en arrière, et 18 fois sur 35 de déviation en avant.

Aux symptômes se joignaient dans la très grande majorité des cas des troubles digestifs variés et persistants, la perte de l'appétit, des douleurs épigastriques et un état d'hystéricisme des plus prononcés.

La faiblesse, le dépérissement, l'anémie, l'amaigrissement, la pâleur de la face, la flaccidité des chairs s'observaient dans tous les cas sans exception où les symptômes précédents avaient acquis une assez grande violence. Il en résultait que les malades ne pouvaient plus vaquer à leurs occupations, que près du tiers ne pouvaient plus marcher sans souffrir beaucoup, que celles qui n'avaient pas besoin de travailler étaient condamnées à rester presque constamment couchées, et que les autres étaient réduites à la misère la plus profonde, faute de pouvoir subvenir par leur travail à leurs besoins et à ceux de leur famille.

Ajoutez à cela le trouble habituel des menstrues, des métrorrhagies fréquentes, rarement (2 fois sur 117 cas) la suppression des règles, une leucorrhée habituelle chez toutes les malades sans exception, des névralgies abdominales et intercostales chez un grand nombre, et vous aurez le tableau de cette maladie, qui fait littéralement le désespoir des femmes et de leurs médecins.

Il me serait facile de citer des exemples nombreux de ce déplorable état. Je me contenterai de mentionner les suivants :

D'abord une malade qui avait été traitée infructueusement pendant six ans et demi par Lisfranc. Cette malade avait été obligée de renoncer complétement à la société. Elle fut guérie en trois semaines. Je l'ai revue après quatre ans : l'utérus ne s'est pas déplacé et aucun des symptômes n'a reparu.

Ensuite une malade qui a été vue par M. Candé, chirurgien au Val-de-Grâce. La marche était devenue impossible, le dépérissement était extrême. Après quelques jours de l'emploi du redresseur, elle pouvait faire de longues courses à pied. Aujourd'hui, après trois ans, sa santé est parfaite.

Ces observations ont été citées dans mes leçons sur les déviations utérines.

Les choses se sont passées de même chez la femme d'un médecin des environs de Vendôme, qui avait suivi les conseils de Récamier pour une antéversion parfaitement reconnue par ce médecin. Il y a plus d'un an, deux malades m'ont été adressées, l'une par M. le professeur Girard (de Marseille), l'autre par M. Quesnel, second chirurgien en chef de la marine à Brest. Elles ne pouvaient plus faire un seul pas; il fallut les porter à la voiture. La première, jeune fille de dix-sept ans, fut traitée par la sonde seule; aujourd'hui elle peut faire plusieurs lieues à pied et son affection a com-

---

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 avril.

plétement disparu. La seconde était alitée depuis deux ans et demi; elle ne pouvait même pas se tenir debout : ses douleurs étaient excessives. Elle était déjà venue à Paris pour subir un autre traitement, et elle en était repartie dans le même état pour se remettre dans son lit, qu'elle croyait ne plus pouvoir quitter. Aujourd'hui la marche est facile, et à peine de temps en temps y a-t-il quelque reste des anciennes douleurs.

Je cite ces faits sommairement; mais la plupart de ces observations ont été rapportées dans mes leçons cliniques. Je pourrais les multiplier, si je ne craignais d'abuser des moments de l'Académie. J'aime mieux rapprocher des faits précédents ceux qui m'ont été adressés par plusieurs confrères qui occupent un rang distingué dans notre profession.

Dans 29 cas seulement, qui me sont fournis par MM. Maunoir (de Genève), Lediberders (de Lorient) et Caradec (de Brest), les symptômes éprouvés par les malades sont mentionnés d'une manière précise. Dans tous il y avait des douleurs persistantes et incommodes, la marche était toujours plus ou moins difficile et douloureuse; elle était impossible dans 2 cas. La fréquence de la miction est signalée 8 fois, la leucorrhée 17 fois, les troubles de la menstruation 12 fois, des douleurs vives aux époques menstruelles 2 fois, le mauvais état de la santé générale 13 fois. J'ajoute que, relativement à ces derniers symptômes, les observations très sommaires gardent souvent le silence, ce qui ne prouve pas qu'elles n'existaient pas.

Ces faits démontrent que, dans la grande majorité des cas qui s'offrent aux médecins, l'état des malades est réellement grave, souvent insupportable, et réclame impérieusement les secours de l'art. Ajoutons qu'une fois produit, cet état a la plus grande tendance à s'aggraver, comme le prouvent presque toutes les observations publiées.

Mais ici s'élève une objection qu'il importe d'examiner. On a dit : Ce n'est pas la direction vicieuse de l'utérus qui produit tous ces accidents, c'est son augmentation de volume; c'est, en d'autres termes, l'engorgement dont il est le siége. Faites disparaître cet engorgement, et les accidents disparaîtront. Ceci demande une explication.

Assurément, chez une jeune fille dont l'utérus est très léger et très mobile, cet organe peut se présenter dans les directions les plus diverses sans produire aucun symptôme, et si plus tard, par une cause quelconque, il survient une augmentation de volume, et surtout si la souplesse des tissus environnants est diminuée, tous les phénomènes indiqués plus haut apparaissent. Mais cela ne prouve nullement que l'engorgement soit la seule cause des phénomènes, car, au moment même où l'on fait cesser la déviation, tous les accidents disparaissent; et, d'un autre côté, si l'on parvient à maintenir la matrice en place, les malades recouvrent aussitôt une santé parfaite, bien que cet organe soit encore volumineux et situé très bas. J'en ai fourni des preuves nombreuses dans les observations dont j'ai donné l'analyse; et c'est aussi ce qui est arrivé dans les cas qui m'ont été communiqués par MM. Maunoir, Piachaud, Broussonnet, Lediberders, Gaussail. Or, comment expliquer ces faits, si la déviation n'est rien, et si l'engorgement est tout? Cette disparition rapide des symptômes dès que l'utérus est replacé dans sa direction normale est quelquefois des plus frappantes. C'est ainsi que chez trois femmes, dont deux ont été traitées uniquement par la sonde, au moment même où l'on remettait la matrice en place, les mouvements devenant libres, toute pesanteur et toute douleur disparaissaient : c'était pour le moment une véritable guérison. Il n'est pas, du reste, d'observateur qui n'ait cité des faits de ce genre; et M. Ricord, qui a imaginé un appareil dont il n'a pas encore donné la description, m'a cité une malade chez laquelle à l'instant même ce changement si remarquable s'opérait comme dans les cas que je viens d'indiquer.

Bien plus, dans les cas de guérison radicale, on voit pendant un temps toujours assez long l'organe rester volumineux et abaissé, bien qu'on n'observe plus aucun symptôme tant qu'il conserve sa position normale, tandis qu'on les voit se reproduire immédiatement si la matrice se renverse de nouveau.

Remarquons, en outre, que cette position indifférente de la matrice dans le bassin a principalement été notée sur le cadavre, et que cela ne prouve nullement, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Guérin, qu'il en doive être de même sur le vivant. Pendant la vie, en effet, l'organe est maintenu dans la position normale que lui ont reconnue les anatomistes et les accoucheurs par des forces opposées qui n'existent plus après la mort, et on ne le trouve déplacé que si une de ces forces est vaincue ou s'il existe un vice congénital.

Il n'en est pas moins vrai que l'augmentation du volume de l'utérus joue un assez grand rôle dans la production des accidents, parce qu'en cet état l'organe gêne beaucoup plus complétement les fonctions des organes voisins, et l'on conçoit qu'on ait regardé à ce point de vue la réduction au volume normal comme le seul but à atteindre. Mais d'abord je ferai observer qu'un utérus d'un volume ordinaire peut très bien produire des symptômes considérables s'il est complétement renversé; c'est ce que j'ai noté dans 6 cas chez des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants, ou chez des jeunes filles, et notamment chez la malade qui m'a été adressée par M. Quesnel, et qui n'avait pas pu quitter le lit depuis deux ans et demi.

En second lieu, il est de la dernière évidence que cette augmentation de volume, que cet engorgement, si l'on veut, est presque toujours au-dessus des ressources de l'art tant que l'utérus reste dévié, car c'est sur des femmes traitées depuis plusieurs années infructueusement que le redresseur a été appliqué, et ces femmes, dont la plupart ont été guéries, n'avaient éprouvé que des soulagements passagers des longs traitements que leur avaient fait subir les médecins les plus distingués.

Ce qui a pu induire en erreur, c'est que dans les déviations récentes, et surtout dans celles qui surviennent après l'accouchement ou l'engorgement, il y a parfois une inflammation aiguë qui cède assez facilement aux moyens ordinaires, et de telle sorte que la matrice, reprenant son volume normal, peut se replacer dans la direction naturelle. Mais ces cas sont les plus rares. Pour ma part, je n'en ai observé que cinq dont j'ai les observations : dans tous les autres, l'augmentation de volume résistait à tous les traitements, et la déviation persistait avec ses accidents; il n'est donc pas douteux qu'on a pris l'exception pour la règle.

(La fin au prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 avril 1854. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Suture des tendons. — M. Chassaignac présente à la Société une jeune fille de seize ans chez laquelle il a pratiqué une suture des tendons fléchisseurs du pouce et de l'indicateur gauches trois mois après une plaie de l'avant-bras.

Au mois de novembre 1853, cette jeune fille étant tombée avec une carafe à moitié vide qu'elle tenait à la main, un fragment de carafe fit à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras gauche une plaie transversale, qui se cicatrisa après avoir suppuré pendant quelque temps. La perte des mouvements de flexion du pouce et de l'indicateur s'en étant suivie, la malade vint à l'hôpital Saint-Antoine. L'examen fit reconnaître aussitôt cette paralysie partielle. On constata de plus que le bout inférieur du tendon divisé adhérait solidement à la cicatrice. En effet, toutes les fois que, saisissant le bord inférieur de la cicatrice au moyen de l'ongle, on cherchait à la remonter de bas en haut, on déterminait aussitôt la flexion du doigt indicateur. Il s'agissait donc, en ramenant le bout supérieur au contact de la cicatrice dans le point correspondant au bout inférieur, de rétablir les mouvements perdus.

Tel fut le but de l'opération pratiquée le 4 février 1854. On mit à découvert les tendons fléchisseurs dans une étendue de deux travers de doigt au moyen d'un lambeau rectangulaire représentant un couvercle de tabatière, et disposé de telle sorte que l'un des côtés marchait parallèlement à l'artère radiale; le bord inférieur, contigu à la cicatrice, était transversal, et le bord supérieur, situé à deux travers de doigt au-dessus, parallèle à celui-ci.

Les tendons paraissent intacts; mais on reconnaît bientôt que le nerf médian se trouve à la place de la portion des tendons fléchisseurs, qui passa au-devant de lui. Ne trouvant point le tendon divisé, on prolonge de 2 centimètres à la partie supérieure l'incision primitive, et, après avoir disséqué un petit lambeau triangulaire, on aperçoit au-dessous de lui l'extrémité volumineuse d'un tendon, qui se termine d'une manière abrupte. Cette extrémité étant séparée des parties environnantes, on traverse son centre au moyen d'un fil à ligature conduit par une aiguille. Le tendon, saisi avec des pinces, est attiré vers la cicatrice et mis en contact avec son tissu par un point de suture, dont on laisse pendre les deux chefs au dehors. Il n'y avait eu aucun *ravivement préalable du tendon.*

Le lambeau tégumentaire est ensuite réappliqué aussi exactement que possible et maintenu en place par de nombreux points de suture entrecoupée; le tout est pansé d'après la méthode du pansement par occlusion; puis la main, fortement fléchie, est maintenue par un bandage et l'avant-bras placé sur un coussin élevé.

Aucun accident n'a suivi cette opération.

Au bout de six jours, la réunion était presque complète et la jeune fille commençait à fléchir l'index. En moins de quinze jours, le travail de cicatrisation était entièrement achevé, et la malade sortait après avoir recouvré les mouvements perdus.

Perte de substance sur le maxillaire supérieur à la suite d'un coup de pied de cheval. — M. Chassaignac présente, en outre, un malade qui, à la suite d'une violente contusion, a éprouvé une perte de substance sur la voûte palatine, de telle sorte qu'il existe une communication entre la bouche et la fosse nasale.

Bec-de-lièvre compliqué. — M. Forget soumet à l'examen de la Société un jeune enfant qui est affecté d'un bec-de-lièvre avec tubercule médian. La voûte palatine et le voile du palais ne sont pas divisés.

M. Forget demande si cet enfant, qui prend facilement le sein et dont la santé est excellente, doit être immédiatement opéré.

M. Lenoir pense que, si l'on veut pour opérer refouler le tubercule médian, il n'y a pas d'inconvénient à attendre; mais que si l'opération était pratiquée immédiatement, la saillie de ce tubercule n'étant pas considérable, on pourrait réunir la lèvre au-devant de lui. Du reste, il est d'avis que l'opération présente de bien plus beaux résultats lorsqu'elle est faite immédiatement.

M. Marjolin. J'ajouterai à ce que vient de dire M. Lenoir sur les avantages des opérations de bec-de-lièvre pratiquées très peu de temps après la naissance qu'il y a dix ans j'ai eu occasion d'opérer un enfant de quelques semaines portant un bec-de-lièvre compliqué de division d'un côté de la voûte palatine; bien que les parents fussent peu soigneux et que l'enfant poussât continuellement des cris, l'opération réussit au delà de mon attente, quoique je n'eusse pas excisé le tubercule médian. J'ai revu depuis l'enfant, et, sauf une petite encoche sous la narine, il est assez difficile de reconnaître ce qui existait primitivement; la prononciation n'est pas très modifiée et la fente de la voûte palatine n'a pas augmenté avec l'âge. Aussi après ce résultat n'ai-je pas hésité à opérer ces jours derniers un enfant de trois jours atteint de bec-de-lièvre double compliqué de division double de la voûte palatine.

Lipome avec dégénérescence osseuse. — M. Robert montre une malade sur laquelle il a enlevé un lipome dans la fosse zygomatique.

Vous savez, dit M. Robert, les difficultés que peut présenter le diagnostic des lipomes. Quelquefois ces tumeurs sont fluctuantes, il s'est formé un abcès dans leur épaisseur; M. Michon vous en a montré un exemple. Quelquefois ils offrent une dégénérescence osseuse; j'ai l'honneur d'en soumettre un exemple à votre examen.

La jeune fille que je vous présente portait depuis longtemps sur le côté gauche de la face une tumeur profondément située dans la région temporo-zygomatique. Cette tumeur, dure, volumineuse, s'était peu à peu accrue en refoulant les parties du squelette avec lesquelles elle était en rapport. Ainsi le maxillaire supérieur avait été déformé, l'arcade dentaire avait subi une dépression en dedans et en arrière; tandis qu'en dehors elle avait refoulé l'os malaire et le maxillaire inférieur, dont l'apophyse coronoïde se trouvait considérablement amincie.

Le diagnostic, comme vous le pensez, offrait les plus grandes difficultés. La dureté de la tumeur, sa complète immobilité avaient fait admettre par M. Houland (de Caen) qu'elle était due à une maladie du maxillaire supérieur, qui, ainsi que nous l'avons dit, était déformé, et sur lequel les dents étaient ébranlées.

M. Huguier vit la malade avec moi, et comme moi il n'osa se prononcer. Cependant, comme la tumeur offrait des inégalités dans sa consistance, je pensai qu'il était possible qu'elle n'appartînt pas aux os; je craignais seulement qu'elle n'allât adhérer à la base du crâne. Néanmoins je me décidai à l'enlever, me préparant instrumentalement à toutes les éventualités. A l'aide d'une incision transversale partant de la commissure labiale et se rendant vers l'oreille, je divisai la peau, et disséquant deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, je mis à nu l'arcade zygomatique, que je trouvai amincie; je la coupai et la renversai en bas avec le masséter. Le crotaphite fut aussi mis à nu, et je reconnus que l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur était aussi considérablement élargie et amincie; je la coupai et la rejetai en haut avec le muscle. Je mis ainsi la tumeur à nu. Dès lors je reconnus qu'elle était formée de matière graisseuse et de parties osseuses. Je fus plus tranquille, et après avoir disséqué circulairement toutes ses adhérences, j'essayai en glissant les doigts sur la face profonde de l'arracher; j'y parvins enfin, mais avec des efforts d'une grande énergie.

L'opération date de quatre mois. La malade est parfaitement guérie. Les parties osseuses déplacées ont été remises en situation, et on sent qu'elles ont contracté des adhérences, mais en offrant cependant un peu de déplacement.

La tumeur que vous voyez est composée de graisse et de substance osseuse.

Mort par le chloroforme. — La Société ayant décidé que l'observation de M. Richard serait insérée dans les *Bulletins*, nous la transcrivons, en la faisant suivre des détails transmis par M. Gosselin sur l'autopsie au nom de la commission nommée pour assister à l'examen cadavérique.

Messieurs, il m'a semblé que je devais à la Société de chirurgie la première relation d'un malheur bien cruel qui m'a frappé ce matin même, dans le service dont je suis chargé à l'hôpital Saint-Antoine.

Une femme que j'allais opérer d'un polype de l'utérus est morte subitement dans mes bras, empoisonnée par le chloroforme.

Voici les faits :

Notre collègue M. Hérard m'adressa, il y a huit ou dix jours, une femme d'une quarantaine d'années pour être placée dans mes salles et y être opérée d'un polype de l'utérus. — *Polype fibreux de la grosseur d'une petite pomme, à pédicule du volume du petit doigt, assez long, implanté au milieu de la face antérieure de la cavité cervico-utérine*; tumeur du reste facile à atteindre, à abaisser, à opérer. — La femme avait présenté les symptômes ordinaires; seulement les métrorrhagies n'avaient eu qu'une intensité médiocre, et la malade, quoique très pâle, avait conservé ses forces à peu près entières et tous les attributs de la santé, le sommeil, l'appétit.

Je me proposais d'exciser le polype en l'énucléant et de toucher les surfaces concrétées avec le perchlorure de fer, pratique qui tout dernièrement et dans un cas pareil m'avait donné un facile et prompt succès.

Il y avait pour moi une double contre-indication à l'emploi du chloroforme : avant tout, le peu de douleur de l'opération, et aussi l'état subanémique de la malade. C'est ce que je fis ressortir devant elle chaque matin à la visite, allant jusqu'à la supplier de se laisser opérer sans chloroforme; mais la pauvre femme disait qu'on ne pouvait lui tirer une tumeur du ventre sans la faire beaucoup souffrir, et qu'en tout cas elle ne voulait être opérée qu'endormie.

Mon insistance céda à la sienne : j'avais si souvent employé et vu employer le chloroforme dans des cas qui bien moins encore que celui-là en réclamaient impérieusement l'emploi.

Donc, ce matin, à neuf heures, tout notre appareil étant disposé, je procédai à la chloroformisation.

La femme resta dans son lit; je l'y laissai sans la déranger, me proposant de la mettre en position au moment même de l'opération. J'enlevai seulement un oreiller, de sorte que la tête était sensiblement sur le même plan que le reste du corps.

Je lui dis : Regardez-moi bien et respirez comme je fais, puis j'imitai sous ses yeux la respiration d'une personne qui dort paisiblement.

Je versai une certaine quantité de chloroforme sur cinq ou six compresses et plaçai celles-ci au-devant du visage, mais à une certaine distance, pour que l'air mélangeât bien les vapeurs chloroformiques.

Ce fut moi qui jusqu'au moment où la femme fut déplacée administrai le chloroforme, et je dois dire ici à la Société que je n'ai jamais manqué à ce soin. Depuis deux ans, j'ai été souvent placé à la tête d'un service chirurgical actif, nommément pendant six mois à l'hôpital Saint-Louis, et, autant qu'il m'en souvienne, je n'ai jamais manqué d'endormir moi-même les malades, jusqu'au moment, bien entendu, où il faut prendre le bistouri.

La respiration et le pouls allèrent régulièrement pendant une minute environ.

A deux ou trois reprises, je remis une certaine quantité de liquide anesthésique, sur la quantité duquel il m'est impossible de rien préciser, si ce n'est que je fis alors ce que chacun fait tous les jours.

Au bout d'une minute, agitation. J'abandonne la compresse pour voir si je ne pourrais pas opérer la femme couchée dans son lit sans la déranger; l'agitation augmente, elle se débat et plusieurs aides sont obligés de la maintenir. Paroles incohérentes.

La compresse que j'avais confiée à un élève est, sur mon ordre, retirée, puis remise bientôt avec une nouvelle dose de chloroforme.

L'agitation cesse en ce moment. J'ordonne de faire pivoter la malade pour amener les jambes hors du lit. Cette seconde période, qui commence à l'agitation, est d'une demi-minute, une minute au plus.

J'avais mis la main dans le vagin, et amené au dehors le polype, dont le pédicule est étreint d'un fil.

Deux minutes environ se sont passées depuis le commencement de l'administration du chloroforme. La compresse est retirée depuis quelques secondes.

Je tâte le pouls; plus de pouls.

Je lâche le polype, qui rentre.

La respiration continue, mais plus lente; la face est celle d'un cadavre, l'œil terne.

Vite, la tête en bas, les jambes et les bras levés. La face rougit un peu; la respiration continue, mais de plus en plus rare.

J'exerce alors la respiration artificielle au moyen de pressions rhythmiques sur le thorax. En même temps, les assistants flagellent les cuisses, les mollets, les bras, frictionnent la face. A plusieurs reprises, nous titillons l'entrée du larynx.

Malgré tous nos efforts, nous ne gagnons rien.

Quand nous cessons les mouvements artificiels du thorax, deux ou trois inspirations longues et éloignées apparaissent et s'éteignent. Le froid est général; les battements du cœur s'entendent encore, quoique faiblement, dit un des internes.

Dix minutes d'angoisses et d'efforts se passent ainsi.

Nos deux collègues M. Aran et M. Hérard arrivent au moment où j'ouvrais la trachée. J'insuffle par là, pendant qu'on continue la respiration artificielle. M. Hérard enfonce dans la région du cœur deux épingles à acupuncture communiquant aux fils d'un puissant appareil galvanique. Les muscles du thorax sont violemment secoués, mais le pouls ne bouge pas.

Enfin, nous nous arrêtons après une demi-heure de cette horrible lutte.

Pour que ce déplorable malheur porte avec lui tout son enseignement, je demanderai si quelque membre veut bien me poser quelque question, car certains détails auraient pu m'échapper.

M. Gosselin. L'autopsie a été faite en présence de MM. Richet, Dehout et Marjolin.

Nous n'avons reconnu aucune lésion bien appréciable. Ainsi, les poumons étaient sains; il existait seulement un peu d'emphysème sous-pleural, sans ecchymose.

Le cœur était mou, flasque, vide. Cette mollesse était très marquée sur les parois des cavités droites. Peu de sang dans les cavités. Nous n'avons trouvé en aucun point le sang coagulé; il conservait partout sa fluidité.

Pas de congestion dans l'encéphale. Dans les veines superficielles du cerveau, il existait quelques bulles de gaz; mais cette disposition était due à la décomposition cadavérique, et sur un cadavre que nous avons ouvert immédiatement dans l'amphithéâtre, nous avons trouvé le même développement de gaz.

Dans les veines du foie, existait aussi un peu de gaz.

En résumé, ainsi que vous en pouvez juger, l'autopsie n'a pas mis sur la voie de la cause de la mort.

Nous avons recueilli le sang qui se trouvait dans les cavités du cœur, et on a séparément mis dans des bouteilles le sang du côté droit et le sang du côté gauche. On a pu ainsi en extraire 12 grammes dans le ventricule droit, 15 dans le gauche. Ce sang ne présentait aucune odeur de chloroforme. Il a été remis à M. Duroy, qui en a dû faire l'analyse.

M. Debout dit que l'analyse a démontré la présence d'une très faible quantité de chloroforme.

M. Forget dépose sur le bureau la relation du procédé suivi par M. Duroy, avec la reproduction de l'appareil dont il se sert.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Gely (de Nantes) sur le cathétérisme chez les vieillards. (Commissaires : MM. Larrey, Michon, Robert.)

— A la suite de la correspondance, M. Verneuil demande si la Société n'est pas dans l'intention de discuter le rapport qu'il lui a soumis sur la communication de M. Boulard.

Sur la proposition de M. Danyau, la discussion est renvoyée à trois mois, pour permettre aux membres de la commission désignée pour faire des recherches sur la disposition normale de l'utérus de recueillir des matériaux suffisants pour rendre cette discussion fructueuse.

RAPPORT.

M. Richet donne lecture d'un rapport sur un nouvel appareil à fracture proposé par M. Landron.

Cet appareil est en cuir, et doit être fait sur un moule représentant la forme exacte du membre malade. Il s'ouvre dans sa longueur, et se maintient fermé par des lanières de cuir armées de boucles.

M. Richet, après une discussion complète sur les différents modes d'appareils amovo-inamovibles, donne la préférence à celui de M. Landron.

M. Maisonneuve préfère les gouttières en fil de fer, qui sont plus souples et plus maniables.

M. Chassaignac s'associe au contraire aux éloges faits par M. le rapporteur. Les gouttières en fil de fer sont insuffisantes lorsqu'il s'agit de faire une extension.

Dans l'appareil de M. Landron, au contraire, les conditions pour faire l'extension sont tout à fait bonnes. Il saisit en effet le membre dans toute sa longueur, se moulant et pressant également sur toutes les parties, et c'est là une condition indispensable pour que le résultat de la coaptation soit maintenu.

Les appareils solidifiables sont bons, mais malheureusement leur dessiccation est lente, et avant qu'ils aient été assez durcis pour résister suffisamment aux déplacements, ces déplacements se sont produits.

M. Giraldès signale comme bien plus avantageuse, bien plus maniable que le cuir, la gutta-percha. En mettant cette substance dans l'eau bouillante, on la rend aussi malléable que possible, et on peut lui donner toutes les formes désirables.

M. Larrey voulait aussi, comme M. Giraldès, signaler les avantages de la gutta-percha. Les appareils de cuir offrent ce désavantage, qu'il faut les fabriquer spécialement pour le malade à traiter.

M. Morel-Lavallée repousse l'appareil de M. Landron, qui demande, pour être fabriqué, le concours de plusieurs ouvriers habiles. Il préfère de beaucoup la gutta-percha, qui se manie facilement et qui est inaltérable par la suppuration.

Quant à saisir immédiatement le membre réduit, cela se fait parfaitement par la dextrine, qui sèche assez promptement. On peut, du reste, maintenir le membre dans l'extension et la contre-extension à l'aide d'un appareil approprié, tandis que se fait la dessiccation.

M. Chassaignac maintient son opinion sur l'impuissance des appareils dextrinés à conserver jusqu'à dessiccation la réduction des fractures. Avec les appareils dextrinés, on n'a jamais guéri une fracture du fémur sans raccourcissement.

Tout moyen nouveau capable de remplir cette lacune doit être accepté.

La gutta-percha m'a paru d'un emploi moins facile que ne semblent l'admettre plusieurs de nos collègues.

M. Martin avait imaginé un appareil qui remplissait bien le but que je cherche à atteindre; mais malheureusement, après trois cas de succès, j'ai vu, sur un quatrième malade, une vaste gangrène se produire sous l'influence de la pression exercée par l'appareil.

M. Marjolin fait ressortir une autre cause qui doit faire repousser l'appareil de cuir, c'est sa cherté. J'avais vu de ces appareils à l'hôpital Saint-Georges, à Londres; ils sont brisés, à crémaillère, et susceptibles de servir à des membres de divers longueurs et volumes.

Les remarques de M. Chassaignac sur la difficulté de maintenir la réduction sont très justes. Dans ces cas, je mets le membre, après réduction, dans l'appareil de Boyer, et je dextrine cet appareil en plusieurs fois, mettant successivement, et à vingt-quatre heures d'intervalle, un jet de bande dextrinée.

M. Giraldès s'étonne que M. Chassaignac n'ait pas pu se servir avec facilité de la gutta-percha. Un des premiers, je l'ai introduite en France dans le traitement des fractures et dans des fractures compliquées par arme à feu; j'en ai retiré les plus grands avantages. Trempée dans de l'eau bouillante, elle devient aussi facile à manier que du linge.

En résumé, cette substance est d'un prix modique et d'une application facile.

M. Morel-Lavallée. Je partage l'avis de M. Giraldès sur les avantages de la gutta-percha. Je la préfère de beaucoup au cuir. Seulement, quand on veut s'en servir, il ne faut pas la ramollir dans l'eau trop chaude; elle se fond alors et tombe au fond de l'eau; elle ne peut plus servir.

La discussion est renvoyée à une prochaine séance avec le vote des conclusions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Huguier présente, au nom de M. Monod, un utérus dans le fond duquel s'est développé un énorme cancer encéphaloïde ulcéré. Le col est resté sain.

Fracture du calcanéum par pénétration. — M. Demarquay met sous les yeux de la Société une fracture du calcanéum par pénétration, survenue dans les circonstances suivantes : Un jeune homme se précipite d'un second étage et tombe sur les pieds. Il est apporté dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital Necker. Le pied gauche avait subi la déformation suivante : les deux malléoles sont écartées; la voûte et la face plantaire ont perdu leur caractère habituel; de convexe et de concave qu'elles sont, elles sont devenues planes. Deux ecchymoses existent au niveau des deux malléoles; une vaste plaie à la partie interne du pied. De plus, l'axe de la jambe est oblique relativement à celui du pied; l'articulation tibio-astragalienne semble être portée en dedans.

L'amputation de la jambe a été faite au bout de deux mois de séjour à l'hôpital, à la suite d'accidents graves qui avaient compromis la vie du malade. Cette opération a guéri parfaitement. Voici l'altération pathologique que l'étude du pied a permis de constater : la surface articulaire calcanéenne a subi un enfoncement de 2 centimètres au moins dans la substance spongieuse du calcanéum, en même temps qu'elle a éprouvé un mouvement de propulsion en dedans. La partie inférieure du calcanéum a éprouvé une triple fracture par le fait de la pression du sol et de la pronation de la surface articulaire. Il ne reste plus de tissu aréolaire entre la surface articulaire et la surface plantaire du calcanéum.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

Bulletin du choléra-morbus. — La recrudescence dont nous avons parlé dans notre dernier numéro continue, et nous paraît due à l'abaissement de la température. Depuis deux jours un vent froid du nord souffle avec force, et nous rappelle la température des premiers jours de l'apparition du choléra de 1832 (fin de mars).

Un assez grand nombre de cas graves, et dont quelques-uns se sont terminés en douze heures par la mort, ont été signalés en ville.

A l'Hôtel-Dieu, il y a eu hier 23 avril :

Venant de l'extérieur.	15 cas.
Déclarés dans l'intérieur.	8
	23 cas.
Aujourd'hui 24, à une heure, il y avait eu, venus de l'extérieur.	10
En tout. . .	33 cas.

Il y a eu à la Charité, pour les journées du 22 et du 23, 10 cas nouveaux venus du dehors, et 6 cas déclarés sur les malades de l'hôpital.

Un certain nombre de cas se sont également présentés dans les autres hôpitaux.

Nous avons fait connaître récemment la nouvelle organisation du corps de santé de la marine et son assimilation aux grades militaires; nous donnons aujourd'hui le tableau du service de santé de l'armée prussienne, dont tous les membres sont également assimilés aux officiers. Ce tableau a été communiqué aux *Archives belges de médecine militaire* par M. le docteur Grimm, inspecteur général du service de santé de l'armée prussienne.

Tableau indiquant les assimilations, les appointements et les allocations de la retraite des officiers du service de santé.

DÉSIGNATION DES GRADES.	ASSIMILATION aux GRADES MILIT.	SOLDE.	SOLDE DE RETRAITE. Après 15 et avant 25 ans de service.		Après 25 et avant 30 ans de service.		PAR CHAQUE 10 ans au-dessus de 30 ans de serv.	
		fr.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.
Méd. en chef Inspect. gén. du service de santé, directeur de l'Institut médico-chirurg. de Frédéric Guillaume.	colonel	11250	3000	»	4500	»	1500	»
Médecins supérieurs.	lieut. col.	2625	562	50	843	75	281	25
Médecins principaux	major	5625	1875	»	2812	50	937	50
Méd. sup. de garnison	capitaine	2625						
— de garnison. .	l. de 1 cl.	1875	562	50	843	75	281	25
— de 2e classe. .	id.	1500	562	50	843	75	281	25
Méd. major de rég. . .	capitaine	4500	1406	25	2100	»	693	75
— de 2e classe. . .	id.	3750	1406	25	2100	»	693	75
— de 3e classe. . .	id.	3375	1406	25	2100	»	693	75
Méd. de bataillon de la ligne.	l. de 1 cl.	2250	562	50	843	75	281	25
— de 2e classe. .	id.	1875	562	50	843	75	281	25
— de 3e classe. .	id.	1500	562	50	843	75	281	25
Méd. de bataillon de la landwehr. . . .	id.	1125	450	»	675	»	225	»
— de 2e classe. .	id.	900	450	»	675	»	225	»
Médecins adjoints. .	l. de 2 cl.	900	450	»	675	»	225	»

Les nominations se font par le roi, sur la présentation du médecin en chef, inspecteur général. Pour être admis dans l'armée comme médecin adjoint, il faut avoir satisfait aux examens de médecin, chirurgien et accoucheur, et posséder un titre civil. Jusqu'au grade de médecin de bataillon inclusivement, l'avancement est réglé par l'ancienneté; au-dessus, il est entièrement au choix.

L'assimilation du grade militaire est restée : la solde et autres allocations, les insignes et marques distinctives sont les mêmes que celles des grades correspondants.

Les médecins militaires sont tous admis au libre exercice de la pratique civile.

La Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine a tenu sa séance annuelle le 29 mars dernier, dans la salle des actes de l'Ecole supérieure de pharmacie, sous la présidence de M. Labélonye, son président annuel.

Cette Société, par suite d'efforts intelligents et d'une direction fraternelle et éclairée, a vu en peu d'années doubler le nombre de ses membres.

Après avoir pris sous son patronage le placement des élèves en pharmacie pendant leur stage dans les officines, elle a complété son œuvre en instituant l'année dernière trois séries de prix en faveur des élèves qui se feraient remarquer par leur aptitude, leur persévérance et leur dévouement. La première distribution de prix a eu lieu dans la séance du 29 mars, au milieu d'un grand concours de pharmaciens et d'élèves.

M. Garot, rapporteur de la commission des prix, a développé la pensée de cette création dans un rapport souvent interrompu par les applaudissements de l'assemblée, et les prix ont été distribués dans l'ordre suivant :

Première série. — 6 ans de stage.

Premier prix : M. Longeau (Augustin). . .	élève chez MM.	Collas.
Ex æquo : M. Tinel (Auguste).	—	Fayard.
Deuxième prix : M. Viginier (Louis). . .	—	Roussel.
Mention honorable : M. Dantrevaux (Ernest) . .	—	Grand.

Deuxième série. — 4 ans de stage.

Premier prix : M. Fournier (Auguste). . .	élève chez Me Ve	Allaire.
Ex æquo : M. Veyreras (François). . .	—	MM. Jutier.
Deuxième prix : M. Chevrier (Antoine). .	—	Borel.
Mention honorable : M. Trinquart (Amable)	—	Jobert.

Troisième série. — de 2 à 4 ans de stage.

Premier prix : M. Hardy (Gustave). . .	élève chez MM.	Boggio.
Ex æquo : M. Juzaux (Jean-Jacques). . .	—	Verchère.
Deuxième prix : M. Hervieux (Eugène). .	—	Gessard.
Mention honorable : M. Condreau (Charles).	—	Boyer.

La Société a ensuite entendu la lecture du compte rendu annuel de son conseil d'administration; elle l'a accueillie par des marques nombreuses d'approbation, après quoi elle a apuré les comptes de son trésorier, adopté diverses propositions, et procédé au remplacement des membres sortants de son conseil d'administration.

Ont été nommés :

MM. Schaeuffèle, vice-président;
Favrot, secrétaire adjoint;
Labélonye, Bourrières, Duroy, Gille, conseillers.

Le conseil se trouve par conséquent composé ainsi qu'il suit pour l'année 1854-1855 :

MM. Vée, président;
Schaeuffèle, vice-président;
Pennes, secrétaire général;
Favrot, secrétaire adjoint;
Hottot, trésorier;
Garot, Robiquet, M. Lamouroux, Lebrou, Savoye, Fournier, Labélonye, Bourrières, Duroy, Gille, conseillers.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 50. — JEUDI 27 AVRIL 1854. (27e ANNÉE.) N° 50. — JEUDI 27 AVRIL 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT:

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 26 AVRIL 1854.

Séances des Académies.

Une réclamation parvenue des rangs de ce qu'on semble convenu d'appeller des industriels est venue enlever à M. Le Roy-d'Etiolles la priorité d'invention du compas d'épaisseur dont nous avons publié le modèle dans le compte rendu de la séance de la semaine dernière.

Cette idée appartient, à ce qu'il paraît, bien positivement à MM. Mignard Bellinge père et fils. Il reste à notre confrère l'application de l'instrument à la pratique chirurgicale.

M. le docteur Morel-Lavallée, bien décidé à tirer parti de sa position aux Enfants-Trouvés, a étudié avec soin une question importante, celle des causes de la luxation congénitale, et a lu un mémoire fort intéressant sur ce sujet ; nous en donnons les conclusions. Il rapporte entre autres deux cas dans lesquels la présence de la coxalgie a été manifeste, et, comme il le dit, *aussi caractérisée que chez l'adulte.* Il a de plus remarqué que dans ces deux cas elle avait amené une nouvelle espèce de luxation directement en bas et en dehors.

Les observations de notre laborieux confrère lui ont permis de conclure que la luxation congéniale du fémur reconnaît pour cause une affection de la hanche, affection qui n'est pas toujours la même, mais dont les effets consécutifs sont analogues; ces affections sont l'hydarthrose, l'arthrite, la coxalgie.

Le rapport qui sera fait sur le mémoire de M. Morel-Lavallée amènera sans doute une discussion que nous suivrons avec intérêt.

M. Oudet a terminé ensuite sa lecture sur l'anatomie et la physiologie des dents.

Après l'exposition par M. Jules Cloquet des modifications qu'il a cru devoir faire subir au trocart, qui donnent à cet instrument la faculté de pénétrer plus aisément dans les tumeurs molles ou à parois résistantes, et que l'honorable académicien appelle trocart lancéolé, c'est un praticien distingué de Poitiers, M. le docteur Gaillard, qui a eu la parole.

Cet honorable confrère a lu un mémoire intéressant et offrant un véritable à-propos sur les causes de la sensation de pesanteur que les femmes éprouvent du côté de l'utérus.

M. Gaillard n'attribue pas aux déviations de l'organe la cause de ces sensations; il les croit dues, dans la très grande majorité des cas au moins, à des engorgements sanguins du col ou de l'utérus lui-même. Il n'est pas besoin, par conséquent, d'ajouter que M. Gaillard montre peu de penchant pour l'emploi du redresseur utérin.

A l'Académie des sciences, nous n'avons à signaler qu'une communication due à M. Adrien Chenot.

Il s'agit d'observations sur l'action de l'oxyde de carbone pur comme poison. C'est d'après les accidents qui lui sont arrivés à lui-même que l'auteur analyse les symptômes extérieurs et intérieurs de cet empoisonnement. Deux fois il a été soumis à l'action de l'oxyde de carbone pur, et deux fois les symptômes ont été les mêmes. Une sensibilité exagérée est provoquée encore chez lui par la chute d'une simple goutte d'eau, tandis qu'il existe aux doigts une insensibilité complète.

Ces symptômes sont fort curieux, et l'étude de l'empoisonnement par cette substance sera complétée sans doute lors du rapport qui sera fait par la commission à laquelle est renvoyée la communication de M. A. Chenot. L'extrait que nous en donnons dès aujourd'hui suffit pour la faire apprécier.

F. Fabre.

DES FISTULES PULMONAIRES CUTANÉES (1).

Par M. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

On connaît parfaitement tout ce qui est relatif aux fistules pulmonaires pleurales, bronchiques, œsophagiennes, etc., mais il n'a pas encore été publié de recherches sur les fistules du poumon ouvertes à la surface de la peau ni dans le tissu cellulaire cutané. Il n'y a sur ce sujet intéressant que des observations éparses qu'il est bon de rassembler pour les réunir à des observations plus récentes. J'ai fait ainsi l'examen comparatif de vingt-trois observations de fistules cutanées, parmi lesquelles plusieurs ont été recueillies par moi dans les différents services d'hôpital que j'ai eu à diriger. Ces observations m'ont suffi pour indiquer les causes, les caractères extérieurs, le diagnostic et le traitement de cette variété de fistules.

Les fistules cutanées du poumon sont le résultat ordinaire de l'évolution des tubercules dans la phthisie pulmonaire, du ramollissement de ces tubercules, de l'adhérence des poumons aux parois de la poitrine, de l'ulcération régulière de ces parois, de l'amincissement de la peau et de son ouverture extérieure par ulcération. C'est ce qu'on peut voir dans les observations de Foubert (*Mém. de l'Acad. de chir.*), de M. Voisin (*Revue médicale*, 1831), de M. Velpeau (*Anatomie chirurgicale*, ABCÈS DE L'AISSELLE), de M. Raciborski (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1841), de M. Forget (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1845, t. II), de M. Grapin (*Archives de médecine*, octobre 1844), de M. Martin-Magron, dans une observation qu'il m'a communiquée, de M. Lebert (*Physiologie pathologique*), de M. Rayer et de M. Fouquier (communication orale), de M. Andral, dans son cours de pathologie. Ainsi, ai-je vu se former ces fistules chez deux sujets dont j'ai recueilli les observations.

Ailleurs, les fistules cutanées du poumon existent également chez les phthisiques, mais leur origine est différente; elles résultent d'une blessure ou de l'intervention volontaire de l'art au moyen de la thoracentèse.

D'après les conseils de Baglivi et de Gilchrist, quelques médecins ont cherché dans des cas particuliers à ouvrir les cavernes tuberculeuses du poumon, à établir une fistule cutanée, dans le double but d'évacuer la suppuration pulmonaire et de faciliter la guérison. En 1830, le docteur Krimer crut trouver un cas de phthisie favorable à ses projets. Il fit une incision entre deux côtes au niveau de la caverne, et il introduisit une sonde dans son intérieur. Il en résulta une pneumonie aiguë, qui fut aussitôt réprimée par les antiphlogistiques; on espérait même la guérison, lorsqu'au bout de six semaines une seconde pneumonie, développée dans le côté opposé, vint emporter le malade. La caverne déblayée par l'opération était, dit-on, presque comblée, et couverte de bourgeons charnus d'une grande épaisseur.

Un médecin de Bruxelles, M. Groux, a pratiqué treize fois cette même opération, mais il n'a pas eu la chance de voir s'établir la fistule qu'il ambitionnait. Tous ses malades ont succombé avant le temps, parce qu'à défaut d'adhérences suffisantes, l'air et une partie de la matière tuberculeuse enfermée dans les cavernes s'étaient épanchés dans la cavité pleurale.

A Paris, cette opération a été faite par M. Bricheteau, d'une façon plus méthodique et plus convenable. M. Bricheteau a eu la précaution d'établir au préalable des adhérences entre le poumon et la paroi thoracique, au moyen de cautères successifs, et ce n'est qu'après avoir établi ces adhérences qu'il pénètre dans l'intérieur de la caverne, sans redouter les accidents de l'hydrothorax.

Le premier malade de M. Bricheteau vécut neuf mois avec sa fistule, et mourut d'une péricardite. Le second emporta la fistule chez lui au bout de deux mois, et on ignore ce qu'il est devenu.

La thoracentèse curative de la phthisie a encore été pratiquée par MM. Hastings et Storks, en 1841, sur un ecclésiastique âgé de trente-huit ans, et dont l'observation se trouve dans la *Gazette médicale* de 1845, p. 457. Ici, l'opération n'a pas été suivie d'accidents immédiats; au contraire même, le malade semble avoir été soulagé par elle. Cependant au bout d'un mois le malade a été perdu de vue; et dans des observations de ce genre, il faut surtout en voir la fin, si l'on veut en déduire une conclusion raisonnable.

Les fistules pulmonaires cutanées résultent quelquefois d'autres maladies du poumon, telles que la pleurésie chronique à la fois ouverte à l'extérieur et dans les bronches; la gangrène pulmonaire, les abcès du poumon, etc.

M. Bouillaud a publié dans la *Revue médicale* de 1834 un fait de fistule cutanée du poumon consécutive à la gangrène de cet organe. Nous en devons un autre des plus curieux à Stoker.

Le foyer purulent et gangréneux avait cheminé de la partie inférieure et postérieure du thorax, entre le péritoine et les muscles abdominaux, jusque dans le scrotum, où se trouvait l'ouverture extérieure de la fistule pulmonaire.

Des kystes à hydatides, ou de simples abcès du poumon peuvent encore être l'origine de ces fistules. Je tiens de M. Menière l'indication d'un malade qu'il a observé, sur lequel deux abcès du poumon, l'un à gauche, l'autre à droite, s'étaient ouverts à l'extérieur de chaque côté du thorax, de manière à produire pendant quelques jours avant la mort une double fistule cutanée par laquelle s'échappaient de l'air et du pus.

Le docteur Camille a publié une observation du même genre; seulement, la fistule unique et unilatérale, placée dans l'aisselle, est restée incomplète.

Chez quelques malades, enfin, la fistule pulmonaire cutanée est le résultat d'une blessure simple du poumon ou d'une blessure compliquée de corps étranger dans la poitrine; c'est ce qu'on trouve dans les observations publiées par le regrettable Réveillé-Parise dans les *Archives* de 1825.

Deux coups de feu dans la poitrine chez des militaires, ayant entraîné l'un un fragment de hausse-col en cuivre, l'autre un morceau de drap, amenèrent consécutivement des abcès thoraciques avec fistule pulmonaire guérie peu après la sortie du corps étranger.

Les fistules cutanées du poumon sont complètes ou incomplètes, c'est-à-dire *cutanées* ou sous-cutanées. Le remarquable exemple rapporté par Foubert dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* appartient à la catégorie des fistules sous-cutanées. J'en ai vu moi-même plusieurs autres. D'ailleurs, il est à peine besoin de le dire, toute la fistule pulmonaire est nécessairement sous-cutanée avant d'être complète et préalablement à son ouverture extérieure qui lui vaut le nom de fistule pulmonaire cutanée.

Il y a une très grande différence entre ces deux espèces de fistules, tant sous le rapport des symptômes que des caractères extérieurs et de la difficulté du diagnostic. L'une, la fistule cutanée, est ordinairement facile à reconnaître et ne peut être confondue qu'avec la fistule d'un abcès des parois thoraciques, ou la fistule pleuro-cutanée suite d'un empyème; l'autre, au contraire, la fistule sous-cutanée, forme une tumeur thoracique à l'extrémité du trajet fistuleux de l'ulcération pulmonaire, et dans ce cas présente d'énormes difficultés de diagnostic avec d'autres maladies du thorax et du poumon, avec certains abcès intra-thoraciques et avec la hernie du poumon en particulier.

Les fistules pulmonaires cutanées et sous-cutanées s'observent sur toutes les parties du thorax, mais ordinairement vers sa partie antérieure au niveau des deuxième et troisième côtes, à leur union avec les cartilages du sternum, comme les fistules pleurales suite d'empyème. M. Velpeau en a cependant observé un cas dans l'aisselle, M. Voisin un cas au-dessus de la clavicule au milieu du triangle formé par le sterno-mastoïdien et la scalène; M. Raciborski un autre dans le dos, près de la fosse sous-épineuse; d'autres faits ont été observés à la partie moyenne des côtes; il n'y a donc rien d'absolu ni de précis quant au siége de ces fistules. Quand elles s'établissent de l'intérieur à l'extérieur, c'est toujours très lentement, et elles déterminent quelquefois alors la carie des côtes et de leurs cartilages. Les observations de MM. Grapin, de Castelnau, Forget et les miennes sont la preuve de ce que j'avance.

Le travail ulcératif se fait par degrés, une fois l'adhérence du poumon malade établie avec les côtés. La caverne tuberculeuse forme une espèce d'abcès intérieur rempli de pus, mélangé d'air, qui tend à se porter au dehors et qui produirait l'emphysème du tissu cellulaire s'il n'était limité de toutes parts par une membrane pyogénique lisse et bien formée, ayant l'aspect et la structure d'une muqueuse de nouvelle formation.

Le foyer s'agrandit chaque jour avec sa membrane d'enveloppe; il s'étend plus ou moins dans une direction qu'il est impossible de prévoir, mais qui est réglée par le hasard des interstices musculaires et des aponévroses. Enfin, lorsqu'il est arrivé au voisinage du derme, c'est pour constituer une petite tumeur douloureuse, d'a-

(1) Extrait du mémoire lu à l'Académie de médecine.

bord sans changement de couleur à la peau, molle, élastique, fluctuante, gargouillant sous l'oreille, plus ou moins réductible par la pression, sortant quelquefois du thorax au moment de l'inspiration, mais surtout évidente au moment des efforts de l'expiration et de toux. Cette tumeur reste plus ou moins longtemps stationnaire, donnant lieu à bien des hypothèses sur sa nature; elle s'agrandit, enfin, s'enflamme, rougit à la surface qui s'ulcère et donne passage au pus entraîné par le courant d'air expectoré.

A ce moment, la fistule du poumon, qui s'ouvrait par un trajet fistuleux sous la peau et qui était *sous-cutanée*, change de caractère, devient complète et se transforme en fistule pulmonaire cutanée. La tumeur s'affaisse et disparaît ordinairement par le fait de son ouverture.

Chaque fois que le malade tousse, le pus sort par l'ouverture fistuleuse, ce qui gêne singulièrement l'expectoration buccale; le malade qui éprouve le besoin de cracher est obligé de fermer sa fistule avec un obturateur en linge ou avec la main; il en est de même lorsqu'il veut parler et suivre une conversation. Dès qu'il cesse de fermer l'orifice de sa fistule, il ne peut plus cracher; il articule en vain les mots, nul son ne sort plus de sa bouche; l'air s'échappe en trop grande quantité par le trou de la poitrine; la phonation est impossible. C'est exactement ce qui se passe dans un soufflet sans âme et dont on veut se servir pour alimenter le feu d'une cheminée : l'air sort à travers les parois de l'instrument.

Une fois la fistule complète, elle forme une ou plusieurs ouvertures rapprochées, plus ou moins larges, sur une peau amincie, ferme ou mobile, rouge, livide, couverte de suppuration. M. Saurel a publié le fait d'une fistule du poumon ouverte à la peau par huit ouvertures. Un stylet introduit dans la poitrine et le poumon peut aller assez loin sans provoquer de toux ni de grandes souffrances. J'ai pénétré ainsi à 8 ou 10 centimètres de profondeur dans le poumon sans exciter la moindre sensibilité de la muqueuse bronchique ni des parois de la caverne.

Toute la douleur occasionnée par l'exploration était ressentie à la peau, sur les bords de l'ouverture fistuleuse.

Si le travail ulcératif dont je viens de parler ne se fait pas très régulièrement et très lentement, si la membrane pyogénique chargée d'en limiter les progrès vient à se rompre en quelques points, l'air, qui n'est plus maintenu dans la caverne et dans le trajet fistuleux correspondant, se trouve tout à coup en contact avec le tissu cellulaire, où rien ne peut désormais l'arrêter; aussi le voit-on gagner rapidement la face et le tronc, puis former un emphysème plus ou moins étendu du tissu cellulaire qui précipite la mort des malades.

Ordinairement, la fistule s'établit entre un poumon adhérent à la plèvre costale et la surface de la peau par suite de l'ulcération progressive qui va de l'intérieur à l'extérieur; mais les choses ne se passent pas toujours de la même manière. Il y a des cas, M. Raybaud en a publié, où la fistule pulmonaire cutanée est la conséquence d'un empyème ouvert de deux côtés à la fois : à travers la peau d'une part, et à travers les bronches de l'autre. Un double travail ulcératif sur deux points apposés de la plèvre a mis en communication les cellules pulmonaires et la peau, séparées qu'elles sont par la cavité pleurale, remplie d'air et de pus. C'est là une exception, j'en conviens, à la marche et au développement ordinaire des fistules pulmonaires cutanées, mais c'est une exception importante dont j'ai cru devoir tenir compte. On sait d'ailleurs combien cette terminaison de l'hydrothorax est rare.

Une complication assez fréquente de ces fistules cutanées, que j'ai déjà signalée, et qui existe sur cinq des malades dont j'ai rapporté l'histoire, c'est la névrose, ou la carie des côtes et des cartilages, consécutive à l'ulcération fistuleuse intérieure. Rien n'est plus facile à expliquer que la production de cet accident. Il me paraît devoir être attribué à la présence du foyer qui environne les côtes et qui les entoure pendant longtemps avant de pénétrer dans leur intervalle pour arriver sous la peau. Le pus détermine la destruction du périoste, et bientôt après la névrose du tissu osseux.

On ne saurait apprécier convenablement la gravité des fistules pulmonaires cutanées et sous-cutanées, si l'on ne tenait compte de leur origine et des lésions anatomiques profondes qui les accompagnent. Ces fistules ne sont, il est vrai, que des éléments secondaires dans les maladies de poitrine, et elles n'en sont que l'effet matériel; mais cet effet peut avoir de fâcheuses conséquences. Dans quelques cas, l'effet est salutaire, et chez des sujets affectés d'abcès simples produits par des corps étrangers, d'abcès, d'hydatides pulmonaires, etc., une fistule extérieure est un des moyens de salut employés par la nature pour la guérison des malades.

A part ces dernières circonstances, les fistules pulmonaires extérieures sont toujours le résultat de l'évolution des tubercules pulmonaires et de la phthisie qui en résulte. Ajoutent-elles à la gravité de cette affection, en précipitent-elles la marche et la terminaison funeste? C'est ce qu'on ne saurait dire d'une manière précise dans l'état actuel de nos connaissances.

Il y a des sujets chez lesquels ces fistules pulmonaires sous-cutanées sont devenues le point de départ d'emphysème cellulaire mortel; il en est d'autres où la fistule complète a déterminé l'apparition des accidents aigus qu'on n'observe qu'à la dernière période de la phthisie. Chez d'autres encore la fistule n'a pu exercer aucune influence sur l'état des malades, puisque malgré cette complication la vie a persisté encore pendant sept ans.

Il est un dernier cas enfin où la fistule semble avoir été beaucoup plus avantageuse que nuisible au malade; c'est ce que nous avons pu voir dans l'observation de M. Bricheteau. Le sujet a vécu sept mois avec cette fistule, et on le considérait comme étant à peu près guéri de sa caverne tuberculeuse, lorsqu'une affection aiguë du péricarde vint l'emporter. S'il y avait beaucoup de faits semblables à celui-là, peut-être arriverait-on à dire que la fistule pulmonaire cutanée est un moyen de guérison de la phthisie tuberculeuse, et qu'il faut produire ces fistules par une thoracentèse.

Traitement. — Il est évident qu'on ne saurait formuler d'une manière générale le traitement des fistules pulmonaires cutanées, puisque ces fistules peuvent dépendre de causes très variées et diamétralement différentes quant à leur nature. Il est évident qu'il faut dès lors, en pareille occurrence, remonter à la cause première de la fistule, et s'attaquer à elle si l'on prétend détruire ses malheureux effets.

Lorsque la fistule pulmonaire est incomplète, c'est-à-dire sous-cutanée, et qu'une tumeur existe sur une partie du thorax, il faut savoir attendre et ne pas l'ouvrir avant d'être positivement sûr de son diagnostic. Quel événement si, par suite d'une précipitation inconsidérée, on allait plonger le bistouri dans une hernie du poumon! Mais si la nature de la tumeur est bien établie, si l'existence d'un abcès n'est plus douteuse, son ouverture par l'instrument tranchant devient nécessaire. Il faut attendre alors que la peau amincie devienne rouge, douloureuse et annonce l'ulcération prochaine. Que ce soit un abcès simple, gangréneux ou hydatique, la conduite est la même; il n'y a qu'une seule circonstance dans laquelle il faille se presser davantage, c'est le cas où l'abcès fistuleux est occasionné par la présence d'un corps étranger, projectile ou autre, jadis perdu dans le poumon. L'ouverture de l'abcès et l'extraction du corps étranger suffisent ordinairement pour guérir la fistule du poumon et son trajet vers la peau.

Dans les cas de tumeur et de fistule pulmonaire sous-cutanée conduisant à une caverne tuberculeuse des poumons, convient-il d'ouvrir prématurément la tumeur? Je ne le crois pas et pense qu'il vaut mieux attendre que le travail ulcératif se soit emparé de la peau et ait menacé de l'ouvrir. Plus on retarde le moment où la fistule sera complète, et mieux s'en trouveront les malades, auxquels on laisse ainsi toute facilité pour l'expectoration. Cette manière de faire est la conséquence de mes doutes sur les bons résultats de la thoracentèse appliquée à la guérison des cavernes.

Quand les fistules pulmonaires sont complètement ouvertes à l'extérieur et ont un orifice *cutané*, elles réclament également quelques soins particuliers que justifie très bien la nature de leurs causes.

Fistule pulmonaire cutanée suite de corps étrangers du poumon. — Ce sont celles qui guérissent le plus facilement dès qu'on a pu extraire le corps étranger ou dès que la suppuration l'a entraîné au dehors. Des lotions et des injections émollientes, un pansement simple suffisent pour tarir la sécrétion du pus et amener la cicatrisation de la plaie.

Fistule pulmonaire cutanée suite d'hydatides. — S'il n'y a qu'un seul kyste vermineux dans le poumon, dès que ce kyste est ouvert au dehors la suppuration entraîne les échinocoques et leurs débris, plus tard les fausses membranes et la paroi interne du kyste; alors, comme l'état général est assez ordinairement bon, la suppuration diminue, et des lotions émollientes suffisent pour amener la guérison.

Fistule pulmonaire cutanée suite d'abcès et de gangrène pulmonaire. — Dans cette espèce de fistule, la plaie est souvent de mauvaise nature, comme la suppuration qui en résulte, et il faut tenir compte de l'état général inséparable de la diathèse gangréneuse si l'on veut s'expliquer la prolongation du mal. Alors, en même temps que les soins locaux sont prodigués à la plaie du thorax, il importe d'y joindre l'usage des antiputrides, tels que les lotions ou injections chlorurées, en même temps que le charbon et le quinquina seront prescrits à l'intérieur. Dans ces cas, la quantité de la suppuration épuise les malades, et il n'est pas rare de les voir tomber en phthisie et mourir dans le marasme.

Fistules pulmonaires cutanées communiquant avec des cavernes tuberculeuses. — On voit de ces fistules dans le cours de la phthisie pulmonaire. On s'en est servi pour déblayer les cavernes de leur matière tuberculeuse; peut-être s'en servira-t-on un jour pour injecter dans le poumon des liquides astringents, détersifs ou spécifiques, de la teinture d'iode, par exemple; mais jusqu'à ce jour nul succès réel ne peut encourager les tentatives de ce genre. Rien ne prouve que ces fistules soient à ceux qui les portent un avantage pour obtenir leur guérison. Regardons-les donc seulement comme des complications de la maladie principale, comme des plaies qu'il faut essayer de fermer par les pansements ordinaires.

Fistules pulmonaires cutanées avec empyème. — Ici de nouvelles conditions se présentent. Ce ne sont plus des fistules cutanées communiquant par un trajet fistuleux avec le poumon. Il y a entre l'ouverture de la peau et l'ouverture du poumon un abîme, une poche formée par la plèvre, remplie d'air et de pus. En outre du traitement de la plaie fistuleuse, il y a un liquide à évacuer, qui empêche toute guérison. Il faut l'enlever, soit à l'aide d'une incision, qui agrandirait l'ouverture de la fistule dans le sens d'un espace intercostal, ou d'une incision intercostale dans la partie la plus déclive de l'empyème. On peut se servir également d'un trocart simple, ou de la canule à baudruche de M. Reybard, mise dans la fistule. Dans ce dernier cas, l'opération est à recommencer chaque jour, afin d'obtenir l'évacuation quotidienne du liquide épanché. On attend ainsi patiemment la cicatrisation, en soutenant à propos les forces du malade par un régime fortifiant. C'est de cette manière que M. Reybard a obtenu les succès qu'il a publiés. Peut-être pourrait-on essayer d'obtenir une cicatrisation plus rapide de la fistule et de l'empyème, au moyen des injections de teinture d'iode; mais il n'est pas sûr que cela réussisse. Un médecin l'a essayé. J'ai connu le malade; il était dans de bonnes conditions, et quatre fois l'opération et l'injection ont été faites sans succès. La fistule et l'épanchement n'ont pas moins continué d'exister. C'est un moyen à expérimenter, et qu'une seule épreuve négative ne saurait empêcher d'admettre.

En résumé :

1° Il faut admettre l'existence des fistules pulmonaires cutanées.

2° Les unes sont complétement ouvertes à la surface de la peau en rapport avec le poumon adhérent aux côtes.

3° Quelquefois, la fistule ouverte à l'extérieur communique d'abord avec la cavité pleurale remplie d'air et de pus, et consécutivement avec le poumon perforé plus ou moins écarté des parois thoraciques.

4° D'autres fistules pulmonaires extérieures sont incomplètes, ouvertes sous la peau, et forment des tumeurs molles, élastiques, fluctuantes. Ce sont les fistules pulmonaires sous-cutanées.

5° Toutes ces fistules sont le résultat d'abcès déterminés par des corps étrangers venus de l'extérieur, ou d'empyème, de gangrène pulmonaire, d'abcès, d'hydatides et de tubercules du poumon.

6° Ces fistules pulmonaires cutanées sont caractérisées par une tumeur molle, élastique et fluctuante plus ou moins réductible, avec gargouillement sous les doigts et à l'oreille. Cette tumeur, quelquefois dilatée dans l'inspiration, est surtout expansive dans l'expiration et dans les efforts de la toux.

7° Ces fistules sous-cutanées, formant tumeur, peuvent être facilement confondues avec les abcès intra-thoraciques et la hernie du poumon.

8° Les fistules pulmonaires cutanées peuvent donner lieu à l'emphysème général du tissu cellulaire.

9° Ces fistules forment assez ordinairement une complication fâcheuse des maladies de poitrine; mais quelquefois elles sont le moyen subit institué par la nature pour la guérison des malades.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES (1);

Par M. VALLEIX, médecin de l'hôpital de la Pitié.

(Lue à l'Académie impériale de médecine le 11 avril 1854.)

Une autre objection s'est produite. On a dit que le redressement de l'utérus ne pouvait pas procurer de guérison radicale; que tout au plus on pouvait en attendre une amélioration passagère de l'état des malades, et que l'organe essentiellement mobile devait se dévier de nouveau.

A cela, je ne puis répondre que par les faits. Au mois de décembre dernier, j'avais réuni 117 observations. De ces 117 cas, 108 avaient été traités par le redresseur intra-utérin, et j'avais obtenu 78 guérisons définitives, dont 56 datant de plus d'un an. Dans 9 cas, le redresseur extra-utérin, combiné avec le redressement par la sonde, avait été mis en usage, et il y avait eu 7 guérisons, d'une date plus récente, il est vrai, parce que ce moyen n'avait été mis en usage que depuis quelques mois. Je vois encore de loin en loin plusieurs des malades guéries, et la guérison se maintient. J'en citerai en particulier deux, traitées l'une en 1849, et l'autre en 1850, chez lesquelles des chutes ou des fatigues assez grandes n'ont amené aucun changement dans la direction de l'organe.

Si nous recherchons maintenant ce qu'ont observé les autres médecins qui nous ont fait connaître les résultats de leur pratique, nous trouvons que M. le professeur Mayer (de Berlin) a guéri 8 déviations sur 11, les autres étant en traitement; que M. Piachaud a réussi sur les 9 cas qu'il m'a communiqués; que M. Gaussail a obtenu le même résultat 4 fois sur 5 dans des cas très graves, et que dans trois de ces cas la guérison persiste depuis un, trois et quatre ans; que dans 10 cas traités par M. Broussonnet il y a eu 3 guérisons, 4 améliorations, 2 insuccès, une malade étant encore en traitement. Il faut noter, en outre, que dans 1 des 2 cas d'insuccès le traitement, ainsi que nous l'apprend M. Broussonnet, a été fort incomplet, la malade étant très indocile. Ces faits viennent d'être publiés par M. Dunal, dans les numéros du 15 et du 30 mars de la *Revue thérapeutique du Midi*.

Sur 6 cas, M. Maunoir a obtenu 2 guérisons complètes, dont une datant de plusieurs années, une amélioration très notable dans un troisième cas, une amélioration moindre dans 2 cas incomplétement traités, et enfin une guérison suivie de rechute.

De 22 malades traitées par M. Lediberders, 9 l'ont été par la sonde seule; 7 ont guéri, les 2 autres ont quitté Lorient pour venir à Paris. 13 cas ont été traités par le redresseur; 8 ont été guéris par M. Lediberders, 1 m'a été adressé, et j'apprends que la guérison est complète. Dans 3 cas, il n'y a eu que de l'amélioration et le traitement continue, et dans 1 ce moyen a échoué. Quant à M. Caradec, il m'annonce plusieurs cas de succès; mais il n'en cite que 3, très remarquables, il est vrai.

Ainsi, en ne tenant compte que des guérisons définitives obtenues par les médecins qui ont cité tous les cas qu'ils ont traités, nous trouvons 42 cas sur 62; et en réunissant ces chiffres aux miens, nous avons 129 guérisons sur 180 cas, ce qui est déjà bien remarquable, et ce qui le devient davantage si l'on considère qu'un bon nombre de malades qui n'ont pas été radicalement gué-

(1) Fin. — Voir les numéros des 20 et 25 avril.

ries ont éprouvé une amélioration notable ; que plusieurs étaient encore en traitement, et que d'autres n'avaient suivi qu'un traitement incomplet et insuffisant.

Quelque concluants que soient ces résultats, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre de cas de déviation utérine restent rebelles, et c'est là, on n'en peut douter, ce qui a induit en erreur des hommes très habiles et très consciencieux. N'ayant eu à traiter, ou n'ayant confié aux soins d'un confrère qu'un très petit nombre de cas, ils ont pu voir le traitement échouer, et ils ont conclu qu'il en était toujours ainsi ; je sais même qu'il en est qui ont fondé leur opinion sur un seul cas d'insuccès. C'est toujours cette conclusion du particulier au général qui a causé des dissidences qu'un examen attentif de l'ensemble des faits aurait prévenues ; car jamais on n'a dit que la guérison était constante et certaine, et c'est pourquoi j'insiste avec raison, je pense, sur la nécessité de considérer les faits dans leur ensemble avant de porter un jugement qui plus tard pourrait être démenti.

La même réflexion s'applique encore à une objection tirée de l'incurabilité de certaines déviations utérines, incurabilité démontrée par les recherches anatomo-pathologiques. Il n'est pas douteux que quelques déviations ne soient dans ce cas ; telles sont celles qui se compliquent de tumeurs fibreuses, d'adhérences, d'atrophie des parois de l'utérus. Mais les faits précédemment cités prouvent jusqu'à l'évidence qu'il n'en est pas ainsi dans la grande majorité des cas, et que tout ce que nous devons conclure de l'existence chez certains sujets de ces dispositions particulières qui rendent tout traitement infructueux, c'est qu'il faut chercher à en déterminer le diagnostic d'une manière précise afin de ne pas leur opposer des moyens au moins inutiles, et encore devons-nous remarquer que, dans certains de ces cas, ceux qui présentent la complication de tumeurs fibreuses, par exemple, le traitement peut produire une amélioration notable, ainsi que l'a constaté M. Simpson, et que j'ai pu m'en convaincre moi-même.

Il ne reste plus maintenant qu'une seule question à résoudre. Il est évident que le traitement dont il s'agit a une efficacité réelle ; mais en est-il d'autres qui, tout en présentant une efficacité aussi grande et plus grande encore, soient exempts de tout danger ? On comprend que je ne peux pas traiter complétement ici une semblable question ; pour la résoudre, en effet, il faudrait connaître l'ensemble des cas traités par d'autres moyens, les insuccès comme les succès, et je ne trouve nulle part les éléments d'un pareil travail. Je dois donc me borner à quelques remarques générales.

Quand on oppose un traitement à celui dont j'ai fait connaître tous les détails, il faut démontrer :

1° Que, comme lui, il s'adresse à tous les cas curables, les flexions aussi bien que les versions, les déviations en avant comme les déviations en arrière ;

2° Qu'il ne produit pas d'accidents, ou qu'il en produit moins ;

3° Que la proportion des cas guéris est plus considérable.

Toutes les assertions générales qui n'ont pas pour base l'appréciation rigoureuse des faits sont nécessairement sans valeur, et il en est de même des faits choisis dans un grand nombre pour les besoins de la cause.

Relativement aux accidents en particulier, je dirai que je ne connais pas un seul traitement qui n'en produise ; et comment en serait-il autrement, puisque nous voyons tous les jours (les médecins qui s'occupent des maladies utérines le savent bien) des inflammations plus ou moins violentes se produire par suite d'une simple fatigue, du toucher, d'une cautérisation, d'une injection, de l'application d'un pessaire, et même du pessaire en caoutchouc vulcanisé, comme j'en ai vu récemment plusieurs exemples ? Comment en serait-il autrement, lorsque, d'un autre côté, nous voyons chez certaines femmes une telle prédisposition à ces accidents, qu'ils se manifestent spontanément aux époques menstruelles, et sans autre cause appréciable ? Et n'avons-nous pas entendu M. Gibert dire qu'il avait connaissance d'un cas de mort à la suite de la cautérisation du col avec le fer rouge, opération habituellement si innocente !

Je crois avoir touché tous les points de la question. Il en est que j'aurais pu développer plus longuement, mais j'aurais craint d'abuser des moments de l'Académie ; je regrette même de n'avoir pas pu être plus court ; le besoin d'entrer dans de nombreux détails pour être clair dans un sujet neuf sous plusieurs rapports m'en a empêché. J'espère que ce motif me fera pardonner l'étendue de ce travail.

Je termine par quelques conclusions qui me paraissent légitimement déduites de ce qui précède :

1° Les observations lues devant l'Académie ne sont pas des exemples d'accidents causés par la sonde utérine ou par le redresseur intra-utérin.

2° Toutefois, des accidents peuvent être produits dans un petit nombre de cas ; mais ils sont presque toujours sans importance.

3° Tout porte à croire qu'un bon nombre d'entre eux sont dus à l'imperfection primitive des moyens employés, ou à l'inexpérience que nous apportons d'abord dans la manière de diriger un traitement nouveau, inexpérience que l'observation et le temps atténuent chaque jour.

4° Les déviations utérines peuvent produire par elles-mêmes des symptômes très graves. L'augmentation du volume de l'organe rend presque infaillible la manifestation de ces symptômes dont elle augmente la gravité.

5° Le traitement des déviations utérines par le redresseur intra-utérin a procuré une guérison radicale dans près des trois quarts des cas environ.

6° Il n'a pas encore été démontré par une analyse exacte de tous les faits observés qu'il y ait un traitement applicable comme lui à tous les cas, aussi efficace et exempt de tout danger.

7° Dans les déviations en arrière, on peut employer avec avantage le pessaire en caoutchouc à réservoir d'air, à la condition d'opérer préalablement le redressement de l'organe à l'aide de la sonde utérine.

DE LA CURE DES ANÉVRISMES

par l'injection d'acétate de fer.

Quelque probants qu'ils puissent paraître, par le résultat brut, en faveur du nouvel agent hémoplastique, les deux faits récemment publiés en Italie manquent cependant de trop de détails pour qu'on puisse les accepter comme démonstration suffisante. Il est douteux que, dans le premier cas, il y eût autre chose qu'une tumeur érectile ; et, quant au second, l'anévrisme, si c'en était réellement un, est, comme on le sait, si facile à guérir dans cette région, que le succès, quoique digne d'être honorablement mentionné, n'a pas à beaucoup près la même valeur que s'il avait été obtenu dans une tumeur dépendant d'un vaisseau plus volumineux et plus profond.

Obs. I. — Maria Gelmi, âgée de vingt-deux ans, a depuis longtemps dans la joue gauche une tumeur molle fluctuante, ovoïde, du volume d'une grosse noix. On s'est assuré, dit M. Lussana, de sa nature anévrismale, en y faisant une ponction très étroite qui donna issue à un fort jet de sang rutilant.

En janvier 1854, M. Lussana fit avec une lancette sur la partie buccale de la tumeur une piqûre large de 3 millimètres ; par où sortit du sang rutilant, artériel. Aussitôt il y injecta 8 à 10 gouttes d'*acétate ferrique pur* ; puis, ayant retiré la seringue, tint le doigt appliqué une minute sur l'ouverture. Il ne s'écoula plus de sang. La tumeur devint en moins d'une minute solide et dure et un peu plus grosse. La malade n'avait souffert qu'au moment de la piqûre. Il ne survint pas d'inflammation. La tumeur resta dure, ne s'entoura que d'un peu d'œdème, qui se dissipa en une semaine. Elle alla ensuite en diminuant. Au bout de dix jours, une ponction exploratrice faite dans son épaisseur rencontra une résistance considérable et ne fournit point de sang. Le 8 février, elle n'avait plus que le volume d'une aveline et paraissait à peine. (*Gazzetta medica italiana, Toscana.*)

Obs. II. — Antonio Golphi portait, vers l'angle externe de l'œil, sur le trajet de l'artère temporale, une tumeur élastique, légèrement pulsatile, sans changement de couleur à la peau, de 4 centimètres de diamètre vertical et de 5 centimètres de diamètre transversal. L'ayant piquée avec un trocart fin, M. Pavesi en vit sortir un jet de sang rutilant très fluide. Il introduisit dans la piqûre le bout d'une petite seringue de Charrière, injecta 14 gouttes d'*une solution très pure d'acétate de fer*, retira l'instrument, et tint le doigt appliqué dix minutes sur l'ouverture. La tumeur, explorée au bout de ce temps, était devenue entièrement solide. Le patient n'éprouva de douleur que par le fait de la ponction. L'opération avait été faite le 15 janvier 1854. M. Pavesi a revu cinq fois son malade jusqu'au 28 février. La réduction du volume de la tumeur a été graduelle. A la dernière époque mentionnée, elle n'offrait plus que le sixième de sa grosseur primitive.
(*Gazetta medica italiana, Lombardia*, et *Gaz. hebdom.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Limonade à la gomme et au pavot.

Par M. P. Yvaren.

Tête de pavot.	une
Faites bouillir dans eau.	1 litre

Passez et ajoutez :

Sirop citrique gommeux.	60 grammes

Mêlez. A prendre par tasses. Très efficace contre les diarrhées, la dyssenterie, les prodromes du choléra.

On peut remplacer le sirop citrique gommeux par le jus d'un citron, 15 grammes de gomme et 45 grammes de sucre.

Sirop pour remplacer le looch blanc;

Par M. Boutteaux, pharmacien à Landrecies (Nord).

Amandes douces.	250 grammes.
— amères.	30 —
Eau.	125 —
Sucre blanc.	400 —
Gomme arabique blanche. . . .	15 —

F. S. A.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 avril 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Opium algérien. — M. le ministre de la guerre demande qu'il soit fait un rapport complémentaire sur l'opium algérien. (Renvoi à la commission dont M. Bouchardat est rapporteur.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

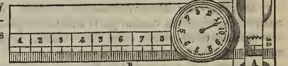
Endémo-épidémie de Bone en 1853. — M. Auberge, médecin principal de l'hôpital militaire de Bone (Algérie), adresse des considérations générales sur les diverses médications qui ont été employées à cet hôpital durant l'endémo-épidémie de 1853, c'est-à-dire du 1er novembre 1853 au 28 février 1854, par les trois médecins traitants. C'est une suite du rapport sur l'endémo-épidémie de 1853 que M. Auberge a fait parvenir à l'Académie en février dernier. (Commission des épidémies.)

Anus artificiel chez un nouveau-né. — M. le docteur Leprestre, chirurgien en chef des hôpitaux de Caen, communique la relation d'une opération d'anus artificiel chez un nouveau-né. (Commissaires : MM. Huguier, Robert.)

Algalie à ressorts dilatateurs. — M. Delfraysse soumet à l'examen de l'Académie la description d'une algalie à ressorts dilatateurs de son invention. (Commissaire : M. Ségalas.)

Compas d'épaisseur pour mesurer le diamètre des sondes, des bougies et des tiges des instruments de chirurgie. — MM. Mignard Bellinge père et fils adressent à l'Académie une lettre dans laquelle ils réclament la priorité de l'invention du compas d'épaisseur marquant les diamètres au moyen d'un cadran et d'une aiguille ; la possession leur en est garantie par un brevet pris en 1846, puis par un rapport fait à la Société d'encouragement et publié dans le *Moniteur industriel.*

Le modèle déposé sur le bureau ne peut laisser aucun doute sur l'identité des deux instruments ; quant à l'époque de son invention et au nom de son auteur, M. Le Roy-d'Etiolles, disent MM. Mignard Bellinge, ne peut même pas arguer de son ignorance à cet égard, puisque l'instrument lui a été mis sous les yeux en 1846 par M. Charrière père, qui avait bien voulu en accepter un dépôt, trouvant à cet instrument l'application sur laquelle M. Le Roy appelle l'attention des médecins.



Explication de la figure. — Calibre représenté ouvert de 0,011 mill., ainsi que l'indique l'aiguille mobilisée par la crémaillère A.

C, C. Pointe d'acier et porte-crayon qui se monte à vis sur les branches pour s'en servir comme d'un compas.

Conservation des sangsues. — M. Fermond adresse un mémoire sur la conservation des sangsues médicinales. (Commission nommée ; M. Soubeiran, rapporteur.)

Fruits de cédron. — M. Peneton adresse à l'Académie des fruits de cédron qu'il a rapportés de la Nouvelle-Grenade, province du Choco. (Commissaires : MM. Chevallier, Duméril.)

Trocart lancéolé. — M. J. Cloquet expose à l'Académie une modification qu'il a fait subir au trocart. Il désigne l'instrument ainsi modifié sous le nom de trocart lancéolé.

Ce nouveau trocart a pour objet d'obvier aux inconvénients du trocart ordinaire, qui ne peut convenir pour les tumeurs molles, fuyant devant la pointe, et pour les tumeurs à parois épaisses et résistantes. On est obligé, avec le trocart ordinaire, de donner une impulsion vive et soudaine pour faire pénétrer la pointe ; la tumeur fuit ou résiste, et on est obligé de faire une ponction avec le bistouri.

Le trocart modifié par M. Cloquet est applicable dans les cas suivants :

Hydrocèle à parois cartilagineuses, épaisses, résistantes ; certains kystes à parois épaisses et fibreuses ; hydrocèle flasque enkystée du cordon ; ponction de la vessie ; tumeur fluctuante faisant saillie dans le vagin ou le rectum ; hydropisie des ovaires et kystes abdominaux, abcès froids ; exploration de certaines tumeurs ; hydrocèle du cou, etc.

Par le trocart ordinaire, il y a autant de déchirement que de section ; le nouveau trocart fait une plaie de 2 à 3 millimètres semblable à une plaie résultant d'une piqûre de sangsue.

De la cause de la sensation de pesanteur dans les affections utérines. — M. Gaillard (de Poitiers), correspondant de l'Académie, lit un travail intitulé *Etude sur la pesanteur utérine et sur la sensation de pesanteur qui accompagne les affections utérines.*

La question que M. Gaillard s'est proposé d'étudier est celle-ci : Quelle est la cause anatomique des sensations de poids, pesanteur, engourdissement dont se plaignent si souvent les malades atteintes d'affections utérines ?

La pesanteur, d'après M. Gaillard, se produit sous l'influence de causes irritantes ; elle s'accompagne des phénomènes qui caractérisent les phlegmasies utérines ; elle se conforme aux lois de l'hydrostatique. L'analogie porte à croire que dans cette circonstance la pesanteur est encore due à un état fluxionnaire des vaisseaux. Nos observations sur les lésions utérines nous confirment dans cette opinion. Il nous a été possible dans quelques cas de constater par le toucher, au travers des parois du vagin, ce gonflement des plexus veineux qui entourent l'utérus, et nous croyons qu'une fois la théorie connue, on arrivera plus souvent à la démonstration pratique du fait anatomique. Les phlegmasies chroniques de l'utérus ne provoquent pas cette sensation dans les premiers temps de leur existence, mais seulement après quelque durée. Il semble que la pesanteur ne soit pas un caractère propre de ces phlegmasies, mais qu'elle dépende de ce que l'inflammation s'étend au système vasculaire ambiant. Sous ce rapport, l'utérus excorié ou granulé peut être assimilé au membre inférieur atteint d'ulcères. Il devient pesant quand les veines voisines sont fluxionnées, et surtout dilatées.

La pesanteur et l'engourdissement des membres inférieurs se manifestent toujours au plus haut degré après la forme de phlébite puerpérale qui porte le nom de *phlegmatia alba dolens.* Dans nos observations, la faiblesse des membres inférieurs, qui persiste pendant plusieurs années, nous a paru indépendante de toute affection de l'utérus.

Parmi les moyens curatifs de l'inflammation considérée en général, se trouvent, on le sait, les appareils qui exercent une certaine compression sur les parties congestionnées. Cette médication est aussi applicable aux phlegmasies utérines, et la compression peut être exercée à l'intérieur par des pessaires, à l'extérieur par des ceintures, si les organes sont pacifiques et tolérants.

Ces appareils sont bien supportés et soulagent ; mais si l'irritation

est vive, les ceintures augmentent la douleur et les pessaires excitent l'inflammation. C'est ainsi que se passent les choses quand on applique un bandage roulé sur une jambe atteinte d'eczéma, d'inflammation des veines ou de phlegmon. Si la fluxion est modérée, le malade peut s'en trouver grandement soulagé ; mais parfois aussi il ne peut supporter la moindre pression. A nos yeux, un pessaire simple ou à ballon, un sachet, une éponge, un dilatateur quelconque placé dans le vagin agissent comme une sonde dans le canal de l'urètre ; ils compriment les tissus engorgés, la muqueuse et les tissus sous-muqueux. Les pessaires opèrent de dedans en dehors comme un bas lacé de dehors en dedans ; les pessaires, dit un écrivain très récent, soulagent d'autant plus qu'ils sont plus volumineux.

Je ne pense pas que jamais une ceinture quelconque puisse redresser l'utérus ; si la ceinture avait une action directe sur cet organe, elle augmenterait la rétroversion, la rétroflexion et les inclinaisons latérales.

Quant à l'antéversion, l'utérus dans cette position ne dépasse pas le bord du pubis et ne peut être ni saisi ni redressé par une ceinture ; la ceinture fortifie la paroi abdominale ; elle l'empêche de tomber en avant ; elle soutient les viscères de l'abdomen et leur fournit un point d'appui ; elle agit surtout par la pression qu'elle exerce sur la région hypogastrique ; son effet le plus positif est de refouler et comprimer les viscères d'avant en arrière sur les plans solides qui forment la région lombaire. La ceinture agit comme un bandage roulé placé autour du ventre. Cette action n'est pas très forte, mais elle paraît suffisante quand on considère le notable soulagement que produit la faible pression exercée par une bande de linge sur une jambe variqueuse.

En résumé :

1° Les phlegmasies utérines circonscrites, ulcères, granulations, catarrhes chroniques, ne donnent pas la sensation de pesanteur ;

2° Mais sitôt que la fluxion cesse d'être limitée, la pesanteur se manifeste sous l'influence de la station verticale ;

3° La pesanteur est en raison de la fluxion vasculaire ; elle s'amende avec elle, reparaît avec elle, continue avec elle.

De la coxalgie chez le fœtus et de son rôle dans la luxation congénitale du fémur. — M. Morel-Lavallée lit sous ce titre un mémoire dont voici l'extrait :

En résumé, ces deux enfants présentaient, quand ils ont été soumis à notre observation, les signes d'une coxalgie très ancienne et presque identique. Dans les deux cas, extension de la cuisse, flexion légère du genou, longueur normale du membre, direction naturelle du pied, mobilité extrêmement exagérée du fémur, dont la tête se promène sur tous les points d'une large zone autour du cotyle, sans crépitation. Dans les deux cas, constitution chétive, épistaxis ultime. Dans tous deux, abcès phlegmoneux énorme de la hanche embrassant, entre les deux branches d'un prolongement supérieur bifurqué, l'os des iles, dont il recouvre ainsi la face externe et la face interne, et occupant, par un appendice inférieur, une grande partie de la longueur de la cuisse. Dans tous deux, la capsule et le bourrelet ne sont représentés que par des débris, le ligament rond que par un rudiment cotyloïdien, la tête fémorale que par son tiers externe, l'acétabulum que par une cavité superficielle, dont les trois pièces constitutives sont mobiles, et dont deux sont cariées ; les deux mêmes. Enfin, dans les deux cas il y avait luxation directe en dehors par refoulement. Les deux pièces se ressemblent tellement, qu'en examinant la seconde, l'habile conservateur du musée Dupuytren, M. Houel, a cru reconnaître la première. L'Académie, qui a ces pièces sous les yeux, comprendra cette méprise.

La lésion remontait-elle bien réellement à la vie fœtale ? C'est un point qui n'a pas même été l'objet d'un doute pour les personnes qui ont vu les pièces, et parmi lesquelles je prendrai la liberté de citer plusieurs membres de cette savante Compagnie, MM. Velpeau, Bouvier, Danyau. Cette opinion d'hommes si compétents vaut une démonstration, parce qu'elle est le résultat de l'exacte appréciation des faits. Effectivement, ces enfants avaient l'un six, et l'autre onze jours quand a manifestation extérieure de l'affection était à son maximum.

Est-il admissible que le début de cette affection soit postérieur à la naissance, et qu'elle ait atteint en aussi peu de temps un développement qu'elle acquiert rarement chez l'adulte en plusieurs mois, et que dans les deux cas quinze jours aient suffi à produire les graves désordres révélés par l'autopsie : cette destruction presque complète de la capsule chez l'un des petits malades, son énorme dilatation chez l'autre, et la carie du cotyle et sa déformation, et l'isolement de ses trois pièces, que cet isolement soit dû à un défaut de réunion ou à une disjonction par destruction du cartilage d'ossification destiné à les souder entre elles ?

Mais l'état si rudimentaire du ligament rond et de la tête fémorale ne serait-il pas un argument décisif en faveur de l'existence intra-utérine de la coxalgie ? En effet, il faut choisir entre les deux hypothèses suivantes : ou il y avait une articulation mal formée que l'inflammation a envahie, ou bien il y avait une articulation qui a été surprise dans sa formation jusque-là régulière par une maladie qui en a entravé l'évolution. Or on ne voit pas l'influence d'un arrêt de développement sur la production d'une inflammation, tandis que l'on comprend l'influence d'une coxalgie sur l'arrêt de développement.

Tout dans ces deux faits, jusqu'à la constitution misérable des deux enfants qui révèle une atteinte profonde et de longue date, tout force à placer le début de la maladie au delà de la naissance et même à une époque assez reculée.

Faut-il donc poser en principe que les luxations congénitales du fémur s'expliquent toutes par une coxalgie ou par une hydarthrose, par une maladie articulaire ? Nous n'oserions. Il y a des anomalies articulaires qui ne peuvent s'attribuer qu'à un oubli du plan que la nature s'était tracé. Nous avons présenté à la Société biologique une épaule où les surfaces articulaires étaient renversées ; la tête était sur le scapulum et la cavité avec son bourrelet glénoïdien sur l'humérus. De telles anomalies ne peuvent être l'effet d'une maladie, et Vrolick en a rencontré d'aussi bizarres à la hanche ; mais ce sont là des exceptions extrêmement rares.

Enfin, nous croyons pouvoir légitimement déduire de ce qui précède les conclusions suivantes :

1° Les deux cas dont nous présentons les observations et les pièces sont des exemples incontestables de coxalgie chez le fœtus ;

2° Dans ces deux cas, la coxalgie, aussi caractérisée que chez l'adulte, a produit une nouvelle espèce de luxation : *directement en dehors et en bas ;*

3° Des cas plus obscurs, où il n'y avait que du pus en petite quantité, s'éclairent par les précédents et se rangent à côté d'eux ;

4° Dans les cas où l'on n'avait trouvé avec la luxation qu'une dilatation de la capsule et une légère augmentation de la synovie, l'hydarthrose avait causé le déplacement ;

5° Les cas de luxation avec hypertrophie du peloton adipeux cotyloïdien se rattachent à l'hydarthrose, et la graisse n'a fait qu'occuper la cavité dont l'accumulation du liquide avait chassé la tête ; ou bien, en même temps que la synovie augmentée repoussait la tête, le gonflement simultané du peloton graisseux concourait au même but ;

6° En dernière analyse, la luxation congénitale du fémur reconnaît généralement pour cause une affection de la hanche chez le fœtus, coxalgie, arthrite, hydarthrose. (Commissaires : MM. Velpeau, Cazeaux et Gerdy.)

Anatomie et pathologie des dents. — M. Oudet termine la lecture de son mémoire ayant pour titre : *Considérations générales sur l'anatomie et la pathologie des dents.*

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 avril 1854. — Présidence de M. Combes.

Oxyde de carbone pur considéré comme poison. — M. Adrien Chenot adresse sur ce sujet la note suivante :

Comme l'acide carbonique ne joue que le rôle d'obturateur, et que, gaz indécomposable à basse température, il est incapable de fournir l'oxygène nécessaire aux combustions qui entretiennent la vie, il cause la mort par asphyxie pure et simple ; il en est tout autrement de l'oxyde de carbone pur.

Cet oxyde de carbone, en effet, en contact avec les merveilleux organes de combustion dont nous sommes doués, ne tarde pas à donner lieu aux trois effets suivants. Il passe à l'état d'*acide carbonique*, d'où résultent : 1° soustraction d'oxygène et conséquences ; 2° combustion de cet oxygène et conséquences ; 3° formation d'acide carbonique et conséquences.

Ces trois effets sont inséparables, et le dernier occasionne l'asphyxie immédiate par interdiction de l'action des poumons et de tout acte de mouvement. Mais en même temps l'oxygène a été condensé : d'où est résultée une action de compression et de déchirement par le vide produit ; mais, de plus, la transformation de l'oxyde de carbone en acide carbonique a donné lieu à un dégagement d'environ 6,000 calories (*sic*) par litre d'oxygène brûlé dans les spongiosités de notre organisation contenant cet oxygène qui allait servir à enrichir le sang.

Ces 6,000 calories développées dans des contacts intimes et des cellules d'atomes ou de petites sphères d'oxygène occasionnent donc virtuellement et infailliblement une désorganisation par cautérisation, ce qui cause une douleur atroce qui accompagne l'empoisonnement par l'*oxyde de carbone*, si différent en cela de celui que produit l'*acide carbonique*, qui, comme nous l'avons éprouvé dans les mines de Pont-Gibaud à maintes reprises, cause une ivresse agréable passant progressivement à une douce léthargie, plutôt qu'une sensation pénible.

Voici les faits que l'auteur rapporte à l'appui de cette théorie :

Contrairement à ce qui a été écrit, l'oxyde de carbone de combustion ordinaire est un réducteur insuffisant et impuissant pour enlever l'oxygène aux métaux de la classe du fer. Ainsi les théories basées sur cette action sont erronées. Cet oxyde de carbone de combustion offre déjà des dangers comme poison.

Mais si l'oxyde de carbone de combustion, c'est-à-dire celui qui contient 4, 5, même 6 volumes d'azote, n'est pas un réducteur puissant, l'oxyde de carbone pur est non-seulement un réducteur de la plus grande énergie, mais un poison violent, un poison foudroyant à très faible dose.

Un état de santé des plus pénibles est pour l'auteur de cette communication la conséquence de plusieurs empoisonnements par ce gaz, dont il fait un usage très fréquent en raison de ses propriétés comme réducteur.

C'est dans le but d'éviter à ceux qui poursuivront les mêmes travaux les dangers attachés à leur pratique que M. Adrien Chenot a voulu leur signaler ce danger d'une manière toute spéciale. Voici ce qu'il rapporte à ce sujet :

En 1846, j'étais à l'usine de Stolberg (Prusse) pour faire des études sur les minerais de zinc et leur traitement à différents points de vue. Dans le cours de mes expériences, je voulus faire des études sur l'oxyde de carbone, qui est le résultat de la réaction des oxydes mêlés à un excès de charbon. Dans ce but, faute d'un instrument convenable pour recueillir ce gaz, je le puisais dans l'appareil avec une pipette et le renvoyais sous une cloche. Pendant que j'étais occupé à cette opération, l'ingénieur des mines et de l'usine eut à me parler et me frappa sur l'épaule sans que je m'y attendisse ; je fis alors, à ce qu'il paraît, une ingération du gaz contenu dans ma bouche, et tombai immédiatement à la renverse comme foudroyé.

Voici quels furent les effets extérieurs et intérieurs de cet anéantissement subit exposés d'après un extrait du procès-verbal que nous avons dressé, le directeur, l'ingénieur et moi, après que je fus un peu remis ; et cet extrait est d'une concordance complète avec un dernier accident dont je parlerai tout à l'heure, et qui m'est arrivé il y a deux mois.

Extérieurement : 1° On tombe comme frappé par la foudre ;

2° Les yeux sont renversés dans leur orbite ;

3° Les membres sont crispés ;

4° La peau se décolore ;

5° Les veines se gonflent et se dessinent d'une teinte noire sous la peau.

Intérieurement : 1° La sensibilité est extrême ; la vie est pour ainsi dire exaltée ; toutes les idées ou tous les intérêts principaux, toutes les affections dominantes se reproduisent à l'esprit comme dans un mirage instantané.

2° On éprouve dans le thorax des douleurs atroces analogues à un arrachement intérieur ; cette douleur sourde est des plus vives. On sent que le cerveau est vivement comprimé soit comme action principale, soit comme action nerveuse provoquée par la douleur.

Etant dans cette position, je fus porté à l'air sans aucunement m'apercevoir de ce transport, non plus que des lotions d'eau, de vinaigre et des inhalations d'ammoniaque, etc. Au bout d'un quart d'heure, le sentiment extérieur revient lentement et progressivement, accompagné des douleurs intérieures dont il vient d'être question ; mais alors se traduisant en un sentiment de suffocation accompagnée de froid et d'une sueur perlée sur tout le corps, mais particulièrement à la tête.

Pendant plusieurs jours la lassitude est générale et continuelle ; les digestions se font très mal. Du reste, le dégoût de toutes choses est général. Le sommeil, de léger qu'il était, est devenu opiniâtre et lourd ; il est fréquemment troublé par des crampes aux jarrets et aux doigts de pieds.

Pendant plusieurs mois, ces effets, tout en s'atténuant beaucoup, conservent une influence marquée sur la santé. On est porté à la tristesse, à l'abattement et au dégoût ; on craint beaucoup le bruit inattendu d'un choc quelconque. Celui-ci provoque une secousse nerveuse analogue à une décharge électrique. Peu à peu cet état se modifie en passant à celui d'une espèce d'insensibilité qui pour moi s'est fixée plus particulièrement à l'extrémité des doigts, à des degrés d'intensité variable avec l'état de l'atmosphère. Somme toute, on le voit, l'empoisonnement par l'oxyde de carbone pur est des plus terribles en lui-même et entraîne une désorganisation profonde.

Je suis maintenant sous l'influence du second empoisonnement dont je viens de parler, et qui a eu lieu par la rupture subite d'un tube manomètre contre lequel je me suis heurté la tête dans un endroit étroit. Tous les symptômes intérieurs sont absolument les mêmes, mais je ne fus pas renversé ; je restai dans un état de demi-connaissance et capable de me soigner moi-même, suivant que je m'étais promis de le faire, soit pour d'autres, soit pour moi.

Persuadé que le mal intérieur résultait d'une lésion provoquée par l'effet que je viens de dire à propos de la théorie de l'action de l'oxyde de carbone comme poison, j'ai bu pendant plusieurs jours, et autant que je l'ai pu, de l'eau gommée et de guimauve. Je crois avoir atteint mon but autant que possible. Néanmoins, le dégoût, la faiblesse et une force d'inertie insurmontable me dominent continuellement. L'insensibilité de l'extrémité des doigts est devenue extrême ; et par opposition singulière, non-seulement les chocs me font frémir électriquement, mais une goutte d'eau qui tombe sur ma peau ou un attouchement quelconque, même le mien, me produisent une sensation d'irritation. Les bains semblent faire un bien extrême. Plusieurs heures après le calme revient ; mais quelquefois, dans le bain, on éprouve une espèce d'agacement général. (Commissaires : MM. Thénard, Dumas, Pelouze, Rayer.)

Bulletin du choléra-morbus. — La recrudescence du choléra persiste à peu près dans les mêmes limites.

Ainsi, à l'Hôtel-Dieu, on a reçu hier 25, 24 malades.

A la Charité, les 24 et 25, une vingtaine, et de plus 6 cas se sont déclarés à l'intérieur.

A la Maison de santé, à Beaujon et dans les autres hôpitaux, quelques réceptions ont également eu lieu.

Les hôpitaux militaires et les régiments n'en sont pas non plus exempts.

On en observe aussi un certain nombre de cas en ville.

En général, un symptôme prédomine, symptôme qui, on se le rappelle, avait manqué dans les premiers jours, au début, les crampes ; chez beaucoup de sujets elles offrent une grande violence.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les épreuves du concours au Bureau central pour l'admission aux épreuves définitives sont terminées. Ont été conservés MM. Bernard, Boivin, Caillault, Caben, Lallier, Leudet, Matice, Hervieux, Guibout et Richard.

La seconde série des épreuves a commencé lundi dernier, à quatre heures.

— Le corps médical belge vient de perdre un de ses plus anciens membres. M. le docteur Naeghels a succombé le 15 avril, à l'âge de 74 ans. M. Naeghels était médecin honoraire de la Cambre et membre de l'Académie de médecine.

— M. le docteur Charles Teirlinckx, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, vient de succomber à la suite d'une longue et douloureuse maladie, âgé de trente-huit ans seulement.

— M. Coste, membre de l'Institut, ouvrira son cours d'embryogénie comparée, au collége de France, le mardi 2 mai, à une heure précise.

— Bagnoles (de l'Orne), que les vertus de ses sources minérales tièdes et vivifiantes, la beauté de son site et la pureté de l'air qu'on y respire recommandent dans les cas de rhumatismes, paralysies, troubles des fonctions digestives, maux de nerfs, pâles couleurs, pertes et flux divers, maladies de la peau, ulcères anciens, engorgements des glandes, ouvrira ses bains à la fin de mai prochain. Cette résidence thermale, située au centre des contrées de l'Ouest, réunit ce qui convient à la santé.

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère dans l'infortune

(Au bureau du journal).

Montant des listes précédentes : 272 fr.

MM. le baron Larrey, 10 fr. ; Charrière père, 5 fr. ; Charrière fils, 5 fr. ; Sichel, 5 fr. ; Baillarger, 5 fr. — Total : 302 fr.

Les moindres sommes seront reçues avec une profonde reconnaissance.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 51. — SAMEDI 29 AVRIL 1854. (27e ANNÉE.) N° 51. — SAMEDI 29 AVRIL 1854

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

Cette semaine vient d'être marquée par une de ces phases singulières dans la marche du choléra, qu'il est ordinairement si difficile de prévoir et d'expliquer. On jugera du mouvement ascensionnel qu'a brusquement pris l'épidémie par le relevé suivant, qui donne les chiffres généraux pour tous les hôpitaux de Paris depuis le 19, où s'arrêtait notre bulletin de samedi dernier.

	Admis.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 20	18	3	21	1	7
21	16	4	20	2	17
22	19	5	24	»	12
23	27	14	41	»	12
24	58	18	76	»	18
25	45	19	64	3	26
26	28	17	45	3	28
	211	80	291	9	120

Ainsi, tandis que la semaine précédente le nombre total des cas nouveaux s'élevait à 75, chiffre qui dépassait déjà de plus du double la moyenne des semaines précédentes, le total des sept derniers jours est, comme on le voit, huit fois plus élevé. Et si l'on considère que cette augmentation ne date que du 23, et qu'elle porte par conséquent principalement sur les derniers jours, on ne peut méconnaître là l'effet d'une nouvelle impulsion de la cause épidémique.

Ajoutons toutefois que cette nouvelle recrudescence semble devoir être d'aussi courte durée qu'elle a été brusque et considérable, à en juger du moins par ces deux derniers jours. En effet, on voit déjà dans le tableau précédent que le 26 le chiffre tombe de 64 à 45. Nous n'avons pas le chiffre total pour la journée du 27, mais il y a de très grandes présomptions, d'après ce que nous avons vu, qu'il sera encore inférieur à celui du 26. A l'Hôtel-Dieu, qui a reçu des cholériques en beaucoup plus grande proportion que les autres hôpitaux, il n'y a eu hier que 16 cas nouveaux.

Nous venons de dire que le plus ordinairement il était difficile, sinon impossible même, de prévoir et d'expliquer ces fluctuations de l'épidémie. Dans cette circonstance, cependant, on peut saisir une influence manifeste, influence dont l'action a pu être appréciée assez souvent déjà pour n'être pas mise entièrement sur le compte des événements purement fortuits ; nous voulons parler du changement brusque qui est survenu dans la température pendant le cours de cette semaine. C'est le 23, lorsqu'après plus d'un mois d'une température printanière insolite survient un changement brusque dans l'atmosphère et qu'au vent chaud du sud-ouest succède un vent sec et glacial de nord-est, que tout à coup on voit s'élever d'une manière notable le chiffre des cholériques.

Depuis deux jours le vent nord-est est remplacé par un vent d'ouest moins froid et plus humide, et le chiffre des cholériques diminue. Nous ne voulons pas dire par-là qu'il y ait dans cette circonstance rien qui puisse mettre sur la voie de la cause inconnue du choléra ; mais il est impossible de ne pas voir dans la répétition du même fait à différentes époques, et notamment en mars 1832, où il s'est produit identiquement, un effet de l'action prédisposante de tout changement survenu brusquement dans l'état de l'atmosphère.

Ainsi qu'il arrive dans toutes les recrudescences, ce n'est pas seulement par le chiffre plus élevé des invasions que celle-ci s'est traduite, mais encore par la plus haute gravité des cas nouveaux. Les symptômes sont, en général, plus nettement accusés ; quelques-uns de ceux qui manquaient le plus souvent, tels que les crampes, la cyanose, l'absence complète de pouls et la suppression des urines, se sont montrés plus fréquemment dans les derniers cas. Nous avons vu quelques sujets qui nous ont rappelé par leur physionomie les cas de choléra algide asphyxique des plus mauvais jours des grandes épidémies, notamment un malade de l'Hôtel-Dieu qui avait déjà eu une attaque de choléra dans les premiers jours de ce mois, et qui était convalescent lorsqu'il a été repris de nouveau avant-hier d'une attaque de choléra algide qui l'a enlevé en quelques heures.

Qu'on n'aille pas croire cependant que tel est le caractère constant des cas actuels. Nous avons vu des malades atteints à tous les degrés et présentant les formes les plus variées de la maladie ; il n'est même pas rare de voir chez certains malades un ou deux symptômes seulement. Ainsi, chez une malade de la ville, nous n'avons trouvé pour tout symptôme de choléra que le refroidissement et les crampes. Mais ce qui nous a paru concourir à caractériser cette nouvelle recrudescence, c'est, d'une part, outre la plus haute gravité de quelques cas, la rapidité plus grande de la marche de la maladie, plus de brièveté dans les prodromes et leur absence même dans quelques cas ; c'est enfin, d'autre part, la catégorie des sujets qui en sont frappés. Tandis que, dans la première période de cette épidémie la maladie frappait presque exclusivement ou sur des sujets déjà malades ou sur des individus récemment arrivés à Paris, et se trouvant à la fois sous l'influence de l'acclimatation et de mauvaises conditions d'alimentation et d'hygiène générale ; nous voyons en ce moment arriver dans les salles des hôpitaux des sujets de tout âge, de conditions différentes, habitant Paris depuis longtemps ou n'en étant jamais sortis, et qui, la veille ou l'avant-veille de l'invasion, jouissaient d'une santé parfaite. La maladie, d'ailleurs moins circonscrite dans les hôpitaux, paraît aussi faire çà et là quelques excursions dans les rangs de la société où l'on ne peut suspecter l'influence des mauvaises conditions hygiéniques.

Il paraît qu'il y aurait aussi dans quelques parties de l'Angleterre, parallèlement à la recrudescence qui vient de se manifester à Paris dans la marche de l'épidémie, une augmentation très sensible dans le nombre des cas et des décès.

Voici quelques chiffres empruntés à un document émanant du conseil général de santé de ce pays :

A Glasgow et à Leeds, en Ecosse, le nombre des cas a été très considérable (24 décès en quatre jours dans la même ville). En Irlande, et surtout à Limerick, les navires chargés d'émigrants et les troupes campées dans le voisinage ont beaucoup souffert. Du 13 mars au 12 avril, le 14e régiment a compté 31 cas de choléra très graves, dont 16 suivis de mort, et 347 cas de diarrhée, dont 200 ont cédé très facilement aux premiers moyens et les 147 autres ont réclamé un traitement très prolongé.

Il semble, est-il dit encore dans le document cité, que la diarrhée continue encore à se montrer parallèlement au choléra, l'accompagnant et le précédant partout où il se présente. Ce même document signale dans la marche actuelle de la maladie une modification très importante et qui serait de nature à rendre la surveillance plus nécessaire que jamais, afin de saisir aussitôt que possible les premiers indices de son apparition dans une localité. On a observé que dans le plus grand nombre des endroits où l'épidémie a sévi dans ces derniers temps, elle a frappé ses victimes plus brusquement et les a plus rapidement fait périr. Ainsi la période prodromique, d'une si haute valeur relativement à l'indication des mesures préventives, aurait aujourd'hui généralement une durée beaucoup plus courte et, dans quelques cas même, elle aurait été complétement supprimée. La diarrhée prémonitoire existe encore ; mais sa durée est communément plus courte, et elle passe plus directement et plus rapidement au choléra.

On voit qu'il y aurait, en effet, quelque analogie entre les faits énoncés dans le document anglais et ce que nous observons à Paris. C'est donc un motif de plus, sans se laisser trop facilement abuser par l'apparente diminution qui se manifeste depuis deux jours, pour redoubler de surveillance et ne rien négliger, tant au général qu'au particulier, de tout ce qui peut s'opposer au développement et à la propagation d'un mal qu'on a, une fois développé, tant de peine à combattre.

Fracture de l'extrémité supérieure du tibia.

Il s'est présenté récemment, dans le service de M. Velpeau, un exemple assez remarquable de fracture de l'extrémité supérieure du tibia.

Un homme de soixante-sept ans, d'une constitution très délabrée, tomba en voulant monter sur un trottoir ; la face externe de la partie supérieure de la jambe droite vint heurter contre l'angle de la pierre : on releva le blessé, et cinq jours après on l'apporta à l'hôpital.

Voici ce qu'alors on put constater :

Dans l'articulation du genou, épanchement assez considérable pour soulever la rotule. Au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, dépression brusque et très marquée ; en ce point, il existe de l'ecchymose et un gonflement œdémateux sans douleur. Lorsqu'on saisit la jambe par son extrémité inférieure en fixant le genou, on lui fait exécuter sans peine des mouvements de latéralité, d'extension forcée, de rotation, de circumduction, absolument comme si l'articulation du genou était une énarthrose. Pendant tous ces mouvements, on sentait une crépitation manifeste qui ne laissa plus de doute sur la nature de la lésion : on diagnostiqua une fracture comminutive de l'extrémité supérieure du tibia, communiquant avec l'articulation.

Le membre fut maintenu pendant une quinzaine de jours sur un plan incliné, et enveloppé d'un bandage compressif. Au bout de ce temps, on appliqua l'appareil dextriné ; mais il survint une diarrhée intense qui fut à peine modifiée par les divers moyens de traitement dirigés contre elle. Au bout d'un mois, le malade, réduit au dernier degré du marasme, finit par succomber (13 avril).

A l'autopsie, on trouva une fracture ayant détaché toute l'extrémité articulaire du tibia, fracture dirigée suivant une ligne courbe à convexité supérieure, en sorte qu'à la périphérie de l'os la portion détachée était beaucoup plus considérable ; elle-même était divisée en deux fragments distincts, l'un interne, l'autre externe, se partageant d'une manière à peu près égale la surface articulaire. Enfin, une section longitudinale faite à l'aide de la scie permet de constater qu'il y a eu écrasement de la substance spongieuse de l'os ; la cavité glénoïde interne étant profondément déprimée, comme si le condyle interne avait fortement pressé sur elle. Quoique la lésion datât de six semaines, on ne trouvait que de faibles traces de consolidation osseuse, et les tractions même légères suffisaient pour détruire les adhérences des surfaces fracturées ; l'épine du tibia était arrachée et englobée, ainsi que l'extrémité inférieure des ligaments croisés, au milieu d'une exsudation plastique encore incomplétement ossifiée.

Les fractures du tibia à son extrémité supérieure sont assez rares pour que ce fait mérite d'être signalé ; le diagnostic n'en est pas difficile : la crépitation, la mobilité extrême de la jambe, augmentée sans doute ici par l'arrachement des ligaments croisés à leur insertion inférieure, ne laissaient aucune prise au doute. Mais un fait sur lequel insistait M. Velpeau est la lenteur avec laquelle les fractures de ce genre se consolident ; il faut en accuser la quantité considérable de sang épanché entre les fragments, car la fracture a lieu toujours par cause directe, et surtout le peu de vitalité des fragments supérieurs, l'artère nourricière de l'os pénétrant beaucoup plus bas dans le tibia. Si à cela on ajoute les dangers qui peuvent résulter du voisinage de l'articulation, on comprend combien dans les cas de ce genre le pronostic devra être réservé.

Ongle incarné dans les chairs. Opération par le procédé mixte de M. Jobert (de Lamballe). Guérison.

M. Jobert emploie pour le traitement de l'ongle incarné un procédé dont il n'a eu qu'à se louer jusqu'à présent, et qui consiste à exciser le bourrelet qui recouvre l'ongle, et à cautériser la plaie avec le nitrate d'argent, pour réprimer l'exubérance naturelle des bourgeons, jusqu'à cicatrisation complète. L'observation suivante, qui n'est qu'un spécimen choisi entre plusieurs cas semblables qui se sont succédé depuis peu dans son service, donnera une idée suffisante et du procédé et de ses résultats.

Un jeune homme âgé de seize ans, d'une bonne constitution, et n'ayant jamais été malade, a éprouvé pour la première fois il y a six mois environ les accidents qui l'ont fait entrer à l'hôpital.

Ces accidents n'étaient autres qu'une douleur vive dans le gros orteil gauche, avec gonflement et gêne considérable pendant la marche et la station. En observant son orteil, il s'aperçut lui-même que cette douleur et cette gêne étaient causées par l'ongle, qui se recourbait sur lui-même et rentrait dans la chair. Deux mois après les douleurs devenaient presque insupportables, et il était obligé de garder le lit. En même temps la peau s'ulcéra sur tout le bord de l'ongle, et fournissait une suppuration peu abondante, mais très fétide.

Le 29 mars, à l'époque où le malade entre à l'hôpital, l'orteil gauche est fortement aplati de haut en bas. L'ongle est plat, horizontal ; son bord externe est tout à fait recouvert par un gros bourrelet cutané qui vient de la face palmaire, de façon que même en faisant des tractions, qui sont du reste très douloureuses, il est impossible de le découvrir et de l'apercevoir. Sur ce bourrelet, règne dans toute la longueur de l'ongle une ulcération grisâtre ir-

régulière, d'où sort une sérosité purulente d'une grande fétidité.

Le 31 mars, l'opération est pratiquée de la manière suivante :

Le malade est couché, et les orteils étant éloignés par des aides, M. Jobert, avec un bistouri droit à lame étroite, fait une ponction de la face dorsale à la face palmaire, et entre l'ongle et le bourrelet qui le recouvre. Lorsque l'instrument est arrivé à la face palmaire, il le retire vers l'extrémité libre de l'orteil, en coupant toute la partie saillante du bourrelet charnu. De cette façon, il taille un lambeau triangulaire dont la base est en arrière, et qui comprend toute la partie qui recouvrait l'ongle. Ensuite, d'un seul trait il coupe par la base ce lambeau, et le sépare du reste de l'orteil. Le malade est pansé avec des lamelles d'amadou.

Le 1er avril, pas de fièvre; l'orteil n'est point douloureux. — Pas de pansement.

Le 2, la plaie est triangulaire, rouge; l'orteil est un peu douloureux. — Cautérisation avec le nitrate d'argent; pansement simple.

Le 3, quelques petits bourgeons naissent sur la surface de la plaie. M. Jobert les réprime en les cautérisant par le nitrate d'argent. — Linge cératé, charpie trempée dans l'eau de guimauve.

Le 4, le diamètre de la plaie paraît plus petit; les bords sont affaissés, la cicatrice marche vers le centre. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 5, la plaie présente une forme allongée. La cicatrice est complète sur les bords; au centre, elle est rouge. Production de quelques bourgeons charnus, qu'on cautérise avec le nitrate d'argent.

Le 6, la cicatrisation est presque complète. Une petite plaie allongée et linéaire s'aperçoit à peine au centre de la perte de substance. — Cautérisation.

Le 7, même état. — Cautérisation.

Le 8, petite plaie au centre. — Cautérisation. Le reste de la solution de continuité est occupé par une croûte brunâtre qui recouvre la cicatrice.

Le 9, cautérisation; plus de pansement.

Le 10, le malade sort de l'hôpital complétement guéri.

Épilepsie saturnine. — Mort.

Au n° 34 de la salle Saint-Louis de l'hôpital Beaujon est entré, le 3 mars 1854, un homme de quarante-neuf ans, journalier, de forte constitution, et qui, pendant six mois en deux fois, avait travaillé au minium dans la fabrique de Clichy. Il dit que pendant ce temps il prenait un bain par semaine.

Cet homme avait eu, le matin même de son entrée, une attaque convulsive dont il ne peut rendre compte, et il se plaint de coliques de plomb qui le font beaucoup souffrir. Il présente à un haut degré tous les symptômes de l'intoxication saturnine : teinte jaunâtre, cachectique caractéristique, teinte semi-ictérique des conjonctives, accidents du côté de l'abdomen, liséré prononcé et intense des gencives, liséré dont la coloration, pour le dire en passant, doit plutôt être attribuée à la cachexie, comme le pense M. Tanquerel-Desplanches, qu'à un dépôt de plomb sulfuré, comme le croit M. Grisolle. Cet homme, en outre, avait sous les ongles une teinte rouge due à la poudre de minium.

Le lendemain de son entrée, 4 mars, attaque convulsive ayant duré une demi-heure. Bain sulfureux, qui détermine une couche de sulfure de plomb générale, et surtout marquée vers la base du cou et le sommet de la poitrine, sur les jambes, sur les bras et sur les mains.

Le 5 mars, le malade est mis au traitement de la Charité, traitement devenu officinal et institué, on le sait, en 1603. Ce traitement, qui dure pendant sept jours, a été assez modifié depuis son invention, et se trouve dans tous les formulaires. Pendant ce temps, les bains sulfureux et savonneux sont alternés pour nettoyer la peau. Trois à cinq selles par jour.

Pas d'épilepsie jusqu'au 12 mars. Le malade se trouve mieux et demande à manger avec instance.

Le 12, nouvelle attaque convulsive. On emploie le corset de force, et on recommence le traitement de la Charité. De tout le jour, le malade ne revient pas à la raison.

Le 13, le même état persiste.

Le 14, nouvelle attaque convulsive violente. La face reste vultueuse, le pouls est vif, la respiration saccadée et stertoreuse. Mort à sept heures du soir.

Autopsie, faite 36 heures après la mort. — Rien de remarquable à l'examen des organes, sinon une diminution notable de calibre avec épaississement des parois et coloration blanche de toute la partie de l'intestin grêle correspondant à peu près au jéjunum. Dans l'intestin, est une matière liquide, blanchâtre, muqueuse, due sans doute au traitement de la Charité.

La vésicule biliaire est grosse. Rien à noter.

Le cerveau, examiné avec soin, ne présentait pas cet aplatissement des circonvolutions, cette grosseur anormale dont parle M. Grisolle; peut-être une teinte légèrement jaunâtre, et un peu de fermeté avec la sensation particulière que M. Martin-Solon compare à celle de la pâte de guimauve. Rien aux méninges.

Ce malade nous fournit l'occasion de rappeler quelques points des intoxications saturnines, points qui ne sont pas généralement signalés dans les auteurs.

On sait d'abord que le minium, ou rouge de plomb, est un oxyde beaucoup moins attaquable par les acides faibles que la litharge, le massicot ou le blanc de céruse. Ce corps, que dans un travail publié en 1832 M. Dumas a démontré comme constitué par un quatre-tiers oxyde de plomb, peut donc se déposer en plus grande quantité sur la peau, et probablement dans l'organisme, sans causer d'accidents immédiats ; car les acides organiques ont peu d'action sur lui; c'est ce qui fait que les ouvriers spécialement affectés au minium peuvent, sans contracter l'intoxication saturnine, travailler plus longtemps que ceux qui sont employés au blanc. C'est du moins ce qui ressort du mémoire que M. Gendrin a publié en 1832, quand il était médecin à l'hôpital Cochin et qu'il s'occupait spécialement de cette affection. Mais aussi, quand surviennent les accidents, lorsque l'organisme est pour ainsi dire saturé de plomb, ils se montrent beaucoup plus intenses et beaucoup plus graves, déterminant des attaques d'éclampsie et d'épilepsie qui conduisent, en général, le malade au tombeau. C'est ce qui a eu lieu pour le sujet de notre observation. Dans ce cas, les accidents convulsifs l'emportaient sur les accidents tormineux.

Un autre fait assez remarquable résultant encore des observations de M. Gendrin serait le suivant : cet auteur prétend que dans l'administration des bains sulfureux faite aux sujets portant sur la peau des sels de plomb, il faut avoir soin de ne mettre dans le bain qu'une très petite quantité de persulfure de potassium, 15, 20 grammes au plus; différent en cela des autres praticiens, qui administrent les bains sulfureux ordinaires. Les sels de plomb qui sont sur la peau, passant à l'état de sulfure de plomb insoluble, seraient, dit-il, redissous par la présence d'une grande quantité d'hydrosulfure alcalin en excès, et favoriseraient d'autant l'absorption de la substance vénéneuse. Il aurait vu des accidents presque foudroyants survenir de cette façon.

Le dernier point que nous voulons mentionner est un point d'anatomie pathologique qui revient tout entier à M. Barth. Ce médecin, qui plus que tout autre peut faire autorité dans cette branche de la science, a vu dans un cas de mort à la suite d'éclampsie saturnine, la moelle allongée présenter sur un point de sa surface une sorte de plaque irisée qu'il présenta à la Société anatomique, en exprimant la pensée que ce phénomène était peut-être dû à un dépôt en ce point d'une certaine quantité de sel de plomb. Cette opinion fut partagée par un certain nombre de membres. Rien de semblable ne s'est présenté dans le cas que nous avons eu à examiner.

Tels sont les points de la maladie saturnine sur lesquels nous appelons l'attention, comme pouvant peut-être encore donner lieu à des études spéciales.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Fistule vésico-vaginale. — Hernie de la vessie sous forme d'une tumeur rouge framboisé offrant l'aspect d'un polype. — Excision. — Autoplastie par glissement. — Réunion complète. — Ulcération de la cicatrice.

Mme B..., âgée de cinquante et un ans, d'une bonne constitution quoique d'un caractère indolent, peu communicatif et peu franc, a, dit-elle, toujours joui d'une bonne santé. Ses père et mère sont morts dans un âge avancé.

A l'âge de treize ans la fonction menstruelle s'établit très normalement, sans que la santé générale en ressentît le moindre dérangement.

Mariée à vingt-trois ans, elle devint enceinte au bout de deux mois. La grossesse ne présenta rien de particulier. Arrivée à terme, Mme B... mit au monde le seul enfant qu'elle ait eu. L'accouchement fut naturel et se fit sans aucune difficulté, et quelques jours après notre malade pouvait vaquer à ses affaires comme auparavant. Quelques années plus tard (il y a de cela une vingtaine d'années), elle eut une affection gastrique accompagnée de flueurs blanches assez abondantes et d'envies fréquentes d'uriner. Le traitement qu'elle subit alors apporta bien une modification favorable à l'état de l'estomac, mais l'écoulement vaginal persista, ainsi que les envies fréquentes de rendre les urines. Il y a trois ans seulement, ces envies s'accompagnèrent de douleurs très vives qui duraient pendant un certain temps après la miction, et qui à l'approche des règles prenaient une intensité beaucoup plus grande; quelquefois elles devenaient tellement vives, que pour les apaiser Mme B... était obligée de se plonger dans l'eau froide.

Le premier médecin consulté les considéra comme produites par une affection nerveuse vésicale; mais le traitement prescrit n'apportant aucun soulagement, la malade alla consulter M. le docteur Salmon, ancien interne des hôpitaux de Paris. Après un examen attentif, il prescrivit des injections vaginales et cautérisa une petite ulcération qui existait sur la surface du col utérin. Ce ne fut que quelque temps après que les urines s'écoulèrent involontairement par le vagin. M. le docteur Salmon, dans un nouvel examen, reconnut qu'il y avait sur la paroi vésico-vaginale, au niveau du col de la vessie, une ouverture qui faisait communiquer le vagin avec l'intérieur du réservoir urinaire. C'était par cette ouverture que s'écoulait l'urine. La malade alors n'éprouvait plus le besoin d'uriner, et les douleurs qui accompagnaient la miction avaient cessé complétement. Mme B... vint alors à Paris consulter M. le professeur Chomel, qui, après avoir reconnu l'existence d'une fistule vésico-vaginale, l'engagea à venir se confier aux soins de M. Jobert. Nous étions alors à la fin du mois d'août 1852. M. Jobert lui conseilla de retourner dans son pays suivre un traitement et de revenir au mois de novembre. Ce fut alors que nous pûmes constater l'état suivant :

L'état général est satisfaisant.

Les grandes et les petites lèvres, ainsi que les parties supérieures et internes des cuisses, sont le siége de plaques érythémateuses, d'une éruption vésiculo-pustuleuse et d'ulcérations grisâtres très douloureuses.

En écartant à droite et à gauche les parties génitales externes et déprimant la paroi postérieure du vagin avec le spéculum univalve, on voit d'avant en arrière :

1° Le méat urinaire, qui est libre ainsi que l'urètre;

2° Au niveau du col de la vessie, il existe une ouverture qui fait communiquer la vessie avec le vagin et au travers de laquelle la muqueuse vésicale fait hernie;

3° La tumeur qui en résulte est allongée, rouge et a à peu près le volume et l'aspect d'une framboise; elle n'est dépressible en haut qu'avec une certaine difficulté; cela tient à ce qu'elle n'est pas formée, comme cela arrive le plus souvent, par la paroi antérieure de la vessie, mais par un prolongement de la membrane muqueuse vésicale qui borde la partie médiane de la lèvre antérieure de l'ouverture anormale;

4° Du méat urinaire à la fistule, il existe un espace de 2 centimètres et demi;

5° L'étendue de la fistule permet d'introduire dans la vessie le doigt indicateur; à la vérité cet orifice se trouve occupé en grande partie par la tumeur herniée dont j'ai parlé tout à l'heure;

6° Une sonde d'argent, introduite dans la vessie par l'urètre, ressort facilement par la solution de continuité et est aperçue dans le vagin ;

7° Enfin, en arrière de la fistule et au fond du vagin, on voit le col de l'utérus, qui ne présente rien de particulier.

Après avoir laissé la malade se reposer un mois, pendant lequel elle a continué de suivre son traitement, M. Jobert pratique l'opération de la manière suivante, en présence de MM. Cloquet, Rayer et Forget :

1° Mme B... est placée dans la position ordinaire pour ces sortes d'opération ; la cloison recto-vaginale est abaissée avec le spéculum univalve, tandis qu'avec des leviers les grandes et les petites lèvres sont écartées de chaque côté.

2° A l'aide d'une pince à dents, du bistouri ou des ciseaux, la lèvre postérieure de la fistule est rendue saignante dans une étendue de 0,01 centimètre environ.

3° La tumeur herniée est excisée en totalité; cette partie de l'opération s'accompagne d'un écoulement de sang assez considérable.

4° La lèvre antérieure est alors ravivée de la même manière que la lèvre postérieure et dans une étendue égale.

5° Le ravivement étant complet, trois points de suture entrecoupée sont appliqués et réunissent les lèvres de la fistule d'avant en arrière; les fils étant noués, M. Jobert, à l'aide d'une sonde cannelée, s'assure qu'il n'existe plus entre chaque point de suture aucun intervalle perméable à l'urine.

6° Deux incisions de débridement sont faites sur les côtés de la suture. Ces incisions, dirigées suivant l'axe du vagin, s'étendent en avant jusque sur les côtés du méat urinaire, qu'elles dépassent dans une petite étendue, sans cependant se réunir au-devant de lui.

7° Le vagin est détaché de son insertion au col au moyen d'une incision transversale demi-circulaire.

8° Comme après tous ces débridements il existe encore un peu de tension des lèvres de la suture, M. Jobert la fait disparaître complétement en pratiquant vers la partie moyenne de la cloison vésico-vaginale, entre la suture en avant et l'incision transversale en arrière, une seconde incision transversale.

9° Après plusieurs injections d'eau froide, un volumineux tampon d'agaric est placé dans le vagin.

10° Enfin, la malade est reportée dans son lit, et une sonde en gomme élastique est mise à demeure dans la vessie.

Pendant les premières heures qui suivirent l'opération, il s'écoula une assez grande quantité de sang; cependant, vers deux heures de l'après-midi (la malade avait été opérée à dix heures du matin), l'hémorrhagie est arrêtée. La sonde, oblitérée, est remplacée par une autre, qui donne issue à de l'urine sanguinolente. Le soir, le liquide urinaire a presque complétement repris sa transparence. — Potion avec eau de tilleul, 130 grammes et 30 grammes de sirop de grande consoude.

Le 22, l'urine qui sort par la sonde est claire et transparente. A quatre heures, le tampon d'agaric est retiré, et une injection d'eau tiède est faite dans le vagin.

Le 23, la sonde marche très bien. Il en est de même les jours suivants. La malade prend tous les jours plusieurs bouillons de poulet.

Le 26, elle est examinée. Tout paraît être dans un état très satisfaisant. M. Jobert enlève deux points de suture, celui placé à gauche et le médian ; l'extraction de ce dernier donne lieu à un écoulement peu abondant d'ailleurs de sang. Pendant la journée, l'opérée continue d'aller très bien et la sonde de fonctionner d'une manière satisfaisante. Il n'en fut pas de même la nuit; l'algalie se boucha, et le liquide urinaire mouilla les linges placés sous le siége. Le lendemain matin une nouvelle sonde est mise dans la vessie, et permet de retirer une assez grande quantité d'urine.

Le 29, le dernier point de suture est enlevé. La sonde, remise à demeure, donne issue à la totalité de l'urine. M. Jobert permet comme aliment une côtelette ou du poisson.

Les jours suivants, l'état de Mme B... continue d'être satisfaisant.

Le 3 janvier 1853, la sonde, qui détermine par sa présence des douleurs assez vives dans l'urètre, est retirée. La malade éprouve bien, à la vérité, quelques envies d'uriner, mais elle est, d'un autre côté, mouillée sous elle; ce dont elle est certaine, c'est qu'une partie de l'urine s'écoule par le canal de l'urètre.

Le 9, nouvel examen. La réunion des deux lèvres de la plaie paraît complète. Cependant, vers le milieu de la cicatrice, il existe encore une petite plaie bourgeonnante; elle est immédiatement touchée avec du nitrate d'argent : elle existe au niveau du point de suture médian, et paraît appartenir plus particulièrement à la lèvre antérieure. Dans le même point et sur la lèvre postérieure, on aperçoit une petite rigole déterminée par la pression d'un fil. A droite et à gauche, il existe deux cicatrices résultant des deux incisions de débridement pratiquées sur les côtés de la suture. Le vagin est sec, et pendant tout le temps que dure l'examen, pas une seule goutte d'urine ne vient en mouiller les parois; cependant elle continue de couler involontairement. La malade commence à se lever.

Le 13 et le 17, le petit bourgeon mentionné plus haut est touché avec du nitrate d'argent. Ces cautérisations n'arrêtent pas l'écoulement involontaire de l'urine; seulement il semble à la malade que le liquide passe par la voie normale.

Le 28, M. Jobert examine de nouveau l'état des parties. La petite

plaie existe toujours. Bien que le vagin soit sec et qu'il sorte même un peu d'urine par le méat urinaire, M. Jobert, après avoir introduit dans la vessie une sonde d'argent, explore le bourgeon vaginal avec une sonde cannelée. Bientôt les deux instruments, en frottant l'un contre l'autre, font entendre un bruit métallique qui indique que là existe encore une petite communication du vagin avec la vessie. Immédiatement, à l'aide d'une pince à dents, du bistouri ou des ciseaux, M. Jobert ravive superficiellement le pourtour de la petite fistulette et réunit les lèvres rendues saignantes au moyen d'un point de suture entortillée; quelques lames d'agaric placées sous l'épingle protégent la paroi vaginale correspondante. La malade est alors reportée dans son lit et une sonde à demeure placée dans la vessie.

Les suites de cette petite opération ne présentèrent rien de particulier. La sonde fonctionna très bien.

Le 31, M. Jobert enlève le point de suture. La sonde est immédiatement remise à demeure; elle donne issue à la totalité de l'urine. Il en est de même les jours suivants.

Le 4 février, Mme B... est examinée et cet examen permet de reconnaître que les deux lèvres sont parfaitement réunies par une cicatrice, à l'exception d'un point très restreint où il existe encore une petite plaie.

Le 9, la sonde est retirée. Pendant la nuit l'urine coule involontairement, mais elle lui paraît passer par l'urètre.

Le 10, nouvel examen. M. Jobert constate que l'oblitération de la perte de substance paraît complète; cependant on aperçoit encore une petite plaie, qui est touchée avec le nitrate d'argent. Dans cet état, Mme B... retourne dans son pays.

Au bout d'un mois elle est toujours dans le même état, c'est-à-dire que le liquide urinaire s'écoule involontairement et d'une manière incessante. En examinant l'état des parties, M. le docteur Salmon constate qu'au niveau du point occupé par le petit bourgeon charnu il existe encore une petite ouverture qui fait communiquer la vessie et le vagin. Sur le conseil de notre confrère, Mme B... revint à Paris. Dans un examen au spéculum, M. Jobert vérifia l'exactitude du diagnostic porté, et résolut de fermer cette petite fistule au moyen d'une opération qui fut pratiquée le 3 avril.

Après avoir placé la malade dans la position voulue et pris les précautions nécessaires, M. Jobert, à l'aide d'une pince à dents et du bistouri, enlève le pourtour de la fistulette en totalité. De cette manière, les lèvres se trouvent ravivées dans une étendue circonférentielle de 1 centimètre environ. Cela fait, deux incisions longitudinales sont pratiquées sur les côtés de la perte de substance, dont les lèvres sont immédiatement réunies transversalement au moyen de deux points de suture entrecoupée. Ce dernier temps de l'opération est rendu plus facile par les incisions de débridement que j'ai mentionnées tout à l'heure, et qui en effet permettent de comprendre dans chaque anse de fil une assez grande quantité de tissus. D'après ce que je viens de dire, il est facile de comprendre que la suture est longitudinale. Cette opération, habilement et surtout promptement exécutée, ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'elle permet de reconnaître la grande vascularité des lèvres mêmes de la solution de continuité. Aussi, pour éviter tout écoulement de sang, M. Jobert eut la précaution d'appliquer sur toutes les parties saignantes des lamelles d'agaric.

Cela fait, la malade est reportée dans son lit, et une sonde à demeure est mise dans la vessie.

Après cette opération, il n'y a pas eu d'écoulement de sang. Le soir la malade est rouge, congestionnée, et comme depuis plusieurs mois les règles sont supprimées, M. Jobert prescrit le lendemain matin une saignée de deux palettes.

Le 7, à dix heures du matin, le fil postérieur est enlevé, ainsi que quelques lamelles d'agaric demeurées au fond du vagin.

Le 8, le second fil est retiré. Tout paraît être dans un état très satisfaisant. La sonde, remise à demeure, continue de donner issue à la totalité de l'urine, qui est claire et limpide.

Les jours suivants ne présentent rien de particulier; l'urine s'écoule en totalité par la sonde.

Le 16, dans un nouvel examen, M. Jobert constate que la fistule est complétement oblitérée. La sonde est retirée. La cicatrice est entière, et la plus grande attention ne permet pas de découvrir la plus petite solution de continuité. Cependant quelques jours après la malade, qui a éprouvé plusieurs fois le besoin d'uriner, se plaint d'être mouillée sous elle et de perdre de nouveau ses urines involontairement. Examinée au spéculum, on constate que la partie qui était cicatrisée s'est ulcérée, et qu'il s'est reproduit une petite fistule qui donne issue à l'urine. Elle est touchée avec le nitrate d'argent. En outre, M. Jobert prescrit un traitement antisyphilitique.

Au bout d'un mois la malade quitte Paris, conservant encore la fistule dont je viens de parler.

RÉFLEXIONS. — J'ai dit au commencement de ce travail (1) que les complications susceptibles de s'opposer à la réunion immédiate des lèvres ravivées des fistules vésico-vaginales dépendaient quelquefois d'un vice constitutionnel préexistant à l'opération; c'est là une vérité tellement évidente qu'elle ne saurait être contestée par personne; seulement, en pareilles circonstances la cause morbide n'est pas toujours de la même nature, et sous ce rapport il est, je crois, nécessaire d'établir une distinction d'autant plus importante qu'elle trouve sa raison d'être dans les phénomènes observés. Il ne faut pas confondre, en effet, l'état constitutionnel proprement dit, congénital, celui, en un mot, qu'on a désigné sous le nom d'idiosyncrasie, avec cet autre état constitutionnel acquis et qui est toujours le résultat immédiat d'une affection antérieure mal soignée et incomplétement guérie.

Dans le premier cas, il existe une simple prédisposition plus ou moins fâcheuse; tandis que dans le second c'est une véritable maladie qui, par une action générale, modifie et altère d'une manière caractéristique les éléments plastiques de la lymphe coagulable. Si la malheureuse femme qui fait le sujet de l'observation rapportée dans notre n° 38 a été soumise à l'influence d'une cause générale inhérente à sa nature même et qui s'est toujours opposée à la guérison radicale de sa terrible infirmité, celle dont nous venons de rapporter l'histoire appartient bien évidemment à la catégorie des malades placés dans les conditions défavorables d'un état constitutionnel acquis; tout, en effet, dans cette dernière observation est de nature à prouver que le virus syphilitique a été la cause qui est venue entraver d'abord et détruire ensuite la cicatrisation de la plaie : ainsi la manière dont la lésion s'est produite, les symptômes qui ont accompagné sa formation, les antécédents recueillis, quelque obscurité que notre malade ait essayé de jeter sur eux, la manière d'être de la fistule elle-même, tout, en un mot, jusqu'au traitement prescrit par M. Jobert dès le début.

(1) Voir le numéro du 30 mars.

Malheureusement la thérapeutique n'a pas eu la puissance d'annuler l'action morbide du virus vénérien, et cependant, grâce à la méthode autoplastique nouvelle, l'habile opérateur était parvenu à obtenir une oblitération complète de la solution de continuité; mais la cicatrice ne put résister longtemps au travail ulcératif du virus syphilitique; une nouvelle ouverture de communication de la vessie et du vagin s'établit, et suivant toutes les probabilités elle ne sera guérie que lorsqu'on aura préalablement détruit par un traitement approprié jusqu'aux dernières traces de la maladie constitutionnelle.

Ce n'est pas là, comme on pourrait le croire au premier abord, une simple hypothèse, mais bien une conséquence rationnelle des considérations dans lesquelles je viens d'entrer, et qui trouvent leur confirmation pratique dans une observation curieuse que M. Jobert a consignée à la page 171 de son remarquable *Traité de chirurgie plastique*.

Elle se rapporte à un homme affecté d'une fistule urétrale et chez lequel il existait en même temps une vérole constitutionnelle caractérisée par une syphilide tuberculeuse. Dès son entrée à l'hôpital, le malade fut soumis à un traitement antisyphilitique, et au bout d'un mois environ la perte de substance fut réparée au moyen d'une opération autoplastique qui fut renouvelée plusieurs fois inutilement, lorsque de nouvelles syphilides se montrèrent sur presque tout le corps, et indiquèrent par leur présence la cause des insuccès. Le traitement antisyphilitique fut alors repris, et suivi pendant un temps assez long pour neutraliser l'action pernicieuse du virus. Une nouvelle opération autoplastique fut pratiquée, et réussit presque complétement, puisqu'il ne demeura plus qu'un petit pertuis fistuleux, qui fut oblitéré entièrement par une dernière opération.

Comme on le voit, ce fait est bien de nature à encourager les efforts du chirurgien, et à donner à notre pauvre malade l'espérance de sa guérison. — A. ROZÉ.

IMPORTANCE DE LA RECHERCHE DES CAUSES

dans certaines maladies.

Par le docteur CHARPIGNON, chirurgien des prisons d'Orléans.

Pour arriver à connaître une maladie, c'est-à-dire à établir le siége et la nature d'une altération morbide, l'art du diagnostic est le moyen dont le médecin dispose. Or le diagnostic comprend des éléments distincts : tels sont la symptomatologie physique et physiologique et l'étiologie.

L'importance de la connaissance des causes des maladies n'a dans beaucoup de cas qu'une valeur secondaire et relative sous le rapport des indications thérapeutiques, car très souvent les modifications anatomiques et fonctionnelles qu'a subies l'organe lésé constituent le fait pathologique, et l'action thérapeutique est dirigée tout entière sur cette modification dans le but de rétablir l'organe dans ses conditions normales.

Quelquefois, cependant, la connaissance de la cause déterminante de la maladie est tellement capitale que sans elle la thérapeutique est livrée aux hasards de l'empirisme, et, toute rationnelle qu'elle soit, quand elle est dirigée contre des symptômes qui ont pu révéler l'organe atteint, elle reste impuissante, parce qu'une cause méconnue continue d'influencer l'organe et le maintient dans des conditions pathologiques.

Pour me circonscrire dans le cadre de l'observation qui m'a suggéré les réflexions qui précèdent, je n'entrerai pas dans les développements dont ces principes sont susceptibles, et je rapporterai simplement le fait suivant :

Le 2 février dernier, je vis pour la première fois un petit garçon de six ans, malade depuis quinze jours. L'enfant garde lit; il est pâle, dans un état comateux fréquemment interrompu par des cris aigus. Les pupilles sont dilatées, insensibles à la lumière. Le pouls est petit, intermittent; il donne 98 à 100. L'enfant entend à peine, ne répond pas; parfois cependant il comprend sa mère. Il est constipé; il s'agite quand il a besoin d'uriner. La constitution est débile, et les articulations présentent le gonflement du rachitisme.

On me dit que pendant les premiers jours cet enfant s'est plaint de douleurs violentes dans le côté droit de la tête, qu'il y a eu quelques vomissements, et que bientôt du délire est survenu.

Les parents ont soigné seuls leur enfant jusqu'à présent. Ils ont tenu des compresses d'eau sédative sur la tête; ils ont donné des lavements, de l'eau de chiendent vinense, et ont appliqué sur la tête un vésicatoire. Mais, voyant le mal s'aggraver, ils ont appelé le médecin.

Je diagnostique une méningo-encéphalite arrivée à la période de suppuration et d'épanchement.

Les moyens irrationnels employés dans la période inflammatoire m'ôtaient tout espoir; cependant j'insistai sur les sinapismes, sur le calomel, des vésicatoires à la nuque.

Le 11 février, aucune amélioration n'était obtenue. Loin de là, tout le côté *droit* du corps est complétement paralysé. L'enfant n'accuse plus de douleurs; de temps à autre des mouvements convulsifs se manifestent dans le bras gauche. Le coma est sans interruption.

Cependant, les jours suivants, l'enfant paraît entendre; il boit avec assez de facilité; ses traits sont moins altérés. Cet état se maintient du 12 au 18.

Le 19, on remarque des taches séro-sanguinolentes sur l'oreiller. Les narines et la bouche examinées n'ont pu les fournir; l'oreille droite est salie par le même liquide.

Je questionne pour savoir si au début de la maladie l'enfant ne s'était pas plaint particulièrement de cette oreille. On m'assure qu'il criait en n'accusant que le côté de la tête, mais pas plus l'oreille que la tempe.

Nous examinons l'oreille, et la mère, qui voulait seule toucher à son enfant, prend un cure-oreille pour enlever la matière du conduit auditif. Aussitôt elle dit qu'elle voit un caillou, et comme une imprudente elle essaie de l'enlever. Je regarde et ne vois rien; mais elle avoue avoir enfoncé ce caillou, qui était gris blanc. Prenant le cure-oreille, je sonde le conduit auditif, et de suite je trouve le tympan perforé. En pénétrant dans l'oreille, l'instrument se heurte contre un corps dur; il le contourne et le sent immobile. Je prends une pince à branches fines, et je peux saisir ce corps dur; mais de fortes tractions ne le font pas changer de place et la pince glisse plusieurs fois. Il s'écoule alors du sang et de la sérosité, et je pense que c'est quelque fragment du rocher, qui est carié, qu'on aura vu. Pendant ces tentatives, le malade restait immobile; il se manifestait seulement quelques mouvements convulsifs des muscles de la face de ce côté.

Je restai convaincu qu'il y avait eu méningite primitive et extension de l'inflammation à l'oreille interne, que le pus s'était frayé un passage dans cette partie et avait déterminé la carie du rocher. C'était l'otite cérébrale d'Itard, opinion controversée du reste, mais dont il me semblait avoir la confirmation; car, me disais-je, si le point de départ avait été une otite, comment les douleurs intolérables qui l'accompagnent au degré où celle-ci devait avoir été n'avaient-elles pas eu lieu? Tandis que je m'expliquais bien que le coma suite de l'affection cérébrale, en abolissant la sensibilité, avait permis à l'inflammation de se propager, au pus de décoller la dure-mère du temporal pour venir carier le rocher et les parties de l'oreille interne. Pourtant mon raisonnement n'était qu'à moitié juste, et le point de départ avait bien été dans l'oreille externe.

Après mon départ, on fit les injections que j'avais prescrites, et la mère, persuadée qu'il y avait un caillou, se mit à sa recherche. Or elle imagina quelque chose de très ingénieux pour avoir ce caillou. Elle prit un double crin de cheval, en forma une anse et fixa les bouts à un petit morceau de bois. Puis, introduisant l'anse dans l'oreille, elle la fit descendre profondément et la tourna dans tous les sens jusqu'à ce qu'en tirant un peu la tige de son instrument elle sentit que quelque chose était pris dans le crin. Alors, tournant le petit bâtonnet sur lui-même, elle fit progressivement diminuer l'anse de crin, qui enserra fortement l'objet saisi, et le fit monter doucement au dehors.... C'était bien un caillou! Ce caillou était blanc, pyriforme, long de 8 millimètres; il avait à sa grosse extrémité 5 millimètres de diamètre et 2 à sa petite.

Ce caillou était-il entré dans l'oreille sans que l'enfant s'en aperçût ou bien n'osa-t-il pas le dire? On ne peut le savoir.

Le lendemain 21, l'enfant paraît mieux; il boit bien, entend mieux; il fait quelques mouvements avec les membres paralysés. Jusqu'au 25 l'amélioration semble progresser.

Le 27, le coma et la paralysie reviennent.

Les jours suivants, l'état général fait prévoir la mort, qui arrive le 31 mars.

— Cette observation est intéressante sous plusieurs points de vue.

D'abord le développement des désordres encéphaliques primitivement à ceux qui auraient dû commencer dans l'oreille externe. Toutefois il est bien possible que les renseignements donnés par les parents, qui pendant quinze jours ont soigné l'enfant, aient été inexacts, et que l'enfant ait souffert de l'oreille plus qu'on ne l'a dit; néanmoins l'écoulement purulent de l'otite ne s'est pas montré pendant la maladie ou du moins depuis que j'ai été appelé jusqu'au 19.

Ensuite la paralysie du même côté que celui où la cause avait certainement déterminé les altérations cérébrales est à remarquer. L'ouverture cadavérique aurait pu seule éclairer convenablement sur ce fait, en apparence contradicteur, de l'influence croisée des centres encéphaliques. Il faut admettre que, si la méningite était évidemment circonscrite à la région temporo-pariétale droite, il n'en était pas de même de l'encéphalite, qui s'était développée au contraire plutôt dans l'hémisphère opposé.

CYSTOCÈLE VAGINALE

prise pour un prolapsus de l'utérus. — Opération; guérison.

Par M. L.-B. BROWN, Esq.

Mme L..., âgée de vingt-neuf ans, vient au mois de mais 1853 consulter M. Brown, qui constate : pouls petit, fréquent; impressionnabilité grande, désordre des organes digestifs; tempérament nervoso-bilieux. Elle s'est mariée il y a cinq ans. Neuf mois après elle était grosse, et commença à souffrir de nausées et de vomissements qui durèrent trois mois. Ils cessent pendant trois mois, puis reparaissent, et continuent jusqu'au moment de l'accouchement. La seconde crise commençait, lorsqu'elle sentit dans le bas-ventre une douleur lourde, avec difficulté d'uriner, et légère saillie d'une tumeur par le vagin. Plus le travail avançait, et plus la tumeur augmentait de volume; la malade était obligée, pour la maintenir, de porter une serviette, ce qui, outre la chaleur, avait de sérieux inconvénients. L'accouchement terminé, le médecin déclara qu'il y avait prolapsus de l'utérus, affection incurable.

Mme L..., après être restée quatre ans dans cet état, devint grosse pour la seconde fois. Elle m'appela, et fut délivrée le 3 août. M. Moulin, qui donnait ses soins à la malade, m'informa qu'il avait été demandé à une heure du matin.

« Le travail commencé, les douleurs se suivaient rapidement. L'examen lui offre une large tumeur du volume de la tête d'un nouveau-né, complétement hors du vagin, ce qui aurait pu donner à croire à l'expulsion du fœtus. Cette tumeur prouvait que la vessie était pleine d'urine. La tête de l'enfant était dans la partie inférieure du bassin. J'exerçai une pression sur la vessie, et l'urine qui sortit soulagea bien la malade. La sonde en évacua environ une pinte, et après avoir repoussé la vessie le travail se termina en quelques minutes. »

La guérison fut prompte, et Mme L... me pria de faire tout ce que réclamait son état.

Le 5 septembre, je la soumets au chloroforme et pratique mon opération de la cystocèle vaginale. Je dissèque la membrane muqueuse de la partie antérieure du vagin transversalement d'un pouce de largeur, sur trois quarts de pouce antéro-postérieurement. Les bords sont unis au moyen de deux sutures entre-croisées. Cette opération guérissait une rupture du périnée arrivée dans le premier accouchement. Un petit kyste séreux de la grosseur d'un œuf de pigeon, placé dans la lèvre gauche, avait gêné les premiers moments de l'opération.

Pendant les trois jours qui suivirent l'opération, attaque bilieuse, hystérie qui cède au traitement ordinaire.

Quatre jours après l'opération on enlève les épingles à suture : le périnée était normal. Le neuvième jour, toutes les sutures enlevées montrent les incisions bien unies.

Je revis ma malade au mois de mars 1854. Santé générale satisfaisante. Elle va bien sous tous les rapports. Je pourrais ajouter à cette observation celle d'une dame qui arrivait des Indes, où on l'avait traitée pendant cinq ans d'un prolapsus de l'utérus. La même opération eut le même résultat. Elle avait eu, pendant les douze derniers mois, huit cas de cystocèle ou de rectocèle vaginale, tous confondus avec un prolapsus de l'utérus et tous guéris par l'opération. (*Assoc. med. journ.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 mars 1854. — Présidence de M. Terrier, vice-président.

La correspondance comprend :

1° Le premier volume des *Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène*, rédigées par M. Bouchardat.

Ce volume est tout entier composé d'un mémoire de MM. Homolle et Quevenne sur la *digitaline*.

2° Un mémoire sur les fièvres intermittentes miasmatiques ou légitimes, leur nature et leur traitement ; nouvelle théorie de l'intermittence ; par le docteur Masurel (de Lille).

De l'emploi de la suture dans la réunion immédiate des plaies. — M. A. Foucart lit sur ce sujet le travail suivant : (Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° du 1er avril.)

M. A. Fabre. Je demande la permission à la Société de lui communiquer une observation en faveur de la suture entortillée dans les plaies de tête, après celles déjà si concluantes de notre honorable secrétaire général.

Voici le fait :

Au mois d'août 1852, pendant mon séjour à Saint-Etienne, je fus appelé à onze heures du soir pour donner mes soins à L..., ouvrier charron. Le malade me raconta qu'en rentrant chez lui à huit heures il avait fait une chute sur la tête, et qu'il était tombé sur un *boulon* de voiture. Je le débarrassai à grand'peine de sept ou huit mouchoirs qu'on avait entassés sur sa tête pour arrêter l'hémorrhagie. Je constatai alors sur le pariétal droit une plaie ayant 11 centimètres de long, dont le bord inférieur présentait un décollement de 5 centimètres d'étendue. Les bords, surtout l'inférieur, étaient contus et infiltrés. Le fond de la plaie était rempli par un caillot de sang assez considérable.

J'avoue que j'hésitai un moment avant d'employer la suture, quoique j'eusse été témoin d'un des beaux résultats obtenus par M. le docteur Foucart. J'avais présent à la mémoire tout ce que mes maîtres m'avaient dit sur les dangers de ce moyen de traitement dans les plaies de tête ; ensuite l'accident datait de quelques heures ; enfin les bords de la plaie étaient contus et infiltrés. Malgré ces contre-indications apparentes, après avoir convenablement lavé la plaie et avoir coupé 2 centimètres de cheveux sur chaque bord de la solution de continuité, j'appliquai douze épingles que je maintins au moyen d'anses de fil jetées en 8 de chiffre ; en un mot, je fis une suture entortillée. Une compresse froide que je recommandai de renouveler tous les quarts d'heure fut le seul pansement.

Le lendemain, à ma visite, je trouvai le malade dans un état très satisfaisant. La nuit avait été bonne ; pas de fièvre ; rien du côté de la plaie qui fît craindre quelque complication. Je fis continuer les compresses froides encore toute la journée.

Le quatrième jour, la cicatrisation avait si bien marché que j'enlevai six épingles ; le surlendemain, je retirai les six dernières : la cicatrisation était complète. Je recommandai au malade de garder le repos, et surtout j'insistai pour qu'il ne reprît pas son travail de quelques jours.

Malgré mes conseils, je le trouvai le lendemain, c'est-à-dire sept jours après l'accident, dans la forge maniant la masse et le marteau. La cicatrice était assez forte pour qu'il pût impunément se livrer à ce travail pénible.

M. Guersant. Les faits consignés dans le mémoire de notre honorable secrétaire général n'ont rien d'absolument nouveau ; ils viennent, au contraire, appuyer ceux de la plupart des chirurgiens. Pour ma part, je n'ai jamais fait autre chose que de réunir les plaies de tête par première intention, suivant en cela les principes de l'Ecole de Montpellier, et sans tenir compte de la pratique de Lisfranc, qui, nous le savons, écartait les bords de la plaie dans le but d'éviter l'inflammation et l'étranglement des tissus. Cependant mon opinion n'est pas aussi bien fixée relativement au temps pendant lequel les épingles doivent demeurer en place. D'après les faits de M. Foucart, je serais plus disposé à attendre pour les enlever.

A cette occasion, je ferai remarquer que les fils par leur inextensibilité favorisent la section des parties molles par les épingles. Il en résulte des inconvénients que je n'ai pas besoin de rappeler. Pour y obvier, je me sers, au lieu de fil, d'un petit bout de ruban en caoutchouc proposé par M. Rigal (de Gaillac). L'une des extrémités de cette espèce de tissu extensible étant traversée par l'épingle, on fait pénétrer celle-ci à travers l'une des lèvres de la plaie, en allant de dehors en dedans ; puis on transperce de dedans en dehors l'autre lèvre, et, au moment où la pointe de l'épingle apparaît à la surface cutanée, on lui présente l'autre extrémité de ruban de caoutchouc, tenu dans une extension plus ou moins grande, selon le degré de force avec lequel on veut le faire agir, extension qui, pouvant encore s'accroître lors de l'inflammation et du gonflement des bords de la solution de continuité, n'exerce pas autant de pression contre l'épingle, et partant ne favorise pas de même l'inflammation ulcérative.

M. Duperthuis témoigne en faveur du procédé que vient de rappeler M. Guersant. Il demande ensuite à M. Foucart si dans les plaies étendues il retire les épingles du milieu les premières ; car, selon lui, il n'est pas indifférent de commencer d'un côté plutôt que de l'autre.

M. Foucart répond que dans ce cas il agit de manière à laisser une épingle en place et à en ôter une alternativement.

M. Moret sait qu'on a condamné le diachylon gommé, mais il n'en peut dire autant de ses méfaits. Il désire savoir quelles sont les raisons qu'on produit pour prouver la fréquence de l'érysipèle lorsqu'on emploie cet emplâtre collant. Autrefois, au Val-de-Grâce, nous n'employions jamais autre chose, et nous ne voyions presque jamais d'accidents survenir. Je me rappelle, entre autres, un militaire qui, couvert de blessures très larges, fut pansé au moyen d'une grande quantité de bandelettes agglutinatives et dont les plaies se cicatrisèrent toutes sans la moindre apparence d'érysipèle.

M. Guersant fait observer que ce n'est pas sur 50 ou 60 cas qu'il faut se prononcer, mais sur 4 à 500. Dupuytren accusait les bandelettes de diachylo de causer souvent des érysipèles, mais encore admettait-il l'influence de la prédisposition individuelle. J'ajouterai qu'il faut aussi tenir compte de la qualité du sparadrap ; le même malade qui n'aura rien éprouvé de l'emploi de celui-ci verra sa peau irritée par l'application de cet autre. De plus, le pansement par les bandelettes a l'inconvénient de trop couvrir les surfaces lésées, et c'est parce que la suture laisse la plus grande partie de la tête à l'air que je la préfère dans les plaies de cette région.

M. Archambaut. Il y a une observation générale à faire et un point de vue étiologique à signaler dans cette question. Les érysipèles de la face sont les plus fréquents, d'une part, et, d'un autre côté, il y a des années, des époques dans l'année où leur fréquence augmente encore : n'y aurait-il pas là une coïncidence de constitution érysipélateuse ?

M. Lucien Boyer pense en effet que l'étiologie de l'érisypèle est complexe, et que les diverses influences qui agissent dans la production de cette maladie sont d'une appréciation difficile. Il admet celle du sparadrap, suivant qu'il est d'une préparation plus ou moins convenable et récente, ainsi que celles des idiosyncrasies et des constitutions médicales.

Variole; influence de la vaccination. — M. Duperthuis. Pendant l'hiver qui vient de s'écouler, j'ai eu occasion de voir 57 malades affectés de variole. Sur ce nombre, 35 avaient de trois mois à dix-huit ans; 22 de trente à soixante ans. De dix-huit à trente ans, pas un seul cas. 30 sujets avaient été vaccinés; ils se trouvaient parmi les plus âgés. Il y a eu 2 décès, survenus chez des enfants chétifs et mal nourris; un homme de trente-deux ans a été pris d'un délire très prononcé.

Il s'est manifesté 45 cas d'oreillons chez des individus la plupart pâles, anémiques. Il y a eu des symptômes inflammatoires tranchés dans 11 cas; 2 ont suppuré, 8 se sont accompagnés d'orchite. Sur 2 jeunes filles de onze à treize ans, il s'est manifesté un engorgement des ganglions inguinaux.

On dit que ces inflammations sont des effets métastatiques. Je ne saurais admettre cette théorie pour les cas que j'ai observés; ces inflammations et celle de la peau m'ont paru simultanées.

J'ai revacciné plusieurs individus qui avaient déjà été soumis à la vaccine; je n'ai point obtenu de boutons caractéristiques.

M. Guersant. La statistique de M. Duperthuis, quoique établie sur une petite échelle, a son importance et son enseignement. Ainsi, il y a eu 35 varioles chez des sujets au-dessous de dix-huit ans, parmi lesquels beaucoup n'avaient pas été vaccinés. A cela rien d'étonnant, si ce n'est pourtant que, puisqu'il y en avait qui avaient été inoculés, cela prouve que la vaccine ne préserve pas sûrement jusqu'à cet âge. D'un autre côté, comme il n'y a pas eu un seul cas de variole de dix-huit à trente ans, en admettant l'influence irrécusable du vaccin, cela démontrerait, par contre, que la vaccination peut mettre à l'abri de la variole jusqu'à trente ans; et comme enfin il y a eu vingt-deux cas de cette maladie parmi des sujets de trente à soixante ans, il s'ensuivrait que passé la trentaine il faudrait se faire revacciner. Il eût été possible d'arriver à des inductions moins vagues si notre confrère, au lieu de faire verbalement cette communication, d'ailleurs très intéressante, eût noté exactement le nombre des sujets vaccinés et des non-vaccinés dans chaque série.

M. Masson ne partage pas l'opinion généralement reçue de la rareté de la variole chez les enfants vaccinés. Il a revacciné 17 personnes, dont 5 ont présenté les caractères d'un bon vaccin.

M. Thore fait observer qu'il ne faut pas croire qu'un enfant soit vacciné par cela seul qu'on l'a inoculé. Comme on ne suit pas toujours l'éruption dans son développement successif, il arrive fréquemment que de faux boutons en imposent pour de bons. D'un autre côté, l'on peut prendre des varioloïdes prononcées pour de véritables varioles, et chacun sait qu'il y a là, au point de vue de la contagion, une grande distinction à établir.

M. Masson rejette ce principe que jusqu'à trente ans, et même jusqu'à vingt, on puisse être à l'abri de la petite vérole par la vaccine. Il a vu une dame de dix-neuf ans, aux bras de laquelle on voyait de grosses cicatrices vaccinales, qui, après un accouchement, fut prise de variole confluente.

M. Guersant répond que si la vaccine a ses partisans, elle a aussi ses détracteurs; mais que les faits de M. Dupertbuis viennent à l'appui des premiers, et militent en faveur des revaccinations.

De l'anesthésie locale à l'aide de vapeurs de chloroforme. — M. Magne. L'anesthésie locale est-elle possible? Peut-on endormir, rendre insensible une partie isolée? Comme renseignement à cet égard, je citerai trois cas qui semblent répondre négativement.

Les voici en quelques mots :

Premier cas : névralgie sus-orbitaire. Emploi de l'appareil anesthésique et de 4 grammes de chloroforme. Le malade s'est cru soulagé.

Deuxième cas : dermalgie au membre inférieur. Même essai. Aucun soulagement.

Troisième cas : kyste à l'angle de la mâchoire inférieure. Vingt-cinq minutes d'anesthésie avec 20 grammes de chloroforme. Le malade a souffert pendant l'opération comme si on n'eût pas chloroformisé les parties.

M. Guersant. Il faut distinguer entre les applications de chloroforme. Les unes ont pour but de soulager, de calmer des douleurs, des irritations prurigineuses; d'autres sont faites pour rendre les parties insensibles à l'action des instruments de la chirurgie. Il y a certainement des observations d'individus qui ont été soulagés par l'emploi de frictions, de compresses. Mais quant à l'anesthésie proprement dite, ce qui est arrivé à M. Magne m'est aussi arrivé. Je l'ai employée avant de ponctionner, d'inciser, de litbotritier, et dans trois cas, qui ont d'ailleurs été publiés dans la *Gazette médicale*, le chloroforme a échoué.

Etat léthargique. — M. Masson cite le fait suivant : Un homme maigre, nerveux, avait été pris d'une perte de connaissance qui n'avait pas eu de suite. Trois jours après, je le vis avec un peu de congestion au cerveau, un pouls rare et intermittent. Je prescrivis une application de sangsues à l'anus. Dans la soirée, on m'appela en toute hâte. Alors il y avait syncope, petitesse et irrégularité du pouls, et le malade était dans un état tel que j'en désespérai. Cependant je ne voulus pas l'abandonner pendant que l'assistante s'en était allée chercher un prêtre. Après quelques instants, le visage devint cadavéreux, le pouls disparut, ainsi que les mouvements respiratoires : je crus la mort arrivée. Mais quel ne fut pas ma surprise, lorsqu'un quart d'heure après je vis reparaître quelques mouvements aux lèvres, les fonctions se rétablir peu à peu, de telle sorte que le lendemain le malade me parla politique et s'entretint avec moi de la question d'Orient. Ce fait isolé peut être considéré comme sans valeur; mais pour moi, qui affirme que tout médecin aurait cru à une terminaison fatale, il ne peut être expliqué qu'en admettant la létbargie, et il doit être signalé comme nouvelle preuve de l'incertitude des signes de la mort.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé dans sa dernière séance au renouvellement de son bureau pour l'année 1854-1855 et à la nomination de ses différents conseils et comités.

M. Bricheteau, vice-président de l'année dernière, a été élu président; M. le professeur Rostan, vice-président; M. Henri Roger a été réélu secrétaire général; M. Labric, trésorier; M. Hérard, secrétaire particulier; M. Moutard-Martin a été pareillement nommé secrétaire particulier.

Ont été élus membres du conseil d'administration : MM. Devergie, Guérard, Hervez de Chégoin, Moreau (de Tours) et Requin; membres du conseil de famille : MM. Beau, Bouvier, Hardy, Legroux et Vigla.

MM. Hérard, Labric, Léger, Marrotte et Henri Roger feront partie du comité de publication.

Les séances de la Société médicale des hôpitaux sont publiques; elles ont lieu les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, dans le grand amphithéâtre de l'administration des hôpitaux.

Le prix de 1,000 fr. institué en 1853 sera décerné dans le courant de l'année 1854.

— La seconde session du congrès de la *Société de médecine du Midi appliquée à l'hydrologie*, dont la première a eu lieu l'année dernière, s'ouvrira à Toulouse le 15 mai prochain.

Voici l'ordre des matières qui y seront discutées, d'après la circulaire de MM. le professeur L. Boyer, président, et Th. Guigueau, secrétaire :

1° Adoption définitive d'un règlement général de l'association;

2° Histoire de la Société depuis le congrès de 1853 jusqu'à ce jour;

3° Présentation et discussion, s'il y a lieu, de mémoires originaux;

4° Marche que la Société devra suivre dans l'avenir, tant sur l'objet général de ses études que sur les points spéciaux dont elle voudrait provoquer l'examen.

En appelant l'attention sur les 3e et 4e paragraphes de cet ordre du jour provisoire, ces honorables membres prient les confrères qui assisteront au congrès de vouloir bien, si leurs occupations leur en ont fourni le loisir, l'enricbir de leurs travaux sur la matière ou signaler les questions qu'ils voudraient voir discuter dans les réunions ultérieures.

— L'empereur d'Autriche vient d'accorder aux médecins militaires de ses Etats une distinction qui est une sorte d'assimilation aux grades de l'armée. Cette distinction consiste à porter au collet de l'habit des broderies semblables à celles des officiers. On sait que dans plusieurs corps de l'armée autrichienne les officiers ne portent pas d'épaulettes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Choléra-Morbus, Guide du médecin-praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie; suivi d'un *Dictionnaire de thérapeutique* appliqué au choléra-morbus, et d'un *Formulaire spécial*; par le docteur Fabre, rédacteur en cbef de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, etc. — Un vol. in-8° de 384 pages. Prix : 5 fr. — Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 1er MAI 1854.

Un concours pour 50 emplois de médecin aide-major et 15 emplois de pharmacien aide-major va avoir lieu à l'Ecole impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires au Val-de-Grâce. Les événements politiques out déterminé cette décision ministérielle, qui ne sera probablement pas la dernière.

Les garanties exigées pour remplir ces fonctions nous paraissent suffisantes; la position faite aux élus est honorable et bonne. Les concurrents ne manqueront sans doute pas, et nous sommes convaincu que la lutte sera brillante à Strasbourg comme à Montpellier, comme à Paris.

Nous en publierons le résultat.

L'ouverture de ces épreuves est fixée comme il suit :

A Strasbourg, le 3 juillet prochain ;

A Montpellier, le 17 *idem;*

A Paris, le 31 *idem.*

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'Ecole impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852 :

1° Être né Français ;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien reçu dans l'une des trois écoles supérieures de pharmacie de l'empire ;

(Toutefois, les candidats qui ne seraient pas encore docteurs ou pharmaciens pourront prendre part aux épreuves, à la charge par eux, en cas d'admission, d'avoir acquis l'un de ces titres avant l'époque de leur entrée à l'Ecole, fixée par approximation au 1er septembre prochain.)

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire ;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans au 1er septembre de l'année courante ;

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, ou, dans le cas prévu par le paragraphe 2 ci-dessus, un certificat constatant le nombre d'examens passés;

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

CONCOURS DES CANDIDATS MÉDECINS.

I. *Nature des épreuves.* — 1° Une composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicales;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

II. *Mode d'exécution des épreuves.* — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury. La question est la même pour tous les candidats de chaque localité; elle est arrêtée à huis clos par le jury avant l'entrée des candidats en séance de rédaction.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion. Les questions arrêtées par le jury sont en nombre double de celui des candidats, et mises sous enveloppe dans une urne. Chaque candidat tire, au commencement de la séance, sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition : elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils de bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

CONCOURS DES CANDIDATS PHARMACIENS.

I. *Nature des épreuves.* — 1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Epreuve orale sur une question de chimie ;

3° Epreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

II. *Mode d'exécution.* — Il est le même que pour le concours des candidats médecins, en ce qui concerne les deux premières épreuves : la durée de l'épreuve orale de pharmacie est de dix minutes ; celle de la préparation officinale sera réglée par le jury, suivant la nature et l'objet de la préparation.

COMPOSITION DES JURYS. — Les jurys d'examen sont composés : 1° d'un inspecteur, qui présidera les trois jurys ; 2° d'un médecin principal, qui, choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur, l'accompagnera dans sa tournée ; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal désignés par le ministre pour chaque localité.

CLASSEMENT. — Après la dernière épreuve, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement définitif des candidats des trois Facultés a lieu à Paris ; à cet effet, le jury formé à Paris pour l'admission des candidats de cette circonscription se constituera, au terme de cette opération, en jury central, chargé d'établir la liste définitive du classement des candidats des trois concours d'après les chiffres d'appréciation qu'ils ont obtenus ; en cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury central, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

STAGE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU VAL-DE-GRACE. — La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'Ecole, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à Paris, des appointements de 2,800 francs. Au terme de leur année de stage, ils obtiennent, sous la réserve d'examens de sortie, le brevet du grade dont ils sont investis par commission ministérielle, et jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

Paris, le 24 avril 1854.

Le maréchal de France ministre secrétaire d'Etat de la guerre,
VAILLANT.

P. S. *Indépendamment de ce concours, il en sera très probablement ouvert un autre dans les premiers jours de l'année 1855 pour cinquante nouveaux emplois de médecin aide-major stagiaire.*

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Leçon sur le mélæna.

Le mélæna est, à proprement parler, une évacuation par la bouche et par l'anus de sang plus ou moins altéré. Il importe de distinguer cette évacuation des diverses hémorrhagies, et surtout de ne pas confondre les matières noires du mélæna avec les divers produits qui peuvent présenter la même coloration. C'est ainsi que Graves (de Dublin) rapporte l'histoire d'une malade dont la langue était couverte d'un enduit noirâtre se reproduisant rapidement après qu'on l'avait enlevé, et qui, en même temps, était sujet à des coliques suivies de déjections de matières d'un noir foncé. L'analyse ne faisait reconnaître aucune trace de sang. Quelques médicaments, comme les ferrugineux, colorent les selles en noir. On sait qu'il se forme alors non-seulement un sulfure, mais du tannate de fer résultant des combinaisons du médicament avec l'acide tannique que les aliments contiennent. Les sels de plomb, les préparations de bismuth déterminent la même coloration; mais, outre la consistance des matières, il ne manque pas d'autres signes qui garantissent de toute confusion.

A ne considérer que les matières excrétées, les diverses hémorrhagies dont l'intestin peut être le siége ont beaucoup plus d'analogie avec le mélæna; peut-être n'est-il pas inutile de rappeler sommairement les caractères des hémorrhagies intestinales pour les séparer nettement du mélæna.

Anatomiquement, le sang s'épanche dans l'intestin et s'exhale par la membrane muqueuse sans solution de continuité apparente, ou provient d'une ulcération avec rupture de vaisseaux.

Les faits de la première catégorie sont de beaucoup les plus

FEUILLETON.

L'HOPITAL DE LARIBOISIÈRE.

La presse politique et médicale a déjà fait connaître la disposition générale du magnifique établissement que l'administration de l'assistance publique vient d'ouvrir sous le nom d'hôpital de Lariboisière. Nous avons à examiner comment il réalise les conditions qu'on doit désirer dans un établissement hospitalier bien conçu.

Le problème à résoudre dans la construction de tout hôpital un peu considérable, c'est de concilier au plus haut degré possible deux conditions très différentes, opposées en quelque sorte par leur nature de telle façon que ce que l'on accorde à l'une est nécessairement enlevé à l'autre. Ces deux conditions sont, d'une part, la salubrité, de l'autre, la facilité du service et de la surveillance. Examinez à ce double point de vue tous les établissements hospitaliers de Paris, et vous verrez combien ils laissent à désirer à cet égard. Il en est qui offrent certains avantages en ce qui concerne la salubrité, mais la facilité du service et de la surveillance y est complétement négligée.

Que veut, en effet, la facilité du service? C'est la concentration. La salubrité, au contraire, ne s'obtient jamais mieux que par la dissémination des malades sur une grande étendue. Tout hôpital dans lequel l'une de ces conditions est entièrement sacrifiée à l'autre est nécessairement défectueux.

Les autres hôpitaux présentent une concentration de services qui, administrativement, est assez avantageuse, mais qui est éminemment nuisible à la salubrité. A la vérité, la plupart, anciennement construits, ne sont ou que des appropriations d'édifices destinés primitivement à un tout autre usage, ou des agglomérations successives de constructions faites à la suite les unes des autres sans aucun plan bien arrêté. Il n'était donc pas difficile d'éviter, dans la construction d'un établissement fondu en quelque sorte d'un seul jet et avec une intention bien déterminée, les imperfections regrettables des autres établissements de ce genre.

Voyons maintenant comment le problème a été résolu dans la construction de l'hôpital Lariboisière.

Cet hôpital présente, et c'est à nos yeux son principal mérite, une combinaison mixte. Composé de pavillons distincts, mode de construction reconnu depuis longtemps pour être le plus favorable à la salubrité, il existe entre ses diverses parties une continuité nulle part interrompue, mais établie seulement jusqu'à la hauteur du premier étage, et cela par deux galeries l'une couverte, l'autre à ciel découvert, galeries qui, en assurant la communication large et facile de tous les pavillons entre eux, donne aux besoins du service et à la surveillance des facilités qui ne sauraient exister avec le système de pavillons absolument isolés et qui ne seraient point reliés entre eux. On voit, en effet, que, toutes les parties du vaste édifice communiquant entre elles soit par galeries couvertes, soit par galeries fermées, on peut se rendre d'un point quelconque, tel, par exemple, que la pharmacie ou la cuisine, à tous les autres, quelque éloignés qu'ils soient de celui-ci, sans être obligé, comme cela a lieu dans certains hôpitaux, de traverser de vastes cours qui n'offrent aucun abri.

L'hôpital représente dans son ensemble un énorme rectangle très allongé, puisqu'il est constitué par huit pavillons que séparent les uns des autres de larges espaces ; il résulte de là que la galerie qui règne sur tout le pourtour de l'édifice présente sur les deux grands côtés du rectangle un immense couloir d'environ cent mètres de longueur, sur tout le parcours duquel la vue plonge sans interruption. Cette disposition rend la surveillance extrêmement facile ; car un seul employé, placé dans une des portions transversales de la galerie couverte, peut en un clin d'œil observer tout ce qui se passe dans les deux grands couloirs longitudinaux. Il lui a suffi pour cela de se rendre par le petit côté du parallélogramme de l'un à l'autre des deux grands côtés.

Une vaste cour, transformée par les soins de l'administration en une espèce de jardin en partie occupé par la verdure, par de grands espaces sablés et par un large trottoir en bitume qui peut encore servir de promenoir, récrée la vue et éloigne cette idée de préau qui se présente involontairement à l'esprit et qui l'attriste toutes les fois qu'on voit entre des édifices élevés de ces espaces rectangulaires clos de toutes parts.

L'élévation des pavillons n'est pas considérable (ils n'ont que deux étages); aussi ne surplombent-ils pas d'une manière fâcheuse la cour intérieure de l'hôpital, et les vastes espaces qui séparent complétement ces pavillons les uns des autres à la hauteur du premier étage laissent pénétrer si largement l'air et la lumière dans la cour intérieure que la clôture de l'édifice jusqu'à la hauteur indiquée ne saurait donner lieu à aucun reproche sérieux. Toutefois nous ne saurions dissimuler qu'une objection puisse être faite contre ce mode de jonction des pavillons. On conçoit, en effet, qu'avec une galerie moins élevée la communication de toutes les parties de l'édifice aurait pu avoir lieu sans nuire à la circulation de l'air entre les pavillons.

Cette objection n'est pas sans quelque valeur.

Mais il faut remarquer d'abord que dans ce système on eût dû sacrifier la galerie découverte, qu'on eût singulièrement amoindri l'har-

fréquents, et ont leur analogue dans le flux sanguin des autres membranes muqueuses. Ainsi, l'écoulement menstruel, l'épistaxis, l'hématurie elle-même; communs dans de certaines contrées, les flux hémorrhoïdaux ne sont le résultat ni d'une rupture, ni d'une lésion anatomique appréciable de la membrane muqueuse. Dans la fièvre jaune elle-même, qui a pour caractère distinctif des vomissements et des évacuations de couleur noire, l'autopsie ne révèle la présence d'aucune altération de structure. La maladie frappe tout à coup des gens qui sont en apparence d'une parfaite santé; tout au plus après un frisson de courte durée, la langue, les gencives, les narines, la bouche, se recouvrent d'un enduit noirâtre, l'exsudation sanguine se fait à la fois par toutes les muqueuses. Bientôt des selles et des vomissements abondants rejettent au dehors le sang noir et liquide plus ou moins mêlé à des matières bilieuses et muqueuses. Quelles que soient la violence et la gravité extrême de cette hémorrhagie, presque toujours mortelle, le sang a filtré par simple exsudation au travers des membranes.

L'hémorrhagie intestinale peut encore être la conséquence d'une lésion ulcéreuse; le sang s'échappe alors d'un vaisseau corrodé par l'ulcération. Tel est le cas de cet homme que nous avions récemment dans nos salles et qui a succombé à la suite d'une hémorrhagie stomacale. A l'autopsie, nous avons constaté l'existence d'une dépression assez profonde dans la région pylorique de l'estomac; au fond de cette dépression venait s'ouvrir une des artères coronaires d'un calibre assez large pour donner passage à une sonde. Les accidents de ce genre sont le plus habituellement provoqués par des ulcérations de nature spécifique, cancéreuse, tuberculeuse, typhoïde ou autres.

Au point de vue anatomique, le mélæna rentre dans la classe des hémorrhagies du premier ordre, c'est-à-dire qui se font par exsudation.

Au point de vue pathologique, le mélæna est une maladie à part qu'on doit distinguer d'autres affections avec lesquelles il n'a de commun qu'un symptôme, la présence du sang dans l'intestin. On n'appellera pas mélæniques ceux qui, à la suite d'un coup, d'une blessure, d'une chute, auraient du sang répandu dans le tube digestif. Dans notre manière de voir, on ne doit pas davantage donner ce nom aux malades atteints d'une affection cancéreuse ou ulcéreuse capable de donner lieu à des hémorrhagies; nous regarderions encore comme une confusion fâcheuse de faire rentrer dans le cadre du mélæna les hémorrhagies intestinales qui surviennent dans le cours d'exanthèmes graves; tel est le fait qui s'est présenté dans le service de M. Horteloup à l'Hôtel-Dieu, où le malade pendant une variole confluente perdait du sang à la fois par l'anus, le nez, la bouche, l'urètre. Combien de fois ne voit-on pas de jeunes enfants pris dans le cours d'une scarlatine d'hémorrhagies mortelles se faisant par la membrane muqueuse? Il suffit de tracer le tableau de la maladie pour faire comprendre à quel point le mélæna s'éloigne par ses caractères et ses conséquences de ces affections générales.

Aucun signe prodromique ne trahit l'envahissement du mélæna. Celui qui en est frappé tout à coup au milieu de la santé la plus florissante, dans les conditions de la vie les plus favorables, au milieu d'une occupation à laquelle il s'adonne avec une liberté entière, à table, à la promenade, ressent une colique plus ou moins vive et un malaise général; il devient d'une pâleur de mort. Ses yeux qui restent fixes, ses traits qui se sont subitement altérés, l'embarras qu'il semble éprouver pour se soutenir indiquent assez la souffrance qui s'est emparée de lui; il a des vertiges, il demande de l'air; sa voix est éteinte, à peine intelligible; il tombe en défaillance. S'il revient à lui, de nouvelles syncopes se succèdent rapidement; son pouls est misérable, sa peau se décolore de plus en plus; il est en proie à une faiblesse extrême; il éprouve vers l'estomac une gêne, un poids insupportables; il a des nausées et des sueurs froides. Plusieurs heures, quelquefois deux ou trois jours après seulement et pendant les cinq ou six jours suivants, il rend par les selles et avec de vives coliques une quantité considérable de matière noire ou brunâtre, fluide, poisseuse, d'un rouge brun, dans laquelle nagent des flocons noirâtres et mêlés aux matières fécales, qui tombent au fond du vase; une portion de la matière colorante y adhère et le colore: c'est le sang qui a été altéré par un séjour prolongé dans l'intestin. La faiblesse reste grande pendant longtemps; le malade a des bourdonnements dans les oreilles, sa peau est sèche, il a froid, phénomènes qui suivent toutes les hémorrhagies graves; mais il n'a pas ou n'a que peu de symptômes fébriles.

Une attaque de mélæna peut être assez grave pour amener rapidement la mort; mais, en général, elle dure quelques jours, après lesquels on est averti de sa disparition par la couleur des garde-robes qui redeviennent naturelles. La proportion du sang diminue chaque jour, et de noires qu'étaient les selles dans le premier moment, elles deviennent brunâtres, bistrées, etc.

Heureusement le mélæna ne revêt pas toujours une forme aussi grave. L'épanchement de sang dans l'intestin se fait presque sans douleur, sans symptôme remarquable; le malade n'en est averti que par la teinte brunâtre que prennent pendant quelques jours les garde-robes, et bien souvent même des attaques doivent passer inaperçues.

Le pronostic du mélæna est grave, on le conçoit, puisqu'une seule attaque peut tuer le malade; mais dans les cas moins graves, la perte de sang qui en résulte jette dans l'économie une perturbation dont le malade est longtemps à se remettre. L'éclampsie est une des complications les plus fréquentes de cette affection; on l'a vue se renouveler à chaque attaque, et elle ajoute, comme on pense, à la gravité du pronostic.

Le diagnostic différentiel est souvent difficile. Il ne faut pas se baser uniquement sur la présence du sang dans les évacuations, car on en rencontre dans bien d'autres affections: le cancer, l'hématémèse, etc.; mais il faut se reporter aux symptômes qui ont accompagné l'attaque, à ceux qui l'ont suivie, à la tendance qu'a la maladie à guérir, tendance qui la distingue du cancer. Il y a pourtant des cas où il est difficile encore de distinguer l'hémorrhagie qui tient purement à un mélæna; c'est lorsqu'il s'agit de ces hémorrhagies *prémonitoires* du cancer qui peuvent précéder de longtemps toute apparition de symptômes d'un cancer dans l'estomac, comme il y a de certaines hémoptysies qui, bien longtemps avant tout symptôme de la présence des tubercules, annoncent une prédisposition menaçante à la phthisie pulmonaire; comme chez certaines femmes enfin, on voit des métrorrhagies se répéter fréquemment plusieurs mois, ou même des années avant la première apparence du cancer utérin.

Le traitement doit répondre à deux nécessités: il combattra l'attaque sur le moment même, et il en réparera ensuite les conséquences. Pour arrêter l'hémorrhagie intestinale, on aura recours aux acides minéraux, sulfurique, nitrique, qui seront administrés dans de l'eau alcoolisée ou non, mais à dose suffisante pour donner une forte acidité; à l'acétate neutre de plomb, à l'alun, etc.; les lavements, les applications d'eau froide.

Le nitrate d'argent, administré en pilules à la dose de 5, 10, 15, 20 centigrammes par jour, nous a rendu de signalés services, et nous n'hésitons pas à le placer au premier rang des médicaments à employer contre le mélæna.

Dans aucun cas on ne devra recourir aux émissions sanguines.

S'il y a des symptômes d'éclampsie, suivant le sage conseil de M. Piorry, on devra coucher le malade et favoriser l'afflux du sang au cerveau. Plus tard l'anémie consécutive sera traitée par les ferrugineux, le quinquina, les excitants et les toniques en général.

Enfin, pour prévenir le retour du mélæna, celui qui en a été atteint devra pendant plusieurs mois consécutivement, et ensuite pendant plusieurs mois chaque année, s'astreindre à user régulièrement de lavements additionnés de ratanhia, et de pilules au nitrate d'argent cristallisé.

Dr FAURE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

On a vu dans la leçon précédente l'histoire de la pelote et de la ceinture. Comment la pelote s'unit-elle à la ceinture? C'est ce qu'il faut maintenant examiner.

Dans certains bandages, la pelote est cousue après la ceinture; tel est le bandage de M. Rochard. Mais telle n'est pas la disposition la plus ordinaire. Dans la plupart des bandages, au contraire, la pelote fait partie intégrante de la ceinture. Dans les bandages à pelote indépendante, il est toujours nécessaire de recourir à l'usage de sous-cuisses. La pelote représentant un triangle dont deux angles seulement sont maintenus par la ceinture, il faut de toute nécessité que le troisième soit retenu par un sous-cuisse. Ces bandages ont un double inconvénient, de nécessiter les sous-cuisses, qui tirent la pelote en bas, et de produire de l'irritation et de la douleur sur les points comprimés, ce qui oblige un grand nombre de malades à renoncer à leur usage.

Un bandagiste habile, M. Ribes, s'est proposé de résoudre ce problème difficile: faire tenir un bandage à pelote molle sans sous-cuisse. Voici de quelle manière il s'y est pris: la pelote est tout à fait indépendante de la ceinture et du ressort; elle porte sur la face opposée à celle qui s'applique sur la hernie un trou assez large, conique, dans lequel plonge une sorte de clou qui la fixe au reste de l'appareil. Cette pelote est pressée contre la hernie par un petit ressort d'acier courbe très solide, qui s'insère sur une autre petite pelote, laquelle, le bandage étant placé, est située à la partie supérieure de l'abdomen. La ceinture presse, par conséquent, à la fois sur la pelote supérieure et sur la pelote inférieure; mais comme la pression qu'elle exerce sur ces pelotes est plus près de la pelote inférieure que de la supérieure, elle agit avec plus de force sur la pelote inférieure, qui est ainsi fortement appliquée sur la hernie. Avec les bandages ordinaires, lorsqu'on se penche en avant, la hernie file sous la pelote, qui remonte avec le reste du bandage. Celui dont il s'agit ici n'a pas cet inconvénient. La pelote inférieure suit parfaitement la paroi abdominale dans son déplacement et maintient encore très bien la hernie.

Cet appareil, maintenant la hernie dans toutes les positions et sans sous-cuisse, est donc, sous ce rapport, préférable à tous les autres. Il maintiendra probablement très bien une petite hernie; mais il est douteux qu'il suffise pour maintenir une hernie volumineuse ou difficile. Il devra en être à cet égard comme de tous les bandages à pelote mobile, qui ne sont efficaces que lorsque la hernie est petite, que le canal inguinal est intact et que la pelote peut être enfoncée assez pour se creuser un trou sans érailler l'anneau. Mais ce qu'il est bon d'ajouter, c'est que ce bandage est excellent pour les hernies crurales, qu'on ne peut maintenir par aucun autre moyen.

Dans les bandages à ceintures métalliques la pelote peut être unie au ressort de plusieurs manières. Il y a des pelotes fixes sur le ressort, des pelotes demi-mobiles et des pelotes mobiles.

Dans les bandages à pelotes fixes (tous les bandages français sont dans ce cas), ces deux éléments, la pelote et le ressort, sont si bien unis l'un à l'autre que quelques bandagistes ont eu l'idée de faire des pelotes d'un seul et même morceau avec le ressort. Il y a de certains bandages anglais dans lesquels le ressort, très indépendant de la pelote, est appliqué à l'aide d'une ou de deux vis, ce qui en fait des bandages fixes, mais qui diffèrent du bandage français en

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février, 7, 28 mars; 4 et 11 avril.

---

monie de la construction, et qu'enfin on se fût privé de certaines pièces intermédiaires comprises entre les pavillons et qui trouvent une application utile et de plus d'un genre dans un établissement considérable.

Si de l'examen de l'édifice considéré dans son ensemble nous passons à l'examen intérieur de chaque pavillon, nous trouvons des dispositions qui ne laissent rien à désirer.

Un large escalier desservant les deux étages dont se compose chaque pavillon occupe le vestibule des trois salles superposées. Ce vestibule est vaste, parfaitement aéré, s'ouvre au rez-de-chaussée sur la galerie couverte, au premier étage sur la galerie à ciel ouvert; communique, d'autre part, avec deux pièces, dont l'une sert de cabinet pour la religieuse, l'autre de cuisine partielle pour les besoins particuliers de la salle. Il y a de plus un vestiaire et une petite salle de bains étrangère aux bains généraux, dont le service se fait à l'extrémité de l'hôpital et qui est aussi complet que dans les établissements les mieux pourvus à cet égard.

Chaque salle est composée de trente-deux lits. A l'extrémité de chacune d'elles se trouvent d'un côté les lieux et une espèce de magasin destiné à recevoir une foule d'objets qui ne servent que momentanément et dont la présence permanente dans les salles serait à la fois un embarras et un obstacle à la propreté; d'autre part, il existe un cabinet ne renfermant que deux lits, parfaitement éclairé et aéré, et qui permet, quand on le juge nécessaire, d'obtenir l'isolement de certains malades dont l'état exige, soit pour le repos et l'intérêt des autres, soit pour leur propre bien-être, qu'on ne les laisse point dans la salle commune. C'est là une des améliorations les mieux entendues et une de celles que les médecins des hôpitaux ont le plus constamment réclamées dans les constructions nouvelles. Si vous joignez à cela que les parois des salles sont recouvertes de stuc, que les lits sont largement espacés, qu'ils sont éclairés de deux en deux lits par une fenêtre d'une hauteur considérable, que le chauffage et l'aération des salles sont très satisfaisants, vous aurez une idée de ce qu'est une salle de l'hôpital Lariboisière.

L'administration des hôpitaux semble s'être appliquée à réaliser jusque dans les moindres détails la pensée bienfaisante de ceux qui ont contribué à fonder et à embellir ce magnifique établissement. A ce sujet qu'on nous permette un détail presque puéril, mais qui tend à prouver que le désir de bien faire s'est étendu jusqu'à une recherche peu commune. Cette capote grise, qui, toute respectable qu'elle soit, rappelle involontairement le costume des prisons et des asiles pénitentiaires, a été remplacée par une casaque bleue ressemblant à celle de nos vieux invalides.

Les amphithéâtres destinés aux opérations et à l'enseignement clinique que les médecins voudront y faire ont été traités avec une intelligence parfaite du service auquel ils sont destinés. Chacun d'eux est précédé d'une belle salle de délibération, l'hémicycle est large, des tables de marbre blanc avec robinets d'eau chaude et d'eau froide, une armoire renfermant tout l'arsenal chirurgical fourni aux frais de l'administration, telles sont les conditions qui donnent toutes les facilités désirables aux études scientifiques aussi bien qu'au mieux-être définitif des malades.

En donnant à cette partie si importante d'un établissement hospitalier une organisation aussi large et aussi intelligente, l'administration a bien mérité du corps médical des hôpitaux. Elle a mis de côté ces vues étroites de certaines administrations hospitalières qui ne comprennent pas qu'élever le rôle de la science et lui faire une large part c'est le moyen le plus efficace d'être réellement utile à l'humanité.

Nous n'avons rien à dire du personnel médical et chirurgical de cet établissement; il est ici ce qu'il est dans les autres hôpitaux de Paris, c'est-à-dire également dévoué aux intérêts de la science et à ceux des malades remis à ses soins.

La direction de cet hôpital est confiée à un homme à la fois ferme et conciliant, et qui a dû déployer une prodigieuse activité pour mettre les services dans un état aussi satisfaisant qu'ils le sont déjà. Il est vrai de dire que le concours des chefs supérieurs de l'administration a dû lui aplanir bien des difficultés.

A. BERNARD.

M. le professeur Laugier remplace M. Roux à l'Hôtel-Dieu; il a repris hier lundi, 1er mai, le cours de ses leçons cliniques, à neuf heures du matin.

M. Richet, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale à la Pitié. Il commencera ce cours aujourd'hui mardi à neuf heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Visites tous les jours à sept heures et demie.

— M. le docteur Tavignot commencera son cours théorique et pratique des maladies des yeux le lundi 8 mai, à onze heures, à son dispensaire, rue Grégoire-de-Tours, 8, près la rue de Bussy.

---

ce que le même ressort peut s'appliquer à diverses pelotes, *et vice versâ*. Le bandage de M. Fournier (de Lempdes) est dans ce genre-là : il se compose d'un écrou carré dans lequel entre une grosse vis; il est très solide, mais en même temps très lourd et très incommode.

Salmon, le premier, imagina les pelotes mobiles jouissant d'une mobilité indépendante du ressort et du mode d'union de ces deux pièces. Aujourd'hui on possède nombre de ces bandages à pelotes mobiles par différents mécanismes. Il y a quelque chose de très rationnel dans l'emploi des pelotes mobiles. Quand la pelote est petite et qu'elle s'est creusée sa place au-devant de la hernie, on n'a plus à craindre qu'elle bouge de place et qu'elle laisse la hernie à découvert. On peut dans ces conditions donner à la pelote la mobilité nécessaire pour qu'elle suive tous les mouvements du ventre, et elle ne cessera pas de contenir la hernie mieux que ne le ferait une pelote fixe. La pelote mobile est donc préférable dans ce cas à la pelote fixe, qui a l'inconvénient de ne pas suivre les mouvements des parois abdominales et de se déplacer avec le ressort. Mais encore faut-il plusieurs conditions pour que la pelote mobile doive être préférée. Il faut que la hernie soit peu volumineuse, qu'elle soit dans le canal ou qu'elle en soit à peine sortie, et qu'on puisse appliquer la pelote sur toute la longueur du canal. Si, au contraire, la hernie est grosse, on ne peut plus employer les pelotes mobiles; il faut recourir aux pelotes à bec de corbin. Il faut, en outre, que l'on ait affaire à de jeunes sujets dont les aponévroses soient solides.

Du reste, le grand principe de l'application des bandages, c'est qu'il n'y a pas d'appareils pouvant s'appliquer dans tels ou tels cas; il y a des indications, et c'est au chirurgien de chercher à s'en rendre compte.

Le ressort de la pelote doit aboutir à son centre. Ce précepte, si simple en apparence, a été très longtemps méconnu. Aujourd'hui encore dans presque tous les bandages le ressort vient appuyer en haut de la pelote. Mais voici ce qu'il en résulte : dans les premiers moments de l'application du bandage, la hernie est contenue; mais si celle-ci vient à presser un peu fortement, elle soulève la pelote et file en dessous d'elle. C'est pour obvier à cet inconvénient que les bandagiste cherchent à faire *pincer* la pelote, suivant l'expression dont ils se servent.

Lorsque les sujets ont le ventre saillant et le pubis porté en arrière par suite de la proéminence du ventre, la pelote ne peut être bien appliquée sur le pubis qu'à la condition d'être dirigée en arrière; il faut, en d'autres termes, pour employer l'expression consacrée, faire pincer la pelote. On a eu l'idée dans ce but de tordre le ressort, mais c'est une détestable chose. Il faut donc chercher à atteindre ce résultat d'une autre manière. A cet effet, on prend une pelote de forme quelconque, mais cependant adaptée à la hernie que l'on veut maintenir, et on l'applique sur l'extrémité antérieure du ressort munie d'une sorte de vis nommée *teton*, qui fait basculer la pelote d'avant en arrière; la pelote, en vertu de l'obliquité de cette vis, prend une direction oblique. M. Malgaigne s'est bien trouvé de cette simple manière de faire dans un grand nombre de cas. Mais il est des circonstances où cela n'a pas suffi. Ainsi, dans certains cas difficiles, il n'a pu parvenir à faire pincer la pelote qu'en la faisant arcbouter au moyen d'une sorte de pont rivé sur la plaque externe de la pelote sur lequel était vissée l'extrémité du ressort. Du reste, on peut arriver à ce résultat par plusieurs moyens : on peut y arriver par la simple courbure de la pelote, par exemple.

Les anciens bandagistes étaient dans l'usage de placer la pelote au même niveau que le ressort. Cette manière de faire avait un assez grand inconvénient. Sans doute cela ne fait rien que la pelote soit au niveau du ressort, lorsqu'on n'a besoin que d'une faible pression; mais s'il faut une forte pression, on ne peut l'obtenir qu'à la condition que la pelote déprime les tissus sur lesquels elle appuie, mais que le ressort ne pressera pas lui-même sur les téguments, et qu'il sera éloigné de la pelote. C'est pour atteindre ce résultat que les bandagistes ont grossi les pelotes. Il était beaucoup plus simple et plus naturel de laisser à la pelote son petit volume, et de l'écarter du ressort, de manière que celui-ci ne presse pas sur les téguments. On a ainsi l'avantage de conserver au bandage sa légèreté, tout en multipliant sa force.

Garnitures. — Les garnitures des bandages sont de deux sortes. Dans le bandage français, la garniture du ressort est continue avec celle de la pelote; tout le bandage est recouvert, y compris le ressort. Cette précaution était d'autant plus nécessaire que le ressort presse sur la peau dans toute son étendue. Dans le bandage anglais, au contraire, la garniture est mobile, ce qui permet d'examiner à volonté le ressort, et elle ne consiste qu'en une simple gaine de cuir sans rembourrage. Dans les hernies ordinaires cela n'a aucun inconvénient, le ressort ne faisant qu'effleurer la peau. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une hernie difficile à contenir et qui exige une plus grande pression; dans ce cas, en effet, le ressort, insuffisamment rembourré, peut blesser la peau. Le bandage anglais a encore sous ce rapport un autre inconvénient, c'est que les deux extrémités du ressort étant à découvert, il arrive souvent que les vis qui unissent la pelote au ressort déchirent les vêtements.

Enfin, une question importante au point de vue économique se rattache à cette circonstance en apparence si futile de la garniture des bandages et du plus ou moins d'éloignement de la pelote et du ressort : c'est la question de leur durée. On comprendra assez l'importance de cette question, quand on saura qu'il se consomme par an de 2 à 3,000 bandages au Bureau de l'assistance publique de Paris, et de 6 à 7,000 au Bureau de la guerre.

Le bandage français ne dure guère en moyenne que de dix-huit mois à deux ans. Le bandage anglais casse très rarement, le ressort n'étant pas, comme dans le bandage français, exposé à l'action de la sueur; aussi dure-t-il deux ou trois fois plus que le bandage français. De sorte que tout en coûtant plus cher, son usage reviendrait en définitive meilleur marché à l'administration comme aux particuliers.

Mais ce n'est pas seulement par la cassure du ressort que les bandages sont mis hors de service. Les pelotes en peau chamoisée sont bientôt traversées par la sueur, qui les sèche, et celles-ci, de molles et douces qu'elles étaient, deviennent bientôt dures et sèches comme du cuir. Dans cet état, elles ne tardent pas à se déformer, et cessent dès lors de s'appliquer exactement sur la hernie. Il y a heureusement un moyen très simple d'obvier à cet inconvénient : ce moyen consiste à entourer la pelote d'une sorte de sac ou de chemise que l'on renouvelle aussi souvent que l'exige la propreté. On peut en faire autant pour le ressort.

Jusqu'ici il n'a été question que du point d'appui du bandage en avant; mais il faut prendre également en considération le point d'appui postérieur.

Le bandage français appuie en arrière comme sur tous les points de la circonférence du corps; en outre, la ceinture est continue avec la courroie, de sorte qu'il est nécessaire, pour peu que la hernie soit difficile à maintenir, de serrer fortement les courroies. Il en résulte souvent que le bandage bascule et ne remplit plus son but. D'un autre côté, la ceinture appuyant sur le grand trochanter, le ressort se trouve entraîné dans les grands mouvements de la cuisse, et change la direction de la pelote.

Dans le bandage anglais, il n'y a que deux points d'appui diamétralement opposés. Toute la partie du ressort intermédiaire à ces deux points se trouve à une certaine distance de la surface du corps. Il résulte de cette disposition qu'on peut abaisser ou élever la pelote postérieure sans que la pelote antérieure bouge de place; et si dans certains cas de hernies difficiles à contenir il devient nécessaire d'ajouter une courroie au bandage, comme c'est à la pelote postérieure qu'on la fixe, elle ne change jamais la direction du ressort. Ce sont là encore des avantages réels qu'a le ressort anglais sur le ressort français. En effet, ainsi qu'on vient de le voir, le bandage français a l'inconvénient de heurter constamment le grand trochanter; de là la nécessité où se trouve réduit le malade de ne faire que de petits mouvements s'il ne veut pas déranger son bandage; il a, en outre, l'inconvénient de nécessiter l'usage d'une courroie qui gêne considérablement les malades : autant d'inconvénients qu'on évite avec le bandage anglais, grâce à la fixité de ses deux extrémités qui restent invariables malgré les mouvements du ressort.

Sous-cuisses. — Lorsque la hernie est un peu difficile, le bandage français a besoin de sous-cuisse. Il est très important de savoir où il faut placer le sous-cuisse. En général, les bandagistes l'appliquent sur le côté, ce qui est une très mauvaise manière, car, pour peu qu'on le serre, on abaisse le ressort et la pelote ne pince plus. Il faut toujours le placer le plus en arrière possible, là où il tire le moins possible sur la pelote. Mais l'application du sous-cuisse présente des difficultés particulières et souvent insurmontables chez certains sujets. Ainsi, chez les sujets maigres, qui ont le ventre aplati, sans saillie du sacrum en arrière qui retienne la ceinture, le bandage est attiré en bas et tombe. Les sous-cuisses ne sont donc applicables que chez les individus doués d'un certain embonpoint et qui ont les formes assez saillantes pour que la ceinture soit retenue et ne cède pas à la traction de cet appendice de l'appareil. Chez les sujets de la première catégorie, il y a cependant deux moyens d'arriver à faire tenir le bandage : le premier, c'est de le supporter par des bretelles, assez triste ressource d'ailleurs, car les bretelles, qui maintiennent assez bien le bandage lorsque le sujet est debout, cessent de le maintenir lorsqu'il est assis. L'autre moyen est celui que M. Rochard a eu le tort d'appliquer à tous les cas, et qui ne convient qu'à celui-ci; il consiste en une ceinture embrassant les hanches, sur lesquelles elle prend son point d'appui et qui croise au-dessus de l'ombilic, et porte une pelote à laquelle sont fixés les sous-cuisses; ceux-ci tirent en arrière sur la ceinture sans la faire tomber, la saillie des crêtes iliaques la retenant.

Ici se terminent les considérations relatives au bandage, considérations dont on comprendra assez l'importance si l'on songe que cet appareil est destiné à des millions d'individus pour qui c'est souvent une question de vie ou de mort. On ne saurait donc trop se pénétrer de cette idée que chaque hernie est une maladie spéciale qui a ses indications particulières, et que ce n'est pas trop d'appliquer tout son jugement à bien saisir ces indications.

SUR UNE DIFFORMITÉ PROVOQUÉE DES ORTEILS.

Au moment où les opérations des conseils de révision vont avoir lieu par toute la France, il est bon de signaler aux officiers de santé appelés à éclairer leurs décisions un genre de supercherie auquel plus d'un médecin instruit et attentif s'est laissé prendre, et qui, je le crains bien, a dû être enseigné dans le principe par quelque membre indigne du corps médical. Il consiste à produire à volonté cette difformité d'un des orteils dans laquelle le sujet marche sur l'ongle et sur l'extrémité recourbée de ce même orteil, ce qui a constitué jusqu'à présent un cas péremptoire de réforme.

Aussitôt le tirage effectué, ou même un mois ou deux d'avance, l'heureux possesseur du secret maintient dans une flexion forcée, à l'aide d'une bande étroite et longue, le second ou le troisième orteil de l'un ou l'autre pied, de préférence le second, qui est plus long et se prête mieux que tout autre à cette manœuvre. Il en résulte d'abord de la gêne et de la douleur dans la marche, quelquefois même une claudication qui rend le repos indispensable, et que le patient explique par un accident de profession, la chute d'une pièce de bois, d'une pierre, d'un lourd marteau sur le pied, par l'écrasement de cette partie par le pied d'un cheval, une roue de voiture, etc. Cependant les premiers accidents cèdent au repos, à l'habitude de la compression, et bientôt la marche est possible, à la condition de se servir de chaussures très larges ou échancrées convenablement. La flexion de l'orteil est maintenue et même augmentée progressivement, et, dans un temps donné, elle devient permanente, et le redressement impossible, par suite de la destruction de l'antagonisme musculaire. Deux mois ont suffi chez un individu, qui m'a fait son confident assez longtemps après la réforme. J'ai lieu de croire, en rassemblant certains faits à ma connaissance, que d'autres s'y étaient pris au moins deux mois avant le tirage, distant de six semaines ou deux mois de la révision.

Comment voulez-vous reconnaître cette fraude? me disait un chirurgien militaire que je plaisantais sur la facilité avec laquelle il s'était laissé surprendre un an auparavant. Quelle différence existe-t-il entre la flexion naturelle et la flexion artificiellement produite, mais devenue réelle? Dans l'un et l'autre cas, le tendon n'est-il pas contracté d'une manière insurmontable ou qui se reproduit à l'instant, et la marche sur le bout du doigt et sur l'ongle n'est-elle pas également inévitable?

Je pense que l'éveil une fois donné sur cette simulation qui, du reste, à force de se représenter, ne ferait plus de dupes, je pense, dis-je, qu'il n'est pas impossible de la reconnaître. En effet, si les manœuvres datent de peu de temps, l'orteil doit conserver un gonflement, une rougeur, une chaleur, un état enfin de subinflammation que ne présente pas la flexion naturelle et d'ancienne date. Ces signes auront pu disparaître, dira-t-on, et l'embarras du médecin sera grand si la fraude remonte à une époque plus éloignée. Mais l'orteil travaillé, que l'on me passe cette expression, ne doit pas présenter l'induration cornée du bout de sa pulpe, l'usure et l'atrophie de l'ongle, qui sont le résultat de la marche sur ces parties depuis nombre d'années. Enfin dans les cas douteux, et il peut s'en trouver, il reste la ressource, souvent employée en d'autres circonstances, de l'ajournement avec mise en observation dans un hôpital, et là, je ne le mets pas en doute, des moyens opposés dans leur action à ceux qui ont été mis en œuvre, auront en peu de temps rendu aux extenseurs leur force d'antagonisme, et guéri l'affection. Qui sait même, et je n'ai pu m'en assurer, si nos fraudeurs n'ont pas reçu une éducation suffisante pour savoir appliquer le remède à la maladie lorsque le danger est passé? X...,

ancien chirurgien des armées impériales.

(*Bull. de thérap.*)

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLOROFORME,

Par M. F.-H. Hartshorne.

Le 26 mars dernier, vers trois heures de l'après-midi, un enfant âgé de quatre ans, fils d'un droguiste, prit une bouteille de chloroforme laissée par mégarde sur une table de la boutique, et en but une ou deux drachmes (de 4 à 8 grammes). Une autre bouteille contenant une mixture de rhubarbe et de magnésie était près de la première. L'enfant (telle est la conviction du père), étant un grand imitateur (*mimic*) et ayant souvent vu son père se servir de cette mixtion, a dû la mêler au chloroforme dans une tasse. Il courut donc vers son père la tasse à la main et lui cria : « Papa, j'ai » pris médecine » ; puis se promena dans la cuisine. Mais bientôt il se plaignit de douleurs à l'épigastre et voulut aller à la garde-robe. Pas d'évacuations. L'enfant souffrait souvent des intestins; sa mère le prend sur ses genoux et exerce des frictions avec la main sur l'abdomen, quand tout à coup : « O maman, ma tête! » s'écrie-t-il; et la tête de l'enfant s'incline et ses yeux deviennent fixes.

Aussitôt le père lui fit avaler un peu d'eau froide. Ce fut alors qu'un commis découvrit que l'enfant avait pris le chloroforme. Le père courut immédiatement, avec le petit malade, chez M. Richard Thursfield, chirurgien distingué. L'enfant vomit en route. Dix minutes s'étaient écoulées depuis l'ingurgitation du chloroforme, quand l'insensibilité se déclara. Vingt minutes après j'arrival au dispensaire de M. Thursfield. Les pupilles de l'enfant sont contractées; haleine fortement empreinte de l'odeur chloroformique; respiration difficile; pouls vif et plein; face pâle; extrémités froides. Deux nouveaux vomissements; mais les aliments ont de la peine à franchir le pharynx et la bouche, et une fois nous crûmes qu'il allait succomber à une asphyxie; mais peu à peu quelques respirations reviennent, et la première respiration pénible se rétablit.

Cet état avait été causé par un morceau mal digéré qui fermait l'ouverture de la glotte et que nous pûmes extraire avec le doigt. Les pupilles se contractent et se dilatent alternativement; extrémités tantôt froides, tantôt chaudes. Pouls vif et plein ou bien presque imperceptible. Enfin, strabisme; les yeux sont tournés en haut; respiration de plus en plus stertoreuse; coma profond. Mort trois heures après l'empoisonnement.

Pas d'autopsie. Les parents gardent l'enfant huit jours : la rigidité cadavérique n'a pas cessé, et la face, quoique pâle au moment de la mort, a repris son teint *fleuri* accoutumé.

Voici en quoi le traitement a consisté : émétique de sulfate de zinc, sinapismes aux mollets, ammoniaque sous le nez, sangsues aux tempes, respiration artificielle et en dernier lieu bain chaud.

(*Association med. journal.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 avril 1854. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Désarticulation de la cuisse. — M. Richet présente un jeune homme sur lequel il a pratiqué la désarticulation de la cuisse droite. La guérison est parfaite, le moignon très régulier.

Du cancer du corps de l'utérus. — A propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Huguier relativement à un cancer du corps de l'utérus sans altération du col de l'organe, M. Demarquay dit qu'il a eu deux fois l'occasion de voir des malades affectées de cancer occupant également le corps de l'utérus, et la maladie arrivait à la période la plus avancée sans avoir trahi sa présence par des accidents en rapport avec la gravité du mal. Une de ces malades a été vue par M. Chomel.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit, outre plusieurs journaux de médecine français et étrangers :

1° Une lettre de M. le docteur Verrier (de Bar-sur-Aube), au sujet du prix qu'il a proposé pour le meilleur mémoire sur le traitement des bémorrhoïdes;

2° Une note de M. le docteur Ziegler (de Fribourg en Brisgaw), sur des préparations en cire représentant diverses préparations microscopiques.

Expériences sur le perchlorure de fer. — M. Giraldès donne lecture d'un travail dont nous transcrivons le résumé. Trente-cinq expériences d'injection de perchlorure de fer dans les artères des animaux sont relatées dans ce mémoire.

Ces expériences ont été commencées au mois d'avril 1853, et continuées jusqu'au mois de mars 1854.

Elles prouvent que quelques gouttes de perchlorure de fer d'une densité variable, injectées dans l'artère carotide d'un cheval, coagulent le sang contenu dans une portion du vaisseau de 4 centimètres d'étendue. Ainsi, deux gouttes à 49° aréom. de Beaumé, trois gouttes à 30°, six gouttes à 15°, produisent cette coagulation.

Les modifications produites sur le sang et sur les parois des vaisseaux par l'agent coagulateur varient, toutes choses égales d'ailleurs, suivant le degré de densité du perchlorure injecté. Cinq gouttes à 49° momifient complétement le sang renfermé dans l'artère. La même quantité de perchlorure à 15°, à 20°, produit une espèce de caillot formé par du sang combiné avec le sel de fer et par de la fibrine normale.

Mais l'action du liquide coagulateur ne s'est pas épuisée complétement sur le sang; elle se continue et s'étend aux membranes des artères. Dans le premier cas, ces membranes sont désorganisées; elles offrent une coloration d'un jaune fauve, sont amincies, racornies; ce sont des parties mortifiées.

Dans le second cas, les membranes des artères ont été modifiées par l'agent chimique; mais cette modification est beaucoup moins intense, surtout elle n'est pas de nature à les désorganiser complétement. L'épithélium et la membrane interne sont détruits; la tunique moyenne, ayant perdu ses propriétés contractiles, cède à l'impulsion de la veine liquide et se dilate; ses fibres circulaires se dessinent très nettement à la surface interne du vaisseau. Cet état est accompagné d'une coloration jaune de fibres de la tunique moyenne et de leur adhérence au caillot.

Nous pouvons dire qu'une injection de perchlorure de fer dans une artère est toujours suivie des modifications suivantes :

1° Formation d'un caillot;

2° Modifications dans l'organisation des membranes artérielles.

Le caillot produit offre des caractères différents, suivant qu'il est le produit d'une injection de perchlorure à 45°, 49° ou à 30°.

Dans le premier cas, il est compacte, homogène et formé en totalité de sang altéré. Dans le second, il est formé par un mélange de sang altéré par le sel de fer enveloppé d'une grande quantité de fibrine normale. Ces premiers caillots sont suivis de la formation de deux autres, l'un du côté du cœur et l'autre du côté périphérique.

Les membranes des artères présentent des modifications très importantes dans leur organisation. Toutes les fois que l'expérience est faite avec du perchlorure à 49°, elles sont désorganisées; ce sont donc des corps étrangers qui doivent être éliminés. Mais si l'expérience est faite avec du perchlorure à 15°, à 30°, on constate alors une modification d'un autre genre. La membrane moyenne s'hypertrophie, contracte des adhérences avec le caillot, qu'elle tend à enkyster dans la cavité du vaisseau. La membrane externe s'infiltre d'une matière fibrineuse, d'une lymphe plastique qui peut s'étendre assez loin.

Après ces premières formations, il s'établit dans les organes malades un travail d'élimination ou de réparation.

Le travail d'élimination s'observe dans les cas où l'artère et le caillot sont désorganisés; ils se ramollissent et sont rejetés. Ce travail cependant s'étend quelquefois plus loin, et on voit les faibles barrières qui réunissaient les caillots secondaires aux artères se détruire, et des hémorrhagies mortelles se produire.

Le travail de réparation se fait lorsque le caillot et les membranes artérielles se sont complétement organisés. Le caillot peut se ramollir, sans cependant se décomposer. Mais lorsque le travail réparateur marche franchement, alors il s'enkyste dans le vaisseau, lui adhère très intimement et l'artère s'oblitère du côté du cœur et du côté périphérique. A mesure que ces phénomènes progressent, les formations plastiques ainsi que les caillots secondaires disparaissent.

Pour nous résumer, nous disons : L'injection de perchlorure de fer dans une artère est suivie de deux ordres de phénomènes, primitifs et secondaires.

Les phénomènes primitifs sont :

La formation des caillots primitifs et secondaires;

L'infiltration de lymphe plastique dans la gaîne de l'artère et adhérence des caillots.

Les phénomènes secondaires sont :

L'élimination des parties désorganisées;

L'hypertrophie de la tunique moyenne;

L'enkystement des caillots;

La disparition des caillots secondaires et des formations plastiques;

L'occlusion de l'artère.

Conclusions. — D'après les expériences dont nous avons résumé les résultats, nous nous croyons fondé à établir les données suivantes :

1° Le perchlorure à 49 degrés, à 45 degrés ne doit pas être employé soit dans les anévrismes, soit dans les tumeurs érectiles; son usage pourrait être suivi d'accidents graves.

2° Dans les anévrismes et dans les tumeurs érectiles veineuses ou artérielles, on ne doit employer que le perchlorure à 30 degrés, ou mieux à 20 degrés aréomètre Baumé, dans la proportion de 5 gouttes à 30 degrés, 10 gouttes à 20 degrés, pour une quantité de sang équivalant à 3 centimètres cubes.

3° Le perchlorure à 45, à 49 degrés peut être employé comme hémostatique pour arrêter soit des hémorrhagies profondes, des hémorrhagies en nappe à la suite des opérations, soit encore des hémorrhagies secondaires après les amputations.

4° Le perchlorure à 15, à 20 et à 30 degrés peut être employé avantageusement dans des kystes hématiques, en particulier dans les kystes hématiques du cou.

5° Dans quelques cas, le perchlorure à 30 et 49 degrés peut être employé comme modificateur des plaies en suppuration.

A la suite de cette lecture, une discussion s'engage entre M. Debout et M. Giraldès sur la priorité de quelques-uns des faits signalés dans le mémoire de M. Giraldès.

Tels sont :

1° Le degré de concentration du liquide. On trouve des indications précises sur ce sujet dans le *Traité de l'art de formuler* de M. Mialhe.

2° L'enkystement du produit résultant du mélange du perchlorure de fer avec le sang. M. Debout fait observer qu'on a pu constater ce phénomène sur une des premières pièces qu'il a présentées à la Société.

M. Giraldès répond que les expérimentateurs n'avaient pas avant lui adopté le perchlorure à 30 degrés. Quant à l'enkystement, dans un paquet cacheté déposé à l'Académie des sciences il avait été indiqué avant qu'il en fût question dans les observations de M. Debout, qui ne parlait que d'adhérences, et non pas d'enkystement.

Après quelques observations de M. Debout, cet incident n'a pas de suite.

M. Maisonneuve désirerait savoir si M. Giraldès, qui dans son mémoire ne parle que des expériences qu'il a tentées sur les animaux, aurait employé le perchlorure dans le traitement des plaies.

M. Thierry a publié les résultats de sa pratique, qui paraîtraient avantageux; il a, du reste, eu l'occasion d'examiner un malade traité par M. Thierry pour un ulcère variqueux, et le succès, quoique contesté, lui a paru réel.

M. Giraldès a voulu expérimenter suivant les préceptes de M. Thierry. Il a touché la surface d'un vésicatoire appliqué sur des varices; il en est résulté la formation d'une eschare qui a duré vingt jours avec phénomènes inflammatoires, qui ne l'ont pas encouragé à poursuivre l'expérience.

M. Verneuil désirerait aussi voir s'éclaircir la question relative à l'action du perchlorure sur les plaies et sur les fongosités. La puissance caustique de ce sel est-elle suffisante pour frapper de mort et faire tomber certaines tumeurs fongueuses? Et si le perchlorure est aussi caustique que le prétendent quelques personnes, n'est-il pas dangereux, lorsqu'on fait des injections dans les artères, d'en laisser écouler dans les tissus que l'on doit traverser?

M. Giraldès répond que le perchlorure concentré agit différemment sur les divers tissus. Ainsi, il cautérise et détruit entièrement une artère; tandis qu'appliqué sur une muqueuse, il n'y détermine qu'une eschare très superficielle et presque insignifiante.

Quant au danger résultant de l'introduction possible d'une certaine quantité de perchlorure de fer dans l'épaisseur des tissus lorsqu'on retire la canule après avoir pratiqué une injection dans une artère, il est nul, vu que le sang, en se trouvant en contact avec le perchlorure, forme immédiatement un caillot qui empêche tout écoulement de liquide.

M. Vidal (de Cassis) a essayé dans plusieurs cas le perchlorure de fer à 35 degrés. Ainsi, il a touché avec ce liquide trois chancres phagédéniques; deux ont été modifiés avantageusement. La réparation a été assez rapide, et la cicatrisation a été obtenue.

Sur un bubon suppuré et ulcéré, il a complétement échoué.

Une autre fois, sur une ulcération scrofuleuse de l'aine, le résultat a été excellent après deux applications. La réparation s'est faite rapidement.

M. Lenoir voudrait qu'il résultât quelque chose d'utile pour l'homme des expériences relatées par M. Giraldès. La plasticité spéciale du sang chez les chevaux présente avec le sang humain une différence notoire qui ne permet pas de généraliser sûrement ce qui a été obtenu de résultats.

A-t-on, dans des expériences comparatives, reconnu si le degré de concentration du liquide devait varier suivant les animaux?

M. Giraldès. Nos expériences ont été faites seulement sur des chevaux, des chiens et des veaux. Nous n'avons malheureusement pas pu étendre le cercle de nos opérations; mais les résultats obtenus sur ces animaux nous démontraient déjà que l'on pouvait agir sur l'homme en se maintenant dans les limites d'une extrême prudence.

Ainsi, j'ai fait huit opérations sur l'homme pour des varices. Je me servais d'un liquide très peu concentré; j'ai commencé avec du perchlorure à 5 degrés. J'ai toujours obtenu la coagulation du sang, et jamais je n'ai eu d'accidents. Je dois du reste m'expliquer sur ce qu'on peut appeler accidents. On ne peut désigner ainsi la série de phénomènes qui suivent constamment l'introduction du perchlorure de fer dans les vaisseaux.

Ainsi, après l'injection dans les artères, il se fait immédiatement un épanchement de lymphe plastique considérable qui produit du gonflement, et amène dès le lendemain l'adhérence du caillot à la face interne du vaisseau. Il en est de même dans la veine. Mais ce gonflement, douloureux d'abord, disparaît rapidement rien que par le repos. Ce ne sont pas là des accidents.

J'ai encore dans mon service une femme qui a subi quatre injections; elles datent de quatre mois. On sent les caillots durs, résistants; ils n'ont pas bougé. Et si je ne poursuis pas ce genre d'opération sur les veines, c'est parce que j'ai reconnu qu'on ne guérissait pas les malades; à peine une veine est-elle oblitérée, que les veines voisines se dilatent et reproduisent l'affection.

Dans un cas, on a injecté un anévrisme variqueux; il s'est développé, comme je le signale, de la douleur et du gonflement, mais en résumé la guérison a été obtenue.

M. Debout dit que le caillot dans les artères est presque toujours résorbé si le liquide employé est à 20 degrés. Dans les veines, il paraît résister plus longtemps.

M. Giralnès ne partage pas l'opinion de M. Debout sur la résorption du caillot dans les artères. Seulement, il se forme une décomposition spéciale de ce caillot, qui devient d'une couleur jaune de rouille et qui, parfaitement enkysté, se perpétue. Ainsi, j'ai pu retrouver ce caillot sur un veau quatre mois après l'opération; il était jaune, résistant, et adhérent à l'artère.

M. Voillemier a expérimenté plusieurs fois pour apprécier l'influence du perchlorure sur les plaies.

Ainsi, je l'ai employé sans aucun avantage dans le traitement des ulcères des jambes. J'en dirai autant pour les chancres phagédéniques.

Quand je m'en suis servi sur des plaies comme d'un bémostatique, j'ai parfaitement arrêté l'hémorrhagie, et sur la surface des plaies il s'est formé une espèce de croûte légère, peu épaisse, sous laquelle la suppuration s'établissait; la cicatrisation se faisait ensuite.

Dans ces derniers temps, j'ai injecté du perchlorure dans une varice volumineuse développée à la surface interne de la jambe; il y a eu tuméfaction considérable. De l'eau froide a suffi pour calmer la réaction. Actuellement le malade est en bon état. Il existe un caillot mobile, et les veines sont oblitérées au-dessus et au-dessous.

M. Forget demande si M. Giraldès a laissé vivre longtemps les animaux sur lesquels il a expérimenté, et, comme M. Lenoir, il désire savoir si dès aujourd'hui M. Giraldès peut donner une solution thérapeutique satisfaisante à la question de l'application du perchlorure de fer à l'homme.

M. Giraldès. Je n'ai pu conserver longtemps les animaux; les expériences seraient devenues trop dispendieuses.

Quant à la question d'application à la thérapeutique, elle a évidemment progressé dès maintenant. Mais lorsque pour la première fois elle a été agitée devant l'Académie, les faits malheureux, mal présentés, que l'on soumettait à ce corps savant, justifiaient le blâme que dès lors on infligeait au nouveau procédé.

Il fallait donc reprendre les recherches à nouveau, et maintenant il est établi que les revers doivent être imputés à la trop grande concentration du liquide employé. C'était déjà un grand pas de fait.

On a reconnu que le perchlorure employé à une concentration convenable était sans dangers. Dès lors on pouvait essayer d'opérer certains anévrismes.

En Angleterre, on a traité par le perchlorure des tumeurs érectiles, quelquefois avec succès. D'autres fois on a déterminé de la gangrène; mais on ne nous dit pas le degré du liquide employé.

On l'a employé dans un anévrisme de l'aorte. Ce fait est indiscutable.

Dans un cas d'anévrisme de la carotide, on n'a pas obtenu la guérison, mais on a prolongé la vie du malade, ce qu'aucun autre procédé n'avait pu obtenir.

Ainsi, en résumé, ce que l'on sait déjà est très important. Il est avéré que le perchlorure, à certain degré de concentration, cautérise, détruit les artères; tandis qu'à un degré de concentration convenable, et que nous avons assigné, il détermine des modifications organiques sans accidents inflammatoires sérieux.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Plaie par arme à feu. — M. André présente le crâne d'un individu qui s'était suicidé en se déchargeant un pistolet dans la figure.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'impulsion que l'épidémie semblait avoir acquise la semaine dernière s'est, sinon arrêtée complétement, du moins notablement amoindrie. Déjà les chiffres correspondant aux derniers jours de notre bulletin de samedi dernier accusaient une tendance à la décroissance.

Depuis ce jour-là, en effet, le chiffre quotidien a assez baissé pour que nous puissions espérer que sous peu de jours nous nous trouverons ramenés à la moyenne des semaines précédentes. C'est ce qui résulte du moins de l'appréciation générale de ce que nous avons pu voir, bien que nous ne puissions l'appuyer sur aucun chiffre précis.

—La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a jugé dans la séance du 20 avril le concours qu'elle avait ouvert sur les affections du col de l'utérus.

Sur le rapport de sa commission, elle a décerné une première médaille d'or à M. le docteur Nelson Batut, de Toulouse.

Une deuxième médaille d'or à M. le docteur Mascarel (Jules), de Châtellerault (Vienne).

Une troisième médaille d'or à M. le docteur Rey (Armand), de Grenoble (Isère).

Elle a donné :

Une première mention honorable à M. le docteur Astrié (Gustave), de Carcassonne (Aude).

Une deuxième mention honorable à M. le docteur Puel (Edmond), de Metz.

Une troisième mention honorable à M. le docteur Ripoll, de Toulouse.

Elle a inscrit au nombre de ses correspondants MM. Batut, Rey et Ripoll, les autres lauréats possédant déjà ce titre.

Ces récompenses seront décernées dans la séance publique de la Société le dimanche 14 mai prochain.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 53. — JEUDI 4 MAI 1854. (27e ANNÉE.) N° 53. — JEUDI 4 MAI 1854

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

Paris, le 3 mai 1854.

Séances des Académies.

Les matériaux n'ont pas manqué aux Académies, et cependant nous n'avons pas grand'chose à en dire aujourd'hui.

L'abondance des matières nous force à remettre au prochain numéro le compte rendu d'un mémoire de M. Bonnafont sur l'emploi du collodion dans le traitement de l'orchite. Ce mémoire nous a paru neuf et intéressant ; nous le reproduirons.

Nous donnerons en même temps les conclusions du rapport annuel de M. Bousquet sur la vaccine. Ce rapport a été écouté avec intérêt ; et ce qui a surtout fixé l'attention, c'est la partie relative à l'appréciation des essais d'inoculation lacto-variolique tentés comme moyen de suppléer au défaut et à l'impuissance du vaccin.

Le reste de la séance a été occupé par une communication de M. Depaul relative à un nouvel instrument ingénieux pour la staphyloraphie, que l'on doit à un élève distingué des hôpitaux, M. Rouyer. On ne pourra bien apprécier l'utilité de cet instrument que lorsqu'il aura été employé par plusieurs chirurgiens.

Nous ne dirons rien non plus des rapports sur les remèdes secrets qu'a faits avec sa lucidité et sa précision accoutumées M. Robinet.

Des recherches anatomiques sur les canaux biliaires par M. Al. Puech et une communication de M. le prince Charles Bonaparte sur l'embryogénie et la propagation des vers intestinaux ont rempli la séance de l'Académie des sciences. Les recherches sur les helminthes sont dues à MM. Ercolani et Vella ; nous les publierons aussi dans le prochain numéro, ainsi qu'une analyse du mémoire de M. Puech. — F. Fabre.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Chassaignac.

Influence de l'hypertrophie des amygdales sur l'appareil respiratoire.

Au premier abord, l'hypertrophie des amygdales paraît une maladie fort simple, et pour ainsi dire un accident de développement. Mais pour ceux qui ont observé dans tous ses détails l'état général et local des sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne, l'affection prend une grande importance, non pas quand on la considère d'une manière intrinsèque, mais quand on l'envisage dans ses relations avec l'état général de l'individu qui en est affecté. On voit alors se dérouler une foule de conséquences qu'on était loin d'avoir soupçonnées d'abord, et l'on finit par comprendre qu'un simple accroissement de volume dans les organes joue un rôle considérable, et retentit en quelque sorte sur toute la constitution.

Si l'on se donne la peine de suivre la filiation des phénomènes qui se produisent dans les fonctions les plus essentielles de l'économie, on est amené à reconnaître que l'hypertrophie des amygdales peut devenir une cause d'altération notable dans la constitution. Il faut pour cela interroger successivement les grandes fonctions, étudier ce que telle modification dans un premier appareil va produire par voie de déduction physiologique sur tous les autres. La conclusion qui ressort de cette étude approfondie conduit à des indications thérapeutiques bien autrement motivées que celles d'après lesquelles on se dirige souvent dans l'adoption ou le rejet de l'opération destinée à l'ablation des amygdales.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'influence fâcheuse exercée par le développement hypertrophique des amygdales a été comprise. Les bons observateurs ont signalé çà et là quelques conséquences d'une véritable gravité. C'est, en effet, quelque chose de très sérieux que la remarque de Dupuytren touchant l'effet que l'hypertrophie des amygdales produit sur le développement de la poitrine, effet qui se traduit extérieurement par une configuration particulière de la cage thoracique. Mais ce n'est encore là qu'un des coins du tableau. Le tableau lui-même n'a jamais été complètement tracé. Toutes ses particularités ne pouvaient ressortir que d'un nombre considérable d'observations patiemment recueillies, et ajoutant chacune quelque trait nouveau à la description générale.

Si nous n'avons point été abusé par la préoccupation que donne tout naturellement la continuité d'une attention soutenue sur un même sujet, nous arriverions à conclure que l'hypertrophie amygdalienne est une des entraves les plus fâcheuses au développement physique et moral de l'individu, que d'elle peut dépendre une faiblesse générale de la constitution qui retentit sur toutes les époques de la vie. Tel est, en effet, le caractère de beaucoup d'affections chroniques du jeune âge, qui, indépendamment de ce qui leur appartient en propre et dans le temps présent, exercent une influence qui se retrouve dans toutes les périodes ultérieures par cela seul que ces affections, ayant coïncidé avec le travail de développement, l'ont empêché de s'accomplir suivant ses règles normales, que les organes, une fois développés incomplétement, restent toute la vie dans un état d'infériorité relative sur lequel il n'y a plus à revenir.

On comprend dès lors toute l'importance que nous attachons à présenter un exposé complet des inconvénients qu'entraîne l'hypertrophie des amygdales, puisque c'est de là que peut sortir, pour le praticien, le motif de sa conduite, et pour les malades des conséquences d'une haute utilité.

Avant d'étudier l'influence de l'hypertrophie des amygdales sur les divers appareils de l'économie, nous croyons qu'il ne sera pas sans utilité de présenter ici quelques considérations relatives à ce que nous appelons la prise d'air.

Quoiqu'il soit établi depuis longtemps que l'exercice des phénomènes respiratoires ne s'accomplit d'une manière normale que quand le passage de l'air présente sur toute sa longueur les dimensions nécessaires, on n'est peut-être pas généralement assez pénétré de l'influence que certains obstacles exercent sur la fonction respiratoire, et par l'intermédiaire de celle-ci sur plusieurs autres fonctions. On ne songe point assez, par exemple, qu'une simple diminution dans la grandeur d'une des narines, qu'un certain degré d'engorgement dans la muqueuse nasale suffit pour diminuer la plénitude de la respiration.

Quoique chacun connaisse par expérience la difficulté qu'on éprouve à respirer dans un coryza intense, si cette difficulté n'est pas subite et considérable, si elle est habituelle et chronique, on cesse de lui accorder une attention particulière, et ses effets passent inaperçus. On fait sans s'en apercevoir une assimilation tout à fait inexacte entre ce qui se passe dans des canaux renfermant un liquide poussé par une force constante et ce qui a lieu pour le passage de l'air jusqu'au poumon. Qu'arrive-t-il, par exemple, dans le cas d'un liquide poussé à travers une série de canaux communiquants? Si ce liquide vient à traverser un endroit plus rétréci du système, il passe avec plus de rapidité par ces points rétrécis, et la durée plus courte du passage se combinant avec l'étroitesse relative de celui-ci, il y a compensation, et la somme de liquide, qui dans un temps donné arrive à l'autre extrémité du système, est sensiblement égale. Qu'advient-il, au contraire, dans le phénomène respiratoire? Le thorax, par son mécanisme, appelle l'air dans la poitrine à la manière d'une pompe aspirante; mais cette pompe aspirante, par quoi est-elle mise en jeu ? Par la puissance des muscles inspirateurs, puissance qui se lasse et, suivant le degré d'attention et de volonté actuelle du sujet, peut différer du simple au double. Il est bien certain que, si un individu chez lequel existe une diminution de diamètre sur l'un des points du trajet parcouru par l'air pour arriver à la poitrine applique toute son énergie musculaire à faire une forte et rapide inspiration, il dilatera tout aussi

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la mort et de ses caractères. Nécessité d'une révision de la législation des décès pour prévenir les inhumations et les délaissements anticipés, par M. le docteur Josat (1).

Ce livre, rempli de bonnes intentions et empreint d'une sensibilité fort honorable, a des prétentions scientifiques et législatives absolument inadmissibles dans l'état actuel de la science médicale. Il est de cette malheureuse famille des ouvrages sur la mort apparente qui spéculent sur la terreur des inhumations prématurées, qui cherchent à émouvoir plutôt qu'à convaincre et qui considèrent la science de l'homme comme entièrement incapable de discerner les vivants d'avec les morts.

Il a pour but d'établir :

1° Qu'il n'y a aucun autre signe certain de la mort que la putréfaction ;

2° Que notre législation française, ordonnant au médecin la mission de certifier la réalité de la mort, est mauvaise et ne saurait préserver l'homme d'une inhumation prématurée ;

3° Que cette législation nationale doit être remplacée par la coutume allemande des maisons mortuaires que ce pays est près d'abandonner ;

4° Enfin que, pour tant d'efforts, il a été couronné par l'Académie des sciences.

Disons d'abord que cette couronne n'est qu'un simple encouragement de 1,000 fr. pris sur les fonds Montyon, et que la commission académique de l'Institut, composée de MM. Flourens, Serres, Rayer, Duméril et Magendie, a, comme nous allons le faire nous-même, repoussé les conclusions scientifiques de M. Josat. Voici comment s'exprime le rapport :

« M. le docteur Josat a dressé pour le concours de médecine et de » chirurgie un travail relatif aux maisons mortuaires établies dans » plusieurs villes d'Allemagne. Les asiles destinés à recevoir les corps » des personnes dont l'inhumation ne doit avoir lieu qu'après le déve» loppement des premiers phénomènes de putréfaction ont été créés » dans l'opinion que la décomposition générale du corps était le seul » signe certain de la mort. *Cette opinion et la conséquence que M. Josat » en a déduite*, en proposant d'établir des maisons mortuaires dans » toutes les villes de France, *ne peuvent être admises*. Mais le travail » de M. Josat contient sur l'organisation de ces asiles, qu'il est allé » étudier sur les lieux, des renseignements qui pourront être consultés » avec fruit si le gouvernement croyait devoir établir dans les quar» tiers pauvres et populeux des grandes villes manufacturières des » dépôts mortuaires, pour soustraire les familles réunies dans une » chambre commune au contact et aux émanations d'un cadavre plus » ou moins altéré.

» D'après cette considération, votre commission a accordé un *encou» ragement* de 1,000 fr. à M. Josat. »

Il y a loin de cet encouragement pécuniaire à l'encouragement scientifique de la proposition de M. Josat : « *La putréfaction est le seul » signe certain de la mort.* » La commission de l'Académie, au contraire, a déclaré que cette opinion *ne pouvait être admise*. A cet égard, elle a maintenu, le 20 décembre 1852, ce qu'elle avait déclaré le 29 mai 1848 par l'organe de MM. Andral, Duméril, Serres, Magendie et Rayer, à savoir : que le diagnostic certain de la mort était devenu plus prompt, plus sûr et plus facile avec les signes immédiats ou éloignés établis par M. le docteur Bouchut dans son *Traité des signes de la mort* (1).

Pour démontrer que la putréfaction est le seul signe certain de la mort et que tous les autres signes, tels que l'absence prolongée des bruits du cœur, le relâchement simultané de tous les sphincters, l'affaissement du globe de l'œil, l'obscurcissement de la cornée, la rigidité cadavérique, l'absence générale des contractions musculaires par le galvanisme, sont des signes incertains de la mort sur lesquels la science a fondé de vaines espérances, le livre que nous analysons n'apporte aucun argument sérieux et nouveau. Il ne renferme pas même les objections importantes formulées dans le passé. Ce sont des négations accumulées les unes sur les autres sans que l'expérience ou des observations nouvelles, attentivement et judicieusement recueillies, puissent battre en brèche l'édifice établi par les soins de nos maîtres. Il ne contient pas un seul fait à l'abri de la critique; on n'y trouve que des anecdotes tout au plus capables d'intéresser les gens du monde. Voici quelques-unes de ces histoires prises textuellement dans l'ouvrage, et nous doutons qu'après leur lecture personne soit tenté de dire que la science ne puisse certifier la réalité de la mort. En effet, la science ne paraît guère dans les anecdotes qu'on va lire, et toutes les méprises dont nous allons parler sont le résultat de l'inattention des uns ou de l'inexpérience des autres. *Non crimen artis quod professoris est.* (Celse.)

Nous ne voulons combattre ce nouveau livre que par son propre texte, en opposant ses prétentions à la nature même des preuves qu'il apporte à leur appui, et, nous sommes obligé de l'avouer, ces preuves n'ont pu nous convaincre.

1re *anecdote*, page 47 : « C'était en 1837; un malade était depuis quelque temps l'objet spécial de nos études. Un matin nous trouvons le lit entouré de ses rideaux : « Vous arrivez bien tard, nous dit la

(1) Un vol. in-8° avec planches. Prix, 5 fr. Chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

(1) *Traité des signes de la mort et des moyens d'empêcher les enterrements prématurés*, couronné par un prix de l'Institut en 1848 à l'occasion du concours sur les morts apparentes ; par M. E. Bouchut, médecin des hôpitaux. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 17.

complétement et dans un même espace de temps sa poitrine, que le fait celui qui n'a point d'obstacle et qui respire d'une manière calme et sans y apporter une attention particulière. Mais cet état dans lequel on respire avec beaucoup d'énergie est un état exceptionnel et pour ainsi dire violent, il ne peut se continuer un certain temps qu'en fatigant outre mesure le sujet qui est obligé d'y recourir; pour peu qu'il y ait distraction d'une partie des forces musculaires employées à l'accomplissement de tel ou tel autre acte physiologique, il n'a plus la possibilité de consacrer la même dépense d'action à l'exercice du phénomène respiratoire, et dès lors la pénétration de l'air dans les cellules du poumon cesse de se faire dans la proportion normale et primitivement arrêtée dans le plan de l'économie.

C'est qu'en effet il y a pour tel organisme donné ce que nous appelons une *prise d'air* normale dont la dimension est réglée, et en quelque sorte obligatoire pour le libre exercice de la respiration. Tout ce qui affecte, si légèrement que ce soit, la mesure de cette prise d'air est une atteinte, petite ou grande, portée à la plénitude de l'acte respiratoire; et ce qui se déduit ici du raisonnement physiologique se démontre de la manière la plus péremptoire par l'expérience, qui consiste à pratiquer la trachéotomie sur un animal et à placer dans l'ouverture faite à sa trachée une canule à robinet au moyen de laquelle on peut graduer à volonté la prise d'air au moment de l'inspiration. Après le trouble des premiers moments, on voit s'établir entre le mode respiratoire de l'animal et les divers degrés d'ouverture qu'on donne à la canule une relation qui frappe l'observateur le moins attentif.

Abordons maintenant l'étude spéciale des conséquences fâcheuses qu'entraîne le développement hypertrophique des amygdales relativement à l'appareil respiratoire.

L'influence qu'exerce l'hypertrophie des amygdales sur l'appareil respiratoire se manifeste par un certain nombre de phénomènes, dont le plus important est sans contredit la dyspnée.

Depuis longtemps on avait noté la gêne de la respiration dans l'affection qui nous occupe; depuis longtemps on savait que les sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne éprouvent de l'essoufflement au moindre exercice, de l'oppression lorsqu'ils montent un escalier, etc. Mais ce phénomène de la dyspnée, bien que noté par tous les bons observateurs, n'avait jamais été soumis à une analyse bien exacte; jamais il n'avait été étudié dans les formes variées et remarquables qu'il présente dans le cas particulier.

La dyspnée, en effet, qui se manifeste dans le cours de l'hypertrophie amygdalienne reconnaît des causes presque toujours multiples. Elle peut résulter du rétrécissement:

1° Des fosses nasales;
2° Du pharynx;
3° Du larynx;
4° De la cage thoracique.

Si l'on voulait classer les diverses causes de dyspnée dans l'hypertrophie amygdalienne, on verrait qu'il existe une dyspnée nasale, une dyspnée pharyngienne, une dyspnée laryngienne et une dyspnée thoracique.

1° *Dyspnée nasale.* — Chez un grand nombre de sujets dont nous avons recueilli l'observation, nous avons été frappé de l'espèce d'arrêt de développement que présentent les narines. Les ailes du nez ne se dilatent point, parce que la voie ultérieure au passage de l'air ne lui permet de pénétrer que dans des proportions trop minimes pour qu'il y ait besoin d'un orifice largement béant. L'amoindrissement dans l'ampleur des fosses nasales est porté chez certains sujets au point d'équivaloir à une oblitération presque complète de ces cavités. Ainsi, dans une de nos observations, nous voyons que le passage de l'air était aussi complétement obstrué dans l'une des narines que s'il avait existé un polype, et la narine du côté opposé ne donnait non plus passage qu'à une très petite quantité d'air. L'arrêt de développement des cavités nasales n'est ici qu'une application particulière d'un principe généralement observé dans l'économie, à l'occasion de tous les conduits qui ne sont pas traversés en quantité suffisante par les liquides ou fluides aériformes au trajet desquels ils sont destinés.

2° *Dyspnée pharyngienne.* — Alors même que les cavités nasales auraient le degré d'ampleur qui leur est naturellement dévolu, la présence de corps qui rétrécissent le pharynx agirait encore comme cause de dyspnée; il y a, pour ce que nous appelons la prise d'air, un diamètre qui ne peut jamais être altéré impunément. Or, ce diamètre est nécessairement rétréci à la hauteur du pharynx aussitôt qu'il y a hypertrophie des amygdales. C'est donc en ce sens que nous avons pu dire qu'il y a une dyspnée pharyngienne. Cette forme de l'obstacle à la respiration prend chez quelques sujets, et surtout quand il y a accroissement accidentel de volume par une inflammation, le caractère d'une véritable strangulation. Telle est du moins l'opinion qu'on est porté à se faire en voyant la cessation si prompte et si complète des accidents, ainsi que le sentiment extrême de bien-être qui succède à l'ablation simultanée des amygdales, quand elle est faite dans les cas de ce genre. Le soulagement qu'éprouve le malade peut se comparer à celui d'un individu dont la cravate trop serrée viendrait à être relâchée tout à coup.

3° *Dyspnée laryngée et altération de la voix.* — Si l'amoindrissement du passage de l'air dans les fosses nasales est, comme nous n'en doutons pas, la cause de leur peu de développement chez les sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne, il est permis de penser que la même influence existe, quoique à un moindre degré, à l'égard du larynx. Deux choses viendraient à l'appui de cette opinion, que chez des sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne, le développement du larynx doit être inférieur à ce qu'il eût dû être dans un état parfaitement normal. Ce sont, d'une part, la faiblesse et l'altération de la voix chez les sujets atteints d'hypertrophie, et, d'autre part, ce fait d'observation qui nous montre que dans un système de canaux où tout se tient, comme cela a lieu dans les voies aériennes, à partir des radicules bronchiques capillaires jusqu'aux orifices supérieurs du système, le développement marche dans une mesure proportionnelle, et que surtout le développement des parties les plus élevées se subordonne par voie mécanique nécessaire, l'évolution des parties qui sont situées au-dessous. Cela d'ailleurs n'est-il pas prouvé par le fait de l'arrêt de développement de la cage thoracique chez les sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne?

Quoi qu'il en soit de ces diverses considérations, il est certain que les phénomènes vocaux subissent chez les sujets atteints d'hypertrophie des amygdales des altérations presque constantes, et qui parfois s'élèvent à un degré considérable. Ces altérations portent sur l'intensité et sur le timbre du son vocal. Chez presque tous la voix est faible et voilée; chez quelques-uns cet affaiblissement va jusqu'à l'aphonie. Nous n'avons jamais rencontré ce dernier caractère comme état permanent, mais nous l'avons souvent observé comme coïncidant avec un accroissement temporaire de volume dû à l'état phlegmasique chez des sujets depuis longtemps atteints d'hypertrophie amygdalienne.

La voix est nasonnée, et à ce point que très souvent il nous est arrivé de diagnostiquer sur ce seul caractère l'existence d'une hypertrophie d'amygdales dont le malade ne se doutait pas, et que l'examen du gosier faisait aussitôt reconnaître.

Du reste, dans ces diverses altérations de la voix, une part doit être faite à l'influence des parties supérieures de l'appareil, qui sont presque toujours modifiées elles-mêmes, ainsi que nous l'avons dit, et qui jouent un rôle très marqué dans le phénomène de la phonation.

Ce n'est pas tout. Si les sons vocaux subissent de l'altération dans leur force et dans leur timbre, l'articulation de la parole subit, aussi elle, des entraves, moins fréquentes il est vrai, mais souvent très prononcées. L'exercice de la parole est pénible, la prononciation défectueuse, l'articulation des sons difficile.

On comprend que ces inconvénients, qui sont fâcheux pour tous les sujets sans exception, le sont surtout pour ceux que leur profession ou leurs goûts conduisent à faire un usage spécial et fréquemment répété de l'organe de la voix. Tels sont les chanteurs, les avocats, les professeurs.

4° *Dyspnée thoracique.* — Nous n'avons point soumis à des observations assez suivies, eu égard à l'auscultation, les sujets atteints d'hypertrophie des amygdales, pour pouvoir préciser quel est le caractère du bruit respiratoire chez ces sujets. Aussi, déduisons-nous le fait de la dyspnée thoracique beaucoup plus du phénomène de la déformation et de l'aplatissement des parois de la poitrine que d'une observation directe due à l'exploration de l'appareil pulmonaire lui-même. En effet, on ne saurait douter que l'exiguïté relative de la poitrine, attestée par la saillie du sternum et la dépression des parois latérales, ne joue un rôle important dans la difficulté de respirer qu'éprouvent la plupart des malades, et dans l'hématose insuffisante dont ils portent souvent le témoignage.

On se fait une idée qui n'est pas toujours exacte de l'influence qu'une diminution de diamètre dans les parties supérieures de l'appareil aérien exerce sur l'accomplissement des phénomènes respiratoires. Il faut remarquer que, pour triompher des causes de dyspnée dont nous venons de parler, le sujet atteint d'hypertrophie d'amygdales est dans la nécessité de déployer une certaine activité musculaire dans l'action respiratoire. Mais la puissance musculaire se fatigue, et aussitôt que son action diminue l'hématose est en souffrance et le besoin de respirer n'est qu'incomplétement satisfait. Aussi beaucoup de sujets atteints d'hypertrophie d'amygdales vivent-ils dans un état presque permanent de malaise, et, pour peu qu'une cause quelconque d'affaiblissement du système musculaire survienne ou que les voies aériennes supérieures aient subi un peu plus de diminution, comme cela a lieu, par exemple, dans le coryza, leur état touche de très près à une véritable asphyxie lente.

C'est sans doute à cela que doit être attribué un phénomène dont nous avons plus d'une fois constaté l'existence, c'est l'espèce de stupeur et le profond accablement que présentent certains sujets atteints d'amygdalites, même assez légères, et qui dans tous les cas ne sont nullement en rapport avec la gravité de l'état général.

Le genre de conformation vicieuse du thorax que l'on trouve en rapport avec l'hypertrophie des amygdales propre aux premières années de la vie consiste dans une projection du sternum qui est choquante à son premier aspect et qui tient beaucoup moins à une proéminence particulière de cet os qu'à l'aplatissement des côtes. Cette conformation a été l'objet de certaines comparaisons dont voici les expressions diverses: poitrine en carène ou pain de sucre, poitrine de poulet, de dindon, etc. Toutefois il ne faut pas croire que cette altération de forme coïncide toujours et nécessairement avec l'hypertrophie des amygdales. Nous ne l'avons trouvée que chez un certain nombre de ceux qui avaient des hypertrophies d'amygdales évidemment anciennes.

Chez certains sujets, l'arrêt de développement porte sur l'ensemble de l'appareil respiratoire. Les proportions des diverses parties comparées entre elles sont ce qu'elles doivent être. Seulement toutes les dimensions se trouvent uniformément diminuées.

---

garde, je crois qu'il vient de passer. » Quelle fut notre surprise! le prétendu mort vivait encore, si l'on peut appeler *vie* un rayon qui s'éteignait définitivement moins d'une heure après. Mais enfin il n'était pas mort. »

2e *anecdote*, page 83: « Le colonel anglais Townshend, malade depuis longtemps, ayant fait venir ses deux médecins et son pharmacien, leur annonce qu'il les a appelés pour les rendre témoins de sa mort et de sa résurrection. Se couchant alors sur le dos, il ferme les yeux, étend les bras le long du corps, suspend sa respiration, arrête les battements du cœur, en un mot simule parfaitement la mort.

» Les médecins se mettent alors en devoir d'employer les moyens les plus usités pour distinguer la mort réelle de celle qui n'est qu'apparente. Tous restent sans succès. On insiste particulièrement sur la présentation du miroir: le résultat est constamment négatif. Le colonel offrait donc tous les signes de la mort réelle. Cet état dura une demi-heure. Dès lors, aux caractères de la mort succédèrent progressivement ceux de la vie. Townshend avait tenu parole, il était mort et ressuscité. »

Nous aurions trop à faire pour relever les inexactitudes d'un pareil récit. Bornons-nous seulement à dire que le colonel en question a fait l'expérience ci-dessus relatée, et qu'il en est mort sur-le-champ. Quand aux assertions relatives à l'arrêt des battements du cœur, il est évident qu'elles sont fausses; car personne n'a ausculté le malade. Les autres signes de la mort tirés de l'inspection des yeux, de la pupille, des sphincters ont été tout aussi complétement négligés; on s'est borné à la présentation d'un miroir sur la bouche pour savoir si le sujet respirait encore.

Quand on écrit ces mots empruntés au symbole des apôtres: *il était mort et ressuscité*, il faut donner sur le fait des détails autrement circonstanciés et un peu plus scientifiques que ceux qu'on vient de lire.

3e *anecdote*, page 110: « Le 20 avril 1842, le sieur Cressant, à Fauville (Calvados), malade depuis longtemps, est déclaré mort dans toutes les règles. On procédait à son ensevelissement après le délai légal, quand l'ensevelisseuse s'aperçut qu'il vivait encore. Il ne succomba en réalité que deux jours après. Cette femme, pour se justifier, a assuré qu'avant de procéder à la funèbre toilette elle avait piqué le corps, examiné les yeux et fait usage d'un miroir. »

D'où vient ce récit, et quelle signification peut-il avoir? D'après quelles règles fut déclarée la mort du sieur Cressant? A quel signe l'ensevelisseuse s'aperçut-elle que le sieur Cressant vivait encore? Qu'importe à la science qu'une garde-malade normande se trompe ou ne se trompe pas sur les signes de la mort? Quand on veut changer les lois d'un pays, il faut apporter d'autres faits que celui-là à l'appui de ses prétentions.

4e *anecdote*, page 122: « Le 24 février 1848, trois cadavres se trouvaient sur le passage du roi quand il allait monter en voiture place de la Concorde. Quelques gardes nationaux, par égard pour une grande infortune, s'empressèrent de les dérober à la vue du roi en les enfouissant dans un monceau de sable qui était près de la grille des Tuileries. Plusieurs heures après, quelques personnes qui cherchaient le corps du député Jollivet retirèrent les trois corps gisant sous une couche de sable de 30 centimètres d'épaisseur. L'un de ces infortunés respirait encore et *donna signe de vie pendant quelques heures, offrant jusqu'à la fin la plupart des signes de la mort consommée.* »

Ainsi, voilà un homme qui offre des signes de vie pendant quelques heures, tout en offrant *la plupart des signes de la mort consommée* (arrange qui pourra cette rédaction); et c'est d'après un pareil récit de garde national en émeute qu'on vient accuser la science d'impuissance et de stérilité!

5e *anecdote*, page 147: « On représentait à l'Opéra-Comique l'opéra du *Déserteur*. A la fin de la pièce, au moment où les gendarmes chargés de fusiller le déserteur croisent le fusil et vont tirer, une jeune personne qui se trouvait à la galerie tombe dans un état de syncope qui offrit pendant quelques minutes tous les caractères de la mort réelle, sans en excepter l'absence des battements du cœur, qui furent au moins inappréciables pendant les deux premières minutes. Cet état se prolongea plus d'une heure, de manière à faire croire, non pas à un état de mort consommé, mais à une issue qui pouvait devenir funeste. »

Que signifient ces mots: tous les caractères de la mort réelle? En pareille matière, une indication nette, précise et scientifique n'est jamais de trop. La personne était-elle habillée, serrée dans un corset ou dégagée d'entraves? L'auscultation a-t-elle été pratiquée à nu? Et tout en acceptant que les battements du cœur aient manqué deux minutes, ce qui serait à établir, ce fait ne prouverait rien contre l'importance de ce signe. L'Institut, qui a établi les règles de l'auscultation pour cette circonstance particulière, a dit dans son rapport sur le *Traité des signes de la mort*:

« D'après ces observations cliniques, votre commission pense que » l'absence des battements du cœur, constatée à l'auscultation sur » tous les points où ils peuvent être naturellement ou accidentelle- » ment entendus, et sur chacun, *pendant l'intervalle de cinq minutes*, » c'est-à-dire pendant un espace de temps cinquante fois plus considérable que celui qui a été fourni par l'observation des bruits du » cœur dans les cas d'agonie jusqu'à la mort, ne peut laisser aucun » doute sur la cessation définitive des mouvements du cœur et sur la » réalité de la mort. » (Rayer, *Rapport à l'Institut*, p. 46, 1848.)

Nous n'avons pas besoin d'applaudir à ce langage savant qui défie toutes les observations des ensevelisseuses de Paris et de province, des gardes-malades, ou des gardes nationaux en émeute qui ont peur d'être enterrés vivants. La science formulée de cette façon ne saurait être renversée par une observation de coulisse d'Opéra.

6e *anecdote*, p. 144: « Mme P... venait de perdre une enfant chérie âgée de sept ans..... Elle eut recours au suicide..... Elle prit 60 centigrammes de chlorhydrate de morphine en moins de dix minutes. Les ravages du poison furent aussi prompts que terribles. Trois confrères,

Il est très important dans l'étude de la déformation du thorax due à l'hypertrophie de l'amygdale de déterminer ce qui dans un pareil état pourrait dépendre du rachitisme. Quand l'aplatissement bilatéral du thorax dépend du rachitisme, il présente certains caractères qui ne permettent pas de le confondre avec la déformation exclusivement due à l'hypertrophie des amygdales.

Dans les cas de déformation thoracique due au rachitisme, il y a encore d'autres déformations concomitantes. La déformation rachitique est habituellement caractérisée par un double chapelet correspondant aux articulations chondro-costales. Au reste, du moment qu'il y a hypertrophie amygdalienne, qu'elle existe sur un sujet rachitique, cela ne constitue pas une contre-indication à l'ablation. Seulement, dans ce cas, il y a encore à faire autre chose que l'opération.

Il est une particularité qui se rapporte autant à la dyspnée qu'aux troubles de conformation survenus dans la région pharyngienne et dont nous avons constaté l'existence chez l'immense majorité des sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne. Nous voulons parler du ronflement qui a lieu pendant le sommeil. Ce ronflement bruyant, incommode pour ceux qui entourent le malade, s'accompagne d'une semi-asphyxie caractérisée chez quelques sujets par un état violacé de la face, par une lutte et une agitation extraordinaires, par une sorte de titubation ou plutôt de nutation de la tête, qui va frapper contre les bords du lit, ainsi que nous en avons eu un exemple chez un jeune malade opéré à l'âge de dix-sept ans, et dont les parents avaient été vivement impressionnés par l'existence de cette étrange disposition. Chez quelques enfants, l'état d'asphyxie devient tellement imminent pendant le sommeil qu'on est obligé de les réveiller plusieurs fois la nuit, tant ils semblent menacés de suffocation.

DE L'ACÉTATE DE MORPHINE DANS LA PNEUMONIE.

Par M. le docteur Cetti (du duché de Plaisance).

Frappé des effets prodigieux que ce médecin a obtenus de l'acétate de morphine dans certaines phases de la pneumonie, il appelle l'attention des praticiens sur ce médicament précieux.

A l'appui des expériences heureuses qu'il a instituées à cet égard, il s'est cru en droit de formuler la règle suivante :

L'acétate de morphine est avantageux dans la pneumonie lorsqu'il y a une exaltation de l'irritabilité nerveuse, qu'il faut faire disparaître ou calmer par le sommeil. Dans ces cas, selon l'auteur, il ne faut pas se servir de musc, comme certains médecins le préconisent. Ce médicament peut être utile quand à l'exaltation nerveuse se joint une prostration notable des forces circulatoires, car alors il agit comme antispasmodique en calmant le système nerveux, ou comme excitant en relevant le système circulatoire au point qu'il peut opérer la résolution du travail morbide. Mais, quand il y a indication du sel de morphine, s'il y a exaltation du système nerveux, il y a en même temps dans le système sanguin une énergie telle qu'il serait dangereux de l'augmenter.

Pour mieux faire comprendre cette différence d'indication thérapeutique, il décrit l'état morbide dans lequel l'usage de la morphine serait indiqué, état qui peut se présenter sous deux formes.

Dans la première forme, le malade, après avoir parcouru le premier septenaire, quelquefois avant, quelquefois après, la fièvre et les autres symptômes pneumoniques persistant plus ou moins, est pris d'une toux sèche violente, suivie d'une expectoration albumineuse et sanguinolente, lorsque les crachats étaient déjà devenus muqueux ; sous cette toux la dyspnée augmente, le malade ne peut pas dormir, parce qu'il en est tourmenté la nuit plus que le jour. Contre une toux semblable, les saignées, les antimoniaux, les potions expectorantes, la gomme ammoniaque, les solanées vireuses, etc., ne servent à rien. En administrant l'acétate de morphine, le malade s'endort, la toux se calme, la dyspnée diminue, les crachats redeviennent muqueux ; avec le sommeil une diaphorèse bienfaisante se développe, et à son réveil le malade se trouve beaucoup mieux et plein d'espoir dans une guérison prochaine, qui ne tarde pas à se réaliser.

Dans la seconde forme, le patient, après avoir traversé sept ou huit jours comme ordinairement les passent les pneumoniques, et après avoir mis en usage tous les moyens connus contre cette maladie, présente un pouls petit et très fréquent, de concentré et dur qu'il était; la dyspnée se fait plus fatigante; la toux et l'expectoration restent les mêmes; l'urine devient rouge; une anxiété extrême tourmente le pauvre malade, qui voudrait changer de position, sans le pouvoir ou sans en trouver une qui lui soit moins pénible; et principalement une insomnie atroce domine en apparence tous les autres symptômes. L'acétate de morphine, dans ces cas, donne lieu à un sommeil profond; le pouls devient calme, large, onduleux; une sueur copieuse inonde le malade, qui, en s'éveillant, se trouve comme amené à une vie nouvelle, et l'inflammation pulmonaire, qui semblait prête à passer à la période de suppuration, se résout graduellement.

Pour obtenir de l'acétate de morphine l'effet désiré, il faut remplir les conditions suivantes :

1° Qu'on ne l'administre qu'après l'emploi des saignées, des antimoniaux, des vésicants, etc.; moyens tous réclamés par la période inflammatoire ;

2° Que, l'indication se présentant, on l'administre de préférence le soir, la nuit étant plus favorable à un sommeil réparateur;

3° Qu'on en continue l'usage pendant plusieurs soirs, jusqu'à ce que les symptômes morbides qui le réclament se soient dissipés.

L'auteur termine son article par l'histoire de deux cas de pneumonie fort remarquables où l'action salutaire de l'acétate de morphine paraît évidente.

DE LA CAUTÉRISATION GALVANIQUE

dans le traitement des maladies utérines,

Par M. Ellis.

La batterie employée est celle de Grave, à cinq couples, dont deux suffisent pour chauffer la porcelaine au blanc, degré de chaleur qui est nécessaire. Par cette précaution l'instrument a une valeur immense, parce que la chaleur est maintenue constamment à la même intensité.

Les applications que l'on peut faire de cette cautérisation sont nombreuses.

Pour les maladies de l'utérus, la malade sera placée en face d'une bonne lumière, de manière que l'opérateur puisse bien y voir. Il conseille de se servir de préférence d'un spéculum cylindrique en cristal, ou même en cristal recouvert de gomme élastique. Le spéculum bivalve en métal ou le spéculum conique en cristal ne conviennent pas, le premier parce que toute la chaleur communiquée au spéculum se concentre sur les parties du vagin qui bombent à travers les valves, et le second parce qu'il s'échappe trop facilement du vagin.

Dès que l'on tient le museau de tanche engagé dans le spéculum, on commence par boucher le méat utérin avec de la charpie ou de l'ouate, et dès que le cautère est suffisamment chaud, on l'introduit rapidement contre les parties malades. La durée de l'application, de même que la profondeur où l'on pénètre, dépend de l'effet que l'on obtient. L'eschare est excessivement blanche, et limitée par un cercle blanc jaunâtre. Souvent l'on voit le col utérin se contracter pendant la cautérisation. Il faut que la porcelaine soit chauffée à blanc, parce que, dit l'auteur, la muqueuse adhère sans cela au cautère, et il survient des hémorrhagies qui embarrassent l'opérateur. Les maladies dans lesquelles il recommande le feu électrique sont : l'induration, l'ulcération du col, le prolapsus de tout le corps de la matrice, et enfin la procidence de la paroi antérieure du vagin. (*Dublin med. Press.* et *Presse méd. belge.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 mai 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — Le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Gourdan de Fromentel, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Gray (Haute-Saône), sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement depuis la fin de l'année 1851 jusqu'au 1er janvier 1854. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Le même ministre transmet le rapport de M. le docteur Bernard, médecin inspecteur adjoint des eaux minérales d'Uriage (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Du travail des champs appliqué à la curation de la folie. — M. Mérier, de Saint-Dizier (Haute-Marne), adresse son rapport manuscrit annuel sur le service médical et administratif de l'asile de Saint-Dizier pour l'année 1852. Dans un appendice à ce rapport, l'auteur appelle spécialement l'attention de l'Académie sur la question du travail des champs appliqué à la curation de la folie, et sur la suprématie qu'il accorde à ce moyen curatif sur les autres moyens de traitement de l'aliénation mentale.

Lithothlibie. — M. Denamiel, de Rivesaltes (Pyrénées-Orientales), adresse une nouvelle observation de guérison d'un calcul vésical par la lithothlibie, avec quelques considérations à l'appui de sa méthode opératoire, pour joindre à son mémoire sur le diagnostic et le traitement des calculs urinaires. (Commission nommée.)

Filières et compas d'épaisseur pour mesurer les sondes. — M. Le Roy-d'Etiolles répond à la réclamation de M. Mignard, breveté pour un compas à cadran. Non-seulement M. Charrière lui a montré en 1846 cet instrument, mais il le lui a vendu ; après s'en être servi, M. Le Roy l'a trouvé lourd, volumineux, incommode, et cette opinion, dit-il, a été partagée par tous ceux qui l'ont vu manœuvrer, par M. Robert, entre autres. C'est pour cette raison qu'il en a changé les proportions et le mécanisme de manière à le rendre portatif et usuel pour les chirurgiens auxquels l'instrument primitif n'était pas destiné. M. Le Roy ajoute que M. Mathieu vient d'exécuter pour M. le docteur Blatin, qui l'a imaginée, une filière angulaire d'une grande simplicité, qui lui paraît devoir remplacer tous les instruments destinés au même usage.

Nouveau procédé de staphyloraphie. — M. Depaul présente, au nom de M. Jules Rouyer, étudiant en médecine, un instrument destiné à pratiquer la staphyloraphie.

La staphyloraphie est une opération simple en elle-même, mais qui présente certaines difficultés dépendant de la disposition et de la situation des parties sur lesquelles on opère. Parmi ces difficultés, celle qui a le plus préoccupé les chirurgiens est le passage des fils à travers les deux portions du voile du palais divisé.

Dans le procédé indiqué par l'illustre inventeur de la staphyloraphie, les aiguilles armées du fil étaient passées d'arrière en avant. Cette manœuvre était difficile, et on ne piquait pas toujours l'aiguille dans le point convenable. Depuis, plusieurs chirurgiens ont cherché à

MM. Guersant, Corby et Roger, furent appelés en même temps pour les combattre. Les douze grains de sel de morphine avaient été pris à cinq heures du matin ; c'est à midi environ que les symptômes de narcotisme étaient arrivés à leur paroxysme. Tout ce que la science possède en pareil cas fut inutilement employé. A trois heures, MM. Corby et Roger étaient partis ; M. Guersant, vieil ami de la famille, était resté seul pour donner des consolations au mari et aux parents de la défunte. Nous arrivâmes sur ces entrefaites. Nonobstant l'assurance qui nous fut donnée par M. Guersant lui-même que tout était fini, nous voulûmes juger par nous-même de l'exactitude des détails qu'on nous donnait. Hélas! ils ne nous parurent que trop vrais, et notre conviction était telle qu'en sortant de la maison nous affirmâmes à une amie de Mme P... qu'il n'y avait aucun espoir et que la mort n'était point douteuse.

» Inutile d'ajouter que tous les moyens de s'assurer de ce triste résultat avaient été mis en pratique. Nous affirmons, pour ce qui nous regarde, avoir eu recours à une auscultation minutieuse sur la région du cœur, sans que ce moyen nous eût révélé aucun symptôme de vie. Quant aux moyens employés pour rappeler Mme P... à la vie, on pourra s'en faire une idée quand on saura que les sinapismes, entre autres, donnèrent lieu à des douleurs telles, que dans beaucoup d'endroits il y eût une véritable désorganisation des parties. M. Paul Guersant pourrait en parler, lui qui a donné pour cela ses soins à Mme P... pendant plus de trois mois. »

Encore un fait qui manque des détails les plus essentiels pour le faire accepter des esprits les moins difficiles. Quoi ! vous voyez une femme en état de narcotisme et vous ne nous dites pas quels symptômes elle présente. Vous croyez qu'il suffit de dire : les symptômes de narcotisme arrivèrent à leur paroxysme. Quels symptômes, et pourquoi ne pas les faire connaître? A-t-on regardé la pupille pour savoir si elle était resserrée ou largement ouverte? Il n'en est point fait mention. Cependant, dans les empoisonnements par la morphine, la pupille est resserrée pendant la vie, très dilatée après la mort. L'aspect des yeux suffit seul pour accuser un cas d'empoisonnement par la morphine; et que peut valoir un fait dépourvu de ces renseignements?

Cette femme était morte, nous dit le livre, et elle n'avait plus de battements au cœur. D'abord, ce fait n'est pas établi par MM. Corby, Guersant et Roger, et M. Josat seul déclare avoir ausculté la région du cœur. Combien de temps a-t-il ausculté? Il ne le dit pas. A-t-il ausculté *pendant cinq minutes* sur chaque point de la région du cœur, comme l'indique le rapport de M. Rayer? A-t-il ausculté, en conséquence, *pendant vingt ou vingt-cinq minutes?* Cela est douteux. Il eût au moins été très important de le dire.

Enfin, cette dame qui n'était pas morte, au bout de combien de temps est-elle revenue à la lumière? Est-ce au bout de huit à dix jours, ou bien seulement après quelques heures? En vérité, nous avons peine à discuter de pareilles observations, et c'est une tâche par trop facile que d'avoir à les combattre.

7e *anecdote*, page 149 : « Voici, entre cent autres, une observation curieuse d'un cas d'apoplexie pris pour la mort réelle.

» Dans l'hiver de 1849, par une température très douce d'ailleurs, des *soldats* du poste dit de l'arcade Colbert, étant en patrouille, relevèrent à l'angle de la rue Chabannais et de la place Louvois le corps d'une femme très obèse et déjà avancée en âge. *Lui trouvant tous les signes apparents de la mort*, ils ne s'occupèrent point de lui faire donner des secours et se contentèrent de transporter ce prétendu cadavre dans une salle située au-dessus du corps de garde. Le poste fut relevé à l'heure ordinaire. Le chef qui se retirait se contenta de prévenir celui qui le remplaçait qu'il y avait au-dessus une vieille femme ramassée inanimée sur la voie publique. Le commissaire de police fut prévenu; nous l'accompagnâmes, et, à la grande surprise de tous les assistants, nous déclarâmes que cette femme avait été frappée d'apoplexie, mais qu'elle n'était point morte. Des soins lui furent prodigués pendant qu'on faisait les recherches nécessaires pour établir son identité, et, sans qu'il fût possible de rétablir l'exercice des fonctions de la vie de relation, les organes de la vie intérieure fonctionnèrent sensiblement pendant quatre ou cinq jours encore, temps après lequel elle finit par succomber. »

Dans ce fait, que l'ouvrage annonce comme un fait d'apoplexie, sans la moindre preuve médicale, et qui constitue un exemple de mort apparente constaté par *quatre hommes et le caporal* d'un régiment d'infanterie, nous ne saurions trouver le prétexte du moindre changement au code mortuaire de notre pays ni la raison d'adopter les coutumes surannées de l'Allemagne. L'école de peloton destinée à former les sous-officiers ne saurait lutter avec l'école de médecine, où l'on enseigne la certitude des signes de la mort et les moyens de reconnaître la mort apparente.

Nous pourrions multiplier ces histoires sans profit pour la critique. Ce que nous avons extrait donne la mesure de ce qu'on pourrait extraire encore. Ainsi pages 111, 123, 124, 151, 153, 154, 156, etc., etc., sont imprimées d'autres observations du même genre, aussi incomplètes dans leurs détails et d'une portée aussi insignifiante que celles dont nous avons donné le texte. On peut les résumer toutes en disant que des ensevelisseuses, des garde-malades, des gardes nationaux révoltés, des portières, des soldats, et même des caporaux d'infanterie ont çà et là commis de fâcheuses méprises au sujet de la mort apparente; qu'ils ont indûment considéré comme mortes des personnes qui ne l'étaient pas encore, et que si la police des inhumations était faite par des ignorants, il y aurait peut-être encore quelquefois des inhumations prématurées. Tel est à nos yeux la seule conclusion à tirer des histoires et des horribles récits plus ou moins sérieux imaginés à propos de la mort apparente.

Admettons pour un instant la réalité de toutes ces histoires. Qu'en résulte-t-il? C'est que la mort ne peut être appréciée, reconnue et affirmée par des gens dépourvus d'une instruction médicale suffisante. Veut-on prétendre au contraire, toujours d'après ces histoires, que

faciliter ce temps de l'opération en passant les aiguilles d'avant en arrière.

Les procédés tendant à ce but sont ceux d'Auguste Bérard et de M. Depierris. Le premier est simple dans son principe, mais d'une exécution lente et fatigante pour le malade, ce dont on doit tenir compte lorsque l'on considère la fatigue à laquelle il doit être soumis pour immobiliser le voile du palais après la suture.

L'instrument de M. Depierris est très compliqué, et malgré cela ne réussit pas toujours, le fil pouvant quelquefois échapper à l'aiguille. En outre, le chirurgien n'est pas maître de la pointe de l'instrument, la mécanique faisant tous les frais de la manœuvre.

On a essayé, en outre, de se servir d'aiguilles à chas incomplet; mais on éprouve toujours de la difficulté à passer ces instruments à travers un tissu contractile. Les essais ont été réitérés fréquemment, et, faute de résultats satisfaisants, on a dû y renoncer.

Voici la description d'un instrument qui nous paraît réunir les avantages recherchés : passage des fils d'avant en arrière, rapidité et sûreté d'exécution.

L'instrument se compose d'une canule courbe dans laquelle peut se mouvoir une aiguille percée d'un chas à sa pointe. Cette aiguille se compose de deux moitiés latérales pouvant s'écarter et laisser ouvrir le chas. Leur séparation se produit lorsque, par suite d'une pression exercée sur la bascule, l'aiguille s'avance et tend à sortir de la canule; alors les deux branches s'écartent par leur élasticité à la manière d'une pince à dissection. Cet écartement est limité par l'étendue de l'engrenage correspondant à la bascule.

Pour opérer, le chirurgien, après avoir disposé un fil dans le chas de l'aiguille fermée, passe la tige d'avant en arrière, à 6 ou 7 millimètres de la lèvre droite de la division du voile, qui est tendue au moyen d'une pince. Quand l'aiguille a pénétré, une pression exercée sur la bascule la fait ouvrir, le fil s'échappe; on retire légèrement l'aiguille ouverte, puis on cesse la pression ; l'aiguille se referme d'elle-même et on la retire d'arrière en avant. Le fil se trouve déjà passé dans un des lèvres de la division. On introduit alors l'aiguille fermée et sans fil d'avant en arrière, également à travers la lèvre gauche de la division; on ouvre l'aiguille par la pression, on saisit le fil entre ses deux branches, on la laisse refermée et on la ramène d'arrière en avant, armée du fil qui se trouve alors passé dans les deux lèvres de la division, l'aiguille ayant toujours pénétré d'avant en arrière.

On agit de même pour passer les deux autres fils, et on achève l'opération comme dans tous les autres procédés.

On peut faciliter, au besoin, la sortie du fil de l'aiguille, dans le premier temps de cette opération, avec la pince qui a servi à tendre le bord de la division, la tension de ce bord devenant inutile une fois que l'instrument a pénétré.

Cet instrument, imaginé par M. Jules Rouyer, externe des hôpitaux, a été exécuté par M. Mathieu. Il est simple, d'un maniement facile et peut être employé pour d'autres opérations. Il se démonte très facilement, ce qui permet de changer les aiguilles pour les remplacer ou pour les adapter à d'autres usages.

RAPPORTS.

Traitement du cancer. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux un rapport officiel sur une demande d'avis du ministre relative à une méthode de traitement du cancer proposée par M. Crussel, médecin à Saint-Pétersbourg. Cette méthode consiste à appliquer sur les ulcères cancéreux un mélange de poudres de cuivre et de zinc. M. le rapporteur propose de répondre qu'il y a lieu de donner à cette méthode la publicité que demande l'auteur, afin d'engager les praticiens à en faire l'essai.

M. VELPEAU dit avoir expérimenté cette méthode sur la demande d'un médecin, sans savoir qu'elle eût été proposée par M. Crussel; ce n'est point pour le cancer, mais pour de simples ulcères qu'il en a fait l'essai. Le seul résultat qu'il a constaté a été la formation d'une couche blanchâtre sur l'ulcère; au bout de quelques jours, cette sorte de croûte étant tombée, l'ulcère a repris son aspect primitif et a continué à marcher comme si l'on n'eût rien fait. On voit, du reste, par la manière dont l'auteur parle du cancer qu'il ne sait pas ce que c'est.

M. LONDE voudrait qu'on introduisît dans les conclusions une expression de blâme pour avoir préconisé une méthode sans efficacité et qui peut n'être pas sans inconvénients.

M. ROBINET fait remarquer que son rapport contient des restrictions qui répondent en partie au vœu de M. Londe.

M. MOREAU a vu aussi expérimenter cette méthode, et il a constaté comme M. Velpeau la formation d'une couche grisâtre, sorte d'eschare, sous l'influence de l'application de ces poudres métalliques.

M. LE PRÉSIDENT demande à M. Londe s'il fait une proposition.

M. LONDE. Je propose que l'on dise que ce moyen a déjà été employé et qu'il s'est montré sans efficacité.

M. VELPEAU. Il conviendrait d'ajouter aux conclusions du rapport que le moyen proposé par M. Crussel ayant été expérimenté dans plusieurs hôpitaux (M. Nélaton en a fait aussi l'essai sans plus de résultat), il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de l'auteur.

M. BÉRARD. Si les autres essais dont on parle ressemblent à celui de M. Velpeau, il ne faudrait pas dire que le procédé de M. Crussel a été expérimenté, car c'est contre le cancer qu'il le propose, et il ne s'agit dans les faits dont on a parlé que des ulcères.

M. VELPEAU. Si ce moyen est sans efficacité contre les ulcères, à plus forte raison doit-on présumer qu'il soit sans efficacité contre le cancer.

M. ROBINET. Les expériences n'ayant pas été faites dans les mêmes conditions, il y aurait peut-être lieu de faire quelques réserves.

Sur la demande de plusieurs membres, M. Robinet relit les conclusions.

Les conclusions sont renvoyées à la commission.

— M. Robinet lit plusieurs autres rapports sur des remèdes secrets. Les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

LECTURE.

Traitement des orchites par le collodion. — M. Bonnafont lit sous ce titre un mémoire que nous publierons textuellement.

Vaccine. — M. Bousquet lit, au nom de la commission de vaccine, le rapport annuel sur les vaccinations pratiquées pendant l'année 1852. M. le rapporteur a traité, à cette occasion, plusieurs points de l'histoire de la vaccine et de la variole, notamment celui qui a trait aux essais d'inoculation lacto-variolique, dont on s'est récemment occupé, comme moyen de suppléer au défaut et à l'impuissance du vaccin, et celui qui a trait à l'influence de la vaccine sur le mouvement de la population; M. le rapporteur a eu plus particulièrement en vue, dans cette partie de son travail, de réfuter les doctrines qui attribuent un influence pernicieuse à la vaccine sur la partie adulte de la population.

Sclérose, ou transformation calleuse de la substance cérébrale. — M. Schnepf, interne des hôpitaux, présente un cerveau qui contient une lésion dont on chercherait vainement, dit-il, la description anatomo-pathologique dans les ouvrages français, et dont il a emprunté la dénomination aux auteurs allemands, notamment au docteur Bock, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Leipsick; c'est un exemple de transformation calleuse de la substance cérébrale, ou de sclérose du cerveau.

Ce cerveau a appartenu à une enfant âgée de neuf ans, qui a été placée le 28 août 1851 à la Salpêtrière, dans le service de M. Métivié, comme étant atteinte d'idiotie et d'épilepsie.

— La séance est levée à cinq heures.

BULLETIN DU CHOLÉRA. — La décroissance du choléra que nous avons signalée dans notre dernier bulletin est devenue de plus en plus sensible ces jours derniers, sans être descendue encore cependant à la moyenne des semaines qui ont précédé la dernière recrudescence.

Voici quels ont été les chiffres des cas constatés dans les hôpitaux depuis le bulletin que nous avons donné samedi dernier.

On se rappelle que le dernier chiffre de ce bulletin, correspondant au 26 avril, était de 45 (dont 28 venus du dehors et 17 déclarés dans les salles).

Le 27, le nombre total des cas a été encore de 48; mais il a baissé sensiblement à partir du 28.

Nous trouvons, en effet, pour le 28, 26 cas.
— le 29, 21
— le 30, 23

Ce chiffre doit être inférieur encore pour les 1er et 2 mai, si nous en jugeons par ce que nous avons vu, car dans ces deux jours il n'a été reçu aucun malade nouveau dans plusieurs des services de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, qui avaient figuré jusque-là pour une grande proportion dans le nombre des admissions.

Il paraît, d'après les renseignements recueillis auprès des mairies, que l'abaissement a suivi à peu près les mêmes proportions dans la population de la ville.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du 24 avril, à la nomination de la commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Ont été nommés membres de cette commission MM. Velpeau, Andral, Rayer, Magendie, Duméril, Flourens, Milne Edwards et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

— Sur le rapport de M. le professeur Bérard, inspecteur général de l'instruction publique et organe d'une commission spéciale, la gymnastique vient d'être introduite dans le programme des études des lycées.

— Dernièrement, le sieur Connat, de Pourrain (Yonne), âgé de quarante ans, a donné une singulière preuve d'aliénation mentale; il a choisi pour se débarrasser de la vie un genre de mort tout à la fois étrange et effrayant. Ce malheureux, pour échapper aux regards, se cachait au fond d'une manière pour y construire un mannequin d'osier; une fois son projet exécuté, après avoir couvert le mannequin de paille, il s'est introduit dans l'intérieur et y a mis le feu... Son corps a été retrouvé entièrement brûlé. (*Journal de Joigny.*)

— M. Becquerel reprendra vendredi 5 mai, à neuf heures, à l'hôpital Lariboisière, les *leçons de chimie pathologique* appliquée à la clinique, qu'il avait été obligé d'interrompre momentanément.

— M. A. Devergie commencera son cours clinique des maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, le 6 mai.

La visite des malades aura lieu à huit heures, la leçon à neuf heures.

— M. Hardy a commencé son cours clinique des maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 2 mai, à huit heures du matin. Il le continuera les mardis suivants à la même heure.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

des médecins éclairés pourront commettre de ces fautes, et laisser enterrer vivantes des personnes endormies ou malades, cela ne nous paraît pas logique, et par conséquent cela n'est pas admissible. Non, des médecins ne peuvent pas se tromper sur la mort apparente; non, car la science qu'ils sont chargés de représenter partout leur donne les moyens de reconnaître sûrement et promptement la mort là ou elle s'est appesantie, et cela, non d'après un seul caractère, comme on voudrait bien le dire, mais d'après un ensemble de caractères dont la réunion ne trompera jamais personne.

Nous avouons volontiers qu'il y a des circonstances difficiles dans lesquelles on peut hésiter un moment; mais entre cette hésitation momentanée et une incertitude prolongée trois ou quatre jours jusqu'à la putréfaction, il y a une distance un peu trop grande, et la science ne serait qu'un vain mot si elle n'avait pas encore trouvé le moyen de dissiper toute incertitude à cet égard.

Il n'en est heureusement pas ainsi. L'Académie des sciences, après avoir démontré la certitude des signes de la mort par de nouvelles expériences, a enfin déclaré que les signes certains de la mort étaient *immédiats* ou *éloignés*. Parmi les premiers se trouvent :

1° L'absence prolongée des bruits du cœur « sur chaque point de la » région précordiale où ils peuvent être naturellement ou accidentel- » lement entendus, et sur chacun pendant l'intervalle de cinq mi- » nutes. » C'est faute d'avoir ausculté selon les règles formulées dans ce rapport que l'on a dit que ce signe n'avait point d'importance.

2° Le relâchement simultané de tous les sphincters, c'est-à-dire la paralysie de l'orbiculaire des paupières, de l'orbiculaire des lèvres; du sphincter du rectum, qui laisse l'anus béant et entr'ouvert; du sphincter de la rétine, qui produit la dilatation de la pupille.

3° L'affaissement du globe de l'œil, la toile glaireuse de la cornée, et surtout l'obscurcissement de la cornée.

Dans les signes éloignés, ceux qui ont de l'importance sont :

1° La rigidité cadavérique. Ce signe est un des meilleurs qu'on puisse rencontrer, et depuis les immortels travaux de Louis et de Nysten, il n'est personne qui ait considéré ce signe de la mort comme illusoire et mensonger.

2° L'absence générale et complète de toute contractilité musculaire sous l'influence des stimulants galvaniques; signe infaillible, et contre lequel nulle observation contradictoire ne saurait être formulée. On n'a en effet jamais vu l'absence *générale et absolue* de contractions musculaires galvaniques dans tout le système locomoteur que sur des cadavres.

3° La putréfaction enfin, signe sur lequel tout le monde est d'accord, à condition qu'on attende que la décomposition soit générale. Sans cela ce signe de mort ne vaudrait absolument rien.

Rien, dans le livre que nous analysons, ne détruit l'importance ni la certitude des différents signes que nous venons d'indiquer, et les histoires incomplètes ou peu scientifiques de mort apparente dont il fourmille ne pourront pas plus entraîner ce résultat, que les affirmations sans preuve dont il est rempli. Il s'était proposé d'établir que le seul signe certain de la mort est la *décomposition générale;* ce qu'il n'a pas fait, et ce que d'ailleurs MM. Flourens, Serres, Duméril, Rayer, Magendie, commissaires de l'Institut, ont condamné en ces termes : « *Cette opinion et la conséquence que M. Josat en a déduite, en propo-* » *sant d'établir des maisons mortuaires dans toutes les villes de France,* » *ne peuvent être admises.* »

Or, s'il y a d'autres signes certains de la mort que la putréfaction, ce qui est incontestable, la révision de notre législation des décès devient inutile. Si la mort a des signes immédiats ou éloignés appréciables pour le médecin, pourquoi changer notre système de vérification des décès, qui confie à un homme de l'art le soin de certifier la réalité de la mort? Et pourquoi surtout rechercher en Allemagne, comme un bon exemple à suivre, l'institution des maisons mortuaires, qui tombe en désuétude, et qui ne peut tarder de disparaître? En effet, sauf la maison mortuaire de Francfort, qui est bien entretenue, toutes les autres maisons mortuaires, à Mayence, à Manheim, à Ems, à Munich, etc., sont dans l'abandon le plus complet, et remplies d'un matériel dégoûtant et pourri, indigne du respect dû à la dépouille de l'homme. On comprendra d'ailleurs le discrédit de cette institution surannée, en apprenant que depuis sa mise en œuvre nul fait de mort apparente terminée par le retour à la vie n'a démontré l'utilité de ces créations. De plus, il faut payer pour y faire admettre les corps, ce qui empêche les familles malheureuses d'y faire transporter leurs parents. Beaucoup de riches se dispensent même de ce pieux devoir, et si ces maisons mortuaires n'existaient pas, personne aujourd'hui dans ce pays ne songerait à réclamer leur établissement. Dr PETIT.

N° 54. — SAMEDI 6 MAI 1854. (27e ANNÉE.) N° 54. — SAMEDI 6 MAI 1854

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Choléra. Etat sanitaire de Paris. — Erysipèle développé chez un enfant nouveau-né à la suite de la vaccine. Gravité particulière de l'érysipèle chez les nouveau-nés. — Entropion traité par l'excision et la réunion à l'aide des serres-fines. — Anesthésie locale.— HÔPITAL MILITAIRE DU ROULE (M. Bonnafont). Mémoire sur le traitement des orchites en général par le collodion. — ACADÉMIE DES SCIENCES. Canaux biliaires. — Embryogénie et propagation des vers intestinaux. — Mouvement autonomique des fibres musculaires. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Des modifications de la température animale sous l'influence des médicaments.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra. — État sanitaire de Paris.

Nos deux derniers bulletins accusaient une décroissance sensible du choléra relativement à la recrudescence qui s'était manifestée vers le commencement de la semaine dernière. Elle continue, ainsi qu'on en peut juger par le tableau du mouvement quotidien des hôpitaux que nous reproduisons plus bas. Cependant, tandis qu'une décroissance réelle et soutenue a lieu dans la population civile qui alimente nos hôpitaux, dans quelques corps de l'armée de Paris on a vu se multiplier les attaques de choléra à peu près en même temps que se manifestait la recrudescence de la dernière semaine d'avril. C'est ce qui résulte non-seulement du nombre de sujets atteints de choléra et de cholérine qui sont admis journellement dans les divers services des hôpitaux militaires, mais encore de la gravité excessive qu'ont présentée quelques cas ces jours derniers. On nous a signalé, en effet, plusieurs cas presque foudroyants, notamment celui d'un jeune soldat qui était depuis quelque temps à l'hôpital pour une affection légère, et qui du jour au lendemain, sans que rien eût fait soupçonner une pareille imminence, a succombé à une attaque de choléra algide des plus intenses.

D'un autre côté, la mortalité de la ville a notablement augmenté depuis quelque temps. Mais cet accroissement de mortalité, que l'opinion publique est naturellement portée à mettre sur le compte du choléra, lui est en réalité étrangère; elle est due à d'autres affections, à des affections de diverse nature qu'il serait même impossible de rattacher, tant elles diffèrent entre elles, à une origine commune, telle que serait, par exemple, une constitution médicale spéciale. Cependant, si ces affections n'ont en réalité entre elles aucun lien étiologique commun, on ne peut méconnaître que beaucoup d'entre elles n'aient dû leur gravité insolite et leur issue funeste aux circonstances météorologiques que nous signalions dans un des derniers numéros, aux variations brusques de température qui ont dû, à n'en pas douter, porter une perturbation considérable dans des organismes déjà affaiblis ou malheureusement prédisposés.

Enfin, il est une dernière circonstance qu'il n'importe pas moins de signaler pour compléter l'histoire de l'état sanitaire actuel, et qui se rattache plus directement à l'épidémie régnante; nous voulons parler de ces affections mal déterminées que l'on observe en assez grand nombre en ce moment, et qui rappellent par un de leurs symptômes isolés l'affection cholérique, dont elles procèdent indubitablement.

On se rappelle que nous avons déjà parlé de quelques cas de crampes avec refroidissement et anxiété précordiale, sans autre symptôme marqué. Depuis quelque temps on observe un assez grand nombre de sujets atteints de diarrhées incoercibles, et qui présentent quelques-uns des caractères de la diarrhée cholérique. M. Andral nous entretenait ce matin même d'une dame à laquelle il donne des soins en ville en ce moment, et qui est atteinte depuis plus de quinze jours d'une diarrhée blanchâtre que rien jusqu'à présent n'a pu faire cesser. Quelques-uns de nos confrères nous ont rapporté des cas semblables, et nous-même avons été consulté ces jours-ci par deux personnes qui se trouvent dans le même cas.

Ne serait-ce pas là autant d'exemples de cette affection que nous avons vue indiquée depuis quelques années sous la simple dénomination de *diarrhée* dans les relevés de la mortalité de Londres, et qui tendrait à se généraliser parmi nous comme une sorte de transformation de l'affection cholérique? C'est là un objet d'étude à poursuivre.

Nous avons fait connaître dans notre dernier numéro le nombre des cas de choléra constatés dans les hôpitaux du 27 au 30 avril. Nous le rétablissons aujourd'hui, en y ajoutant ceux qui sont relatifs aux trois premiers jours de mai, de manière à replacer sous les yeux de nos lecteurs le mouvement quotidien des hôpitaux pour toute la semaine.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 27 avril,	29	19	48	4	35
28 »	19	7	26	5	24
29 »	14	7	21	2	15
30 »	11	12	23	9	23
1er mai,	19	9	28	9	17
2 »	12	6	18	10	21
3 »	12	13	25	9	11
	116	73	189	48	146

Situation générale au 3 mai. — Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre 1853. 1,782

Sorties.	661 }	1,558
Décès.	897 }	
Restant en traitement.		224

Erysipèle développé chez un enfant nouveau-né à la suite de la vaccine. — Gravité particulière de l'érysipèle chez les nouveau-nés.

L'un des points de pathologie qu'il importe peut-être le plus de ne jamais perdre de vue dans la pratique, c'est la différence de caractère, de gravité, et surtout la différence dans les indications thérapeutiques qu'imprime l'âge à certaines maladies. Telle maladie qui est ordinairement bénigne chez l'adulte, qui n'emporte généralement avec elle qu'un pronostic favorable et ne nécessite aucune médication active, acquiert quelquefois aux deux extrêmes de la vie, et par le fait de modifications organiques inhérentes à l'âge, une gravité excessive qui commande à la fois les plus grandes réserves dans le pronostic et la plus active énergie dans les moyens de traitement, si même elle n'est entièrement réfractaire à toutes les ressources de la thérapeutique. Tel est, par exemple, le cas de l'érysipèle.

Tandis que dans la jeunesse et dans l'âge adulte l'érysipèle spontané ou d'origine interne est, en général, une affection bénigne qui parcourt fatalement ses périodes, quoi qu'on fasse pour l'arrêter, et qui arrive aussi, dans l'immense majorité des cas, à une terminaison favorable, quelque médication qu'on ait employée, comme sans médication aucune, il en est tout autrement de l'érysipèle de l'enfant nouveau-né. Autant le premier laisse le médecin dans une entière sécurité, en tant du moins qu'il s'agit d'un érysipèle simple et non point d'un érysipèle compliquant une affection grave, autant le second doit inspirer de craintes et provoquer de la part du médecin une active et incessante sollicitude.

Deux cas d'érysipèle actuellement dans les salles de M. Trousseau viennent donner, par le contraste de leur physionomie et de leur marche, une démonstration nouvelle de la vérité de ces deux propositions.

Dans l'un, il s'agit d'un homme atteint d'un érysipèle de la face qui a eu pour point de départ une angine tonsillaire. C'est le quatrième cas de ce genre qui a été observé cette année dans les salles de M. Trousseau. L'érysipèle a gagné successivement les deux côtés de la face, le front, le cuir chevelu, courant de proche en proche comme une lave sur tous les points du visage et de la tête, jusqu'à ce qu'il n'ait plus de place à envahir. Il n'a rien été prescrit à ce malade que le régime ordinaire des maladies aiguës, et son érysipèle s'est éteint une fois arrivé au terme naturel de son évolution. Dans le second cas, les choses menacent de se passer bien différemment, et cependant ce cas ne réalise pas encore complètement les circonstances qui rendent particulièrement graves les érysipèles des nouveau-nés. Il s'agit d'un petit enfant qui a été pris d'un érysipèle consécutivement à la vaccine, et dont les boutons de vaccin paraissent avoir été l'origine. Cet enfant était déjà dans de mauvaises conditions; il avait eu quelque temps auparavant le muguet. Néanmoins, les choses paraissaient aller assez bien, lorsqu'un nouvel érysipèle s'est manifesté à l'autre bras. Quoique l'état général de ce petit malade paraisse encore assez satisfaisant, tout porte à croire qu'il succombera; et peut-être, à l'heure où nous écrivons ces lignes, a-t-il déjà succombé.

Pourquoi un pronostic aussi grave en présence d'un simple érysipèle et d'un état général qui semblerait, au premier abord, exclure de pareilles craintes ? C'est qu'il n'y a presque pas d'exemple qu'un enfant nouveau-né ait survécu au développement d'un érysipèle. M. le professeur Paul Dubois, dans une réunion récente où

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Des modifications de la température animale sous l'influence des médicaments. Recherches expérimentales, suivies d'applications à la pathologie et à la thérapeutique ; par MM. DEMARQUAY, LECOINTE et DUMÉRIL.

L'étude des modifications imprimées à la température animale par l'introduction des médicaments dans l'économie constitue un sujet de recherches aussi neuf qu'intéressant pour la physiologie et la thérapeutique, disait la commission de l'Académie des sciences chargée d'examiner les travaux présentés en 1852 pour les prix de médecine et de chirurgie; et après avoir brièvement fait ressortir les mérites des travaux de MM. Demarquay, Lecointe et Duméril, elle concluait à ce qu'il leur fût décerné une récompense dont ces travaux les avaient rendus si dignes. C'est le mémoire honoré de la haute approbation du premier corps savant de France que les auteurs publient aujourd'hui et que nous nous proposons d'examiner.

Si le but des recherches qu'ils ont entreprises n'est pas positivement de déterminer les causes de la chaleur animale, mais bien plutôt les modifications qu'elle peut subir sous l'influence des agents thérapeutiques, il faut cependant convenir qu'aussi bien qu'aux pathologistes et aux thérapeutistes ils ont, chemin faisant, fourni à ceux qui s'occupent spécialement de physiologie des éléments utiles pour résoudre cette importante question.

Le point de vue principal sous lequel nous considérerons le travail que nous avons sous les yeux est celui qui a trait à la pratique, le but final, après tout, de la médecine. C'est, du reste, on s'en aperçoit tout d'abord, ce qui a préoccupé constamment les auteurs, dont le désir a été d'être utiles au médecin curieux de rationaliser, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'action des substances qu'il emploie et de sortir d'un empirisme aveugle.

Pendant la maladie, un trouble se manifeste souvent dans la calorification. Cette observation a été faite par tous les médecins, et l'on compte déjà de nombreux travaux sur ce sujet. Mais cette température morbide, une fois établie, peut souvent être modifiée par l'administration des substances médicamenteuses ; les observations sur ce second point de la question sont beaucoup plus rares, et c'est à l'aide d'expériences sur les animaux vivants que les auteurs ont cherché à déterminer les lois qui président à ces changements, comme aussi le parti que l'on peut en tirer dans l'exercice de l'art de guérir. Inutile de dire que pour ces expériences ils se sont entourés de toutes les garanties d'exactitude et de précision qui pouvaient seules donner un prix réel aux résultats auxquels ils espéraient arriver.

Une des premières lois qu'ils ont découvertes est celle-ci, à savoir, qu'au-dessous de 4 degrés le refroidissement est mortel; au-dessous de 3, il l'est le plus souvent, lorsque la réaction vitale n'est pas assez puissante. Si la substance toxique qui détermine le refroidissement est très énergique, la mort peut survenir malgré la réaction qui tend toujours à s'opérer, et à laquelle succède alors, dans le plus grand nombre des cas, un nouvel abaissement. Enfin, la violence et la rapidité des phénomènes d'intoxication peuvent être telles que la mort ait lieu avant la manifestation complète du trouble de la température animale.

D'autre part, ils ont établi que jamais la chaleur animale n'a subi une augmentation comparable à sa diminution, car l'emploi des médicaments les plus variés n'a jamais fait monter le mercure de plus de 2°,9 au delà du chiffre normal. Mais un trouble même assez peu considérable résultant de l'excitation des fonctions, et amenant un accroissement de la chaleur animale, n'est pas sans gravité. Plusieurs fois il a déterminé la mort, comme l'ont démontré des essais faits avec les cantharides et le sublimé corrosif. D'où il suit que l'élévation de la température est un signe encore plus alarmant que son abaissement, puisque, dans des limites plus restreintes, elle peut faire prévoir une issue funeste.

Quelles que fussent les substances employées, et que la mort fût ou non rapide, un phénomène constant a été noté, c'est une injection bien évidente des ganglions nerveux du grand sympathique, lorsque la mort est survenue à la suite d'une diminution de la température animale; d'où les auteurs ont conclu, et avec grande raison, à l'importance du rôle que joue le système du grand sympathique dans la production de la chaleur animale, conclusion qu'ils ont formulée de la manière suivante : *une très grande part doit être attribuée dans la production de la chaleur propre des animaux à l'influx nerveux du grand sympathique*. Voilà pour le côté physiologique de la question.

Arrivant à ce qui touche la thérapeutique, et frappés de la précision qui règne dans les traités de toxicologie, et de l'induction rationnelle qui fait reconnaître la nature de la substance employée criminellement à la spécificité des altérations, ainsi qu'à la localisation dans certains

cette question se trouvait agitée, a déclaré avoir vu constamment succomber les enfants de cet âge à l'érysipèle, quoi qu'il ait pu faire pour conjurer cette issue funeste; et M. Trousseau, pendant plus de dix ans qu'il a été placé à la tête d'un grand établissement d'enfants, n'a vu guérir qu'un seul enfant sur un grand nombre de petits sujets atteints de cette affection.

Nous venons de dire que le petit malade dont il s'agit ne présentait pas précisément les conditions qui constituent la gravité particulière des érysipèles des nouveau-nés. Quelles sont ces conditions? Nous allons les faire connaître en résumant la description que M. Trousseau a faite de cette affection dans une de ses dernières leçons cliniques au sujet de ce petit malade.

Lorsqu'un enfant dans les deux ou trois premières semaines de la vie devient inquiet, agité, tourmenté et perd le sommeil, il n'est pas rare de trouver en le découvrant une rougeur érysipélateuse de la largeur d'une pièce de 5 francs, avec rénitence, dans la région du pénil; c'est là le siége le plus habituel de cette sorte d'érysipèle; ou bien, dans d'autres circonstances, au nombril; quelquefois aussi, mais beaucoup plus rarement, sur les cuisses ou sur les côtés du corps, dans la région des flancs. Cet érysipèle reste souvent quatre, cinq, six jours presque stationnaire; il n'y a pas de fièvre d'ailleurs; mais cette apparente bénignité est trompeuse, et il ne faudrait pas se laisser aller à une fausse sécurité; car bientôt l'érysipèle fait explosion, envahit les parties voisines; il s'étend comme une lave le long des cuisses, se multiplie, et, après avoir eu une origine limitée, il gagne successivement presque toutes les régions du corps. L'enfant est pris alors d'une agitation nerveuse, de convulsions, et il succombe. Telle est la marche la plus ordinaire de cet érysipèle.

Mais dans d'autres circonstances il se complique d'autres accidents. Nous avons dit qu'il commençait quelquefois au nombril. Dans ce cas, il se complique souvent de péritonite. L'inflammation se propage au péritoine qui enveloppe les veines ombilicales, et de là à ces veines elles-mêmes et quelquefois aux veines du foie. Mais, abstraction faite de cette complication et dans sa simplicité primitive, cet érysipèle est, ainsi que nous l'avons dit, presque constamment mortel lorsqu'il débute au pénil ou à l'ombilic.

Il est moins constamment mortel lorsqu'il débute sur d'autres régions ou lorsqu'il est dû à une cause traumatique. C'est le cas du petit malade qui fait l'objet de cette courte dissertation, et c'est ce qui a fait apporter une petite réserve dans le pronostic, quoiqu'il soit encore très grave.

Toutefois cette gravité si excessive de l'érysipèle est inhérente à la condition, à l'état du nouveau-né, et ne dépasse guère en général les limites de cette première période de l'enfance. Passé les premières semaines, à l'âge d'un, deux et plusieurs mois, cette gravité va diminuant, et, à mesure que l'enfant avance dans la vie, l'érysipèle se rapproche de plus en plus des conditions ordinaires, et chez l'adolescent il ne diffère plus pour la gravité de ce qu'on le voit être chez l'adulte.

Ce que nous venons de dire de la gravité particulière de cet érysipèle laisse peu de champ à la thérapeutique. M. Trousseau a essayé les médications les plus actives et les plus variées; il a employé les vésicatoires au centre de l'érysipèle d'après la méthode de Dupuytren, les vésicatoires en ceinture autour des membres ou autour du corps, le cautère actuel promené sur la surface de l'érysipèle ou enfoncé dans le pénil; la pommade au sulfate de fer de M. Velpeau au quart, au tiers ou à la demie; la pommade au nitrate d'argent de M. Jobert (de Lamballe); la solution de camphre dans l'éther, le collodion additionné de térébenthine et d'huile de ricin pour l'assouplir, l'onguent mercuriel, les solutions de sublimé, le tannin à haute dose, etc., rien n'a fait. L'érysipèle a constamment et invariablement suivi sa marche envahissante; il a franchi, sauté par-dessus toutes les barrières, tous les obstacles qu'on a cherché à lui opposer.

Quant à la complication de la péritonite, M. Trousseau convient n'avoir même jamais eu le temps de parer à une semblable éventualité, car elle fait périr ces petits enfants avec une épouvantable rapidité.

Entropion traité par l'excision et la réunion à l'aide des serres-fines.

Nous avons assisté il y a quelques jours à l'une des opérations les plus simples assurément, mais aussi une de celles qui donnent les résultats les plus satisfaisants et les plus prompts; nous voulons parler de l'opération de l'entropion par l'excision suivie de la réunion des lèvres de la plaie à l'aide des serres-fines.

Un jeune homme, entré dans les salles de M. Richet à l'Hôtel-Dieu, portait un entropion consécutif à une conjonctivite palpébrale. La paupière était littéralement enroulée sur elle-même, de telle sorte que son rebord ciliaire, au lieu d'être dirigé en bas et un peu en avant, était tout à fait tournée du côté du globe oculaire. C'était dans ce cas-ci le retrait de la conjonctive longtemps le siége d'un travail inflammatoire intense, mais en ce moment complétement dissipé, qui était la cause du rebroussement en dedans de la paupière. L'indication d'opérer n'était pas douteuse. Des divers procédés entre lesquels M. Richet avait à choisir, il s'est décidé pour celui qui est à la fois le plus simple dans son exécution et le plus sûr dans ses résultats, l'excision.

Un large pli transversal fait à la peau de la paupière à l'aide d'une pince, l'opérateur a excisé un large lambeau elliptique comprenant presque toute l'étendue de la paupière; puis, pour obtenir la réunion immédiate des deux lèvres de la plaie, qui devait restituer à la paupière sa hauteur et sa direction normales, M. Richet a appliqué quatre serres-fines, qui ont suffi pour maintenir ces lèvres dans un contact parfait.

Dès le lendemain la plaie était presque complétement réunie; elle l'était tout à fait avant la fin du deuxième jour, et après trois ou quatre jours de séjour à l'hôpital, ce jeune malade a pu sortir avec sa paupière restituée dans les conditions normales, sauf une cicatrice transversale linéaire très peu visible.

Ce procédé, dont le résultat a été si remarquable par la promptitude de la réunion de la plaie palpébrale, rappelle un procédé qu'emploient dans les mêmes circonstances les Arabes, au dire de M. Furnari, et qui consiste, après avoir pratiqué l'excision à la manière de Celse, et telle qu'en deux mots nous venons de la décrire, à faire saisir les bords de la plaie par les pinces d'un insecte vulgairement nommé *cerf-volant*, auquel on coupe ensuite la tête. La contraction énergique dans laquelle entrent en ce moment les pinces de l'animal fait maintenir les lèvres de la plaie dans le contact le plus parfait, et pendant un temps suffisant pour que l'adhésion ait lieu. Les serres-fines de M. Vidal remplissent ici l'office du cerf-volant. C'est certainement une des opérations où elles sont appelées à rendre le plus de services.

Anesthésie locale.

Lundi dernier 1er mai, M. Guérard a fait usage de son procédé d'anesthésie locale pour ouvrir un volumineux abcès de l'aine, chez un jeune homme couché au n° 1 de la salle Saint-Julien (Hôtel-Dieu). Cet abcès, survenu dans le cours d'une variole confluente, avait presque le volume du poing; la peau était d'un rouge vif, et tellement sensible, que l'exploration de la fluctuation causait une douleur aiguë. M. Guérard, n'ayant pas sous la main l'appareil construit par M. Mathieu, s'est servi d'un simple flacon d'éther sulfurique et d'un soufflet ordinaire. L'anesthésie a été produite en une minute environ, et la pression des doigts, exercée dans le but d'apprécier le degré de fluctuation, ne donnant lieu à aucune douleur, on a continué de verser de l'éther et de faire agir le courant d'air pendant une seconde minute; après quoi une incision a été pratiquée sans souffrance pour le malade, non plus que la pression de la tumeur, exercée avec assez de force pour vider le foyer. Le malade a déclaré n'avoir point éprouvé de douleur, et aucun accident n'est venu entraver la guérison.

— Le 3 mai, M. Mathieu a été appelé à onze heures du soir chez M. Codet, interne de M. le professeur Cruveilhier, pour pratiquer l'anesthésie locale, dans le but de rendre moins douloureuse l'incision d'un abcès situé à la face dorsale du petit doigt de la main gauche et résultant d'une piqûre anatomique. Une minute et demie a été employée pour obtenir l'anesthésie au moyen de l'appareil. L'incision a été pratiquée par M. Rigal fils; elle n'a donné lieu à aucune douleur; et, pour s'assurer si l'insensibilité était bien due à l'action de l'éther, on a porté le bistouri à la limite de cette action. La sensation douloureuse qui s'est montrée en ce point a prouvé qu'on avait dépassé cette limite.

Dr BROCHIN.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE. — M. BONNAFONT.

Mémoire sur le traitement des orchites en général par le collodion.

(Lu à l'Académie de médecine, séance du 2 mai 1854.)

Depuis que M. Robert-Latour a proposé l'emploi du collodion contre les phlegmasies cutanées et que M. Blache en a sanctionné l'efficacité contre les érysipèles du sein, nous avons voulu à notre tour employer cet agent contre les orchites, et les résultats que nous en avons obtenus ont été si favorables que depuis plus d'un an ce moyen est devenu dans notre pratique le seul mode de traitement.

Il y a longtemps que nous avons fait connaître nos premiers essais sur le traitement de l'orchite par le collodion; les quinze ou vingt résultats que nous en avions obtenus nous engagèrent à les communiquer sous forme de note. Mais aujourd'hui que l'application de ce mode de traitement a été faite sur cinquante-cinq malades et avec des succès avantageux, nous nous décidons à proclamer cet agent comme jouissant des propriétés les plus énergiques pour combattre les engorgements du testicule, ainsi que ceux de ses enveloppes. Bien que les résultats aient été toujours favorables, ils ne l'ont pourtant pas été au même degré, et cela en raison des conditions particulières dans lesquelles se trouvait l'organe malade et que nous aurons soin d'indiquer.

Avant d'entrer dans aucune considération à cet égard, nous devons dire de la manière la plus absolue que, dans tous les cas où nous avons employé le collodion, il n'est survenu aucun symptôme de nature à en contre-indiquer l'emploi ni à affaiblir la confiance que ses succès lui ont méritée.

Une fois seulement, appelé auprès d'un de nos confrères atteint d'une orchite droite depuis environ trois semaines et contre laquelle tous les autres moyens avaient échoué, nous couvrîmes tous les testicules affectés d'une couche de collodion. Ici la douleur qui en résulta fut si violente, au dire du malade, qu'il fut obligé de passer une partie de la nuit dans un bain et de couvrir le testicule malade de fomentations froides.

Surpris d'un pareil accident, que je n'avais vu se produire dans aucune des applications antérieures ni dans celles plus nombreuses que j'ai faites depuis, j'ai cherché à m'en expliquer la cause. Un instant j'attribuai ce phénomène à la nature du collodion, lequel, préparé pour l'usage des plaques destinées à la photographie, présentait une pureté qui pouvait lui donner des propriétés plus excitantes que celles du collodion ordinaire. Afin de nous convaincre du fait, nous emportâmes un échantillon de ce même collodion, que je présentai à M. Mialhe en le priant de me faire connaître sa composition et si surtout il contenait quelque principe en excès qui

---

organes, les auteurs se sont demandé si les poisons seuls jouissaient du privilége d'agir toujours sur les mêmes tissus, les mêmes appareils et les mêmes organes, et d'y produire des modifications constamment semblables à elles-mêmes. Or, ils sont parvenus à constater l'*électivité* des médicaments, la *spécificité* des altérations qu'ils produisent; et, le thermomètre à la main, ils ont suivi les modifications qu'ils impriment à la caloricité, à l'état *dynamique* du sujet.

Se plaçant au point de vue de l'action dynamique des substances, ils ont reconnu, à l'aide des enseignements fournis par le thermomètre, que les médicaments se divisent naturellement en deux grandes classes, les hypersthénisants et les hyposthénisants, division qui fait la base de l'école italienne.

Se plaçant au point de vue de l'*électivité* des substances, ils se sont trouvés en rapport parfait avec l'école anatomo-pathologique, de même qu'elle cherche incessamment la localisation de toutes les affections. Ainsi, disent-ils, nous trouvons le lieu d'élection des médicaments; de là à l'application thérapeutique il n'y a qu'un pas; ce sera une affaire de dose. En effet, quelles que soient l'action dynamique et la spécificité de la substance, elle pourra être curative, parce qu'elle agira par substitution.

Si nous nous laissons entraîner, ajoutent-ils, vers la recherche de l'action spécifique des substances médicamenteuses, nous aurons assez de peine, à ce point de vue isolé, à mettre en rapport les modifications spécifiques produites sur l'organisme sain avec les modalités pathologiques auxquelles elles conviennent, parce qu'alors nous arrivons aux phénomènes intimes de la vie, et que là, s'il n'y a pas obscurité complète, il n'y a que lumière vague.

Après s'être ainsi placés aux trois points de vue différents que peut choisir le thérapeutiste, les auteurs espèrent, en s'élevant à la synthétisation, éclairer l'un par l'autre les résultats obtenus. Les autopsies leur donneront des renseignements positifs sur l'électivité des substances; le thermomètre sur leur action dynamique; l'étude chimique, physique et microscopique sur leur spécificité. Cette méthode d'observation leur semble devoir éclairer d'un jour nouveau les questions de médecine pratique; car la localisation des maladies guidera le praticien dans le choix des substances à même électivité; l'état hyper ou hyposténique de l'affection déterminera la préférence pour une substance à même électivité et d'action dynamique opposée.

Ces deux termes du problème trouvés, le troisième, ou la spécificité, devient le fruit de l'expérience, attendu que l'on ne possède encore qu'un très petit nombre de matériaux sur les modifications physiques et chimiques des éléments organiques. Cependant ils pensent que le problème se trouve singulièrement restreint, puisqu'il n'y a plus qu'à choisir entre un petit nombre de substances ayant même électivité et même action dynamique.

Nous ne prétendons pas que quelques-uns de ces raisonnements ne paraîtront pas un peu abstraits à plusieurs de nos lecteurs; néanmoins nous avons cru devoir les reproduire presque textuellement, parce que les principes nous en semblent justes; et peut-être seront-ils des guides précieux pour ceux qui voudront aborder les mêmes études.

Quant à la partie expérimentale du livre, voici ce que nous y trouvons :

Elle est divisée en cinq chapitres : excitants, évacuants, sédatifs, altérants, stupéfiants. Les excitants expérimentés par les auteurs sont les cantharides, le phosphore, la cannelle, le sulfate de quinine, les ammoniacaux. Pour toutes ces substances, l'action dynamique est la même, elle est hypersthénisante; mais les électivités diffèrent, ainsi que les spécificités. Les cantharides ont électivité sur le système absorbant et exhalant et sur le système nerveux; les hypersécrétions qu'elles déterminent sont spécifiquement albumineuses. Le phosphore a électivité sur le système cérébro-spinal, et provoque des sécrétions dont la nature spécifique est encore inconnue; la cannelle est un hypersthénisant à électivité sur le système nerveux ganglionaire, à spécificité astringente; enfin, le sulfate de quinine a électivité sur le même système nerveux ganglionaire; sa spécificité est sa vertu antipériodique.

Il est des médicaments dont l'action dynamique varie suivant les doses, ainsi que la spécificité; le sulfate de cuivre, par exemple, qui à petites doses est hypersthénisant, à hautes doses hyposthénisant; il a deux actions spécifiques : coagulant à petites doses, fluidifiant quand on l'emploie en grande quantité.

On comprend que nous ne voulions pas passer en revue les trente ou quarante substances examinées par les auteurs dans ce volume. Ce serait une énumération aride et fastidieuse qui n'offrirait que peu d'intérêt au lecteur. Nous aimons mieux renvoyer à l'ouvrage original ceux qui seraient curieux de suivre ces recherches, dont, nous le répétons, la thérapeutique tirera certainement de réels et solides avantages. Qu'il nous suffise, en terminant, de dire que MM. Demarquay, Lecointe et Duméril ont ouvert un nouveau champ aux découvertes scientifiques et que l'on ne saurait trop les engager à poursuivre dans le même sens, avec le même soin et la même intelligence des travaux qui ont un but pratique et éminemment utile.

Dr A. FOUCART.

pût expliquer ses propriétés irritantes. L'ayant examiné, M. Mialhe me répondit qu'il était trop liquide et trop pur. Quant à sa force, il ajouta qu'un collodion étant préparé, il était difficile de la constater autrement que par son application. L'habile et savant pharmacien me présenta le collodion qu'il préparait et celui plus épais, dit élastique, préparé selon la formule de M. Robert-Latour. Il eut même l'obligeance de me donner un échantillon de chacun, afin que je pusse en faire l'essai comparatif. Trois jours après, j'appliquai sur un malade de l'hôpital l'échantillon qui avait servi à notre confrère; hien que la douleur n'ait pas été aussi vive que celle ressentie par lui, elle fut cependant plus aiguë et surtout plus durable que la douleur résultant de l'application de tous les autres collodions.

Il fallait donc chercher ailleurs la cause de cette douleur excessive et prolongée qui s'était fait sentir chez notre confrère. Un moment nous eûmes la pensée de l'attribuer à un excès de sensibilité; mais, après un examen plus attentif, nous en avons trouvé la source dans les circonstances suivantes :

Trois ou quatre jours avant l'application de cet agent, notre confrère nous dit qu'avant d'appliquer le collodion il désirait se soumettre à quelques scarifications du scrotum proposées par M. Richet, qui lui donnait ses soins. Déjà on avait fait cette opération, laquelle avait provoqué une évacuation assez considérable de sérosité infiltrée dans les enveloppes du testicule. Il devait donc y avoir environ trois ou quatre jours que ces scarifications avaient été pratiquées sans résultat pour l'engorgement, lorsque nous fûmes prié d'aller faire l'application du collodion. Nul doute maintenant pour nous que la douleur qui résulta de cette application n'ait été occasionnée par l'infiltration de cet agent éminemment irritant dans les petites plaies encore fraîches résultant de petites incisions.

L'application du collodion n'est pas suivie dans tous les cas du même succès; en général, les résultats sont en raison inverse de l'ancienneté de la maladie et du degré d'induration des tissus. Il est facile de comprendre que plus l'inflammation est à l'état aigu, et que le testicule ou ses enveloppes sont nouvellement imprégnés d'un liquide anormal, plus il sera facile à ce liquide de se retirer sous l'influence d'une médication qui jouira de ces propriétés, et que les tissus eux-mêmes auront conservé assez d'élasticité pour suivre ce mouvement de retrait des liquides et diminuer d'autant le volume de l'organe enflammé; tandis que, lorsque l'inflammation date de quelque temps, les liquides ont pu se décomposer, les canaux qui leur ont donné passage s'obstruer, et par suite les tissus acquérir un degré d'induration qui les rend plus ou moins réfractaires à l'action du collodion.

En thèse générale, chaque fois que nous avons fait ces applications sur des orchites présentant les caractères les plus francs d'une inflammation, tels que rougeur, gonflement avec tension des parties et surtout douleur excessive, presque toujours ces accidents inflammatoires disparaissaient rapidement, quelquefois même au bout d'une demi-heure, et la guérison est complète au bout de deux ou trois jours. Il est vraiment curieux de voir, pendant qu'on applique la première couche de collodion sur cette surface si rouge et si douloureuse, la peau du scrotum se rétracter en formant des plis nombreux, entraîner dans cette rétraction le testicule lui-même, qui vient s'appliquer avec force contre l'orifice externe de l'anneau inguinal. Toutefois, le testicule ainsi que ses enveloppes, dont le volume a diminué de plus de moitié, ne restent pas longtemps dans cet état de déplétion, car vingt-quatre heures après nous avons constamment trouvé que les tissus avaient repris un certain volume qui n'égale jamais son état primitif; et, ce qui est bien digne de remarque, la résolution s'y opère assez rapidement pour que dans l'espace de trois ou quatre jours la guérison soit à peu près complète.

Les choses se passent toujours ainsi lorsque l'inflammation est très aiguë et que ni l'épididyme ni le testicule ne sont affectés d'indurations plus ou moins anciennes. Dans ce cas, comme nous l'avons déjà dit, les organes perdent toujours un peu de leur volume; et à moins que l'induration du testicule ne soit très ancienne, il est rare qu'on n'en obtienne pas la résolution; seulement, il est nécessaire, dans ce cas, de faire deux et même trois applications de collodion, en mettant entre elles cinq jours d'intervalle.

Quand l'épididyme est induré et passé à l'état chronique, il est le plus souvent réfractaire à cette médication, et cela, pour les raisons que nous avons déjà développées plus haut. Cependant, sur quatre cas de ce genre, et un surtout où l'épididyme avait acquis un volume considérable, après quatre applications de collodion nous avons obtenu, non pas la guérison, mais une grande diminution de cet organe.

Nous allons maintenant rapporter quelques observations qui viendront à l'appui de ce que nous venons d'avancer.

Obs. I. — Le nommé Dekel, du 8e régiment d'artillerie, entra à l'hôpital le 15 mars 1854, avec une orchite blennorrhagique qui avait quatre jours d'invasion, laquelle avait entraîné la suppression de l'écoulement urétral. Le testicule avait bien quatre fois son volume normal, et il était si sensible que le plus léger attouchement y déterminait des douleurs insupportables qui s'étendaient assez haut dans la direction du cordon. Le malade réclamait à hauts cris des sangsues, et nous eûmes quelque peine à le décider à l'application du collodion de préférence aux évacuations sanguines, le premier devant le guérir en peu de temps, tandis qu'il faudrait probablement faire plusieurs applications des secondes pour arriver au même résultat.

Comme ce cas était bien tranché, et que la guérison, si elle avait lieu, devenait très probante en faveur du collodion, nous fîmes appeler pour examiner le malade tous les médecins de l'hôpital, ainsi que le pharmacien en chef, pour être témoins du résultat que nous obtiendrions. De l'avis de tous nos confrères, il fallait avoir une grande confiance dans la propriété de cet agent pour oser l'employer contre un engorgement aussi éminemment inflammatoire et si douloureux. Nous nous servîmes cette fois de collodion dans lequel il entrait une faible partie d'huile de ricin, qui a la faculté de le rendre plus onctueux et plus élastique. Au premier coup de pinceau du collodion étendu sur le testicule, ainsi que pendant le reste de son application, la douleur ressentie par le malade fut très vive; mais aussitôt que la rétraction des tissus commença la douleur diminua, et un *quart d'heure* après elle avait *entièrement* disparu pour ne plus reparaître. Deux jours après le malade était guéri, et le testicule, qui avait le volume d'une grosse bille de billard, n'était pas plus volumineux qu'une noix. Cet artilleur serait sorti de l'hôpital de suite s'il n'avait été retenu par l'écoulement qui, ayant reparu, le retint huit jours de plus.

Ce fait, qui ressemble à vingt autres semblables que nous avons recueillis, tant en ville qu'aux hôpitaux du Roule et du Gros-Caillou, étonna beaucoup les personnes qui pour la première fois étaient témoins de l'application du collodion.

Obs. II. — Le nommé Hue, du 6e régiment de ligne, entra à l'hôpital atteint d'orchite traumatique aiguë produite par un coup reçu sur le testicule. La tumeur était très considérable et très douloureuse; le scrotum, d'un rouge violacé, présentait des bosselures qui indiquaient que l'injection sanguine ne s'était pas opérée également dans toute l'étendue de cette enveloppe. Le toucher, presque intolérable à la partie antérieure, provoquait peu de douleur à la partie postérieure du testicule, où il était facile de constater une surface indurée assez étendue, correspondante à l'épididyme. Toute la tumeur fut aussitôt recouverte de collodion, qui provoqua d'assez vives douleurs, surtout aux parties des enveloppes qui avaient reçu le choc. Les résultats furent très satisfaisants, car une heure après les douleurs avaient presque entièrement disparu, et le lendemain la tumeur avait perdu plus de la moitié de son volume. On pouvait alors la toucher dans tous les sens sans provoquer de la douleur, excepté à la partie antérieure qui avait été contuse. L'épididyme seul, qu'il nous fut facile alors de reconnaître, avait conservé un volume considérable et formait une coque très dure qui enveloppait le testicule de plus de moitié. Le malade nous raconta que cette incuration était très ancienne et la suite de plusieurs engorgements vénériens.

Deux jours après, engagé et par les sollicitations du malade et par le désir d'expérimenter le collodion sur cette *épididymite chronique*, nous entourâmes tout l'épididyme d'une couche assez épaisse du collodion, en y comprenant, bien entendu, le testicule, malgré qu'il fût à peu près guéri, et cela afin que la compression s'exerçât beaucoup mieux sur l'organe malade.

Cette fois l'application du collodion fut très peu douloureuse, ce qui s'explique par l'absence d'inflammation des tissus.

Quatre jours après, lorsque la couche du collodion fut complétement enlevée, nous constatâmes une diminution sensible de l'épididyme, et le malade, ayant déjà constaté ce résultat satisfaisant, réclama avec instance une nouvelle application immédiate du collodion. Nous cédâmes à ses désirs; mais cette fois le contact de cet agent détermina des douleurs assez vives, et cela probablement à cause de l'irritation que la peau avait conservée depuis la dernière application du collodion qui était trop rapprochée, puisqu'il n'y avait que quatre jours d'intervalle et que des plaques de cette composition desséchée adhéraient encore au scrotum. Toutefois, les douleurs ne se prolongèrent pas plus d'une demi-heure. Quant à l'engorgement de l'épididyme, il avait perdu légèrement de son volume en conservant la même induration. Notre intention était de renouveler tous les sept ou huit jours cette médication pour mieux constater son influence sur les engorgements chroniques et indurés de l'épididyme; mais son régiment étant désigné pour faire partie de l'expédition d'Orient, il a mieux aimé garder cette légère infirmité plutôt que d'éluder une aussi belle occasion d'accomplir ses devoirs.

Obs. III. — Le nommé Cayot, voltigeur au 28e régiment de ligne, est entré à l'hôpital du Roule le 26 mars, atteint d'une urétro-orchite double; l'urétrite datait de trois mois, et les deux testicules s'étaient gonflés alternativement et quelquefois simultanément depuis cinquante jours. Ce malade était à l'infirmerie régimentaire depuis quarante-cinq jours, où on lui avait fait plusieurs applications de sangsues, ainsi que celles d'autres moyens locaux, sans produire la résolution de la tumeur, ni celle des accidents inflammatoires.

Nous avons trouvé, à notre visite du matin, les deux testicules ayant triplé de volume, le scrotum rouge, tendu et très dur au toucher, et la douleur se propageait très avant dans la direction du cordon.

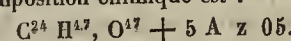
C'est la première fois que nous rencontrions les deux testicules pris simultanément; nous enveloppâmes aussitôt les testicules d'une couche de collodion élastique, laquelle produisit, dans l'espace de quelques minutes, une diminution de plus de la moitié de la tumeur. La douleur produite par le collodion avait duré un quart d'heure environ. Le 28, à notre visite du matin, nous trouvâmes l'engorgement réduit encore d'un tiers, et les testicules, n'eût été l'induration légère des deux épididymes, paraissaient avoir repris les dimensions normales.

Obs. IV. — Le nommé Leroy, soldat au 4e escadron du train, est entré à l'hôpital samedi 8 avril, affecté d'une orchite du côté droit, survenue à la suite d'oreillons que le malade avait depuis huit jours. Le testicule était gonflé et très douloureux au toucher; le scrotum était tendu, rouge et légèrement infiltré. Toute la tumeur fut recouverte d'une couche de collodion dimanche matin, 9 avril, en présence de notre estimable confrère M. Gariel, qui nous avait témoigné le désir d'assister à l'application de cet agent. Chez ce malade, le scrotum ne s'est pas rétracté autant qu'à l'ordinaire, ce qui dépendait probablement d'une trop grande quantité de liquide infiltré. Aujourd'hui, quarante-huit heures après l'application du collodion, la douleur a cessé, ainsi que le gonflement du testicule; mais sur quelques points le scrotum présente de petites phlyctènes. Comme c'est la première fois que nous rencontrons un cas de ce genre, il y a lieu de se demander si une grande infiltration du scrotum ne peut pas modifier l'action du collodion (l'homme, du reste, va bien).

Nous pourrions multiplier ces faits, puisque nous en sommes à notre cinquante-sixième observation, toutes ayant donné des résultats satisfaisants, quoique à divers degrés; mais les quatre qui précèdent suffiront pour faire comprendre et juger de l'efficacité de ce nouveau mode de traitement, et lui faire mériter la préférence sur tous les autres, sans exception.

Il n'est pas indifférent de se servir de tous les collodions, car l'expérience nous a appris qu'il fallait savoir distinguer ses diverses qualités pour en faire une heureuse application. Ainsi, il ne faut pas que le collodion soit trop clair ni trop épais. Le premier ne laissera pas sur la peau une couche indurée suffisante pour exercer, sinon la compression, du moins pour maintenir le testicule dans l'état de rétraction qu'il affecte, par l'évaporation de la partie liquide. Le second, au contraire, c'est-à-dire le collodion trop épais, se coagulera trop vite, et donnera à peine le temps à la partie volatile de s'évaporer; son action sera moins active, moins immédiate, et son application sera en outre difficilement faite sur toute la surface du scrotum. Celui préparé par M. Robert-Latour, connu sous le nom de collodion élastique, nous a paru trop consistant, et présenter l'inconvénient que nous venons de signaler. Nous préférons celui préparé par M. Mialhe ou par M. Dédé, pharmacien en chef de l'hôpital du Roule, qui a bien voulu nous seconder dans ces applications en en variant la composition, afin de rendre nos expériences plus décisives.

Le collodion est une dissolution dans l'éther sulfurique de la pyroxyline, matière qui résulte de l'action de l'acide azotique sur les ligneux. Sa composition chimique est :



$$C^{24}\ H^{17},\ O^{17} + 5\ Az\ O5.$$

Cette combinaison est un fulmi-coton imparfait. Pour l'obtenir, il faut procéder ainsi qu'il suit :

Azotate de potasse sec pulvérisé. . . .	0,200
Acide sulfurique à 66°.	0,300
Coton cardé.	0,010

Mêlez l'azotate de potasse avec l'acide sulfurique dans un mortier de porcelaine d'un litre de capacité; ajoutez le coton, et à l'aide de deux baguettes en verre agitez le mélange pendant cinq ou six minutes; le laver à l'eau froide dans une terrine de grès jusqu'à ce que ce produit soit insipide; l'exprimer dans un linge et le faire sécher à l'étuve ou au soleil. Après l'avoir convenablement divisé en l'étirant entre les doigts, on a le fulmi-coton ou pyroxyline.

Pour faire le collodion consistant :

Fulmi-coton.	0,002
Ether sulfurique.	0,030
Alcool à 33°.	0,040
Essence de térébenthine, ou huile de ricin.	0,002

Mettre le fulmi-coton, bien divisé, dans un flacon à large ouverture bouché à l'émeri; ajouter l'éther, laisser en contact pendant un quart d'heure en agitant plusieurs fois ce mélange; dissoudre à part l'huile de térébenthine ou l'huile de ricin dans l'alcool à 33°; mêler convenablement par une agitation suffisamment prolongée.

Pour appliquer le collodion sur les parties malades à l'aide d'un pinceau en poil de blaireau :

Collodion liquide.

Fulmi-coton.	0,001
Ether sulfurique à 60°.	0,025
Huile de ricin.	0,004
Alcool à 36°.	0,005

Mettre le fulmi-coton bien divisé dans un flacon bouché à l'émeri; ajouter l'éther, laisser en contact pendant un quart d'heure; avoir soin d'agiter plusieurs fois le mélange; dissoudre l'huile de ricin dans l'alcool; verser cette dissolution dans le flacon; agiter.

Plusieurs auteurs recommandent de passer cette préparation; mais il est préférable de ne pas le faire, car on sépare par ce moyen toutes les parties fibreuses qui contribuent à son adhésion sur la peau.

Pour appliquer le collodion et pour l'étendre sur toute la surface du scrotum, je me sers d'un petit pinceau de blaireau. On commence par verser une faible quantité de collodion dans un petit vase, et cela parce que si l'on trempait le pinceau dans le flacon lui-même, l'obligation où l'on serait de garder le flacon ouvert pendant tout le temps de l'opération permettrait à l'éther de s'évaporer, et par suite produirait la coagulation de la partie solide, qui prendrait trop de consistance pour être employée, tandis qu'en le versant dans le vase au fur et à mesure qu'on l'emploie, on évite cet inconvénient. Il n'est pas non plus indifférent de commencer à l'appliquer sur telle ou telle partie du scrotum. Ainsi, si on commence par l'étendre sur la partie moyenne de cette enveloppe, celle-ci se rétracte et entraîne le testicule en haut. Par ce mouvement toute la partie supérieure du scrotum se plisse, et lorsqu'on veut y appliquer le mélange, celui-ci ne pénètre qu'imparfaitement dans ces replis, de sorte que lorsque l'action immédiate du collodion cesse, et que le relâchement du scrotum se reproduit, on trouve bon nombre de ses parties qui n'ont pas été atteintes, condition qui diminue beaucoup l'efficacité de cet agent. Pour éviter cet inconvénient, nous commençons à appliquer le collodion sur le scrotum qui avoisine la verge en arrière et en avant, puis au fur et à mesure que les parties se rétractent, nous dirigeons le pinceau vers le sommet du testicule, en empiétant sur celui du côté opposé. De cette manière, on est sûr d'atteindre toutes les parties de

la surface du scrotum, puisque le mouvement de retrait qui se fait en haut a pour effet secondaire de tendre plutôt que de presser la peau qui est en dessous.

Maintenant il reste encore une question à résoudre, à savoir : comment le collodion agit. Est-ce par compression, comme la plupart des praticiens le pensent, ou par son imperméabilité, en soustrayant les surfaces enflammées au contact de l'air, comme l'avance M. Robert-Latour, l'inventeur ingénieux de cette heureuse application? Bien qu'il puisse agir de ces deux manières, nous pensons, d'après l'étude que nous avons faite, que pendant son application il se produit un phénomène auquel nous attribuons la propriété spéciale de cet agent, et que nous allons nous efforcer de décrire.

Dans tous les tissus enflammés il y a une plus ou moins grande quantité de calorique accumulé, d'où résulte aussi un afflux plus considérable de tous les liquides, et surtout du sang. Aussitôt que la couche de collodion est appliquée sur la peau, il s'opère un dégagement de toute la partie éthérée; ce dégagement, dont la rapidité est en raison du degré de chaleur développé dans l'organe malade, entraîne avec lui une grande quantité de calorique, qui produit immédiatement un abaissement considérable de la température. Voici, sur trois individus, l'abaissement que nous avons observé : sur le premier, la boule du thermomètre, appliquée sur le scrotum, a fait monter le mercure jusqu'à 33°; il s'est abaissé à 20 après l'application de cet agent. Sur le deuxième, le thermomètre a marqué 31° avant, et 22 après; et sur le troisième, 33° avant, et 21 après. C'est à ce phénomène que serait due suivant nous la douleur vive qu'éprouve le malade.

Le collodion, appliqué sur une surface non inflammée, y produit un sentiment de froid, mais non de douleur. Le refroidissement instantané provoque le retrait de tous les liquides qui forment l'engorgement, d'où il résulte une diminution égale du volume de l'organe. Pendant que la partie volatile du collodion produit tous ces phénomènes, le fulmi-coton se durcit, et la dessiccation arrive à un degré de consistance convenable juste au moment où le testicule a subi tous les heureux effets de l'évaporation. Cet organe se trouvant alors uniformément comprimé dans tous les sens par cette coque imperméable qui s'oppose à toute expansion des tissus, les liquides que le refroidissement en avait éloignés ne peuvent y rentrer, à cause de cette compression mécanique des parties. La couche indurée reste intacte trois jours environ, après lesquels elle s'écaille et s'enlève par plaques blanches ressemblant à de la pâte de papier desséchée.

D'après cette explication, il y a donc deux actions bien distinctes dans l'application du collodion : la première, toute chimique, caractérisée par la volatilisation subite de la partie éthérée, entraînant avec elle le calorique des tissus enflammés, d'où refroidissement et diminution du volume de l'organe; la seconde, toute mécanique, produite par la dessiccation du fulmi-coton et par la compression qu'il exerce à son tour sur les parties qui en sont enduites.

Deux fois nous avons employé le collodion contre l'érysipèle, dont un siégeait sur l'épaule et l'autre à la jambe. Mais les résultats ont été loin d'être aussi satisfaisants, et aussi prompts surtout que ceux obtenus dans l'inflammation des testicules; ce qui s'explique par la forme des parties. Appliqué sur une surface large, la déperdition du calorique des surfaces enflammées produit bien, comme aux testicules, le retrait des liquides, mais lorsque arrive la période de relâchement produite par le retour de la chaleur, les liquides, ne trouvant pas d'obstacle, reviennent à leur place primitive, et ramènent à peu de chose près les mêmes phénomènes; tandis que sur tous les organes globuleux, tels que le testicule chez l'homme, le sein chez la femme, la compression, pouvant circonvenir tout l'organe, se maintient assez longtemps pour que les tissus soient réfractaires au retour des liquides. Nous savons cependant que certains praticiens retirent des avantages satisfaisants de ce moyen contre les érysipèles, car notre excellent confrère et ami M. Paul Guersant nous a dit que depuis longtemps il se louait de l'usage qu'il en faisait sur les enfants.

D'un autre côté, M. Huguier, l'habile chirurgien de l'hôpital Beaujon, nous a assuré qu'il avait dû renoncer à cette médication contre les érysipèles à cause du peu de succès qu'il en retirait, l'inflammation érysipélateuse poursuivant sa marche malgré l'obstacle que lui formait le collodion.

Quant à l'imperméabilité, condition à laquelle M. Robert-Latour attribuait toute la propriété de cet agent, les faits nous autorisent à penser qu'elle joue un rôle tout à fait secondaire dans la plupart des cas où nous avons fait l'application du collodion. Dans bien des cas celui-ci s'est écaillé peu de temps après son application, a mis ainsi presque tout le scrotum au contact de l'air, ce qui n'a nullement arrêté la marche de la résolution des tissus.

CONCLUSIONS. — De tout ce qui précède, nous pouvons conclure :

1° Que le collodion constitue le moyen le plus énergique pour guérir les orchites traumatiques et syphilitiques;

2° Que son efficacité est en raison inverse de l'ancienneté de la maladie; ainsi plus l'inflammation sera récente, quel que soit son degré d'acuité, plus on obtiendra un résultat complet et rapide; tandis que, comme nous l'avons déjà dit, au fur et à mesure que l'engorgement s'éloigne de son origine, les tissus sont plus ou moins indurés et deviennent par conséquent moins susceptibles de perdre rapidement de leur volume; dans ce dernier cas, on est obligé d'appliquer deux ou trois fois le collodion en mettant deux ou trois jours d'intervalle entre chaque application;

3° Que jamais dans les cas nombreux où nous avons fait usage de cet agent nous n'avons eu d'accidents, même très légers, à combattre.

Quant à la douleur qui résulte de son application, elle ne dure pas en moyenne plus de dix minutes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 avril 1854. — Présidence de M. COMBES.

Canaux biliaires. — M. Alb. Puech adresse une note sur les canaux biliaires. Voici en quels termes l'auteur résume le résultat des recherches qu'il a faites sur ce sujet :

1° Si l'on examine avec soin les canaux hépatique et cystique à leur point de réunion, on constate sur leur face antérieure et postérieure l'existence d'un petit sillon médian interposé entre les saillies convexes que présentent ces deux canaux; sillon plus ou moins prononcé, à longueur variable (4 à 16 millimètres), et que rendent de toute évidence les injections ou la réplétion de ces canaux par la bile. Sur une pièce parfaitement injectée, j'ai pu y poursuivre un ramuscule de la veine porte.

2° Si d'un côté, à la partie interne de ce prétendu canal cholédoque, 10 à 12 millimètres après sa naissance, on place une pince à demeure dont les mors ne dépassent pas le sillon; si, d'un autre côté, on place une autre pince sur le canal cholédoque avant qu'il pénètre dans les parois duodénales, on aura beau exercer des pressions d'avant en arrière sur la vésicule pleine, jamais on ne parviendra à faire refluer la bile dans le canal hépatique.

Lorsqu'il s'est présenté quelques exceptions, c'est que la cloison avait une moindre étendue, ce dont je me suis assuré par la dissection. Enlevait-on, au contraire, la première pince, la bile refluait en toute liberté dans le canal hépatique.

3° Si l'on introduit un stylet à cette même hauteur, suivant que l'on ouvrira le canal, soit par le côté interne, soit par le côté externe, on obtiendra des résultats différents. Si c'est par le côté externe, on ira toujours dans le canal cystique, et la résistance des valvules en fera foi. Si c'est, au contraire, par le côté interne, on ira sans difficulté aucune dans le canal hépatique.

4° Si par l'orifice duodénal on fait pénétrer un stylet, on arrivera dans le canal hépatique, et en vain le fera-t-on jouer dans son intérieur, on ne parviendra point à toucher au niveau de l'angle formé par les canaux hépatique et cystique la paroi externe de ce canal. Veut-on l'introduire dans le canal cystique, on y parviendra difficilement. Sans doute cette expérience est moins probante que les précédentes, mais elle a sa valeur; car, en indiquant l'existence d'une cloison, elle signale un rétrécissement valvuleux à l'ouverture du canal cystique.

Si à ces diverses expériences on ajoute la dissection, le doute n'est plus permis. J'ai constaté cette cloison et l'ai fait constater un grand nombre de fois.

Cette cloison n'est pas toujours aussi développée que dans le premier cas qui a servi de point de départ à mes recherches; mais généralement elle existe, et il n'y a que sa longueur qui varie (elle balance entre 5 et 19 millimètres; elle avait 25 millimètres dans le premier cas); lorsqu'elle est peu développée, elle existe à l'état d'éperon. Chez l'homme, elle est plus rare. Toute proportion gardée, elle est aussi développée chez le fœtus et l'enfant que chez l'adulte. N'y aurait-il là qu'un simple adossement des deux canaux unis par du tissu cellulaire? N'y aurait-il là qu'un simple accollement? C'est ce qu'il fallait éclaircir. Si, à cet effet, on se livre à une dissection patiente, minutieuse, on s'aperçoit que ce n'est point sans éraillures qu'on obtient une séparation artificielle; en outre, il n'y a point là du tissu propre des canaux bilieux, et l'on voit à la loupe les fibres aller de la paroi interne à la paroi externe de ce prétendu canal cholédoque, se feutrer en se fortifiant mutuellement.

Il y a donc là fusion intime des deux parois opposées des canaux hépatique et cystique; il y a donc là une cloison qui vient revêtir de chaque côté la muqueuse correspondante, soit hépatique, soit cystique.

J'arrive au rétrécissement valvuleux que présente le canal cystique à son ouverture dans le canal cholédoque. Le rétrécissement valvuleux a une forme elliptique légèrement ovalaire; sa direction est oblique de dehors en dedans, c'est-à-dire de droite à gauche et de haut en bas. Son ouverture, peu considérable, diminue presque de moitié le calibre du canal cystique. Sa présence est constante, et bon nombre de dissections en font foi. Il ne m'a pas été donné de constater son importance physiologique. (Commissaires : MM. Velpeau, Serres, Rayer.)

Embryogénie et propagation des vers intestinaux. — Le prince Ch. Bonaparte communique un extrait du mémoire de MM. les docteurs Ercolani et Vella sur ce sujet. Ces deux auteurs se sont occupés dans ce mémoire de la transmission et des changements que subissent les hématoïdes, les plus parfaits des vers suivant eux, et sur lesquels on ne sait rien. Ils résument à peu près en ces termes les faits exposés dans ce travail :

1° Les métamorphoses progressives des helminthes, jusqu'ici étudiées par Van-Beneden, Küchenmeister et Siébold, tout en nous révélant des faits nouveaux et étonnants, n'étaient point applicables à l'entière solution des graves questions qui se rattachent à la genèse de tous les belminthes.

2° Les métamorphoses rétrogressives des œufs de ténias en cysticerques et cénures ont conduit à reconnaître une phase inférieure dans le développement du cysticerque des lapins, phase qui rapproche ce ver des vers les plus inférieurs et les plus simples : quoiqu'ils présentent une tête invaginée, ils manquent cependant des petites ouvertures, des crochets et de la vésicule caudale; aussi l'opinion de ceux qui regardent les cysticerques comme des ténias dégénérés n'est-elle pas bien fondée.

3° Les hématoïdes ne subissent aucun changement de métamorphose progressive; les changements de l'embryon sont des phases de développement.....

5° Les œufs de l'*ascaris megalocephala*, propre au cheval; se développent artificiellement dans le parenchyme pulmonaire des chiens.

6° La cessation des mouvements, la fluidité du corps chez les hématoïdes ne sont pas des signes suffisants pour conclure à la mort de ces animaux, car ils reviennent de cet état aussitôt qu'on les place dans l'eau tiède; même à l'état embryonaire, quoique entièrement desséchés, ces vers reviennent par ce moyen très promptement à la vie. Les hématoïdes meurent donc très difficilement : les œufs et les embryons sont doués d'une ténacité de vie merveilleuse, au point de donner des signes de vie après six jours d'immersion dans l'alcool à 30 degrés.

7° Cette ténacité de vie, jointe au développement des œufs d'un hématoïde placé dans des conditions autres que celles où il est, outre qu'elle fonde des faits nouveaux et importants, détruit les plus forts arguments invoqués par bon nombre de savants en faveur de l'hétérogénie.

8° Les œufs des bématoïdes exigent un temps assez long pour se développer après avoir été introduits avec les aliments dans le corps des animaux; ils adhèrent d'abord tout autour des villosités de la membrane muqueuse intestinale pour s'enfoncer ensuite jusqu'à la péritonéale, et là, bors de tout danger d'être éliminés, ils achèvent leur développement pour revenir enfin dans la cavité intestinale et y jouir de la vie.

9° Ce simple mécanisme, en harmonie avec les lois qui règlent l'introduction des corps étrangers dans l'organisme, peut être très facilement observé en examinant les taches jaunâtres que l'on trouve dans les intestius du lapin ou dans le cœcum du cheval; parmi ces œufs, on rencontre souvent les embryons microscopiques de ces hématoïdes.

Mouvement autonomique des fibres musculaires. — M. Schultzenstein adresse à M. Flourens la lettre suivante sur ce sujet :

« J'ai l'honneur de vous annoncer la découverte que je viens de faire d'un mouvement autonomique visible des fibres musculaires, procédant de soi-même, sans aucune incitation, et qui nous révèle complétement ce qui a lieu sans que nous le puissions voir dans le mouvement vital musculaire. Voici ce phénomène tel qu'il se présente chez les insectes :

» Si l'on arrache le pied d'une mouche vivante (*musca domestica*) de manière qu'une articulation soit rompue dans son milieu, on retire avec la partie arrachée le tendon médian garni de fibres musculaires détachées du tube de l'articulation. Cette touffe de fibres, observée dans une goutte d'eau à l'aide d'un grossissement moyen, montre un mouvement vermiculaire ou péristaltique, et en même temps un raccourcissement et un allongement actifs, alternant. On voit que ce mouvement est causé, non par l'enveloppe striée en travers des fibres, mais par les fibrilles contenues dans cette enveloppe, qui se présentent sous la forme de stries longitudinales des fibres, et qui se déplacent pendant le mouvement vers l'enveloppe, comme se déplacent les entrailles vers la peau d'un ver diaphane. Deux figures représentent ces phénomènes, montrant, l'une, la touffe entière des fibres arrachées avec le tendon, vue à un grossissement faible, l'autre, trois fibres isolées plus grossies, où l'on voit mieux l'état des fibrilles actives qui sont à l'intérieur des fibres.

— M. Bonnafont adresse au concours pour les prix de médecine et de chirurgie deux mémoires manuscrits, l'un sur le traitement des orchites par le collodion, l'autre sur un nouvel appareil pour les fractures comminutives de la jambe; de plus, un mémoire imprimé sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode opératoire pour en obtenir la guérison.

— Le même chirurgien adresse au concours pour les prix de physiologie et d'anatomie trois mémoires manuscrits :

1° Sur les mouvements de la chaîne des osselets de l'ouïe et de la membrane du tympan, sur l'influence des muscles internes du marteau et de l'étrier;

2° Sur quelques points d'anatomie pathologique de la trompe d'Eustache, et sur un nouveau mode de traitement de la surdité qui tient à ces causes;

3° Sur l'abolition immédiate des sens après la section transversale de la moelle épinière à la partie cervicale;

4° Un mémoire imprimé sur la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête, servant à faire juger du degré de sensibilité des nerfs acoustiques.

— M. Denamiel adresse en double copie une analyse de deux pièces qu'il a présentées au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, savoir : un mémoire sur la lithothlibie lu dans la séance du 13 juin 1853, et une addition à ce mémoire présentée dans la séance du 20 mars 1854.

— M. Putégnat, médecin à Lunéville, prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats dont elle discutera les titres pour une place de correspondant, maintenant vacante dans la section de médecine et de chirurgie; il joint à l'appui de cette demande une liste de ses principaux travaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours pour trois places de médecins au Bureau central des hôpitaux s'est terminé le mercredi 3 mai par la nomination de MM. Lallier, Charles Bernard et Guibout.

— La Société de médecine de Lyon a nommé, dans sa séance du 10 avril, une commission d'*hydrologie*. Elle se compose de MM. Glénard, professeur de chimie à l'École de médecine; Gromier, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Rérolle, inspecteur adjoint des eaux thermales de Bourbon-Lancy.

— D'après une lettre d'un médecin du département de la Nièvre, le choléra se serait déclaré dans plusieurs localités de ce département. On estimait, à la date du 1er mai, le nombre des cas à une soixantaine. (*Gaz. hebd.*)

— M. le docteur Phillips commencera un cours des maladies des voies urinaires le mardi 9 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 8 MAI 1854.

Indépendamment de la promotion nombreuse dont nous donnons la liste ci-dessous, M. le ministre de la marine a fait appel aux médecins ou étudiants qui désiraient prendre du service en qualité de chirurgiens auxiliaires de la flotte.

42 docteurs, officiers de santé civils, ou étudiants ayant subi au moins le premier examen du doctorat, ont obtenu des frais de route pour aller dans les ports militaires recevoir l'investiture de leur emploi. 43 étudiants ne s'étant point encore présentés aux examens pour le doctorat en médecine ont été munis, à l'inspection générale du service de santé de la marine, d'un certificat attestant leur départ de Paris pour se rendre dans l'un des ports, où après deux examens, l'un verbal, l'autre écrit, ils ont été nommés chirurgiens de 3e classe auxiliaires, et ont reçu l'indemnité réglementaire de route, à raison de 2 fr. par myriamètre.

Quelques-uns de ces étudiants, âgés de moins de vingt-trois ans, ont préféré participer aux concours qui s'ouvraient le 1er avril, et entrer d'une manière définitive dans une carrière que rend encore plus honorable le décret d'organisation du 25 mars dernier.

Les chirurgiens auxiliaires sont tous embarqués, et 21 d'entre eux ont été envoyés dans la mer Noire, pour être répartis sur les vaisseaux de l'amiral Hamelin.

Les listes d'inscription à l'inspection générale du service de santé, au ministère de la marine, ne sont point closes; mais le nombre des emplois disponibles devient chaque jour plus restreint.

Dr A. Bernard.

Par décrets impériaux des 4 et 6 mai 1854, rendus sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, savoir :

Au grade de premier chirurgien en chef.

M. Duval (Jean-Charles-Marcellin), second chirurgien en chef au port de Brest.

Au grade de second chirurgien en chef.

M. Rochard (Jules-Eugène), chirurgien professeur.

Au grade de chirurgien de 1re classe,

Les chirurgiens de 2e classe dont les noms suivent :

Proust (Jean-François-Armand).	Le Bozec (Jean-Auguste-Marin).
Lambert (L.-G.-L.-Roubaud).	Foll (Augustin-Armand-Marie).
Gouin (François-Marie-Gabriel).	Cotholendy (Gaspard-J.-B.-Franç^{s}).
Chaspoul (Alexandre).	Barthe (Jean).
Bourgarel (Aug.-Antoine-Joseph).	Pichaud (Joseph-Adolphe).

Au grade de chirurgien de 2e classe,

Les chirurgiens de 3e classe :

Hernault (Aug.-Bertrand-Pierre).	Cosquer (Jean-Gaspard-Nicolas).
Guérin (Isidore).	Goulier (Pierre-Julien-François).
Aurran (Charles-Marius-Benoît).	Salaun (Adolphe-François).
Bourgault (Jean-Louis-Marie).	Cuzent (Armand-René).
Coppale (André-Marie).	Dangaix (Charles).
Cochois (Edouard-Antoine).	Longueteau (Jacques-Aug.-Phil.).
Le Coniat (Félicien-Pierre-Joseph).	Borderie (Antoine-Amédée).
Thoraval (Hipp.-Jos.-Louis-Désiré).	Gayme (Jean-Baptiste-Laurent).
Taupignon (Jean-Ovide-Fernand).	Carles (Louis-Jules).
Huibant (Louis-François-Marie).	Santelli (Jean-Antoine).
Berville (Esprit-Ange-Nathanaël).	Bonnet (Charles-Gustave).
Castel (Hervé-François-Alcibiade).	

Au grade de chirurgien de 3e classe,

Les élèves en médecine :

Thomas (Florentin-Marie).	Jobet (Edme-Alexis-Camille).
Berthou (François-Marie).	Paul (Toussaint-Honoré).
Monin (Marius-Eustache).	Falot (Aimé-Michel).
Landais (Etienne-Joseph-Gaston).	Martinenq (Jules-Hipp.-Alexandre).
Benoist de Lagrandière (A.-E.).	Thérond (Isidore-Julien).
Mahé (Jacques-Henri).	Vidal (Marie-François-Albert).
Cunéo (Bernard).	Saby (Félix-Victor-Jacques).
Le Pord (Eugène-François-Aimé).	Verse (Louis-Siméon).
Tricou (Jean-Maurice-Emile).	Geoffroy (Bruno-Victor-César).
Guillemart (B.-Ludovic-Marie).	Kolb (Jacques-Edmond).
Brannellec (Olivier).	Jean (Adrien-Augustin).
Gaultier de Laferrière (J.-M.-S.).	Bruzeau (Jean-François-Stanislas).
Mançais (Antoine-Emile).	Foucaut (Alfred).
Durand (Paul-Charles-Léon).	Launay (Jules-Théophile).
Le Pennec (Louis-Alfred).	Henseling (Valentin-Victor-Aug.).
Thierry (François-Ernest).	Debout (Lucien-Félicien).
Lequerré (Jean-Louis-Ernest).	Raynaud (Henri-Lucien).
Nabonne (Pierre-Paul).	Coulomb (Vincent-Marius).
Le Digou (Eugène-J.-B.-Marie).	Galle (Paul-Edouard).

Au grade de pharmacien de 3e classe,

Les élèves en pharmacie :

Degorce (Marc-Antoine).	Morio (Emile-Théodore-Marie).
Egasse (Louis-Denis-Edouard).	

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Principes d'application des bandages. — Quels sont les principes qui doivent guider le chirurgien dans l'application du bandage? ou, en d'autres termes, un sujet hernieux étant donné, quel bandage devra-t-on appliquer ? On a vu combien il y a d'espèces différentes de bandages; ces nombreuses variétés, toutefois, peuvent être ramenées à certaines catégories. Mais, avant de faire un choix entre elles, il faut d'abord s'attacher à bien reconnaître la hernie à laquelle on a affaire et à saisir les indications qu'elle présente.

Afin de bien fixer la question, il faut prendre pour exemple un cas spécial. Supposons que l'on ait affaire à une hernie inguinale chez un sujet adulte, qu'elle soit petite, encore contenue dans le canal inguinal ou faisant à peine saillie en dehors de l'anneau externe. Deux indications principales se présenteront :

1° Obtenir la guérison radicale (jusqu'à l'âge de trente-cinq ans on peut espérer et on doit tenter la guérison radicale de ces sortes de hernies, à la condition toutefois que le bandage sera longtemps porté) ;

2° Contenir la hernie si l'on n'en peut obtenir la guérison radicale.

Ces deux indications se résument en définitive, comme on le voit, en une seule, qui est de maintenir exactement la hernie.

Il faut bien que l'on sache, en effet, que ce n'est pas toujours chose facile que de contenir convenablement une hernie. On peut affirmer qu'au Bureau central, sur dix hernies, il n'en est souvent pas deux qui soient bien maintenues. Il est arrivé une fois à M. Malgaigne d'examiner une série de hernieux en présence de l'un des membres de l'administration de l'assistance publique, et il ne trouva pas un seul bandage qui contînt la hernie. Cela tient à ce que l'application du bandage n'est pas, en général, suffisamment surveillée; certaines tumeurs semblent contenues, qui ne le sont pas en réalité. Ainsi, lorsque le bandagiste applique un bandage, il le serre fortement; le malade tousse, la hernie ne sort pas; le chirurgien chargé de surveiller cette application ne regarde pas plus loin; il croit la hernie suffisamment contenue; mais à peine le malade a-t-il fait quelques pas, a-t-il monté ou descendu un escalier, fait le moindre effort, la hernie s'échappe. Cela arrive tous les jours. Le bandagiste voit-il que la pelote ne pince pas et que la hernie n'est pas contenue, il retire le bandage, donne un coup de pouce au ressort, le réapplique, et tout est dit. Enfin, quelquefois il ajoute un second ressort plus petit au premier de manière à augmenter la force de pression. Il peut bien se faire que la hernie soit réellement maintenue après ces manœuvres; mais combien de temps sera-t-elle maintenue ? Ce n'est qu'après que le malade a porté le bandage pendant plusieurs jours qu'on peut reconnaître si la hernie est définitivement maintenue. D'un autre côté, ces manœuvres sont loin d'être toujours innocentes. Ainsi, si pour faire pincer la pelote on ajoute au bandage un ressort très fort, le malade ne supportera pas impunément un pareil surcroît de pression; il en sera au moins très gêné, si même il n'en éprouve pas une vive douleur ou s'il ne survient pas des excoriations et de la gangrène sur les points comprimés. Il faut donc rejeter une pareille manière de faire.

Les bandagistes ont encore recours à un autre expédient pour maintenir les hernies. Supposant que l'application d'un premier bandage ne suffit pas pour obtenir ce résultat, il le change contre un autre entièrement semblable, et l'on est tout surpris de voir que celui-ci contient la hernie. Cela tient à cette petite manœuvre que font les bandagistes : ils saisissent le scrotum avec l'index et le pouce au-dessous de la hernie, le pincent en cet endroit au-dessous de la pelote, et la hernie ne sort pas. Si l'on ne s'aperçoit pas de ce petit stratagème, le bandage est déclaré bon et accepté. Mais le malade n'est pas plutôt dehors que la hernie sort, parce que le doigt du bandagiste n'est plus là pour l'en empêcher.

Pour s'assurer qu'un bandage contient bien une hernie, il ne suffit pas de faire tousser ou moucher le malade debout; il faut avoir recours à d'autres épreuves beaucoup plus décisives. On fait mettre le malade accroupi, les jambes écartées, le corps penché en avant, et dans cette position on l'engage à se moucher fortement. Si dans cette épreuve la hernie ne sort pas, on peut compter sur l'efficacité du bandage. Sur quatre bandages que l'on essayerait ainsi chez le premier bandagiste venu, on en trouverait tout au plus un qui résisterait à une semblable épreuve. Cependant cela peut ne pas suffire encore ; il est utile de tenir compte de la nature de l'effort qui a donné lieu à la hernie; car, en supposant qu'il vienne à se reproduire, il aurait beaucoup plus d'action qu'il n'en a eu alors que le sujet n'avait pas de hernie. Si c'est en soulevant un fardeau, par exemple, que la maladie s'est produite, il est aisé de soumettre une seconde fois le malade à la même action. Son bandage appliqué, on lui fait soulever un fardeau, et si le bandage résiste, on aura une nouvelle preuve de son efficacité. Enfin, ce n'est pas tout encore ; il faudra, comme on l'a déjà dit plus haut, attendre plusieurs jours, sept ou huit jours au moins, avant de se prononcer définitivement à cet égard, car un bandage qui aurait résisté à ces diverses épreuves pourrait, après plusieurs jours d'usage et après que la pelote aurait eu le temps de se tasser, cesser de maintenir la hernie.

Lorsque M. Malgaigne applique un bandage à un malade, il le soumet d'abord à toutes ces épreuves; mais il ne s'en tient pas là encore, il le fait passer par une série d'autres expériences: il le fait monter à cheval, et de préférence sur un cheval dont le trot est dur; il lui fait grimper et descendre plusieurs étages. Quand le malade monte à cheval, il lui recommande d'élever beaucoup la jambe en enfourchant l'animal et, en outre, de tousser en même temps qu'il exécute ce mouvement. Si après des épreuves pareilles variées et répétées pendant cinq à six jours le bandage résiste, on peut affirmer alors sans crainte qu'il est bon, et on peut espérer que la hernie sera suffisamment bien maintenue.

Les meilleurs bandages ne résistent pas cependant à certains efforts qu'il est impossible de prévenir. Ainsi, chez certains sujets, l'action d'éternuer produit une telle secousse générale, qu'elle suffit quelquefois pour briser les ressorts les plus solides; il en est de même des efforts de toux de certains asthmatiques. Il faut, dans ce cas-là, recommander aux malades d'appliquer la main sur leur bandage au moment où s'exercent ces efforts.

Tels sont les préceptes dont l'observation assure la contention de la hernie. Mais il ne s'est agi jusqu'à présent que de la contention simple, de la contention palliative. C'est tout ce que l'on peut obtenir, et tout ce que l'on doit chercher quand on n'a pas l'espoir de guérir la hernie; que la hernie ne puisse plus sortir, c'est tout ce que l'on peut demander du bandage. Mais lorsqu'il s'agit d'une hernie susceptible de guérison, une petite hernie, par exemple, il ne suffit plus de mettre obstacle à sa sortie, il faut alors que le bandage la maintienne exactement réduite, et cela pendant un temps suffisant pour que la nature en opère la guérison complète. Or, comment la nature opère-t-elle cette guérison ; c'est ce qu'il faut savoir, afin de bien déterminer les conditions d'une bonne contention.

Pour obtenir la curation définitive d'une hernie, il faut produire l'adhésion des parois du canal, afin qu'il ne puisse plus livrer désormais passage à la hernie, que celle-ci ne puisse plus sortir de l'abdomen. Or, les bandagistes, et les chirurgiens eux-mêmes jusque dans ces derniers temps, se bornaient à appliquer une pelote sur l'anneau externe; la hernie ne sortait pas, mais elle était encore dans le canal, et tant qu'elle restait là la guérison était impossible. On avait beau cacher la partie supérieure du canal en faisant une pelote très large, les parois du canal n'étaient pas appliquées l'une contre l'autre, et les malades ne guérissaient par conséquent pas. Chez l'enfant, la guérison s'obtenait quelquefois, parce que le canal, ayant peu d'étendue, est plus facilement comprimé par la pelote, encore bien que celle-ci fût simplement appliquée sur l'anneau. Mais c'était le plus souvent par un pur hasard, et sans qu'on s'en rendît compte, que l'on obtenait cet heureux résultat. Mais ce résultat n'était jamais obtenu chez l'adulte.

On voit maintenant quelle est l'indication qui ressort de la connaissance de ce fait, et quels doivent être les moyens de la remplir. Pour obtenir une guérison radicale, il faut fermer tout accès à la hernie hors du ventre. Là est le principe de la contention réelle. La hernie sera véritablement contenue si, lorsqu'elle occu-

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février; 7, 28 mars ; 4, 11 avril et 2 mai.

pait toute la longueur du canal, ou la fait rentrer dans la cavité abdominale et on l'empêche d'en sortir. Cette indication serait parfaitement remplie par un bandage dont la pelote presserait exactement sur l'anneau inguinal. Mais on n'obtiendrait pas cependant encore par ce moyen l'adhésion des parois du canal, qui est la condition essentielle de toute guérison complète. A cet effet, il faut que la compression du bandage porte sur tout le trajet du canal. Pour obtenir ce résultat, il faudra faire porter le ressort sur le centre de la pelote, laquelle devra être en rapport avec le centre du canal si elle n'est pas assez large pour le comprimer dans toute son étendue. Il faudra en outre que la pelote soit assez dure pour n'être point soulevée par la tumeur. Il faut en un mot, suivant l'idée ingénieuse de Mathias Mayor, que le bandage fasse l'office de la main du chirurgien lorsqu'il cherche à contenir la hernie, c'est-à-dire qu'en appuyant sur le centre du canal il étende son action à tout son trajet.

Telle est l'indication à remplir. Peu importe le moyen; pourvu qu'on arrive à ce résultat. Que l'on se serve du bandage français ou du bandage anglais, ce sera toujours bien du moment où l'on sera parvenu à appliquer les deux parois du canal l'une contre l'autre dans toute son étendue, et que l'on empêchera la hernie de sortir du ventre. Il est bon de faire remarquer cependant que pour les sujets qui n'ont jamais porté de bandage le ressort anglais est préférable; c'est celui que M. Malgaigne applique toujours d'emblée. Mais si le malade a déjà fait usage du bandage français et qu'il y soit habitué, pourvu que ce bandage soit muni d'une bonne pelote et d'un ressort bien fait, ce qui se rencontre quelquefois, il n'y a aucun inconvénient à l'autoriser à en continuer l'usage. L'habitude, à cet égard, est une chose qu'il faut respecter. Pourvu que l'indication soit remplie, il importe peu, nous le répétons, que ce soit par tel bandage ou par tel autre; comme il importe peu, en général, dans les opérations chirurgicales, qu'on ait recours à tel ou tel procédé, pourvu que le but qu'on se propose soit atteint.

Mais lorsque la hernie est volumineuse, qu'elle sort tout à fait et qu'il n'y a aucun espoir de la guérir, il est inutile de chercher à exercer une pression sur le trajet du canal. Ici l'indication change. Ainsi, s'agit-il d'un vieillard ou d'un sujet débilité, l'anneau est-il éraillé, la tumeur volumineuse, il faut bien se garder d'exercer une forte pression, qui ferait courir le risque d'érailler les parois du canal et d'élargir davantage les anneaux. Il faut se servir dans ce cas de pelotes molles et plates suffisantes pour empêcher seulement la hernie de sortir à l'extérieur, et avec lesquelles on n'a pas à craindre d'augmenter l'éraillement des parois. Dans ce cas, on substitue avec avantage aux pelotes elliptiques, qui appuient entièrement sur les parties molles, des pelotes triangulaires, qui prennent leur point d'appui sur le pubis. De cette manière on n'a pas à craindre que la pelote s'enfonce dans l'abdomen.

En résumé donc, si l'on a affaire à une hernie petite, chez un sujet jeune, on aura recours à une pelote de moyenne grandeur, elliptique et saillante. Si la hernie est petite, mais le sujet vieux et débilité, c'est une pelote petite, plate et triangulaire qu'il faudra employer. Enfin, si la hernie est volumineuse, l'anneau éraillé et le sujet vieux, on appliquera une grosse pelote triangulaire et plate. Il est des vieillards chez lesquels le pubis est tellement saillant qu'il est très difficile de contenir la hernie. Les pelotes les plus molles sont exposées alors à être trouées par la saillie osseuse. On recourt avec avantage dans ce cas aux pelotes à air. Enfin, si le pubis proémine trop fortement et que le sacrum soit, au contraire, fuyant, c'est le cas d'avoir recours à la ceinture de Rochard.

A l'aide de ces divers moyens, on peut obvier à peu près à tous les cas et maintenir toutes les hernies. Un seul cas fait exception ; c'est celui où il existe coïncidemment, et du même côté, une hernie et une varicocèle. Dans un cas de ce genre, pour lequel M. Malgaigne fut consulté, il ne put réussir. Quand il appliquait la pelote sur l'anneau, au-dessus de la varicocèle, la pelote appuyait sur les veines et la varicocèle doublait de volume, le bandage était alors soulevé; il fallut y renoncer. Dans de pareilles circonstances, on pourrait, en désespoir de cause, songer à mettre en pratique le procédé proposé par M. Bonnet (de Lyon) pour la cure radicale, procédé qui ne guérit pas radicalement, mais qui peut avoir pour effet d'oblitérer le sac.

Tels sont les préceptes qui répondent à la généralité des cas. Il reste maintenant à considérer quelques cas spéciaux. Chez un enfant nouveau-né atteint de hernie, par exemple, le bandage, incessamment mouillé et sali par l'urine, ne tarde pas à être mis hors d'usage. Pour les enfants de cet âge, le bandage français est préférable au bandage anglais, qui a l'inconvénient de se déplacer trop facilement pendant le décubitus et de gêner d'ailleurs beaucoup l'enfant. Il ne faut pas craindre les effets de la compression du bandage sur le bassin de l'enfant ; c'est là une crainte que l'on a beaucoup exagérée. On a supposé que le bandage serré autour du bassin allait entrer dans les chairs comme dans une cire molle, qu'il allait empêcher le développement du bassin, etc. ; ce sont autant d'hypothèses toutes gratuites et qui ne méritent aucune attention. Il y a un inconvénient plus réel à se servir chez ces petits êtres de bandages à ressort ; c'est que le ressort ne tarde pas à être corrodé par l'imbibition continuelle de l'urine, et que d'une autre part, en supposant que le ressort ne casse pas, la pelote se durcit et devient bientôt inapplicable ; de là la nécessité de renouveler fréquemment ces bandages. Pour obvier à ces différentes difficultés, M. Malgaigne a eu l'idée de faire confectionner de petites ceintures en futaine qui étreignent le corps de l'enfant; à cette ceinture on adapte en arrière un sous-cuisse matelassé que l'on ramène en avant, où il est fixé au moyen d'une boucle. La pelote consiste également en un petit sachet de futaine d'un travers de doigt d'épaisseur environ. Cette substance étant de peu de valeur, on peut avoir plusieurs de ces petites pelotes de rechange, que l'on change aussi souvent qu'il en est besoin.

Voici encore un cas qui peut se présenter. La hernie se présente à l'anneau avec le testicule ; dans ce cas, il faut laisser descendre le testicule et s'occuper de la hernie après.

Enfin, dans le cas de hernie double, le bandage anglais doit être préféré à tout autre.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. Abeille.

Phlegmon rétro-péritonéal de la fosse iliaque droite. Terminaison par résolution.

Le 21 février dernier est entré dans notre service un jeune militaire du 22e de ligne, le nommé Per..., âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution.

Cinq jours avant, ce militaire avait monté la garde et avait ressenti un peu de fatigue à la suite. Bientôt après survinrent du malaise, la perte de l'appétit, puis un sentiment de pesanteur dans la fosse iliaque droite, qui se propageait à tout le membre pelvien correspondant.

Le 19, des douleurs obtuses se déclaraient dans la fosse iliaque, mais sans trouble de la corrélation, sans chaleur anormale à la peau.

Le 20, ces douleurs prenaient un caractère décidé d'acuité, en même temps qu'il survenait un peu de fièvre. Il y avait augmentation de sensibilité à la pression, une certaine intumescence sur le point douloureux, sans dérangement dans les fonctions intestinales.

On crut à une péritonite partielle, et le malade fut envoyé à l'hôpital.

Lors de notre première visite, le 21, voici quel était l'état de Per... :

Douleurs vives, gravatives dans la fosse iliaque droite; pas de tension des parois abdominales sur ce point pas plus qu'ailleurs; à la pression, ces douleurs sont augmentées; la palpation, exercée dans l'état de relâchement des parois abdominales, perçoit une tumeur profonde, à base diffuse, occupant toute la profondeur de la fosse iliaque et présentant une dureté notable; la portion d'intestin qui la recouvre en avant peut être aisément perçue, distendue légèrement qu'elle est par des gaz et des matières fécales.

Le cours des matières n'a pas été interrompu; le malade a été à la selle la veille au soir.

Il n'y a ni vomissements ni nausées; le pouls est plein, fort et bat 87 à la minute; la peau est chaude et légèrement humide; la face est animée.

Cette série de symptômes nous éloigne d'une manière absolue de l'idée d'une péritonite partielle; nous écartons également tout soupçon de tumeur stercorale, et nous diagnostiquons un phlegmon rétro-péritonéal iliaque.

Comme notre malade n'a subi ni effort ni violence extérieure d'aucune sorte, nous pensons avoir affaire à un de ces phlegmons idiopathiques assez fréquents.

Du reste, l'absence de fièvre typhoïde ou de dyssenterie antérieure et l'excellent état du sujet ne permettent nullement de voir ici une phlegmasie symptomatique, comme nous en avons parfois rencontré.

Nous faisons appliquer immédiatement 20 sangsues sur la tumeur; eau d'orge; cataplasme après la chute des sangsues, et un bain au pied du lit pour la soirée.

Le 22, les douleurs sont à peu près aussi vives; la tumeur semble même avoir gagné en volume, sans s'accompagner toutefois de tension des parois abdominales sur le point correspondant. Les mouvements du membre pelvien droit sont gênés et exaspèrent la douleur locale. Le malade a eu une selle naturelle. Le pouls conserve de la plénitude et de la fréquence (89, 91). Il y a de la céphalalgie et de la soif. — Nouvelle application de 20 sangsues, cataplasme, eau d'orge édulcorée, grand bain pour le soir au pied du lit.

Le 23, la nuit a été assez bonne; diminution tranchée des douleurs; même état de la tumeur; souplesse des parois abdominales; pouls large, dépressible, à 75, 77; absence de céphalalgie; désir d'aliments. — Bouillon, un grand bain, cataplasme, eau d'orge édulcorée.

Le 24, le malade a ressenti encore quelques douleurs; cette fois elles s'irradient inférieurement dans la cuisse correspondante, et supérieurement au rein et à l'épaule du même côté. — Application de 10 sangsues, un bain, cataplasme, eau d'orge édulcorée.

Le 25, calme complet; chute du pouls à 65. On peut circonscrire la tumeur par la palpation à travers les parois abdominales sans exciter la moindre douleur. — 30 grammes de sulfate de soude, frictions avec l'onguent mercuriel additionné de 4 grammes d'extrait de belladone par 40 grammes d'onguent, tisane de saponaire.

A partir de ce moment, l'état du malade va s'améliorant de jour en jour. La décroissance de la tumeur phlegmoneuse s'opère graduellement, quoique insensiblement, et nous ne mettons en œuvre d'autre traitement que les frictions résolutives et une purgation saline tous les quatre jours.

Le 16 mars suivant, Per... quitte l'hôpital; il est radicalement guéri. A la place de la tumeur on perçoit, par une palpation profonde, comme une plaque indurée occupant le bas-fond de la fosse iliaque.

Cette observation est un remarquable exemple de ces phlegmons rétro-péritonéaux survenant sans influence extérieure appréciable, et rangés par conséquent dans l'ordre de ceux que nous dénommons idiopathiques. L'influence d'un traitement actif s'y manifeste dans toute sa puissance, puisque nous avons obtenu en un temps assez court une franche résolution.

On sait pourtant la tendance de ces sortes de phlegmons à aboutir à la suppuration. Lorsque la constitution des sujets s'y prête, il faut, comme dans le cas présent, user largement des émissions sanguines locales; c'est le moyen le plus actif pour diminuer l'hypérémie, entraver sa fâcheuse tendance. Les frictions résolutives et les purgatifs ont ensuite une action incontestable pour hâter la décroissance de l'induration du tissu cellulaire.

Phlegmon rétro-péritonéal.

Par M. le docteur Armieux, médecin en chef de l'hôpital militaire de Calvi.

Au sujet du mémoire de M. Abeille, nous recevons de notre honorable confrère M. Armieux l'observation d'un cas qui vient de se passer sous ses yeux, et qui a présenté un diagnostic difficile et quelques particularités dignes d'être notées.

Une dame de Calvi (Corse), tempérament lymphatique, est à son sixième accouchement. Elle arrive à terme ; présentation de l'épaule droite, issue du bras, tractions imprudentes de la sage-femme, prolapsus du vagin et chute de la matrice formant une tumeur énorme en dehors de la vulve.

Médecins appelés trois jours après ces accidents. Réduction impossible, grandes difficultés pour extraire l'enfant; les fers ne peuvent être introduits; l'enfant, mort depuis plusieurs jours, est arraché par lambeaux. Point d'hémorrhagie.

Au bout d'un mois, la matrice et le vagin sont rentrés à leur place; la malade semble avoir échappé par miracle à ces accidents terribles aggravés par des manœuvres barbares.

Sueurs nocturnes, prostration, dégoût pour les aliments, découragement profond, pressentiments funestes; frissons irréguliers, prolongés; douleur dans les reins et surtout à droite vers la tubérosité sciatique.

On croit d'abord à une névralgie sciatique, mais les symptômes généraux ne laissent aucun doute sur un travail inflammatoire interne; l'exploration de l'abdomen et du bassin ne fait rien découvrir.

Enfin, formation d'un vaste abcès à la partie supérieure et externe de la cuisse droite.

A ce moment, je suis appelé en consultation; je conseille l'ouverture; elle est pratiquée le lendemain en ma présence, vis-à-vis l'échancrure sciatique, où la fluctuation est le plus manifeste. Ponction profonde de 5 centimètres à travers les aponévroses et le muscle *fascia lata*; débridement sur la sonde cannelée ; évacuation d'un pus liquide, rougeâtre, abondant, fétide, contenant beaucoup de gaz; affaissement de la tumeur s'étendant du trochanter à la hanche et au sacrum. Pendant deux jours, issue d'un liquide de même nature et d'une odeur insupportable. Impossibilité de substanter la malade, qui ne peut rien prendre, et succombe le troisième jour dans l'épuisement le plus complet.

Nous voyons dans cette observation un phlegmon du petit bassin méconnu, et produit par les lésions que la matrice dut éprouver pendant un accouchement laborieux et anormal; puis formation de l'abcès et propagation du pus à travers les parois musculaires de la fesse, en passant par l'échancrure sciatique. Enfin issue d'un pus fétide contenant des gaz; circonstances qui sont de nature à faire naître des doutes sur son origine.

La suppuration est celle d'un abcès par congestion, mais rien n'indique qu'il y ait eu maladie des os, et les contusions de la matrice expliquent plus naturellement la formation de l'abcès. Enfin la présence des gaz pourrait faire penser qu'il y a eu perforation intestinale. Cependant on n'a point trouvé de matière purulente dans les selles. Si l'abcès avait trouvé cette issue, il ne se serait point propagé si péniblement à travers la fesse.

L'autopsie aurait pu nous éclairer sur ces particularités remarquables; elle n'a pu être faite, et nous sommes resté dans le doute.

EMPOISONNEMENT par un vingtième de grain d'opium.

Par M. Edward Smith, m.-d.

(Lu à la Société médicale de Londres le 8 avril 1854.)

L'observation suivante n'est pas unique dans la science, mais peut servir à un rapprochement de cas rares et importants. On trouve peu de faits bien authentiques, dans les livres de médecine légale, de mort survenues après l'ingestion d'une aussi faible quantité d'opium que celle que peut contenir une goutte de laudanum. Mais les entretiens que j'ai eus avec mes confrères m'ont prouvé que cet accident n'était pas très rare, et dans son adresse au jury, le *coroner* affirma avoir fait très récemment une semblable enquête. Les nombreux accidents survenus après l'administration variant d'un vingtième à un huitième de grain semblent en devoir exclure l'emploi quand l'enfant n'a que quelques jours, ou même quelques semaines.

Obs. — Le petit malade, fils de parents italiens, avait cinq jours révolus quand l'opium lui fut administré. L'enfant avait beaucoup crié pendant la nuit; il était constipé. Je conseillai à la nourrice de lui donner de faibles doses de castoréum. Mon ordonnance fut mal observée, ce que j'attribue à la difficulté des parents et de la nourrice pour comprendre l'anglais. Je leur conseillai donc une médecine adoucissante, et de nouveau ordonnai le castoréum. A la fin la nourrice, qui était Française, alla à la boutique d'un Français droguiste et limonadier à la fois, et se fit délivrer un sirop qu'on lui dit de donner à l'enfant à la dose d'une demi-cuillerée toutes les deux ou trois heures, jusqu'à ce que l'enfant fût devenu paisible. Pour prouver la négligence du droguiste, je puis établir que la bouteille, dix fois plus grande que ne l'exigeait la potion demandée, ne portait aucune étiquette. La nourrice, après avoir décliné l'âge du malade, laissa à la discrétion du droguiste de doser le remède.

La première et seule dose fut donnée à dix heures et demie du soir, le sixième jour après la naissance de l'enfant. Une demi-heure après

se montraient les premiers symptômes de l'empoisonnement par l'opium. Les cris cessent; traits pâles, mâchoire sans force; respiration pénible, irrégulière; coma.

La nourrice était sortie; les parents gardaient seuls le petit malade. Effrayés des symptômes ci-dessus énoncés et de ce que l'enfant ne prend plus le sein, ils appellent une dame anglaise leur voisine, qui parlait un peu français. Ils passent la nuit près du malade, et le lendemain matin me font demander.

J'arrive à neuf heures du matin, le septième jour après la naissance. Insensibilité complète. Je pince la peau, je chatouille la plante des pieds: pas le moindre mouvement musculaire. Pupilles contractées et fixes; mouvement thoracique de la respiration insensible au toucher. Membres sans mouvement, si ce n'est une légère convulsion des bras. Une ou deux fois mouvement de la lèvre inférieure. Yeux ouverts convulsivement.

L'enfant, à première vue, semblait ne plus respirer; aussi je crus à sa prochaine mort; mais bientôt la respiration reparaît, mais plus rapide qu'à l'état normal. Cet état dure quelques minutes, mais cède bientôt à la suspension première. Ces manières d'être si opposées se succédèrent ainsi jusqu'à la mort.

Les pulsations du cœur répondaient parfaitement à la respiration; celle-ci était-elle rapide, les battements devenaient fermes et réguliers, et aussi rapides qu'à l'état sain; devenait-elle faible, les battements diminuaient jusqu'à ce que l'ouïe et le toucher ne découvraient plus rien. Un ou deux soupirs ranimèrent les pulsations, mais tout retomba pendant quelque temps dans cet état d'immobilité. Température du corps normale. Déglutition peu franche, puis nulle.

Je demeurai près de l'enfant jusqu'à midi et demi, et je le quittai jusqu'à deux heures et demie de l'après-midi. Température du corps baissée. Intervalles de respiration rapide moins fréquents. A cinq heures, huit heures après l'administration du poison, il meurt âgé de six jours.

Le traitement avait consisté d'abord dans l'administration des vapeurs fétides d'ammoniaque. Respiration artificielle quand la naturelle cessait; et, avec l'aide du docteur Snow Beck, en applications d'eau froide sur la tête et la face, et en petites flagellations avec le coin d'une serviette. La respiration artificielle ranimant le cœur me parut très utile. Je ne pus me procurer un appareil galvanique. Plus tard, quand l'enfant fut dans l'impossibilité d'avaler, nous continuâmes seulement la respiration artificielle et l'emploi du froid.

Autopsie soixante-dix heures après la mort.

Congestion considérable, mais non extrême, des vaisseaux du cerveau. Aucun point vasculaire dans la substance médullaire. Pas d'effusion de liquide ou de sang dans les cavités de l'encéphale. Cœur très distendu par le sang; péricarde contenant un fluide très coloré; sang noir, épais, mais non coagulé. Foie large et rempli de sang; la vésicule biliaire renfermait de la bile. L'estomac contenait près d'une drachme (4 grammes) de fluides; conservé pour l'enquête, nous n'avons pu l'examiner.

Le sirop, soumis au goûter et à l'odorat, contenait évidemment de l'opium; mais la quantité exacte de ce poison ne peut être déterminée que par le droguiste qui l'a préparé. Il a déclaré à l'enquête que c'était le sirop ordinaire d'opium de la pharmacopée française, préparé avec 5 centigrammes d'opium cru pour une once; de sorte que, prenant une demi-cuillerée, ce poison était administré à la dose d'un vingtième de grain. Il se peut qu'on ait trompé sur la quantité précise de la potion, sur celle de l'opium même, mais les résultats précédents semblent très près de la vérité. (*Assoc. med. journ.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 avril 1854. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Suites d'une opération de cataracte double. — M. Chassaignac fait la communication suivante:

Le malade que je présente à la Société est un homme âgé de trente-neuf ans, que j'ai opéré le 4 mars 1854 d'une double cataracte corticale. L'opération a eu lieu par broiement, et elle a réussi sur les deux yeux. Les points sur lesquels je désire arrêter l'attention de la Société se rapportent:

1° A la rapidité avec laquelle s'est opérée la résorption, qui sur le côté droit est presque complète, tandis que sur le côté gauche il reste encore une portion assez notable de la lentille qui occupe la partie inférieure de la chambre postérieure de l'œil et se trouve en dehors du champ de la pupille quand celle-ci n'est que médiocrement dilatée.

2° Une autre circonstance qui mérite aussi quelque attention, c'est l'excessive mobilité dont jouissent les parties encore perceptibles du cristallin cataracté, mobilité qui a transformé en cataracte branlante le résidu de la lentille opaque.

3° C'est là le point le plus important, et sur lequel j'appelle toute l'attention de la Société. Quand on examine l'œil gauche, on aperçoit une teinte très légèrement bleuâtre de la vitre de l'œil; et si, pour se rendre mieux compte des phénomènes, on se sert de la loupe, on a bientôt reconnu qu'il existe sur une membrane dont le fond est transparent, et qui occupe la paroi profonde de la chambre postérieure de l'œil, une série très irrégulière de linéaments blanchâtres que je considère comme une opacité de la cristalloïde postérieure. Nous sommes, en effet, parfaitement sûr que les lignes blanchâtres n'appartiennent pas à la cornée. Nous nous sommes également assuré, par l'emploi de la belladone et de l'atropine, que le substratum des linéaments blanchâtres n'a aucune connexion avec l'iris. D'autre part, la cristalloïde antérieure a été complétement déchirée pendant l'opération. Il ne reste donc que le feuillet postérieur de l'appareil cristallinien ou bien la membrane hyaloïdienne qui puisse nous rendre raison de l'existence d'une membrane transparente servant de support à des linéaments blanchâtres qui occupent le fond de la chambre postérieure de l'œil.

Dans les expériences que nous avons faites pour apprécier le degré de mobilité des résidus de la lentille, nous avons reconnu qu'ils exécutaient leurs mouvements dans un espace à parois définies siégeant à la partie inférieure de l'œil. En effet, le malade ayant été placé la tête en bas, nous nous sommes assuré que les corpuscules mobiles ne pouvaient arriver jusqu'à la partie supérieure de la chambre postérieure.

Relativement à la nature de l'opacité, nous avons cru trouver la preuve qu'elle n'est point due à des produits pseudo-membraneux ordinaires; d'abord, parce que les exsudations ne se produisent jamais que dans les chambres de l'œil, l'antérieure quelquefois, la postérieure presque toujours, et que dans ce cas il est rare que l'exsudation pseudo-membraneuse ne contracte pas d'adhérence avec l'iris. Or, une très forte dilatation au moyen de la dissolution d'atropine nous a donné la preuve qu'il n'existait aucune adhérence avec l'iris, tant la liberté et la régularité de la dilatation pupillaire était complète.

Du traitement des fractures compliquées de raccourcissement. — M. Chassaignac présente en outre deux malades qu'il a traités pour des fractures compliquées de raccourcissement par le bandage de M. Martin.

Le premier malade offrait une fracture oblique du corps du fémur. Après cinq semaines de traitement, cet homme, qui avait en outre d'autres fractures sur différents points du squelette, et qui avait à plusieurs reprises, par indocilité, enlevé l'appareil appliqué sur la cuisse cassée, offrait un raccourcissement de 5 centimètres. L'appareil de M. Martin fut alors appliqué, et le membre, à 1 centimètre près, a repris sa longueur normale. La marche est presque complétement exempte de claudication.

Le deuxième malade était affecté d'un fracture extra-capsulaire du col fémoral. Le raccourcissement a été aussi heureusement vaincu par l'appareil de M. Martin.

M. Boinet demande si, dans la mensuration, on a tenu compte de l'obliquité qu'affecte le bassin pour parer autant que possible à l'état de raccourcissement d'un membre vicieusement consolidé.

M. Chassaignac répond que les mesures ont été prises de manière à ne laisser subsister aucun doute.

M. Marjolin demande comment les malades ont supporté l'appareil.

M. Debout adresse la même question à M. Richet, qui a eu l'occasion de se servir de cet appareil.

M. Richet répond que sur un de ses malades qui avait une fracture du fémur au-dessous du trochanter, l'appareil n'a pas pu être supporté au delà de trois jours; il déterminait les plus vives douleurs, et le malade se refusait absolument à le laisser réappliquer.

CORRESPONDANCE.

M. Adolphe Richard fait hommage à la Société des trois notices suivantes:

Guérison d'une fistule urétro-pénienne à l'aide du procédé de M. Nélaton;

Description des procédés autoplastiques employés par M. Nélaton pour la restauration de l'épispadias;

Esthiomène éléphantiasique des nymphes et de l'urètre; double opération. A ce propos, quelques remarques sur l'appareil génital externe de la femme.

— M. Desormeaux offre à la Société le *Traité des maladies des os*, de Petit.

RAPPORT.

La Société a repris, dans cette séance, la discussion du rapport de M. Richet sur l'appareil à fractures de M. Lambron.

Après un résumé de la discussion que nous avons reproduite dans notre avant-dernier compte rendu, la Société vote les conclusions de la commission et l'insertion du travail de M. Lambron dans les Bulletins, en y ajoutant le rapport de M. Richet.

Nouvel appareil de M. Lambron pour le traitement des fractures de la cuisse. — Les nombreux appareils inventés pour la guérison des fractures de la cuisse se rattachent à quatre méthodes principales:

1° Appareils simplement contentifs;

2° Appareils à extension et contre-extension continuelles, opérées sur le membre tenu dans l'allongement;

3° Appareils plaçant le membre dans la demi-flexion, soit sans autre extension et contre-extension que celles opérées par le poids des parties placées sur un double plan incliné, soit que la demi-flexion soit aidée de moyens extensifs particuliers;

4° Appareils qu'on pourrait appeler *plastiques*, car ils placent le membre dans un véritable moule afin de redonner ainsi à ce dernier la forme qu'il a accidentellement perdue.

A cette dernière méthode se rapportent les appareils en plâtre dont on entourait le membre fracturé, les appareils dextrinés et celui que nous avons l'honneur de soumettre à la haute appréciation de la Société de chirurgie.

La grande variété des appareils pour le traitement des fractures du fémur prouve plutôt l'imperfection de ces moyens chirurgicaux que leur efficacité réelle. Souvent on n'obtient une guérison qu'avec un raccourcissement plus ou moins grand, et la plupart du temps le chirurgien reste incertain sur le choix qu'il doit faire. Dupuytren, les rejetant presque tous, n'employait ordinairement qu'un simple coussin placé sous le jarret, tandis que le bassin et l'extrémité inférieure de la jambe étaient maintenus immobiles par des alèzes ployées en cravate et attachées aux bords du lit. M. Velpeau donne la préférence à la méthode dite *plastique*, puisqu'il se sert plus particulièrement des appareils inamovibles.

Nous croyons, en effet, que c'est dans cette méthode où l'on trouve les meilleures conditions d'une bonne et sûre guérison. Quoi de plus simple et de plus rationnel pour guérir un membre fracturé que de le remettre en *moule*? Comment remplir les indications d'une manière plus efficace? Mais les inconvénients graves que présentent les appareils de cette méthode connus jusqu'à ce jour sont les motifs sans doute pour lesquels ces derniers n'ont pas été généralement adoptés. Ainsi les appareils en plâtre sont lourds, trop durs, fatigants pour les malades; ils ne permettent pas au médecin de constater l'état des parties malades; le membre, en diminuant de grosseur, n'est plus exactement maintenu.....

Les appareils dextrinés ne peuvent être être appliqués que lorsque le gonflement morbide des parties molles environnant la fracture est passé; ils offrent une certaine difficulté pour examiner la fracture aussi souvent qu'il nous semble nécessaire, afin de s'assurer si la coaptation des fragments est toujours exacte et convenable; de plus, lorsque le membre ainsi comprimé et privé d'exercice a diminué de volume, il faut appliquer un autre appareil, ou fendre celui qui existe dans toute sa longueur et même en retrancher une certaine portion pour diminuer sa capacité..... Lorsqu'ils sont rendus ainsi amovo-inamovibles, ils présentent l'inconvénient de conserver l'empreinte du gonflement des parties molles sur lesquelles ils se sont moulés, et parfois même celle d'une coaptation imparfaite des fragments osseux qui se sont déplacés pendant que l'appareil se desséchait...

Notre appareil, au contraire, moulé exactement sur un modèle du membre tel qu'il était à l'état sain, a tous les avantages des appareils *plastiques* sans en offrir les inconvénients.

Voici en quoi il consiste et comment on le confectionne:

C'est une espèce de botte en *baudrier* (gros cuir avec lequel on fait la semelle des souliers), moulée exactement sur les proportions que le membre avait avant la fracture, fendue depuis le cou-de-pied jusqu'à l'aine et fermée plus ou moins, suivant le besoin, à l'aide de courroies et de boucles coupées de 3 centimètres en 3 centimètres sur les bords de cette fente dans toute la hauteur de la botte.

Pour la faire: Avec une règle de bois ou de toute autre substance inflexible, on prend bien exactement la *longueur* du membre NON *blessé*: en *dehors*, depuis la crête iliaque jusqu'à la malléole externe; en *dedans*, depuis la branche descendante du pubis jusqu'à la malléole interne; en *arrière*, depuis la tubérosité ischiatique, ou le pli de la fesse jusqu'au talon. Pendant que la règle est ainsi appliquée sur la face postérieure du membre pelvien, tenu dans son allongement naturel, on mesure l'intervalle laissé entre la règle et le jarret, autrement dire l'angle formé par cette partie; de même, on prend la dépression latérale et externe du genou lorsque la règle est appliquée sur la face externe du membre. Enfin on prend la *grosseur* de ce dernier au-dessus des chevilles, au mollet, au genou, au-dessus du genou, vers le tiers supérieur de la cuisse.

Par un ouvrier habitué à travailler le bois (un sabotier, un charron, un charpentier), il n'est pas nécessaire qu'il ait une grande habileté, on fait façonner, avec un morceau de bois quelconque, une jambe d'après les mesures que nous venons de prendre; peu importe qu'elle soit grossièrement faite, pourvu que ses proportions soient en tout semblables à celles de la jambe du patient. Or je puis assurer qu'il est très facile de réussir, car, malgré que ces mesures aient été prises sur le membre opposé, elles servent sans aucun inconvénient à faire un modèle du membre fracturé; il suffit de les transposer.

Un cordonnier applique (*cambre*, pour me servir de l'expression du métier) un morceau de baudrier mouillé sur le modèle en bois. Au bout de cinq à six heures en été, dix ou douze en hiver, et quelques heures seulement en l'exposant au calorique rayonnant d'un foyer, ce cuir se sèche et forme alors une botte qui conserve parfaitement la forme du modèle. Des courroies et des boucles sont cousues dans toute la hauteur de la fente que présente cette botte sur sa partie antérieure, depuis le cou-de-pied jusqu'au pli de l'aine. A sa partie supérieure, elle est taillée en bec de flûte comme la cuisse elle-même, c'est-à-dire que ses bords suivent exactement le pli de l'aine, le pubis, le pli de la fesse et remontent en dehors vers la crête de l'os iliaque. Cette espèce de languette, dure et résistante comme tout l'appareil, mais qu'on pourrait renforcer au besoin avec un morceau de cuir, est percée de deux boutonnières pour passer un mouchoir qui embrasse le haut de la cuisse et qui est chargé de faire la contre-extension. L'extrémité inférieure déborde le talon de 3 ou 4 centimètres pour permettre de faire l'extension, comme nous le verrons plus bas.

Notre appareil est alors construit. Pour l'appliquer, il suffit de l'ouvrir en faisant écarter ses bords par des aides et de poser tout simplement le membre dans cette botte. On remet donc ainsi ce dernier en moule, puisque cet appareil représente exactement la forme et la longueur du membre à l'état sain. Cette condition fait que les parties molles et les os reprennent forcément leur place normale, d'autant plus que cette botte représente la position naturelle du membre où tous les muscles sont dans le relâchement.

Nul appareil ne nous semble réunir mieux que celui-ci les conditions exigées des appareils à fracture. La *coaptation* des fragments osseux ne saurait être plus exacte, puisque la botte représente les saillies et dépressions du membre non malade sur les mesures duquel il a été modelé; les courroies, d'ailleurs, permettent de serrer l'appareil suivant qu'il est nécessaire.

L'*extension* et la *contre-extension* se font naturellement, car chaque partie du membre prend forcément sa place normale; les saillies dans les enfoncements, les dépressions dans les saillies de ce moule. Il s'ensuit donc que ces deux forces agissent sur tous les points du membre: de la cuisse au genou, de la cuisse au mollet, du genou au pied, et enfin sur le membre entier. Néanmoins, pour plus de sûreté, par une disposition très simple, j'emploie, comme dans les autres appareils, une extension et une contre-extension générales appliquées aux deux extrémités du membre.

A cet effet, je mets sur le cou-de-pied, préalablement recouvert de ouate cardée, un bracelet en cuir qu'on serre avec un lacet suivant le besoin. On pourrait se servir d'une espèce de brodequin. A ce bracelet sont cousues des boucles, également en cuir, dans chacune desquelles je passe deux forts galons en fil; puis en dehors, sur les deux côtés de la botte, au-dessous de la saillie des malléoles, je fais coudre deux boucles en cuivre. On tire sur les galons pour allonger le membre autant que possible, puis on les reploie sur le bord inférieur de la botte, pour venir les attacher à ces boucles en métal. Or, comme l'appareil est plus long que le membre, il en résulte que lorsque le membre est ainsi tiré en bas, la botte tend à remonter en haut. Mais ce dernier effet ne peut se produire, car l'appareil, parfaitement appliqué et serré sur la jambe, est retenu par les saillies du mollet, du genou, la dépression du jarret et la forme conique de la cuisse; de plus, il prend des points d'appui à son extrémité supérieure sur le pubis, les plis de la fesse, ou mieux la tubérosité ischiatique. En outre, un mouchoir plié en cravate est appliqué comme un étrier sur le pubis, ou l'angle interne formé par le haut de la cuisse et les os du bassin, et vient

passer dans les boutonnières de la languette que nous avons vue remonter en dehors jusqu'à la crête iliaque; on le noue sur ces boutonnières, en le serrant le plus possible. Ce mouchoir a encore pour avantage de protéger les parties molles contre le bord interne et supérieur de la botte, quoique celle-ci ne presse pas activement sur ces points, par la manière dont se répartit la contextension, ainsi que nous l'avons expliqué plus haut en montrant les difficultés que la botte a à remonter.

Est-il nécessaire de dire que je garnis cette botte de ouate cardée, et que j'applique sur le membre une bande roulée depuis le pied jusqu'au genou, et des bandelettes indépendantes, ou de Scultet, sur la cuisse?

Cet appareil est d'une telle simplicité, qu'on peut se le procurer facilement partout, même dans les plus petits bourgs. Il nous semble surtout bien approprié aux besoins de la pratique chirurgicale dans nos campagnes, où souvent on ne trouve pas toujours le linge nécessaire à faire l'appareil le plus simple. Il est très solide; les malades peuvent se remuer dans leur lit et satisfaire à tous leurs besoins sans craindre de déranger la fracture. Il est parfaitement toléré, ne produit pas la moindre eschare; on peut l'ouvrir aussi souvent qu'on le veut pour s'assurer de l'état de la fracture, et la panser quand il est nécessaire.

Enfin il a parfaitement réussi, et sans raccourcissement, dans deux cas: l'un sur un ouvrier carrier, homme de trente ans, qui avait une fracture de la cuisse par suite d'un éboulement de plusieurs mètres cubes de terre qu'il avait reçus sur la jambe droite; l'autre chez un enfant de dix ans qui était tombé dans une cave. (Commissaires: MM. Lenoir, Danyau, Richet.)

Rapport de M. Richet sur le nouvel appareil à fractures de M. Lambron. — Vous avez chargé une commission composée de MM. Lenoir, Danyau et moi d'examiner un nouvel appareil pour les fractures de la cuisse présenté à la Société par M. le docteur Lambron et de vous faire un rapport sur une note qu'il a lue à ce sujet.

Cet appareil, dont je vais vous rappeler succinctement la composition, ne peut être préparé à l'avance; il doit être confectionné sur-le-champ, immédiatement après l'accident et sous les yeux même du chirurgien.

Il se compose de deux parties principales:

1° Soit d'un bandage roulé ordinaire, soit d'un appareil à bandelettes séparées que l'on applique immédiatement sur le membre;

2° D'une gouttière en cuir très épais, qui constitue réellement la partie essentielle, vraiment nouvelle de l'appareil, celle sur laquelle il est nécessaire d'appeler toute votre attention.

Supposez un homme atteint d'une fracture du fémur droit; on prend à l'aide d'une règle, dit M. Lambron, les mesures exactes du membre sain, et sur elles, mais en les transposant, on fait confectionner par un sabotier ou un charron une forme en bois représentant aussi exactement que possible le membre fracturé et ayant les mêmes dimensions que lui en longueur et en largeur.

Sur ce modèle on fait *cambrer* par un cordonnier un morceau de ce gros cuir qui sert à faire des semelles de soulier et qu'on appelle *baudrier*, après l'avoir fait préalablement ramollir de manière qu'il soit possible de lui donner exactement la forme de ce moule. Au bout de six à huit heures, le cuir desséché représente une cuirasse, une sorte de gouttière fendue à sa partie antérieure, résistante, mais conservant cependant une assez grande souplesse pour que l'on puisse y introduire le membre en écartant ses bords.

De plus, il est indispensable:

1° De garnir cette cuirasse de ouate ou de charpie pour protéger les saillies du membre contre la dureté du baudrier desséché;

2° De l'entailler à sa partie interne et supérieure, tandis qu'on laisse en dehors et en haut un prolongement qui remonte vers la fosse iliaque externe et dans lequel on pratique deux boutonnières destinées à laisser passer une cravate pour la contre-extension;

3° Enfin, la gouttière doit être tenue assez longue pour dépasser inférieurement de 3 à 4 centimètres la plante du pied, afin d'y pouvoir prendre point d'appui pour l'extension.

Voilà l'appareil construit.

Voyons comment on l'applique: après avoir réduit la fracture et entouré le membre d'un bandage roulé et mieux de bandelettes séparées, le chirurgien le dépose simplement dans cette gouttière; puis, s'assurant que les saillies et dépressions du membre correspondent exactement aux enfoncements et aux reliefs du moule, il en rapproche les bords à l'aide de liens ou de courroies fixés sur sa circonférence par des boucles en cuivre; la coaptation, dit M. Lambron, se trouve ainsi maintenue de la manière la plus naturelle possible par suite de cette *mise en moule* du membre, et, pour prévenir tout dérangement ultérieur, on pratique de plus l'extension et la contre-extension par le mécanisme précédemment énoncé et qui n'est autre que celui que présente l'appareil de Desault.

Notre confrère s'attache ensuite à faire ressortir tous les avantages qu'offre son appareil; selon lui, sa simplicité est telle qu'il serait destiné à devenir d'un usage général dans la chirurgie rurale; il offrirait d'ailleurs tous les avantages des appareils inamovibles sans en avoir les inconvénients, puisque comme eux, remettant le membre en forme, il le maintiendrait dans une immobilité absolue, tout en permettant de le visiter fréquemment; enfin, et je n'hésite pas à dire que c'est là son principal titre à votre attention, il aurait deux fois déjà entre les mains de son inventeur réussi à procurer deux guérisons exemptes de toute difformité.

Il est seulement à regretter qu'il ne nous ait pas donné les observations, qui auraient pu nous servir à apprécier les mérites pratiques de ce nouveau moyen de traitement.

Après avoir ainsi rappelé succinctement ce que contient en substance la note de notre confrère, j'examinerai ce qu'il peut y avoir de fondé dans les diverses propositions qu'il émet.

Certes, l'idée première de l'appareil n'est pas nouvelle; il rentre évidemment dans la classe de ceux qui ont été désignés sous le nom de *cuirasses*, et depuis Wisemann, qui le premier les mit en usage, jusqu'à nos jours tous les chirurgiens en ont fait un usage plus ou moins fréquent. Tantôt ces cuirasses ont été confectionnées avec du fer-blanc, comme la grande machine si connue de Lafage; d'autres fois avec du fil de fer, comme les gouttières dont nous nous servons de nos jours; d'autres fois, enfin, avec du bois, du papier collé ou du carton, comme l'a proposé dernièrement M. Bonnet (de Lyon), qui le moule aussi sur un mannequin en bois. Mais il faut dire cependant que personne, à notre connaissance du moins, n'avait jusqu'ici songé à employer le cuir, qui me paraît offrir le grand avantage qu'il est plus souple et plus léger que le métal, même le fil de fer galvanisé, et qu'il résiste bien mieux que le carton à l'influence de l'humidité; à quoi il faut ajouter qu'il conserve toujours une élasticité, une flexibilité et en même temps une résistance qui assurent, à mon avis, à la gouttière de M. Lambron une grande supériorité sur tous les appareils dont il vient d'être précédemment question et même sur les appareils *amovo-inamovibles* de M. Seutin.

Mais il nous a semblé, d'autre part, que, si la cuirasse en baudrier avait des avantages incontestables, elle n'était pas non plus sans inconvénients: ainsi, en admettant que le cuir desséché sur le modèle en bois, que je suppose reproduisant exactement la forme du membre avant sa lésion, remplisse parfaitement son but pendant la première période du traitement de la fracture, comme le membre brisé maigrit et diminue de volume, il jouera bientôt dans l'appareil, qui a conservé l'empreinte de l'embonpoint qu'avaient les parties molles dans les premiers moments de l'accident. On pourra bien, il est vrai, resserrer les valves de l'appareil à l'aide des courroies et des boucles qu'on y a fixées pour cet usage; mais il saute aux yeux de tout le monde que, malgré son élasticité, ce cuir desséché ne pourra jouir d'assez de flexibilité pour prendre de nouveau, et sans avoir été préalablement remis sur un autre moule, la forme nouvelle des parties molles; d'où la nécessité de confectionner un nouveau modèle en bois et un nouvel appareil. Or c'est là un inconvénient sérieux, qu'il partage d'ailleurs avec tous les appareils plastiques, et qui méritait d'autant plus d'être signalé que notre confrère, ainsi que je l'ai dit précédemment, prétend que la gouttière a tous les avantages de ces derniers sans en offrir les inconvénients.

Tout le monde sait aujourd'hui qu'un des grands avantages des appareils inamovibles, celui qui fait, à notre avis, leur supériorité sur tous les autres, c'est de maintenir les extrémités fracturées dans une immobilité absolue, et de s'opposer à tout croisement ultérieur des fragments qui resteront jusqu'à complète consolidation dans la position où ils se trouvaient lors de la dessiccation du mélange solidifiant. Aussi peut-on dire qu'ils exercent une extension et une contre-extension permanentes; et cela est vrai aussi bien pour les fractures des membres inférieurs que pour les supérieurs, à cette condition qu'on aura eu le soin de les maintenir étendus pendant tout le temps que l'appareil a mis à se solidifier. Or la gouttière de M. Lambron ne jouit point de cet immense avantage: aussi a-t-il été obligé pour y remédier de recourir à l'extension et à la contre-extension faites comme dans la méthode de Desault, c'est-à-dire à l'aide d'un bracelet appliqué sur le cou-de-pied pour l'extension, et d'une cravate passée obliquement dans le pli de l'aine pour la contre-extension. Mais cette dernière, prenant son point d'appui en dehors sur la partie supérieure de l'appareil, tire obliquement en ce sens le fragment supérieur, sur lequel seul elle exerce son action, et ainsi entraîne inévitablement un déplacement en dehors du fragment supérieur, quand elle est efficace. Toutefois, pour être vrai, il faut dire que cet accident, quoique bien constaté, n'arrive que rarement, parce que l'extension comme la contre-extension ainsi pratiquées sont généralement illusoires. L'appareil de M. Lambron partage donc les inconvénients des appareils inamovibles, et il nous a de plus paru ne point participer à tous leurs avantages.

Il est d'ailleurs une autre considération sur laquelle nous devons attirer votre attention. Pour être confectionné, cet appareil exige le concours de plusieurs personnes étrangères à notre art, et sur l'intelligence desquelles on ne pourra pas toujours compter. Ainsi, il faut trouver un ouvrier sachant assez bien travailler le bois pour pouvoir façonner un modèle de jambe parfaitement exact; car vous comprenez que si le moule pèche, la gouttière ne possédera plus les qualités qui nous ont paru en faire un appareil de contention supérieur aux gouttières métalliques. Il faut de plus trouver un cordonnier pour fournir, et surtout appliquer le cuir sur le moule, ce qui n'est pas, il faut bien le savoir, chose aussi facile que paraît le croire notre confrère, les bons ouvriers cambreurs étant assez rares; en sorte que l'appareil mis sous les yeux de la Société ne nous a pas paru d'une aussi facile construction qu'on aurait pu le croire de prime abord. Ce sera là, je le crains, sans parler du prix assez élevé auquel il doit revenir, un des plus grands obstacles à sa vulgarisation, et je doute que jamais le vœu de notre confrère se réalise, et qu'il devienne la ressource des chirurgiens qui pratiquent à la campagne.

Je dirai donc, en résumant toute ma pensée:

1° Que le nouvel appareil pour les fractures de la cuisse qui nous est présenté par M. le docteur Lambron, lorsqu'il peut être appliqué dans toute la rigueur des principes posés par son auteur, est préférable et supérieur à toutes les ceintures ou gouttières en fer-blanc, en fil de fer, en carton, etc., et qu'il présente les mêmes avantages que les appareils amovo-inamovibles, dont il doit être regardé comme un dérivé;

2° Mais qu'il partage les reproches qu'on peut faire à cette classe d'appareils, c'est-à-dire de n'opérer l'extension et la contre-extension que d'une manière, en général, insuffisante et même fâcheuse quand elle devient efficace:

3° Qu'il est, sous ce dernier rapport, inférieur aux appareils inamovibles, qui procurent une immobilité absolue et exercent une extension et une contre-extension permanentes;

4° Enfin, que son usage, en raison de la difficulté de sa confection et aussi de son prix relativement élevé, nous paraît devoir en être très restreint malheureusement, car il nous paraît appelé à rendre des services réels, principalement dans les cas de fractures compliquées, qu'il est important de visiter souvent sans imprimer de secousses au membre.

Aussi votre commission, considérant que cet appareil est un perfectionnement utile, vous propose:

1° D'adresser des remercîments à l'auteur pour sa communication;

2° D'insérer son travail dans les Bulletins de la Société.

— M. Deguise fils donne lecture d'un rapport sur douze brochures adressées à la Société de chirurgie par M. Didot, professeur agrégé à Liége, membre de l'Académie de médecine belge.

Les conclusions et le rapport seront discutés dans une prochaine séance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Tumeur de la paupière formée par un corps étranger. — M. Lenoir met sous les yeux de la Société une tumeur de la paupière supérieure qui offre de l'intérêt au point de vue de son diagnostic, de son étiologie et de sa composition anatomique. Voici en peu de mots l'observation du sujet sur lequel elle a été rencontrée:

Un homme d'une trentaine d'années, fort et bien constitué, exerçant la profession de juge près d'un tribunal de province, porte depuis longtemps une petite tumeur dans l'épaisseur de la paupière supérieure de l'œil gauche. Cette tumeur, aujourd'hui de la grosseur d'une noisette, fait une saillie notable dans le petit angle de cet œil, au-dessus de la commissure externe des paupières; elle est légèrement bosselée à sa surface, et donne à la peau qui la recouvre une coloration noirâtre. Cette même coloration se retrouve sur la conjonctive qui revêt la face inférieure du cartilage tarse. Enfin, à l'aide du toucher, on constate l'existence d'un prolongement dur qui s'applique contre la paroi externe de l'orbite pour se perdre dans les graisses de cette cavité. Du reste, il n'existe aucune trace appréciable de cicatrice sur la peau qui recouvre ou qui avoisine cette tumeur, et le malade ne donne d'autres commémoratifs que ceux-ci: qu'il a fait une chute sur cette partie dans son très jeune âge, et que sa maladie ne prend de l'accroissement que depuis trois ans.

A ces signes, il était bien difficile de ne pas croire à l'existence d'une petite tumeur mélanique de la paupière supérieure en voyant un prolongement dans l'orbite.

L'extirpation large et entière du mal fut proposée par le chirurgien et acceptée par le malade. Elle fut exécutée le lendemain au moyen d'une incision longitudinale parallèle au pli palpébral et d'une dissection attentive faite à l'aide de ciseaux et d'une pince-érigne. La tumeur fut aisément renversée sur son pédicule; mais quand on voulut couper celui-ci, les ciseaux rencontrèrent un corps dur sur lequel ils s'émoussèrent. Ce corps, enlevé avec la tumeur, n'est autre qu'un morceau de fer long de 2 centimètres environ, et qui paraît être formé par la pointe d'un gros clou. Ce corps étranger s'était enkysté dans le tissu cellulaire de la paupière et de l'orbite, et ce sont les parois assez épaisses de ce kyste, infiltrées d'oxyde ou de sels ferreux, qui donnaient à cette tumeur l'aspect des tumeurs mélaniques.

M. Lenoir fait observer, en terminant, qu'il était bien difficile dans ce cas particulier de ne pas commettre l'erreur de diagnostic qui a été commise, et signale ce fait, tout exceptionnel qu'il est, comme devant être pris en considération dans le diagnostic des tumeurs mélaniques des paupières.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

A la suite d'une discussion relative à la continuation des œuvres chirurgicales du professeur Roux, M. Danyau ayant dit que la famille de Roux acceptait avec empressement la coopération de la Société pour achever la publication de ces œuvres, une commission est nommée pour s'occuper de ce travail.

La commission se compose de MM. Danyau, Larrey, Lenoir, Gosselin et Broca.

Le secrétaire de la Société: E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Bordeaux vient de recevoir une visite importante. Deux inspecteurs généraux de l'Université, M. le sénateur Dumas, vice-président du conseil impérial de l'instruction publique, et M. Laferrière, sont venus montrer à notre cité un brillant avenir scientifique.

La Faculté des sciences serait dotée de deux chaires nouvelles: un observatoire serait fondé; on créerait peut-être une Faculté de droit; mais le projet qui semble le plus près de se réaliser serait d'ériger en Faculté de médecine l'Ecole préparatoire.

Nos vastes et beaux hôpitaux, le nombre toujours croissant des étudiants, le voisinage d'une excellente Faculté des sciences, la création du beau Jardin de botanique, tout, à ce qu'il paraît, a semblé aux inspecteurs généraux propre à seconder les vues de l'Empereur pour réaliser les vœux émis à plusieurs reprises par le conseil général de la Gironde, le conseil municipal et les membres de l'administration de la ville. — Faut-il donc espérer? (*Journal de méd. de Bordeaux.*)

— Nous trouvons dans une lettre écrite par notre confrère M. Duchassaing, qui exerce la médecine à l'île Saint-Thomas, des détails intéressants sur le choléra qui a si rudement frappé cette contrée.

« Nous avons eu ici, dit-il, une terrible épidémie de choléra asiatique. Sur une population de 14,000 âmes, 2,000 ont succombé. Cette épidémie m'a montré que dans les pays chauds le choléra était bien plus grave que dans les contrées tempérées, et que la race nègre était bien plus apte à le contracter que la race blanche, car nous n'avons pour ainsi dire personne à regretter parmi ceux qui appartiennent à cette dernière.

» Enfin, chose curieuse, à présent que le choléra vient de cesser, presque toutes les fièvres intermittentes se compliquent à chaque accès d'accidents cholériques souvent fort graves; ce sont de véritables fièvres pernicieuses cholériques, qui, rares chez nous, y sont à présent très communes. » (*Arch. gén.*)

— La Société médicale allemande, à Paris, célébrera jeudi 11 mai, à trois heures, le dixième anniversaire de sa constitution par une séance publique en son local, 24, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Secrét.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 10 MAI 1854.

Séances des Académies.

A tort ou à raison, qu'ils le veuillent ou non, les mémoires communiqués à l'Académie par ses membres titulaires et correspondants ne sont pas soumis à l'examen d'une commission; ils vont en général s'éteindre de leur belle mort dans les cartons des archives, ou, ce qui revient à peu près au même, dans les colonnes du Bulletin, à moins cependant que la presse ne les recueille et ne les porte par extrait ou *in extenso* à la connaissance du public médical.

C'est ce qui est arrivé au travail de M. Bonnafont sur l'emploi du collodion dans l'orchite. Publié presque intégralement dans la *Gazette des Hôpitaux,* il a chatouillé, à ce qu'il paraît, la sensibilité de quelques membres. M. Ricord, qui ne se prodigue guère aux séances, était dès l'ouverture, nous ne dirons pas à sa place, car il n'en a de spéciale qu'à l'hôpital du Midi et dans la rue de Tournon, mais sur les bancs.

La lecture du procès-verbal lui a fourni l'occasion qu'il était venu attendre, et par suite du rappel de l'œuvre de M. Bonnafont, il a pris la parole avec une certaine impétuosité.

Il a, dit-il, essayé de l'emploi du collodion dans l'orchite, et non-seulement il n'a pas obtenu une résolution plus prompte de l'engorgement, mais il a déterminé des douleurs vives qui l'ont porté à renoncer à l'emploi de cette substance.

M. Velpeau a fait chorus, et bientôt après M. Robert, qui a même cité un cas dans lequel la douleur fut assez vive pour que le malade demandât sa sortie.

M. Bonnafont, qui a pour lui aussi l'expérience, a répondu que les accidents signalés par ses collègues et qu'il a lui-même observés, tenaient sans doute au mode de préparation du collodion. Il a demandé, par exception et comme faveur, que son travail fût renvoyé à une commission, et a offert, du reste, à MM. Ricord, Robert et Velpeau de renouveler ses essais dans leurs services et de concert avec eux. Cette proposition, à laquelle MM. Ricord et Robert ont paru faire sourde oreille, a été acceptée par M. Velpeau.

Mais, *entre temps*, comme disent les Belges, la demande de M. Bonnafont a été soumise au jugement de la Compagnie par M. le président; MM. Hippolyte Larrey et Velpeau ont parlé contre, M. Michel Lévy, appuyé du silence de M. Bégin, pour, et la majorité a repoussé la sollicitation de M. Bonnafont. Il n'est resté alors pour ressource que d'engager MM. Bonnafont et Velpeau à *s'entendre*, s'il était possible. C'est ce qu'a fait M. le président, dont la proposition, faite le sourire sur les lèvres, a provoqué un rire assez bruyant sur tous les bancs et dans l'auditoire.

Aussitôt après, une proposition a été faite par le bureau d'adjoindre M. Chatin à la commission pour le prix Nadaud (hygiène populaire). On a répondu en demandant le motif de cette adjonction. Ce motif est l'absence prolongée d'un membre.....

M. Londe a saisi l'à-propos, et a demandé si on ne pourrait pas aussi le remplacer, puisqu'il reste le seul membre de cette commission, dont tous les autres se sont successivement retirés. On a ri, et renvoyé le scrutin pour la nomination de M. Chatin à la prochaine séance. L'Académie, on le voit, n'était pas aujourd'hui en train *d'aboutir !*

La séance a été close par une lecture de M. Boudet sur les eaux potables.

L'Académie des sciences, occupée aux scrutins pour ses commissions, ne nous a rien offert cette semaine, ou plutôt la semaine dernière, puisque maintenant, grâce à l'ostracisme dont on a cru devoir frapper les rédacteurs des journaux de toute espèce, nous ne pouvons avoir communication des pièces que par la lecture tardive des comptes rendus.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Influence de l'hypertrophie des amygdales sur le développement général de l'organisme.

Pour tous ceux qui se sont rendu compte de la manière dont l'hypertrophie des amygdales retentit sur l'exercice des grandes fonctions, il est facile de comprendre que le développement général de l'organisme doit en recevoir un contre-coup fâcheux.

Le système musculaire, par exemple, ne peut pas acquérir tout le développement dont il est susceptible, puisque l'essoufflement qui survient au moindre exercice ne permet pas à celui qui est atteint de l'hypertrophie des amygdales de donner à son système musculaire cette plénitude d'activité nécessaire pour son évolution complète. Un sujet qui ne peut se livrer au moindre exercice sans être atteint de dyspnée n'a guère de chance d'acquérir une riche musculature.

Voilà pour ce qui concerne la débilité relative du système musculaire. Du reste, la faiblesse de constitution qui résulte de l'hypertrophie des amygdales se traduit par un ensemble de signes faciles à saisir. Ainsi les membres sont grêles, le buste est peu développé, la taille moins élevée, l'habitude générale du corps chétive. On s'aperçoit que le développement général de l'être a été entravé. Chez les jeunes filles, les seins ont un développement moindre relativement à l'âge et à la grandeur des sujets. Il résulte même des remarques que nous avons faites que, si l'hypertrophie des amygdales exerce une influence sur la configuration de la cage thoracique, elle a aussi une part d'action sur le développement de la glande mammaire. A cet égard, nous avons recueilli une observation très curieuse. Chez une jeune fille qui donnait quelques inquiétudes à sa famille par suite de l'absence presque complète d'un des seins, pendant que celui du côté opposé avait un volume à peu près normal, je remarquai l'existence d'une hypertrophie amygdalienne. Ayant dit aux parents que, sans être parfaitement sûr de l'influence que cette circonstance pouvait avoir sur le retard éprouvé dans le développement d'un des seins, je regardais comme une chose utile de pratiquer l'ablation des amygdales, l'opération fut faite, et le rétablissement d'équilibre dans le volume des deux mamelles la suivit de si près, qu'il est bien difficile d'admettre que ce ne soit là qu'un fait de simple coïncidence.

Nous ne voudrions pas établir sur un petit nombre de faits l'idée d'une relation entre l'hypertrophie des amygdales et l'arrêt de développement de la mamelle, mais nous avons dû indiquer l'observation dont il vient d'être parlé, ne fût-ce que pour appeler l'attention des praticiens sur une relation aussi singulière, et qui n'avait point, que nous sachions, encore été soupçonnée. Peut-être des observations nouvelles viendront-elles confirmer ce premier aperçu.

La faiblesse de constitution due à l'hypertrophie des amygdales nous est apparue sous la forme héréditaire dans une famille où le père, la mère et tous les enfants étaient atteints d'hypertrophie amygdalienne. Tous les individus de cette famille étaient pâles, faibles et délicats, et si les enfants étaient déjà chétifs comme héritant d'une mauvaise constitution, il est évident que, sous l'influence de leur hypertrophie amygdalienne, ils tendaient à le devenir plus encore.

Par contre, nous avons pu reconnaître combien était réelle l'influence exercée sur la constitution par l'hypertrophie des amygdales, parce que dans des familles où un seul enfant était atteint de cette hypertrophie, nous avons trouvé chez lui des caractères de débilité que nous n'avons rencontrés chez aucun autre de ses frères et sœurs.

Une circonstance qui au premier abord ne paraît pas avoir toute l'importance qu'elle a réellement, c'est celle de la facilité et de l'abondance avec lesquelles se produit la sueur chez les sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne. Beaucoup d'enfants nous ont été présentés par leurs parents comme ayant une transpiration exagérée par le moindre exercice. Entre autres cas, il en est un pour lequel nous avons opéré un enfant qui nous avait été envoyé par l'un de nos confrères les plus recommandables. La mère de cet enfant nous disait que le simple trajet pour aller à sa pension le mettait en nage, et devenait pour lui la source de maux de gorge presque continuels. C'est qu'en effet il y a là une cause de maladie fréquente de l'enfance, par la raison facile à comprendre que cette disposition à entrer en sueur devient journellement l'origine de refroidissements, de suppression de transpiration qui amènent de nouvelles amygdalites ou diverses phlegmasies de l'appareil respiratoire. Cela survient même d'une manière d'autant plus inévitable que, comme nous l'avons démontré, les individus atteints d'hypertrophie amygdalienne se fatiguant très vite, soit par la débilité de leur système musculaire, soit par la dyspnée qui leur est habituelle, l'immobilité qui résulte d'un repos forcé les surprend bientôt le corps étant en sueur.

Chez un grand nombre des enfants dont nous avons recueilli l'observation, nous avons été frappé de l'état de pâleur très notable, circonstance qui indique une hématose imparfaite. Nous avons également remarqué certains indices d'une atonie générale, tels qu'une prostration extrême à l'occasion des indispositions les plus légères, la tendance syncopale dans certains cas, la langueur des fonctions, et quelquefois le prolongement au delà des limites ordinaires de ce sommeil des organes génitaux qui est propre à l'enfance.

Chez des jeunes filles de dix-huit à dix-neuf ans, et qui avaient des amygdales énormes, il n'y avait ni la coquetterie naturelle à cet âge, ni aucune particularité qui indiquât l'aptitude aux fonctions génératrices. Il y a donc, suivant nous, possibilité d'un retard de la puberté par l'effet de l'hypertrophie amygdalienne.

Toutes ces remarques pourraient paraître minutieuses, mais elles ne sont que l'expression rigoureuse des faits.

Les rapports que nous avons indiqués entre l'hypertrophie des amygdales et les fonctions des organes générateurs se sont traduits d'une manière très prononcée par diverses circonstances relatives à la menstruation. Chez plusieurs jeunes filles l'apparition des règles a semblé retardée d'une manière notable par l'hypertrophie des amygdales, et, d'une autre part, chez plusieurs des jeunes filles atteintes de cette hypertrophie, nous avons remarqué la réapparition de maux de gorge périodiques coïncidant avec l'époque menstruelle.

L'influence que l'hypertrophie des amygdales exerce sur l'appareil générateur nous a donc paru se résumer par une puberté languissante, par l'apparition tardive des règles, par leur insuffisance, par leur facilité à se suspendre pendant des intervalles assez longs, par le développement incomplet des glandes mammaires, par le sommeil plus prolongé du sens génital.

On a remarqué que l'hypertrophie des amygdales est susceptible de disparaître spontanément à l'époque de la puberté. Cette remarque a servi de base ou plutôt de prétexte à la conclusion suivante : puisque la puberté amène la résolution des amygdales hypertrophiées, il faut attendre du temps et des efforts de la nature la guérison spontanée. Il y a là un fait et une conclusion. Le fait n'est point aussi général qu'on l'a pensé, et, quant à la conclusion, elle est mauvaise.

En admettant d'ailleurs que la maladie locale guérisse très bien à la puberté, il y a une chose qui ne guérit pas, c'est l'altération profonde qu'a subie la constitution; celle-ci, en effet, reçoit le contre-coup des entraves que supporte pendant de nombreuses années l'exercice des principales fonctions. Il y a en pathologie une distinction bien importante à faire entre les maladies qui surprennent l'économie dans ses périodes évolutives et celles qu'on observe pendant les périodes stationnaires de la vie, par exemple, pendant l'âge adulte ou avant le déclin trop prononcé de la vieillesse. Les maladies qui se déclarent pendant les périodes stationnaires frappent l'homme dans son présent; celles qui surviennent dans les périodes évolutives l'atteignent à la fois dans son présent et dans son avenir.

L'hypertrophie des amygdales n'est par elle-même qu'une maladie de bien peu d'importance; mais si l'on se reporte au tableau que nous avons dressé des nombreux inconvénients qu'elle entraîne, on verra qu'une affection qui a exercé pendant de longues années une influence fâcheuse et déprimante sur les fonctions les plus essentielles à la vie, qui a entravé l'hématose, la digestion, l'action cérébrale, l'action musculaire, a amoindri d'une manière désormais irrévocable la force de la constitution. Et, pour n'en citer qu'un exemple, nous rappellerons que, si la configuration de la cage osseuse thoracique s'est établie d'une manière défectueuse, il ne sera point en notre pouvoir de lui rendre jamais une conformation aussi bonne que celle qu'elle aurait eue sans cela.

L'hypertrophie des amygdales, en retardant la puberté, éloigne le moment de la guérison spontanée. On a donc tort de croire que tout est dit lorsqu'on se contente de cette assertion banale : La maladie guérira à la puberté. Elle guérira dans un certain nombre de cas, il est vrai, mais ce nombre a été beaucoup exagéré.

On ne doit donc pas se tenir pour aussi satisfait en voyant cesser la cause du mal que si le mal n'eût jamais existé.

N'est-ce point l'effet d'un grand aveuglement de vouloir refaire un sang pauvre, une constitution défectueuse avec du fer, du quinquina, l'huile de foie de morue, les bains de mer, etc., tandis qu'il eût été si facile d'arriver d'emblée à ce résultat en ayant eu recours à temps à une opération simple et sans gravité.

Si, dans le but d'arrêter fortement l'attention sur les nombreux et graves inconvénients de l'hypertrophie des amygdales, nous voulions les réunir comme en un tableau, nous les résumerions ainsi : brièveté de l'haleine, développement incomplet avec déformation du thorax, essoufflement qui, en s'opposant aux jeux de l'enfance, nuit au développement des forces et du système musculaire ; facilité à entrer en sueur au moindre exercice, ce qui est l'origine de nombreuses phlegmasies pour la gorge et les organes respiratoires ; fétidité de l'haleine, sécheresse de la langue, empâtement de la bouche, endolorissement habituel de la gorge, dysphagie; état dyspeptique par suite des hypersécrétions pharyngiennes, qui quelquefois sont purulentes; chronicité des ophthalmies, surdité plus ou moins complète, altération des facultés olfactives et gustatives, digestions imparfaites, sommeil pénible accompagné de ronflements, torpeur générale et obtusion de l'intelligence allant jusqu'à produire une sorte de crétinisme tonsillaire par suite de l'espèce de goître pharyngien représenté par les amygdales, puberté languissante, retard de développement des mamelles, troubles de la menstruation, prédisposition permanente aux maux de gorge, suppuration à l'intérieur du pharynx et à l'extérieur du cou, adénite cervicale, stigmates à la région du cou.

Que cette longue série de désordres de toute nature n'ait pas frappé plus vivement qu'elle ne l'a fait l'attention des médecins, c'est ce qu'on ne saurait expliquer qu'en admettant que les choses qui s'observent le plus mal sont celles que nous avons sans cesse sous les yeux.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Obstruction de l'intestin datant de 82 jours. — Entérotomie de l'intestin grêle. — Guérison;

Par M. le Dr Joel,

Médecin et chirurgien de 1re classe à Rolle (Suisse), ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Mme Rod. Monnerd (de Moret), d'une constitution sèche et vigoureuse, encore réglée, est âgée d'environ quarante-six ans. Elle a eu deux filles. La cadette a dix-neuf ans. Son père, âgé de soixante-seize ans, vit encore. Sa mère est morte hydropique à soixante-deux ans.

Mme Monnard se porte habituellement bien, sauf que, depuis sa dernière couche, elle est, dit-elle, un peu *nerveuse*, c'est-à-dire impressionnable. Dès lors aussi elle s'est aperçue d'une petite élévation de la peau en forme de verre de montre sur la ligne blanche, un peu au-dessus de l'ombilic. Cette petite tumeur, que le médecin lui a dit être une hernie, n'a pas fait de progrès. Elle n'a jamais pu la faire rentrer, et, du reste, elle ne s'en est pas inquiétée, parce qu'elle ne lui a jamais occasionné ni douleurs, ni tiraillements, ni aucune sensation désagréable.

Elle n'a eu d'autres maladies antérieures qu'un tic douloureux à l'œil gauche en 1845. La névralgie dura quelques semaines.

Le mardi 5 juillet 1853 au soir, après un journée de travail et au milieu d'une parfaite santé, Mme Monnard sentit tout à coup une douleur sourde qui *semblait se traîner dans le bas-ventre*. Cependant la nuit fut bonne; mais le lendemain la douleur avait augmenté et s'était étendue à tout l'abdomen. Malaise général, interruption du travail, sauf pendant un ou deux jours, qu'elle put encore s'occuper de quelques menus détails de son ménage.

Le ventre commença à se ballonner, et dès le mardi 5 au matin il n'y eut plus de selles. La dernière avait été dure, moulée comme à l'ordinaire; car, dit-elle, elle est d'un *tempérament assez resserré*.

Elle prit une tisane de mauves et quelques lavements émollients sans soulagement.

Son état s'aggravant de jour en jour, elle voulut consulter; mais l'apparition des règles retarda l'accomplissement de ce dessein, à cause de l'opinion assez répandue que pendant la menstruation on ne doit pas prendre de remèdes. On continua donc les lavements et on tenta de la faire transpirer par les moyens usités.

Il y avait dès le commencement un dégoût prononcé pour les aliments. Mme Monnard ne prenait que du bouillon gras, que du reste elle ne vomissait pas; mais elle avait de fréquents hoquets, et la seule mention des aliments lui faisait soulever le cœur. Sommeil fugitif et interrompu, dès les premiers jours de la maladie. Urines diminuées et rouges. La petite hernie n'est pas tendue; elle n'est pas douloureuse à la palpation. Il n'y a rien de localisé dans la douleur; aucun point de l'abdomen n'est plus particulièrement sensible à la pression que les autres.

Ce ne fut que le 16 (douzième jour de la maladie) que Mme Monnard fit appeler un médecin. Il vint la voir le 17, prescrivit un émétique qui amena des vomissements abondants, puis fit appliquer des sangsues sur le ventre, pratiqua une saignée; enfin, il ordonna des bains tièdes prolongés et des lavements purgatifs et antispasmodiques (assa fœtida).

Le 21, il donna en pilules 4 gouttes d'huile de croton qui furent rejetées. Au reste, dès le jour du vomitif tout fut vomi, même le bouillon, qui avait été jusque-là toléré; le ventre se météorisa, il n'y eut aucune selle.

Je fus appelé en consultation le 22 juillet. Nous prescrivîmes des frictions mercurielles et belladonées sur le ventre, de petits lavements de séné répétés plusieurs fois le jour; le calomel, d'abord 1 grain toutes les heures, puis 2 grains toutes les deux heures. Il y eut quelques vents rendus par en bas, et par cela même une certaine diminution du ventre. Les urines devinrent un peu plus abondantes. Un lombric fut rendu par la bouche et un par les selles; mais les vomissements, qui se répétaient, ne permirent pas de continuer le calomel, même en y associant l'opium à haute dose.

La malade ne voulut plus prendre de remèdes de quelque temps, et l'on dut s'en tenir aux boissons gazeuses.

Cependant les vomissements revenaient presque tous les jours et souvent deux ou trois fois par jour, suivant ce que prenait la malade; c'étaient de la bile, des glaires, des boissons ingérées; jamais des fèces. La malade ne mange presque rien, l'amaigrissement fait des progrès rapides.

La friction circulaire sur l'abdomen avec la main huilée de baume tranquille est pratiquée avec persévérance pendant un jour ou deux sans résultat. Des lavements purgatifs variés sont repris; on frictionne le ventre et les cuisses avec la teinture de coloquinte; un grand vésicatoire est appliqué sur l'abdomen.

La strychnine est donnée deux jours à dose assez élevée.

Enfin, on tente la douche ascendante tiède, qui est poussée longtemps et avec vigueur sans aucun résultat.

Une seule fois, sous l'influence de la strychnine, sont venues deux petites boules de matières stercorales blanches, friables, et quelque peu de mucus sanguinolent. Mais rien n'a pu décider la malade à continuer le remède.

Pendant tout ce temps, le ventre est tendu, ballonné; les mouvements péristaltiques de l'intestin très prononcés, douloureux pour la malade et très apparents sous les minces téguments de l'abdomen. Il existe une sensation de douleur dans tout le ventre, mais rien de local même à une forte pression. On ne sent nulle part rien de dur ou d'empâté. La hernie graisseuse de l'ombilic a diminué à mesure que l'amaigrissement a fait des progrès et finit par disparaître entièrement. La vessie, sondée plusieurs fois, est habituellement vide. Le rectum ne contient rien; ni le doigt ni la sonde n'arrivent à l'obstacle. L'utérus, sain, normalement placé les premiers temps, est fortement antéversé au bout de quelques semaines. Pouls habituellement développé, de 100 à 120; face colorée. Langue rosée, un peu foncée quand il n'y a pas d'aliments ingérés, blanchie après l'ingestion de toute espèce d'aliments, puis redevient naturelle quand le vomissement a débarrassé l'estomac. Urines toujours rares et rouges. Peau sèche. Pas de sommeil. Amaigrissement continu. Point de selles, point de vents par en bas. Pas d'enflure aux jambes.

Vers le quarantième ou quarante-deuxième jour, les vomissements cessent; la malade prend tous les matins un peu de café au lait, qui n'est pas rejeté. De temps en temps une bouchée d'aliments solides est ingérée et n'est pas vomie. L'état général reste d'ailleurs le même; des renvois très fréquents fatiguent la malade.

Vers le cinquantième jour, nouveau vomissement, mais seulement d'*ingesta*.

La seconde menstruation manque.

On donne des lavements nutritifs (bouillon, lait).

On reprend les injections d'eau tiède et d'eau de savon dans le rectum au moyen de la sonde œsophagienne poussée aussi haut que possible. L'extrémité de la sonde est plusieurs fois ramenée imprégnée de matières fécales poisseuses d'une extrême fétidité.

Résultat nul. La malade, désespérée de l'insuccès de tant de tentatives, ne veut plus recevoir ni lavements ni sonde; elle tombe dans un morne abattement.

Dès lors, l'état de Mme Monnerd va s'aggravant rapidement; le facies devient hippocratique, l'amaigrissement et la faiblesse sont extrêmes; on a beaucoup de peine à la retourner dans son lit; le sommeil se perd; le pouls est habituellement à 120; il dépasse souvent ce chiffre. Des eschares se forment au sacrum.

Cependant le ventre ne devient pas plus douloureux à la pression; il est parfois très développé, très tendu, jusqu'à gêner sensiblement la respiration; mais alors de véritables chapelets d'éructations viennent diminuer pour un jour ou deux la tension et les angoisses; puis le ventre se tend de nouveau, et ainsi de suite. L'appétit n'est pas perdu, mais la malade n'ose pas manger de crainte de vomir; elle prend cependant encore chaque jour quelques cuillerées de café au lait et de bouillon, qu'elle ne vomit pas.

Les intestins sont toujours très marqués sur le ventre et leur mouvement péristaltique très actif jour et nuit.

Le 24 septembre, la malade suppliant qu'on la délivre à tout prix de ses angoisses, qui du reste paraissent toucher à leur terme, car le pouls devient filiforme, je me décide à l'opération.

On ne pouvait songer à la gastrotomie. Restait la question d'un anus artificiel; le procédé de Littre n'était pas applicable; celui de Callisen, modifié et étendu au côlon ascendant par M. Amussat, l'eût été quelques semaines plus tôt, car évidemment l'obstacle siégeait dans le côlon descendant, puisque la sonde œsophagienne avait pu atteindre les matières fécales; mais l'état de la malade ne permettait pas d'établir une plaie à la partie postérieure du corps, où des eschares commençaient à se développer et sur laquelle seule elle pouvait se coucher; d'ailleurs, j'avais présents à la mémoire les inconvénients signalés par M. Amussat lui-même, et je me décidai à pratiquer l'entérotomie de l'intestin grêle, en suivant, sauf quelques légères modifications, le procédé décrit par M. Maisonneuve dans les *Archives de médecine* de 1845, 4e série, t. VII, p. 448 et suiv.

En conséquence, le dimanche 25 septembre 1853, quatre-vingt-deuxième jour de la rétention des matières fécales, je pratiquai l'opération, assisté de MM. Berney (de Rolle), et Waller (de Londres), momentanément en séjour à Rolle.

La malade étant préalablement soumise à l'inhalation du chloroforme à faible dose, de manière à obtenir l'anesthésie sans perte de connaissance, je fais une incision d'environ 9 centimètres à la peau du ventre, dans la direction du ligament de Fallope, à 5 centimètres environ en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, le milieu de l'incision correspondant un peu au-dessus de la ligne bis-iliaque. Puis l'incision des muscles se fait couche par couche, et celle du *fascia transversalis* et du péritoine n'a pas au delà de 5 à 6 centimètres de longueur. L'amincissement de la peau et des muscles est extrême; il n'y a pas d'effusion de sang, pas d'artérioles à lier. L'ouverture du péritoine donne issue à quelques gouttes d'un liquide lactescent. Une anse d'intestin grêle rouge foncé, assez fortement distendue par des matières, se présente à la plaie. L'épaississement des tuniques ne permet pas de s'assurer de la présence et du nombre des valvules conniventes, comme le recommande M. Maisonneuve. Le doigt indicateur, plongé dans l'abdomen, ne fait pas reconnaître la cause de la maladie.

Attirant au dehors l'anse qui s'est présentée la première, je la traverse d'une aiguille un peu courbée enfilée d'un long fil, de sorte que le trou d'entrée et le trou de sortie soient à la distance de 1 centimètre environ, et opposés à l'insertion du mésentère; puis l'intestin est incisé longitudinalement dans l'espace de 5 centimètres environ, la partie moyenne de l'incision tombant entre les deux trous de l'aiguille. Alors la partie moyenne du fil, relevée par l'ouverture de l'intestin et coupée, donne deux fils, au moyen desquels ses lèvres sont fixées et tenues béantes au dehors. Ces fils servent à faire les deux premiers points de suture sur les parties latérales de l'incision. Les tuniques de l'intestin sont remarquablement épaissies et uniformément rougeâtres. On reconnaît un grand nombre de valvules conniventes.

A ce moment, et avant la pose du premier point de suture, l'opération est interrompue par l'éruption de gaz et d'une énorme quantité de matières stercorales demi-liquides et très fétides qui sortent par le bout supérieur, et surtout par le bout inférieur de l'intestin.

Cependant, tout en apportant le soin le plus attentif à empêcher qu'aucune trace de matières ne pénètre dans le péritoine, je profite des intervalles de la *débâcle* pour fixer par deux points de suture l'intestin aux deux extrémités de la plaie. Enfin, d'autres points intermédiaires très rapprochés ne tardent pas à compléter le contact parfait de tout le pourtour de la boutonnière intestinale aux lèvres de la plaie abdominale.

Le ventre commence à s'affaisser par la sortie des matières et des gaz. — Pansement de propreté simple; compresses d'eau fraîche fréquemment renouvelées.

La malade, dont la faiblesse est extrême, n'a pas senti l'opération. — On lui donne deux cuillerées à soupe de malaga, puis, dans la soirée, à intervalles, deux petites tasses de bouillon de bœuf concentré.

Dans la nuit du 25 au 26, sortie de matières abondantes; sommeil tranquille.

Le 26, le pouls est à 120; le facies meilleur, la langue rosée, humide, piquetée de taches blanches aphtheuses à sa base. La malade, trop faible pour se soulever, urine dans son lit; elle prend son café au lait le matin, puis dans la journée plusieurs tasses de bouillon et deux cuillerées à soupe de malaga. Tout passe facilement; la malade sent, dit-elle, une nouvelle existence. Le ventre est souple, sauf au voisinage de la plaie, où il y a un peu de rougeur et d'empâtement.

Nuit du 26 au 27 bonne.

Le 27, pouls à 120, physionomie bonne, ventre diminué; les vieilles matières fétides continuent à sortir en assez grande quantité. — Lait d'amandes, potages, malaga.

Le 28, la nuit a été moins bonne. Ventre souple, non douloureux à la palpation; faiblesse extrême; pouls dépressible à 132; appétit perdu; langue saburrale, rougeur œdématiée circonscrite autour de la plaie. — Huile de ricin, 4 grammes, émulsionnée en forme de looch.

Les jours suivants le pouls tombe à 110, file sous le doigt, est irrégulier, intermittent; il existe un sentiment pénible de constriction à la gorge qui rend la déglutition difficile; prostration extrême; sommeil rare et interrompu, eschares au sacrum. L'angle supérieur de la plaie a un mauvais aspect. La surface intestinale qui se présente à la plaie, d'abord rouge foncé, s'éclaircit de jour en jour; les fils de la suture tombent successivement; les derniers sont enlevés le huitième jour. Le mouvement intestinal est toujours très marqué; les matières sortent par les deux bouts : par le bout supérieur, liquides ou demi-liquides, dans un état de digestion plus ou moins avancé (le lait, par exemple, du café au lait ressort caillebotté); par le bout inférieur, remarquables par leur consistance poisseuse et leur extrême fétidité.

Le 5 octobre, il sort de la chicorée mangée les premiers jours de la maladie et un noyau de cerise avalé par mégarde le 16 juillet.

Le dixième jour, le pouls se relève; il est à 120, présente encore des intermittences; la plaie prend un meilleur aspect; les joues sont moins creuses; l'appétit bon. — Potages; bouillons de poule; vin vieux du pays alternant avec malaga dilué; café au lait, etc.

Dès lors la guérison marche rapidement, sauf quelques embarras gastriques dus à l'inaptitude fonctionnelle des organes digestifs et des vaisseaux absorbants restés si longtemps en repos. De légers purgatifs suffisent chaque fois à les ranimer.

Cependant les chairs ne reviennent que lentement, et ce n'est qu'après plusieurs mois que Mme Monnard a repris toutes les apparences d'une parfaite santé. Dès lors, et jusqu'à ce jour, voici les traits principaux de son état:

Elle a les apparences, les chairs, la carnation de sa meilleure santé antérieure; mais le ventre est habituellement plus ou moins météorisé. La digestion des substances animales, du pain, du lait, se fait complètement, au moins n'en reconnaît-on aucune trace dans les matières mi-fluides et vraiment fécales qui se présentent à l'ouverture de l'anus artificiel; en revanche, les légumes, carottes jaunes, choux, les pommes de terre même, ne sont qu'incomplétement assimilés et plus ou moins reconnaissables; les pommes crues arrivent au dehors ayant à peine subi un commencement de digestion. La défécation est involontaire et continue, sauf quand le ventre est comprimé par un bandage approprié. Les deux bouts de l'intestin se renversent fréquemment au dehors, l'un en haut, l'autre en bas, de manière à représenter assez exactement le grossier dessin figuré dans Fabrice de Hilden (*Observ. LXXIV*, édit. de Lyon, 1641, page 87). Les deux bouts d'intestin invaginés sortent de 5 à 6 et jusqu'à 15 ou 20 centimètres; ils sont l'un et l'autre couverts de nombreuses valvules conniventes; ils sont, du reste, toujours faciles à réduire.

La contention a été faite longtemps avec une serviette ou large ceinture, mais l'anus artificiel est trop rapproché du pli des aines pour que ce moyen fût suffisant; les mouvements des cuisses, soulevant la ceinture, donnaient souvent issue à l'intestin. Dès lors, j'ai fait faire chez M. Demaurex, bandagiste à Genève, un bandage à large plaque revêtue de caoutchouc, qui, soutenue par des bretelles à hau-

teur convenable, contient parfaitement l'intestin et permet à Mme Monnard de se lever et de vaquer à quelques-unes de ses occupations domestiques.

Il est à remarquer, enfin, que depuis qu'elle a repris son embonpoint (ou plutôt ses chairs) la petite hernie sus-ombilicale a reparu, quoique moins saillante qu'autrefois.

CONCLUSIONS. — La maladie de Mme Monnard et surtout sa terminaison sont de nature à intéresser les praticiens à divers égards. Sans entrer dans les développements que le sujet comporterait, je me bornerai à présenter les observations suivantes :

Le diagnostic est resté douteux pour plusieurs des médecins qui ont vu la malade avec moi, et parmi lesquels je citerai M. le docteur Isaac Mayor fils (de Genève). Je crois cependant qu'on peut écarter l'idée d'un étranglement interne, celle d'une affection organique, etc., et arriver par exclusion à admettre qu'il y a eu probablement des matières durcies qui ont fait *bouchon* ou une invagination, ou enfin ces deux causes réunies de rétention.

La présence concomitante d'une hernie graisseuse de la ligne blanche n'est pas sans intérêt, en ce sens qu'avec des accidents plus aigus elle aurait pu devenir une source d'erreur.

La durée de la rétention des matières et l'absence de fèces dans les vomissements sont des faits également remarquables. Ce dernier l'est d'autant plus que, au-dessus de l'obstacle, se trouvait une énorme quantité de matières fécales demi-liquides.

L'opération a été d'une exécution très facile et les suites fort simples. Nous avons cependant signalé le fait (qui mérite d'être rappelé) que, vu l'épaississement des membranes intestinales, il n'avait point été possible de s'assurer de la présence et du nombre des valvules et par conséquent de la portion d'intestin qu'on avait sous les yeux.

Enfin, il vaut la peine de noter que l'opération est singulièrement facilitée en faisant précéder l'incision de l'intestin par le passage de l'aiguille. Par ce moyen l'intestin est assujetti au dehors, et les deux premiers points de suture se trouvent placés d'avance sur les côtés de la boutonnière intestinale.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mai 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Choléra. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce invite de nouveau l'Académie à lui transmettre prochainement le rapport sur le choléra de 1849.

Goître. — Le même ministre communique un rapport de M. le docteur Ménestrel, maire de Sérecourt (Vosges), sur les causes du goître endémique dans cette commune. (Commissaires : MM. Ferrus, Baillarger, Bégin, Boucbardat, J. Guérin, Caventou, Boutron, Chatin et M. Lévy.)

Variole. — Le même ministre transmet les rapports de MM. les docteurs Nève, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bar-le-Duc, et Smyterre, médecin de l'Asile d'aliénés de Fains, sur une épidémie de variole qui a régné depuis le mois d'octobre 1853 jusqu'à la fin de janvier 1854 dans cet asile. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Suette. — M. Brouillet, médecin cantonal de Geispolsheim (Bas-Rhin), adresse un rapport sur une épidémie de suette qui a régné depuis le commencement de janvier jusqu'aux premiers jours de janvier 1854 dans la commune de Düttlenheim. (Commission des épidémies.)

Traitement des fièvres paludéennes par les ventouses scarifiées. — Le même médecin adresse un mémoire sur le traitement des fièvres paludéennes par les ventouses scarifiées, substituées au sulfate de quinine. (Commission des succédanés du quinquina.)

Eaux thermales de Chaudes-Aigues. — M. Dufresse de Chassalgne adresse un mémoire sur les eaux thermales de Chaudes-Aigues (Cantal) dans quelques maladies du cœur, et principalement dans l'endocardite chronique suite de rhumatisme. (Commission des eaux minérales.)

Sources minérales des Vosges. — M. Mougeot (de Bruyère) adresse une note renfermant des considérations thérapeutiques sur les eaux des diverses sources minérales des Vosges.

Tubes pour le vaccin. — M. Rapin, de Grandson, canton de Vaud (Suisse), soumet à l'examen de l'Académie des tubes destinés au transport et à la conservation du vaccin.

Sangsues. — M. Quenard, de Courtenay (Loiret), adresse un mémoire relatif à l'industrie des sangsues. (Commission des sangsues.)

Pastilles de mannite calomélisées. — M. Biron Devèze, pharmacien, communique la formule de pastilles de mannite calomélisées, dont il est l'inventeur. Voici la formule de ces pilules :

Mannite.	5 centigr.
Calomel.	1 —
Sucre.	75 —

Mort de M. A. Blachier. — M. L. Blachier, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Servan, fait part à l'Académie de la mort de son père, M. le docteur Antoine Blachier, correspondant de l'Académie, mort à l'âge de quatre-vingts ans.

Nouveau procédé pour extraire les calculs ou fragments arrêtés dans la région prostatique. — M. Mercier adresse sous ce titre la lettre suivante :

Une circonstance assez embarrassante de la lithotritie, c'est l'extraction des petites pierres ou des fragments logés dans la région prostatique, surtout quand il existe une valvule, soit musculaire, soit prostatique du col de la vessie. Parfois le corps étranger, niché au-dessous de la barrière, ne peut être délogé de sa position, ni en arrière, parce qu'il est arrêté par cette barrière, ni en avant, parce que la saillie morbide s'interpose entre lui et les instruments avec lesquels on tâche de l'accrocher par derrière.

Il y a un an environ que je rencontrai une difficulté de ce genre chez un malade que je soignais avec le docteur Destrem, et que j'avais guéri près de deux ans auparavant d'une rétention d'urine complète datant de sept années. Une valvule du col de la vessie avait été excisée, mais tout à fait jusqu'à sa base. Cependant, comme ce malade urinait facilement, nous n'en fîmes pas davantage, et tout allait bien, lorsque survinrent des troubles que je reconnus être dus à la présence d'une petite pierre dans la région prostatique. Cinq ou six tentatives furent faites pour l'extraire ou la repousser avec des sondes et des brise-pierres de toute espèce, avec la curette articulée courbe, etc., sans le moindre résultat. Cette pierre était nichée au-dessous du reste de bride, et les instruments, glissant toujours par-dessus, ne purent la déloger.

J'eus alors l'idée d'employer dans ce but la sonde évacuatoire simplifiée que j'ai présentée à l'Académie le 15 avril 1851, et un succès immédiat couronna cette tentative.

Il me suffira, pour l'intelligence de ce que je vais dire, de rappeler que cet instrument a la forme de ma sonde exploratrice coudée, c'est-à-dire qu'il se compose d'une tige tout à fait droite terminée par un bec ayant de 12 à 15 millimètres de longueur, et faisant avec cette tige un angle presque droit. La tige doit être aussi volumineuse que l'urètre le permet, et elle est creusée dans toute sa longueur par un large canal qui s'ouvre directement sur son talon. Un maudrin sert à la fois à obturer ce canal et à donner au talon une surface lisse et arrondie.

Cette sonde étant ainsi garnie de son mandrin, je l'introduisis jusqu'à ce que je sentisse son talon buter contre la pierre. Je retirai alors le mandrin ; j'appuyai le talon béant sur cette pierre pour que celle-ci s'y engageât, puis je la soulevai comme avec une curette en même temps que je poussais l'instrument dans la vessie par-dessus l'obstacle. Aussitôt celui-ci franchi, l'urine jaillit, et, avec le premier jet, la pierre, qui avait au moins 6 millimètres de diamètre.

Ainsi fut faite presque instantanément cette extraction que des tentatives antérieures nombreuses et bien plus fatigantes n'avaient pu effectuer.

Je suppose actuellement que, pour une raison quelconque, le corps étranger ne fût pas sorti par la sonde, il était du moins refoulé dans la vessie, et ce résultat, quoique moins heureux, était encore très satisfaisant, car il ne s'agissait plus que d'une opération extrêmement simple.

Rupture d'une sonde de gomme dans la vessie. — Extraction par les voies naturelles. — M. Le Roy-d'Etiolles présente les fragments d'une sonde de gomme rompue dans la vessie, dont il vient de faire l'extraction par l'urètre sans incision. Le malade se sondait lui-même pour une rétention d'urine ; cependant l'accident ne peut être attribué à son incurie, la mauvaise qualité du tissu et le vice de la fabrication en sont les causes ; car la sonde est neuve, elle a tout son poli. La fréquence de la rupture des sondes, dit ce chirurgien, doit fixer l'attention de l'Académie et des commissions des Ecoles de médecine et de pharmacie chargées de veiller sur la qualité des médicaments et des substances employés en médecine.

Filières sur le compas. — M. Charrière père adresse une note sur la filière qu'il a exécutée sous l'inspiration de M. Ricord et qui a été adoptée depuis 1838 par tous les chirurgiens sérieux. Cette filière est rigoureusement graduée par tiers de millimètre, de même que celle de M. Beniqué l'est par douzièmes de millimètre ; et, quant à l'uniformité des diverses filières livrées par lui au commerce, cette uniformité est d'autant plus rigoureuse qu'elles sont toutes frappées sur une même matrice à l'aide d'un balancier.

Il est donc impossible qu'il y ait la moindre différence entre elles, pas plus qu'il ne peut y en avoir entre deux pièces de monnaie frappées avec le même coin. Ce mode de fabrication permet, en outre, d'atteindre les limites extrêmes du bon marché dans le prix de revient et par conséquent de la vente.

Eaux potables. — M. Boudet lit en son nom et en celui de M. Boutron un mémoire ayant pour titre : *Observations sur les eaux potables.*

Ce mémoire est le résumé d'un travail beaucoup plus étendu que les auteurs viennent d'achever ; ils se sont bornés à y énoncer les principaux résultats de leurs recherches.

Sous l'influence de l'intérêt qu'excitent aujourd'hui toutes les questions d'hygiène générale et en présence des vastes projets qui ne tendent à rien moins qu'à livrer à une grande compagnie l'approvisionnement en eaux de la ville de Paris tout entière, l'ingénieur en chef des eaux de la ville a proposé aux auteurs diverses questions qu'ils se sont empressés d'examiner et dont l'étude a fait le sujet de ce travail.

Ces questions sont de trois ordres.

Les premières se rapportent aux matières insolubles tenues en suspension dans les eaux du canal de l'Ourcq et de la Seine ; les secondes aux matières qui se déposent dans les conduits d'eau d'Ourcq ; les troisièmes, enfin, aux matières solubles qui existent en proportions notables dans les eaux destinées aux usages domestiques et industriels.

Les auteurs examinent successivement ces différents ordres de questions.

Des faits relatifs à la question du filtrage des eaux de la Seine et de l'Ourcq, MM. Boutron et Boudet concluent que cette opération offrirait des avantages réels au point de vue de la salubrité et de l'industrie :

1° Parce que les eaux filtrées, étant d'un usage plus agréable que les eaux non filtrées, sont recherchées, même à prix d'argent, par les populations, et surtout parce qu'elles garantissent d'une manière plus complète les intérêts de la santé publique ;

2° Parce que le carbonate de chaux et l'argile que les eaux non filtrées tiennent en suspension détruisent une proportion considérable de savon et exercent, sans aucun doute, une action plus ou moins nuisible sur certaines opérations industrielles, et particulièrement sur celles de la teinture.

Le second ordre de questions que MM. Boutron et Boudet se sont proposé d'étudier se rapporte particulièrement à la composition chimique des dépôts recueillis dans les conduits d'eau d'Ourcq du pont de la Concorde.

On sait que les eaux d'Arcueil laissent déposer pendant leur trajet, du point d'origine à celui de leur distribution, un sédiment de carbonate de chaux qui, après un certain nombre d'années, finit par obstruer les tuyaux qui les amènent à Paris.

Les eaux du canal de l'Ourcq, qui sont beaucoup moins chargées de bicarbonate de chaux que celles d'Arcueil, présentent le même phénomène, à un degré beaucoup moindre, il est vrai, mais tel cependant que l'administration a dû s'en préoccuper. Une autre circonstance, d'ailleurs, est venue ajouter à l'intérêt qui s'y rattache ; c'est qu'en même temps qu'il s'est formé des concrétions calcaires dans les conduits d'eau du canal de l'Ourcq passant à la place de la Concorde il s'y est développé des agglomérations de coquillages qui menacent de les obstruer rapidement.

Ils ont trouvé ces concrétions formées de :

Carbonate de chaux.	0,76
Oxyde de fer.	0,19
Silice, alumine, sulfate de chaux. . . .	0,05
	1,00

Ils n'ont pu trouver encore la cause de la formation de ces dépôts.

Enfin, sur le troisième ordre de questions, les auteurs résument leurs recherches en ces termes :

1° Que la proportion de chaux à l'état de sulfate ou de bicarbonate qui peut rendre une eau impropre au blanchissage peut être fixée pour un litre d'eau à 30 centigrammes de chaux, ou à ses équivalents 0,73 et 0,77 centigrammes en sulfate et en bicarbonate de chaux ;

2° Que cette proportion est en même temps celle qui établit la limite entre les eaux propres à la coction des aliments ;

3° Que c'est au sulfate de chaux seul et non au bicarbonate qu'il faut attribuer la propriété de rendre certaines eaux impropres à la coction des aliments ; qu'en effet, en faisant bouillir des haricots dans une eau chargée de sulfate calcaire, on voit que pendant l'opération le sel pénètre la pulpe même de la graine et l'incruste de telle manière qu'elle reste toujours dure, quelque prolongée que soit l'action de la chaleur ;

4° Qu'avec le bicarbonate de chaux, au contraire, le gonflement et le ramollissement des haricots s'opère comme dans l'eau pure, que le bicarbonate se décompose dès le commencement de l'opération et laisse déposer du carbonate calcaire dénué de propriétés incrustantes et qui n'a pas d'autre inconvénient que de s'ajouter à la substance alimentaire.

Pour épuiser la série des points de vue sous lesquels ils s'étalent proposé d'envisager les eaux potables, il nous restait, ajoutent les auteurs, à examiner encore si les sels calcaires peuvent jouer dans la préparation du thé et du café le rôle important qu'on leur attribue et exercer une influence bien réelle sur leur consommation. Or leurs expériences nous autorisent à penser que M. Ward, qui a admis cette influence, se l'est au moins beaucoup exagérée ; et, si l'on réfléchit d'ailleurs aux conditions très variées de la préparation du thé et du café, on restera sans doute convaincu avec nous que les eaux qui ne contiennent pas plus de 3 décigrammes de chaux par litre, et qui se trouvent ainsi comprises dans la limite que nous avons assignée aux eaux potables, peuvent aussi être employées à la préparation du thé et du café sans neutraliser une proportion de ces substances assez considérable pour qu'il y ait lieu de s'en préoccuper particulièrement. Cette conclusion ne s'applique plus aux préparations tinctoriales ou pharmaceutiques, et particulièrement aux extraits ; car il n'est pas douteux que les eaux pures n'offrent de grands avantages sur les eaux calcaires pour ces préparations, et cela est si vrai que les pharmaciens recommandent l'emploi de l'eau distillée pour la plupart des usages de la pharmacie et de la chimie.

Ainsi, tout en faisant la part de quelques exagérations auxquelles M. Ward nous paraît s'être laissé entraîner par son zèle pour les doctrines de l'école sanitaire anglaise, il est incontestable pour nous qu'un immense intérêt s'attache à la substitution d'eaux plus pures aux eaux de source et de rivière employées aux usages domestiques et industriels dans la plupart des grands centres de population et qu'il y a là une question de la plus haute gravité.

— La séance est levée avant cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 avril 1854. — Présidence de M. TERRIER, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Vergnes écrit pour solliciter le titre de membre titulaire de la Société. A l'appui de sa candidature, il adresse un travail intitulé *Conseils pour se préserver du choléra.*

MM. Magne et Josias sont chargés d'examiner ce travail, et d'en faire l'objet d'un rapport.

Hernie de l'iris. — M. COURSSERANT. La belladone, ainsi que tout le monde le sait, jouit de la merveilleuse propriété de provoquer la dilatation de la pupille, par la rétraction du contour papillaire vers le corps ciliaire ; de là l'indication de son emploi pour obtenir la réduction de certaines hernies de l'iris à travers la cornée, lorsque cette dernière se trouve atteinte dans toute la profondeur de ses lamelles, soit par une lésion traumatique, soit par les progrès plus ou moins lents d'une ulcération perforante. Il s'en faut beaucoup, cependant, que dans toute hernie de l'iris il faille, dans le but de la réduire, recourir à la belladone ; car, autant dans certaines circonstances, cette dernière pourra se montrer utile, autant dans d'autres cas elle viendra aggraver le mal, et en seconder la marche et les funestes effets.

Si la perforation par laquelle se produit la hernie se trouve sur les limites de la cornée, c'est-à-dire à son insertion à la sclérotique, ou dans un point assez voisin de cette insertion, il est évident que la belladone, en produisant la dilatation de la pupille, poussera l'iris vers la perforation elle-même, tendra à l'engager de plus en plus à travers les lèvres de la plaie, et viendra ainsi, non opérer la réduction, mais

bien plutôt favoriser le développement progressif d'une hernie, qu'il importe tant de ne pas voir s'accroître, si toutefois on ne peut la voir se réduire.

Un fait de cette nature s'étant présenté à mon observation, j'obtins la réduction complète de la hernie iridienne par un procédé fort simple, qui agissait dans un sens tout à fait opposé à celui dans lequel l'iris eût été porté par l'administration d'une préparation quelconque, dont l'atropine aurait constitué le principe actif.

Une jeune fille âgée de douze ans, d'une constitution lymphatique prononcée, vint réclamer mes soins pour une hernie récente de l'iris, laquelle s'était produite à travers une perforation de la cornée, consécutive à une kératite ulcéreuse chronique droite. La tumeur formée par l'iris pouvait égaler en grosseur la tête d'une assez forte épingle; elle siégeait à 1 millimètre environ du contour de la sclérotique, en dehors et un peu au-dessous du diamètre transverse de l'œil.

Considérant que plus l'iris serait porté vers le cercle ciliaire, plus il tendrait à s'engager dans la perforation cornéenne; tandis que, d'un autre côté, plus la pupille se contracterait, plus ce mouvement serait favorable à la réduction de la hernie, en attirant l'iris en arrière, je conseillai de maintenir la malade couchée sur le dos et de solliciter de fréquentes et instantanées contractions de la pupille par l'exposition fréquente, brusque et de courte durée, de l'œil malade à une lumière présentée au-devant du champ pupillaire. Au bout de deux heures, la réduction était complète. Ce point obtenu, la plaie de la cornée arriva à une cicatrisation assez rapide, présentant une tache qui s'effacera peu à peu par le développement ultérieur des organes et l'amélioration progressive de la constitution de la malade.

Tumeur lacrymale chez un enfant nouveau-né. — M. Caron lit l'observation suivante :

Mme L..., âgée de quarante ans, sourde et muette, ayant eu déjà quatre enfants du sexe féminin, bien conformées et pourvues du sens de l'ouïe et de la parole, accoucha le 16 mars d'un garçon qui ne paraissait point sourd non plus, mais qui offrait les particularités que voici : Il portait à l'œil droit une tumeur du volume d'un œuf de canari environ, constitué par une hydropisie du sac lacrymal. Le liquide refluait difficilement par le point lacrymal correspondant, et malgré les pressions exercées, rien ne s'échappait par le canal nasal.

Fallait-il opérer, et par quel procédé? Valait-il mieux attendre? Je me décidai à opérer au bout de quarante-huit heures, après avoir fait inutilement des pressions ménagées et réitérées sur la tumeur et avoir essayé en vain de vider le sac par le point lacrymal. J'avais à faire le cathétérisme du canal nasal et à ouvrir, au besoin, le sac par la partie inférieure à l'aide d'un stylet caché dans le cathéter. Mais n'ayant pas sous la main de cathéter approprié, et la famille témoignant le désir de voir disparaître cette difformité, je me décidai à pratiquer, à l'aide d'une lancette à vaccination, une ponction sur le centre même de cette tumeur. En la pressant, j'en fis sortir tout le liquide séro-purulent qu'elle contenait; je fis une injection simple dans le sac, que je vidai complétement; puis je couvris aussitôt la plaie, ainsi que toute l'étendue des parois de la tumeur, d'une couche assez épaisse de collodion. Sous l'influence de ce topique compresseur, la peau se crispa, se ratatina, et ne se prêta plus au développement du sac.

En effet, au bout de vingt-quatre heures, la peau était légèrement rubéfiée au voisinage du collodion, la portion du cartilage avoisinant un peu injectée; mais en détachant avec l'ongle le collodion et le soulevant, je pus voir la petite plaie déjà cicatrisée, la partie pâteuse plutôt que tuméfiée et sans fluctuation. J'appliquai une nouvelle couche du topique imperméable, qui opéra bientôt, en se desséchant, la rétraction de la peau, et je le laissai quarante-huit heures en place. Au bout de ce temps, la tumeur parut effacée, la peau plissée, et je constatai que les mucosités nasales commençaient à couler du côté correspondant. J'ai recommandé de laver souvent l'intérieur du nez au moyen d'un pinceau, et depuis ces pansements, le cours des larmes s'est largement rétabli, et la tumeur lacrymale ne s'est plus reproduite. Il ne reste même aucune cicatrice visible dans le lieu où a été pratiquée la ponction. Il est probable que la tumeur à laquelle j'ai eu affaire était une véritable hydropisie du sac lacrymal, et que l'excessive distension de celui-ci occasionnait l'occlu..on du canal nasal, comme dans certains cas de rétention d'urine par regorgement.

Le même enfant offrait un phimosis assez prononcé pour mettre obstacle à l'évacuation des urines. Une incision pratiquée au prépuce sur sa face supérieure fit prompte justice de cette difformité.

M. Magne demande si M. Caron s'est bien assuré qu'il fût entré dans le sac et non dans un abcès; il pense aussi que le cours des larmes s'est rétabli sans le concours du collodion, qui ne comprimait pas.

M. Caron répond que le collodion lui a paru produire une assez puissante rétraction, qu'il s'appliquait très exactement, et que l'emploi de ce moyen, qu'il n'a vu nulle part consigné dans des cas de ce genre, lui a paru digne d'être signalé.

M. Duhamel ne partage pas l'avis de M. Magne concernant le peu d'effet du collodion dans l'observation en question. Il a employé cet enduit dans l'orbite chez un individu qui a souffert horriblement de la compression qu'il exerçait, au point qu'il voulait se mettre au bain et s'en débarrasser.

M. L. Boyer. Il me semble qu'il faut tenir compte de la forme des parties, de leurs surfaces concaves ou convexes. Le collodion tend à se resserrer en se desséchant, nul doute; nul doute aussi que sur un doigt, sur un testicule, il ne comprime. Mais dans le cas où l'a employé M. Caron, son action était-elle la même? Je ne le crois pas, parce que, la surface étant devenue concave après la ponction et l'évacuation du sac, cet enduit, en se crispant, se resserrant, n'a pu que s'éloigner de cette même surface ou tendre à la remonter et partant à faire le vide dans la tumeur au lieu de la comprimer.

M. Caron répond que les tissus étaient si bien rétractés que le cartilage tarse était dévié de sa rectitude. Il ajoute ensuite, pour répondre à un membre qui lui demande pourquoi il voulait se servir d'un stylet, qu'il désirait pénétrer dans le canal nasal par la perforation du sac, parce qu'il supposait une imperforation, d'autant mieux qu'il y en avait déjà une incomplète au prépuce.

M. L. Boyer pense que le rétablissement du cours du liquide lacrymal a été spontané.

M. Coursserant est de cet avis. Il fait remarquer qu'on imprime dans tous les livres qu'il faut chercher à désobstruer le canal au moyen d'un petit stylet, d'injections directes; qu'on a inventé pour ces opérations minutieuses une foule d'instruments plus ou moins délicats, mais que ces opérations n'ont pour ainsi dire jamais été faites d'une manière complète et avec succès.

Troubles nerveux déterminés par l'audition d'un sermon sur la mort. — M. Masson. Je vous ai raconté dans une précédente séance le fait d'un homme qui a présenté un état léthargique si prononcé que je l'ai cru mort, bien mort, et qui, à ma grande surprise, est revenu à la vie d'une manière si prompte qu'il s'est entretenu presque aussitôt avec moi d'affaires politiques. J'ai à vous citer un autre fait aujourd'hui qui fera comprendre l'influence des terreurs divines sur les imaginations exaltées et les consciences timorées. Un de nos clients, assistant à Saint-Roch à un sermon sur la mort et les supplices qui attendent les pécheurs, tomba sans connaissance au moment le plus pathétique. Il resta plus d'une heure dans cet état nerveux, la figure pâle, les yeux fixes, malgré les révulsifs et une application de sangsues. Ces accidents se sont enfin dissipés; mais la cause n'a pas entièrement épuisé son effet ou a déterminé un trouble profond dans le système cérébral, car ces mêmes accidents se sont reproduits plusieurs fois depuis le premier. C'est ici, je crois, ou jamais, le cas d'appliquer le précepte *contraria contrariis curantur*, c'est-à-dire que le meilleur remède serait un prône débité par le même prédicateur sur un sujet tout différent et qui rassurât la conscience épouvantée du pauvre malade.

L'érysipèle de la face serait-il contagieux dans certaines circonstances? — M. Bossu se pose cette question après avoir observé le fait suivant :

Une dame d'une trentaine d'années, demeurant à Paris, est prise d'un érysipèle simple de la face. Son père, habitant dans la Normandie, prévenu de cette maladie, vient voir sa fille. Cet homme, âgé de soixante ans et bien portant en arrivant à Paris, est pris lui-même d'un érysipèle peu de jours après son arrivée. Il désire recevoir les soins de sa gouvernante, qui est restée chez lui en province, et ordonne qu'on la fasse venir. Celle-ci, après trois ou quatre jours de séjour à Paris dans la maison où il y a déjà deux érysipélateux, est prise de fièvre, de mal de tête, de douleur et de gonflement aux ganglions cervicaux. Elle quitte son maître, qui déjà allait beaucoup mieux, pour se faire soigner chez une de ses amies dans la rue des Beaux-Arts. C'est là que M. Bossu la vit présentant l'état susdit et qu'il lui annonça le commencement d'un érysipèle.

En effet, dès le lendemain cette maladie était déclarée, et ce qu'elle a présenté de remarquable, c'est que la tête est devenue énorme; que la peau, semée de petites vésicules remplies d'un liquide séro-sanguinolent, avait l'aspect de celle qui aurait séjourné plusieurs semaines dans l'eau après une submersion, puis qu'elle s'est couverte d'une croûte épaisse tout à fait noire; qu'il y a eu une hémorrhagie nasale très abondante, qui s'est répétée plusieurs fois, et qu'enfin on eût dit en voyant la malade, dont on ne distinguait plus aucun trait, qu'elle était en pleine putréfaction, sauf l'odeur. Du reste, aucun accident sérieux n'est survenu.

Ce fait, ajoute M. Bossu, dans les circonstances où il s'est présenté, pourra avoir son importance dans la question de la contagion des maladies en général. Il peut servir aussi à établir une nouvelle forme de l'érysipèle, qu'on appellerait *forme hémorrhagique*.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

Bulletin du choléra. — L'épidémie est toujours stationnaire dans les hôpitaux, c'est-à-dire qu'après la recrudescence des derniers jours d'avril le chiffre quotidien est redescendu à peu près à la moyenne des jours précédents et s'y maintient d'une manière assez uniforme. Il nous serait difficile de dire exactement quelle est la situation des choses en ville, car nous n'avons pu avoir d'une manière régulière les chiffres officiels des cas et des décès déclarés aux mairies, pour en suivre les fluctuations parallèlement à celles que nous avons constatées dans les hôpitaux. Mais ce qui résulte du dernier relevé publié, c'est que l'épidémie n'a cessé de faire tous les jours un certain nombre de victimes dans les différents quartiers de Paris, et que dans une période d'une semaine, du 27 avril (qui correspond au déclin de la recrudescence) jusqu'au 3 mai, le chiffre s'est maintenu avec quelques oscillations à une moyenne de 16 par jour environ.

Voici, du reste, un relevé emprunté à des documents officiels, qui donnera une idée plus précise de la mortalité cholérique pour cette semaine.

Décès cholériques en ville :

27 avril,	21	1er mai,	18
28 —	21	2 —	13
29 —	17	3 —	13
30 —	9		

Ces décès se sont répartis dans les divers arrondissements de la manière suivante :

1er arrondissement,	6	7e arrondissement	5
2e —	4	8e —	8
3e —	19	9e —	7
4e —	0	10e —	16
5e —	15	11e —	10
6e —	13	12e —	6
Communes rurales.. . .	2		

Pour les journées écoulées depuis le 3, nous ne connaissons pas les chiffres, mais les cas de choléra graves et promptement mortels qui sont parvenus depuis cette époque à notre connaissance nous portent à présumer qu'il n'y aura pas dû y avoir une décroissance sensible.

D'un autre côté, bien qu'en général le nombre des invasions nouvelles ait beaucoup diminué dans les hôpitaux, quelques-uns de ces établissements semblent se trouver encore sous l'influence persistante de cette fâcheuse constitution. Tel est, par exemple, l'hôpital des Cliniques, où l'on voit encore journellement les nouvelles accouchées prises de diarrhée, et quelques-unes de symptômes cholériques plus complets.

Le relevé suivant fera connaître le mouvement des hôpitaux pour les quatre derniers jours de la semaine dernière.

Le 4 mai, cas nouveaux : 24

5 »	—	14	(11 du dehors,	3 de l'intérieur).
6 »	—	23	(19 —	4 —
7 »	—	24	(10 —	14 —

Décès pour les mêmes jours : Le 5, 11; le 6, 16; le 7, 18.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les inspections médicales de l'armée vont bientôt commencer. La répartition des arrondissements a été faite de la manière suivante :

1er arrondissement, M. le docteur Alquié : les 1re (Paris), 2e (Rouen), 3e (Lille) et 4e (Châlons-sur-Marne) divisions militaires.

2e arrondissement, M. le docteur Baudens : les 5e (Metz), 6e (Strasbourg), 7e (Besançon), 8e (Lyon), 9e (Marseille) et 20e (Clermont-Ferrand) divisions militaires.

3e arrondissement, M. le docteur Maillot : les 10e (Montpellier), 11e (Perpignan), 12e (Toulouse), 13e (Bayonne) et 14e (Bordeaux), divisions militaires.

4e arrondissement, M. le docteur Bégin : les 15e (Nantes), 16e (Rennes), 18e (Tours), 19e (Bourges) et 21e (Limoges) divisions militaires.

5e arrondissement, M. le docteur Vaillant : l'Italie, la 17e division militaire (Corse), la division d'Alger.

6e arrondissement, M. le docteur Guyon : les divisions d'Oran et de Constantine.

7e arrondissement, M. le docteur Michel Lévy : l'armée d'Orient.

Des instructions développées régleront les détails de l'inspection médicale, et notamment ceux de la mission confiée à M. le docteur Michel Lévy.

— Dans le but de faciliter les progrès de la botanique, il vient d'être fondé à Paris, par les botanistes des diverses parties de l'Empire, une Société qui prend le nom de *Société botanique de France*. La Société botanique de France, qui compte déjà 130 adhérents, s'est constituée le 23 avril, et a immédiatement nommé :

Président : M. A. Brongniart;

Vice-présidents : MM. Decaisne, Delessert, Gay et Moquin-Tandon;

Secrétaires : MM. Duchartre et de Schaunfeld;

Vice-secrétaires : MM. Cosson et Puel;

Trésorier : M. Caillette de l'Hervilliers;

Archiviste : M. de Bouis.

Membres du conseil : MM. baron de Brimond, Bouchardat, Chatin, Germain de Saint-Pierre, Graves, le comte Jaubert, Maille, Montagne, vicomte de Noé, A. Passy, R. Tulasne et Weddell.

— L'assemblée générale de l'Association médicale de prévoyance des médecins du Rhône aura lieu le jeudi 18 mai prochain, à trois heures précises, au palais St-Pierre. L'ordre du jour est fixé ainsi qu'il suit :

1° Discours par M. de Polinière, président;

2° Compte rendu par M. Diday, secrétaire général;

3° Éloge de Charles Pravaz par M. Munaret, membre de la commission administrative. Ce programme présente assez d'intérêt et de variété pour qu'il soit inutile d'engager nos confrères à assister à cette réunion de famille. Ils ne sauraient accueillir avec trop de sympathie la persévérance et le soin avec lesquels le bureau et la commission exécutive ont triomphé de tous les obstacles qui accueillent les associations naissantes. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— La *Revue des médecins des armées* annonce que du 11 au 24 janvier 1854, la moitié des blessés turcs sur le Danube inférieur a été enlevée par le typhus, la pourriture d'hôpital et les érysipèles.

Il y a un grand nombre de médecins, ajoute ce journal, mais on manque de chirurgiens habiles. La plus grande partie de ceux qui étaient venus avec l'armée égyptienne ont été enlevés par les maladies des camps. On doit des louanges aux médecins égyptiens ou italiens, qui pendant les combats vont secourir les blessés sur le champ de bataille.

Les Turcs, de même que les Russes, ont beaucoup de médicaments et de moyens de pansements; mais des deux côtés les cantonnements sont mauvais. L'expérience condamne hautement les logements souterrains (*burdchi*) ou casemates, qui fournissent deux fois plus de malades que les tentes.

De grands hôpitaux temporaires ont été formés à Matschin, Hirsova, Silistria, Rutschuk et Widdin.

Les maladies épidémiques, en février, ont été la dyssenterie et la variole, qui sévissaient à la fois sur les deux armées.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement, Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; par le docteur A. Foucart, lauréat (médaille d'or) et ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Légion d'honneur, secrétaire général de la Société de médecine pratique. Un volume in-8°. Prix, 6 fr. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

L'albuminurie dans ses rapports avec l'hématose, l'éclampsie des femmes enceintes; nouvelle interprétation de ses causes, de ses accès et de son traitement, par M. Edouard Robin. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 25.

Causes générales de la vieillesse, de la mort sénile et du développement de la taille dans les animaux, par M. Edouard Robin. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 25.

Ces deux ouvrages se trouvent aux librairies de J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, et de Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Eloge de la paume, et de ses avantages sous le rapport de la santé et du développement des facultés physiques, par M. Bajot, officier de la Légion d'honneur. — Un vol. in-8°. Prix : 5 fr. Chez F. Didot frères, rue Jacob, 56.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

M. le docteur Hardy vient de reprendre à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 4 mai, son cours sur les maladies de la peau. La première leçon a été consacrée à l'exposé de la classification qu'il a adoptée, et qui n'est autre que celle d'Alibert modifiée. M. Hardy, comparant la classification anglaise suivie par Biett et ses élèves à celle d'Alibert, fait ressortir les avantages de cette dernière et insiste particulièrement sur ce fait, que dans la méthode de l'illustre auteur du *Traité des dermatoses*, les maladies se trouvant réunies d'après leurs affinités de nature, chaque groupe présente des indications curatives communes à toutes les maladies dont ce groupe est composé. On comprend dès lors l'importance toute pratique de la classification préférée par M. Hardy. Plus de ces subtilités, ou plutôt de ces difficultés de diagnostic dans lesquelles se complaît le système de Willan. Il suffit de déterminer la famille à laquelle appartient une maladie cutanée pour que le traitement vienne s'offrir pour ainsi dire de lui-même. Nous avons, l'année dernière (9 juillet 1853), donné avec détail les idées de M. Hardy à cet égard; il nous reste aujourd'hui, avant d'aborder le compte rendu de ses leçons cliniques, à exposer en peu de mots la méthode qu'il se propose de suivre, et qui, nous le répétons, est calquée sur celle d'Alibert.

1° Dans un premier groupe se placent les macules, les taches et certaines difformités de la peau, telles que les verrues, etc. Ici le traitement est à peu près nul; il ne peut être que local, et doit surtout consister dans l'ablation de la difformité.

2° Une seconde division est formée par les inflammations locales, affections purement accidentelles, et qui peuvent ne se montrer qu'une fois dans la vie; l'érythème, par exemple. Ces maladies ne réclament d'autre traitement que celui qui convient aux inflammations simples, c'est-à-dire les antiphlogistiques, les applications émollientes, etc.

3° Dans un troisième ordre viennent se placer certaines maladies assurément fort différentes par leurs manifestations, mais semblables quant à leurs causes, qui est l'existence d'un parasite animal ou végétal. C'est ainsi que la gale résulte de la présence de l'acarus, et que le favus est dû à un champignon particulier. Quels moyens convient-il d'employer dans ces maladies? Il est bien certain que les calmants locaux, ne s'adressant qu'à l'effet et non à la cause, ne guériraient ni la gale, ni le favus; un traitement général resterait également sans effet. Que faut-il donc faire? Détruire le parasite à l'aide d'agents spéciaux.

4° Un groupe assurément bien naturel est celui des fièvres éruptives ou exanthémateuses (variole, rougeole, scarlatine), dans lesquelles l'éruption est bien évidemment secondaire. Dans ces fièvres, le traitement s'adresse à toute l'économie.

5° M. Hardy forme un ordre à part des différentes éruptions, quelle que soit d'ailleurs leur forme, qui se présentent symptomatiquement dans certaines affections fébriles; telles sont les pétéchies dans le typhus, le purpura dans le scorbut. Il est bien évident que ces lésions, n'étant que des épiphénomènes, ne méritent aucun traitement particulier.

6° Voici maintenant un groupe que l'on peut regarder comme le pivot sur lequel roule toute la classification d'Alibert, et par conséquent de M. Hardy; il s'agit de ces affections cutanées chroniques, rebelles, récidivant avec facilité, revêtant alternativement différentes formes, se transmettant si souvent par héritage, et dues manifestement à une disposition générale ou diathèse : ce sont les *dartres*. D'après l'ensemble des caractères que nous venons d'énoncer, il est bien clair que de semblables maladies ne sauraient être combattues par des moyens purement locaux, qu'il faut agir sur l'économie tout entière pour la modifier profondément, et par les procédés de l'hygiène et par ceux de la thérapeutique.

7° Une diathèse dont personne ne conteste l'existence, la *scrofule*, donne aussi naissance à diverses maladies cutanées qui, elles aussi, réclament un traitement général emprunté à l'hygiène et à la matière médicale, mais différent de celui qui convient aux dartres.

8° Mêmes remarques pour les différentes sortes d'éruptions qui signalent la *syphilis* constitutionnelle, et que leur identité de nature oblige encore de réunir en un seul groupe, quelle que soit d'ailleurs la diversité d'aspect sous lequel elles se présentent. Est-il nécessaire de dire que le traitement ne s'adresse pas ici à la manifestation cutanée, mais à sa cause, et qu'il doit être spécifique?...

9° Il est certaines maladies propres à certains pays, et dont quelques-unes seulement nous sont bien connues; telles sont la lèpre, le pian, la pellagre, le bouton d'Alep : ce sont les maladies *climatériques*. On peut réunir ces affections en un seul groupe jusqu'à ce que l'on soit mieux fixé sur leur nature.

10° Le cancer de la peau, désigné dans ces derniers temps par les micrographes sous le nom de *cancroïde* ou tumeur épithéliale, doit être décrit à part; son traitement n'offre qu'une seule indication, la destruction ou l'ablation.

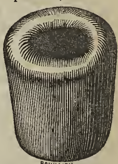
Dans le courant de l'année dernière, M. Hardy a donné l'histoire des premiers groupes; il se propose, cette année, d'insister particulièrement sur l'étude des *dartres* et des *maladies parasitaires*. Nous suivrons le professeur dans l'exposé de ses doctrines. B...

Nouveaux pessaires en agaric.

Les instruments et appareils destinés au traitement des maladies et des déplacements de l'utérus se sont multipliés depuis quelque temps dans une proportion véritablement énorme, et l'on ne peut que s'en applaudir; car si quelques-uns d'entre eux doivent, après un certain temps, disparaître de l'arsenal chirurgical, il en est beaucoup qui renferment une idée utile, témoignent d'un progrès réel et contribueront, au moins en partie, aux progrès de l'art.

Tels sont, croyons-nous, les pessaires en agaric, ou bolet amadourien. Sans vouloir aborder ici aucune question de priorité, nous rappellerons que l'un de nos chirurgiens les plus connus par ses ingénieuses inventions, M. Amussat, frappé des inconvénients que présentent les pessaires construits avec des substances dures (bois, ivoire, métal) ou trop résistantes, comme les pessaires dits en caoutchouc et composés en réalité de tissus recouverts d'huile siccative de lin, eut, il y a quelque temps, l'idée de faire recouvrir ces pessaires d'une couche d'agaric. Les essais qu'il fit dans ce sens furent des plus encourageants; en effet, grâce au velouté, au moelleux du bolet, les malades supportent facilement, pour la plupart, la présence de ces corps étrangers, qui ne provoquent pas les douleurs dues souvent aux pessaires ordinaires.

Depuis les premières expériences, un fabricant d'appareils de chirurgie, M. Poullien, qui avait exécuté ces pessaires, leur a fait subir d'importantes modifications, et c'est sur ces nouveaux instruments que nous voulons appeler un moment l'attention.



Les pessaires en agaric sont de plusieurs sortes. Les uns renferment un petit support en buis ou en ivoire, et sont simplement recouverts d'une ou de deux couches d'agaric. Les autres sont entièrement formés d'agaric, façonné selon le but que se propose le chirurgien, et soudé sur lui-même au moyen du caoutchouc. Parmi ces derniers, nous avons remarqué un pessaire qui nous paraît préférable à tout autre, et qui affecte la forme d'un cône tronqué percé à son centre d'un canal de 1 centimètre et demi à 2 centimètres de diamètre, destiné à faciliter l'écoulement des mucosités ou des liquides purulents qui s'échappent du col, et à laisser parvenir jusqu'à l'organe le liquide des injections.

FEUILLETON.

DE TOULON A GALLIPOLI.

Monsieur le rédacteur,

Je vous avais promis de vous donner, pendant mon voyage en Orient, tous les détails intéressants de médecine qui se présenteraient à mon observation; je viens tenir ma parole.

Partis de Toulon par un assez bon vent, nous avons touché à Marseille pour prendre des chevaux, et après quarante-huit heures d'une heureuse traversée nous sommes arrivés à Alger, où nous devions embarquer des troupes. C'est le moment de la belle saison pour l'Algérie. Certainement la baie d'Alger est, par sa végétation, la côte la plus belle de la Méditerranée. La ville, située sur le flanc d'une montagne peu élevée, conserve encore dans sa partie haute tous les caractères d'une cité mauresque : maisons blanches à fenêtres rares et étroites, rues très peu larges et en partie recouvertes par le toit des maisons. Ces rues étroites sont bien plus accommodées à la chaleur du pays que les larges rues Bab-el-Oued et Bab Azoun qui sillonnent Alger dans sa partie basse et qui ont un aspect tout français. Ces rues ont des maisons disposées en arcades, comme dans les villes de l'Italie.

Ce qui frappe l'étranger tout d'abord, c'est la culture savante et non routinière des environs d'Alger, si différente de celle qu'a produite en France le morcellement de la propriété.

Il est bon de combattre cette vieille idée qui nous représente comme brûlant le climat algérien. Pour ma part, je préférerais la côte d'Algérie aux bords brumeux de la Seine ou du Rhône; et, puisque je vous parle de topographie médicale, j'avoue qu'à mon avis il est peu de pays qui présentent autant de conditions de salubrité que notre colonie. Il n'est besoin, du reste, que de jeter un coup d'œil sur la population du pays pour y reconnaître tous les signes d'une robuste santé.

Grâce au *jardin d'essai* fondé près d'Alger, au fond de la baie, on acclimate en Algérie tous les végétaux susceptibles de donner des produits à l'industrie. La culture du coton, que l'on y a naturalisée, grâce aux soins de M. Hardit, directeur du jardin d'essai, paraît surtout promettre de brillants résultats au commerce. Cet habile agronome est parvenu depuis un mois à réaliser le rêve des filateurs américains; il a appliqué la vapeur au cardage du coton au moyen d'un mécanisme très simple que j'ai pu voir fonctionner sous mes yeux. Il dépouille avec une rapidité que l'on n'osait espérer le fruit du cotonnier. Voici en quoi consiste son procédé : d'abord un moteur à la vapeur d'une construction élégante et simple, qui fournit en même temps le mouvement à une filature de soie adjacente. Puis, au moyen d'un double système de cardes combinées, il fait subir au coton brut une première opération qui éparpille les fils sans détacher le noyau. A ce système sont adaptés en ligne une quantité indéterminée de petits tours qui, au moyen de deux cylindres en fer recouverts de lanières de cuir de Strasbourg, dépouillent le coton de son noyau à mesure que des enfants d'une douzaine d'années présentent le produit de la première opération à l'engrenage des deux systèmes. Je vous ai dit deux cylindres en fer recouverts de cuir de Strasbourg, et c'est en cela surtout que consiste l'invention. Les Américains et tous les filateurs, jusqu'ici, n'avaient su employer que des cylindres en bois; ils présentaient l'inconvénient de s'enflammer bien vite par leur frottement continuel. D'un autre côté, on avait essayé des simples cylindres en fer; mais souvent le noyau se broyait, et alors le produit était avarié.

L'inventeur, en ayant l'heureuse idée de recouvrir ses cylindres métalliques de fortes lanières de cuir, a obvié à tous ces inconvénients, et promet à notre exposition de 1855 de laisser bien loin tous ses concurrents des colonies. Ses produits s'obtiennent avec une grande rapidité; l'invention, loin de nuire à la qualité, la donne meilleure. Il y a par conséquent économie et résultat plus net. Ces filatures de coton sont les plus saines de toutes les usines industrielles; elles sont bien aérées, et ne présentent pas le même inconvénient que celles où se fait le cardage des laines et l'odeur infecte des filatures de soie.

En somme, les efforts du gouvernement réunis à ceux des colons nous promettent de beaux cotons, des soies, sinon de première qualité, du moins en quantité considérable; des blés capables de nourrir un jour la France entière, comme autrefois l'Égypte fit pour Rome; des orges et des fourrages susceptibles de produire, d'élever et de nourrir cette excellente race chevaline qui remonte déjà notre cavalerie légère, et la cochenille dont il est impossible de prévoir aujourd'hui tout l'avenir commercial. Je ne vous parle que comme mention de la canne à sucre, du tabac, du café, des fruits délicieux de toute sorte qui viennent sous ce climat privilégié.....

Nous ne tardâmes pas à reprendre la mer; le temps continuait à être superbe et les nuits délicieuses; notre traversée, embellie par le concert que nous donnait tous les soirs la musique du régiment que nous portions, nous permettait à peine de regretter nos belles côtes de France. La route d'Alger à Gallipoli n'est qu'une longue promenade à travers les souvenirs de nos chères études classiques.

Nous cinglâmes vers Malte avec une rapidité que ne purent ralentir notre lourd chargement, ni le brick que nous traînions à la remorque. Un moment nous eûmes l'espoir de relâcher à la Valette pour faire du charbon, malheureusement nos désirs ne purent être satisfaits; nous eûmes toutefois le loisir de voir d'assez près ce dernier asile des chevaliers de Saint-Jean de Jérusalem, encore tout couvert d'églises, de couvents, de châteaux, traces impérissables de leur domination.

La Valette, où Napoléon s'étonna de pénétrer si facilement, nous parut admirablement bien fortifiée. L'île, quoique peuplée, est très aride; mais qu'importe aux Anglais un sol fertile et de riches plaines? Ce qu'il leur faut, ce sont des points militaires imprenables et de bons

Un autre pessaire à forme ovoïde, du volume d'un abricot ou d'une petite pêche, renferme une coque vide, en buis, percée d'un trou par lequel on la remplit avec une petite seringue d'une substance médicamenteuse, et de plusieurs très petites ouvertures qui permettent au liquide intérieur d'imbiber graduellement l'agaric et d'agir d'une manière continue sur les parois du vagin. Quelques chirurgiens ont cru trouver dans ce petit appareil un moyen de modifier plus efficacement la muqueuse vaginale qu'avec les injections qui ne séjournent pas dans le vagin.

Une des principales objections qui se présentent tout d'abord était celle-ci : à savoir, si à leur tour les liquides vaginaux n'imbiberaient pas le bolet et ne constitueraient pas un foyer d'infection dans la partie malade; enfin, si les nouveaux appareils seraient faciles à nettoyer. L'expérience a démontré que les pessaires en agaric se lavaient avec la même facilité qu'une éponge, et qu'il suffisait de les tremper dans l'eau en les exprimant plusieurs fois pour les nettoyer complétement. M. Poullien nous a fait voir une malade qui porte depuis près de quatre mois un de ces appareils, et qui nous a dit n'avoir eu qu'à s'en féliciter. L'application de l'agaric à la construction des pessaires nous paraît donc une découverte utile, et il nous semble peu douteux que l'expérience ne vienne confirmer les succès déjà obtenus. Depuis près de dix-huit mois, M. Amussat n'emploie presque plus d'autres pessaires dans sa pratique, et il n'a eu, jusqu'à présent, aucun reproche à leur adresser.

Tuméfaction indurée d'une portion du col de l'utérus faisant obstacle à l'accouchement. — Débridement. — Accouchement facile.

Parmi les causes nombreuses et variées qui peuvent faire obstacle à l'accouchement ou tout au moins le ralentir assez pour nécessiter l'intervention de l'art, il en est plusieurs qui proviennent de l'état du col et qu'il importe de distinguer avec soin si l'on ne veut s'exposer à recourir à des moyens dont le moindre inconvénient serait d'être inutiles, et qui dans quelques circonstances pourraient même être directement préjudiciables. Parmi ces états du col qui peuvent apporter un obstacle plus ou moins grand à l'expulsion du fœtus, les accoucheurs distinguent la simple rigidité du col, la rétraction spasmodique et l'induration hypertrophique du col. Cette distinction est d'autant plus importante que les moyens à employer dans chacun de ces cas sont très différents et ne sauraient être indistinctement mis en usage. Tandis que la simple rigidité du col, n'existant qu'au début du travail, c'est-à-dire à une époque où les membranes sont encore intactes, ne réclame aucun moyen actif ou tout au plus l'usage d'un bain prolongé ou d'injections émollientes, la rétraction spasmodique réclame, suivant que l'on a affaire à des femmes fortes, pléthoriques ou à des femmes nerveuses et irritables, l'emploi de la saignée ou l'usage des narcotiques, de l'opium ou de la belladone, et l'induration hypertrophique ne cède qu'aux débridements. On conçoit donc l'importance qu'il y a à bien distinguer ces différents états.

Le premier de ces états, la simple rigidité du col, ne se manifestant en général que pendant la première période du travail, et cédant de lui-même à mesure que le travail avance, se distingue assez bien par cela même, par les douleurs de reins dont il s'accompagne, et par cette autre circonstance qu'il se rencontre surtout chez les femmes très jeunes ou bien chez celles qui accouchent pour la première fois à un âge avancé, pour qu'il soit facile de ne pas le confondre avec les deux autres. C'est donc entre la contracture spasmodique et l'induration hypertrophique qu'il reste à établir la distinction. Or, le toucher suffit ordinairement très bien pour les faire reconnaître. Dans le premier cas le col est mince, très mince même quelquefois, extrêmement douloureux au toucher; cette circonstance est même celle qui distingue peut-être le plus nettement la contracture et de l'induration hypertrophique et de la simple rigidité. Enfin l'hypertrophie avec induration se reconnaît aisément à l'épaississement et à la consistance dure du col, épaississement et dureté qui n'existent le plus ordinairement que sur une portion plus ou moins circonscrite de cet organe.

Tel a été le cas d'une femme qui s'est présentée récemment à la Clinique, et qui a fourni à M. le professeur P. Dubois le sujet de quelques-unes des considérations que nous venons de rappeler.

Cette femme, couchée au n° 9 des salles d'accouchements, était depuis quarante-huit heures en travail; les membranes étaient rompues, les contractions étaient énergiques, et cependant l'orifice du col restait toujours au même point, c'est-à-dire présentant une ouverture de 2 à 2 centimètres et demi tout au plus de diamètre; les bords en étaient durs et épaissis, mais inégalement. L'épaississement était borné à un segment correspondant à la partie droite et antérieure du col, et comprenant un peu plus du tiers de l'organe. Sur les limites de la portion indurée, le col présentait au contraire un amincissement remarquable des deux côtés.

Il était évident qu'en cet état de choses la dilatation complète du col était impossible, elle n'eût pu se faire que par une déchirure. Une déchirure spontanée, sans doute, eût naturellement fait cesser l'obstacle à l'accouchement et en eût facilité la terminaison. Mais fallait-il attendre les éventualités de cette déchirure, et n'était-il pas à craindre d'ailleurs qu'elle ne dépassât les limites nécessaires pour l'accouchement et qu'elle n'allât beaucoup trop loin ? Dans cet état de choses, M. P. Dubois a pensé qu'il était préférable et plus prudent d'aller au-devant, en pratiquant des débridements. C'était, en effet, le seul moyen à opposer à cet état du col. Il fallait bien se garder ici de faire les incisions sur la portion indurée, ce qui eût exigé de les multiplier et de les étendre outre mesure; c'est sur les côtés de l'induration, c'est-à-dire sur les portions les plus amincies du col, que M. P. Dubois s'est proposé de pratiquer les débridements. En conséquence, ayant dirigé sur l'un de ses doigts un bistouri droit à lame étroite (on doit se servir de préférence dans ce cas d'un bistouri à gaîne, mais M. Dubois n'en avait pas dans ce moment sous la main), il a profité d'une contraction pour inciser, ce qu'il a fait par simple pression. Ces incisions faites, une sur chacun des côtés de l'induration, la dilatation a commencé à s'effectuer et a été assez complète au bout de trois heures pour que l'accouchement se terminât avec facilité.

Cette petite opération n'est pas grave en elle-même. M. Dubois, dans toutes les circonstances où il y a eu recours, en a toujours obtenu un résultat favorable et toujours inoffensif. Mais pour en assurer le succès, il ne faut pas attendre trop tard pour y recourir. Il ne faut pas oublier que cette opération est faite, en général, dans des circonstances graves, après un très long travail et alors que les femmes sont déjà épuisées par des douleurs excessives; de sorte que si leur sort venait à être compromis, bien que cela ne pût arriver que par le fait même des circonstances qui ont nécessité l'opération, et non par le fait de l'opération elle-même, on ne manquerait probablement pas de lui imputer ce fâcheux résultat. Aussi faut-il s'attacher à reconnaître de bonne heure la cause de l'obstacle à la dilatation, afin d'y obvier par les moyens appropriés avant que les femmes ne soient tombées dans un épuisement irrémédiable.

Arthrite blennorrhagique. — Traitement par la vératrine.

Un malade couché dans les salles de M. Trousseau se présente avec une arthrite du genou. La première question que lui a adressée M. Trousseau a été celle-ci : « Avez-vous eu une blennorrhagie? » Sur la réponse affirmative du malade, il y avait déjà un premier motif de présumer que l'on avait affaire à une arthrite blennorrhagique. Cette présomption s'est raffermie encore par les détails plus précis donnés par le malade sur la manière dont l'arthrite du genou s'est développée, sur son invasion soudaine après la disparition brusque d'une blennorrhagie, sur la migration successive de semblables douleurs dans plusieurs articulations, et enfin par cette circonstance qui semble pouvoir servir de caractère distinctif à ce genre d'arthrite, à savoir, que malgré l'existence successive de plusieurs arthrites, il n'y a jamais eu aucun signe d'affection du cœur. On soit du reste combien il est commun de voir, à la suite de la suppression brusque d'une blennorrhagie, survenir de ces engorgements inflammatoires des articulations. C'est là du reste un fait de solidarité qui n'est pas propre seulement à la blennorrhagie; cette coïncidence, ou plutôt cette solidarité s'observe assez souvent entre l'arthrite et la dyssenterie dans les pays où cette dernière affection est commune. Stoll pose en principe que la dyssenterie qui régnait épidémiquement de son temps n'était autre chose qu'un *rhumatisme des intestins*, engendré par les mêmes causes qui produisent les rhumatismes sur la fin de l'été et dans l'automne. Il fondait cette communauté d'origine et cette identité de nature sur ce qu'on voyait chez quelques sujets la dyssenterie survenir en même temps que le rhumatisme disparaissait brusquement des membres; sur ce que d'autres fois un même individu était attaqué en même temps d'un rhumatisme et de la dyssenterie; sur ce que dans quelques cas la dyssenterie cessait tout à coup aussi du moment que les poignets ou les genoux s'enflaient et devenaient douloureux; enfin sur ce que le même traitement convenait aux deux maladies. M. Trousseau a connu, il y a une trentaine d'années, un médecin de ses condisciples qui, pendant le règne d'une épidémie de dyssenterie, vit survenir, après la brusque disparition de la dyssenterie, une arthrite tellement intense que l'articulation fut rompue.

C'est d'après des motifs analogues qu'on est fondé à admettre dans le cas dont nous parlons une arthrite blennorrhagique. Cette maladie ne paraissant à M. Trousseau différer au fond de l'arthrite rhumatismale que par sa plus grande tendance à la chronicité et par l'absence, dans le plus grand nombre des cas du moins, de complications du côté du cœur, la marche étant d'ailleurs la même, il a pensé qu'il n'y avait pas de motif pour la traiter différemment. Le malade a donc été soumis à l'usage de la vératrine. Nous le suivrons pour apprécier les effets de ce médicament comparativement aux cas d'arthrite rhumatismale aiguë simple.

Ectropion traité par l'occlusion des paupières. — Fièvre typhoïde survenue intercurremment. — Mort. — Effets du traitement.

Nos lecteurs se rappellent sans doute ce malade atteint d'un ectropion extrêmement prononcé de la paupière supérieure dont nous les avons entretenus dans le temps, et chez lequel M. le professeur Nélaton a produit l'occlusion artificielle des paupières au moyen de la suture de leurs bords libres après section préalable de la paupière extroversée, dans le but d'obtenir la guérison radicale de cette difformité (voir le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 4 février de cette année). On se souvient qu'en pratiquant cette opération le professeur avait eu un double but :

1° Protéger l'œil exposé par le défaut de son organe protecteur à l'action de toutes les causes de lésion extérieure, et menacé, par le seul fait de son exposition continue à l'action de l'air et de la lumière, d'une destruction plus ou moins prochaine;

2° Obtenir l'élongation de la paupière supérieure à la faveur du

---

ports de relâche; les rochers de Malte et de Gazo font parfaitement leur affaire, ils les peuplent de canons.

A quelques milles de Malte, par un coucher superbe du soleil d'Afrique, nous aperçûmes au loin l'escadre de l'amiral Bruat qui portait à l'armée alliée un renfort de six mille hommes.

Le lendemain, par une fraîche brise, nous doublions à minuit le cap Saint-Ange, laissant à notre droite l'île de Cerigo (ancienne Cythère).

C'est ici que mes souvenirs classiques ont reçu une rude atteinte. Toutes ces îles de l'Archipel que les poëtes m'avaient dépeintes sous un aspect charmant m'apparurent dépouillées de leur prestige avec leurs rochers nus, leurs montagnes incultes peuplées encore de quelques misérables bandits, et leurs falaises blanches qui abritèrent autrefois dans leurs criques les caravelles de nombreux pirates.

Nous entrâmes en rade de Milos pour prendre un pilote. Cette île, jadis célèbre, n'a conservé de son antique splendeur que sa rade magnifique, la seule chose que la domination musulmane n'ait pu lui enlever; elle fournit des pilotes à tous les bâtiments qui traversent l'Archipel. Sa population est très belle, vigoureuse, et paraît avoir hérité de la valeur des Spartiates dont elle descend.

Le seul village de l'île, perché comme un nid d'aigle sur le sommet d'une haute montagne, voit à ses pieds se dérouler la petite vallée où florissait autrefois Mélos, capitale de l'île. Là fut exhumée la magnifique Vénus, le chef-d'œuvre le plus parfait que l'antiquité ait légué à l'admiration des temps modernes. Aujourd'hui encore on y découvre de nombreuses sculptures enfouies dans le sol.

Je passe sous silence le spectacle ravissant qu'offre aux yeux du voyageur le passage des Dardanelles; je me hâte d'arriver à Gallipoli, où se réunit l'armée alliée.

Gallipoli, ancienne colonie génoise, est placée à l'entrée de la mer de Marmara. Elle présente une température excessivement variable; aussi les maladies de poitrine y sont-elles très fréquentes. Le vent d'est, celui qui vient de la mer de Marmara, est très froid; tandis que le vent du sud, qui vient de la Méditerranée, est d'une chaleur accablante.

A l'entrée du port, on voit une petite tour où un santon resta pendant quarante ans sans jamais sortir. Tous les jours on lui apportait des provisions et du tabac, et il employait son temps à fumer et à prier.

L'intérieur de la ville est sale, mal pavé, pas de rues alignées; les maisons, mal closes, abritent peu les habitants contre les froids rigoureux de l'hiver. Les bazars grecs et juifs ne sont que de misérables boutiques fermées par des ais mal joints.

Le terrain argileux des environs est très bien cultivé et produit en abondance des grains de toute sorte. La vigne y croît assez bien et produit de bons vins. Mais la population, soit habitude, soit incurie, ne sait pas tirer parti de ses produits agricoles.

L'arrivée du corps expéditionnaire a fait hausser considérablement les objets de consommation, qui étaient auparavant d'un extrême bon marché. Le pacha, de concert avec le général français, a pris alors un arrêté qui tarife toutes les denrées à des conditions avantageuses pour les indigènes, sans les élever encore au prix qu'elles auraient en France.

Les campements des divers corps ont été choisis avec intelligence et sur un espace assez étendu pour obvier aux inconvénients de l'agglomération en un point resserré d'un trop grand nombre d'individus. Le gouvernement du sultan avait du reste disposé des tentes à l'avance, de sorte qu'en débarquant les troupes alliées ont pu trouver un abri contre le froid rigoureux qui sévit encore dans ce pays.

Il ne faut pas croire que le mot d'Orient implique pays chaud ou même climat tempéré; Constantinople et Gallipoli jouissent, au contraire, d'une température assez froide et toute différente de celle que nous leur attribuons en France d'après les descriptions mensongères des voyageurs.

J'oubliais, à propos d'hygiène, de vous parler des bains turcs. Je ne m'étendrai pas ici sur l'effet qu'ils produisent sur la santé; vous le comprendrez mieux que moi quand je vous aurai dit en quoi ils consistent. On entre dans un vieil établissement turc, où tout d'abord le chef vous fait déposer entre ses mains tout ce que vous avez de précieux. Deux nègres vous prennent sous les bras, vous font quitter vos chaussures, et vous conduisent à travers des parvis et des escaliers de marbre sous une étagère où vous devez mettre vos habits. Là, à mesure que tombe chaque pièce de votre costume européen, vos masseurs la remplacent par la pièce équivalente du costume oriental. Alors ils vous passent aux pieds des sandales, et vous conduisent à travers deux ou trois chambres obscures dans la salle des bains. Elle est toute pavée en marbre blanc. On vous couche à plat ventre sur les dalles, et vous ne tardez pas à être tout en moiteur, car la salle est une étuve. Cependant vos masseurs, accroupis à vos côtés, vous tâtent de temps en temps, et sitôt qu'ils vous jugent convenablement inondé de sueur, ils vous font craquer l'une après l'autre toutes les articulations, vous massent avec les mains nues, puis avec un gantelet de fine étoffe de crin. Le massage dure une demi-heure. Enfin, un des nègres apporte une moitié de coco pleine de filasse d'aloès imbibée de savons odorants; en un clin d'œil votre corps est tout blanc d'une écume moelleuse; on vous lave à grande eau tiédie, et l'on vous refait un costume oriental un peu plus élégant que le premier; puis l'on va vous coucher sur un matelas étendu sous l'étagère où vous avez déposé vos habits. Là, bien recouvert de légères étoffes de coton, vous transpirez à votre aise, fumant le chibouk et buvant d'excellent café. Vos masseurs restent accroupis à vos pieds pendant les trois heures que dure ce repos voluptueux. Alors vous reprenez vos vêtements, et l'on vous remet à la porte tous les objets déposés par vous, sauf 2 fr. : le prix du bain.

N'allez pas vous figurer que ces établissements, pour avoir des parvis de marbre, brillent pourtant de tout le luxe oriental; loin de là, les plus propres de Gallipoli sont un peu sales, et sentent assez mauvais.

CORNET.

(La fin de cette lettre au prochain numéro.)

tissu cicatriciel qui devait combler l'espace compris entre les deux lèvres de l'incision.

A cet effet, l'occlusion devait être maintenue pendant un temps suffisant pour que la cicatrice ne pût plus se rétracter, c'est-à-dire pendant au moins une année.

Nous avions pris acte de ce fait qui n'avait encore qu'un seul précédent dans la science (précédent malheureux par suite d'une trop grande précipitation de la part du chirurgien), nous promettant d'en suivre les diverses phases et d'en faire connaître le résultat définitif.

Un incident malheureux, la mort du malade à la suite d'une affection typhoïde survenue pendant le cours du traitement, est venu brusquement faire perdre le fruit de cette tentative. Cependant, tout incomplet qu'il est, ce fait ne doit pas être entièrement perdu pour la science; il renferme un enseignement dont elle devra faire son profit pour l'avenir. Avant de faire connaître l'état des choses au moment de la mort, rappelons d'abord en peu de mots ce qui s'est passé depuis le jour de l'opération jusqu'à ce dernier moment.

L'opération, on s'en souvient, avait consisté à pratiquer une incision transversale de la paupière supérieure immédiatement au-dessous du sourcil, à abaisser cette paupière rendue ainsi mobile jusqu'à ce qu'elle pût être mise en contact avec la paupière inférieure, puis à aviver les bords libres de ces deux paupières et à les réunir par trois points de suture entrecoupée.

Rien de particulier ne s'était passé le lendemain et le surlendemain de l'opération, si ce n'est que le malade a accusé quelques douleurs au niveau du point d'union des paupières.

Le troisième jour, M. Nélaton coupa les fils de la suture, l'adhésion étant déjà complète. Après plusieurs jours d'applications réfrigérantes on fit un pansement consistant dans l'application d'un petit linge cératé et d'une bandelette agglutinative placée obliquement sur l'œil, de manière à tenir toujours les deux paupières en contact, et à prévenir le renversement du cartilage tarse aux extrémités des paupières sur lesquelles n'avait pas porté la suture.

Au bout d'une dizaine de jours environ, les résultats étaient aussi satisfaisants que possible. L'adhérence était presque complète entre les deux paupières; elle était complète dans plus des deux tiers internes de leur étendue; quelques bourgeons charnus commençaient à s'élever du fond de la plaie de la paupière supérieure.

Tel était l'état de ce malade lorsqu'il fut autorisé à quitter l'hôpital, où il devait se présenter de temps en temps pour faire constater son état. Deux mois après environ, ce jeune garçon ayant été pris d'une fièvre typhoïde, ainsi que nous venons de le dire, se fit conduire dans le service de M. Nélaton, où l'on constata, entre autres phénomènes, ce qui suit :

L'œil droit, celui qui n'avait point été opéré (cet œil était atteint aussi d'ectropion, mais à un degré beaucoup moins considérable) était devenu poudreux à sa surface, la cornée s'était ulcérée et le globe oculaire était devenu le siége d'une suppuration; il était, en un mot, en voie de destruction. L'œil gauche, au contraire, protégé par les paupières soudées l'une à l'autre, était resté parfaitement intact. Ainsi, tandis que l'œil dont l'état était si compromis avant l'opération, et qui était menacé d'une destruction complète plus ou moins prochaine, avait, grâce à l'occlusion artificielle et protectrice des paupières, échappé à l'influence pernicieuse générale que l'état typhoïde avait exercée sur tous les organes et toutes les surfaces muqueuses exposées à l'air libre, l'œil droit, que son ectropion commençant avait laissé exposé à ces fâcheuses conditions, avait subi cette mauvaise influence, malgré tous les soins qui furent pris pour l'en préserver. Le sujet étant mort, l'examen des yeux permit, en effet, de reconnaître que l'œil gauche était revenu à un état qui eût parfaitement permis la vision; l'œil droit était détruit.

Il ressort de là, comme on le voit, un enseignement des plus importants sur le rôle que jouent les organes protecteurs du globe de l'œil dans l'état physiologique comme dans certains états morbides généraux graves, et un commencement de présomption en faveur de l'efficacité du mode de traitement essayé dans cette circonstance.

Hypertrophie de la rate chez les enfants du premier âge.

Il y a eu récemment à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bouchut, deux jeunes enfants cachectiques dans un état d'anémie profonde avec une hypertrophie de la rate très prononcée.

Le premier de ces enfants, âgé de 2 ans, couché au n° 5 de la salle Sainte-Marguerite, avait une fièvre continuelle avec exacerbation quotidienne vers le soir et sueur assez forte; mais il n'était jamais sans fièvre. Il avait de la diarrhée depuis plusieurs mois, de l'œdème et de l'anasarque. Ses urines, non albumineuses, offraient un dépôt d'urate d'ammoniaque soluble par la chaleur ou l'addition d'une petite quantité d'acide azotique.

Cet enfant habitait le 12e arrondissement, dans une rue étroite, malsaine et non pavée. Il succomba au bout de quelques jours avec un anasarque général et des épanchements dans les cavités séreuses. La rate, rutilante, très dure, était granulée comme le tissu du foie; elle avait 14 centimètres de diamètre vertical, 7 centimètres de diamètre transversal et 3 centimètres d'épaisseur. La substance corticale des reins offrait de chaque côté des taches de pourpre hémorrhagique assez nombreuses.

Le second enfant, couché au n° 2 de la même salle, né à Paris, âgé de trois ans, élevé dans la misère, était depuis deux ans pâle, bouffi et fréquemment pris de diarrhée.

Il est rachitique; ses paupières sont bouffies; sans anasarque et sans urines albumineuses : il a la fièvre d'une manière presque continue; mais tous les soirs, à la même heure, il y a un redoublement prononcé avec sueur abondante. La rate est énorme et facile à sentir avec la main; elle descend jusque dans la fosse iliaque et donne une matité de 13 centimètres sur 8 centimètres en longueur et en largeur.

Les os sont mous, flexibles et douloureux. Les extrémités spongieuses des os longs sont légèrement tuméfiées. L'enfant n'a pas d'appétit et a de la diarrhée. Il est d'une faiblesse extrême.

M. Bouchut donna d'abord à cet enfant, contre le rachitisme, des bains d'eau salée et de l'huile de foie de morue; mais n'obtenant pas d'amélioration, il donna la quinine brute à la dose de 30 centigrammes, et les phénomènes rémittents ainsi que les sueurs quotidiennes disparurent complétement. La rate diminua beaucoup, et au bout de dix jours elle n'avait plus que 6 centimètres sur 10; sous l'influence de cette médication antipériodique, l'état général devint très rapidement meilleur; la diarrhée cessa et les forces revinrent graduellement.

Ces deux faits intéressants offrent l'exemple de cachexies paludéennes avec fièvre rémittente et hypertrophie de la rate nées sous l'influence de la misère et des mauvaises conditions d'hygiène où se trouvent placés certains enfants. C'est aussi ce qu'on observe sur les enfants des habitants de la Sologne, de la Bresse et des pays où la fièvre intermittente est endémique.

Les faits observés dans ces pays de fièvre donnent la clef de ceux qu'on voit à Paris dans des circonstances un peu différentes. Quoiqu'il n'y ait pas de marais à Paris, il y existe cependant des fièvres assez rares et sans gravité, qui se montrent chez l'adulte et chez les enfants. Dans le premier âge, le diagnostic de ce genre de fièvre est bien plus difficile. Les accès sont irréguliers, incomplets; ils viennent tous les jours ou tous les deux jours, rarement à la même heure; le froid manque souvent; il n'y a qu'une horripilation légère, suivie de chaleur; la sueur même n'est pas un phénomène constant. A une époque avancée de la maladie, la fièvre intermittente devient rémittente, c'est-à-dire continue, avec exacerbations quotidiennes, irrégulières, et avec des sueurs assez abondantes. L'économie souffre, le sang s'appauvrit, la rate devient très grosse, et les enfants tombent dans un état de cachexie qui amène l'anasarque, le pourpre, les convulsions, et enfin la mort.

D'après les recherches de M. Bouchut, il paraît que cette maladie guérit très bien par l'administration de la quinine brute à la dose de 20 à 30 centigrammes; par les petits lavements d'eau légèrement vinaigrée, tenant en solution 10 à 20 centigrammes de sulfate de quinine.

Dr Brochin.

HOPITAL DE MOSCOU. — M. Gros.

Quelques remarques pratiques sur l'intoxication saturnine.

Les différences de latitude et d'état social ne manquent pas de donner à la population des hôpitaux une physionomie spéciale. C'est un fait banal sur lequel nous nous proposons de revenir cependant prochainement pour examiner à vol d'oiseau les affections rares ou fréquentes ici comparativement à nos hôpitaux de Paris. Certaines affections ne peuvent guère s'étudier ici faute de sujets; les maladies de la peau, par exemple, seraient un mince exercice pour nos savants dermatologues. Il en est d'autres qu'on croirait moins fréquentes qu'en France ou ailleurs, mais cela tient à ce qu'elles ne se soucient pas de l'intervention de l'art. Au nombre de ces dernières se trouvent les maladies saturnines. On peut avoir ici une longue habitude des hôpitaux sans avoir vu un seul cas de colique de plomb, et il ne serait pas étonnant qu'elle fût méconnue et prise pour quelque péritonite anomale ou une entérite rebelle. Il ne faut pas croire cependant que la population ouvrière jouisse à cet égard d'une heureuse immunité ou que les sources d'intoxication soient plus rares qu'ailleurs, comme on aura lieu de le voir dans l'exposé de ces quelques remarques.

Nous avons eu l'occasion d'étudier la matière sur des ouvriers occupés à la fabrication du blanc de céruse.

Dans le plus grand nombre des établissements, on fabrique encore par la voie sèche. Il nous est regrettable que des convenances locales ne nous aient pas encore permis de prendre connaissance par nos yeux de l'état sanitaire des autres fabriques pour le comparer à celui des ouvriers auxquels nous donnons des soins. Mais cette lacune peut se combler jusqu'à un certain point, puisque plusieurs de nos ouvriers ont travaillé ailleurs, et que la fabrication et l'hygiène sont d'une grande uniformité.

Disons-le tout d'abord, des mesures vraiment prophylactiques sont impossibles ici; d'ailleurs, elles sont reconnues impuissantes en France, où ces questions ont été étudiées par les hommes les plus compétents et où les habitudes des ouvriers devraient s'y prêter plus facilement.

La maladie passe inaperçue, disions-nous, bien que l'intoxication soit quotidienne et meurtrière. Sans atténuer l'arrêt énergique d'une commission de Paris, qui voulait que tôt ou tard les ouvriers fussent voués à une mort certaine et misérable, il est pourtant curieux de remarquer que de père en fils il y a des ouvriers cérusiers, et que, s'ils travaillent pendant quarante ou cinquante ans, ils n'ont pas l'air de compter beaucoup plus de martyrs que tant d'autres industries.

On ne prend aucune mesure dans les fabriques, et les ouvriers ne savent pas qu'ils manient un poison. Quand ils ont travaillé pendant six, huit ou douze semaines et qu'ils se sentent plombés, ils partent pour leur village, où ils prennent du lait, du salé, transpirent et souffrent avec patience entièrement abandonnés à eux-mêmes. Ensuite ils reviennent travailler, en riant déjà de la prochaine colique qui les ramènera au village. Ils ne vont jamais se présenter aux hôpitaux, et se contentent de leur petit pécule, qui se rogne beaucoup par leur long chômage et qui ne se dépense pas en médicaments.

La fabrique du prince O... est la seule qui ait un médecin et où l'on procède par la voie humide.

Avec les habitudes du pays, les mesures hygiéniques sont plus difficiles qu'ailleurs. Par voie sèche ou par voie humide, l'intoxication est de tous les instants.

Quand les ouvriers arrivent vierges de tout alliage plombique, au bout de trois à six semaines leurs gencives sont déjà le plus souvent pathognomoniques. La peau des bras ou du ventre, passée au sulfure de potassium, noircit comme celle d'un nègre; leurs habits, leur linge, le commun où ils mangent et couchent en compagnie sont imprégnés de plomb. Quand ils reviennent du travail, ils n'ont pas l'habitude de se laver les mains, et leurs habits leur servent d'oreiller et de couverture pour la nuit. Ils aspirent le poison par tous les pores, et nous avons des ouvriers voués depuis plus de quarante ans à cette terrible industrie !

La cuisinière, qui ne fait que préparer le manger des ouvriers, porte son liséré. L'employé du bureau est plombé de temps à autre. Six chiens, qui ne se tenaient guère que dans le bâtiment servant de réfectoire et de dortoir, ont péri successivement. Six chats l'un après l'autre, sans aller jamais à la fabrique, ont été pris de coliques, d'émaciation, de paralysie des membres, et ont fini après des miaulements déchirants de plusieurs semaines. Des rats, qui infestaient la localité, ont été vus paralysés. Il n'est pas jusqu'au canari, dans le bureau, que je n'aie vu se débattre à moitié paralysé.

Ces détails puérils servent cependant à donner une idée de la profusion de l'agent toxique contre lequel nous avons à défendre nos ouvriers.

Il fallait songer à prendre des mesures quelque peu efficaces. Un masque quelconque sur les orifices aériens est impraticable et illusoire. Des vêtements bien fermés que les ouvriers devaient laisser à la fabrique, le lavage des mains au sulfure de potassium et au savon noir, le nettoyage des planchers par voie humide, les bains au moins toutes les semaines constituent des précautions que l'expérience nous montre n'aboutir qu'à de minces résultats.

Ne pouvant prévenir l'intoxication, nous avons essayé d'en pallier les suites, et après quelques tâtonnements nous nous sommes arrêté à la simple médication suivante :

Tous les huit jours les ouvriers prennent deux purgatifs au sulfate et à l'hyposulfite de soude. On leur administre en outre 30 grammes de sirop de persulfure de fer, coupé de la moitié d'eau-de-vie, qu'ils prennent non-seulement sans répugnance, mais qu'ils demandent eux-mêmes.

Depuis que ces moyens prophylactiques sont en vigueur, les accidents graves d'intoxication sont plus rares.

Au commencement, quand la colique était intense, nous nous sommes contenté ordinairement d'une émulsion composée de : huile de ricin, 30 grammes; huile de croton, une goutte; gomme arabique, q. s.; eau quelconque, 200 gr.; sulfate de soude, 30 gr.; laudanum, 15 gouttes; sirop quelconque avec 5 à 10 centigrammes d'extrait d'opium pour la nuit. Cataplasmes, boissons copieuses, bains, lavements dans les constipations les plus rebelles.

Le traitement consacré de la Charité peut bien se simplifier un peu. Le plus tôt possible nous avons recours au persulfure de fer. Les cas les plus graves n'ont jamais duré plus de huit jours.

Toutes circonstances égales d'ailleurs, le changement de régime, le passage subit d'une nourriture animale à un carême entièrement végétal, nous a paru provoquer des coliques là où nous n'avions pas lieu de les attendre.

Nous avons souvent traité des coliques fort douloureuses qui n'étaient pas accompagnées de constipation.

Dans quelques cas où la colique avait duré quelques jours, et où les douleurs étaient aiguës dans tout le bassin, les urines manquaient pendant vingt-quatre heures, deux et trois jours même.

Des sujets intelligents nous ont assuré que l'appétit vénérien était augmenté, surtout quand les tiraillements du cordon testiculaire avaient cessé.

Nous avons cru remarquer que l'intoxication la plus ordinaire et la plus tenace avait lieu près des poêles à calcination ou dans le local destiné à carbonater l'oxyde de plomb. En général, à une température élevée et par le véhicule d'un air tiède et humide, les empoisonnements nous ont paru plus fréquents.

Des sujets employés à cette industrie depuis des dizaines d'années conservent leurs couleurs et les apparences d'une belle santé.

Les jeunes sujets de seize à trente ans, en général, en faisant l'apprentissage de ce dangereux métier, perdent ordinairement leur teint brillant, et prennent les dehors de la chloro-anémie. C'est ce qui nous a fait penser, à tort ou à raison, que le persulfure de fer pourrait avoir d'autres avantages que ceux d'un antidote.

En effet, après la période plus ou moins longue d'intoxication, quand l'organisme montre déjà *une certaine tolérance*, la chloro-anémie disparaît peu à peu, et les tissus, d'abord boursouflés de liquides blancs, finissent par reprendre leur vigueur normale.

Nous avons même remarqué que de jeunes sujets au-dessous de quatorze ans ont amélioré leur constitution scrofuleuse, sans que nous soyons enclin à voir dans le plomb un nouveau spécifique.

L'usage répété des purgatifs et du fer doit-il partager les bonneurs antiscrofuleux? Nous avons eu lieu de voir des caries scrofuleuses s'amender assez rapidement.

Bien loin de remarquer une influence délétère sur le poumon, nous n'avons pas encore rencontré des soupçons de tubercules, pas même une bronchite. Est-ce un pur hasard?

Sur la moitié des sujets nous avons constaté l'induration et la rénitence des ganglions cervicaux.

Les arthropathies saturnines nous ont paru rares, et nous ont souvent rappelé qu'en général, eu égard au climat et aux habitudes, les arthropathies, et les rhumatalgies aiguës en particulier, sont plus communes en France ou en Allemagne.

La tolérance des individus est très diverse, sans que nous puissions en trouver une raison quelconque. Elle rentre, au reste, dans une catégorie de faits vulgaires qui laissent surprendre parfois une explication plausible. L'acide sulfurique n'admet point de tolérance; mais le tartre stibié ou le calomel sont tolérés, comme on dit, quand l'état des organes et de nouvelles combinaisons masquent leurs propriétés physiologiques.

Le plomb est mis en contact avec de vastes surfaces absorbantes. Il nous semble qu'une assez petite dose arrive sous forme pulvérulente sur la surface bronchique, parce que les corpuscules mêlés à l'air se déposent surtout sur les anfractuosités des muqueuses qu'ils touchent avant d'arriver au poumon. Cette portion intoxicante prendrait surtout le chemin de l'œsophage. En éloignant l'idée d'une grande quantité de plomb absorbée par la muqueuse bronchique, il faut se rappeler cependant que le fer, le laiton, à la température ordinaire, laissent échapper des parcelles inimaginables, que chacun connaît par sa propre expérience. Le plomb, pour peu que la température soit élevée et le milieu humide et chargé d'acide carbonique, nous a paru donner lieu à des empoisonnements très prompts.

Nous outre-passerions les bornes de ces simples remarques si nous voulions examiner toutes les chances d'absorption, de combinaison, d'expulsion qu'éprouve l'agent toxique dans le trajet intestinal, d'où la pratique nous ordonne de le chasser en le rendant insoluble le plus possible.

Le plomb semble n'agir que quand ses sels solubles sont transportés dans le sang, d'où ses propriétés astringentes iraient se manifester diversement dans les organes les plus aptes à faire des combinaisons avec cette base. Le sang lui-même en serait modifié, la tunique interne des artères en serait contractée : d'où découlerait la chloro-anémie. Les muscles inorganiques des intestins en seraient crispés; ceux des bronches, de la vessie, du dartos, etc., en seraient aussi constringés : d'où les divers symptômes connus.

La localisation du métal astringent suffirait-elle pour expliquer les coliques qui s'irradient au loin, qui sont intermittentes, qui s'exaspèrent la nuit, qui se calment par l'électricité? Les crampes et les douleurs sourdes lombaires seront-elles produites seulement par la turgescence veineuse comprimant les cordons nerveux dans les canaux inextensibles de ces cordons? La contraction de la poche urinaire empêche-t-elle la sécrétion de l'urine dans les reins? La localisation de la paralysie, avec sa marche uniforme, dépend-elle de lois physiques locales ou d'affinités chimiques? Quand on veut s'en tenir à une pathologie positive, on a trop d'inconnues à éliminer encore pour résoudre le problème.

Si la tolérance est assez individuelle, les signes pathognomoniques ne le sont pas moins. Le liséré et la teinte nuageuse plombée des gencives ne sont que de peu de valeur pour indiquer l'imminence de la colique et des autres troubles fonctionnels. Tel ouvrier porte un liséré foncé et permanent en jouissant de l'apparence de la santé, et tel autre qui n'a qu'un nuage gengival accuse des coliques atroces. En général, ce n'est qu'en comparant l'état des gencives à diverses époques qu'on peut avoir une indication pour le progrès ou le regrès du mal. Il est clair que le plomb, déposé et retenu mécaniquement dans la bouche, autour des alvéoles, d'où il n'est pas balayé, mais où il se teint et se montre de préférence, ne peut pas constituer une croûte intoxicante ou indiquant l'état plombique du sang.

Nous allons conclure par un résultat assez évident. L'organisme peut souvent se débarrasser victorieusement des préparations de plomb sans autre secours que celui du jeu ordinaire de ses fonctions. Avec les secours de l'art, les souffrances sont plus courtes. Les mêmes ouvriers qui allaient régulièrement deux ou trois fois par an se déplomber au village travaillent depuis neuf mois consécutivement, les uns sans accidents aucuns, les autres avec de légères mouches saturnines.

L'organisme est-il une machine où l'on puisse impunément ingérer du poison pour l'éliminer ensuite? Il nous paraîtrait du moins prouvé que, tant que l'industrie emploiera le blanc de céruse, les soins hygiéniques et curatifs permettront aux ouvriers de travailler plus longtemps sans souffrances dans le présent, et probablement avec moins de souvenirs fâcheux pour l'avenir.

HOPITAUX DE NEW-YORK. — M. CARNOCHAN.

Éléphantiasis des Arabes siégeant au membre inférieur droit. Guérison par la ligature de la fémorale, puis de l'iliaque externe.

Charles R..., âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique et d'une courte stature, marchand de profession, est né à Aix-la-Chapelle. Il quitta ce pays en décembre 1849 et arriva à New-York en février 1851. De là il se rendit dans le Connecticut, où il travailla pendant huit mois dans une fabrique; son travail exigeait qu'il se tînt debout. Ensuite il alla dans la Virginie, où il fut employé dans une ferme pendant six mois environ. Après ce temps, il fut pris d'une fièvre intermittente, tandis qu'auparavant il avait toujours été bien portant.

Pendant la durée de la fièvre, les glandes inguinales du côté droit s'engorgèrent et devinrent douloureuses; la douleur et l'engorgement s'étendirent sur le trajet des vaisseaux fémoraux jusqu'au genou. Bientôt la partie inférieure de la cuisse devint rouge et gonflée; enfin, le gonflement finit par s'étendre jusqu'aux orteils, principalement le long du trajet des vaisseaux, tels que la veine saphène et les vaisseaux tibiaux postérieurs. La tuméfaction du membre continua à augmenter, pendant que simultanément les accès fébriles apparaissaient par intervalles de deux à six jours.

Après une période d'environ six semaines à partir du commencement de la maladie, la fièvre disparut entièrement, ainsi que la douleur et la rougeur du membre; mais il resta le gonflement, la dureté et la rudesse de la peau; en un mot, tous les caractères de l'éléphantiasis des Arabes à sa période chronique.

A partir de ce moment, l'intumescence et la dureté allèrent en augmentant; le membre devint si volumineux que le malade fut obligé de cesser toute occupation. Dans une telle condition, il quitta la Virginie pour se rendre à l'hôpital des émigrants de New-York, dans lequel il fut admis le 15 janvier 1851.

A cette époque, le malade était un peu amaigri; cependant aucun symptôme fébrile; toute sa maladie résidait dans l'énorme volume du membre inférieur droit, volume qui s'étendait des orteils jusqu'à une courte distance du ligament de Poupart. La surface cutanée de la cuisse, quoique hypertrophiée, n'était pas très indurée; tandis qu'au-dessous de la rotule les tissus étaient durs, écailleux et tellement déformés que le membre était une masse informe. Des excroissances tuberculeuses existaient sur le pied et les orteils.

La circonférence du membre au niveau des malléoles était à peu près aussi large que celle du mollet; elle avait 15 pouces et demi et celle-ci 19 et demi.

Le malade fut mis en traitement à son entrée à l'hôpital. La position couchée est exigée; diverses lotions résolutives sont employées; la compression est appliquée en même temps qu'on emploie l'*iodure de potassium* à l'extérieur et à l'intérieur. Plus tard, de la teinture d'iode fut aussi prescrite sur la surface du membre.

Cette thérapeutique ayant été employée depuis le 15 janvier jusqu'au 22 mars sans aucune amélioration, M. Carnochan propose d'appliquer une ligature sur la fémorale, dans le but de changer les conditions morbides des tissus fournis par les branches et le tronc de cette artère. Une consultation fut tenue, et sa proposition fut acceptée comme étant préférable à l'amputation, alternative ordinaire de la persistance ou de l'extension de cette maladie. En conséquence, le 22 mars 1851, une ligature fut placée sur l'artère fémorale, à une courte distance au-dessous de la fémorale profonde. L'artère ayant été mise à découvert, il fut constaté que son volume dépassait celui de l'iliaque primitive, et que sa couleur était celle de l'aorte du bœuf. Le chirurgien hésita un instant; cependant il préféra appliquer sa ligature en ce point plutôt que d'aller chercher l'iliaque externe, qui présenterait peut-être un état identique.

La ligature tomba au onzième jour, et fut suivie d'une hémorrhagie secondaire, comme le redoutait M. Carnochan. Dans le but d'arrêter cette hémorrhagie, le docteur A.-E. Hosack, qui se trouvait de service à l'hôpital en ce moment, lia l'iliaque externe. Cette artère présentait la largeur de la brachiale. Cette opération arrêta le sang pour un temps seulement, car le lendemain l'hémorrhagie redevint aussi forte que jamais. Alors les docteurs Thompson et A.-K. Smith s'en rendirent maîtres en appliquant le tourniquet sur la partie de l'artère située au-dessus de la ligature. Cependant, peu après le sang recommença à suinter par intervalles; le malade s'affaiblissait de plus en plus. La désarticulation du membre ou la ligature de l'iliaque primitive apparaissaient comme une dernière ressource. Mais pensant que le sang provenait seulement du bout inférieur de l'artère, l'idée d'appliquer le tourniquet sur cette partie de l'artère fut mise à exécution, et suivie de la cessation complète de l'hémorrhagie.

A partir de ce moment (4 avril 1851), voici ce qui se passa :

Pendant plusieurs jours le pouls se maintint de 115 à 108. Les pansements furent exécutés avec tout le soin possible, et une diète légère fut prescrite.

Au douzième jour, la jambe fut trouvée considérablement diminuée de volume, et la chute de la ligature de l'iliaque externe eut lieu au dix-septième jour. Des toniques furent prescrits, ainsi qu'une nourriture plus substantielle.

Vers le 1er mai, la diminution de l'hypertrophie était encore plus manifeste. Le bandage compressif et la teinture iodée furent ordonnés, et les plaies lavées avec du chlorure de sodium.

Le malade marcha graduellement vers un rétablissement complet, de telle sorte qu'il quitta l'hôpital à la fin de juin, complétement guéri de sa maladie à cette date.

Six mois après la ligature de l'artère iliaque externe le malade était d'une santé robuste, et rien n'indiquait un retour de la maladie.

Cette observation présente de l'intérêt à plusieurs points de vue. Tout d'abord, disons que l'influence si manifeste de la ligature du vaisseau artériel vient contrarier quelque peu les idées généralement admises sur la nature de l'éléphantiasis des Arabes. Depuis les travaux d'Alard (1) sur ce sujet, on admet avec cet auteur que cette affection est la conséquence de l'inflammation chronique du système lymphatique de la partie malade. Or ici l'artère du membre était *rouge* et *dilatée*, lésions particulières à l'artérite. Cependant nous avons vu qu'au début du mal les ganglions inguinaux étaient volumineux et douloureux, et que des traînées rouges existaient le long du trajet des vaisseaux fémoraux. D'après cela, ne semblerait-il pas que les deux ordres de vaisseaux eussent eu une part dans l'étiologie?

Celui qui n'est point familiarisé avec les allures un peu audacieuses de la chirurgie américaine se demandera certainement si cette opération était opportune. Nous pensons, en effet, qu'il eût été possible, avant de l'aborder, d'épuiser la série des moyens thérapeutiques employés dans cette affection. Parmi ces moyens, nous citerons particulièrement l'arsenic, ce modificateur si puissant des maladies cutanées chroniques; puis les douches de vapeurs et médicamenteuses, enfin une compression méthodique plus longtemps prolongée.

L'éléphantiasis est une maladie qui a une tendance excessive à se reproduire, même après l'ablation totale des parties affectées. Aussi les anciens ne voulaient-ils lui opposer une opération sanglante qu'autant que les jours du malade fussent en danger; mais la fin justifie les moyens. Le docteur Carnochan a eu un beau résultat par la ligature artérielle; c'est à la sagacité du chirurgien qu'appartient d'opter ou de rejeter sa méthode en pareille occurrence.

Dr SALNEUVE,

Ex-interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la Société française de bienfaisance de New-York.

(1) *De l'inflammation des vaisseaux lymphatiques dermoïdes et sous-cutanés*, maladie désignée sous le nom d'*éléphantiasis des Arabes*. (Paris, 1824.)

BULLETIN DU CHOLÉRA. — Nous avons fait connaître dans le dernier bulletin le chiffre des cas et des décès constatés dans les hôpitaux jusqu'au 7 mai inclusivement. Nous rétablissons aujourd'hui les chiffres du 4 au 7, auxquels nous joindrons ceux des trois jours suivants, afin de présenter le tableau d'ensemble de toute la semaine. On verra par ce tableau que l'épidémie paraît toujours rester stationnaire, et que le chiffre oscille toujours à peu près autour de la même moyenne. On y verra aussi que, contrairement à ce qui avait lieu dans la première période de cette épidémie, la proportion des cas venus du dehors dépasse de beaucoup celle des cas développés sur place.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 4 mai,	17	7	24	9	12
5 »	11	3	14	15	11
6 »	19	4	23	14	16
7 »	10	14	24	16	18
8 »	12	3	15	13	9
9 »	14	8	22	3	9
10 »	9	7	16	12	6
	92	46	138	82	81

Situation générale au 10 mai. — Cas traités dans les hôpitaux depuis le commencement de l'épidémie. 1,920

Sorties.	743	1,721
Décès.	978	
Restant en traitement.		499

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Personne ne met en doute l'influence que des notions précises sur le mode de formation et sur la composition des tubercules pourraient exercer dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

En conséquence, la Société de médecine de Strasbourg a mis au concours la question suivante :

« Faire l'histoire anatomo-pathologique des tubercules considérés en » eux-mêmes, en s'aidant de tous les moyens d'investigation mo- » dernes. »

Les auteurs auront à rechercher comment se forment les tubercules :

Sont-ils toujours le produit d'une diathèse ou état général de l'économie? Ne sont-ils pas quelquefois la conséquence d'une lésion toute locale ou idiopathique?

Le tubercule diathésique diffère-t-il par sa composition du tubercule idiopathique?

Les granulations (phthisie granuleuse de Bayle) et les tubercules proprement dits ont-ils la même origine et la même composition? Dérivent-ils les uns des autres?

Rappeler et contrôler les travaux chimiques et microscopiques ayant trait à ces questions qui ont été réalisés dans ces derniers temps.

Si les concurrents veulent joindre à leurs réponses aux questions précédentes quelques détails sur les modifications que les tubercules déterminent dans les tissus où ils se produisent et dans l'économie en général, il leur sera tenu compte de ces travaux accessoires.

Un prix de 300 fr. sera décerné au mémoire couronné.

Ce prix sera décerné dans la séance publique de juillet 1855.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, en allemand ou en latin, devront être adressés francs de port à M. le docteur Gabriel Tourdes, secrétaire de la Société, rue de la Nuée-Bleue, 18, avant le 1er juin 1855.

— M. le docteur Des Alleurs, professeur de clinique médicale et médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, vient de mourir dans cette ville.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Guillemant-Mailly, ancien député de Saône-et-Loire sous Louis-Philippe, ancien membre du conseil général de ce département, et ancien maire de Louhans.

— La Société médicale allemande de Paris a tenu hier jeudi sa dixième séance annuelle.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 15 MAI 1854.

Les toxicophages allemands.

M. le docteur Tschudi a publié dans le *Wiener medizinische Wochenschrift de Vienne*, deux lettres dont nous trouvons la traduction dans le *Journal de médecine de Bruxelles*, et dans lesquelles se trouvent des détails assez curieux sur les toxicophages (mangeurs d'arsenic).

Tout en faisant nos réserves sur le mode d'action de l'arsenic observé par M. Tschudi, et que ne confirment pas les observations faites ailleurs, et principalement en France, nous croyons devoir faire connaître le travail du médecin de Vienne. Voici un extrait de sa première lettre, que la deuxième lettre confirme.

Dans quelques contrées de la basse Autriche et de la Styrie, surtout dans les montagnes qui la séparent de la Hongrie, il se trouve parmi les paysans l'habitude remarquable de « manger de l'arsenic. » Ils l'achètent, sous le nom de *hedri* (*hedri, hedrich, hutterrauch*), aux herboristes ambulants, à des colporteurs qui l'acquièrent à leur tour des ouvriers des verreries hongroises ou des vétérinaires, des charlatans, etc.

Les toxicophages ont un double but : d'abord ils veulent se donner par cette pratique dangereuse un air sain et frais, et puis un certain degré d'embonpoint.

Ce sont par conséquent très fréquemment de jeunes paysans et paysannes qui ont recours à cet expédient par coquetterie et désir de plaire, et il est en effet surprenant avec quel succès ils atteignent leur but, car les jeunes toxicophages par excellence se distinguent par la fraîcheur de leur teint et par une apparence de santé florissante.

Je ne citerai qu'un seul exemple parmi plusieurs cas à ma connaissance. Une vachère bien portante, mais maigre et pâle, se trouve à une ferme dans la paroisse H.... Ayant un amant qu'elle voulait s'attacher davantage par ses appas, elle eut recours au moyen connu, et prit de l'arsenic plusieurs fois par semaine. Le résultat désiré ne se fit point attendre, et après quelques mois elle devint potelée, joufflue, bref, tout au gré du Céladon. Pour forcer l'effet, elle augmenta imprudemment la dose de l'arsenic, et tomba victime de sa coquetterie.

Elle mourut empoisonnée et sa fin fut douloureuse. Le nombre de décès par suite des abus d'arsenic n'est pas insignifiant, surtout parmi les jeunes gens. Chaque ecclésiastique de ces contrées a pu constater plusieurs victimes, et les résultats de mes recherches auprès des pasteurs sont fort curieuses. Soit crainte de la loi qui défend la possession illégale de l'arsenic, soit une voix intérieure qui leur reproche leurs torts, les toxicophages dissimulent autant que possible l'usage de ce remède dangereux ; ordinairement ce n'est que le lit de mort qui arrache le voile du secret.

Le second avantage que les toxicophages veulent atteindre, c'est de se rendre plus « volatils », c'est-à-dire de faciliter la respiration pendant la marche ascendante. A chaque longue excursion dans les montagnes ils prennent un petit morceau d'arsenic, qu'ils laissent fondre peu à peu dans la bouche. L'effet en est surprenant ; ils montent aisément des hauteurs qu'ils ne sauraient gravir qu'avec la plus grande peine sans cette pratique. J'ajoute ici que, basé sur ce fait, j'ai administré la liqueur de Fowler avec un succès signalé dans certains cas d'asthme.

La quantité d'arsenic avec laquelle commencent les toxicophages représente, d'après l'aveu de plusieurs d'entre eux, un petit morceau de la grosseur d'une lentille, ce qui ferait un peu moins qu'un demi-grain. Ils s'arrêtent à cette dose qu'ils avalent, plusieurs fois par semaine, le matin à jeun, pendant assez longtemps « pour » s'y habituer » ; alors ils augmentent la quantité insensiblement, avec précaution, au fur et à mesure que la dose habituelle refuse son effet. Le paysan R..., de la commune Ag..., sexagénaire et jouissant d'une bonne santé, prend actuellement chaque fois un morceau de 4 grains à peu près. Il y a plus de quarante ans qu'il a pris cette habitude héritée de son père ; il la lèguera à ses fils.

Il est bien à noter qu'aucune trace de cachexie arsenicale n'est visible sur cet individu, pas plus que sur beaucoup d'autres toxicophages ; que les symptômes de l'empoisonnement arsenical chronique n'apparaissent jamais sur les individus qui savent approprier la dose, parfois très considérable, du toxique à leur constitution et à leur tolérance. Il faut encore remarquer que la suspension de l'usage de l'arsenic, soit par défaut matériel du toxique, soit parce que ces individus s'abstiennent de l'acide arsénieux pour toute autre raison, est toujours suivie de phénomènes morbides qui ressemblent à ceux produits par l'intoxication arsenicale à faible degré ; ainsi, on observe un grand malaise joint à une indifférence considérable pour tout ce qui les entoure, de l'anxiété pour leurs personnes, des troubles dans la digestion, de l'anorexie, une sensation de plénitude stomacale, des vomissements glaireux le matin avec ptyalisme, du pyrosis, de la constriction spasmodique du pharynx, des tranchées, de la constipation et surtout des difficultés respiratoires. Contre tous ces phénomènes il n'y a qu'un seul moyen efficace, c'est le retour immédiat à l'usage de l'arsenic. D'après les informations les plus exactes recueillies auprès des habitants de cette contrée, la toxicophagie ne dégénère jamais en passion, comme par exemple l'opiophagie en Orient, l'usage du béthel aux Indes et en Polynésie, ou du coco au Pérou ; elle devient plutôt un besoin pour ceux qui s'y adonnent.

Il est inutile de faire remarquer l'usage répandu de l'arsenic à Vienne même, surtout parmi les palefreniers et les cochers de grandes maisons. Ils en mêlent une bonne prise en poudre à l'avoine, ou ils en enveloppent un morceau de la grosseur d'un pois dans du linge et l'attachent au bridon lorsque le cheval est harnaché ; la salive dissout peu à peu le toxique. L'aspect luisant, rond et élégant des chevaux de prix, et surtout l'écume blanche à la bouche, proviennent ordinairement de l'arsenic, qui augmente, comme on le sait, la salivation. Les charretiers, dans les pays montagneux, mettent fréquemment une dose d'arsenic dans le fourrage qu'ils donnent aux chevaux avant une montée laborieuse. Les maquignons se servent souvent de petits plombs pour les chevaux poussifs qu'ils mènent au marché. Ils leur en font avaler un quart à une demi-livre. Il paraît que l'effet constaté de cette manœuvre, effet qui persiste quelques jours, est dû uniquement à l'arsenic que contiennent les plombs. A la fabrication de ces projectiles on ajoute 1 pour 100 d'arsenic blanc et jaune au plomb, pour rendre la masse plus fluidisable et plus apte à prendre la forme sphérique ; la quantité d'arsenic qu'on trouve sur ces gens d'écurie est souvent très considérable, et leur inadvertance bien coupable.

Cette pratique s'exerce pendant des années sans accidents quelconques ; mais dès que le cheval passe dans les mains d'un maître qui n'emploie pas d'arsenic, il maigrit, perd sa gaieté, devient blafard, et, malgré la nourriture la plus abondante, il n'acquiert plus son apparence antérieure.

C'est aujourd'hui mardi que doit commencer devant l'Académie la lecture du rapport que M. Depaul a été chargé de faire sur le traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins. Nous ne doutons pas que cette importante question, qui intéresse si vivement le corps médical, n'ait été étudiée dans tous ses détails, et nous espérons qu'on saura enfin à quoi s'en tenir sur une méthode dont on a fait si grand bruit depuis quelque temps.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des complications de la scarlatine.

Parmi les complications de la scarlatine, il en est quelques-unes qui sont plus graves, mais heureusement moins communes que les autres ; et quelques-unes aussi de celles qui se présentent fréquemment peuvent, sous certaines influences qu'il serait difficile de déterminer, revêtir un caractère des plus redoutables, et doivent attirer sur la maladie un pronostic presque constamment funeste. C'est ainsi que l'hématurie et l'albuminurie, qui se présentent dans un assez grand nombre de cas, peuvent différer d'intensité à ce point d'être presque insignifiantes et de passer inaperçues ou de causer rapidement la mort. Mais parmi les complications de la scarlatine, celle qui doit le plus attirer l'attention du médecin, c'est sans contredit l'angine. Il est rare qu'un individu atteint de scarlatine n'ait pas une angine ; et cela est tellement rare d'obser-

---

FEUILLETON.

DE TOULON A GALLIPOLI (1).

Pendant notre traversée d'Alger à Gallipoli nous avons eu deux épidémies, une d'amygdalite, l'autre de furoncles. Dans l'espace de huit jours, sur 700 soldats passagers, il y a eu 20 cas d'amygdalite qui reconnaissaient pour cause le sommeil pendant la nuit autour de la cheminée de la machine rayonnant une grande chaleur, le dérangement assez fréquent des soldats peu couverts avec leurs légères couvertures par les matelots qui manœuvraient, et le passage d'une température très sèche et très chaude à une température très froide. Le traitement fut des plus simples ; la diète, deux verres d'eau de mer comme purgatif, un gargarisme alumineux amenèrent la guérison en deux jours.

Un seul cas où il y a eu ulcération des amygdales avec état fébrile, céphalalgie intense, déglutition difficile, n'a cédé qu'au bout de quatre jours à des insufflations alumineuses.

Les épidémies de furoncles sont très communes ; elles sont généralement produites par la nourriture excitante du bord et les grandes chaleurs, car ces épidémies ne s'observent que l'été et surtout sur les bâtiments à vapeur en fer. Celle que nous avons observée n'a pas duré longtemps ; on donnait deux verres d'eau de mer tous les matins et un bain d'eau de mer tous les soirs avant le dîner de l'équipage. De cette manière, on arrête très bien le développement des furoncles.

L'eau de mer employée d'une manière intelligente est un des meilleurs médicaments du bord ; on peut s'en servir dans une foule de circonstances. Outre ses propriétés purgatives, elle agit aussi comme émétique et comme résolutif. On peut la donner dans les embarras gastriques toutes les fois qu'on veut provoquer des selles. Chez certaines personnes elle agit comme vomitif, peut-être à cause de la répugnance qu'on a à la prendre, surtout quand on en fait avaler deux verres, qui paraissent être la dose la plus convenable. On peut aussi très bien la donner en lavement.

Il y a à bord un très bon moyen d'irrigations continues résolutives que l'on emploie avec succès dans les foulures et les entorses. Un jour un homme s'était foulé le pied, je le fis asseoir à côté de la pompe dont le tuyau plonge dans la mer et dont on se sert le matin pour puiser l'eau afin d'inonder le pont et de le laver. Je lui fis mettre le pied sous le robinet, et pendant deux heures de temps il reçut un jet d'eau de mer sur le pied. C'est, comme on le voit, une machine à irrigation continue, très simple et parfaitement convenable en pareille circonstance.

Grâce à la sollicitude du gouvernement, qui a amélioré la nourriture et les vêtements, et aux règles hygiéniques mieux observées à bord, la santé des matelots est maintenant très satisfaisante. La vie qu'ils mènent, le milieu dans lequel ils s'agitent, la nourriture qu'ils prennent les sauvegardent de toutes les maladies qu'ils avaient jadis et qui sont restées dans l'esprit des gens du monde comme l'apanage exclusif de cette classe d'hommes. Leur nourriture est bien meilleure qu'autrefois ; ils ont de la viande fraîche et des légumes verts toutes les fois qu'on aborde une terre où l'on peut s'en procurer. On emporte souvent alors un grand nombre d'animaux sur pied (bœufs, moutons, cabris). La ration se compose ainsi : le matin, à six heures, le café et l'eau-de-vie ; au dîner et au souper, qui ont lieu à midi et à cinq heures, du lard et du bœuf salé ou non d'excellente qualité, des légumes secs, tels que haricots, pois, lentilles, riz, du fromage et du vin. Le chirurgien de garde et l'officier de quart goûtent chaque repas de l'équipage pour voir s'il est bon et préparé convenablement.

Le matelot vit sur la mer respirant toujours un air pur chargé d'émanations salines favorisant les fonctions d'hématose ; toujours très occupé, soit à la manœuvre, soit aux différents exercices du bord, le scorbut n'est plus qu'une exception.

Le chirurgien major de mon bâtiment m'a dit qu'il avait observé que le calme prolongé de la mer avait une certaine influence sur le développement de cette maladie. Dans une croisière de trois ans sur le côtes du Congo, où la mer est à peine ridée de temps à autre par de légères brises, et où les calmes plats de quinze jours de durée sont chose fréquente, il avait observé que presque toujours, après le huitième jour de calme, les matelots se présentaient à la visite avec des symptômes de scorbut, et qu'à partir du jour où la brise s'élevant permettait au navire de faire route, le nombre des scorbutiques diminuait notablement. Il pense qu'il faut attribuer cela au défaut d'excitation intellectuelle qu'éprouvaient les matelots, déjà soumis à une nourriture très échauffante et privés de vivres frais.

Le passage suivant, emprunté à un de ses ouvrages inédits, permettra, du reste, de mieux juger la question : « Dans nos nombreuses promenades sur les côtes du royaume de Benguéla (côte occidentale d'Afrique), je ne me rappelle pas être passé une seule fois en vue de

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

vation, que dans les cas de scarlatine où il n'y a pas apparence de mal de gorge, il faut admettre qu'il a passé inaperçu, plutôt que de croire qu'il ait pu faire défaut. Ce fait est vrai, surtout en temps d'épidémie ; et quelquefois alors l'éruption manquant, c'est l'angine seule qui annonce et qui caractérise la scarlatine. Il importe donc extrêmement de pouvoir distinguer cette angine scarlatineuse de toutes les autres, qui, pour avoir une origine et une fin différentes, n'en ont pas moins un grand nombre de caractères communs. L'angine scarlatineuse diffère de l'angine simple tout d'abord par la violence et l'instantanéité de ses symptômes. Dès le début, il y a un sentiment de roideur et de tension extraordinaires dans les muscles du cou; les mouvements du voile du palais et des piliers sont gênés ou même impossibles; la déglutition est excessivement douloureuse; la voix est rauque; et enfin la bouche, la langue, la gorge, l'isthme du gosier, sont rouges, violacés, luisants, d'une sécheresse absolue et intolérable. Le pouls alors acquiert une élévation et une vitesse extraordinaires. Dans les angines catarrhales et phlegmoneuses, on retrouve les mêmes caractères, bien qu'à un degré moins marqué. Mais surtout les phénomènes ne s'accumulent pas avec une aussi grande rapidité, et tandis que dans l'immense majorité des cas l'angine purement inflammatoire, au bout de quelques jours, huit, neuf ou douze, a parcouru toutes ses périodes, et s'est terminée par un abcès ou par résolution simple, dans l'angine scarlatineuse, au contraire, dès le quatrième ou cinquième jour, les amygdales, les piliers du voile du palais et le voile du palais lui-même se sont recouverts d'une exsudation visqueuse, de taches d'une matière blanchâtre, lesquelles, décollées dans le principe, ne tardent pas à se réunir de telle façon que l'arrière-gorge en est bientôt entièrement couverte.

Il faut bien faire attention ici que la maladie ne débute pas par un point circonscrit, mais que les fosses nasales, les amygdales et le pharynx sont envahis d'emblée; cette remarque aura, comme on le verra plus tard, son importance dans le diagnostic de l'angine scarlatineuse et de l'angine diphthéritique, et l'on doit également savoir que cette affection n'a en général aucune tendance à descendre dans le larynx, qu'elle occupe de prime abord le pharynx, qu'elle s'y localise, et que, s'il y a des symptômes de suffocation, ils sont dus au développement des amygdales, à la tuméfaction des parties de l'isthme du gosier, et ne tiennent en aucune façon à une lésion du tube laryngo-trachéal.

En même temps que la gorge se prenait ainsi, les ganglions du cou se sont développés; ils ont acquis un volume considérable, forment entre les muscles un chapelet de grosseurs dures, très douloureuses, excessivement sensibles au toucher; le tissu cellulaire environnant s'est enflammé à son tour, et enfin, au deuxième jour, le malade porte de chaque côté du cou, au-dessous des oreilles, des tumeurs volumineuses; la peau est rouge, tendue; une teinte érysipélateuse s'étend sur les parties voisines. La réaction fébrile augmente d'intensité; une ardeur brûlante se fait sentir dans tout le corps; l'agitation est extrême, et souvent il y a un délire très violent. Cependant l'exsudation pharyngienne se modifie; les plaques deviennent molles, grisâtres; quelquefois elles sont teintes en jaune, ou brunâtres quand il s'y mêle quelques gouttelettes de sang provenant de la muqueuse sous-jacente qui est énormément tuméfiée; il s'en écoule un ichor fétide qui sort par la bouche restée entr'ouverte et par les narines où l'on voit que l'exsudation a gagné. Tout semblerait indiquer alors que les parties où siége la maladie sont atteintes de mortification, et que ces portions de substance molle, grisâtre et infecte, qui en sont détachées avec le doigt au moindre contact ou qui tombent d'elles-mêmes, sont des débris de tissus sphacélés; mais, en réalité, il ne s'agit que d'une production de fausses membranes qui se sont faites ici à la longue et au contact de l'air, et ont pris en définitive une apparence de tissus gangrenés. Quand le malade guérit, ces parties revenant en quelque sorte sur elles-mêmes, après que la tuméfaction a disparu en entier, tout reprend sa forme et sa disposition primitives, et on constate qu'il n'y a eu aucune perte de substance dans les organes du larynx. C'est même un fait reconnu que dans les angines scarlatineuses la gangrène de la gorge est excessivement rare, et encore ne se produit-elle qu'avec des conditions spéciales chez des enfants qui ont beaucoup souffert, dans les salles d'asile, les hôpitaux, les crèches, et alors la gangrène, gagnant successivement de proche en proche, atteint le tissu cellulaire des joues et des lèvres, et les malades meurent. De leur côté, les ganglions enflammés ont suivi une marche en rapport avec la maladie des organes auxquels ils correspondent; à mesure que celle-ci a fait des progrès, leur état s'est aggravé. A cette inflammation phlegmoneuse que nous avons décrite a succédé la suppuration. De vastes collections purulentes se sont faites dans leur substance; elles s'étendent isolément, se réunissent, se font enfin jour au dehors, et la peau du cou est perforée de trous nombreux et souvent très larges qui donnent issue à des flots de matières purulentes mélangées de flocons fibreux et blanchâtres, reconnaissables pour des fragments d'aponévroses et de tissu cellulaire que la violence de l'inflammation a fait tomber en gangrène. On conçoit toute la gravité d'une pareille situation. Le malade, déjà si affaibli par la scarlatine et par l'angine, devient la proie d'une suppuration excessive; il a de chaque côté du cou une source intarissable qui l'épuise sans qu'il puisse trouver en lui assez de force pour réagir. Ces vastes foyers purulents, en contact direct avec l'air, ne tardent pas à s'altérer; des frissons, une fièvre hectique surviennent, et le malade succombe dans le marasme.

L'angine scarlatineuse heureusement n'a que rarement une tendance aussi funeste. Mais, quoique conservant toujours dans son type des caractères qui la font différer d'une manière notable des autres angines, il arrive des cas, comme on le verra plus loin, où il est difficile de ne pas se méprendre. L'angine scarlatineuse ne s'écarte pas moins de l'angine diphthéritique, bien qu'elle ait avec cette dernière ce caractère commun d'une exsudation dans la gorge. La diphthérite est remarquable par trois conditions spécialement : l'état fébrile au commencement est nul ou presque nul; relativement à la gravité de la maladie, et comparativement à cet état fébrile violent qui accompagne toujours l'angine scarlatineuse; au lieu de débuter par une exsudation en quelque sorte générale sur toutes les parties de la gorge, elle s'annonce sur un point circonscrit, sur une amygdale en général, par une tache grisâtre unique qui s'étend d'une manière suivie, mais le plus souvent avec lenteur, sur les autres parties de la gorge; de l'amygdale elle gagne le pilier du voile du palais voisin, puis le voile du palais lui-même, la luette, et enfin l'autre amygdale. Bien souvent, avant qu'on ait été averti de l'éruption, la diphthérite s'est développée comme une toile sur tous les organes profonds de la gorge, et lorsqu'on est invité par quelque phénomène à explorer la gorge, on la voit revêtue entièrement d'une couenne plastique nacrée au début, et qui ne prend une apparence grisâtre et mollasse qu'alors qu'un séjour d'une certaine durée dans la gorge en a amené l'altération. Enfin, signe distinctif d'une haute importance, sur laquelle M. Bretonneau a fortement insisté, la diphthérite a une tendance constante à envahir les voies aériennes, à descendre dans le tube laryngo-trachéal; c'est alors qu'elle forme le *croup*. Ces trois caractères : l'exsudation débutant par une tache unique qui s'étend progressivement, le peu de pyrexie, et la propension fatale à envahir les voies aériennes, se retrouvent constamment, quoique à un degré plus ou moins marqué il est vrai, dans le développement de la diphthérite. Souvent on n'est averti au début que par un simple mal de gorge auquel le malade, s'il est adulte, n'attache pas d'importance quand il n'est pas renseigné sur la gravité de l'affection dont il est menacé, et les enfants se plaignent à peine. C'est ainsi que périssait dans le mois de janvier dernier une jeune dame espagnole; après avoir soigné jusqu'à la fin son enfant qui succomba au croup, elle fut prise elle-même d'un simple mal de gorge, lequel était devenu un croup des plus graves quand elle fit appeler.

Dans l'angine diphthéritique, des ganglions lymphatiques se prennent aussi consécutivement, mais leur tuméfaction est bien moins prononcée, et ce sont surtout les lymphatiques situés sous la mâchoire inférieure, et non ceux de la région cervicale, qui sont attaqués de préférence. La nature de l'exsudation varie quelque peu : dans l'angine scarlatineuse elle est crémeuse, pultacée et blanchâtre; dans le croup elle ressemble plutôt à de la couenne. Mais ces distinctions, qu'il est possible d'établir au début, deviennent illusoires lorsque le contact de l'air a modifié les produits, et que la diphthérite, en raison de sa gravité, a jeté dans l'organisme des désordres profonds qui se rapprochent de ceux de l'angine scarlatineuse.

Le caractère spécial qu'on pourrait tirer de l'extension de la maladie dans le larynx, la dyspnée, symptôme qu'on ne devrait pas retrouver dans l'angine scarlatineuse, puisque la maladie ne s'étend pas dans le larynx, perd bien de sa valeur lorsque les amygdales, le voile du palais et la luette sont boursouflés, tuméfiés et tendus par la plus violente inflammation; car l'acte respiratoire est certainement alors aussi difficile que lorsqu'il y a des fausses membranes étendues dans le larynx.

Les indices tirés des symptômes cérébraux sont plus sérieux. L'apparition de la diphthérite ne cause aucun désordre; l'angine scarlatineuse grave est au contraire constamment accompagnée, même au début, de délire et d'agitation. Ce délire cesse parfois, lorsque l'inflammation s'est apaisée, pour reparaître vers la fin. Mais alors ce n'est plus un symptôme différentiel, comme celui du début, c'est un signe de prostration, c'est un état subdélirant, phénomène commun qu'on retrouve chez tous les individus qui vont succomber à une maladie qui a longuement altéré l'organisation.

Malgré ces distinctions, il faut le dire, le diagnostic différentiel de l'angine scarlatineuse et des autres angines présenterait souvent les plus hautes difficultés si l'éruption cutanée n'était point là pour indiquer le point de départ primitif de la maladie : aussi doit-on, quand il se présente quelque cas d'une angine extrêmement violente, rechercher s'il n'y a pas eu aux environs quelques traces, quelques vestiges d'une maladie scarlatineuse. Je dis aux environs, car on sait que la maladie scarlatineuse, particulièrement en temps d'épidémie, ne se manifeste pas constamment d'une manière absolue par une éruption rouge à la peau. Il arrive fréquemment, au contraire, dans une famille, dans une masse d'individus où la scarlatine a fait des ravages, que quelques individus échappent à l'épidémie; mais parmi eux quelques-uns seront pris sans autre manifestation extérieure de quelqu'un ou de plusieurs des symptômes de la scarlatine. C'est ainsi que les uns auront une attaque d'albuminurie, les autres une hématurie et enfin quelques autres une angine seulement; et dans ces cas, où il n'y a aucun autre vestige de scarlatine, ces symptômes uniques peuvent avoir une violence, une impétuosité qu'on voit rarement, même lorsque la maladie a déployé l'appareil de symptômes le plus complet.

Il est un symptôme de la scarlatine sur lequel on n'a pas suffisamment insisté et qui pourtant ne manque pas d'une certaine valeur, c'est une sorte de roideur qui dans les premiers jours s'empare des mains et s'oppose complétement à tout mouvement de flexion. Dans la variole, on le sait, c'est vers le treizième jour qu'apparaît la tuméfaction des mains, que Sydenham, le premier, a signalée; dans la scarlatine, c'est du deuxième au quatrième jour que dure la roideur dont nous parlons, et souvent elle est le seul symptôme qui indique qu'une angine ou une albuminurie survenues inopinément, sans autre signe précurseur, appartiennent à l'ordre des affections scarlatineuses. Parfois c'est l'albuminurie qui accompagne l'angine, et dès le troisième ou quatrième jour, après

---

la Tête-de-Baleine (rocher ainsi nommé à cause de sa ressemblance grossière avec la tête de ce cétacé), sans que nous n'y ayons été retenus par le calme. C'était une chose bien reconnue à bord et presque passée en proverbe.

» Je ne connais rien de plus désespérant que ces longues journées passées en calme, quand le soleil verse du feu, que la mer, unie comme une glace, s'empourpre de tous les reflets rougeâtres du soleil; que pas un souffle ne vient rafraîchir l'air qu'on respire!.... Le grincement de la mâture et des poulies, le silence qui règne, les voiles qui pendent tristement le long des mâts, la fatigue morale qu'on éprouve portent l'âme à la rêverie.

» J'ai vu plus d'une fois, le soir, quand le soleil allait disparaître à l'horizon, quand tout était calme et repos dans l'air, les matelots venir s'accouder sur les bastingages ou contre un sabord, la tête dans une main, le front pensif, suivant vaguement du regard les spirales décrites autour du brick par les oiseaux de haute mer..... Ils se laissaient ainsi aller au balancement du navire et à la mélancolie de leur âme. Sans doute dans ces moments d'immobilité et d'anéantissement physique il se transportaient en imagination auprès de ce qui faisait le plus délicatement vibrer leur cœur dans le pays aimé, au foyer de la maison, au milieu de la famille...

» Chez les hommes naïfs, cet état est déplorable, et, s'il se prolonge trop, il peut amener des résultats funestes : tous les médecins de la marine ont pu faire l'observation que, dans une longue campagne, c'est surtout après une série de jours de calme que les hommes se présentent à l'hôpital avec cette maladie qu'on appelle nostalgie et qui parfois fait de si grands ravages. Les matelots sont, quoi qu'on en dise, d'une nature faible, et ils se laissent facilement aller aux émotions; l'aspect du solennel spectacle de l'Océan, du ciel dans son immensité, de l'infini dans ce qu'il a de plus imposant, rend leur âme pensive; ils ne se rendent peut-être pas bien raison de cette immensité au milieu de laquelle ils s'agitent, de sa beauté, de sa grandeur, de l'empire qu'elle exerce sur leurs sens; mais ils s'abandonnent volontiers en sa présence à leurs pensées les plus graves, les plus douces, les plus touchantes. Ils ressentent si bien cet état qu'ils ont une phrase à eux pour l'exprimer : J'étais, disent-ils, dans un de ces moments d'embêtement où on n'a cœur à rien de rien, sinon à pleurer comme un mousse.

» Chez les hommes qui raisonnent ce qu'ils sentent, le calme dans les mers équatoriales est encore une source de maux. Quand on est loin de ceux qu'on aime, de sa famille, de ses amis, de sa patrie, il faut une vie agitée, il faut que tout marche autour de vous; le bruit, le mouvement, les cris viennent distraire l'âme et la rendent plus propre à réagir sur le corps souvent affaibli par un climat dévorant; le calme la plonge dans des rêveries qui la fatiguent. Le dimanche a toujours été pour moi la journée la plus longue et la plus pénible de la semaine, de même que la soirée a toujours été le moment où je me suis senti le plus malheureux. Combien de fois n'ai-je pas passé des heures entières assis sur le bastingage ou couché sur la dunette regardant sans le voir ce ciel des tropiques tout étincelant d'étoiles, écoutant sans l'entendre cette mer lumineuse de l'équateur qui gémissait sous le poids du brick!.... perdu dans mes idées, la poitrine soulevée, les yeux pleins de larmes!

» Dans ces heures de muette extase, l'âme fait un retour sur le passé; elle évoque tout ce qu'on aime; elle juge à une valeur négative exagérée le bonheur du présent; elle fait surgir à vos yeux toutes les joies laissées dans le pays, les sourires adorés, les illusions de la jeunesse, fantômes chéris qui, s'ils voltigent trop souvent devant vous, appauvrissent notre organisme, engourdissent notre courage et laissent notre corps dominé par un moral fiévreux et malade exposé à toutes les maladies du pays.

» L'influence du calme de la mer sur le moral des équipages et par suite sur les maladies me paraît immense; elle n'a pas encore été étudiée; je crois qu'elle pourrait être pour un observateur attentif une mine d'inductions physiologiques très intéressantes. »

Aujourd'hui les matelots ne manquent presque jamais d'eau. D'abord les caisses en tôle ont remplacé les barriques; l'eau est ainsi mieux conservée; grâce à l'oxyde de fer qui se développe, elle acquiert des qualités ferrugineuses dont je n'ai pas besoin de faire ressortir l'importance. Ensuite, pour la quantité, le gouvernement met à bord de tous les navires qui font de longues campagnes des cuisines distillatoires.

A bord de mon bâtiment, il est vrai navire à vapeur, on recueille tous les jours mille litres d'excellente eau distillée, qui, après avoir été aérée, est livrée à l'équipage.

A bientôt la suite de ces lettres. CORNET.

Du seigle ergoté considéré sous les rapports physiologique, obstétrical et de l'hygiène publique; par M. Aug. MILLET, docteur et lauréat de la Faculté de médecine de Paris, etc., etc. (Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine dans la séance publique du 14 décembre 1852.) — Un volume in-4° de 164 pages. Prix : 4 fr. 50. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

---

des symptômes fébriles très intenses, soit qu'il y ait ou non perte de sang par les urines, la présence de l'albumine en grande quantité peut se constater par les moyens les plus vulgaires; souvent des douleurs articulaires extrêmement intenses compliquent la scarlatine; souvent ce sont en temps d'épidémie les seuls symptômes apparents de cette fièvre exanthémateuse. Les douleurs, après avoir parcouru toutes les jointures les unes après les autres à la manière d'un rhumatisme, se localisent quelque part, et il s'y fait de la suppuration, ou bien, quand l'exanthème a disparu, elles persistent encore et tourmentent le malade longtemps après. L'angine scarlatineuse pour son intensité ne se lie point du tout à la gravité de l'éruption : telle angine excessivement violente complique une scarlatine qui dans l'espèce est très simple; au contraire, une scarlatine des plus violentes peut être accompagnée d'une angine très légère. On a vu que l'angine est parfois le seul symptôme de l'invasion scarlatineuse; quelquefois l'angine apparaît lorsque tout symptôme alarmant s'est apaisé, quand l'éruption a atteint sa période de desquamation. Ordinairement à cette époque la pyrexie a disparu; tout à coup la fièvre se rallume plus violente que jamais, le pouls prend une intensité extrême, les organes pharyngiens se tuméfient au dernier degré presque instantanément; la respiration est obstruée, le malade tombe dans une sorte d'assoupissement; il fait entendre un ronflement bruyant et sonore, et puis il meurt le deuxième ou le troisième jour, bien avant que l'angine ait pu parcourir toutes ses périodes. D[r] FAURE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mai 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

CORRESPONDANCE.

M. Marjolin donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. F. Martin.

Messieurs, dans l'une de vos dernières séances, il a été formulé contre l'appareil que j'ai imaginé pour le traitement des fractures du corps et du col du fémur un reproche grave à l'occasion d'un accident assez fréquent dans ce genre de lésions, et on a cru devoir passer condamnation sur l'appareil.

M. Chassaignac a rapporté une observation de son service que nous ne songeons pas à contester; à savoir, qu'une gangrène assez profonde s'était développée chez un sujet jeune et vigoureux traité par notre appareil.

De cet accident unique depuis l'application de mon système, on a cherché à conclure que l'appareil devait être exclu de la pratique chirurgicale de peur de voir se reproduire pareil accident.

Je demande à la Société la permission d'en appeler de la sentence; car il est avéré, d'après le témoignage des auteurs anciens, et aussi d'après l'expérience contemporaine, que la gangrène, en quelque sorte spontanée, n'est pas du tout un fait extraordinaire dans les cas de fractures. On en trouve des exemples fréquents développés sous l'influence de n'importe quel appareil, et il s'en est produit dans des circonstances où, de toute évidence, l'appareil n'exerçait aucune compression.

En effet, il est reconnu aujourd'hui que dans le cas de fracture la gangrène peut être due soit à la contusion des vaisseaux, soit à l'étranglement des tissus par l'aponévrose d'enveloppe, soit enfin, comme l'a dit M. Larrey, à une cause mécanique quelconque.

Nous citerons à notre appui autant d'exemples, autant d'autorités qu'on voudra : Boyer, Dupuytren, Ambroise Paré même; parmi les contemporains : MM. Malgaigne, Nélaton, Roux, et surtout M. Maisonneuve, qui est venu, en juin 1852, vous exposer avec grands détails deux observations de sa pratique, et développer une théorie que nous sommes heureux de rappeler.

Maintenant, de ce que nous venons de dire il ressort donc, répétons-le, qu'avec tous les appareils il s'est produit des cas nombreux de gangrène; qu'avec le nôtre, depuis plus de quatre ans, et sur plus de quarante malades, il ne s'est produit qu'une seule fois.

De l'aveu de M. Chassaignac, nous avons obtenu des guérisons que n'a jamais données aucun autre appareil. Or, abandonner le nôtre n'est autre chose que revenir aux anciens, qui guérissent mal et ne préservent pas le moins du monde de la gangrène.

Ce serait, à vrai dire, faire acte d'hostilité trop flagrante contre toute idée nouvelle que de préférer systématiquement, de deux moyens en présence, celui qui produit la guérison mauvaise et laisse se multiplier les accidents, à celui qui produit la guérison presque parfaite et à qui on ne pourrait attribuer, sur une pratique déjà longue, qu'un seul accident.

Je compte donc, messieurs, sur l'impartialité dont la Société de chirurgie a toujours fait preuve pour l'appréciation de ce fait.

M. Marjolin fait suivre cette lecture des réflexions suivantes :

Je crois que M. F. Martin s'est mépris sur le sens de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance au sujet de la présentation des deux malades de M. Chassaignac, pour lesquels son appareil à extension avait été employé. Personne, dans la discussion, n'a dit que cet appareil fût mauvais ou fût au-dessous des autres appareils à extension; loin de là, les faits ont prouvé qu'il avait des avantages; mais ce qu'on ne pouvait pas nier, c'est que dans un cas son application, bien que faite avec soin et surveillée, a déterminé des eschares. Quant à dire qu'il y a eu là analogie entre ces accidents et ces gangrènes profondes qu'on observe dans des fractures comminutives, lors même qu'il n'y a pas eu d'appareil appliqué, c'est un point qui n'a pas été et qui ne pouvait pas être discuté, vu la différence de cause.

Après quelques observations présentées par MM. Chassaignac et Debout, la Société décide que la lettre de M. F. Martin sera insérée dans les Bulletins.

RAPPORTS.

M. DEGUISE fils continue et termine la lecture du rapport commencé dans la dernière séance.

A la suite de cette lecture, M. Chassaignac fait observer que M. le rapporteur a, suivant lui, donné trop de développement aux idées inacceptables de M. Didot sur le cancer. Il demande que les conclusions relatives à cette partie des travaux du chirurgien belge soient formulées avec plus de sévérité.

M. FOLLIN. M. Deguise ayant jugé à propos de parler des expériences que j'ai faites sur les injections de matières cancéreuses, je désire qu'il soit bien constaté que je n'ai jamais considéré les résultats que j'ai obtenus comme probants.

M. LARREY s'associe aux observations présentées par M. Chassaignac pour protester contre les idées de M. Didot.

A la suite de quelques nouvelles objections, il est décidé que le rapport de M. Deguise sera, avec quelques modifications, inséré dans les Bulletins. Les conclusions de la commission sont ensuite adoptées.

Rapport lu à la Société de chirurgie sur les travaux de M. Alphonse Didot (de Liége) au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Denonvilliers et Deguise fils, rapporteur. — Messieurs, M. le docteur Didot, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Liége, a envoyé à la Société de chirurgie douze mémoires imprimés à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant étranger. Une commission composée de MM. Danyau, Denonvilliers et moi a été nommée pour examiner ces travaux, dont je vais chercher à vous rendre compte.

Parmi ces douze mémoires, les uns m'ont paru n'offrir qu'un très minime intérêt, et je ne vous en rapporterai que quelques mots ou même simplement que les titres; les autres ont un cachet d'originalité assez dessiné pour qu'à l'avance je réclame en leur faveur un peu de votre attention.

1° *Essai sur l'inoculation de la pleuropneumonie exsudative des bêtes bovines.*

2° *Rapport à l'Académie de Belgique sur un mémoire de M. Thirion (de Namur) relatif à certains accidents qui accompagnent l'anasarque des femmes enceintes.*

3° *Communication relative à une promeneuse pour les enfants en bas âge.*

4° *Quelques mots sur le secret en médecine.*

Quoique ce mémoire ne rentre pas dans les sujets dont la Société s'occupe habituellement, il eût été néanmoins assez intéressant de l'examiner au point de vue de nos fréquents rapports avec les tribunaux; mais après l'arrêt dernièrement rendu par la cour de cassation, toute discussion deviendrait oiseuse, la cour suprême ayant proclamé : « Lorsqu'un médecin déclare que ce qui a eu lieu entre lui et son client a été confidentiel, la justice doit s'arrêter devant l'article 378 du Code pénal. »

5° *Histoire d'une opération d'anus artificiel par l'entérotomie lombaire d'après le procédé de Callisen modifié par M. Amussat.*

Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans chez lequel existait une tumeur cancéreuse développée dans le rectum, à une hauteur qui la rendait très difficilement accessible au toucher. Le diamètre de l'intestin au niveau de la tumeur était réduit à un petit pertuis, insuffisant pour le passage des matières fécales et donnant seulement issue à quelques matières liquides ou gazeuses.

L'opération a été faite le 29 octobre 1847, et a été suivie d'un succès complet. Quelques mois après, M. Didot a eu des nouvelles de son opéré, et il a appris avec plaisir qu'il se trouvait dans un état satisfaisant.

6° *Quelques mots sur la méthode amovo-inamovible.*

Éloge pompeux des idées de M. Seutin; reproche un peu exagéré adressé aux chirurgiens qui n'emploient pas le bandage amidonné, puisque M. Didot les accuse presque tous de différer la réduction des fractures et de perdre dix, quinze et vingt jours avant d'appliquer un appareil contentif.

Deux observations de fractures graves avec plaie.

7° *Essai sur la prophylaxie du cancer par la syphilisation naturelle.* (1851.)

Ce travail, fruit de méditations savamment exposées, n'est guère susceptible d'être analysé; il faudrait lire le mémoire tout entier pour vous montrer les convictions à la fois profondes et originales de notre confrère de Liége.

En résumé, pour M. Didot, le cancer n'est qu'un virus, une espèce d'acarus, né d'un œuf, comme son congénère de la gale, et, comme lui, doué des trois grands caractères de tout virus : contagion, incubation, régénération. De plus, le cancer, à l'instar des autres virus, a ses antipathies, et son antagoniste se trouve être le virus syphilitique. La syphilis doit donc préserver du cancer ou le tuer quand il a commencé à se développer.

Une première question à examiner est celle relative à la priorité des idées émises sur l'animalité du virus cancéreux. J'aurais mauvaise grâce d'adresser à M. Didot le reproche de s'en attribuer la découverte, car il rappelle que ces idées ne sont pas absolument neuves, puisque Hunter et Adams avaient déjà professé que le cancer dépendait d'un ver globuleux, d'une hydatide. Quant aux idées de l'antagonisme entre le cancer et la syphilis, de la préservation et de la guérison du cancer par l'inoculation de la vérole, M. Didot en revendique pour lui seul la paternité. Bien que M. Bouchardat ait écrit dans l'*Annuaire de thérapeutique de 1850*, un an par conséquent avant la publication du mémoire de M. Didot : « Si la témérité de l'inoculation » syphilitique peut être excusée, c'est quand on a devant soi à com» battre la diathèse cancéreuse, » néanmoins, il est juste de reconnaître que M. Didot a tellement élaboré ce sujet qu'il l'a rendu sien, et que par conséquent c'est à lui qu'incombe la gloire d'une découverte utile ou le regret de n'avoir pu servir l'humanité.

Les idées qui naissent dans la pensée ou sous la plume de M. Didot sont revêtues de couleurs vives, de formes séduisantes. Malheureusement elles ne découlent d'aucun fait pratique; ce ne sont que des hypothèses depuis le commencement jusqu'à la fin du travail.

A ces théories, messieurs, permettez-moi de répondre par les quatre propositions suivantes :

1° En admettant comme une vérité démontrée que le cancer est un virus, un animalcule, un acarus, il est loin d'être prouvé que la présence de ce virus ne puisse pas se concilier avec la syphilis.

2° Cette antipathie serait-elle hors de toute contestation, on ne voit pas comment l'inoculation de la syphilis pourrait guérir le cancer; car alors, l'antagonisme étant réciproque, il serait aussi impossible d'inoculer la vérole à un cancéreux que le cancer à un syphilitique.

3° Il serait tout au plus logique d'inoculer la syphilis pour préserver du cancer, comme on inocule le vaccin pour préserver de la variole.

4° La généralisation d'une telle méthode établie dans un but préservatif du cancer, quand bien même elle ne serait pas immorale, constituerait, eu égard aux cas de mort causés par la syphilisation, une pratique téméraire remplie de dangers, et, par ce seul motif, doit être condamnée.

8° *Note sur la séparation des doigts palmés et sur un nouveau procédé anaplastique destiné à prévenir la reproduction de la difformité.*

Procédé fort ingénieux appliqué sur le vivant et avec succès; voici en quoi il consiste : Soient, par exemple, le petit doigt et l'annulaire palmés jusqu'au milieu de la deuxième phalange; M. Didot pratique une incision sur la ligne médiane de la surface dorsale du petit doigt depuis le point où finit la palme jusqu'à la naissance du doigt, ensuite il fait tomber sur chaque extrémité de cette incision deux autres petites incisions perpendiculaires allant jusqu'au côté interne de l'annulaire. Le lambeau qui résulte de ces trois incisions est disséqué du petit doigt vers l'annulaire, avec le soin de lui laisser le plus d'épaisseur possible; pareil lambeau est disséqué à la face palmaire, mais dans un sens inverse, c'est-à-dire de l'annulaire au petit doigt. Il ne reste plus alors qu'à détruire quelques brides celluleuses et à enter les téguments appartenant au petit doigt sur l'annulaire, ceux de l'annulaire sur le petit doigt, ce que l'on obtient au moyen de quelques points de suture.

Dans le cas opéré par M. Didot, il s'agissait d'une jeune fille qui avait les quatre doigts de la main gauche palmés jusqu'au milieu de la deuxième phalange. Le tissu de la cloison interdigitale était dense et serré au point de rendre les quatre appendices solidaires l'un de l'autre. L'opération a été pratiquée en deux fois. M. Didot s'est d'abord occupé de la bride auriculo-annulaire et de celle qui unissait le médius à l'indicateur. La cicatrisation était complète au bout de quinze jours. Deux mois plus tard, pareille opération a été faite pour la palme du médius et de l'annulaire, et avec le même succès.

M. Didot recommande de ne pas trop appauvrir les lambeaux et de faire comprimer pendant l'opération les artères radiale et cubitale, afin de ne pas être gêné par la grande quantité de sang qui s'écoule pendant la dissection des lambeaux.

En présence de l'extrême difficulté que l'on a rencontrée jusqu'à ce jour pour obtenir la guérison radicale de ces vices de conformation, difficulté qui est telle que certains chirurgiens ont renoncé à les opérer, je ne fais aucun doute que le nouveau procédé de M. Didot ne soit appelé à rendre de grands services, principalement dans les cas où les palmes ne seront pas le résultat de cicatrices vicieuses, suite de brûlures; en un mot lorsqu'elles seront congéniales. En outre, le succès sera d'autant plus assuré que les palmes auront plus de largeur; car alors les lambeaux étant plus larges, recouvriront plus facilement les parties disséquées.

10° *Note sur la cautérisation du larynx et sur un nouveau porte-caustique laryngien.* — Le porte-caustique laryngien de M. Didot se compose d'une sonde en argent dont l'une des extrémités est coudée à angle droit à peu près dans l'étendue de 4 à 5 centimètres. La portion coudée, renflée par rapport au reste de la sonde, peut avoir 4 centimètre de diamètre; elle est criblée de petits trous, et contient dans son intérieur une éponge très élastique, sur laquelle vient reposer une tige métallique. Cette tige, munie de quelques articulations, pour se prêter à la coudure de l'instrument, est maintenue vers le pavillon de la sonde par un ressort en spirale disposé de telle façon que ce n'est qu'en appuyant sur ce ressort qu'on peut presser l'éponge renfermée dans la coudure. Lorsqu'on cesse la pression la tige remonte d'elle-même. La coudure se fixant à la tige par un pas de vis, c'est par là qu'on introduit l'éponge et qu'on la charge du liquide caustique. M. Didot recommande d'avoir soin d'imprégner l'éponge de manière que la solution caustique ne puisse pas couler spontanément; ce dont on s'assure en voyant si le godet est bien sec à l'extérieur.

Ce nouveau porte-caustique laryngien est d'un mécanisme assez simple; les mains les moins habiles peuvent le démonter et l'entretenir dans un bon état de conservation, ce qui n'est pas peu de chose, surtout pour les praticiens qui exercent loin des villes et n'ont pas toujours sous la main un ouvrier convenable pour réparer un instrument délicat.

Ce porte-caustique me paraît devoir avantageusement remplacer l'éponge ordinaire fixée au bout d'une baleine à l'aide d'un fil, surtout lorsque l'intention de l'opérateur est de pénétrer dans l'intérieur du larynx. Le nouvel instrument que M. Robert nous a présenté dernièrement n'a pas les inconvénients reconnus au fil comme moyen d'attache, puisque l'éponge y est saisie par une sorte de pince à trois branches et retenue par une douille; mais son introduction dans le larynx nécessite un certain effort, et il en résulte que l'effet principal du caustique a lieu plutôt à l'orifice qu'à l'intérieur du larynx.

L'instrument de M. Didot, pénétrant avec facilité, ne perdant pas une goutte de liquide sans la volonté du chirurgien, offre donc de grands avantages.

Si M. Didot avait terminé là sa note, je n'aurais eu que des éloges à lui adresser; mais il a fait suivre sa communication à l'Académie de Belgique de certaines réflexions propres à l'œdème de la glotte, qu'au point de vue de son nouvel instrument je ne crois pas devoir laisser passer sans critique. Je cite textuellement M. Didot :

« Ouvrez tous les pathologistes, compulsez les recueils périodiques, » recherchez les traitements employés par les cliniciens, et vous re» connaîtrez que personne n'a songé à la cautérisation; du moins je » n'en connais pas d'exemple. Ainsi, M. Legroux a employé les insuf» flations d'alun en poudre, et son malade est mort; le même prati» cien a taillé l'ongle de l'index en pointe aiguë, et il a déchiré la » membrane des bourrelets; Marjolin a labouré ces mêmes bourrelets » avec une longue racine de guimauve; Lisfranc les a scarifiés; » M. Malgaigne les a écrasés; tous ont vanté la laryngotomie, et tous » ont vu succomber leurs patients sans songer à la cautérisation di» recte. Plus heureux, ou mieux inspiré, j'oppose depuis dix ans la

» cautérisation à tous les cas d'œdème de la glotte qui se présentent » à mon observation, avant d'en venir à ce qu'on peut appeler les » grands moyens. »

Puis suivent deux observations à l'appui de cette médication.

Maintenant, voici mes réflexions :

1° L'œdème simple de la glotte étant une maladie heureusement fort rare, il faut que M. Didot ait été singulièrement favorisé par le sort pour avoir écrit : « *J'oppose depuis dix ans la cautérisation à tous les cas d'œdème de la glotte qui se présentent à mon observation.* »

2° Sans accuser M. Didot d'avoir confondu la glotte avec l'ouverture supérieure du larynx, il est bon de rappeler que la glotte n'est pas le siége essentiel de la maladie fort improprement décrite par Bayle en 1818 sous le nom d'œdème de la glotte, mais bien les replis muqueux qui vont de l'épiglotte aux cartilages arythénoïdes.

3° Les replis épiglotti-arythénoïdiens qui forment les parties latérales de la région supérieure du larynx se présentant ordinairement dans l'affection dite œdème de la glotte sous la forme de deux bourrelets volumineux et obstruant presque complétement le larynx; ces deux bourrelets n'étant guère susceptibles de s'écarter que par une impulsion venant de la trachée, par l'expiration, tandis que toute autre impulsion venant de l'arrière-bouche tend à les rapprocher davantage; la base de la langue, l'épiglotte, les piliers du voile du palais participant le plus habituellement à cet état morbide, la cautérisation du larynx avec l'instrument de M. Didot me paraît impossible.

4° Dans les deux observations rapportées par M. Didot à la suite de la description de son instrument et des avantages qu'il lui attribue, la cautérisation n'a pas été pratiquée avec cet instrument, mais simplement avec une éponge ordinaire, et il est certain que l'éponge n'ayant pu pénétrer dans le larynx n'a fait que badigeonner la base de la langue, l'épiglotte, les piliers et les bourrelets arythéno-épiglottiques.

5° Le nouveau porte-caustique laryngien de M. Didot peut être fort bon dans certaines maladies du larynx; il n'est pas susceptible d'application dans l'œdème de la glotte.

11° *Note sur le traitement chirurgical de la gangrène dite spontanée.* — Après quelques généralités sur l'étiologie de la gangrène spontanée, M. Didot s'exprime ainsi :

« La résorption est l'accident le plus terrible qui puisse compliquer » la gangrène spontanée. Je me hâte de le proclamer, quoique les au» teurs n'en fassent aucune mention et ne donnent aucun conseil pour » tâcher de l'éviter. »

J'en demande pardon à M. Didot, mais sa mémoire lui fait complétement défaut quand *il proclame le silence des auteurs* à l'endroit de la résorption dans la gangrène et des moyens propres à la combattre.

Que de citations j'aurais à faire pour démontrer à notre confrère l'oubli dans lequel il est tombé ! Qu'il me permette seulement de lui rappeler l'excellent article sur la gangrène que M. Bégin a publié dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. Didot passe en revue la plupart des moyens préconisés jusqu'à ce jour dans le but de combattre cette résorption ; mais il n'en trouve pas de réellement efficaces et demande une *réforme complète dans la thérapeutique* adoptée par tous les auteurs.

M. Didot blâme avec raison, je crois, les conseils donnés par MM. Piorry et Godin, conseils qui consistent à placer le membre dans une position favorable à la circulation veineuse et même à établir une compression méthodique qui agisse dans le même sens. Il est hors de doute que la compression circulaire la mieux faite ne peut que gêner l'arrivée du sang artériel et par suite l'établissement d'une circulation collatérale, tandis que cette même compression doit singulièrement faciliter le départ du sang veineux et par conséquent la résorption des liquides infiltrés.

Un autre médecin belge, le docteur Seghers (de Saint-Nicolas), ayant appliqué en 1847 le caustique de Vienne au-dessus de la partie gangrenée dans un cas de gangrène sénile qui siégeait aux orteils, M. Didot *voit là une innovation heureuse*. Mais, ajoute notre auteur, comme M. Seghers n'aurait eu principalement en vue que l'ablation des parties gangrenées, *il n'y aurait là qu'un progrès* dont il ne faut pas se contenter si l'on veut arriver à l'établissement d'une bonne thérapeutique.

L'application de la potasse caustique au-dessus d'une partie gangrenée, une innovation heureuse, un progrès en chirurgie ! Sous l'influence de quelle préoccupation M. Didot a-t-il pu écrire et imprimer de pareilles lignes en 1852 ! Que diraient, s'ils pouvaient les lire, la plupart des médecins arabistes, eux qui se servaient de caustique pour séparer les parties mortes des parties vivantes, eux qui souvent ont cité comme leur maître Abou-Moussah-Djafar-al-Sofi, grand alchimiste du huitième siècle, dont le procédé pour préparer la pierre à cautère est encore celui que l'on emploie de nos jours!

M. Didot parle aussi des faits publiés par M. Jobert (de Lamballe) dans le *Bulletin de thérapeutique*, faits qui se rapportent à des gangrènes occasionnées par des matières septiques pour lesquelles l'emploi du fer rouge est préconisé dans le but de détruire sur place le venin et d'empêcher son absorption. Mais M. Didot cite M. Jobert afin de faire remarquer que ce chirurgien, pour s'être approché de la vérité, ne l'a pas aperçue, puisqu'il (je souligne les mots) *n'a même pas songé à se servir du feu pour hâter la chute des parties gangrenées, comme M. Seghers s'est servi du caustique de Vienne, c'est-à-dire comme moyen de disjonction.*

A cela que répondre, si ce n'est que M. Didot, qui se montre si sévère envers M. Jobert en lui reprochant de n'avoir pas aperçu la vérité, n'a pas été assez clairvoyant, lui M. Didot, pour s'apercevoir que la citation empruntée à notre compatriote est la plus bel argument contre la proposition émise à la page 11 du *Mémoire sur le nouveau traitement de la gangrène*, à savoir : « .... *Les auteurs ne donnent aucun conseil pour éviter la résorption.* »

Enfin, puisque *toute la thérapeutique de la gangrène est à refaire*, suivant les expressions du chirurgien liégeois, examinons les moyens nouveaux qu'il va nous proposer. Ils se résument en quatre indications :

1° Arrêter la résorption putride;

2° Limiter la mortification;

3° Favoriser la séparation des parties gangrenées;

4° Ramener dans le membre la circulation artérielle pour obtenir la guérison des plaies et prévenir le retour du mal.

Or savez-vous, messieurs, comment M. Didot obtient ce résultat? *Par l'emploi énergique* (je souligne encore les mots) *du fer rouge.*

Tel est le nouveau traitement chirurgical de la gangrène soumis en 1852 à la sanction de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Mais, avant la critique, l'exposition fidèle des idées de l'auteur, je poursuis :

Avec un cautère linéaire de 3 millimètres environ et chauffé à blanc, on pratique une cautérisation circulaire et comprenant seulement l'épaisseur de la peau. Le résultat de cette première cautérisation est de détruire les nombreuses mailles de vaisseaux anastomotiques qui rampent sous la couche cutanée et d'arrêter ou de rendre plus difficile la résorption en supprimant toute communication entre cet ordre de vaisseaux et le foyer putride. Ainsi se trouve remplie la première indication.

La deuxième et la troisième sont effectuées par une seconde cautérisation, mais cette fois plus profonde et plus large du côté des tissus sains de façon à provoquer une inflammation de bon aloi.

Quant à la quatrième indication, ramener dans le membre la circulation artérielle, on y parvient par une troisième cautérisation qui laboure et détruit les chairs aussi profondément que possible. La réaction vitale qui en est la suite est la conséquence du principe : *Ubi stimulus, ibi affluxus.*

A l'appui de son travail, M. Didot relate une observation de gangrène spontanée des deux phalanges du pouce de la main gauche survenue chez un homme de cinquante-cinq ans et chez lequel il a pratiqué les trois cautérisations dont je viens de parler, les deux premières à un jour d'intervalle, la troisième au bout de huit jours. Enfin, j'ajouterai, pour être complet, que M. Didot a constamment maintenu la partie gangrenée recouverte d'eau chlorurée, qu'il a pansé la plaie des brûlures avec un onguent composé de styrax et de quinquina pendant un mois environ, après lequel il a désarticulé le premier métacarpien, et que la guérison définitive s'est encore fait attendre un mois après cette dernière opération.

Je reviens maintenant sur les indications posées par M. Didot, et je vais examiner à quel degré elles peuvent être considérées comme nouvelles.

Première indication. *Arrêter la résorption putride.* — Lorsque la gangrène est humide, que les parties mortifiées sont infiltrées de liquides putrides, les incisions que l'on pratique depuis un temps immémorial sur ces mêmes parties ne sont-elles pas faites dans le but de s'opposer à cette résorption putride? Les vieux livres ne regorgent-ils pas de substances ou de formules réputées plus ou moins antiseptiques et spécialement recommandées dans le cas de gangrène? De nos jours a-t-on renoncé aux poudres de charbon et de quinquina, ainsi qu'aux chlorures? La cautérisation, enfin, de quelque nature qu'elle soit, si préconisée par les anciens, tantôt appliquée sur les parties mortes dans le but de les détruire entièrement, tantôt dirigée sur les parties saines et renfermant la gangrène dans un cercle de brûlure profonde, n'arrêtait-elle pas aussi sûrement la résorption putride que la simple raie de feu de M. Didot, qui ne détruit que les vaisseaux superficiels?

Deuxième indication. *Limiter la mortification.* — La nécessité d'arrêter les progrès de la gangrène est la première pensée qui a dû s'offrir à l'esprit. « La gangrène est de telle félonie, dit Guy de Chau» liac, que, si on n'y secourt promptement, la partie qui l'endure » meurt, et, en comprenant celles qui lui sont continues, elle tue » l'homme. » Voir la gangrène se limiter, mais c'est le seul espoir sur lequel on se fonde pour obtenir une guérison; c'est cette limite entre le mort et le vif que l'on attend ou que l'on provoque avant de songer à l'amputation. Malheureusement cette limite ne s'établit pas toujours et trop souvent nous ne sommes pas les maîtres de la produire.

Pour rester sur le terrain où s'est placé M. Didot, pour ne traiter que de la gangrène spontanée, n'est-il pas évident que, la cause réelle de cette affection demeurant souvent obscure ou bien trop inaccessible à nos agents curatifs, il devient fort difficile d'en triompher? Une ou plusieurs phalanges se sont sphacélées spontanément, et vous avez cautérisé les tissus sains tout autour à quelques lignes des parties mortes; avez-vous pour cela limité la mortification? votre cautère a-t-il détruit la cause, a-t-il brûlé la phlogose du système artériel? En labourant les chairs avec un fer rouge, vous avez cru copier la nature, vous n'avez pas surpris ses secrets. La gangrène ne peut s'arrêter que lorsque la cause qui l'a produite a cessé d'agir. Or, tant que vous ne connaîtrez pas cette cause ou que vous n'aurez pas d'action sur elle, vous ne pouvez pas dire que vous limiterez la gangrène.

Troisième indication. *Favoriser la séparation des parties mortifiées.* — Cette indication n'a jamais soulevé la moindre objection. La gangrène limitée, aussitôt que la ligne de séparation entre le mort et le vif est partout bien prononcée, on ampute; tel est depuis longtemps le précepte donné et suivi par tous.

Quatrième indication. *Ramener dans le membre la circulation artérielle.* — C'est ici encore qu'il importe d'être édifié sur la cause qui a produit la gangrène. Si on avait toujours affaire à des cas semblables à celui que Dupuytren a rapporté, c'est-à-dire à un état aigu du système artériel, nul doute qu'on ne dût recourir une ou plusieurs fois à la saignée; ce serait sans contredit le meilleur moyen de faciliter la circulation, puisque ce moyen serait approprié à la nature des lésions du cœur et du système artériel qui précèdent et déterminent la gangrène. Mais il est d'autres circonstances où un traitement antiphlogistique ne saurait convenir; par exemple, lorsque l'organisme est dans un état d'asthénie. Alors le pouls, loin d'être plein et dur, comme dans le cas de Dupuytren, est d'une faiblesse extrême, la peau est froide, etc., et il faut avoir recourir aux stimulants de toute espèce, *intus* et *extra.*

En résumé, tout en reconnaissant que la thérapeutique de la gangrène laisse encore beaucoup à désirer, je ne vois pas que M. Didot l'ait sensiblement améliorée, et je crois avoir démontré que les indications posées par cet auteur n'étaient pas très neuves.

12° *Observations et réflexions sur les dépôts urineux et l'urétrotomie.* — Mémoire rempli de citations savantes et disposées avec beaucoup d'art pour démontrer l'utilité de la boutonnière à la suite des ruptures de l'urètre.

Trois observations recueillies par M. Didot servent de base à ce travail. Toutes les trois elles ont trait à des individus qui, à la suite de chocs violents sur le périnée, éprouvèrent tous les phénomènes propres aux grandes contusions de cette région : ecchymoses larges et profondes, tuméfaction du scrotum, rétention d'urine, etc. Dans l'observation première, les téguments n'offraient point de solution de continuité. Dans la deuxième et la troisième, le périnée et le scrotum étaient le siége d'une plaie contuse assez étendue. Le cathétérisme a été impossible dans les deux premiers cas; il a été aisé dans le troisième. L'opération de la boutonnière a été faite aux trois malades, de nombreux débridements ont été pratiqués sur le scrotum, et en définitive la guérison a été obtenue au bout d'un temps assez court (entre trois et cinq semaines) sans que M. Didot ait jamais eu recours à l'usage de la sonde.

Renfermée dans le champ des déchirures de l'urètre occasionnées par des coups ou des chutes sur le périnée, l'urétrotomie est une opération nouvelle lorsqu'on la pratique immédiatement après l'accident; elle ne l'est plus si un certain temps s'est écoulé, si des fistules plus ou moins nombreuses ont eu le temps de s'établir, comme dans les faits rapportés par Viguerie (de Toulouse) dans son mémoire sur la cure radicale des fistules urinaires.

M. Didot, appelé auprès de trois malades qui s'étaient rompu l'urètre à la suite de contusions violentes, a donc chez tous les trois incisé ce canal dans sa portion membraneuse, et ses trois malades ayant guéri assez rapidement, il propose de généraliser cette urétrotomie, en l'appliquant d'emblée à tous les cas semblables. M. Didot est-il dans le vrai, ou bien, encouragé par trois succès, s'est-il laissé emporter un peu trop loin? C'est ce que de nouveaux faits sont seuls en état de résoudre.

Afin de ne pas abuser plus longtemps de votre attention, je ne vous présenterai qu'une seule remarque. Autant l'opération de la boutonnière est simple et facile lorsqu'il s'agit d'inciser l'urètre sur un calcul que l'on peut sentir à travers la peau, autant cette opération me paraît hérissée de difficultés quand il faudra la faire au niveau de la portion membraneuse, alors qu'on n'a pas la ressource d'un cathéter pour se guider, et que la tuméfaction, les vastes épanchements sanguins qui accompagnent d'ordinaire les ruptures de l'urètre viendront encore masquer l'état normal des parties.

Messieurs, j'ai terminé ma tâche. Si parfois ma critique a été sévère, j'ai du moins la conscience de ne pas l'avoir rendue passionnée. Ne perdant jamais de vue que l'auteur de ces mémoires était professeur à la Faculté de Liége, et membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, j'aurais cru faire injure à M. Didot en ne lui demandant pas tout ce qu'on est en droit d'exiger d'un homme qui occupe une haute position scientifique. Noblesse oblige.

Néanmoins, il serait injuste de ne pas reconnaître un certain mérite à l'auteur de ces nombreux mémoires. Ainsi, plume facile et brillante vues souvent originales qui, pour ne pas toujours reposer sur l'observation rigoureuse des faits, n'en sont pas moins conduites avec une habileté savante; tel se montre M. Didot. Ajoutons que ses observations d'entérotomie lombaire et d'urétrotomie doivent être pour nous un garant de la valeur du chirurgien de Liége comme opérateur. N'oublions pas enfin que grâce à lui la chirurgie est enrichie d'un nouveau procédé anaplastique, le meilleur sans contredit de tous ceux qui ont été imaginés pour obtenir la guérison des doigts palmés.

A ces différents titres, votre rapporteur estime que la Société de chirurgie peut et doit se montrer hospitalière, et, en conséquence, il a l'honneur de vous proposer :

1° D'écrire une lettre de remercîments à M. Didot;

2° De déposer honorablement ses mémoires dans les archives de la Société;

3° De lui décerner le titre de membre correspondant étranger.

— M. Laborie donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Houzelot intitulé *De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement simple.*

La discussion et le vote sur les conclusions sont renvoyés à une séance prochaine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Examen anatomique du moignon d'un bras amputé. — M. Fano présente à l'appui de sa candidature une pièce d'anatomie trouvée à l'Ecole pratique sur un sujet de trente-cinq ans. Il s'agit d'une amputation du bras.

L'humérus paraît avoir été coupé à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur.

La partie inférieure du muscle biceps brachial est convertie en tissu fibreux.

Le *nerf musculo-cutané* se termine par plusieurs branches dont les extrémités libres adhèrent à la face profonde du muscle biceps, à peu de distance de la cicatrice.

Le *nerf médian* se termine, à 2 centimètres environ de l'extrémité de l'humérus, par un renflement olivaire de la grosseur d'une petite amande munie de son enveloppe. Le bout inférieur de ce renflement est confondu avec le tissu fibreux du biceps.

Le *nerf cubital* se termine également par un renflement aussi volumineux que celui du médian, un peu plus aplati. Ce renflement descend un peu plus bas que celui du médian et est également confondu avec le tissu fibreux qui avoisine l'extrémité inférieure du biceps.

Le *nerf cutané interne* offre un petit renflement fusiforme à son extrémité terminale.

Le *nerf radial* se termine par plusieurs petites branches dont les extrémités sont confondues avec la face profonde de la longue portion du triceps et par une branche principale terminée elle-même par un renflement aplati du volume d'un gros pois.

L'*artère humérale* se termine par un cordon fibreux confondu avec le tissu fibreux du biceps brachial. Dans l'intérieur du vaisseau se trouve un petit caillot effilé de la longueur de 1 centimètre, qui s'étend jusqu'à 2 centimètres du bout terminal de l'artère. Dans le dernier centimètre de la longueur de cette dernière on trouve une substance fibrineuse facilement détachable des parois du vaisseau.

La première collatérale naît à 5 centimètres et demi de l'extrémité de l'artère.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tons les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tons les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meil leurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un antre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour les antres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 17 MAI 1854.

Séances des Académies.

On connaît l'exubérance d'esprit de M. Velpeau ; c'est un feu roulant de saillies dont ne cessent de résonner les échos de la Charité, et qu'il est d'autant plus difficile de parer qu'elles tombent souvent sur les auditeurs qui s'y attendent le moins. L'Académie de médecine en a eu un exemple il y a huit jours. On se rappelle que, sur la demande de M. Bonnafont, il était question de nommer une commission pour examiner son mémoire relatif au traitement de l'orchite par le collodion. Quelques membres adoptaient la proposition, d'autres la repoussaient, et donnaient des raisons plus ou moins valables à l'appui de leur opinion.

M. Velpeau, *quoique* membre, ou peut-être *parce* qu'il est membre de deux Académies, n'approuvait pas cette demande. Non content de la repousser comme les autres, l'honorable professeur de clinique chirurgicale a voulu lui porter le coup de grâce. Ce coup de grâce était un nouveau trait d'esprit. Les commissions sont inutiles ; elles ne sont bonnes qu'à *enterrer les questions*, a-t-il dit à deux ou trois reprises. On a ri deux ou trois fois, et on se souvient comment s'est réellement trouvée enterrée la question sous le rire provoqué par la spirituelle et souriante proposition de M. le président. C'était bien jusque-là, et M. Velpeau jouissait en plein de son triomphe de pompes funèbres. Mais, dès aujourd'hui, un membre jeune et zélé de la Compagnie a semblé mettre quelque malice à *enterrer* à son tour l'*épigramme* de son collègue.

Une question grave et importante, le redressement utérin, avait été, il y a quinze jours, soumise précisément au jugement d'une commission dont le rapporteur était M. Depaul. Sans se préoccuper des loisirs que pouvait lui faire l'exemple de tant d'autres commissions, et particulièrement celle du choléra, M. Depaul a étudié, travaillé le sujet et a commencé la lecture d'un rapport dont l'Académie a écouté la première partie avec un vif intérêt, et qui paraît, à son tour, destiné à enterrer le redressement et tous les redresseurs utérins. Le rapporteur a pris courtoisement et logiquement à partie tous les partisans de la méthode que nous avons appelée nous-même anti-rationnelle, depuis M. Simpson jusqu'à MM. Valleix, Gaussail, etc., et les a battus par leurs propres armes, c'est-à-dire par l'examen de leurs observations. Nous attendrons la fin de la lecture de cet intéressant rapport pour nous prononcer d'une manière définitive ; mais, comme prélude à la discussion qu'il ne peut manquer de provoquer, nous publions en entier la partie du rapport lue par M. Depaul, et nos lecteurs pourront dès aujourd'hui apprécier la valeur des faits et des objections.

Une intéressante communication de M. Jobert (de Lamballe) sur la guérison d'un anévrisme artérioso-veineux par une double injection de la dissolution de perchlorure de fer a clos la séance. Nous publions ce fait important.

Deux séances de l'Académie des sciences ne nous ont valu qu'un appendice au mémoire de M. A. Chenot, sur l'oxyde de carbone considéré comme poison, et une nomination qui ne nous regarde guère, puisqu'il s'agit de la section de géographie.

Puisque nous sommes en train de glaner, on nous permettra de rappeler qu'avec la saison d'été ont recommencé les instructives leçons sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis. La *Gazette des Hôpitaux*, qui n'est jamais en arrière de nouveautés quand elles lui paraissent offrir de l'intérêt, a déjà donné un article sur ce sujet, et y reviendra dans le prochain numéro. Dès aujourd'hui elle croit devoir faire savoir que M. A. Cazenave, comme M. Hardy, a commencé ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, le mercredi 10 mai, et les continuera tous les mercredis à neuf heures. La visite des malades est à huit heures. — F. Fabre.

MORT APPARENTE DURANT SIX HEURES,

avec absence des battements du cœur à l'auscultation.

Si l'on voulait tenir compte de tous les faits de mort apparente observés en dehors de toute règle scientifique positive, et publiés par les journaux politiques, littéraires et médicaux, il n'y aurait plus de sécurité pour les vivants, et chacun devrait craindre pour lui-même le triste sort d'une inhumation prématurée. *La Gazette des Tribunaux, le Droit, le Constitutionnel, le Siècle, la Presse, le Mousquetaire*, etc., ont publié à diverses époques des histoires inventées à plaisir, collationnées ensuite par des médecins, plus littérateurs que savants, dans le but d'établir l'incertitude des signes de la mort. *La Gazette des Hôpitaux* a rendu compte dernièrement d'un livre où se trouvent toutes ces anecdotes rassemblées sans critique, et dans lequel on impute toujours à la science les fautes de diagnostic sur la certitude des signes de la mort, faites par des garde-malades, des portières ou des soldats ignorants. Aujourd'hui c'est le tour de l'*Union médicale*. Dans son numéro du 13 mai, elle exhume et ressuscite, après quatorze ans de sépulture, l'observation prématurément enterrée, à ce qu'il paraît, d'un cas de mort apparente où l'on n'a fait aucune étude attentive de ce que les médecins instruits appellent les *signes de la mort*. Cette léthargie d'une observation et d'un observateur est fort curieuse ; et comme le sujet offre une certaine importance, nous allons nous en occuper. Nous ne désirons d'ailleurs qu'une chose, c'est de faire comprendre à ceux qui ne les connaissent pas les règles précises qui doivent diriger le médecin dans l'appréciation de la réalité d'un décès.

Voici d'abord le fait exhumé par le journal en question. Observé en 1836, il est raconté en 1854.

Il s'agit du général baron de V....., âgé de quatre-vingts ans, mort à quatre heures du matin. « Il est couché sur le dos, la bouche ouverte, les yeux ouverts, mais ne donnant aucun signe d'existence. Le pouls ne bat plus. On promène un miroir, une bougie allumée : pas la moindre trace de souffle ; on la promène devant les yeux : nulle contraction pupillaire ; on fait brûler une allumette sous le nez : même insensibilité, même impassibilité. » On ausculte la région du cœur sans entendre ni sentir le moindre battement, et on déclare le général mort. Une dame gouvernante, la garde-malade et deux domestiques assurèrent qu'il en était ainsi. Mais le général faisait une feinte ; c'était, toujours d'après l'*Union médicale*, un vieil avare ayant les clefs de son coffre-fort sous l'oreiller ; et, comme au bout de six heures, « *on se disposait à écrire à ses parents* » et à lui prendre ses clefs, il remua la tête et appela ses domestiques. Chose étonnante ! ce que n'avait pu produire une allumette de soufre brûlant sous le nez avait été déterminé par le son métallique, toujours si cher à l'avare, de son précieux trousseau de clefs ! Il avait recouvré l'usage de ses sens ; ce ne fut malheureusement pas pour longtemps ; le général mourut deux jours après ; et, comme il l'avait recommandé par testament, il fut ouvert, « *afin qu'on puisse bien s'assurer de la réalité de sa mort.* » Dieu préserve nos amis d'une pareille investigation ! et nous leur sommes trop dévoué pour leur conseiller jamais, en cas de léthargie, de se faire ouvrir la poitrine ou le ventre pour savoir si on peut les enterrer sans inconvénient.

C'est d'après cette observation incomplète et singulière qu'un journal rédigé par des médecins conclut que l'absence des bruits du cœur n'est pas un signe infaillible de mort, et que la décomposition cadavérique est la seule preuve convaincante de cet état !

D'abord, personne n'a jamais dit que l'absence des battements du cœur fût un signe infaillible de la mort, et nous en particulier, à qui on prête à tort cette opinion, nous avons cité des cas d'épanchements péricardiques, pleurétiques, de tumeurs du médiastin, d'hypertrophie de la mamelle, où l'on ne pouvait plus entendre ces bruits. Nous n'avons jamais fait d'un seul phénomène le pivot de la certitude des signes de la mort, nous les avons au contraire groupés plusieurs ensemble, de manière à faire un tableau complet, et nous nous sommes bien gardé de cette analyse absurde qui émiette les choses, et les défigure au point de les rendre méconnaissables. Que l'*Union médicale* découpe le portrait de son rédacteur pour en faire les fragments d'un jeu de patience, et qu'elle demande ensuite à faire reconnaître l'ensemble du visage par l'inspection d'un seul de ses morceaux ; qui oserait se prononcer avec quelque certitude ? Il en est de même de la mort, véritable tableau caractérisé par un ensemble de phénomènes dont l'assemblage méthodique et scientifique est nécessaire. On ne doit donc pas dire que l'absence des bruits du cœur soit *à elle seule* un signe certain de la mort, et pour notre compte nous avons réuni ce phénomène immédiat à d'autres signes immédiats dont on paraît ignorer l'existence.

Dire purement et simplement, comme dans l'observation qui précède, que l'on a constaté l'absence des bruits du cœur, c'est montrer qu'on n'a fait qu'une étude superficielle de la question, et qu'on ignore les règles de cette exploration du cœur.

Combien de temps a duré l'auscultation, et comment l'a-t-on faite ? C'est ce qu'il faudrait indiquer avant de proclamer l'insuffisance du phénomène.

MM. Andral, Duméril, Magendie, Serres et Rayer, commissaires de l'Académie des sciences, ont dit :

« L'absence des battements du cœur sur tous les points où ils » peuvent être naturellement ou accidentellement entendus, et sur » chacun d'eux pendant l'intervalle de cinq minutes, c'est-à-dire » pendant un espace de temps cinquante fois plus considérable que » celui qui a été fourni par l'observation des bruits du cœur dans » les cas d'agonie jusqu'à la mort, ne peut laisser aucun doute sur » la cessation définitive des mouvements du cœur et sur la réalité » de la mort. » (Rapport à l'Institut ; prix Marmi.)

Voilà la règle : a-t-elle été suivie ? Comment a-t-on ausculté le cœur du général de V... ? combien de temps a-t-on écouté ? sur quels points a-t-on placé l'oreille ? Autant de questions qui restent sans réponse, et cela pour plusieurs raisons : la première, c'est qu'on ne savait pas en 1836 la manière d'appliquer l'auscultation à la démonstration de la réalité de la mort, cette démonstration n'ayant été formulée par nous que dans l'année 1845 et n'ayant été rendue publique qu'en 1848. Cette première raison nous dispense des autres. Il est de toute évidence que le général de V... a été fort mal ausculté et qu'on ne s'est trompé à son égard que par un défaut de connaissances suffisantes.

En supposant même que le cœur du général fût exceptionnellement muet par suite d'un corps solide ou liquide placé au-devant de lui, ce que l'observation n'a pas dit, qu'est-ce que cela prouverait, sinon ce que nous avons dit nous-même, qu'il ne faut pas certifier la réalité de la mort d'après un seul phénomène, mais bien d'après l'ensemble des phénomènes immédiats ou éloignés qui la caractérisent ? Or ici quels autres signes a-t-on recherchés avant de déclarer la mort ? Aucun de ceux qui ont de l'importance et que l'Institut a d'après nous considérés comme valables. Nulle part il n'est question de la dilatation de la pupille ou de la dilatation du sphincter anal ; il n'est pas plus fait mention de la fermeté ou de la flaccidité de l'œil que si personne n'avait parlé de ce caractère de la mort ; on n'y parle pas davantage de l'obscurcissement de la cornée transparente, de la roideur cadavérique, de l'absence de contractions musculaires sous l'influence des stimulants directs ou galvaniques ; en un mot, il n'y a dans ce fait rien, rien, absolument rien de ce que la science a mis à la disposition de chacun pour qu'un médecin ne soit pas exposé à se tromper sur la réalité de la mort.

Nous pouvons le dire hautement, d'après nos expériences et nos observations vérifiées par l'Académie des sciences dans la personne de nos savants maîtres MM. Andral, Magendie, Serres, Duméril et Rayer, la science peut toujours reconnaître la vie d'avec la mort, et les erreurs de diagnostic sur ce point seront toujours mises à la charge de quiconque aura l'inexpérience de les commettre.

Sans analyser à l'infini les caractères de la mort pour les séparer les uns des autres, il faut au contraire les grouper, et ce qu'un seul d'entre eux peut-être n'aurait pu indiquer d'une manière sûre et positive, plusieurs réunis ensemble pourront le faire. Ainsi, l'absence prolongée des bruits du cœur « *pendant cinq minutes* sur chacun des points de la région précordiale » (Rapport de l'Institut), l'affaissement du globe de l'œil, l'obscurcissement des lames de la cornée, la dilatation de la pupille et des autres sphincters, voilà des signes immédiats dont la réunion donnera toujours à un bon observateur le droit d'affirmer la réalité de la mort. Un peu plus tard, au bout de six à dix heures, la rigidité cadavérique et l'absence généralisée de toute contraction musculaire sous l'influence des stimulants galvaniques, voilà les signes éloignés qui

permettront de ne pas attendre le développement de la putréfaction pour autoriser la sépulture.

Nous préférons de beaucoup, en ce qui nous touche, la recherche de ces différentes preuves réunies de la mort à celle dont parle l'*Union médicale*, et qui consisterait, comme on l'a vu, à ouvrir le corps sur lequel on a des doutes pour savoir s'il est encore en vie.

E. BOUCHUT.

HOPITAL ISRAÉLITE. — M. JOBERT (de Lamballe).

Anévrisme artérioso-veineux. — Double injection avec une dissolution de perchlorure de fer entre 15 et 20 degrés de concentration. — Durcissement de la tumeur. — Douleurs vives et chaleur dans le membre après l'injection. — Perchlorure enkysté dans la veine et l'artère.

Le nommé Léopold Loëb, âgé de dix-huit ans, entra le 16 janvier 1854 à l'hôpital Israélite pour y être traité d'une bronchite aiguë.

Le 17 janvier, une saignée du bras fut faite au pli du coude droit sur le trajet de l'artère brachiale ; s'il faut en croire le malade et les personnes qui l'entouraient, il ne se manifesta rien de particulier pendant que le sang coulait, et le 22 janvier le malade sortit guéri.

Ce ne fut que le 16 février que ce jeune homme se présenta à M. le docteur Brossard pour lui montrer une tumeur située au pli du coude droit survenue, suivant lui, subitement sous l'influence d'un effort qu'il fit pour porter un fardeau. Toujours est-il qu'au niveau du pli du coude, sur le trajet de l'artère brachiale, on reconnaît une tumeur éloignée de l'épitrochlée de 4 centimètres et de 6 de l'épicondyle; elle a 4 centimètres dans son diamètre transversal et 3 pour son diamètre vertical. On peut estimer son volume à celui d'une petite noix; elle est d'ailleurs fluctuante et offre des battements isochrones à ceux du cœur; l'application de l'oreille seule ou armée du stéthoscope fait percevoir des tintements ou bruits de souffle coïncidant avec les battements de l'artère. La compression de l'artère brachiale fait cesser le susurrus, mais ne fait pas disparaître complètement la tumeur contenant encore du sang veineux. La compression directe fait disparaître complètement la tumeur fluctuante, et il en est de même de la flexion forte de l'avant-bras sur le bras.

Deux cicatrices se rencontrent à la surface de l'anévrisme, l'une occupe le côté externe, l'autre le côté interne. Notre malade éprouve de la gêne dans le membre et désire se débarrasser de son mal.

L'étendue de la tumeur et le désir du malade me décident à entreprendre l'opération.

En présence de M. le docteur Brossard et de MM. Hébert Konoff, Rozé, Brun, etc., je pratiquai la ponction de la tumeur le 20 février avec un mince trocart, qui fut plongé à son côté interne jusque dans son intérieur, ce qui fut annoncé par le défaut de résistance, l'artère brachiale continuant toujours à être comprimée. Après avoir retiré la tige du trocart, il s'échappa quelques gouttes d'un sang noir par la canule. La petite seringue fut vissée et 6 gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans l'intérieur du sac. La piqûre fut recouverte d'un morceau de diachylon. Cette injection a été suivie de très peu de douleurs, mais les battements n'avaient pas cessé.

Pendant les vingt-quatre premières heures qui suivirent l'opération, la force des battements diminua et le bruit de souffle parut disparaître. Cette amélioration fut de courte durée, et le 24 notre malade était dans le même état qu'avant l'opération. Les battements avaient, en effet, la même étendue, et le susurrus était aussi sensible qu'autrefois.

Le 24 février, à quatre heures du soir, je tentai une nouvelle injection ; elle fut pratiquée de la même manière que la première ; mais au moment où la tige du trocart fut retirée, la compression de l'artère brachiale étant moins forte, il sortit par la canule un jet de sang rouge et rutilant, mêlé à une matière grumeleuse, noire, qui ressemblait assez bien à du charbon animal. L'artère fut de nouveau comprimée fortement, et tout écoulement de sang cessa.

C'est alors que 6 gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans la tumeur. Cette fois le malade éprouva de vives douleurs accompagnées d'une sensation de cuisson douloureuse, qui se prolongeait jusqu'à une certaine distance au-dessus et au-dessous de la tumeur et suivait le trajet des artères radiale et cubitale.

Pendant la journée et la nuit qui suivirent l'opération, le 25 et le 26, le malade éprouva de vives douleurs, de l'agitation, de l'insomnie, de la fièvre et des contractions dans les muscles de l'avant-bras. Ce ne fut que quelques jours après que le calme revint.

Le 27 février 1854, à quatre heures de l'après-midi, j'ai examiné Léopold Loëb.

1° Il y avait absence de battements dans la tumeur;

2° Elle n'était pas douloureuse à la pression;

3° Il existe des tiraillements dans la partie antérieure de l'avant-bras ;

4° L'oreille ne découvre aucun sussurrus, et par la pression avec les doigts on reconnaît dans tous les sens une masse solide, résistante et nulle part de la fluctuation;

5° On sent un cordon au-dessus de la tumeur qui suit le trajet de l'artère brachiale dans l'étendue d'un pouce et demi ;

6° Les petites plaies faites par le trocart sont entièrement cicatrisées ;

7° Le stéthoscope ne découvre aucun bruit anomal.

Le 23 mars le malade est de nouveau examiné, et voici ce que l'examen de l'avant-bras et des artères fournit :

Il existe encore quelques tiraillements dans l'avant-bras.

La tumeur du pli du coude n'offre aucune fluctuation; elle est dure et résistante dans toute sa circonférence, et se continue sous forme de cordon le long de l'artère brachiale, qui est évidemment oblitérée dans l'étendue de 3 centimètres à peu près, et c'est dans ce point seulement que l'on perçoit les battements de l'artère, qui sont plus forts que du côté opposé.

La main du côté opéré est plus froide que celle du côté gauche.

L'artère radiale est sensible à la main qui l'explore, et les battements qu'elle offre sont isochrones à ceux de l'artère radiale gauche; mais les pulsations sont faibles, si on les compare à celles du côté sain, qui sont étendues et résistantes.

Les battements de l'artère cubitale sont très sensibles à gauche, et on ne peut pas les reconnaître à droite.

Le 12 mars, on reconnaît que les battements artériels de la radiale ont acquis plus d'ampleur et plus de force.

L'artère cubitale est devenue facile à sentir, mais ses battements sont excessivement faibles.

Il n'existe plus de tiraillements dans le bras ni l'avant-bras; l'avant-bras ne s'étend pas encore complètement sur le bras.

La tumeur ne présente aucun battement; elle est remarquablement dure, et a perdu de son volume.

Les battements de l'artère brachiale sont plus forts au-dessus du cordon que dans le même point du côté sain.

Le 6 avril, l'artère radiale présente des battements isochrones à ceux du cœur, mais ils n'ont ni l'impulsion ni la force de l'artère radiale gauche; on efface facilement l'artère radiale droite, et difficilement la gauche.

L'artère cubitale droite présente des battements sensibles au toucher, mais ils ne sont ni aussi forts que ceux du côté gauche, ni aussi remarquables que ceux de l'artère radiale droite.

La tumeur du pli du coude est limitée, dure, résistante, comme cartilagineuse, bilobée.

Le malade plie et allonge le bras, mais les forces musculaires sont moins puissantes à droite qu'à gauche.

RÉFLEXIONS. — Les réflexions doivent porter sur l'action du perchlorure de fer, sur le rétablissement de la circulation, ainsi que sur les mouvements musculaires.

Cette observation remarquable atteste certainement l'action coagulante du perchlorure de fer, quoiqu'il n'ait agi qu'incomplétement la première fois. L'insuccès de la première injection me paraît dû à ce que la quantité d'albumine coagulée n'a pas été suffisante pour apporter un obstacle au cours du sang.

Jamais en effet la circulation n'a été complétement interrompue, et on comprend alors que l'albumine coagulée ait été emportée en grande partie par le torrent sanguin et dissoute. Il est arrivé ici ce qui est survenu à propos d'autres expériences, où l'albumine solidifiée par le perchlorure de fer s'est dissoute dans un excès d'albumine. C'est ainsi que plusieurs fois sur la même femme j'ai injecté une dissolution de perchlorure de fer dans un kyste de l'ovaire. D'abord l'albumine liquide est devenue solide et dure, mais elle a fini par reprendre la forme liquide, dissoute qu'elle était par un excès d'albumine exhalée continuellement par le kyste. Lors donc que le coagulum d'albumine n'est pas assez considérable pour fermer la lumière du vaisseau, la portion albumineuse solidifiée devra reprendre la forme liquide. C'est ce qui est arrivé dans notre premier essai. Cet insuccès prouvait cependant que l'on pouvait réussir, et c'est pour cette raison que huit jours après la première tentative j'en fis une seconde. Au moment où la ponction fut faite et la tige retirée, il s'échappa, ainsi que je l'ai dit dans l'observation, une substance comme charbonnée, qui se composait d'un mélange de perchlorure de fer, d'albumine, de quelques parcelles de fibrine. Un jeune chimiste de mérite, M. Hébert, a fait l'analyse de ce mélange, dont je vais rapporter le résultat.

Traitée par l'eau, la matière à analyser s'est dissoute en partie, et a laissé un résidu floconneux de fibrine très léger.

Le liquide, traité par la potasse, a fourni un précipité jaune brun caractéristique de peroxyde de fer hydraté.

La solution, rendue limpide et incolore, a laissé précipiter par l'acide acétique de l'albumine.

Après filtration, le liquide, traité par l'azotate d'argent, a donné un dépôt abondant de chlorure d'argent.

La matière analysée était donc formée d'une forte proportion de perchlorure de fer combiné à de l'albumine, retenant à l'état de mélange un peu de fibrine et de matière colorante du sang.

Si la première injection n'a procuré qu'un demi-succès, il n'en a pas été de même de la seconde, qui a été suivie d'une guérison complète. Pourquoi cette différence dans les résultats? Je crois pouvoir l'attribuer à ce que le liquide coagulant n'a pas été mis en contact dans les deux expériences avec la même quantité de sang. Lors de la première injection, la quantité de sang contenu dans la poche était très peu considérable ; et au contraire, lorsque la dissolution perchlorurée de fer a été poussée dans le sac anévrismal, celui-ci était plein de sang veineux et artériel. Cela me paraît rendre suffisamment raison de la différence qui existait dans les deux coagulums albumineux. Si l'on veut réussir, il faut que le coagulum bouche tout à fait le vaisseau, afin que la fibrine du sang forme des caillots au-dessus et au-dessous de lui, comme cela arrive après la ligature de l'artère.

Le coagulum représente donc la ligature du vaisseau, et lorsqu'il n'est pas assez fort pour le boucher, le sang continue à passer, et il y a un insuccès, comme lorsqu'une grosse artère collatérale située immédiatement au-dessus de la ligature empêche le sang de se coaguler.

Tout en constatant les avantages du perchlorure de fer, nous ne devons pas passer sous silence ses inconvénients. Quoique nous nous soyons servi d'une dissolution de perchlorure de fer entre 15 et 20 degrés de concentration, il n'en est pas moins vrai que des accidents sérieux se sont déclarés après l'injection : ainsi des douleurs vives, des chaleurs et des brûlures se sont déclarées dans le trajet des artères brachiale, radiale et cubitale.

Il y a eu, en outre, de l'agitation, de la fièvre, de l'insomnie. Pendant toute l'après-midi, la nuit et le lendemain du jour de l'opération, ces accidents ont persisté. Nous avons noté que le calme avait fini par se rétablir, et que tout l'organisme était rentré dans l'ordre.

Il ressort de ce qui précède que le perchlorure n'est pas aussi innocent dans son action qu'on a bien voulu le prétendre, car tous les symptômes éprouvés par notre jeune malade doivent être regardés comme des accidents.

Il est incontestable pour moi que ce médicament est appelé à rendre des services, mais dans de certaines limites, et non dans toutes les circonstances. L'abus discrédite les meilleures choses, et c'est parce qu'on veut dépouiller un procédé des inconvénients dont il est entaché qu'on finit par ne plus accorder à son auteur la justice qu'il mérite.

Pourquoi ne pas admettre qu'outre les accidents qui lui sont communs avec la ligature dans l'interruption de la circulation, il a par lui-même des inconvénients dus à son action irritante sur les parois du vaisseau ? C'est ce que me semblent prouver les douleurs, les chaleurs et le mouvement fébrile qui ont duré pendant une nuit et deux jours, malgré l'emploi des calmants et des opiacés.

Il y a eu, suivant moi, des symptômes d'artérite chez notre malade; car on ne peut raisonnablement attribuer ces accidents à aucune autre cause, puisqu'on ne peut pas supposer que le médicament a pu produire des effets semblables en cheminant dans le torrent circulatoire.

Il est d'autant moins permis de s'arrêter à cette pensée que la première fois où le vaisseau est demeuré libre il n'y a eu aucun de ces phénomènes, et cependant il aurait pu agir sur l'économie par la voie de la circulation qui n'était pas interrompue.

Sur notre malade le perchlorure n'a produit la première fois aucun accident, et ce n'est que la seconde fois qu'il a déterminé de sérieux. C'est, si je ne me trompe, ce que des observateurs habiles, MM. Velpeau, Malgaigne et Lenoir, ont remarqué.

Le perchlorure de fer me paraît donc principalement devoir être employé dans les anévrismes traumatiques, dans les sacs exempts d'inflammation et récents, et je le regarde comme dangereux lorsque les poches anévrismatiques sont enflammées ou le siége d'un travail ancien qui ne permet pas de penser que les parois de l'anévrisme sont saines.

Le 8 mai, notre jeune malade s'est présenté à nous pour être de nouveau examiné, c'est-à-dire deux mois et demi après la seconde opération.

1° Il n'existe plus au pli du coude que deux petites tumeurs rapprochées l'une de l'autre et évidemment formées par le perchlorure de fer enkysté dans la veine et l'artère. Une pression modérée exercée sur le métal ne détermine aucune douleur.

2° Les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras sont encore incomplets.

3° Dans l'avant-bras, il existe encore des tiraillements.

4° Il y a une certaine faiblesse dans les mouvements de l'avant-bras, que le malade accuse comme gênant l'exercice de la fonction du membre dans les travaux qu'il est appelé à exécuter.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 mai 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Le ministre du commerce adresse :

1° Un rapport de M. Vergne, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Aubusson (Creuse), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le courant de février dernier au village de Montfrema, commune de Reugnot ;

2° Un rapport de M. le docteur Brouillet, médecin cantonal à Grispolsheim (Bas-Rhin), sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans la commune de Duttlenheim depuis les premiers jours de janvier jusqu'au commencement de février dernier ;

3° Un rapport de M. Lemazurier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Versailles, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Plaisir en 1853 ;

4° Diverses lettres sur des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Empoisonnement par le phosphore et par les allumettes chimiques. — M. Chevallier adresse sur ce sujet la lettre suivante :

« Parmi les mémoires qui ont été envoyés à l'Académie, il en est un qui présente le plus haut intérêt. Ce mémoire est celui adressé par M. le docteur Caussé; il est relatif à l'empoisonnement par le phosphore et par les allumettes chimiques.

» La lecture du mémoire de M. Caussé nous a porté à vous demander que des essais soient faits :

» 1° Sur l'action du phosphore amorphe (phosphore rouge, phosphore qui ne brûle pas lorsqu'il est exposé à l'air) sur les animaux ;

» 2° Sur l'action de ce phosphore mêlé de chlorate de potasse sur les animaux.

» S'il était démontré par l'expérience que le phosphore rouge n'a pas d'action toxique sur l'économie animale et qu'on peut l'employer à la fabrication des allumettes chimiques, on aurait résolu une question importante et rendu un service à l'humanité ; en effet, il serait possible de faire des allumettes chimiques dont on ne pourrait se servir pour empoisonner, et déjà on compte plus de vingt cas d'empoisonnement par le produit fixé sur les allumettes et dont l'action est malheureusement connue dans les campagnes.

» Je viens vous demander de prier MM. les membres de la section de médecine vétérinaire de vouloir bien faire ces essais ; dans le cas où ma demande serait agréée, je remettrais aux membres de la commission et du phosphore amorphe et du chlorate de potasse.

» Je m'occupe, d'un autre côté, de rechercher si on peut donner à

la préparation phosphorée une saveur amère qui pourrait, dans des cas d'empoisonnement, prévenir le crime en avertissant la victime. » (Renvoyé à MM. Renault et Delafont.)

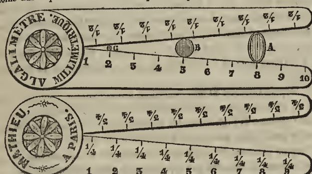
Eaux minérales. — M. Vallat (d'Autun), secrétaire du conseil d'hygiène, accuse réception de la circulaire concernant les données positives que l'Académie désire obtenir sur les résultats thérapeutiques des eaux minérales naturelles et des bains de mer. L'auteur termine sa lettre par quelques réflexions sur le parti que l'Académie pourrait tirer pour cet objet de l'institution des comités d'hygiène des départements. (Commission des eaux minérales.)

Choléra. — M. Delasalle, de Matignon (Côtes-du-Nord), expose à l'Académie le résultat de ses observations et de sa pratique au sujet du choléra. (Commission du choléra.)

Algalimètre. — M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouvel instrument dit algalimètre millimétrique, ou filière angulaire, destiné à remplacer le compas d'épaisseur et les filières percées de trous plus ou moins réguliers, qu'il a exécuté d'après les indications de M. le docteur Blatin.

Voici, d'après cet honorable chirurgien, qui rapporte à M. Dantzille, habile graveur en médailles, l'idée première de l'algalimètre, les avantages de ce simple moyen de mensuration :

Il donne très exactement par quart de millimètre le diamètre des sondes et des bougies, qu'elles soient rondes ou déformées. Il est beaucoup plus petit et plus léger que toutes les autres filières, étant exécuté en buffle ou en ivoire, et n'ayant, comme le dessin l'indique, que 9 centimètres de long sur 2 centimètres et demi de large. Il coûte moins aussi que les instruments qu'il remplace.



Pour s'en servir, on place la sonde dans l'écartement angulaire de la filière, qui ne présente aucune encoche, et sur la face supérieure ou inférieure de l'ivoire on lit la division correspondant au plus grand diamètre de la sonde.

L'algalimètre millimétrique peut servir en outre à la mensuration de tout autre corps pouvant se loger dans l'écartement des deux branches de l'instrument, tel qu'une canule, une petite tumeur, un cathéter, etc.

RAPPORT.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins. — M. Depaul, à l'occasion d'une observation communiquée par M. le docteur Broca, lit sur ce sujet le rapport suivant :

Messieurs, cinq années ne se sont pas encore écoulées depuis la mémorable discussion que souleva dans cette enceinte le rapport de notre collègue M. Hervez de Chégoin sur un travail que M. le docteur Baud avait soumis au jugement de l'Académie, et déjà vous êtes appelés à vous prononcer encore sur un mode de traitement qu'on donne comme nouveau et qu'on s'efforce depuis quelque temps de substituer à la thérapeutique habituelle de certaines affections utérines.

Quoique la note qui vous a été lue, il y a quelque temps, par M. le docteur Broca soit relative *à un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme utérin* employé comme redresseur, la commission que vous nommâtes alors, et qui est composée de MM. Robert, Huguier et moi, n'a pas cru qu'elle dût s'en tenir à cette partie restreinte de la question : elle a pensé dès l'origine que le traitement des déviations par les *divers redresseurs intra-utérins* devait être de sa part l'objet d'un examen complet. La nature et l'importance des communications qui vous ont été faites depuis sur ce grave sujet ne pouvaient que la confirmer dans cette résolution; mais elle n'a voulu rien précipiter : elle a dû laisser à tous, aux partisans comme aux adversaires, le temps de faire connaître les faits favorables ou contraires qu'une pratique qui compte déjà plusieurs années a permis de recueillir, et vous savez que son attente n'a pas été vaine. Cependant le moment lui paraît venu de répondre aux vœux qui lui sont exprimés de toutes parts, et de vous dire, en faisant passer sous vos yeux les nombreuses pièces de cet important procès, le jugement qu'elle porte sur cette nouvelle méthode thérapeutique.

Votre rapporteur, messieurs, ne s'est dissimulé aucune des difficultés du travail que vous lui avez confié, et, s'il n'a pas décliné l'honneur que vous lui avez fait, c'est qu'il a compté encore une fois sur votre bienveillance et qu'il a été soutenu par le témoignage que lui rend sa conscience de n'avoir été dirigé que par le désir de connaître la vérité.

Toutefois, et j'éprouve le besoin de le dire dès le début, il me sera pénible de me trouver en désaccord avec certains hommes dont personne plus que moi n'apprécie le talent et la droiture de caractère. Je les crois dans cette circonstance dans une erreur complète : mon devoir est de le prouver, et je vais m'efforcer de le faire. J'espère convaincre assez leurs principes en matière de discussion scientifique pour être certain qu'ils ne se méprendront pas sur mes intentions. Ce qui me rassure, surtout à l'endroit de M. Valleix, qui a été mis plus particulièrement en cause devant vous, c'est la déclaration formelle par laquelle il a débuté dans le travail remarquable qu'il nous a lu récemment, et qui doit être considéré comme l'expression de son opinion définitive sur le traitement mécanique dont il s'est constitué le propagateur et le défenseur en France.

Pour moi, nous a-t-il dit, je mets toute préoccupation personnelle de côté, bien persuadé que nous ne voulons tous qu'une chose : connaître d'une manière définitive les avantages et les dangers du procédé convenablement et prudemment employé; être sûrs qu'il s'adresse à une affection qui demande un traitement particulier, et décider s'il y a d'autres moyens aussi efficaces. Puis il a ajouté qu'il était disposé à adopter un autre traitement, ou même à ne rien faire, si on lui démontre par des faits convenablement observés et suffisamment nombreux qu'on peut agir mieux en faisant autre chose ou même en ne faisant rien du tout.

J'accepte la déclaration de notre très honorable confrère, et je vais essayer de démontrer :

1° Qu'on s'est trompé en attribuant aux déviations de l'utérus des accidents qui ont habituellement une tout autre origine;

2° Qu'on n'a pas tenu un compte suffisant dans la plupart des cas d'un autre état pathologique beaucoup plus fréquent, qui peut exister seul, produire les mêmes phénomènes, qui peut aussi, et cela arrive souvent, entraîner l'utérus dans une direction vicieuse;

3° Que la science possède déjà une thérapeutique simple et rationnelle qui donne tous les jours entre les mains des praticiens expérimentés les résultats les plus satisfaisants, qui n'ont rien à craindre de la comparaison qu'on peut en faire avec ceux qu'à tort, selon moi, on persiste à attribuer aux redresseurs intra-utérins; qu'elle n'est pas désarmée non plus soit pour les rares déplacements qui, existants seuls, entraînent cependant des incommodités auxquelles il faut remédier, soit pour ceux beaucoup plus communs qui, d'abord simple conséquence d'un autre état morbide, peuvent l'aggraver ou en retarder la guérison;

4° Que les faits qui ont été produits, soumis à une critique sévère, mais impartiale, sont loin d'avoir la signification qu'on leur a donnée; que presque tous, au contraire, témoignent de l'insuffisance de la nouvelle méthode;

5° Que, malgré tout ce qu'on a pu dire, il faut enfin cesser de se faire illusion et se demander si, en présence d'avantages aussi incontestables, il n'est pas temps de prendre en sérieuse considération les faits déjà trop nombreux (quoique certainement tous ne soient pas connus) qui prouvent que les accidents les plus formidables et la mort même sont souvent la conséquence de manœuvres qui de prime abord répugnent d'ailleurs à la raison.

Afin d'être bien compris dans les développements que je vais donner à ces différentes propositions, il est indispensable que je vous fasse connaître les instruments sur lesquels est fondé le nouveau traitement des déviations utérines, et que je vous rappelle aussi, après avoir cherché à établir quelle est la direction normale de la matrice, quels sont les divers déplacements qu'elle peut subir. Je serai sur ces points aussi bref que possible.

Instruments. — Les uns (les *sondes*) sont destinés surtout à l'exploration, et ont une importance incontestable pour le diagnostic de certaines affections de l'utérus. Kiwisch et M. Simpson ont eu tort de s'en disputer l'idée. Avant eux, Récamier avait introduit des instruments d'une forme spéciale jusqu'au fond de la cavité utérine, et s'en servait comme d'un moyen d'exploration, bien qu'il les utilisât aussi pour autre chose. Comme on le verra bientôt, M. Amussat pratiquait dès 1827 le cathétérisme utérin, dans le but de préparer la face interne de l'organe au contact d'un autre instrument qui devait rester en permanence; mais il faut bien le dire, personne n'a mieux compris que notre collègue M. Huguier tous les avantages qu'on pourrait retirer de la sonde pour le diagnostic des affections utérines, et en lui imprimant des modifications importantes au point d'en faire un instrument presque nouveau, il lui a donné le nom d'hystéromètre, sous lequel il est généralement connu en France.

La sonde de Simpson, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, et qui est aussi celle de Kiwisch, est une tige métallique très-fortement courbée, se terminant par une petite extrémité arrondie et présentant une série de saillies et de dépressions que le doigt peut facilement sentir, et dont il se sert comme de point de repère pour déterminer à quelle profondeur l'instrument a pénétré. Celle de M. Huguier se distingue par une courbure infiniment plus petite. Une échelle graduée est établie sur sa concavité, et elle est munie d'un curseur qu'on pousse à volonté, qui sert à indiquer le degré de pénétration. Depuis, diverses modifications destinées à rendre l'instrument plus portatif ont été apportées par les fabricants, et récemment un élève de la Pitié, M. Bitterlin, vous en a communiqué un de son invention; mais au fond il est resté le même, et c'est à peu de chose près celui dont se sert M. Valleix. Seulement il en a changé, ou du moins étendu la destination, puisque, ainsi que nous le verrons par la suite, c'est avec lui qu'il opère aujourd'hui (presque exclusivement) le redressement de l'utérus. Aussi, je le dis par avance, les reproches que j'adresserai dans le cours de ce travail aux pessaires et aux redresseurs intra-utérins s'appliqueront-ils (en grande partie du moins) à la sonde utérine employée dans le but de replacer la matrice dans sa direction normale.

J'aurai occasion de revenir plus tard sur l'*hystéromètre*; je ferai voir alors les avantages incontestables qu'il présente comme moyen de diagnostic. Mais je ne dissimulerai pas non plus que, tout en établissant entre lui et les redresseurs une grande différence, il n'est pas à l'abri de tout inconvénient, et qu'il demande à être manié avec une grande réserve.

Je me contente de mentionner la *sonde à branches divergentes et élastiques* de Kiwisch, qui peut être à la fois un instrument d'exploration et servir de redresseur par une de ses portions qu'on laisse à demeure dans la cavité utérine. Quoique très vantée par son auteur, cette sonde a été vivement critiquée par le docteur Mayer (de Berlin), qui en a fait ressortir les inconvénients, et qui a proposé d'y remédier par des modifications qui n'en ont pas fait un instrument plus utile et surtout moins dangereux.

Au reste, il me paraît très probable que l'origine de la sonde utérine est beaucoup plus ancienne qu'on ne semble l'avoir cru jusqu'à ce jour, et je pense qu'il faut la rapporter à Oziander, qui se servait d'une espèce de stylet, soit pour dilater l'orifice utérin, soit même pour ramener l'utérus dans sa direction normale (*Kilian, operionslche fur Geburtshelfer*, 2e partie, p. 211).

C'est un instrument semblable qu'employa plus tard le docteur Mackintoch (d'Edimbourg), et ce n'est que postérieurement qu'il a été modifié et mis en grande vogue par M. Simpson.

Des pessaires et redresseurs intra-utérins. — On n'a pas encore fait remonter jusqu'à leur véritable auteur l'idée première de ces instruments, et lorsque dans la discussion de 1849 M. Velpeau réclama la priorité pour son compte, je fus surpris qu'une autre voix ne s'élevât pas dans cette enceinte pour la revendiquer. Serait-ce que notre collègue M. Amussat, comme le savant professeur de la Faculté, n'ait pas eu beaucoup à se louer de son innovation? J'espère, en rétablissant cette partie historique de la question, l'engager à nous faire connaître les résultats de ses premières tentatives, et à nous dire les motifs pour lesquels il a cru devoir les abandonner depuis longues années déjà.

Voici comment elles ont été exposées en 1828, dans la thèse de M. Quetier, qui a pour titre : *Quelques considérations sur la rétroversion de l'utérus* (Thèses de Paris, année 1828, n° 229) :

« M. Amussat a fait usage plusieurs fois d'un moyen qui lui a parfaitement réussi, dit l'auteur; il consiste à introduire une petite tige droite en ivoire dans la cavité de l'utérus; mais elle ne peut, dit-il, être portée qu'avec une très grande prudence, et ne doit être mise en usage qu'après avoir émoussé la sensibilité utérine en introduisant préalablement une sonde en gomme élastique. Ce procédé a l'avantage d'empêcher que l'utérus puisse se recourber sur lui-même, comme cela a lieu dans l'emploi des pessaires ordinaires, qui retiennent élevé le col de la matrice, tandis que la masse intestinale, appuyant sur son fond, tend à faire recourber cet organe. Avant d'accorder une confiance entière à cette méthode, il convient d'attendre qu'elle ait été sanctionnée par l'expérience; car on pourrait craindre qu'elle ne déterminât une inflammation aiguë de la cavité utérine. »

Puis il rapporte une première observation recueillie dans des leçons orales de M. Amussat, faites en 1827. En voici le résumé :

Une dame âgée de quarante ans éprouva, à la suite d'une chute de cheval, des accidents variés qui parurent se rattacher à un déplacement de l'utérus. Une exploration permit de constater l'existence d'une rétroversion complète, et de s'assurer en même temps que l'utérus était mobile et qu'on pouvait facilement le ramener à sa direction normale.

Notre collègue, après avoir employé inutilement plusieurs instruments pour rétablir les parties dans leur état naturel, pensa que le meilleur moyen de redresser l'utérus et de le maintenir serait d'introduire une tige droite dans la cavité de l'organe pour pouvoir agir sur toute la longueur, de manière que le bas-fond fût porté en haut et en avant, et le col en bas et en arrière.

Il habitua d'abord l'utérus, pendant une quinzaine de jours, au contact des corps étrangers, en y introduisant des sondes de plus en plus grosses. Lorsque la sensibilité de l'organe eut été un peu émoussée, il introduisit une tige droite en ivoire, longue de 5 pouces, du diamètre de 2 lignes environ, et qui par son extrémité se vissait sur un pessaire en bilboquet. Cette tige étant placée dans l'utérus, il ramena en bas et en arrière le manche du pessaire, qui fut fixé dans cette position au moyen de rubans. Pendant tout le temps que cette dame porta cet instrument, elle n'éprouva aucune douleur, même en marchant; mais aussitôt qu'il fut retiré, l'utérus revenant à sa position vicieuse, les symptômes ordinaires reparurent.

La malade ayant quitté Paris, ce moyen ne put être continué.

Ainsi, il ne peut rester aucun doute; c'est à M. Amussat qu'il faut faire remonter le traitement mécanique des déviations utérines, et, comme on va le voir, tout ce qu'on a fait depuis n'a consisté que dans le développement de son idée et dans le perfectionnement de son instrument.

Le pessaire imaginé et appliqué un petit nombre de fois par M. Velpeau, il y a quinze ou vingt ans, était destiné à soutenir l'utérus en introduisant dans sa cavité une tige droite qui était supportée par un demi-disque en caoutchouc qu'on dirigeait soit en avant, soit en arrière, selon qu'on voulait remédier à une antéversion ou à une rétroversion.

Ce ne fut que beaucoup plus tard que parurent les redresseurs de Kiwisch et de M. Simpson. Ce dernier a donné une longue description de ses instruments dans un mémoire publié dans *Dublin quarterly Journal for 1848*.

On y voit figurer :

1° Le *pessaire pubien*, qui se compose d'une branche interne et d'une branche externe; la première porte la tige intra-utérine, qui part de la partie supérieure d'un disque ovalaire; la seconde est flexible, et est destinée, après sa jonction avec l'autre, à prendre un point d'appui solide sur la partie antérieure et supérieure du bassin. C'est celui dont l'auteur se sert généralement dans les cas d'hypertrophie ou de procidence légère compliquant la rétro ou l'antéversion.

2° Le *pessaire à ressort avec tige articulée sur un disque ovale.* Il est principalement employé pour remédier aux déplacements qui coïncident avec un relâchement du vagin, et il a, comme on peut le voir, la plus grande analogie avec celui de M. Velpeau, avec cette différence cependant, qu'il est muni d'un disque complet.

3° Le *pessaire à bulbe simple, surmonté d'une tige.* C'est celui qui sert pour les cas ordinaires non compliqués. La face du bulbe opposée à celle d'où se détache la tige utérine est percée d'un trou destiné à recevoir l'extrémité d'une espèce de mandrin qui fait office de manche quand on veut faire pénétrer l'instrument, et qu'on retire dès qu'on y est parvenu.

4° Le *pessaire galvanique*, destiné à combattre l'aménorrhée. Il est, quant à la forme, semblable au précédent; mais il en diffère en ce que la moitié supérieure de la tige, qui doit entrer dans la matrice, est en zinc, tandis que le reste est en cuivre. M. Simpson accorde à la réunion de ces deux métaux la propriété de rendre à l'utérus l'exercice de ses fonctions. Je sais même qu'il s'en est assez souvent servi dans des cas de développement incomplet de cet organe, et aussi pour remédier à l'hystérie; mais je crois pouvoir ajouter qu'il lui serait impossible de publier des faits concluants qui en prouvassent l'efficacité.

5° Les *pessaires dilatateurs, contre la dysménorrhée par obstruction, la stérilité*, etc. Ils sont, pour la forme et la composition, les mêmes que le pessaire ordinaire à bulbe et à tige; seulement, le volume des tiges varie depuis celui d'un stylet assez fin jusqu'à celui qui appartient aux sondes d'homme d'un calibre ordinaire. On se sert d'abord des tiges les plus petites, et on en augmente ensuite progressivement le volume. On laisse généralement un de ces instruments dans la cavité utérine pendant trois ou quatre jours. Au bout de ce temps, l'orifice est tellement relâché qu'une tige d'un calibre beaucoup plus fort est facilement introduite. C'est surtout dans les cas où le tissu du

col est induré qu'au dire de M. Simpson on se trouve bien de cette pratique. (*Monthly Journal of medical science for* 1844, p. 734.)

Ces divers instruments sont métalliques dans toutes leurs parties. La tige intra-utérine a la même longueur dans tous (6 centimètres). Le diamètre du disque qui la supporte varie depuis 6 centimètres jusqu'à 2 centimètres et demi seulement; de telle sorte que pour ces derniers, qui précisément ne sont pas assujettis par une branche externe, on comprendra difficilement comment ils pourraient être maintenus en place.

Au reste, toutes ces variétés ne paraissent pas avoir été accueillies avec la même faveur, et il en est quelques-unes dont M. Valleix lui-même n'a pas dit un mot dans ses nombreuses publications; il ne s'est emparé que d'un seul, le *pessaire pubien*. C'est avec lui qu'il a débuté, et bien qu'il lui ait dû ses premiers succès, comme il le dit, il ne tarda pas à voir qu'il était d'un emploi difficile et qu'il avait besoin d'être modifié.

Rigby avait déjà substitué l'ivoire au métal dont se trouvait formée la tige intra-utérine. Il accepta ce changement. Puis, après de nombreuses tentatives, il s'arrêta au redresseur articulé avec disque en caoutchouc vulcanisé, qu'on insuffle après l'introduction de l'instrument, qu'il fixe avec une ceinture de ruban de fil.

Je n'en ferai pas la description, il me suffira de le montrer pour que le mécanisme en soit facilement compris. Ce qui le distingue du redresseur de M. Simpson, c'est la composition et le volume beaucoup moins considérable du disque; c'est surtout la mobilité de la tige utérine, qui rend son introduction plus facile, principalement dans les déplacements en avant. Malgré ces avantages, notre confrère pensa qu'on pouvait le modifier plus avantageusement encore, et c'est alors qu'il fit confectionner ce qu'il appelle le *redresseur à flexion graduelle*. Après lui, M. Bonnafont et quelques autres s'occupèrent d'obvier à quelques inconvénients qui se présentaient dans son application et à la difficulté qu'on avait assez souvent à le maintenir en place.

Mais il faut bien en convenir: en y réfléchissant un peu, il est facile de reconnaître que jusqu'alors l'instrument n'avait subi aucune modification radicale, et en le réduisant à sa plus simple expression, on le trouve, avant comme après, essentiellement constitué par une tige longue de 6 centimètres, qui, mesurant la cavité de l'utérus dans toute sa longueur, sert comme de tuteur à cet organe et le maintient, après l'y avoir ramené, dans une position déterminée.

La modification fondamentale, à mon sens, est celle qui est venue plus tard et qu'on doit, ceci mérite d'être noté, à M. Valleix lui-même: je veux parler du raccourcissement successif de cette tige intra-utérine qui, ayant d'abord eu au moins 6 centimètres de long, n'en a plus maintenant que 3 environ, de telle sorte qu'elle ne peut plus exercer son action que sur une portion très limitée de la matrice. Je me contente, pour le moment, de constater le fait; on verra plus tard que c'est un des arguments sérieux qui prouvent l'*inutilité* de la méthode.

Il serait superflu que j'indiquasse la manière d'introduire le redresseur: la connaissance des organes dans lesquels on le place, la forme de l'instrument laissent facilement deviner en quoi doit consister la manœuvre; mais je dois dire que M. Valleix a beaucoup insisté pour qu'on prît certaines précautions.

Ainsi, il veut que l'utérus soit habitué au contact de l'instrument par un certain nombre de cathétérismes; il veut que quatre ou cinq jours se soient écoulés depuis la cessation des règles, et qu'on ait au moins devant soi sept ou huit jours avant leur prochaine apparition.

Considérations générales sur la direction normale de l'utérus dans l'état de vacuité. — Comme plusieurs des organes renfermés dans la cavité abdominale, l'utérus possède une grande mobilité qui lui était indispensable pour l'accomplissement de l'une des fonctions qui lui sont dévolues. Placé d'ailleurs entre la vessie et le rectum, dont le volume est sujet à des variations incessantes, il devait pouvoir céder sans effort et se porter à chaque instant soit en avant, soit en arrière. Surmonté et entouré par de nombreuses circonvolutions intestinales dont la pression augmente ou diminue sous l'influence de causes diverses, solidement attaché par sa partie inférieure à des organes qui ont eux-mêmes des rapports intimes avec le plancher du bassin, dont la résistance est si variable; souvent soulevé dans l'acte de la copulation, on comprend combien sont nombreuses les causes qui peuvent en changer la direction dans les conditions si variées de la vie. Aussi ai-je eu de la peine à m'expliquer l'étonnement qu'ont soulevé les paroles de M. Cruveilhier, quand il a dit que l'*utérus n'avait pas d'axe;* cela m'a prouvé qu'on n'en avait pas compris la véritable signification. Il n'a certainement pas voulu prétendre que l'utérus n'avait pas un axe à lui propre, ce qui n'aurait pas de sens; c'était dans sa pensée une manière de faire comprendre combien de causes passagères et accidentelles pouvaient en changer la direction *relativement au bassin*, et sans doute aussi de faire voir qu'avant de considérer comme état pathologique telle ou telle direction, il fallait s'être bien assuré qu'il n'existait pas une autre disposition morbide.

Ainsi interprétée, l'opinion de notre savant collègue me paraît parfaitement fondée. Il n'en est pas moins vrai que les différentes forces qui peuvent agir sur l'utérus sont combinées en général de façon à le maintenir dans l'excavation, dans la direction de l'axe du détroit abdominal, c'est-à-dire un peu obliquement de haut en bas, et d'avant en arrière (en supposant la femme assise ou debout).

A cette proposition, qui avait été acceptée sans contestation jusque dans ces derniers temps, on a voulu récemment en substituer une autre qui consiste à admettre que l'utérus a deux axes, l'un pour le corps, qui serait à peu près horizontal, et l'autre pour le col, qui serait oblique dans la direction déjà indiquée. De telle sorte que l'antéflexion devrait être considérée comme une conformation primordiale qui persisterait jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eût fait disparaître.

J'ai déjà eu occasion de m'occuper ailleurs de cette question, et je crois avoir démontré que MM. Boullard et Verneuil *avaient pris une disposition accidentelle et purement cadavérique pour une loi d'anatomie normale.* Les nombreuses recherches que j'ai faites sur le cadavre, et dont j'ai déjà publié une partie, m'ont prouvé que l'expansion intestinale agissait avec beaucoup plus de force lorsque, après la cessation de la vie, les organes n'obéissaient plus qu'aux lois de la matière. J'ai fait voir que les empreintes profondes laissées sur l'utérus par les circonvolutions de l'intestin, que l'abaissement presque constant de cet organe, que son refoulement soit en avant, soit en arrière, aussi bien que ses diverses flexions, étaient ordinairement un effet purement cadavérique. Je puis ajouter aujourd'hui qu'ayant examiné l'utérus *de trois femmes* qui étaient vouées à une mort prochaine, et qu'ayant très positivement constaté chez elles la direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, j'ai pu, au moment de l'autopsie, faite vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, m'assurer que la matrice avait pris une direction toute différente, puisque dans un cas elle était antéfléchie, quoique la femme eût eu des enfants, et dans les deux autres une rétroversion complète.

J'ai naturellement conclu des investigations auxquelles je me suis livré que pour avoir des notions positives sur la direction de l'utérus il fallait l'étudier sur la femme vivante, que la position qu'affectait cet organe au moment de l'autopsie pouvait, dans beaucoup de cas, être toute différente de celle qui avait existé pendant la vie.

J'ai fait connaître aussi le résultat de l'examen attentif que j'ai fait sur 50 femmes qui n'avaient jamais été mères et dont l'âge variait entre dix-sept et trente ans. J'ai trouvé dans 32 cas que l'axe de l'utérus était droit, qu'il avait à peu près la direction de celui du détroit abdominal. 7 fois il était simplement incliné en avant, et par conséquent dans un degré variable d'antéversion; dans 4 cas, il était incliné en arrière, c'est-à-dire en rétroversion. Dans 3 cas, il était manifestement antéfléchi et dans 4 en rétroflexion.

Des résultats aussi manifestement contraires à ceux annoncés par MM. Boullard et Verneuil devaient faire naître de nouvelles expériences. Huit jours après la publication de mon travail, mon excellent ami M. Gosselin lisait une note à la Société de chirurgie dans laquelle il est dit que sur 48 femmes, qui n'avaient jamais eu de grossesse et qu'il a examinées dans le but d'éclairer la même question que moi, il en a trouvé 18 dont l'axe utérin était droit et normalement dirigé. Sur 16, il a constaté une antéflexion assez marquée pour que le doigt pût sentir 1 ou 2 centimètres de la portion sus-vaginale antérieure de l'utérus. Sur 11, il a noté que la flexion était si peu prononcée que le doigt ne sentait que quelques millimètres de la face antérieure du corps. Dans 3 cas, il est resté dans l'incertitude.

De ces faits, il a naturellement conclu que l'antéflexion était plus commune qu'on ne le pensait généralement, mais qu'ils ne confirmaient pas la loi presque générale que M. Boullard avait voulu établir dans ces derniers temps. Je note en passant un point sur lequel j'aurai à revenir plus tard, c'est qu'aucune des femmes qui ont servi aux recherches de notre confrère ne souffrait de l'utérus, quoique plusieurs eussent des déviations assez marquées. Enfin, quoique ce point d'anatomie normale me paraisse définitivement jugé, on pourra consulter avec fruit le résumé statistique suivant, qui a été communiqué récemment à la Société anatomique par M. Gallard, ancien interne de M. Valleix:

« Dans les leçons cliniques faites en 1852 par M. Valleix:

11 cas d'antéflexion sont signalés;

7 appartiennent à des femmes ayant été enceintes une ou plusieurs fois;

4 seulement n'avaient pas eu de grossesse.

» Sur 17 nouveaux cas observés postérieurement par M. Gallard:

6 ont eu un ou plusieurs enfants;

4 n'ont pas eu de grossesse;

7 n'ont pas été interrogées à ce sujet.

» Sur 9 cas d'antéflexion observés en 1852 et 1853 dans le service de M. Huguier:

8 femmes avaient eu un ou plusieurs enfants;

1 seule n'avait jamais été grosse.

» Sur 2 cas d'antéflexion observés en 1854 dans le service de M. Huguier:

1 femme avait eu deux enfants;

1 en avait eu un.

» *En résumé:*

» Sur 39 cas d'antéflexion:

23 appartiennent à des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants;

9 seulement à des femmes qui n'en avaient pas eu;

7 fois on a omis de prendre des renseignements à cet égard. »

Ainsi réduite à sa juste valeur, l'assertion de nos confrères n'en conservera pas moins le mérite d'avoir de nouveau appelé l'attention d'une manière toute spéciale sur cette particularité de la description de la matrice. L'opinion déjà ancienne de M. Velpeau sur la fréquence assez grande des flexions utérines trouvera aussi dans ce qui précède une éclatante confirmation; mais, indépendamment des causes déjà signalées et qui, existant chez toutes les femmes, peuvent pousser l'utérus dans des directions si diverses, il ne faut pas oublier que lui-même peut se trouver dans des conditions de structure qui en favorisent singulièrement l'action. Ainsi, par exemple, l'épaisseur des parois n'est pas toujours la même; chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, elle est habituellement moins considérable que chez les autres; des différences notables existent sous ce rapport dans ses différents points; la consistance du tissu présente aussi des variétés qui ne sont pas sans importance; le poids lui-même, qui peut tenir à une augmentation de volume portant sur la totalité ou sur une portion de l'organe, doit être pris en considération, quoiqu'on ait dit le contraire. Ajoutons à tout cela l'influence exercée par les tumeurs développées dans ses parois ou à l'entour d'elles, l'action de certaines adhérences, et nous comprendrons sans peine que peu d'organes soient aussi favorablement placés pour subir à chaque instant des modifications dans leur situation. Mais parmi ces modifications, les unes sont passagères, les autres deviennent permanentes. Un mot maintenant pour rappeler les différentes variétés qui peuvent se présenter.

J'ai déjà dit que l'axe normal de l'utérus était représenté par une ligne droite qui passerait au centre du bassin, et qui aurait à peu près la direction de l'axe du détroit supérieur.

Mais il peut arriver que cet axe normal, continuant à rester droit, s'incline soit en avant, soit en arrière, soit à gauche, soit à droite, chaque extrémité se portant en sens inverse l'une de l'autre; c'est ce qui constitue l'*inclinaison* ou la *version utérine* des auteurs. De là quatre variétés, désignées sous les noms d'*anté*, de *rétro* ou de *latéro-versions*.

Dans d'autres cas, au contraire, au lieu de s'incliner et de basculer comme je viens de l'indiquer, il peut avoir été repoussé en masse, conservant, ou à peu près, sa direction normale; c'est ce que je désignerai sous les noms de refoulement en avant, en arrière ou sur les côtés.

Dans toutes ces variétés, l'une ou l'autre des inclinaisons peut se combiner à des degrés divers avec chacun des déplacements en masse, d'où résultent des nuances nombreuses qu'une habitude suffisante et un examen attentif permettent de constater.

(Nous donnerons la fin de la première partie de ce rapport dans notre prochain numéro.)

Anévrisme artérioso-veineux. — M. Jobert (de Lamballe) communique une observation sur ce sujet. (Voir plus haut.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 mai 1854. — Présidence de M. Combes.

Oxyde de carbone considéré comme poison. — M. A. Chenot adresse une addition à la note qu'il a précédemment envoyée à l'Académie sur ce sujet, et dans laquelle il signalait les dangers de l'oxyde de carbone, alors même qu'il est plus ou moins étendu d'autres gaz. L'auteur apporte de nouveaux faits à l'appui.

Le premier fait est relatif à un accident de ce genre arrivé pendant une ascension aérostatique faite dans un but scientifique par M. Dupuis-Delcourt. Il avait été convenu que le ballon serait rempli par du gaz hydrogène obtenu par la décomposition de la vapeur d'eau au moyen du fer porté au rouge. Les ouvriers chargés de cette opération, voyant qu'elle marchait beaucoup plus lentement et exigeait beaucoup plus de chaleur avec le fer usuel qu'avec le charbon, n'attachant pas d'ailleurs d'importance à la pureté du gaz, remplacèrent le fer par le charbon.

M. Dupuis-Delcourt fit son ascension. A une hauteur d'environ 1,500 mètres, et trois quarts d'heure après son départ, la raréfaction de l'air à cette hauteur et l'influence des rayons solaires dilatant considérablement le gaz, il fusa par la partie inférieure du ballon. A cet instant, M. Dupuis-Delcourt fut subitement incommodé et dut interrompre ses observations, il ne tarda pas à *perdre complétement connaissance*, et, l'aérostat continuant à se vider, il ne tarda pas à descendre progressivement, et M. Dupuis-Delcourt ne fut tiré de l'état de stupeur dans lequel il était qu'aux questions pressantes qui lui furent adressées et au mouvement que lui imprimaient les personnes qui l'environnaient lorsqu'il toucha terre.

Deuxième fait connexe avec le premier. — Plus de trois cents personnes s'étant trouvées en un moment près du point où devait toucher le ballon, un coup de vent vint l'abattre tout à coup jusqu'à terre, et quatre ou cinq personnes se trouvèrent empêtrées dans les cordes et le filet. M. Dupuis-Delcourt voulant alors éviter et le déchirement du ballon et les atteintes du gaz pour la foule, entreprit une manœuvre dans le but de renverser le ballon pour que le gaz s'échappât en l'air. A l'instant où M. Dupuis-Delcourt se baissait pour faire cette manœuvre, l'empressement de la foule produisit de tels effets de compression sur le ballon que le gaz s'échappa abondamment, et M. Dupuis-Delcourt fut subitement renversé. Plusieurs personnes, qui avaient voulu secourir M. Delcourt, allèrent tomber en tournoyant à quelque distance..... D'autres personnes, entre autres une dame, furent malades toute la journée.

M. Delcourt demeura pendant deux heures complétement privé de connaissance.

Troisième fait. — Egalement en 1842, le gaz de l'usine de M. Selligue servait à l'éclairage de plusieurs points des Batignolles. Le corps de garde de la barrière de Clichy était éclairé par ce gaz; une fuite ayant donné issue à celui-ci pendant une nuit, quatre soldats qui étaient restés sur le lit de camp, plus particulièrement que les autres, furent gravement malades, et l'un d'eux mourut. Une enquête fut ouverte; on considéra le fait comme une cause d'asphyxie simple, et encore ce ne fut qu'à l'état de présomption; mais on ne soupçonna pas la vraie cause, qui était, suivant moi, la présence du gaz oxyde de carbone, mêlé nécessairement à l'hydrogène de la décomposition de l'eau.

Quatrième fait. — Lorsque parurent les précieux travaux du savant ingénieur des mines M. Ebelmen, sur la transformation des combustibles en gaz, M. Dupont, directeur des mines de Gueriedzo (Espagne), songea à utiliser de cette manière des menus charbons qui encombraient les halles. Les gaz se rendaient dans une cuve pour être régularisés dans leur émission. Ce régulateur, ou gazomètre, était muni d'une soupape. Un ouvrier robuste voulut ouvrir cette soupape; le gaz qui s'échappa le renversa, et donna à d'autres ouvriers qui l'entouraient des nausées, des spasmes et des suffocations. On donna des soins à cet ouvrier, mais après quelques mois d'un malaise continuel, dans lequel il manifestait une extrême agitation et éprouvait le besoin d'un mouvement perpétuel, il devint fou, et mourut dans cet état deux ans après.

Séance du 15 mai. — L'Académie, dans cette séance, a procédé à l'élection d'un membre dans la section de géographie et de navigation, pour remplir la place vacante par suite du décès de M. l'amiral Roussin.

C'est M. Bravais qui a été élu, sauf l'approbation de l'Empereur.

Le Souns.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Choléra-morbus. — Des signes auxquels on peut reconnaître la fracture par pénétration du col du fémur. — Coqueluche guérie par l'oxyde de zinc. — Scarlatine sans fièvre. — Œdème de la glotte. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Hardy). Des dartres en général. — ACADÉMIE DE MÉDECINE (addition à la séance du 16 mai). Suite du rapport de M. Depaul sur le traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

L'épidémie, qui pendant les deux dernières semaines était restée à peu près stationnaire, est entrée, dans la semaine qui vient de s'écouler, en voie de décroissance rapide. On en jugera par le rapprochement des totaux du dernier bulletin et du bulletin actuel.

Le relevé de samedi dernier se résumait par les chiffres suivants:

Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
92	46	138	82	81

Voici les totaux avec les détails par jour pour cette dernière semaine:

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 11 mai,	10	3	13	10	15
12 »	7	1	8	2	7
13 »	4	2	6	8	10
14 »	3	6	9	10	5
15 »	5	4	9	12	6
16 »	6	3	9	6	10
17 »	6	2	8	2	6
	41	21	62	50	59

Ainsi, il y a eu 76 cas de moins que dans la semaine précédente, et 22 décès de moins.

Situation générale au 17 mai. — Cas traités dans les hôpitaux depuis le commencement de l'épidémie. 1,982

Sorties.	793	} 1,830
Décès.	1,037	
Restant en traitement.		152

Dr Brochin.

Des signes auxquels on peut reconnaître la fracture par pénétration du col du fémur.

Au n° 23 de la salle Saint-Charles, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Laugier), est couchée une femme âgée de soixante-onze ans. Cette malade présente une variété intéressante des fractures du col du fémur, sur laquelle le professeur croit devoir appeler l'attention.

On divise les fractures du col du fémur en :

1° Intra-capsulaires ;

2° Extra-capsulaires ;

3° Mixtes, c'est-à-dire intra et extra-capsulaires.

Ce ne sont pas là les seules variétés des fractures du col. Dans ces différentes fractures, les fragments sont juxtaposés, chevauchent ou sont plus ou moins écartés l'un par rapport à l'autre.

Mais il existe certaines fractures du col dans lesquelles les fragments ne s'abandonnent point, dans lesquelles il y a pénétration d'un fragment dans l'autre.

Ce sont les fractures du col par pénétration. Or, c'est le genre de fracture que présente notre malade. Au col du fémur, les parties sont parfaitement disposées pour que ce genre de fracture se produise. En effet, le grand trochanter, essentiellement composé de tissus spongieux, se laissera pénétrer assez facilement par le col constitué par un tissu plus dense, plus compact.

Les fractures par pénétration ont lieu dans les chutes sur le grand trochanter, et c'est le fragment interne qui s'enfonce dans le fragment externe. Quelquefois le fragment interne pénètre assez profondément dans le fragment externe pour faire éclater et briser en plusieurs fragments le grand trochanter.

Avant de donner les signes de cette fracture, rappelons sommairement les signes, en général, des fractures du col sans pénétration.

Dans les fractures du col sans pénétration on remarque les signes suivants :

1° Une déviation du membre en dehors. Cette rotation est déterminée par la contraction des adducteurs, et peut-être plus encore par le poids même du membre. Le membre repose par tout son bord externe sur le lit; la pointe du pied est complétement tournée en dehors.

2° Un raccourcissement du membre qui varie suivant la variété de fracture. Le fragment inférieur est attiré en haut par les essiers.

3° La réduction est facile; mais sitôt que l'on cesse d'opérer des tractions sur le fragment inférieur, il y a reproduction instantanée du déplacement et du raccourcissement du membre. Cette facilité de la réduction sert à différencier les fractures des luxations.

4° Quand on a réduit la fracture, on peut sentir quelquefois la crépitation en imprimant des mouvements de rotation au membre.

5° Le malade ne peut pas maintenir soulevé ni soulever son membre ; il y a impossibilité absolue, et on le comprend facilement, en songeant que le bras de levier en vertu duquel la cuisse peut exécuter des mouvements sur le bassin est rompu.

6° Enfin, l'arc de cercle décrit par le grand trochanter quand on imprime des mouvements de rotation au membre fracturé diffère notablement en étendue de celui que décrit le trochanter du côté sain. Il varie suivant que la fracture est plus ou moins éloignée de la tête fémorale. Quand la fracture siége près du grand trochanter, l'arc de cercle est presque nul. M. le professeur Laugier fait grand cas de ce signe. Tels sont les principaux signes, en général, des fractures du col du fémur sans pénétration.

Passons maintenant aux signes des fractures par pénétration.

Ces signes diffèrent des précédents.

1° Il existe le plus ordinairement une déviation du membre fracturé en dehors, mais elle est très modérée. Quelquefois cette déviation n'existe pas; M. Hervez de Chégoin en a observé plusieurs cas. Cela tient à l'attitude du membre au moment où la fracture se produit.

2° Il existe aussi un raccourcissement du membre, mais il est également très modéré; il varie cependant. Il oscille dans des limites très étroites, entre 1 centimètre et 2 centimètres et demi, quelquefois 3 centimètres.

3° Le malade peut-il soulever son membre, ou bien ne le peut-il pas, comme dans les autres fractures du col?

Il existe des observations de malades atteints de fracture par pénétration du col qui ont pu marcher plusieurs jours après l'accident; d'autres ont pu soulever leur membre ou le maintenir soulevé. Mais, disons-le, ce sont là des cas exceptionnels, qui d'ailleurs s'expliquent fort bien, puisque les fragments se pénétrant, le levier n'est pas brisé, et permet à la cuisse d'exécuter des mouvements sur le bassin.

Le plus ordinairement, le malade ne peut pas soulever ou maintenir soulevé son membre, ce qui, dans cette fracture, doit être attribué à la douleur.

4° Dans les fractures du col sans pénétration, nous avons signalé la possibilité de réduire facilement les fractures et la reproduction instantanée du déplacement quand le membre est abandonné à lui-même.

Dans la fracture par pénétration, on ne peut pas rendre au membre sa longueur; on ne le pourrait qu'à la condition de dégager les fragments. On ne peut pas non plus, et pour la même raison, lui rendre sa direction. La réduction est donc impossible. C'est là un *excellent* signe.

5° Par suite de cette pénétration, il survient des changements importants dans la longueur du col. Il y a d'abord raccourcissement du col. De plus, sa direction est changée; la tête fémorale est rapprochée du petit trochanter, et en même temps le col présente un angle saillant en avant très marqué. Il résulte de là un signe très *important* pour faire reconnaître la fracture par pénétration. En effet, au-dessus du ligament de Poupart, au niveau du col, on trouve une tumeur osseuse formée par cet angle saillant en avant du col. Les muscles psoas et iliaque réunis sont soulevés par cet angle, et par suite augmentent la saillie de la tumeur. Le creux de l'aine est effacé plus ou moins complétement.

La femme qui a servi de texte à cette leçon clinique est âgée de soixante et onze ans; elle présente une fracture par pénétration du col du fémur droit. Cette fracture est la conséquence d'une chute sur le grand trochanter.

La malade présente une déviation modérée de la cuisse droite. Le raccourcissement est peu considérable; il est de 3 centimètres. On constate parfaitement la tumeur caractéristique de l'aine. La malade n'a jamais pu soulever ni maintenir soulevé son membre, et enfin quand on a fait exécuter des mouvements au membre, la malade a accusé des douleurs vives au niveau du pli de l'aine.

En résumé, les signes caractéristiques de la fracture par pénétration du col du fémur sont :

1° La déviation et le raccourcissement modéré du membre;

2° L'impossibilité permanente de réduire la fracture, de ramener le membre dans sa direction normale;

3° La tumeur irréductible que l'on observe dans le pli de l'aine, et qui est constituée par l'angle saillant en avant formé par les fragments.

Ces deux derniers signes sont considérés comme les meilleurs, les plus caractéristiques par M. Laugier.

Quant à la douleur trochantérienne signalée par certains auteurs comme un signe de premier ordre, M. Laugier la considère comme un signe secondaire et de peu de valeur pour le diagnostic de la fracture par pénétration du col du fémur.

— Par une coïncidence très heureuse, il vient encore d'entrer aujourd'hui dans notre service une femme atteinte de fracture par pénétration du col du fémur; nous nous empressons d'en publier l'observation.

La nommée Beau (Julie), âgée de quarante-neuf ans, lingère, est entrée le 15 mai à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 8.

Cette femme nous raconte qu'elle a fait, il y a cinq jours, une chute sur la région trochantérienne gauche; elle est tombée au milieu d'une rue, et toute la partie supérieure et externe de la cuisse gauche a porté. Elle fut rapportée chez elle : là elle put faire quelques pas; mais l'intensité de la douleur qu'elle ressentait dans toute l'aine gauche la força de garder le repos le plus absolu.

Elle se fit transporter à l'Hôtel-Dieu le 14; elle put aller, en s'appuyant seulement sur le bras d'une personne, du bureau d'admission jusqu'à la salle Saint-Charles sans trop souffrir.

Voici ce que nous constatons :

La cuisse gauche à sa partie supérieure est beaucoup plus volumineuse que celle du côté droit; elle semble remontée, elle paraît raccourcie. Toutes les parties molles sont dans un relâchement complet.

Le creux de l'aine est déformé, il n'existe plus; on sent à la pression, au-dessous de l'arcade crurale, un peu en dehors, une tumeur dure, résistante, douloureuse, non sphérique, irréductible, qui comble le creux normal de la région de l'aine. Cette déformation est très évidente; rien de semblable n'existe du côté opposé.

Le membre ne présente pas de déviation très marquée; cependant il est légèrement déjeté en dehors.

Il y a un raccourcissement de ce membre, il est de 2 centimètres (nous avons répété plusieurs fois la mensuration afin d'éviter toute cause d'erreur).

Il nous a été impossible de rendre au membre sa longueur et sa direction, et cependant nous avons fait des tractions énergiques.

Quant à la tumeur de l'aine, elle est complétement irréductible; elle ne s'est nullement modifiée sous l'influence de ces tractions.

La malade peut soulever sa jambe et la maintenir ainsi quelques instants.

La douleur existe encore, mais elle est peu intense; elle siége surtout au niveau de la tumeur de l'aine; elle existe à peine au niveau du grand trochanter.

Cette malade est évidemment atteinte d'une fracture par pénétration du col du fémur gauche. Tous les signes de cette fracture existent ainsi :

1° Tumeur irréductible au-dessous et un peu en dehors de l'arcade crurale ;

2° Déviation modérée du membre, raccourcissement de 2 centimètres;

3° Impossibilité complète de réduire la fracture.

De plus, remarquons, comme cela a été observé quelquefois, que la malade peut soulever et maintenir ainsi son membre.

La douleur trochantérienne n'existe pas dans ce cas.

Traitement. — L'indication est bien simple : laisser le membre dans le repos et ne tenter aucune réduction.

E.-A. BONFILS,
Interne du service.

Coqueluche guérie par l'oxyde de zinc.

Il s'est présenté à l'hôpital Sainte-Eugénie un fait curieux de coqueluche guérie très rapidement par l'usage de l'oxyde de zinc à l'intérieur. M. Bouchut, dans le service duquel se trouve la petite fille dont nous allons parler, emploie ordinairement cette substance contre les différents phénomènes convulsifs de l'enfance, et à ce titre la coqueluche offre un élément nerveux convulsif tout spécial qui subit très facilement l'influence des agents antispasmodiques.

Il s'agit d'une petite fille de sept ans et demi couchée au n° 2 de la salle Sainte-Marguerite, née d'une mère tuberculeuse, malade depuis un mois, et ayant depuis quinze jours la toux convulsive de la coqueluche. Cette enfant a la face bouffie, pâle; la peau chaude, le pouls fréquent (112); son appétit est moindre, la langue blanche, et le ventre souple sans diarrhée.

La respiration est un peu accélérée. De chaque côté de la poitrine en arrière existent des râles muqueux gros et moyen, qui se

modifient et changent de timbre et de place par les efforts de respiration et les secousses de la toux.

La toux est assez fréquente, sèche; mais de temps à autre dans la journée, sans phénomène précurseur, l'enfant est prise de secousses nombreuses de toux se succédant avec rapidité jusqu'à l'anbélation, et suivies d'une inspiration sonore, bruyante, connue sous le nom de *reprise*; et après de nouvelles secousses également suivies de reprise sonore, une expectoration muqueuse, puriforme, ensanglantée, avec ou sans aliments, terminait la quinte.

Ces quintes se montraient plus fréquentes pendant le jour que durant la nuit, et le sommeil semblait dominer les accidents. M. Bouchut a donné le premier jour 30 grammes de sirop d'ipécacuanba et 30 centigrammes de poudre d'ipécacuanha, qui ont produit quelques vomissements. Le lendemain il a donné 1 gramme d'oxyde de zinc en deux prises, une le matin, une le soir, et au bout de quatre jours la toux convulsive de la coqueluche avait complétement disparu.

Il ne resta pendant huit jours encore qu'une simple toux de bronchite peu fréquente, sans expectoration appréciable, et l'enfant sortit bientôt complétement guérie.

Scarlatine sans fièvre.

Il y a eu dans le même service un fait très curieux de scarlatine très intense quant à l'éruption, très caractérisé, suivi d'une desquamation complète par larges plaques d'épiderme, et durant lequel il n'y eut pas de fièvre, pas d'altération de la langue, pas la moindre trace d'angine, ni aucun phénomène général s'approchant de ceux qu'on a l'habitude d'observer en pareille circonstance. Ce ne fut qu'au moment de la desquamation que parut un peu de fièvre pendant trois jours, sans qu'on puisse l'attribuer à aucune complication grave. Les urines, examinées chaque jour avec soin, ne présentent aucune altération qui pût déceler l'inflammation scarlatineuse des reins. A. BERNARD.

Œdème de la glotte.

De tous les accidents consécutifs à la fièvre typhoïde, il en est un fort rare heureusement, mais terrible dans ses effets; je veux parler de l'œdème de la glotte. J'ai eu récemment occasion d'en observer deux cas à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Bouley.

Le premier s'est déclaré chez un jeune homme de vingt-cinq ans environ, qui avait été traité dans nos salles pour une fièvre typhoïde grave, à forme adynamique, et qui dura près de cinq septenaires. Le malade était tombé dans un état de faiblesse extrême et était réduit à un point de maigreur telle, qu'il ressemblait littéralement à un squelette recouvert de peau. La maladie n'avait présenté d'ailleurs rien de remarquable dans sa marche, si ce n'est une otite intense avec surdité presque complète et écoulement par les oreilles d'un pus sanieux et infect.

La voix s'affaiblit pendant quelque temps, mais reparut bientôt avec sa force et son timbre habituels; de sorte qu'il ne faut attacher à ce signe aucune importance. A part ces deux complications, que j'aurais pu, à la rigueur, ne pas signaler, puisqu'elles sont communes à presque toutes les fièvres typhoïdes graves, tout se passa normalement et de la façon la plus régulière.

Le 10 avril, le malade était depuis quelque temps déjà en pleine convalescence et commençait même à reprendre un peu d'embonpoint, lorsque le matin, à la visite, il se plaignit d'une douleur sourde à la région laryngée, laquelle douleur, dit-il, durait déjà depuis deux jours. En inspectant la bouche, on ne découvrit aucun signe d'inflammation ni sur le amygdales ni sur le voile du palais. Il y avait en même temps de l'inappétence et un peu de fièvre; pas de toux.

Le lendemain, de nouveaux symptômes s'étaient déclarés : inspiration pénible avec sifflement, toux bruyante et sonore, douleur plus vive à la région laryngée, voix conservée et nullement altérée. L'auscultation et la percussion du thorax ne donnent aucun signe. Dès lors le diagnostic est porté : il s'agit évidemment d'un œdème de la glotte. (Expectation.)

Le 12, même état.

Le 13, tous les symptômes s'étaient un peu aggravés. Il n'y avait cependant pas encore indication d'ouvrir la trachée.

Le 14, l'état du malade était devenu plus alarmant. La respiration était pénible et laborieuse; il y avait de temps en temps des accès de suffocation; la face était anxieuse et grippée, le pouls petit et fréquent; la mort était imminente. On se décida alors à pratiquer la trachéotomie.

L'opération fut faite sans accident, mais elle demeura sans succès. Quelques moments après, le malade succombait.

A l'autopsie, on trouva la muqueuse pharyngée un peu rouge. L'épiglotte était un peu gonflée sur ses bords. La glotte était complétement oblitérée par les replis arythéno-épiglottiques infiltrés; ils paraissaient comme transparents. La muqueuse qui les recouvrait était d'un rouge pâle et sécrétait un liquide épais et blanchâtre. On ouvrit le larynx. Les cordes vocales furent trouvées intactes; il y avait dans les ventricules un peu de sérosité transparente. La muqueuse laryngée ne présentait aucune trace d'inflammation, et nulle part on ne trouva la moindre ulcération. Les cartilages thyroïde et arythénoïdes ne présentèrent aucune altération. Le cartilage cricoïde était nécrosé à sa partie postérieure et contenait un séquestre de la grosseur d'une lentille environ. Partout le séquestre était entouré d'un tissu cartilagineux sain. Les bronches ne contenaient pas de sang; le poumon présentait tous les signes de la mort par asphyxie.

Le second cas s'est également manifesté sur un jeune homme d'une vingtaine d'années environ et vers la fin d'une fièvre typhoïde adynamique aussi, mais beaucoup moins grave que chez le malade précédent. Chez lui, les *premiers symptômes* de l'œdème de la glotte se manifestèrent d'une manière lente et progressive. La maladie présenta d'ailleurs les mêmes phénomènes que ceux que nous signalions précédemment et suivit absolument la même marche. Ce fut au quatrième jour d'invasion que la trachéotomie fut jugée nécessaire. Comme dans le cas précédent, elle demeura sans succès, et le malade mourut dans le courant de la journée.

A l'autopsie, on constata un peu de gonflement et de rougeur de l'épiglotte. La muqueuse pharyngée, à la région correspondant à la partie postérieure du cartilage cricoïde, était bleuâtre et recouverte d'un peu de pus. Les replis arythéno-épiglottiques oblitéraient l'ouverture supérieure du larynx; ils étaient tuméfiés, rouges, tremblotants et contenaient une sérosité épaisse et visqueuse. La muqueuse laryngée était rouge et sèche. Les cordes vocales n'offraient rien de particulier. A la partie supérieure et latérale gauche du larynx, au niveau de l'articulation crico-thyroïdienne, on remarquait une ulcération profonde qui communiquait avec une cavité creusée dans le cartilage cricoïde et au fond de laquelle se voyait un séquestre volumineux. Toutes les autres parties du larynx étaient saines. Rien de particulier dans la trachée et dans les bronches.

Voilà donc deux cas d'œdème de la glotte, l'un avec ulcération des téguments qui recouvrent les cartilages et l'autre sans la moindre destruction de ces mêmes téguments. Dans l'œdème de la glotte consécutif à l'affection typhoïde, on regarde généralement l'inflammation comme primitive et comme cause de tous les autres désordres.

La seconde observation semble, en effet, venir à l'appui de cette hypothèse, puisque nous trouvons une ulcération correspondant à la partie nécrosée du cartilage cricoïde; mais la première la détruit complétement, car nous voyons dans le cartilage cricoïde des altérations graves, et malgré cela les téguments ne sont qu'enflammés et nullement ulcérés. N'est-il pas évident dans ce cas que le cartilage cricoïde a été primitivement pris et que l'œdème de la glotte n'est venu que consécutivement? Supposons ici que l'inflammation eût eu un peu plus de durée ou d'intensité, il se serait produit une ulcération, et nous serions rentré dans le second cas; mais nonobstant l'altération du cartilage n'en eût pas moins été primitive. Ce n'est donc pas l'inflammation de la muqueuse laryngée qui produit la nécrose des cartilages, mais bien la nécrose qui donne lieu à l'inflammation. Cette nécrose elle-même naît sous une influence inconnue, mais dépendant probablement d'un génie propre à la fièvre typhoïde. C. DUVAL.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Des dartres en général.

Le mot *dartre* est de création moderne; il répond au mot *herpès*, par lequel les anciens désignaient les maladies chroniques et rebelles de la peau. Lorry surtout parut y attacher l'idée d'une affection diathésale. L'Ecole anglaise attaqua avec beaucoup de vivacité cette expression, qui lui paraissait vague et indéterminée; et malgré les efforts d'Alibert, elle réussit à la proscrire du langage scientifique. Cependant le mot dartre était resté dans le public avec sa signification de maladie invétérée et constitutionnelle de la peau; et c'est là qu'il nous a fallu le reprendre pour lui restituer son rang et sa place.

Maintenant, que faut-il entendre par l'expression que nous voulons réhabiliter? On doit appeler dartres les éruptions à marche chronique, se transmettant souvent par voie héréditaire, se reproduisant avec facilité, disposées à s'étendre de proche en proche, et guérissant sans laisser de cicatrice (exception faite pour l'acné), bien que souvent accompagnées d'ulcérations. Les maladies qui appartiennent à ce groupe sont l'eczéma, le lichen, le psoriasis, l'acné, etc.

D'après l'ensemble des caractères que nous venons d'énumérer, on voit que les dartres sont dues, non à un état local, mais à une disposition générale de l'économie; en d'autres termes, à une diathèse. Le fait de la transmission héréditaire le prouve d'ailleurs jusqu'à l'évidence. Cette disposition générale était désignée autrefois sous le nom de *vice dartreux*, et même parfois sous celui de *virus*. Assurément cette dernière expression était mauvaise, inexacte, puisque les produits de la manifestation dartreuse ne sont pas inoculables, caractère auquel on reconnaît un virus. Aussi cette fausse appellation servit-elle longtemps de prétexte aux attaques des adversaires de la classification d'Alibert. Pour nous, laissant de côté le malencontreux *virus*, nous nous retranchons derrière la diathèse, dont personne aujourd'hui ne saurait logiquement contester la réalité.

La diathèse dartreuse est quelquefois latente, mais très souvent aussi elle se traduit avant l'éruption ou dans les intervalles de celle-ci par des caractères particuliers, des accidents spéciaux qui n'ont point attiré l'attention des observateurs, et que je dois vous faire connaître, car vous ne les trouveriez mentionnés nulle part.

Les dartreux n'ont pas la même santé que les personnes exemptes de cette diathèse; leur enveloppe cutanée est habituellement sèche, et la transpiration ne s'y produit que difficilement et d'une manière passagère; elle est le siége de démangeaisons fréquentes, habituelles même, et cela en l'absence de toute éruption. Ces démangeaisons se montrent plus particulièrement à l'anus, où elles acquièrent souvent une grande intensité. L'appétit, en général, est excellent, même exagéré. C'est là un fait bien connu à l'administration des hôpitaux, que les dartreux consomment une quantité d'aliments plus considérable que les autres malades placés dans des conditions analogues, c'est-à-dire exempts de fièvre. La peau, ainsi que l'on pouvait, du reste, s'y attendre, est douée d'une grande susceptibilité, et s'enflamme sous l'influence de la cause irritante la plus légère. Tantôt c'est une excitation générale, un excès d'alcooliques, l'usage du café, de charcuterie, et alors il se développe des démangeaisons très vives ou une éruption passagère. D'autres fois c'est un excitant local, des frictions irritantes, l'usage d'un emplâtre, etc., qui donnent lieu à la production accidentelle d'un eczéma ou d'un impétigo. Cette susceptibilité si exquise de la peau chez les dartreux doit les rendre très circonspects dans leur manière de vivre, et exige, dans les cas de maladie, certaines précautions de la part du médecin dans l'emploi des moyens locaux que l'on est obligé d'employer.

Ainsi, quand vous observerez chez un sujet les différents phénomènes que nous venons de passer en revue, vous pouvez regarder comme plus ou moins prochains les effets de la diathèse dartreuse.

Enfin, celle-ci éclatée, elle se manifeste par diverses sortes d'éruptions; des vésicules, des papules, des squames, etc. Mais ces lésions élémentaires, comme les appelle l'Ecole anglaise, se montrent-elles donc toujours isolées de manière à former des éruptions à caractères anatomiques constants? Cela n'est vrai que dans les livres; le plus souvent ces lésions sont associées, réunies, soit passagèrement, soit d'une manière plus durable, de façon à constituer ces maladies composées sur lesquelles M. Devergie a appelé l'attention. C'est pourquoi nous n'attribuons pas à ces manifestations cutanées l'importance que leur accordaient Willon et Biett.

Les dartres sont tantôt limitées à une seule région, tantôt réparties sur plusieurs points de l'enveloppe tégumentaire; dans ce dernier cas, elles offrent une singulière tendance à la symétrie, c'est-à-dire à affecter simultanément deux parties correspondantes de chaque côté du corps ou des membres. Elles ont encore cette marche envahissante, cette tendance à s'étendre que nous avons déjà signalée plus haut et que les anciens comparaient à la progression par reptation des serpents (Heyres). Les démangeaisons deviennent alors persistantes et acquièrent parfois une intensité qui les rend intolérables et en fait un véritable supplice pour les malades, surtout pendant la nuit, où elles occasionnent des insomnies cruelles et énervantes. D'autres fois ce sont des cuissons quelquefois fort douloureuses. Outre les différentes sortes d'éruptions, il y a assez souvent des ulcérations superficielles étalées ou longitudinales et en forme de fissures, mais dont la guérison laisse seulement une tache violacée, qui disparaît plus ou moins promptement, la peau reparaissant ensuite aussi saine qu'elle l'était auparavant. C'est ce qui se voit surtout au visage des jeunes enfants dans ces cas de gourmes (*impetigo*) qui forment un masque de croûte épaisse, dont les parents s'épouvantent comme devant amener des cicatrices difformes et qui pourtant guérissent sans laisser de traces.

Il est rare que les dartres s'accompagnent de symptômes généraux; il faut cependant en excepter le cas où elles revêtent momentanément l'état aigu. Il peut alors y avoir un peu de fièvre. Cela ne s'observe guère que dans l'eczéma, et plus particulièrement dans l'*eczema rubrum*. J'ai publié dans le courant du mois dernier un cas relatif à cette dernière affection, et dans lequel se manifestèrent les phénomènes propres aux fièvres éruptives. On a beaucoup parlé de la complication de la gastro-entérite avec l'eczéma. Je ne conteste nullement la réalité de cette coïncidence, mais elle est assurément fort rare.

Ce n'est pas seulement à la surface de la peau que les dartres rampent et s'étendent; on les voit encore gagner les membranes muqueuses tapissant les cavités qui s'abouchent avec le tégument. Ainsi, les dartres au visage atteignent tantôt la muqueuse oculaire, où elles déterminent une inflammation spéciale; tantôt la lèvre et l'intérieur même de la bouche, ce qui produit une stomatite. Les dartres des parties inférieures du corps envahissent souvent soit l'anus, soit la vulve et le vagin chez les femmes, et il en résulte alors une leucorrhée souvent très intense, très rebelle, et qui doit être regardée comme de nature dartreuse. Mais faut-il, comme l'ont fait autrefois certains auteurs, admettre aussi des bronchites, des gastrites, des entérites dartreuses? Nous ne le pensons pas; c'est là l'exagération d'un fait vrai, mais vrai seulement dans les limites où nous l'avons circonscrit.

La *marche* des dartres est habituellement chronique. Est-ce donc à dire pour cela que certaines de ces affections ne puissent revêtir la forme aiguë? Non sans doute; l'état aigu se voit en particulier pour l'eczéma et l'impétigo, qui dans certains cas véritablement exceptionnels ne durent que six semaines ou deux mois, terme extrême assigné aux maladies aiguës. Mais dans l'immense majorité des cas, la maladie se prolonge avec une intensité variable pendant des mois, des années. Rien de plus commun que de voir des malades qui en sont tourmentés pendant toute leur vie, avec des intervalles plus ou moins longs de rémission.

Ceci nous conduit à parler des *récidives*, qui sont un des caractères fondamentaux sur lesquels nous nous sommes appuyé pour

établir le groupe qui nous occupe. La récidive est une circonstance en quelque sorte fatale de l'histoire des dartres, et l'on peut dire, sans crainte d'être démenti par les faits, que la guérison d'une éruption dartreuse après une seule attaque est une très rare exception. Aussi, lorsqu'on observe la maladie en question chez une personne d'un certain âge, peut-on avancer d'une manière à peu près certaine que l'éruption actuelle a déjà été précédée de plusieurs autres. Du reste, de toutes les manifestations de la diathèse dartreuse, la plus tenace, celle qui se reproduit avec le plus d'opiniâtreté, c'est assurément le psoriasis. Chaque fois que l'on a fait disparaître une éruption dartreuse, on doit donc reconnaître que l'on a seulement triomphé de la détermination locale, mais non de la diathèse.

On a beaucoup parlé autrefois de la répercussion des dartres, et si l'on consulte l'étiologie de chaque maladie en particulier dans un ouvrage de nosologie de date un peu ancienne, on y verra à peu près invariablement figurer cette répercussion. Mais, suivant nous, tout ce que l'on a raconté de ces dartres rentrées doit être regardé comme un roman. Une circonstance mal interprétée de leur histoire paraît avoir donné lieu à cette erreur. Cette circonstance, la voici ; toutes les fois que dans le cours d'une éruption dartreuse une maladie viscérale un peu grave se déclare, la manifestation cutanée, en vertu de la fameuse loi hippocratique, *duobus doloribus simul obortis non in eodem loco, vehementior obscurat alteram*; en vertu, dis-je, de cette loi si connue, la manifestation cutanée cède la place à l'affection interne, et disparaît; puis, celle-ci étant guérie, la dartre reparaît à son tour. On avait donc pris tout simplement l'effet pour la cause. Toutefois, et nous allons bientôt y revenir, il ne serait pas toujours prudent de faire disparaître trop brusquement une dartre, du moins chez certains sujets.

Dans le *diagnostic*, il ne faut pas se borner à l'examen de ces caractères extérieurs que l'on a appelés lésions élémentaires, mais de plus interroger soigneusement l'état général du malade, afin d'arriver à constater l'existence de la diathèse. Celle-ci une fois reconnue, on sait à quel groupe on a affaire; il ne s'agit plus alors que de déterminer les différentes formes. C'est alors que les lésions locales prennent leur importance réelle; que l'on appréciera à leur juste valeur la sécrétion séreuse de l'eczéma, la rudesse chagrinée du lichen, les squames larges et épaisses du psoriasis, les squames fines et furfuracées du pityriasis, etc. Quant au diagnostic précis des variétés, il est souvent fort difficile, et il faut bien le dire, de peu d'importance pour le traitement.

Le *pronostic* est en général peu grave, en ce sens que la vie n'est pas compromise, du moins dans l'immense majorité des cas. Chez les vieillards cependant les dartres ont une certaine gravité, à cause de la fatigue qu'elles occasionnent, soit par les insomnies, soit par l'abondance des sécrétions, comme il arrive dans l'eczéma. Mais en dehors de ces conditions, les affections qui nous occupent font souvent le désespoir des malades, tant par les démangeaisons et l'aspect repoussant des éruptions qu'elles occasionnent que par l'idée d'infection générale qui s'y attache. Aussi a-t-on vu des malades atteints depuis longtemps de dartres rebelles, étendues et cruellement prurigineuses, mettre fin par la mort à leurs tortures incessantes.

Ici, messieurs, reparaît sous une autre forme une question que nous avons déjà soulevée tout à l'heure : Est-il dangereux de guérir les dartres ? A cette demande ainsi posée d'une manière générale, la réponse doit être négative. Non, il n'est pas dangereux de guérir les dartres. Cependant il faut noter ici une exception qui a une grande importance dans la pratique. Chez certains dartreux atteints d'asthme et de catarrhe pulmonaire, on remarque que les accès de suffocation sont plus rares et plus légers tant que l'éruption cutanée est en pleine efflorescence, et que les étouffements reviennent, au contraire, plus fréquents et plus graves quand l'affection extérieure est guérie ou seulement diminuée d'une manière notable. J'ai observé, dans le courant de l'année dernière, deux cas de ce genre chez des sujets âgés et atteints simultanément de catarrhe et de dartres : l'aggravation de l'état du poumon quand l'affection cutanée diminuait m'a forcé de renoncer au traitement de cette dernière, qui semblait servir de révulsif à la maladie interne.

CAUSES. — 1° *Prédisposantes*. Les dartres s'observent à tous les âges, chez l'enfant à la mamelle comme chez le vieillard, bien que chez ce dernier la maladie que l'on observe ait presque toujours été précédée d'atteintes antérieures et remontant à un certain nombre d'années. Le fait est que les époques où la première invasion se montre le plus souvent sont l'enfance et l'adolescence. Relativement au sexe, il me serait impossible de vous donner rien de parfaitement exact ; les deux sexes paraissent à peu près également prédisposés. Tous les tempéraments peuvent offrir la diathèse dartreuse ; mais quant aux formes particulières, elles semblent affecter certains tempéraments spéciaux. Ainsi l'eczéma, l'impétigo se montrent de préférence sur les sujets lymphatiques, le lichen sur les sujets nerveux ; le pityriasis se rencontre le plus souvent chez les bilieux, tandis que le tempérament sanguin me paraît être une prédisposition manifeste au psoriasis. Les saisons ne jouent pas dans l'étiologie des dartres un rôle aussi important que certaines personnes semblent le croire ; cependant j'ai pu constater que les éruptions ont lieu le plus souvent aux deux grands changements de saison, le printemps et le commencement de l'hiver. Certaines professions exercent une influence que l'on ne saurait contester : telles sont les professions de forgeron, de fondeur, de boulanger. Le contact habituel de substances irritantes et pulvérulentes détermine souvent chez les épiciers une éruption particulière, vulgairement connue sous le nom de gale des épiciers. Les fatigues, un régime échauffant, les veilles prolongées peuvent produire la disposition aux dartres ou plutôt en favoriser l'éruption ; nous allons y revenir bientôt. Mais de toutes les causes prédisposantes, la plus efficace, celle sur laquelle vous devez le plus fixer votre attention, c'est l'hérédité ; rien de plus commun que ce mode de transmission, et, chose bien remarquable et qui démontre bien évidemment l'identité de nature des différentes sortes de dartres, c'est que la forme de l'éruption varie des parents aux enfants. Un père eczémateux donnera naissance à un fils affecté de lichen ou d'acné : j'en possède de curieux exemples.

2° Les *causes occasionnelles* ne suffisent pas pour produire par elles-mêmes la maladie, mais elles en hâtent et en déterminent l'explosion quand la diathèse préexiste. En tête de ces causes occasionnelles nous placerons les excès de table, une nourriture trop substantielle, les abus d'alcooliques ou d'autres boissons excitantes, le café, par exemple ; puis viennent les chagrins, les veilles prolongées, etc. En voici quelques exemples : Un tailleur pressé par le travail passe huit nuits consécutives, et, pour lutter contre le sommeil, chaque soir il prend une tasse de café ; une éruption de psoriasis (auquel il était d'ailleurs sujet) en est la conséquence. Un autre malade, également dartreux, à la suite de peines d'amour, éprouve une insomnie de six semaines, et bientôt il est pris d'une récidive. — Des causes locales peuvent produire les mêmes effets, toujours chez des sujets prédisposés : telles sont des applications irritantes d'onguents, de pommades, des frictions, etc. Des maladies de peau tout à fait accidentelles peuvent éveiller la diathèse et donner naissance à une éruption dartreuse ; c'est ce qui se voit pour la gale : l'acarus joue alors le rôle de cause occasionnelle.

J'arrive maintenant au traitement, et vous allez voir, messieurs, que, pour le groupe si important de maladies qui nous occupe, on peut formuler des principes généraux de thérapeutique applicables aux différentes formes morbides dont ce groupe est composé.

Si l'affection débute par l'état aigu, on aura recours aux émollients locaux et généraux. Une chose fort importante, c'est de faire boire abondamment le malade. Les anciens attribuaient les dartres à une certaine âcreté du sang. Nous ne voulons reproduire ici cette hypothèse, que nous ne pourrions appuyer sur aucune preuve positive ; mais il nous faut reconnaître comme fait pratique l'utilité des boissons délayantes (limonade, chiendent, etc.) prises en grande quantité.

Quand l'état chronique est déclaré, c'est alors que le traitement des dartres doit être appliqué. Ce traitement est nécessairement : 1° local ; 2° général ; 3° diététique.

1° Les *moyens locaux* sont tout à fait secondaires. Ce que nous avons dit jusqu'à présent de la disposition générale ou diathèse a dû vous le faire pressentir. Au total, ces moyens locaux consistent d'abord dans l'emploi des topiques émollients, bains, cataplasmes, etc. ; plus tard, on a recours à divers excitants ; plus tard, enfin, on cherche à modifier la surface de la peau au moyen des stimulants sous forme de pommades, d'onguents : ainsi l'oxyde de zinc contre le lichen, le goudron ou l'huile de cade contre le psoriasis, etc..... Du reste, dans cette dernière maladie, les moyens locaux ont plus d'efficacité que dans les autres formes de la diathèse dartreuse, et peuvent suffire seuls pour amener une guérison, temporaire, s'entend.

2° Les *moyens généraux* jouent ici le premier rôle ; ils demandent à être maniés avec beaucoup de persévérance, variés et modifiés suivant les cas, les individus, etc. Ce sont d'abord les dérivatifs intestinaux, plus particulièrement adaptés aux formes sécrétantes. Viennent ensuite les altérants, qui ont pour objet de modifier la constitution d'une manière plus ou moins profonde. Parmi les plus usités, nous citerons les sulfureux, les arsenicaux, la teinture de cantharides, les eaux minérales alcalines, mais surtout sulfureuses, en bains et en boisson.

3° Le régime est aussi très important, et suffit quelquefois seul pour ramener à l'état normal la constitution altérée par la diathèse. Ce que nous vous avons dit des causes prédisposantes et occasionnelles vous apprend déjà ce qu'il faut éviter. Ainsi vous avez compris que l'on doit proscrire les stimulants, les aliments irritants trop épicés, la charcuterie, les alcooliques ; que le régime doit être adoucissant et rafraîchissant ; qu'il faut éviter les veilles, les fatigues, les chagrins, l'action directe des stimulants extérieurs, etc..... J'ai vu des malades guérir parfaitement après s'être soumis pendant plusieurs mois à un régime sévère et rigoureusement observé.

BEAUGRAND.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 16 MAI 1854.

Suite du rapport de M. Depaul sur le traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins.

Un autre ordre de déplacements qui a été méconnu pendant longtemps, mais dont on s'est beaucoup occupé pendant ces dernières années, consiste en une *véritable flexion* de l'utérus sur lui-même, et alors, tantôt et le plus souvent, c'est la partie supérieure de l'axe qui s'infléchit sur la partie inférieure, et la coudure peut avoir lieu soit en avant, soit en arrière, et même, mais ces cas sont beaucoup plus rares, sur les régions latérales. Ce sont ces dispositions spéciales qui ont été désignées plus particulièrement sous les noms d'*antéflexion*, de *rétroflexion* et de *latéro-flexion*.

Dans d'autres circonstances plus exceptionnelles, c'est la partie inférieure de l'axe, au contraire, qui se présente infléchie sur la partie supérieure ; de là d'autres variétés qui constituent de véritables flexions du col sur le corps, et qui peuvent avoir lieu soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés.

D'autres dispositions peuvent encore être observées ; c'est ainsi que l'axe peut être courbé sur une partie de son étendue, de manière que ses deux extrémités, dirigées soit en avant, soit en arrière, tendent à se rapprocher (l'utérus offrant alors une convexité plus ou moins saillante dirigée dans un sens, et une concavité correspondante tournée en sens contraire). La forme de l'utérus peut être modifiée d'une façon plus singulière encore : elle peut ressembler à une *S* italique, c'est-à-dire que tandis que l'une des extrémités de son axe est infléchie en avant, par exemple, l'autre est infléchie en arrière.

Une autre disposition qui s'observe souvent seule, et qu'on peut trouver aussi combinée avec celles précédemment indiquées, consiste dans un abaissement plus ou moins marqué de l'organe dans l'excavation pelvienne. Habituellement, c'est l'extrémité inférieure de l'axe utérin qui se rapproche de l'orifice vulvaire, et qui peut même le franchir. Beaucoup plus rarement, c'est sa partie moyenne, comme dans les cas où il est transversalement placé, et dans des cas plus exceptionnels encore, il n'est pas impossible que ce soit son extrémité supérieure, le fond de la matrice représentant alors le point le plus déclive.

En France, les partisans du traitement mécanique ont complétement mis de côté cet élément de la question, et il est vraiment singulier que dans les écrits de M. Valleix il soit à peine fait mention de l'abaissement de l'utérus, et qu'il n'en soit tenu aucun compte, soit au point de vue de la symptomatologie, soit au point de vue de la thérapeutique. Dans sa préoccupation constante, il n'a vu que les déviations, auxquelles il a tout rapporté et contre lesquelles il a dirigé tous ses efforts.

Je viens de dire quelle était la direction de l'utérus qu'il fallait prendre pour type et considérer comme l'état normal ; mais si les divers déplacements dont j'ai parlé devaient, avec toutes leurs nuances, être regardés comme de véritables états pathologiques, je ne crains pas de le dire, beaucoup plus de la moitié des femmes devraient être considérées comme malades et traitées en conséquence. Heureusement il n'en est rien, et je me hâte de le dire, personne ne l'a prétendu. Mais si on n'a pas été aussi exclusif, on a, depuis qu'on s'occupe des redresseurs surtout, singulièrement exagéré l'influence des déviations sur la santé des femmes, et, si je ne m'abuse, on leur a attribué *beaucoup trop souvent* des accidents qui avaient leur point de départ dans un autre état pathologique. C'est ce que je vais essayer de prouver maintenant.

La solution de cette importante question ne me paraît pas aussi difficile que l'ont prétendu quelques médecins. Pour la donner juste, il faut, dans les investigations auxquelles on se livre, être d'une rigueur extrême et apporter dans l'interprétation des symptômes cet esprit philosophique qui sera, je n'en doute pas, une des gloires de notre époque. Pourquoi donc procéder, quand il s'agit de l'utérus, autrement qu'on ne le fait pour les autres organes ? Pourquoi persister à le placer sans cesse en dehors des lois générales qui régissent la pathologie et qui doivent présider à une saine thérapeutique ? Que dirait-on d'un pathologiste qui, voulant tracer la symptomatologie d'une affection, de la pneumonie, par exemple, choisirait un cas compliqué de pleurésie ou de toute autre maladie, et qui, ne tenant aucun compte de la complication, rapporterait tout à l'inflammation du tissu pulmonaire ? C'est cependant de la sorte, ou à peu près, qu'on procède tous les jours à l'égard de l'utérus ; et, à mon grand étonnement, c'est à M. Valleix lui-même que je puis adresser un semblable reproche. J'ai analysé avec le plus grand soin les vingt observations qu'il a rapportées dans ses leçons cliniques (il est probable qu'il n'y a pas placé celles qui lui ont paru les moins concluantes). Eh bien, voici ce qu'on y trouve au point de vue des symptômes :

Six sont relatives à l'antéversion. Dans la première, quoique le déplacement fût complet, il y est dit que la marche était facile et les courses, même longues, possibles ; qu'il n'y avait pas de pesanteur ni de dérangement dans l'émission des urines ou des garde-robes ; que l'utérus était lourd.

Dans la seconde, la malade éprouvait de la faiblesse dans les membres, de la pesanteur, des tiraillements au bassin, aux lombes et aux aines ; les digestions étaient difficiles, la marche douloureuse ; mais la miction et la défécation se faisaient facilement.

Le troisième manque de détails sur l'état du col ; mais il y avait de la leucorrhée, des douleurs et de la constipation. Dans un moment, on signale que l'utérus a été redressé, mais que cependant les accidents durent encore quelque temps.

Dans les quatrième, cinquième et sixième, l'antéversion était loin d'être exempte de complications, puisque dans la première le col était volumineux, granuleux et l'utérus tout entier hypertrophié, car la sonde pénétrait à 7 centimètres et demi ; que dans la deuxième l'utérus était également volumineux ; qu'il existait sur la lèvre antérieure, rouge et tuméfiée, un point blanc qu'on traita par des cautérisations ; et que dans la dernière, où des flueurs blanches existaient avec douleurs aux aines et aux reins, des tiraillements, des besoins fréquents d'uriner, de la constipation, l'utérus y est noté lourd, augmenté de volume (la sonde pénétrant à 7 centimètres et demi) ; le col volumineux aussi, avec une large ulcération qui se prolongeait jusque dans la cavité de l'organe.

Il y a cinq observations concernant l'antéflexion avec des variétés diverses :

Dans le premier fait, où l'on indique que la marche était pénible, le coït douloureux, qu'il y avait des douleurs aux lombes et au périnée et des métrorrhagies fréquentes, on a noté que le col était pointu et volumineux.

La deuxième est un exemple d'antéflexion considérable constatée seulement à l'autopsie et alors que rien pendant la vie ne paraît en avoir fait soupçonner l'existence.

Dans la troisième, l'utérus était lourd et peu mobile : la sonde pénétrait à 7 centimètres ; comme symptômes : douleurs de ventre, constipation rebelle. Il en était de même dans la quatrième, puisque la sonde pénétrait aussi à 7 centimètres. Ici c'étaient les phénomènes nerveux qui prédominaient.

La cinquième appartient à une femme atteinte de lypémanie qu'on attribue à la déviation. Les autres symptômes manquaient probablement, car on n'en indique aucun.

Les trois exemples de rétroversion (12e, 13e et 14e observ.) parlent dans le même sens que les précédents. Pour la première, il est indiqué qu'il y avait une leucorrhée très abondante, des pertes, des douleurs vives et lancinantes au sacrum, à l'hypogastre, aux aines, de la constipation, des besoins fréquents d'uriner. Le coït était douloureux. On dit bien qu'il n'y avait pas d'ulcération, mais on ne parle pas du volume de l'organe ni de sa mesure par la sonde. Dans la seconde, on a noté un engorgement de l'utérus; le col était volumineux; une ulcération rouge, granuleuse existait sur la lèvre antérieure. Les accidents notés sont : constipation, douleurs aux aines et aux lombes; sensation de poids, leucorrhée habituelle. Il y avait aussi une fissure à l'anus.

La troisième était compliquée d'un engorgement notable de la matrice. La malade éprouvait de la fatigue en marchant; elle avait de la douleur au sacrum, à l'abdomen, aux membres inférieurs, de la constipation, de la pâleur.

Le no 14 *bis* est un exemple de rétroflexion du corps et du col; mais il n'est pas dit que la malade éprouvât quelque accident tenant à ce déplacement. Il n'est pas indiqué d'ailleurs quel était le volume de l'utérus et si son tissu était sain.

Dans le no 15, qui est aussi un cas de rétroflexion, on a noté des hémorrhagies, une leucorrhée très abondante, des douleurs aux reins, la marche était presque impossible.

Dans le no 16, il s'agit d'une tumeur inflammatoire de la partie postérieure du corps de l'utérus avec très légère déviation du col. Les symptômes sont les mêmes : marche pénible, constipation, douleurs aux lombes, aux cuisses.

Enfin, dans les trois derniers faits, où les symptômes indiqués sont toujours à peu près identiques, deux fois on ne donne aucun détail sur l'état du col. Dans l'un d'eux, il est dit que la cavité de l'organe avait 7 centimètres de long; dans l'autre, c'était une nourrice épuisée par l'allaitement; dans le troisième, outre la rétroflexion, il y avait un col volumineux, ouvert; une matrice volumineuse aussi, puisque la sonde pénétrait à 7 centimètres et demi.

De tous ces faits, je suis rigoureusement autorisé à conclure qu'exclusivement dominé par l'idée de la déviation leur auteur a fait jouer au déplacement un rôle beaucoup trop exclusif dans l'explication des symptômes; car, en effet, on y voit ou bien des cas de déviation qui ne produisent aucun des accidents ou incommodités que M. Valleix regarde comme l'expression presque constante de ce genre de lésion, ou bien la preuve que le développement partiel de l'utérus, existant seul ou à peu près et dû à un état simplement inflammatoire, a suffi pour les produire; ou bien encore, et cela est presque constant, des observations démontrant sans cesse qu'avec le déplacement utérin quelquefois insignifiant existaient d'autres lésions beaucoup plus sérieuses, à côté desquelles on passe avec une facilité vraiment surprenante, sans même se demander quelle part elles pouvaient prendre dans la production des phénomènes symptomatiques. Il me semble cependant qu'un utérus qui est lourd et volumineux, dont le col, qui est également hypertrophié, présente des granulations et de larges ulcérations se prolongeant quelquefois dans la cavité, qu'un utérus qui est douloureux à la pression et de la cavité duquel partent des écoulements abondants doit être considéré comme atteint d'une affection qui mérite d'être prise en grande considération.

C'est avec le même esprit d'exclusion et par conséquent avec la même idée préconçue qu'ont été recueillies les cinq observations de M. Gaussail souvent citées par M. Valleix et dans lesquelles il a cru avoir trouvé une confirmation éclatante des siennes. L'Académie m'ayant chargé de les examiner, je ne puis m'empêcher de les lui faire connaître.

Voici sur le point que j'examine en ce moment les détails vraiment curieux qu'on y trouve :

Dans la première, avec une rétroflexion existait un abaissement considérable de l'utérus, dont le col était volumineux, dur, un peu douloureux au toucher et présentait quelques saillies au pourtour de l'orifice. Le corps de l'organe était lui-même volumineux, dur et un peu douloureux.

Dans la seconde, avec une antéversion incomplète, il y avait un engorgement du col et du corps de la matrice. Le premier est volumineux, abaissé, très sensible à la pression, rouge, inégal.

Dans la troisième, on signale avec une inflexion du col en arrière de la tuméfaction et de la sensibilité, et de plus trois ulcérations irrégulièrement arrondies, profondes et reposant sur un fond rouge et grenu.

Dans la quatrième, *c'est une antéversion complète avec un grand relâchement des parois du vagin.* On ne dit pas que l'utérus ait été examiné avec le spéculum.

Enfin dans la cinquième, que M. Gaussail donne comme un exemple d'*antéversion avec flexion du col en arrière*, ce confrère ne dit pas non plus que l'utérus ait été examiné au spéculum. Mais quelque temps avant lui un autre médecin l'avait fait, et avait trouvé *un engorgement utérin et une ulcération du col.*

Quant aux accidents éprouvés par les femmes, ce sont toujours à peu près les mêmes : marche plus ou moins pénible, douleurs aux reins, aux aines; pertes blanches et sanguines, constipation, miction difficile, trouble des fonctions digestives, etc.

En présence de faits aussi complexes, il semblait tout naturel de se demander quelle part, dans les accidents produits, revenait aux déplacements; quelle était celle qu'il fallait attribuer aux autres altérations. Nos deux confrères ne paraissent pas beaucoup se préoccuper de ce point, qui, pour eux, semble jugé dans le sens que voici : aux déviations doivent être rapportés tous ou presque tous les symptômes. Les autres altérations, ils les placent sur un plan tout à fait secondaire, si même ils ne les oublient complétement.

J'en puis dire autant des observations de M. Piachaud, qui, ancien élève de M. Valleix, a tout naturellement suivi la voie tracée, et qui, après avoir fait une thèse où il préconise le traitement mécanique, a adressé trois nouvelles observations à la Société de chirurgie, qui ne sont pas plus concluantes que les précédents. Il déclare, au reste, qu'il a été témoin d'hémorrhagies graves, et il sait que dans deux cas il y a eu perforation de l'utérus.

Pour avoir quelque chose de positif sur cette question fondamentale, il faut rechercher :

1o Si parmi les femmes qui se portent bien, qui peuvent vaquer à toutes leurs occupations et qui n'éprouvent aucun des symptômes qu'on veut forcément rapporter aux déviations, il n'y en a pas un certain nombre dont la matrice est plus ou moins déviée;

2o Si chez celles qui ont simultanément une autre affection et un déplacement il ne suffit pas le plus habituellement de guérir la première pour voir disparaître le second, ou du moins les accidents qu'on était tenté de lui imputer;

3o Si des affections utérines, sans qu'il existe aucun déplacement appréciable, ne produisent pas souvent tout le cortége des symptômes précédemment indiqués, sans compter aussi la part large, je ne crains pas de le dire, qu'il faut faire aux erreurs de diagnostic.

Sur le premier point, messieurs, vous connaissez déjà l'opinion d'un des hommes les plus compétents en pareille matière. M. le professeur P. Dubois vous disait, dans la discussion de 1849, qu'en mettant de côté les troubles que les *flexions en particulier* produisent souvent dans la menstruation, il considérait ces dernières comme des anomalies *toujours inoffensives*. Quant aux autres déviations, *abaissement, antéversion* et *rétroversion*, il leur prêtait une innocuité complète toutes les fois qu'elles n'étaient pas exagérées. Enfin, il vous a dit que, contrairement à l'opinion de quelques-uns de nos collègues, il pensait, avec Lisfranc, que ces déviations n'avaient d'autre influence fâcheuse que celle qu'elles tiennent de quelques complications pathologiques, et en particulier d'un état inflammatoire chronique. Cette opinion est encore partagée par d'autres médecins très expérimentés en pareille matière, et je sais qu'elle a parmi vous de nombreux partisans. Cependant, une manière de voir un peu différente s'est produite à différentes époques, même dans cette enceinte, et comme elle sera sans doute défendue par quelques-uns de nos collègues, il est de mon devoir d'apporter de nouvelles preuves pour vous expliquer pourquoi je ne saurais la partager, et à cet égard, je le déclare, ma conviction est complète.

Sur les 27 cas d'*antéflexion* à des degrés divers mentionnés par M. Gosselin dans la note récemment lue par lui à la Société de chirurgie (22 mars 1854), et dont je vous ai déjà parlé, aucune des femmes ne souffrait de l'utérus. Puis il a ajouté que sur ce point ses études (on sait qu'elles ont été nombreuses et consciencieuses, comme tout ce que fait ce savant confrère) lui permettent d'avancer que l'on a exagéré à notre époque l'importance des déviations utérines. Il a vu à l'hôpital de Lourcine un bon nombre de femmes qui avaient des abaissements, des rétroflexions, des antéversions, des rétroversions, et qui ne souffraient pas de l'utérus.

Il en a observé un bon nombre d'autres qui avaient des douleurs utérines, et chez lesquelles, ne constatant aucune déviation, il était autorisé à attribuer les douleurs soit à une phlegmasie, soit à une névralgie.

Enfin, chez celles qui avaient en même temps des douleurs et une déviation, il a vu souvent les douleurs cesser après l'emploi du repos, des antiphlogistiques, des narcotiques, quoique la déviation persistât.

Dans des recherches que je poursuis depuis plusieurs mois, et que j'ai pu beaucoup multiplier soit dans ma pratique, soit dans les hôpitaux, soit dans le service du Bureau central, j'ai déjà rencontré 27 cas de déviations diverses de l'utérus, *sans aucune autre lésion appréciable de l'organe.* Sur 10 de ces femmes qui avaient une rétroversion, une seule se plaignait de quelques besoins plus fréquents d'uriner que d'habitude, et d'un petit sentiment de pesanteur dans la région pubienne quand elle avait fait des courses un peu longues ou qu'elle s'était beaucoup fatiguée; les autres n'éprouvaient aucun phénomène qui pût être rapporté à une affection quelconque de la matrice. Il en était de même de 5 qui avaient une *antéflexion*, de 4 qui avaient une *rétroflexion*, et de 5 qui avaient une *rétroversion.* Sur 3 qui présentaient un *abaissement*, une chez laquelle le col était assez descendu pour appuyer contre le périnée accusait quelques douleurs à la face interne et supérieure des cuisses et un sentiment de pesanteur dans le bassin quand elle faisait un travail fatigant.

Sur le second point, je fais encore appel à l'expérience de tous. Chacun de vous, en fouillant un peu dans ses souvenirs, ne pourrait-il pas apporter ici de nombreuses observations dans lesquelles on verrait que dans les cas de phlegmasies variées de l'utérus, que dans des cas de névralgies compliquées de déviations, il suffisait de combattre et de détruire l'élément inflammatoire ou névralgique pour voir souvent disparaître le déplacement sans qu'on eût dirigé contre lui aucun traitement spécial, ou pour constater que ce déplacement, quand il persistait, n'exerçait habituellement aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes? Vous n'avez pas oublié ce que je viens de vous dire du résultat des recherches cliniques de M. Gosselin, résultat qui est entièrement favorable à cette opinion.

Quant à moi, je vis depuis plusieurs années dans une conviction profonde à cet égard, et chaque jour, à mesure que l'âge grandit mon expérience, je la sens s'affermir de plus en plus. Comment en serait-il autrement, lorsque, consultant les notes que j'ai prises depuis quelques années sur ce sujet, j'y trouve que sur plus de 60 maladies variées de l'utérus (phlegmasies partielles ou générales du tissu propre, catarrhes, granulations, ulcérations diverses du col, névralgies, etc.), compliquées de l'une ou l'autre des déviations dont j'ai parlé, c'est à peine si je puis compter trois cas où des accidents de quelque importance aient persisté, lorsqu'après un traitement qui a rarement dépassé deux ou trois mois j'ai fait disparaître les lésions qui me paraissaient fondamentales. Bon nombre de fois aussi, après leur guérison, j'ai pu m'assurer que les déviations notées au début avaient disparu, et lorsque dans des cas assez nombreux j'ai eu à constater qu'elles persistaient, je me suis bien gardé de tourmenter l'utérus sous le futile prétexte de le ramener dans sa position normale. Et qu'importe, en effet, que cet organe soit plus ou moins dévié, plus ou moins fléchi, si cette difformité n'a aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes?

Je crois inutile de m'étendre longuement sur le troisième point. La démonstration se trouve dans les faits que chacun de nous est appelé à constater chaque jour. De quoi se plaignent, en effet, les femmes qui ont une phlegmasie chronique d'une portion ou de la totalité de l'utérus (ulcérations, granulations, catarrhe, etc.)? De douleurs dans le bassin, aux aines, à la face interne des cuisses, dans le région du sacrum; d'irrégularités dans la menstruation; d'écoulements blanchâtres, puriformes, glaireux; de fatigues insolites dans la marche; de ballonnements du ventre; de troubles divers dans les fonctions digestives; d'amaigrissement; de dépérissement général; de phénomènes nerveux plus ou moins extraordinaires; de constipation; de besoins plus fréquents d'uriner; de douleurs dans l'accomplissement de cette fonction, etc. Qui ne voit dans ce tableau la répétition de celui qui se trouve tracé dans les observations de M. Valleix, avec cette différence qu'il fait remonter la cause presque exclusive des phénomènes morbides aux déviations, tandis que moi j'en trouve le point de départ presque constant dans une autre lésion? Qui de nous est dans le vrai? Après tout ce qui précède, et confiant dans l'expérience de chacun de vous, je suis tranquille sur la décision du plus grand nombre.

Relativement à l'influence des déviations sur la stérilité des femmes, je pourrais, après avoir entendu notre confrère nous dire que *jamais sur cette considération seule* il ne s'était déterminé à tenter le redressement, laisser cette question de côté, car je trouve sa réserve à cet égard parfaitement raisonnable; mais dans le monde médical, et surtout dans une autre sphère, on lui prête d'autres convictions et une pratique moins réservée. D'ailleurs, M. Simpson professe une opinion contraire. Vous savez même qu'il a pour combattre la stérilité des instruments spéciaux. Je vous ai fait connaître au commencement de ce travail ses *pessaires dilatateurs.* Il importe donc que je m'explique, au moins rapidement, sur ce sujet.

D'un autre côté, quoiqu'il ait rejeté l'usage du pessaire intra-utérin dans ce but unique, M. Valleix ne nous a pas dissimulé que, s'il n'agissait pas, il avait au moins des croyances favorables. Il a fait ressortir que, sur 117 cas qu'il avait rassemblés, la stérilité avait existé 19 fois, et que parmi les autres femmes 12 n'avaient eu qu'un seul enfant, bien que plusieurs eussent le plus vif désir d'être mères encore. Mais pour donner quelque valeur à ce résultat statistique, s'est-il demandé si les autres affections utérines, qui peuvent exister seules ou être compliquées de quelque déplacement, ne jouent pas le rôle le plus important dans la production de la stérilité? Est-il donc difficile de comprendre que les inflammations du col, et surtout celles qui se propagent à la cavité utérine, et même dans les trompes, puissent mettre un obstacle insurmontable soit au passage de la partie fécondante du sperme, soit à la marche en sens inverse de l'œuf qui s'est détaché de l'ovaire, de manière à s'opposer au contact de ces deux éléments? N'est-il pas même probable que les liquides sécrétés par une muqueuse malade doivent acquérir des propriétés nuisibles capables d'annihiler celles de la matière fécondante? Ne voit-on pas fréquemment dans la pratique des femmes qui, ayant des affections utérines anciennes, n'avaient pu être fécondées depuis longtemps, et qui le sont presque aussitôt après qu'on les a guéries, sans qu'on se soit le moins du monde occupé de la déviation, en admettant qu'il en existât une concurremment? Ce n'est pas cependant que je veuille refuser toute influence à certains déplacements, et aux flexions en particulier; mais il faut pour cela qu'elles soient considérables, c'est-à-dire très anciennes, et peut-être même congénitales. Or, dans ces cas, il y a presque toujours atrophie partielle ou générale de l'organe, et cette disposition, à laquelle on ne peut remédier, a certainement la plus grande part dans l'impossibilité de la reproduction. La question de la stérilité a toujours été, et sera longtemps encore, une des questions les plus obscures; car, indépendamment des causes qui peuvent être rapportées à l'utérus, qui ne sait combien sont variées les altérations des ovaires et des trompes qui peuvent la produire, sans parler des causes complétement indépendantes de la femme, et qu'il faut rechercher dans l'autre sexe?

— L'espace nous manque pour terminer la première partie de ce rapport; nous la publierons dans le prochain numéro; aujourd'hui nous devons mentionner, pour compléter le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine, l'annonce qui a été faite par M. le président de la mort de M. le docteur Duval, membre de la compagnie.

Les obsèques de ce Nestor de la médecine ont eu lieu aujourd'hui à l'Eglise Saint-Paul-Saint-Louis au milieu d'un concours très nombreux de confrères et de membres de l'Académie.

M. Duval était le beau-père du professeur Marjolin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Tableau analytique des maladies mentales, à l'usage des jurisconsultes et des médecins; par le docteur Parigot, professeur honoraire de l'Université de Bruxelles, et inspecteur de l'établissement de Gheel. Un volume in-4o oblong. Prix : 3 fr.

Nouvelles études philosophiques sur la dégénération physique et morale de l'homme; par le docteur Savoyen, inspecteur des eaux de Salins, membre correspondant des Académies des sciences de Turin, Lucques, etc. Un vol. gr. in-8o. Prix ; 5 fr.
Ces deux ouvrages se trouvent chez J. Hamel, libraire, 10, rue Racine, à Paris.

Essai sur quelques points de pathogénie et de classification médicale, par M. le docteur Garreau, médecin major de 1re classe des hôpitaux militaires. — Un vol. in-8o. Prix : 4 fr. 50. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De l'influence que doit exercer la prhénologie sur les progrès ultérieurs de la philosophie et de la morale, par le docteur La Corbière. Brochure in-8o. A Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre, : 45 francs.

PARIS, LE 22 MAI 1854.

Les médecins de colonisation en Algérie.

Il y a un an (21 mai 1853) nous faisions les premiers connaître un rapport important présenté par M. le docteur Baudens à M. le maréchal ministre de la guerre, sur le service médical des établissements civils de la division d'Alger. Ce travail, fruit d'une mission de notre honorable confrère, fut approuvé par M. le ministre ; notre article fut reproduit par le *Moniteur* du 26 mai 1853, et le 21 décembre suivant, le journal officiel annonçait que les propositions contenues dans l'excellent rapport de M. Baudens étaient adoptées, et que la position des médecins de colonisation allait recevoir une amélioration importante.

Cette décision si juste est de nouveau confirmée par un rapport fait à S. M. par M. le ministre de la guerre ; désormais donc nos confrères qui se dévouent à cette mission pénible sont assurés d'y trouver au moins un dédommagement suffisant et honorable, en attendant que l'agglomération des habitants leur permette d'espérer des avantages positifs plus étendus. C'est à la sollicitude et à l'incessante activité de M. Baudens que ces heureuses modifications sont dues ; c'est à lui que doit remonter la reconnaissance que l'on accordera au gouvernement, qui comprend si bien les besoins du corps médical et qui ne se refuse à aucune mesure juste et utile. — F. Fabre.

Voici la partie du rapport relative aux médecins de colonisation; nous l'empruntons au *Moniteur* de ce jour :

Médecins de colonisation. — Une dernière mesure est venue compléter le système d'ensemble adopté par le gouvernement de Votre Majesté pour améliorer la position des classes malheureuses en Algérie dans la limite du possible.

Depuis plusieurs années, sur plusieurs points des territoires livrés spécialement à la colonisation, il existait sous le titre de médecins de colonisation une institution dont l'objet était d'assurer aux colons l'assistance d'un homme de l'art. La population des campagnes n'étaut point partout assez compacte pour que des médecins pussent y trouver dans une clientèle la rémunération légitime de leurs soins, le gouvernement avait été conduit pour déterminer quelques-uns d'entre eux à se porter au dehors à leur parfaire au moyen d'une subvention une position à peu près égale à celle qu'ils auraient eue dans les villes.

Mais cette institution n'avait jamais été réglementée, et, faute d'une organisation unitaire, d'attributions et d'obligations bien définies, elle ne fonctionnait pas avec la régularité désirable.

Aujourd'hui, grâce aux mesures prises par mon département, ce service vient d'être organisé de manière à satisfaire à tous les besoins.

Tous les territoires livrés à la colonisation sont divisés en circonscriptions médicales ; chacune d'elles est desservie par un homme de l'art pourvu du diplôme de docteur, auquel mon département alloue un traitement fixe, et, si l'étendue de la circonscription qui lui est assignée exige qu'il soit monté, une indemnité pour frais de cheval.

Le médecin de colonisation doit gratuitement ses soins à toute personne indigente de sa circonscription, européenne ou indigène. Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, il délivre les médicaments à ses malades; cette délivrance est gratuite pour les indigents.

Les médecins de colonisation sont, en outre, tenus :

De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription ;

De tenir au lieu de leur résidence, à jour et heure fixes, des consultations gratuites pour quiconque s'y présente ;

De propager la vaccine ;

De constater les décès ;

De fournir à l'administration tous les renseignements de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique.

Il résulte de cette organisation qu'il n'y a pas en Algérie une localité renfermant un groupe de population européenne qui ne se rattache à une circonscription médicale et qui par conséquent ne doive recevoir au moins deux fois par semaine la visite du médecin, et, s'il s'agit d'un indigent, l'assistance et les soins gratuits de l'homme de l'art.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

De la surdité amygdalienne.

La situation des amygdales à l'entrée du pharynx, au voisinage immédiat des organes de l'ouïe, de l'odorat et du goût, rend très bien compte de la possibilité d'une influence exercée sur ces organes par l'hypertrophie des amygdales. Cette seule remarque suffit pour faire comprendre comment cette affection peut modifier les fonctions de ces divers appareils. De plus, nous avons quelques motifs de penser que certaines ophthalmies ne sont pas sans quelques relations avec l'hypertrophie des amygdales; de telle sorte que nous arriverions à admettre l'influence de cette hypertrophie sur quatre des organes des sens. Nous allons rapidement examiner en quoi consiste ce genre d'influence.

1° *Influence de l'hypertrophie amygdalienne sur divers états pathologiques de l'organe de la vue.* — Nous avons lieu de croire, d'après quelques-unes de nos observations, que l'hypertrophie amygdalienne n'est pas sans influence sur l'origine ou du moins sur la durée de certaines ophthalmies. Ce travail étant particulièrement fondé sur des résultats d'observation, nous indiquerons immédiatement un cas qui nous a paru digne d'être noté.

Un jeune garçon de treize à quatorze ans venait de temps en temps à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour une ulcération du centre de la cornée droite. Chaque fois que le malade revenait nous voir, il suffisait de quelques soins très simples et de quelques instillations du collyre au nitrate d'argent pour amener une amélioration notable ou même la cessation temporaire des accidents. Ces rechutes continuelles se reproduisaient depuis plus de six mois. Guidé par la remarque que j'avais déjà faite au sujet de l'influence de l'hypertrophie amygdalienne sur la marche des affections oculaires, je fais un jour l'examen de la gorge, et je trouve des amygdales fortement hypertrophiées. J'engage la mère à faire opérer cet enfant ; elle y consent, et l'opération est pratiquée sur-le-champ. A partir de cette époque, il n'y a pas eu la moindre récidive de l'altération cornéale, qui néanmoins a laissé après elle une tache albugineuse légère. Ce n'est pas sur quelques faits susceptibles d'être interprétés à titre de coïncidence que je voudrais établir l'existence d'une relation aussi difficile à démontrer que celle qui peut exister entre des affections de l'œil et l'hypertrophie des amygdales.

Toutefois, si l'on considère qu'un certain nombre d'ophthalmies infantiles, notamment la conjonctivite papuleuse, sont très positivement constitutionnelles, et si, d'autre part, on prend garde que l'hypertrophie amygdalienne exerce une influence défavorable sur la constitution, il ne sera pas difficile de comprendre que, si la relation dont il vient d'être parlé n'est pas directe, elle peut du moins s'établir par voie médiate.

Quel que puisse être, du reste, le mécanisme de cette relation singulière, du moment qu'elle existe, elle mérite d'être notée par le praticien, en ce qu'elle devient pour lui l'origine d'une indication thérapeutique importante. Nous dirons donc provisoirement, et sous réserve d'une démonstration plus concluante que chez les enfants tourmentés d'ophthalmies chroniques, il faut s'occuper de l'état des amygdales ; et si on les trouve hypertrophiées, on doit les extraire.

Nous avons encore rencontré d'autres cas où la connexité de l'hypertrophie amygdalienne avec l'ophthalmie chronique nous a paru évidente, puisque du moment que l'ablation a été pratiquée les ophthalmies, qui jusque-là s'étaient montrées rebelles, ont définitivement cessé.

Il pourra paraître singulier, bizarre même, d'aller chercher dans une opération faite au fond de la gorge la guérison d'une maladie des yeux. Mais pour celui qui s'est bien rendu compte de l'influence qu'exerce l'hypertrophie des amygdales sur l'ensemble de la constriction, il n'y a rien d'étrange, et ce sera une simple déduction logique découlant des résultats de l'observation.

2° *Influence sur l'organe de l'ouïe. Surdité amygdalienne.* — Il s'agit d'une relation bien autrement directe et démontrée, et, nous devons le dire, d'une coïncidence à peu près invariable.

L'influence exercée sur l'organe de l'ouïe se traduit par une série de phénomènes qui sont compris entre la simple douleur d'oreille et l'abolition presque complète de la fonction. Ainsi, nous avons observé chez plusieurs malades des otalgies fréquentes augmentant sensiblement d'intensité à l'occasion de la moindre imminence d'inflammation des amygdales; nous avons noté la fréquence des tintements d'oreilles, de bourdonnements continus gênant la

---

FEUILLETON.

DE QUELQUES USAGES EN MÉDECINE.

> J'entends corner sans cesse à mes oreilles : L'homme est un animal raisonnable. Qui vous a passé cette définition? sont-ce les loups, les singes et les lions, ou si vous vous l'êtes accordée à vous-même?
>
> LA BRUYÈRE (*Des jugements*).

Une âme généreuse, un vrai philanthrope a fourni à ce journal le pouvoir de se répandre dans les mains de nos confrères peu favorisés de la fortune, et d'instituer des prix distribués plusieurs fois par année aux auteurs des meilleurs travaux pratiques qui y seront publiés.

Répondant à cet appel, nous venons faire nos efforts pour mériter l'insigne honneur de l'une de ces récompenses. Ce ne sera point par des observations particulières, mais par des considérations fondamentales que nous entrerons dans cette noble lice.

D'abord déblayons la place, et expliquons ce que nous entendons par l'*art d'observer et d'être utile en médecine.*

Il y a trois points desquels on peut considérer les choses : l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique.

La première nous semble devoir primer les deux autres : c'est l'art de conserver la santé; si ses règles étaient religieusement observées, la pathologie et la thérapeutique disparaîtraient sans doute, puisque les maladies, les infirmités et leur traitement ne sont que les suites prochaines ou éloignées des infractions à l'hygiène.

La pathologie n'en est donc qu'une fille dégénérée, qu'un produit adultérin, et la thérapeutique est la conséquence de la pathologie.

Il s'ensuit que l'hygiène est la science de la santé par excellence, le reste ne résultant que d'une triste nécessité, conséquence d'incessantes infractions à ses lois.

Ne croyez pas que le seul vulgaire les méconnaisse; les asiles eux-mêmes, dans lesquels la science s'élabore, sont en contradiction flagrante avec elles; les hôpitaux présentent le plus triste état sous ce rapport.

Personne n'osera nier cette vérité, parce que les registres de la mortalité sont prêts à s'ouvrir pour la prouver.

Nous considérons les hommes savants qui consentent à passer leur temps et à user leur science dans ces sinistres établissements comme des chimistes habiles qui manipuleraient dans des vases impurs.

Si l'on refusait à des ouvriers un atelier et des outils convenables, ils cesseraient le travail; nous, plus dociles, nous consentons à le continuer : aussi quelle besogne y faisons-nous !

Perfectionnez les modes de diagnostic et de traitement des maladies internes.

Inventez de nouveaux et de plus habiles procédés opératoires pour la chirurgie, ce sera en vain, car vous êtes sur un théâtre qui vous fournira peu de succès et beaucoup de revers.

C'est peut-être ce nombre de décès qui a stimulé l'*anatomisme* et en a fait une sorte d'école.

Nous ne nions pas ses services.

Laënnec créant l'auscultation de toutes pièces, les travaux sur les maladies du cœur et des centres nerveux ne permettent point à l'homme de bonne foi de les méconnaître.

Le médecin digne de ce nom ne peut non plus révoquer en doute les bienfaits de la percussion, ni les progrès fournis pour le diagnostic des maladies cancéreuses, etc.

Mais il faut bien se pénétrer au milieu de tous ces faits que l'anatomisme est l'*étude des effets* et non celle des causes, et qu'il serait injuste de condamner l'esprit humain à demeurer dans ses étroites limites; si les anatomistes avaient cette prétention, malgré les ruines qui nous entourent et la vue de tous les systèmes réduits à leur juste valeur, la postérité ne consentirait pas à passer condamnation de ce jugement.

On dirait, en faisant une comparaison : Anatomiste, vous n'êtes pas un chef de secte; vous n'êtes qu'un mathématicien ou un naturaliste partiel, comme l'est l'entomologiste, ou celui qui s'occupe spécialement de l'étude d'une fleur.

J'éprouve un certain malaise lorsque je vois un homme grave, un savant de bonne foi, venir au milieu d'un nombreux auditoire *apporter la vérité sur un plat d'étain* (c'est une pièce pathologique); il con-

perception auditive, et la gênant au point de donner un facies hébété, idiot à certains individus atteints d'hypertrophie amygdalienne. Nous avons même recueilli des faits dans lesquels la relation de l'hypertrophie avec ce que nous appelons la surdité amygdalienne s'établissait avec une évidence remarquable. Ainsi, nous avons vu chez un malade une surdité incomplète liée d'une manière si évidente avec l'hypertrophie, qu'aujourd'hui, où l'amygdale gauche présente encore un volume assez considérable, la surdité existe à gauche tandis qu'elle n'existe plus à droite.

Il n'y a donc rien de mieux établi, du moins pour nous, que la relation des troubles auditifs avec ces deux choses :

1° L'inflammation des amygdales, aiguë ou chronique;

2° L'hypertrophie de ces glandes. Mais cette relation, comment s'établit-elle? C'est là que les opinions peuvent différer.

La surdité amygdalienne est variable dans son degré. Ces variations peuvent être attribuées à diverses causes. Ainsi, l'humidité de l'atmosphère comparée à l'état sec paraît l'accroître. Dans les temps chauds, la surdité diminue, et elle subit de continuelles oscillations dans ses degrés, suivant qu'il y a telle ou telle de ces congestions passagères ou de ces subinflammations si fréquentes chez les sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne.

L'affaiblissement de l'audition est, comme nous l'avons dit, une conséquence générale et habituelle de l'hypertrophie des amygdales; et en cela nous avons eu l'occasion de vérifier plus d'une fois l'assertion de notre habile collègue M. Guersant. Jamais la surdité amygdalienne n'est plus prononcée que dans le cas d'amygdales enchatonnées.

La surdité amygdalienne mérite d'être examinée pour plusieurs raisons, et principalement parce que tout ce qui se rattache aux relations des phénomènes pathologiques entre eux répand une vive lumière sur la nature et la marche des maladies. L'influence que les affections des amygdales exercent incontestablement sur l'organe auditif peut dépendre des causes suivantes :

1° Il peut y avoir quelques phénomènes mécaniques de compression produite par l'amygdale accrue en volume sur la trompe d'Eustache.

2° Dans le cas d'inflammation de la tonsille, la même cause inflammatoire qui agit sur cette dernière peut atteindre coïncidemment la muqueuse de la trompe d'Eustache.

3° L'influence exercée par l'amygdale enflammée ou hypertrophiée sur les divisions du plexus pharyngien peut, par relation sympathique et nerveuse, influer sur la manière dont s'accomplissent les fonctions de l'oreille moyenne, et par conséquent sur le phénomène de l'audition.

Il ne sera pas inutile de passer rapidement en revue à cet égard les opinions de quelques otologistes.

« Il m'est impossible, dit Kramer, d'admettre le moindre rapport entre l'hypertrophie des amygdales et l'oblitération de la trompe d'Eustache. J'ai observé un très grand nombre de personnes chez lesquelles ces organes avaient pris un volume considérable, et qui avaient ou non de la surdité; mais dans tous les cas la trompe était libre. J'avoue ne pas comprendre comment l'accroissement plus ou moins grand de ces corps glanduleux pourrait donner lieu à l'oblitération de la trompe et empêcher l'air de la traverser, et j'ose dire qu'aucun des médecins qui ont admis cette singulière cause mécanique de la surdité n'a pris soin de pratiquer le cathétérisme du canal guttural de l'oreille moyenne. Itard lui-même (*Traité des maladies de l'oreille*, t. II, p. 174) mérite un semblable reproche, car sa manière d'explorer l'oreille dans les circonstances de ce genre est si insuffisante, qu'il n'a jamais pu y trouver les éléments d'un bon diagnostic. » (Kramer, *loc. cit.*, 1848, p. 274.)

Note de M. Ménière. — « Je possède plus de cent observations de surdité chez de jeunes sujets dans lesquelles la guérison complète de la maladie a été le résultat de l'ablation d'amygdales hypertrophiées. Je ne connais pas de fait plus solidement démontré que celui-ci, et il est impossible de ne pas en tirer la conséquence que le gonflement des amygdales donne souvent lieu à une lésion des trompes qui entraîne la surdité. L'amygdalite et ses suites, relativement à l'oreille moyenne, doivent figurer dans l'article *Inflammation de la trompe d'Eustache*, et suivant moi cette maladie y joue un rôle important. » (Kramer, *loc. cit.*, p. 274. *Note du traducteur.*)

Opinion d'Itard. — « La surdité qui résulte de la tuméfaction chronique des amygdales n'est pas très rare; elle est facile à reconnaître, et du petit nombre de celles dont je n'ai pu que m'applaudir d'avoir tenté la guérison.

» L'amygdale produit l'occlusion de la trompe de deux manières : tantôt, grandement développée, cette glande s'avance jusqu'à l'orifice du conduit guttural de la caisse, et le ferme en s'y appliquant immédiatement; tantôt, sans être bien volumineuse, elle est le centre d'une fluxion sanguine à laquelle participent les parties voisines, et surtout l'orifice de ce canal. Je dois conclure ainsi, des résultats divers de mes opérations contre cet engorgement, que la trompe n'est qu'imparfaitement bouchée, et que les mucosités continuent de s'évacuer de l'arrière-bouche, tandis que d'autres fois, retenues dans le conduit, elles l'engouent profondément, et exigent pour être expulsées des soins subséquents. De là les variétés qu'on remarque dans les symptômes d'une surdité qui devrait offrir des caractères constants. Tantôt elle se déclare insensiblement, et continue à croître d'une manière progressive; tantôt, après plusieurs invasions et disparitions successives, elle s'établit d'une manière irrégulière, et varie selon l'état de l'atmosphère. En général cependant, on remarque qu'elle est fort sujette à se dissiper, mais seulement pour quelques instants, dans les expirations brusques et forcées que nécessite l'action de se moucher, ou dans les secousses du vomissement et de l'éternument; qu'elle augmente dans le coryza, au moindre mal de gorge, et qu'elle diminue au contraire dans l'été, pendant le cours d'une diarrhée, dans l'accès hémorrhoïdal, dans l'écoulement blennorrhagique. » (Itard, *Maladies de l'oreille*, t. II, p. 76, 2ᵉ édit. Paris, 1842.)

De ce résumé il ressort que deux opinions formellement contradictoires sont en présence au sujet du mécanisme de la surdité amygdalienne. D'un côté, l'opinion d'Itard, qui admet trois modes d'obstruction de la trompe d'Eustache, à savoir :

1° Une oblitération mécanique par compression directe de l'amygdale hypertrophiée contre l'orifice guttural de la trompe;

2° Une oblitération inflammatoire due au boursouflement de la muqueuse, comme cela s'observe pour les narines dans l'inflammation de la pituitaire;

3° Une oblitération catarrhale dépendant de l'engouement de la trompe par des mucosités.

D'un autre côté, l'opinion de Kramer, qui repousse formellement, et sous quelque forme qu'on la présente, l'idée d'une oblitération de ce conduit. Sur quoi se fonde-t-il? Sur ce que le passage de la sonde dans la trompe d'Eustache est toujours possible, quel que soit l'état d'hypertrophie des amygdales.

Le point en litige est donc très nettement établi. Voici les observations que nous avons à présenter à ce sujet. Nous avouerons que l'oblitération mécanique de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache par l'amygdale hypertrophiée nous paraît être une donnée très contestable au point de vue anatomique. En effet, l'orifice de la trompe d'Eustache ne descend pas au-dessous du cornet inférieur des fosses nasales. D'une autre part, quand on examine l'espèce d'ogive formée par les piliers du voile du palais, on reconnaît que le sommet de cette ogive reste à une distance d'à peu près trois centimètres au-dessous de l'orifice guttural de la trompe. Il faudrait donc, pour qu'il y eût compression de cet orifice par l'amygdale, que l'accroissement de volume de cette glande fût assez fort pour lui permettre de remonter dans le sens vertical, à une hauteur de près de trois centimètres. En admettant que la glande prît un volume assez considérable pour permettre un refoulement aussi prononcé, le pilier postérieur y mettrait obstacle. Quand l'amygdale, par son excès de volume, envahit les régions circonvoisines, elle a beaucoup plus de tendance à se développer vers des régions déclives où rien ne gêne son évolution qu'à remonter vers les parties supérieures. Nous croyons donc que l'opinion d'Itard sur l'oblitération mécanique de l'orifice guttural de la trompe est en contradiction avec les données anatomiques; c'est assez dire que nous ne pouvons pas l'admettre. Mais quant à l'idée qu'une inflammation concomitante de celles qui peuvent atteindre l'amygdale détermine le boursouflement de la muqueuse qui tapisse l'intérieur de la trompe au point de diminuer, d'effacer même le calibre de ce conduit, nous trouvons que cette opinion est éminemment rationnelle, et que M. Kramer a eu grand tort de la combattre, surtout en se fondant sur la possibilité d'introduire une sonde dans ce conduit.

Mais où donc M. Kramer a-t-il puisé cette singulière idée que, parce qu'il y a possibilité d'introduire une sonde dans des conduits tapissés par une muqueuse que l'inflammation tuméfie, il n'y a point obturation du canal muqueux? Les faits les plus vulgaires nous instruisent suffisamment à cet égard. Faut-il donc rappeler que, dans le coryza, le boursouflement de la muqueuse suffit pour empêcher le passage de l'air dans des conduits bien autrement vastes que la trompe d'Eustache et que, même dans le degré le plus intense de cette affection, une sonde, fût-elle d'un assez fort volume, peut toujours pénétrer facilement dans les fosses nasales? Faut-il rappeler que la muqueuse urétrale enflammée suffit pour s'opposer au passage de l'urine, et que ce conduit s'ouvre devant une sonde bien dirigée? Est-ce que le canal lacrymo-nasal oblitéré par le gonflement inflammatoire de sa muqueuse se refuse au cathétérisme inféro-supérieur par la sonde de Gensoul ou de Laforêt, encore qu'il fasse obstacle à l'écoulement des larmes?

L'argument tiré de la possibilité du cathétérisme contre l'existence d'une oblitération inflammatoire de la trompe n'a donc pour nous aucune valeur, et se trouve en contradiction formelle avec des faits rigoureusement démontrés.

Il en est de même de l'oblitération que nous avons appelée catarrhale. Des mucosités plus ou moins tenaces peuvent obstruer, de manière à l'empêcher de remplir ses usages physiologiques, tel conduit qui se laisse facilement traverser par une sonde. Toutefois, nous l'avouerons, ce sujet réclame de nouvelles études; car il est bien entendu pour nous que la surdité amygdalienne coexiste non-seulement avec l'inflammation aiguë ou chronique des amygdales, mais qu'elle coïncide également avec la simple hypertrophie de ces glandes. Or, si l'amygdalite rend compte de l'oblitération inflammatoire des trompes, l'hypertrophie n'est plus dans le même cas. Nous avons constaté la surdité amygdalienne aussi bien dans le cas d'hypertrophie que dans le cas d'inflammation. Il faut donc qu'il y ait entre l'accroissement de volume de l'amygdale et la surdité une relation dont le mécanisme n'est pas encore bien connu. C'est là un sujet d'étude aussi curieux qu'intéressant.

3° *Influence sur l'appareil olfactif.* — La présence d'amygdales volumineuses, en contribuant, d'une part, à une sorte d'arrêt de de développement des cavités nasales, et d'autre part, à l'empêchement du passage d'un volume d'air suffisant dans ces cavités, explique, et de reste, la difficulté de la perception des odeurs.

4° *Influence sur l'appareil de la gustation.* — Il n'est pas difficile de comprendre non plus comment l'hypertrophie des amygdales détermine l'affaiblissement du sens du goût, quand, d'une part, on sait qu'elle diminue et qu'elle abolit presque la fonction du sens de l'odorat, qui est indispensable pour l'exercice de la sensibilité gustative, et quand, d'une autre part, on se rappelle que pendant le sommeil toujours, et pendant la veille souvent, les sujets atteints d'hyperthophie amygdalienne ont la bouche béante, ce qui amène nécessairement le dessiccation de la muqueuse linguale, et par là une difficulté nouvelle et très grande pour l'exercice de la fonction du goût.

Il ne faut point omettre de noter l'influence que la perfection des fonctions gustatives exerce sur l'état de la digestion; et, à cet égard, nous devons y voir une des causes de la dyspepsie amygdalienne.

5° *Influence de l'hypertrophie des amygdales sur les fonctions cérébrales.* — Le volume considérable que peut acquérir en certains cas l'amygdale hypertrophiée, sa présence dans la partie latérale et supérieure du cou, région où se trouvent des vaisseaux importants, les uns allant au cerveau, les autres en revenant, ex-

---

firme sur le cadavre la solidité de son jugement, et présente avec orgueil des poumons enflammés, je suppose. L'auditoire se retire content après avoir vu les résultats de ce beau diagnostic.

C'est en effet une chose agréable que de connaître la forme et le siége; mais, malgré la satisfaction générale, je me permettrai de demander *la cause* de ce mal. Est-ce une pneumonie locale résultant d'une violence extérieure, ou un morceau de poumon venant de l'un de ces animaux morts de la péripneumonie contagieuse?

Ici, comme toujours, il est urgent de savoir le *pourquoi*, parce que la lésion étant la même quant aux formes et au siége, dans le premier cas le malade guérira *toujours*, et dans le second *jamais*.

Ce qui est à considérer, ce me semble.

Votre science ne peut donc être élevée sur une base aussi étroite que l'anatomisme; le physicien doit étudier la nature entière : Dieu l'a voulu ainsi;

Os homini sublime dedit!

Il faut qu'il domine toutes les circonstances qui l'environnent, et sache les interroger.

Semblable au génie qui, dressé sur la montagne, discerne et juge tout ce qui se passe à ses pieds, il embrasse d'un regard le ciel, la terre, l'air, les eaux, et doit apprécier les influences sans nombre qui s'exercent sur les êtres confiés à ses soins.

C'est de ce point sublime que nous envisagerons la question posée, et nous croirons qu'il n'est pas possible d'observer utilement, si l'on n'a médité à l'avance sur toutes choses.

Placé moins haut, et observant les faits terre à terre, on ressemblera à l'imprudent qui voudrait maîtriser un ressort ou emprisonner la vapeur.

Examinez ce qui s'est passé depuis l'homme de génie qui a inventé l'auscultation. Quoique chacun ait prétendu avoir trouvé son râle, la moisson était faite; on a glané, et l'on a fait un mince butin.

Partons de vues larges, étudions l'hygiène dans tous ses détails; voyons les œuvres d'Hippocrate et celles des épidémistes, nous serons grands et utiles. Mais si, au lieu de nous élever au niveau des génies, nous voulons faire descendre l'observation au droit de notre intelligence plus ou moins ouverte, les causes nous échapperont; nous serons impuissants dans notre thérapeutique, parce que le *sublata causa* ne pourra être appliqué par nous.

Nous nous résumerons en disant qu'il faut :

1° Se livrer à l'étude des causes, pour les détruire;

2° Qu'il ne s'agit pas d'étendre le champ de la pathologie et de découvrir de nouvelles expressions morbides, mais de réduire la pathologie par l'hygiène et de resserrer la thérapeutique devenue inutile.

Nous pensons que celui qui a rayé une affection des cadres nosologiques a rendu un service bien plus grand que celui qui a donné les moyens de la combattre.

Appliquons-nous à l'extinction des causes. Si nos devanciers eussent agi ainsi, au lieu de disserter sur les vertus imaginaires de certaines plantes, et de créer des théories plus ou moins utiles, pendant longtemps la médecine et les médecins n'eussent pas servi d'aliment à la comédie; Montaigne, Molière et les autres critiques ne les eussent point fustigés des verges du ridicule et de la satire.

Amédée Joux.

---

pliquent comment l'organe encéphalique peut en éprouver quelque influence, sinon par voie directe, du moins par l'intermédiaire de modifications apportées dans la circulation. Ainsi, nous ne serions pas éloigné de croire qu'une compression s'exerçant sur la veine jugulaire interne n'apportât ainsi quelque gêne dans la circulation cérébrale. Ce qu'il y a de certain, c'est que chez un assez grand nombre de sujets atteints d'hypertrophie des amygdales nous avons constaté des phénomènes qui sembleraient se lier au genre de causes dont il vient d'être parlé.

Les troubles fonctionnels dont il s'agit sont : la céphalalgie, l'insomnie ou l'agitation pendant le sommeil, la torpeur, l'inertie, l'obtusion de l'intelligence, l'inaptitude au travail, et enfin une sorte de névrose caractérisée par les préoccupations exagérées du malade au sujet de son affection ; en un mot, une véritable névropathie pharyngienne allant jusqu'à l'hypocondrie.

A l'appui de ce que nous venons de dire, nous rapporterons dans un prochain numéro une observation relative à un jeune malade chez lequel l'hyperesthésie et l'hypocondrie ont été portées à un très haut degré.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 16 MAI 1854.

Suite du rapport de M. Depaul sur le traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins (1).

Cependant, messieurs, je ne veux rien exagérer, et je reconnais que, *dans un très petit nombre de cas*, la santé des femmes peut être assez dérangée par le fait seul de quelque déviation, et surtout par un abaissement de l'utérus, pour qu'il devienne nécessaire d'opposer à ces faits exceptionnels une thérapeutique exceptionnelle aussi. Je reconnais même très volontiers que, dans quelques circonstances, le déplacement, quoique phénomène tout à fait secondaire, peut exercer une influence fâcheuse, retarder la guérison des autres lésions qui existent concurremment, et en aggraver notablement les symptômes; mais, ainsi que je l'ai déjà donné à entendre, nous possédons pour remplir les différentes indications qui découlent de ces conditions de nombreux moyens, dont quelques-uns surtout ont une efficacité incontestable, et qui, dans tous les cas, ne compromettraient jamais ou presque jamais la santé, et surtout la vie des femmes.

Ce qui importe surtout, c'est d'immobiliser l'utérus, ainsi que le faisaient justement remarquer MM. Chassaignac et Gosselin, dans une circonstance récente; c'est de le mettre à l'abri de ces mouvements continuels qui, le poussant sans cesse dans des directions variées, font subir au col et aux autres parties des frottements et des pressions bien capables d'entretenir un état pathologique, et peut-être même, dans quelques cas rares, de le faire naître.

Si de nos jours, et avec juste raison, on ne condamne plus les femmes à un repos absolu, comme le faisait Lisfranc, pendant le traitement des affections du col de la matrice, ne sait-on pas qu'il est nécessaire d'exiger au moins qu'elles évitent tout ce qui est de nature à exagérer les mouvements de l'organe affecté? Et chacun de nous ne voit-il pas à chaque instant des malades qui, ne prenant pas suffisamment au sérieux les sages conseils qu'on leur donne à cet égard, retardent ainsi leur guérison et font reparaître des lésions que, dans un examen précédent, on avait trouvé presque entièrement terminées?

Je ne crains pas d'avancer que, si un certain nombre d'affections utérines résistent aux moyens qu'on leur oppose, cela doit être bien moins imputé à l'impuissance de la thérapeutique qu'aux obstacles de toute sorte que rencontre sa rigoureuse application. C'est le petit nombre, il faut bien en convenir, qui consent à mettre de côté les exigences de la position, de la famille, de la société, et on peut dire que beaucoup de femmes sont guéries malgré elles. Celles qui, mieux inspirées, ou qui, placées dans des conditions plus favorables, se soumettent rigoureusement, obtiennent presque constamment une guérison définitive.

Pour mon compte, lorsque je suis consulté par des femmes qui éprouvent des symptômes dont il faut faire remonter nécessairement la cause dans un état anomal de l'utérus, la première question que je cherche à résoudre est celle-ci : Le tissu de l'organe est-il sain; n'est-il pas altéré dans la totalité ou dans une partie de son étendue? Lorsque, par un examen suffisant, je suis édifié sur ce point *fondamental*, il sert de base aux moyens thérapeutiques que je fais intervenir. Si j'ai constaté une lésion quelconque, c'est elle d'abord que je cherche à faire disparaître. Si au contraire j'ai trouvé le tissu utérin dans un état d'intégrité complète, et reconnu une simple déviation, c'est à elle que je m'adresse, après m'être assuré toutefois qu'un état névralgique ne donnait pas l'explication des accidents observés.

Dans les abaissements, par exemple, tout ce qui est de nature à diminuer la pression intestinale, la suppression ou la modification des corsets, l'emploi des ceintures hypogastriques convenablement faites et convenablement appliquées, sont des moyens qui donnent d'excellents résultats. Quand ils sont insuffisants, ils trouvent un auxiliaire puissant dans l'usage des différents pessaires, et en particulier de celui que l'on doit à notre confrère M. Garriel, et qui est constitué, comme on le sait, par une vessie en caoutchouc distendue par de l'air. Il offre sur tous les autres d'incontestables avantages, que je n'ai pas à faire ressortir ici.

Dans les déplacemnnts, soit en avant, soit en arrière, qui sont à peu près constamment compliqués d'un certain degré d'abaissement, et qui, outre les accidents ordinaires, apportent quelquefois des troubles dans l'excrétion de l'urine ou des matières fécales, les mêmes moyens réussissent souvent à calmer la plupart des symptômes. C'est surtout dans les antéversions compliquées ou non d'abaissement en masse que les ceintures hypogastriques sont utiles. Dans les rétroversions, les pessaires, en remontant et fixant l'utérus, font obtenir un résultat également favorable.

Je n'ai pas besoin de dire que toutes les fois qu'on peut agir par les parois abdominales, cela est infiniment préférable, et ce n'est que comme ressource dernière qu'il faut se décider à condamner les femmes à porter dans le vagin un corps étranger quelconque.

Dans les cas de rétroversions exagérées et rebelles aux moyens simples que je viens de rappeler, peut-être, en supposant toujours que l'utérus est sain et que les troubles apportés dans l'excrétion des matières fécales sont considérables, pourrait-on essayer d'un moyen qui, entre les mains de M. Huguier, paraît avoir donné de bons résultats; je veux parler de l'introduction de mèches volumineuses dans le rectum, procédé déjà ancien conseillé par Aetius, et employé depuis par quelques autres. On trouvera dans la thèse de M. Dufraigne, ancien élève de M. Huguier, tous les détails relatifs au manuel opératoire.

Plus récemment, M. le docteur Favrot dit s'être servi avec avantage d'un moyen qui a la plus grande analogie avec le précédent, et qui n'en diffère que parce que le tampon appliqué dans le rectum est constitué par une vessie en caoutchouc vulcanisé, au centre de laquelle est ménagé un canal destiné à permettre le passage des gaz. On pourra consulter le mémoire que notre confrère a lu devant l'Académie en octobre 1851, et qui a été publié la même année dans la *Revue médico-chirurgicale* de Paris.

Indépendamment des nombreux pessaires qui ont été imaginés depuis quelques années, et qui, d'après des idées souvent théoriques de leurs auteurs, ont varié quant à la forme, quant au volume et quant à la substance qui les compose, je vous signalerai celui en baleine du docteur Mayer, et celui en caoutchouc de M. Joret. Avec ces deux instruments, on prend un point d'appui sur le col, et on les fait agir ensuite comme des leviers destinés à pousser l'utérus dans telle ou telle direction. Outre les difficultés souvent insurmontables dans l'application, les faits n'ont pas montré jusqu'ici leur efficacité. Mais du moins, si ces redresseurs externes n'ont pas une utilité démontrée, ils ont été conçus et construits de manière à ne pouvoir léser en rien les organes sur lesquels on voulait les faire agir. Je n'en pourrai dire autant d'un autre plus récent, qui est fondé sur le même principe, mais qui, entièrement métallique, même dans la partie qui embrasse et étreint le col pour y prendre son point d'appui, a déjà produit des accidents graves, et en particulier la gangrène du col.

Quant à la cautérisation de l'un des points de la circonférence du col et de la partie correspondante de la muqueuse vaginale dans le but de provoquer des adhérences et d'entraîner ainsi l'utérus en sens inverse de la déviation, j'avoue que je doute fort que l'expérience sanctionne l'utilité d'une semblable méthode, et je suis loin d'être rassuré sur son innocuité. La destruction d'une partie ou de la totalité de la portion vaginale du col et surtout son amputation complète m'inspirent une sécurité moins grande encore.

Ce qui a fait la plus vive impression sur mon esprit dans la note de M. Valleix, ce qui, de prime abord, paraît un argument irrésistible, ce sont les résultats statistiques qu'il nous a donnés touchant les guérisons qu'il croit avoir obtenues. Certes, je suis, comme lui, très disposé à accorder la plus grande confiance aux conséquences qui découlent *rigoureusement* de faits nombreux et convenablement observés. Mais le cachet d'une bonne observation, c'est de porter la conviction non-seulement dans l'esprit de celui qui l'a recueillie, mais encore de tous ceux qui seront appelés à la méditer. Eh bien! je n'hésite pas à le déclarer, les observations de notre confrère laissent beaucoup à désirer. Il y a plus, elles contiennent tous les éléments nécessaires pour justifier une opinion diamétralement opposée à la sienne.

En réunissant aux faits qui lui sont propres ceux qui ont été publiés ou qui lui ont été communiqués par divers médecins, il s'est cru autorisé à vous dire que sur 180 cas, 129 guérisons définitives avaient été obtenues; qu'un bon nombre de malades qui n'ont pas été guéries ont éprouvé une amélioration notable; que plusieurs étaient encore en traitement, et que d'autres n'avaient subi qu'un traitement incomplet et insuffisant, ce qui semblerait prouver que la méthode est efficace dans la *presque totalité des cas*, et que c'est à peine si quelques déviations rebelles parviennent à lui résister. Résultat vraiment extraordinaire et qui, à lui seul, est de nature à faire naître quelques doutes au sujet de l'interprétation donnée.

Mon examen critique va nécessairement porter sur les 20 observations qui ont été publiées par M. Valleix, et qui, ainsi que j'ai déjà eu occasion de vous le dire, doivent être pour lui des plus concluantes, ce qui m'autorise à croire que l'interprétation que je vais leur donner est tout à fait applicable à celles dont nous ne connaissons pas les détails. J'examinerai aussi celles, au nombre de 5, qui vous ont été envoyées par notre correspondant M. Gaussail, pour venir en aide à la défense du traitement mécanique. Enfin, je dirai un mot des trois faits communiqués par M. Piachaud à la Société de chirurgie. J'ai vivement regretté, quand j'ai voulu connaître les résultats obtenus par M. Simpson, de ne trouver que des assertions sans preuves; je me suis adressé directement à lui, mais au lieu d'observations que je réclamais, je n'ai reçu que des instruments, et c'est ce qui m'a permis de faire passer sous vos yeux ceux dont il se sert à Edimbourg. Cependant je ne me suis pas tenu pour satisfait, et je pourrai, grâce à de bienveillantes communications que j'ai dû solliciter ailleurs, vous parler de la pratique du médecin d'Edimbourg.

Commençons par M. Valleix.

OBS. I. — Des attaques hystériques avec d'autres phénomènes nerveux, attribués sans preuves suffisantes à une antéversion (car il est dit aussi que l'utérus était lourd), sont d'abord traitées avantageusement par de nombreux moyens. Puis on fait intervenir le traitement mécanique et on lui rapporte l'honneur de la guérison, quoique les troubles nerveux n'aient pas entièrement disparu.

OBS. II. — Le diagnostic est une antéversion, mais on ne donne aucun détail, soit sur l'état du corps, soit sur celui du col de l'utérus. Les symptômes sont cependant de nature à faire supposer qu'il y avait quelque maladie, et la guérison, qu'on dit n'avoir été obtenue qu'après un temps assez long, peut être très raisonnablement attribué au repos.

OBS. III. — *Antéversion* (sans autre mention sur l'état de l'utérus). On le redresse, et cependant les symptômes durent encore. Quelque temps après on le trouve plus incliné que la première fois, ce qu'on attribue à une chute faite la veille; et cette fois il suffit de quelques pilules purgatives pour produire une guérison complète. Il est vrai de dire que c'est un élève qui a donné ce dernier renseignement.

OBS. IV. — *Antéversion avec légère déviation latérale gauche; mais de plus, col volumineux et granuleux; hypertrophie du corps.* — Après un long traitement et de nombreuses applications du pessaire, l'utérus se maintient dans sa situation normale. La malade est revue environ trois mois après la dernière application; on dit bien que la santé générale est parfaite et que le déplacement ne s'est pas reproduit, mais on a oublié de nous faire savoir si les autres lésions du corps et du col ont disparu.

OBS. V. — *Guérison attribuée à la sonde, et qui doit être rapportée à de nombreuses cautérisations.* — C..., âgée de 31 ans, d'une bonne constitution, accoucha heureusement à 20 ans; quelques années après elle eut des attaques d'hystérie, de la leucorrhée, de la fatigue dans la marche, avec pesanteur dans le bassin. Traitée, il y a vingt-huit mois environ, par des saignées répétées, elle devint anémique, et lorsque, le 15 juin 1851, M. Valleix l'examina, elle était pâle, décolorée, très faible; l'utérus était volumineux, non douloureux, couché transversalement en avant. Sur la lèvre antérieure, qui était rouge et volumineuse, existait une saillie plus foncée, présentant au milieu un petit point blanc. Le col est cautérisé avec le nitrate acide de mercure à trois reprises successives; puis on pratique le cathétérisme six fois, en laissant trois ou quatre jours d'intervalle. Au bout d'un mois environ, l'utérus était replacé dans sa situation normale. La cautérisation fut alors reprise et répétée treize fois pendant deux mois environ. Il n'y eut pas d'accident et le col fut guéri.

OBS. VI. — C'est un exemple remarquable de métrite chronique avec large ulcération du col, se prolongeant dans la cavité, qui a été surtout guérie par le repos et par des cautérisations répétées deux fois par semaine pendant près de deux mois.

OBS. VII. — La déviation insolite qui paraît avoir existé n'a pas été guérie, puisque l'auteur dit lui-même « qu'après le traitement l'utérus » fut retrouvé bien redressé, bien qu'il présentât encore, à sa face » antérieure, une légère concavité. » Il y a dans cette assertion une contradiction que je ne sais comment expliquer.

OBS. VIII. — Il s'agit d'une antéflexion qui n'a pas été traitée et qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

OBS. IX. — *Antéversion avec hypertrophie, puisque l'utérus était lourd, peu mobile, et que la sonde pénétrait à 7 centimètres.* — Le redresseur ayant produit des accidents graves, un traitement antiphlogistique énergique fut employé, à la suite duquel la malade fut guérie.

OBS. X. — *Antéversion compliquée de versions; utérus volumineux, puisque la sonde pénètre à 7 centimètres.* — Le traitement mécanique est très longtemps continué. On fait intervenir en même temps les préparations de fer, les vésicatoires morphinés; et lorsque, plus de six mois après, on déclare la malade guérie, et après avoir dit que la flexion n'existait plus, on ajoute cependant « que la dépression antérieure » existait toujours, et que l'axe de l'utérus était un peu plus incliné » en avant que dans l'état normal. »

OBS. XI. — Dans ce cas, la malade avait un dérangement des facultés intellectuelles, avec idées de suicide. On redresse la matrice; les règles supprimées reparaissent, la raison revient. On n'hésite pas à rapporter ce résultat au rétablissement de la direction normale de l'organe, mais rien ne donne le droit de tirer une semblable conclusion.

OBS. XII. — Il y a dans les détails consignés la preuve évidente pour moi que la femme avait une métrite chronique. Le repos qu'elle a longtemps gardé suffit bien pour expliquer la guérison qu'on a obtenue.

OBS. XIII. — *Rétroversion avec légère flexion à gauche*, mais en même temps *métrite chronique avec ulcération et de nombreuses granulations rouges* (la sonde pénétrait à 7 centimètres et demi). — Le redresseur est appliqué une seule fois et laissé pendant quatorze jours; mais longtemps encore on fit intervenir des traitements variés contre un état anémique et des névralgies, contre une fissure à l'anus qui n'avait pas été d'abord reconnue. Le col fut cautérisé pendant des mois entiers; mais, je le demande, à qui revient la plus grande part de la guérison obtenue dans ce cas? Evidemment, pour tout esprit non prévenu, ce n'est pas au traitement mécanique.

OBS. XIV. — Ici encore le traitement a été complexe; car, outre le redressement de l'organe, on a eu recours aux bains froids l'été, aux douches froides l'hiver, à des sangsues, à des calmants et à des astringents, et il est bien probable que, le volume exagéré de l'utérus ayant disparu sous l'influence de ces moyens, cet organe a pu conserver plus facilement sa direction normale.

OBS. XIV *bis*. — Dans ce cas, où le redresseur a été employé pour corriger une simple difformité qui ne produisait pas d'accidents, il est dit qu'on a réussi à redresser l'utérus, et cependant on ajoute « qu'il » y avait de l'affaissement de l'organe sur lui-même et des plis là où » précédemment existaient des flexions. » Comment peut-on se mettre en si flagrante contradiction avec soi-même?

OBS. XV. — La malade, chez laquelle des accidents graves ont été produits, n'a pas été guérie; cela résulte des détails consignés dans l'observation.

OBS. XVI. — J'ai parlé de ce fait intéressant à un autre point de vue, mais je n'ai pas à m'en occuper ici, puisque le traitement mécanique n'a pas été employé.

OBS. XVII. — Même en se plaçant au point de vue de M. Valleix, c'est un fait qui témoigne hautement de l'impuissance de la méthode. En effet, l'auteur termine l'observation en disant que les « accidents » reparaissent encore quelquefois, et que de temps en temps la malade » est obligée de se faire appliquer par son médecin ordinaire un re- » dresseur qu'elle garde deux ou trois jours. »

OBS. XVIII. — La guérison n'a pas été obtenue d'une manière définitive, et d'ailleurs la matrice n'était pas simplement déviée.

OBS. XIX. — C'est une femme épuisée par l'allaitement. Ce fut surtout à partir du sevrage et sous l'influence du repos et d'une alimentation convenable que la santé se rétablit.

De pareils faits, messieurs, n'ont pas besoin de commentaires. A quiconque voudra se donner la peine de les étudier et de les méditer comme je l'ai fait, ils fourniront la preuve la plus frappante de l'illusion dans laquelle on s'entretient et dans laquelle on engage quelques-uns de nos confrères. Je n'ai pu les faire passer sous vos yeux dans

(1) Voir le numéro précédent.

tous leurs détails, mais j'ai la conviction profonde d'en avoir fait sortir l'expression de la vérité.

Voyons maintenant si ceux que nous devons à notre honorable correspondant M. Gaussail sont plus concluants. Je puis le dire par avance, ils parlent encore plus haut, si c'est possible, contre la nouvelle méthode.

Dans le premier, une dame, qui à la suite d'une fausse couche avait été affectée d'une métrite chronique et chez laquelle de nombreux moyens avaient été employés sans produire une guérison définitive, fut soumise au traitement mécanique en juin 1851 (*l'engorgement* de l'utérus étant considérable) : on se sert plusieurs fois du redresseur pendant vingt-deux mois; mais dans les intervalles la malade gardait le repos, et on lui faisait prendre des bains et des injections. Au bout de ce temps on constate une grande amélioration dans l'état général, mais la matrice est *seulement moins saillante* (ce qui veut dire qu'elle l'était encore). La marche et la station sont toujours fatigantes. On recommence le traitement pendant sept mois, auquel on ajoute dans les intervalles le pessaire à air de M. Garriel.

Enfin, en septembre 1853, M. Valleix, qui se trouvait à Toulouse; déclare qu'il n'y a plus de déviation; cependant quelques cautérisations avec le nitrate d'argent sont reconnues nécessaires, et elles suffisent pour ramener le col à son état normal. Aujourd'hui la guérison date de cinq mois, et Mme G... a pu marcher trois heures sans autre fatigue que celle des jambes. Mais auquel des nombreux moyens employés pendant plus de deux ans faut-il attribuer ce résultat? N'est-il pas permis de se demander si l'usage du redresseur, au lieu de concourir à la guérison, n'a fait au contraire que la retarder pendant longtemps?

Dans le second, une femme souffrait depuis dix ans du côté de l'utérus. En 1841, elle avait un engorgement du corps et du col de la matrice, qui était rouge, inégal et abaissé : un traitement antiphlogistique et le repos ne produisent que peu de soulagement. En 1844, deux ulcérations de la surface interne du col sont difficilement guéries; mais *l'engorgement utérin persiste*. En 1847, à la suite d'une secousse éprouvée en voiture, les symptômes s'aggravent : un repos absolu pendant trois mois, puis l'introduction d'une éponge dans le vagin améliorent l'état de la malade, qui peut rester *debout et marcher*. Plus tard encore une névralgie abdominale, qui s'était déjà montrée, fait des progrès et résiste à divers moyens.

En 1851, M. Valleix, consulté, reconnaît une antéversion incomplète et propose le traitement mécanique, qui est mis en usage pendant vingt-six mois, en laissant des intervalles pendant les diverses applications, de telle sorte qu'on évalue à huit mois le temps pendant lequel le redresseur est resté dans la matrice. Durant ces interruptions, la thérapeutique ne restait pas inactive : c'est ainsi que pendant une saison Mme B... a été envoyée aux bains d'Ussat, et que pendant une autre on lui a fait prendre les bains de rivière.

Le traitement n'a pas exercé une influence manifeste sur l'état névralgique, mais la marche est facile.

Il y a un mois, on a encore introduit le redresseur, mais il n'a pu être maintenu dans la cavité utérine.

Le col, examiné, est trouvé *plus gros* que dans l'état normal.

Peut-on considérer ce fait comme un exemple de guérison et dans tous les cas peut-on oublier que d'autres moyens très énergiques ont été employés?

Dans la troisième, une simple inflexion du col en arrière, compliquant une phlegmasie chronique de l'utérus (car il y avait sur cette partie de l'organe trois ulcérations profondes reposant sur un fond grenu et rouge, avec tuméfaction et sensibilité), est traitée par le redresseur; mais, au préalable, on a recours aux injections et à dix cautérisations.

Les ulcérations étant cicatrisées, l'instrument est appliqué trois fois, et reste en tout environ un mois et demi.

Quoique le col soit trouvé redressé, on note « qu'il est survenu de » la constipation qui n'existait pas avant; des granulations existant, » encore, on fait de nouvelles cautérisations. »

On donne ce cas comme un exemple de guérison, et cependant on ajoute que la malade, revue plusieurs fois depuis deux ans, « se plaint » de temps en temps de douleurs vagues dans les reins; que les rè- » gles sont irrégulières, puisqu'elles se montrent quelquefois deux fois » par mois. »

Un dernier examen, fait au moment où cette observation était écrite, montra « le col dans sa direction normale; mais il est sensible, volu- » mineux, granuleux, et on se dispose à traiter cet état morbide. » Je laisse à ceux qui m'écoutent le soin de conclure.

Dans la quatrième, une dame T..., qui éprouvait les phénomènes ordinaires dans les affections utérines et surtout dans la métrite chronique, est examinée, et on diagnostique une antéversion complète avec grand relâchement des parois du vagin. Pendant deux mois M. Gaussail a recours aux bains et aux injections toniques, au repos absolu. L'état restant le même, il se sert du redresseur, qui paraît produire quelque amélioration. Le repos et les injections sont continués. L'utérus, examiné, est moins incliné; mais il n'est pas dans sa situation normale.

Dès ce moment, on fait des injections toniques; et à la fin d'octobre, c'est-à-dire quatre mois après le début du traitement, on dit que la malade ressent encore de la faiblesse, des douleurs sourdes dans les reins. On la soumet alors à un traitement tonique : bains à basse température, injections froides avec l'eau saline de Salies. Son état devient satisfaisant; elle peut aller en voiture sans éprouver trop de fatigue. La position horizontale n'est plus une nécessité.

En janvier 1853, on lui applique le pessaire du docteur Garriel, et elle s'en trouve très bien.

Au mois de mars, à la suite de grandes fatigues, quelques-uns des accidents primitifs reparaissent. (Cependant l'utérus est droit.) Le repos et le pessaire à air la soulagent.

En ce moment, elle est au début d'une nouvelle grossesse.

Les détails qui précèdent parlent assez d'eux-mêmes. Mais le travail de notre confrère renferme une cinquième et dernière observation, beaucoup plus instructive encore que celles qui précèdent pour quiconque voudra se donner la peine de l'examiner sans idée préconçue. Je ne comprends pas pourquoi M. Valleix n'a pas cru devoir en parler, sous le vain prétexte qu'elle n'était pas complète. Rien n'est plus complet et plus concluant que l'enseignement qui découle d'un pareil fait, et, pour vous en donner une idée, je me contente de citer presque textuellement les paroles de l'auteur, qui a résumé lui-même son observation de la manière suivante. Après avoir employé pendant plusieurs mois la sonde et divers redresseurs, il est obligé de convenir que « ce traitement n'a produit aucune amélioration; il semble même » à la malade qu'elle est plus fatiguée par la marche, la station et les » simples mouvements des bras. Les modifications dans la position de » l'utérus sont peu saisissables. La malade et notre confrère lui-même » demeurent convaincus que ce traitement ne pourrait plus être » supporté. »

Je dois donc à M. Gaube, interne distingué de la Pitié, deux observations recueillies dans le service de M. Aran, et qui prouvent que deux femmes, qui avaient l'une une antéflexion et l'autre une antéversion, furent guéries de tous les accidents qu'elles éprouvaient, bien que, malgré l'emploi du redresseur, l'utérus ne se fût pas redressé. Il est vrai de dire que ces deux malades avaient en même temps une inflammation chronique de la matrice avec hypertrophie, et que ces états pathologiques furent naturellement guéris, ainsi que leurs conséquences, par le repos et les autres moyens qui furent employés.

Le fait suivant, que je dois à notre honorable confrère M. Perrin, prouve encore combien il est facile de se faire illusion sur les résultats définitifs du traitement mécanique :

« Mme P..., âgée de trente-sept ans environ, demeurant rue Chateaubriand, n° 6, ayant eu deux enfants, d'une bonne santé habituellement, éprouvait depuis le commencement de l'année des douleurs inaccoutumées dans les aines, le bas-ventre, dans les reins et dans les cuisses. Jamais elle n'avait accusé d'accidents semblables. Elle n'avait aucune trace de flueurs blanches, et elle était régulièrement réglée. La marche et la station debout augmentaient notablement ses souffrances. Plus tard vinrent s'ajouter des besoins fréquents d'uriner, surtout le jour, des garde-robes rares et difficiles. La malade attribuait ses souffrances à de grandes fatigues et à l'obligation où elle était de monter et de descendre à chaque instant un escalier.

» Elle avait, en outre, remarqué que toutes ses douleurs étaient singulièrement amendées, et cela presque instantanément, par le repos au lit.

» Ce ne fut que quatre mois après que son médecin reconnut une antéversion de l'utérus. C'est alors qu'il conseilla à la malade d'entrer dans le service de M. Valleix pour se faire traiter de ce déplacement. Elle fut reçue quelques jours après à la Pitié et couchée au lit n° 4 de la salle Sainte-Geneviève. C'était dans le courant du mois de mai 1853.

» L'habile médecin de la Pitié reconnut facilement l'antéversion. Pendant les premières semaines, et à cause d'une certaine sensibilité de l'organe, il laissa reposer la malade et combattit, à l'aide de moyens appropriés, le degré d'irritation et peut-être de métrite légère qui existait. Ce ne fut qu'après trois semaines environ qu'il essaya d'introduire la sonde, dans le but de préparer la cavité de la matrice à recevoir l'extrémité du redresseur. Trois applications préparatoires plus ou moins douloureuses eurent lieu; la dernière ayant été facilement supportée, M. Valleix considéra comme suffisamment éteinte et calmée la sensibilité accusée de ce côté, et quelques jours après il introduisit son redresseur utérin. L'application fut facile et n'occasionna pas des douleurs bien vives. Pendant quatre jours et quatre nuits, l'appareil fut bien supporté. En opposition à ce qui arrive très fréquemment dans les salles de M. Valleix (au dire de la malade), l'instrument en place ne détermina chez elle aucun écoulement. Ajoutons que le redressement forcé eut même pour effet de faire disparaître la plupart des symptômes morbides accusés depuis longtemps. Le cinquième jour on retira le redresseur; le déplacement avait disparu. Pendant quinze jours encore la malade resta à l'hôpital, se considérant comme guérie.

» M. Valleix lui-même se félicitait chaque jour du merveilleux résultat qu'il avait obtenu, et donnait aux médecins qui suivaient en grand nombre sa visite l'histoire de notre malade comme un exemple probant de l'efficacité de son instrument.

» Au moment de sa sortie, la malade fut examinée, touchée et renvoyée comme radicalement guérie. M. Valleix lui recommanda toutefois de s'abstenir de tout coït, de ne prendre qu'un exercice modéré et de pratiquer autour du bassin des lotions d'eau froide. Elle était restée en tout sept semaines à l'hôpital.

» Notre malade, guérie, n'était pas à deux cents pas de la Pitié, donnant le bras à la personne qui était venue la chercher, que déjà elle ne pouvait plus marcher. Arrivée au pont Marie, on fut obligé d'aller la querir en voiture. Le lendemain elle se trouvait aussi souffrante que la veille du jour de son entrée à l'hôpital. Les douleurs du bas-ventre étaient entièrement revenues.

» Quelques jours après, la malade se rendit à la consultation de la Pitié, et là, à son grand étonnement, M. Valleix reconnut le retour de l'antéversion : il accusa vertement cette femme d'avoir commis des imprudences, et particulièrement d'avoir cohabité avec son mari, et cependant cette accusation n'était pas fondée, car la malade et le mari nous ont formellement affirmé qu'ils s'étaient abstenus complétement.

» Mme P... revint chez elle chagrine de l'accueil qui lui avait été fait, et ce fut alors que je fus appelé.

» Aujourd'hui l'antéversion persiste, bien que les douleurs soient notablement moins vives. »

Scanzoni, en rendant compte d'un travail de Mayer sur les applications de l'instrument de Kiwisch dans les cas de déviation utérine, dit : « Sur 20 cas de déviation, j'ai essayé de ce moyen sans obtenir une seule fois de guérison permanente. L'instrument de Kiwisch fut employé dans 12 de ces cas (*Comptes rendus de Canstatt* pour 1851, vol. 4, p. 296, publiés en 1852). »

Nous trouvons dans la *Presse* un article intéressant sur la rue projetée des Ecoles; nous en extrayons ce qui suit :

« La rue des Ecoles, cette nouvelle voie publique projetée qui doit mettre en communication l'Ecole-de-Médecine avec le Jardin des Plantes, vient de faire un nouveau pas vers son achèvement. On a commencé la démolition de trente-cinq maisons, qui par leur subdivision en forment réellement cinquante-quatre.

» Ces maisons sont situées rue de Sorbonne, rue Saint-Jacques, rue et place du Cloître-Saint-Benoît, place Cambrai, rue, enclos et cour Saint-Jean-de-Latran et rue Saint-Jean-de-Beauvais.

» C'est la seconde section de cette rue depuis si longtemps réclamée par les habitants du 12e arrondissement et qui doit puissamment contribuer à l'assainissement de ce quartier. Et en effet, à l'exception de la place Cambrai et de quelques maisons sur la rue Saint-Jacques, la plupart de ces constructions, décorées du prétentieux titre de maisons, ne sont plutôt que des masures privées d'air et de jour, masures dans lesquelles est entassée une population des plus compactes, et dont les habitants, n'exerçant que les plus infimes industries de Paris, viennent encore ajouter à l'insalubrité inhérente à leurs demeures.

» C'est dans l'enclos et la cour Saint-Jean-de-Latran qu'habite un bon quart des chiffonniers de la capitale; c'est là que, dans les cours, les allées, les escaliers, aux fenêtres et jusque sous leurs grabats, ils font sécher, pour les entasser ensuite dans leurs fétides demeures, les débris de toutes sortes ramassés dans les rues de Paris.

» L'enclos de Saint-Jean-de-Latran est composé de deux vastes cours couvertes de masures, ayant entrée sur la place Cambrai et la rue Saint-Jean-de-Beauvais. Cet enclos formait autrefois la Commanderie des Hospitaliers-de-Saint-Jean, dits de Saint-Jean-de-Latran, qui avaient pour mission de recevoir les pèlerins dans les villes qu'ils traversaient, de les soigner et de leur fournir les moyens de continuer leur route.

» Dans la première cour, on voit encore une grande tour carrée à quatre étages, qui étaient jadis garnis de lits pour les pèlerins. C'est dans cette cour que le célèbre Bichat se livrait à ses travaux anatomiques, et c'est là qu'il mourut, à l'âge de trente et un ans, le 22 juillet 1802. On a placé sur le devant de cette tour une plaque en marbre noir sur laquelle on a gravé ces mots en lettres d'or : *Tour Bichat.* »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le *Moniteur de l'armée* annonce que le personnel du service de santé de l'armée d'Orient vient d'être augmenté, et que les médecins et pharmaciens militaires dont nous donnons ici les noms ont été désignés pour y servir :

Médecins principaux de 1re classe. — MM. Thomas, Salleron et Secourgeon.

Médecins majors de 1re classe. — MM. Maupin, Durand, Volage et Garreau.

Médecins majors de 2e classe. — MM. Leclerc, Andrieu, Hahn, Boudier, Pallier, Bert et Varlet.

Médecins aides-majors de 1re classe. — MM. Bertrand, Bouton, Lanel, Braunwald, Le Roy, Busschaërt, Borrel, Masse et Bertberand.

Médecins aides-majors de 2e classe. — MM. Campardon, Balansa, Lamarque, Desmorets, Rédreau, Stéfani, Fontez, Aubert, Driard, Alix, Trinquier, Bintot, Brégeant, Briet, Rééb, Lespiau, Cousturier, Tirard et Creutzer.

Pharmaciens majors de 1re classe. — MM. Arvers, Devresse et Demortain.

Pharmaciens majors de 2e classe. — MM. Idt et Benoît.

Pharmaciens aides-majors de 1re classe. — MM. Bourgeois, Fresneau et Roger.

Pharmaciens aides-majors de 2e classe. — MM. Cornillon, Maublanc, Tricot, Courant et Bourdel.

— M. le docteur Caffe publie dans le dernier numéro du *Journal des connaissances médicales* une courte biographie de M. le docteur Duval, dont nous avons annoncé la mort et les obsèques. Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à notre honorable confrère la juste appréciation qu'il a faite des travaux et du caractère du Nestor de la médecine :

« Duval (Jacques-René), membre de l'Académie impériale de médecine, de l'ancien collége et de l'Académie royale de chirurgie, fut reçu par le collége de chirurgie en 1786. M. Duval, né à Argentan (Orne), en 1758, vient de mourir à Paris le 16 mai 1854.

» Ce médecin a toujours exercé la profession de dentiste, et c'était un des hommes les plus érudits de l'Académie. Il fut le beau-père du professeur Marjolin.

» Ce savant dentiste a publié un grand nombre de travaux estimés, parmi lesquels on cite : 1° *Recherches sur l'art du dentiste chez les anciens*, publiées en 1791; 2° *Des accidents de l'extraction des dents*, 1802; 3° *Le dentiste de la jeunesse*, 1805; 4° *Observations sur les affections douloureuses de la face*, 1814; 5° *Mémoire sur les fistules dentaires*, 1814; 6° *De l'arrangement des secondes dents*, 1820; 7° *Observations sur la sensibilité des substances dures des dents*, 1833; 8° *Notice historico-médicale sur les Normands*, 1835; 9° *Remarques sur la contexture de l'ivoire*, etc.

» Jusqu'à sa dernière heure, M. Duval a conservé une activité de corps et d'esprit et une gaieté qui ont été une des causes réelles de sa grande longévité. »

— M. Alexandre Guérin du Grandlaunay, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Rodez (Aveyron), a été nommé, par arrêté de M. le ministre de l'intérieur en date du 26 avril dernier, directeur médecin de l'Asile public d'aliénés de Saint-Meen, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

— Nous recevons de M. le docteur Tournié, au sujet des morts apparentes, une lettre que le défaut de place nous oblige à remettre à un prochain numéro. Cette lettre d'ailleurs nécessite une réponse. M. le docteur Bouchut la fera en même temps que celle qu'il doit à l'*Union médicale.*

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 62. — JEUDI 25 MAI 1854. (27e ANNÉE.) N° 62. — JEUDI 25 MAI 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 24 MAI 1854.

Séances des Académies.

La lecture de la seconde partie du rapport de M. Depaul sur le cathétérisme et le redressement utérins a rempli la séance de l'Académie de médecine. Elle a été écoutée avec attention et a provoqué un intérêt soutenu. Chacun se demandait quels seraient les orateurs qui viendraient en aide à un procédé contre lequel s'élève un si grand nombre de faits déplorables. Les amis du propagateur, qui demandaient qu'on suivît pas à pas la méthode et qu'on l'appréciât par ses résultats, doivent être satisfaits. Si M. Simpson n'a voulu ou n'a pu apporter en sa faveur aucun fait favorable, les faits malheureux n'ont pas manqué au rapporteur, et lui ont permis de rédiger un réquisitoire foudroyant, qui ne pèche guère que par l'abondance. Une malade que l'on renvoie *guérie* de l'hôpital, et qui n'a pas la force de rentrer chez elle, où l'on est obligé de la ramener en voiture, des accidents redoutables et souvent funestes, des résultats nuls, tel est, en somme, jusqu'ici le budget de la méthode. Nous verrons si on exhumera en sa faveur quelques faits inconnus. Il ne nous serait pas impossible, de notre côté, d'ajouter au nécrologe; et pendant que M. Depaul poursuivait sa lugubre énumération, un de nos confrères nous racontait à l'oreille la mort prompte et cruelle d'une jeune femme de trente-trois ans, chez laquelle le cathétérisme utérin avait été, en sa présence, pratiqué par un chirurgien habile, membre de l'Académie.

Un incident plein d'intérêt avait occupé un instant l'Académie avant la lecture de cet important rapport. M. Londe a été invité à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe du centenaire Duval. Il l'a fait d'une voix émue, et sa courte oraison funèbre a été suivie d'applaudissements unanimes et prolongés. C'est que l'honorable membre l'avait écrite avec le cœur. Ami sincère du défunt, il a fait ressortir avec bonheur ses rares qualités, et a prouvé une fois de plus qu'il n'est pas de ces écrivains qui prennent l'afféterie et la malignité pour de l'esprit, et pour du sentiment le patelinage et la tartuferie.

L'Académie des sciences ne contient qu'une nouvelle communication de M. Regnault sur les courants musculaires. Nous en donnons l'analyse. — F. Fabre.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Complications de la scarlatine. — Traitement.

Parmi les complications de la scarlatine (1), l'albuminurie est une des plus fréquentes. Il ne faut pas confondre l'albuminurie avec la maladie de Bright; il y a entre ces deux maladies cette différence capitale que la première a beaucoup de chances de guérison, et que l'autre n'en a aucune. La maladie de Bright est une forme de l'albuminurie; l'individu qui en est atteint est dévolu à une mort presque certaine. L'albuminurie est si commune dans la scarlatine, qu'on peut compter qu'elle atteint au moins un tiers des malades; le calcul en a été fait par un chirurgien militaire. Mais on a constaté qu'elle est en général plus commune chez les enfants que chez les adultes.

L'albumine apparaît dans les urines des scarlatineux comme tous les autres éléments du sang, et sa présence ici n'a pas d'autre signification que la leur. Parfois, dans le déclin d'une scarlatine, les urines, au lieu de cet aspect sédimenteux et légèrement ambré qui leur appartient après toute maladie grave, prennent une teinte rosée; elles ont la couleur du jus de raisin nouvellement exprimé. En les laissant déposer, on voit se former au fond du vase de petites stries, qui sont dues évidemment à la matière colorante du sang. Ou bien elles sont plus colorées, prennent la teinte rouge du sang; on a alors une véritable hématurie, comme lorsqu'il y a un cancer ou quelque autre affection organique de la vessie ou des reins. Ou bien enfin les urines prennent cette teinte noire du sang qui a séjourné longtemps dans la vessie. Parfois c'est le sérum du sang qui se mêle aux urines; elles prennent alors une couleur d'eau de mer, et elles sont albumineuses. Enfin elles peuvent être très claires, avoir une apparence toute normale, et cependant contenir beaucoup d'albumine. Cette albuminurie, avons-nous dit, n'est pas à beaucoup près aussi grave que la maladie de Bright; elle a une tendance réelle à disparaître d'elle-même. Quelquefois elle dure très peu de temps; mais quand elle se prolonge, quand ses symptômes, loin de diminuer, persistent avec la même intensité, on a tout lieu de craindre qu'à la longue, et par suite des altérations que l'organisme aura subies dans sa substance et dans ses fonctions, elle ne se transforme en une maladie de Bright véritable.

La présence de l'albumine dans les urines doit singulièrement faire appréhender les convulsions. Les femmes en état de gestation, parmi lesquelles une sur six au moins est albuminurique, deviennent, comme on sait, fort exposées à l'éclampsie; chez les enfants cette condition se retrouve également, et à un haut degré. L'albuminurie se complique fréquemment d'anasarque; celle-ci commence, en général, par quelque partie du visage, les paupières; le plus souvent, elle s'étend à tout le reste du corps et peut occasionner les plus graves désordres en s'opposant à l'exercice de quelque fonction importante. C'est ainsi que, l'œdème occupant la racine des bronches, on voit survenir une difficulté de la respiration qui peut aller jusqu'à la suffocation; il distend le tissu cellulaire de la luette ou de l'épiglotte en bouchant l'orifice supérieur des voies aériennes; il devient rapidement une cause de mort.

La scarlatine, avons-nous dit dans notre précédente leçon, se complique fréquemment de douleurs articulaires, qui paraissent et disparaissent tour à tour; ces douleurs s'intronisent à la longue; elles se lient à l'organisation et elles poursuivent le malade pendant le reste de sa vie. Quand cet accident se présente chez les enfants, bientôt il se complique de symptômes du côté du cœur et des accidents choréiques qui en sont si souvent la conséquence.

Le coryza dans la scarlatine commence plus tard, en général, que dans la rougeole : c'est vers le sixième ou le septième jour, et il peut prendre une haute gravité. Une fois qu'il est établi, sa ténacité est très grande; il ne disparaît que difficilement; il a même de la tendance à se propager ou à revenir.

Des fosses nasales, la maladie se transmet volontiers aux paupières et aux oreilles : de là des conjonctivites rebelles, des écoulements par le conduit auriculaire; quelquefois le mal se transmet au tissu cellulaire profond, même aux parties osseuses, et c'est alors qu'on voit les osselets de l'oreille, nécrosés et désarticulés, entraînés par la suppuration; les os de l'orbite, l'os unguis carié et altéré donne lieu à des fistules inguérissables. Parfois enfin l'eczéma se fixe à l'orifice de la vulve, aux bourses, entre les cuisses, et il donne lieu à une démangeaison terrible qu'un rien exaspère, et qui, sous l'influence des moindres circonstances, prend de suite une acuité extrême.

Traitement de la scarlatine. — Quand la scarlatine suit son cours normal, il faut, comme dans les autres pyrexies exanthémateuses à marche régulière, se garder de toute intervention. Dans la variole et la rougeole, tant qu'il n'y a pas de complication, l'expectation est le seul traitement à suivre; de même dans la scarlatine, tant qu'elle reste simple. Les boissons délayantes, les laxatifs légers, une température douce et moyenne, sont les seuls moyens à mettre en usage. Mais s'il survient des troubles nerveux, si la fréquence du pouls est extrême, si la sécheresse et la chaleur de la peau sont trop insupportables, il faut recourir à des moyens plus énergiques. Malheureusement, il faut le dire, les moyens qui peuvent donner des résultats certains, et sur lesquels on puisse compter en pareil cas, sont très rares. Pour amener l'abaissement du pouls, la sédation du système nerveux, l'humidité de la peau, pour calmer les accidents généraux, aucun moyen n'est plus efficace que l'eau froide en affusions. Mais contre quelles difficultés n'a-t-on pas à lutter quand on veut mettre ce moyen en pratique! Dans nombre de cas il a rendu des services incontestables, très rarement on a pu lui reprocher avec justice des accidents graves, et cependant ce n'est presque jamais sans avoir d'abord éprouvé une vive opposition qu'on a pu faire profiter les malades des avantages qu'on en retire. L'application, par elle-même, est plus effrayante au premier abord que redoutable en réalité. On étend le malade dans une baignoire vide, et on projette sur son corps, pendant quelques secondes, avec un verre ou une tasse, de l'eau froide à la température ordinaire. Ensuite on le couvre de couvertures de laine, on l'en enveloppe avec soin et on lui donne à boire quelques tasses d'eau froide.

Au bout d'un quart d'heure, en général, le délire a cessé, le pouls est tombé d'une manière incroyable, et enfin la peau a pris une moiteur des plus salutaires; non-seulement elle est humectée de l'eau des couvertures, mais encore la diaphorèse la plus abondante s'est établie, et le malade éprouve un véritable bien-être.

En général alors, les parents du malade, qui avaient le plus fait d'opposition aux affusions froides, sont tellement frappés du mieux qui les a suivies qu'ils sont les premiers à demander de les voir renouvelées; et, en effet, on les continue pendant trois ou quatre jours, à raison de deux ou même trois fois dans les vingt-quatre heures. Mais, enfin, s'il y avait de la part de la famille une répugnance invincible, et qu'on jugeât cependant opportun d'appliquer la médication réfrigérante, on pourrait employer un moyen détourné qui donnerait presque les mêmes résultats, tout en différant beaucoup en apparence dans l'application. On met le malade sur un lit, tout nu, et on opère sur lui des affusions avec de l'eau chaude à 25 ou 30 degrés. La peau des scarlatineux est élevée à une température de 40 degrés, et même souvent davantage; il y a donc une différence réelle, et il s'ensuit pour le malade une impression de froid très sensible.

Contre l'angine scarlatineuse, il faudra dès le principe agir avec vigueur. On emploiera le collutoire boraté (150 grammes de miel pour 15 grammes de borax), qui sera pris par cuillerées à café de quart d'heure en quart d'heure; on cautérisera à l'acide chlorhydrique pur au moyen d'un pinceau à peindre, à mesure que les fausses membranes se formeront, et deux fois par jour; on emploiera, dans les mêmes conditions, le nitrate d'argent à la dose caustique de 1 gramme pour 30 grammes d'eau.

Dans le coryza d'otite, on fera des injections au sulfate de zinc, au nitrate d'argent; des insufflations de calomel. On fera également usage de l'eau phagédénique et de la pommade mercurielle.

(1) Nous engageons nos lecteurs à rapprocher cette leçon des deux articles de M. Trousseau que nous avons publiés sur le même sujet les 26 juillet et 28 août de l'année dernière; elle leur sert de complément.

HOPITAUX DE NEW-YORK. — M. CARNOCHAN.

Autoplastie de la lèvre supérieure.

(Observation recueillie par M. le docteur E. SALNEUVE, ex-interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la Société française de bienfaisance de New-York.)

Les cas dans lesquels on a l'occasion de restaurer la lèvre supérieure à la suite de sa destruction par une affection organique sont assez peu communs pour que le fait suivant ne présente pas quelque intérêt.

C'est une particularité assez bizarre, en effet, que le cancroïde des lèvres, maladie si fréquente dans une certaine classe de la société, atteigne presque constamment la lèvre inférieure, à l'exclusion de la supérieure. Ceci n'explique-t-il pas pourquoi, jusque dans ces derniers temps, on avait négligé de formuler des moyens de réparation de cette partie de la face? Ainsi, avant M. Malgaigne, ne connaissait-on que le fait de Ledran, dans lequel ce chirurgien, ayant opéré un cancer de la lèvre supérieure, ne trouva d'autre moyen d'obvier à la difformité que de faire remonter le bord libre de la lèvre saine jusqu'à la base du nez. Mais le procédé de M. Malgaigne une fois décrit fut bientôt mis à profit par Lisfranc, Auguste Bérard et M. Thomas, entre les mains desquels il donna de beaux résultats. L'observation suivante, qui appartient à M. le docteur Carnochan, chirurgien de l'hôpital des Emigrants de l'Etat de New-York, est un fait de plus à ajouter à ces derniers:

En avril 1853, le docteur Carnochan fut consulté par Mme O. H..., âgée de trente-neuf ans, femme d'un planteur de la Caroline du nord. Ses parents ont toujours joui d'une bonne constitution, y compris plusieurs frères. Tous paraissent être exempts de manifestations diathésiques ou cachectiques quelconques. Quoique née dans d'assez bonnes conditions en apparence, cette malade, suivant son propre dire, aurait manifesté de bonne heure des signes de scrofules. Aussi loin que son souvenir le lui permet, elle se rappelle avoir été affectée de douleurs dans les membres et de glandes volumineuses autour du cou, des oreilles et sur le côté droit de la poitrine. Vers l'âge de dix ans, un léger bouton semblable à une tache de naissance apparut sur la lèvre supérieure. Ce bouton ne causa aucune douleur jusqu'en 1836 (22 ans d'âge); mais à cette époque cette petite exubérance devint une plaie qui bientôt donna une suppuration sanieuse. L'ulcération, peu après, présenta la largeur de trois quarts de pouce de diamètre, et

sembla disposée à faire de rapides progrès. Justement alarmée, Mme O... consulta plusieurs médecins éminents, qui se prononcèrent pour un cancer et conseillèrent l'opération. Celle-ci fut exécutée, et la plaie parut se guérir de la manière la plus heureuse. Cependant la santé générale resta faible, quoique assez bonne.

En 1845, la malade fut atteinte de fièvre intermittente; la lèvre supérieure se tuméfia, l'ancienne cicatrice s'ulcéra et la plaie devint rapidement plus grave que jamais; cependant cet ulcère ne tarda pas à prendre la forme chronique, et, sous l'influence de médicaments altérants, resta ainsi stationnaire pendant plusieurs années.

En 1850, Mme O..., ayant accouché, vit peu après l'ulcération faire de nouveaux progrès, envahir toute l'épaisseur de la lèvre et détruire celle-ci dans presque toute son étendue depuis le bord libre jusqu'au nez. Sur le côté droit, l'ulcération avait l'étendue d'un demi-pouce, empiétant sur le nez, dont elle avait détaché l'aile de la joue. Cette ulcération paraissait être stationnaire, quand la malade réclama les soins de M. Carnochan.

A ce moment, son état était déplorable : elle était considérablement amaigrie et sa contenance dénotait de profondes souffrances mentales. Les dents de devant de la mâchoire supérieure, à part quelques-unes qui manquaient, étaient saines. Les quatre incisives et les deux canines se trouvaient partiellement découvertes, ainsi que les gencives des dents correspondantes, qui étaient sèches, rouges et nues jusqu'au nez. Les bords de l'ulcération étaient durs, épais et irréguliers; aucun ganglion volumineux n'existait autour de la mâchoire inférieure.

L'opération ayant été de nouveau offerte et acceptée par la malade, elle eut lieu de la manière suivante le 21 avril 1853 :

Opération.—La malade ayant été placée sur une chaise un peu élevée et dans un jour convenable, les incisions projetées furent tracées sur la peau avec un morceau de carmin. La ligne inférieure s'étendait de la commissure labiale à un point situé un peu au-dessous du lobule de l'oreille. La ligne supérieure s'étendait de la base du nez vers le centre de l'antitragus. Une légère courbe à concavité supérieure fut donnée à chacune de ces lignes. Un aide supportait la tête et comprimait en même temps les artères faciales; un autre abaissait la lèvre inférieure. Alors le chirurgien, passant l'index de la main gauche le long de la surface interne de la joue aussi loin que le bord antérieur de la branche du maxillaire et tenant de la main droite un long et étroit bistouri droit, transfixa toute l'épaisseur de la joue gauche au niveau de la ligne inférieure et dans un point correspondant au bord antérieur du masséter. Puis, ramenant le bistouri vers la commissure de la bouche, l'épaisseur de la joue se trouva divisée. Saisissant le lambeau ainsi formé entre l'index et le pouce gauche et le relevant, le bistouri fut aisément conduit dans la rainure muqueuse qui sépare la joue du maxillaire supérieur, afin d'en détacher les tissus dans une hauteur de quelques lignes. Ensuite, faisant de nouveau la transfixion de la joue, le bistouri fut ramené de dehors en dedans, suivant la ligne supérieure jusqu'à la base du nez.

Un lambeau quadrilatère fut ainsi formé; il contenait l'orifice intact du conduit de Sténon; son bord antérieur, qui correspondait à l'ulcère, fut coupé avec de forts ciseaux jusque dans la partie saine. L'opération exactement semblable à cette dernière ayant été faite du côté opposé, les tissus malades de la base du nez furent ensuite enlevés avec le bistouri; il ne restait plus que la partie d'ulcère qui, dans l'étendue d'un demi-pouce, avait rongé l'aile droite du nez; elle fut détruite par une série de petites incisions, qui lui donnèrent la forme d'un triangle dont les bords étaient parfaitement sains.

Il ne resta plus alors qu'à rapprocher tous les bords et à les fixer par la suture entortillée. Dans ce but, un aide pressa sur les deux lambeaux latéraux et les mit en contact sur la ligne médiane; quatre épingles maintinrent le tout provisoirement; puis de chaque côté, pour déterminer la position des commissures buccales, une épingle fut placée transversalement; quatre épingles unirent chacune des quatre incisions; enfin, d'autres épingles réunirent les autres parties.

Le bord libre de la nouvelle lèvre, formé par le bord inférieur du lambeau, de chaque côté uni sur la ligne médiane, présentait une surface saignante. Pour obvier à cet inconvénient et régulariser cette partie, la muqueuse fut ramenée sur la plaie et y fut fixée par des points de suture entortillée.

Suites de l'opération. — La malade alla bien jusqu'au lendemain à midi; à ce moment, elle se plaignit de douleurs dans la joue droite et le front. De la teinture d'aconit ayant été administrée, elle se sentit bientôt mieux.

Le deuxième jour, un peu de suppuration se montra du côté droit; elle commença à la racine du nez et s'étendit graduellement jusqu'à la portion supérieure de la joue. Les paupières étaient considérablement enflées.

Le troisième, le gonflement avait diminué.

Le quatrième, il avait disparu. Cinq épingles et trois points de suture purent être enlevés, et montrèrent une union complète de la plaie à cet endroit.

Le cinquième, huit nouvelles épingles furent enlevées. Toutes les incisions étaient solides, excepté celle de la base du nez, où il existait de la suppuration dans l'étendue d'un tiers de pouce. La santé de la malade était aussi bonne que possible; le pouls à 98 pulsations.

Le septième, sept épingles furent enlevées; il restait encore les deux des deux angles de la bouche. Pas de fièvre. On alimenta la malade avec des liquides.

Le huitième, toutes les épingles furent enlevées; il ne restait qu'un peu de suppuration vers la base du nez.

Le neuvième, une petite eschare se montrait sur la ligne médiane de la lèvre supérieure, assez loin de son bord libre. Toutes les autres incisions étaient solides.

Le dixième, l'eschare commençait à se détacher.

Le onzième, l'eschare, très superficielle, laissait la nouvelle lèvre intacte. La santé générale était excellente.

Le treizième, la suppuration était à peu près tarie.

Le vingt-troisième jour, union complète, cicatrisation parfaite.

Peu de temps après, la malade quittait New-York pour retourner dans son pays.

Voici assurément un bon résultat, qu'on doit attribuer au bon choix du procédé, à l'art avec lequel il a été appliqué et aux soins consécutifs donnés à la malade. Toute la question est maintenant de savoir s'il n'y aura pas de récidive. A ce sujet, nous avons regretté qu'aucun examen microscopique de l'ulcère n'ait complété le diagnostic, d'autant que les connaissances en microscopie sur ce point de pathologie ont acquis assez de précision aujourd'hui pour qu'un chirurgien ne puisse négliger de s'éclairer de leur secours. Cependant chez cette malade, l'absence d'infection ganglionaire après une durée si prolongée du mal nous porte à croire qu'il s'agissait d'un faux cancer (cancer épithélial); mais encore n'est-ce qu'une supposition.

Quand il s'agit d'autoplastie, il est rare qu'un procédé une fois trouvé soit applicable à tous les cas; celui de M. Malgaigne pour la lèvre supérieure ne fait pas plus exception que les autres. La perte de substance, l'état de l'ulcère et des parties environnantes sont autant de raisons qui peuvent faire modifier le procédé. Nous en offrons un exemple dans le cas suivant d'un malade opéré par notre savant maître M. le docteur Monod, à la Maison municipale de santé, le 30 octobre 1851.

Le sujet était un homme de soixante-quinze ans, affecté d'un ulcère cancéreux occupant la moitié droite de la lèvre supérieure, et dont le début remontait à quinze mois seulement.

Voici dans quel état se trouvait le malade au moment de l'opération : Santé générale bonne, à part l'amaigrissement. Sur la moitié droite de la lèvre supérieure existe un ulcère saillant, dépassant en dehors la commissure de 1 centimètre, en dedans la ligne médiane de quelques millimètres. Le bord libre de la lèvre est compris par l'ulcère. La surface de ce dernier est saillante, rugueuse, remplie de crevasses laissant suinter un liquide ichoreux et fétide; une induration considérable l'entoure dans une étendue qui varie de 6 millimètres à 1 centimètre. Un ganglion tuméfié, dur, indolent, se trouve sous le côté du maxillaire correspondant au niveau de la glande sous-maxillaire. Ce ganglion, évidemment infecté, dut être enlevé.

Opération. — Premier temps. — L'ulcère est circonscrit avec de forts ciseaux droits par des incisions; la compression nous rend maître de deux ou trois petits jets artériels.

Deuxième temps. — La face, tournée et penchée du côté gauche, deux incisions parallèles ayant une légère concavité interne sont faites de haut en bas, passant au niveau de la tumeur ganglionaire, et s'étendant jusque près le sterno-mastoïdien.

Troisième temps; dissection du lambeau. — Supérieurement, le lambeau est taillé dans toute l'épaisseur de la joue. Mais, arrivé au point où celle-ci se fixe au maxillaire, on dissèque la peau doublée de sa couche cellulo-adipeuse. Chemin faisant, la faciale et ses branches sont coupées et successivement liées. Le ganglion est enlevé, et la glande sous-maxillaire est trouvée saine. La dissection du lambeau est faite jusqu'à sa base.

Quatrième temps; coaptation. — Le lambeau est ramené sans tiraillements à la place occupée par l'ulcère. Des épingles et la suture entortillée maintiennent le tout.

Etat consécutif. — Le deuxième jour, la réaction fébrile est médiocrement intense; le pouls à 90.

Au troisième jour, un point sphacélé apparaît à l'extrémité supérieure du lambeau, près de la ligne médiane. Toutes les épingles sont enlevées, et laissent des incisions réunies et solides.

Au cinquième jour, l'eschare est limitée; elle a 2 centimètres de diamètre environ.

Au huitième jour, l'eschare est détachée, et laisse une ouverture qui est en partie dissimulée par la cicatrice.

Le vingt-sixième jour, sortie du malade, après cicatrisation complète.

Evidemment, dans le cas précédent le procédé de M. Malgaigne n'était pas applicable sans modification; la nécessité d'enlever la tumeur ganglionaire forçait pour ainsi dire le chirurgien à tailler son lambeau de ce côté, et dès lors celui-ci dut avoir une direction perpendiculaire au lieu d'être horizontale, et une courbe à concavité interne au lieu d'une courbe à concavité supérieure.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 mai 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Ponchinat, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Ceret, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Villelongue (Pyrénées-Orientales).

Le même ministre transmet un rapport de M. le docteur Lecadre, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Havre, sur une épidémie de variole qui a régné à Fécamp en 1853 et 1854.

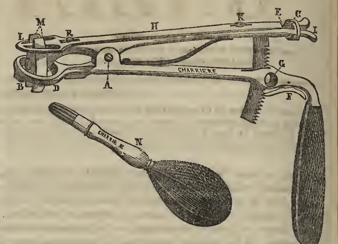
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales. — M. Vidal père (de Bayonne) adresse les renseignements demandés par la circulaire de l'Académie sur les eaux minérales de la contrée qu'il habite.

Ulcérations de l'utérus. — M. E. Bitterlin (de Saint-Maur-les-Fossés) adresse un mémoire intitulé *De la nature des ulcérations du col de l'utérus et de leur importance sur la santé de la femme.* (Commissaires: MM. Robert, Laugier et Depaul.)

Feuilles de frêne contre la tumeur blanche. — M. de la Rue, médecin de l'hospice des vieillards à Bergerac (Dordogne), adresse une note sur l'emploi des feuilles de frêne contre la tumeur blanche de nature rhumatismale goutteuse. (Commissaires : MM. Grisolle et Requin.)

Elévatoir odontalgique. — M. Rogues, médecin aide-major au 47e de ligne à Lyon, adresse à l'Académie un instrument qu'il a imaginé dans le but d'éviter l'extraction si douloureuse des dents par la luxation, et pour les conserver aux personnes atteintes d'odontalgies. Cet instrument, auquel il donne le nom d'*élévatoir odontalgique*, est destiné à opérer la luxation des dents malades sans prendre point d'appui sur les alvéoles, mais sur les dents voisines ou sur un fragment de liége, en cas d'absence de l'une d'elles.



Choléra. — M. Wittmaek (de Hambourg) adresse un travail sur le choléra. (Commission du choléra.)

De rerum naturâ. — M. le docteur Lima Leitão, professeur de clinique médicale de l'Ecole médico-chirurgicale de Lisbonne, fait hommage à l'Académie d'une version portugaise du poëme de Lucrèce, *De rerum naturâ*. (Commission des correspondants.)

— M. Londe, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Duval le 19 mai. Nous en extrayons les passages suivants :

« Jacques-René Duval, membre de l'Académie impériale de médecine, des ci-devant Collége et Académie de chirurgie, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société de chirurgie de Paris, correspondant des Sociétés de médecine de Caen, d'Evreux, etc., naquit à Argentan (Orne) le 12 novembre 1758.

» Il fit ses études à Caen, au collége du Mans, sous des professeurs auxquels la langue de Tite-Live et de Tacite était familière, et à une époque où l'on admire dans les recueils de l'institution du Palinod un sentiment aussi parfait de la poésie latine que de la poésie française.

» Duval recueillit amplement les fruits de cette éducation privilégiée. C'est de cette époque certainement que date son goût si vif et si éclairé, je devrais dire son culte, pour l'antiquité médicale et pour ces poëtes et prosateurs immortels qui occupèrent délicieusement les loisirs de sa vieillesse; aussi, jusqu'à ces derniers jours, l'avons-nous vu les citer, les lire, les commenter avec un plaisir et une facilité que nous ne pouvions nous lasser d'admirer..... »

Après avoir énuméré les travaux scientifiques de M. Duval, M. Londe continue en ces termes :

« Tous ces travaux ne sont pas seulement l'œuvre d'un homme de science, ils sont encore ceux d'un homme nourri de ces belles et nobles études littéraires, qui sont aussi l'honneur du médecin; ils témoignent presque tous d'une érudition qui n'a pas été surpassée; oui, messieurs, qui n'a pas été surpassée : jamais on n'entretenait Duval d'une découverte récente qu'à l'instant même il ne s'empressât de saisir dans sa bibliothèque un volume et de faire reculer souvent de quelques siècles et avec une jovialité déconcertante la prétendue découverte dont on l'entretenait, et cela pour les parties même de la science que l'on eût pu supposer lui être le moins familières, la toxicologie, par exemple.

» Jusqu'à Duval, l'art du dentiste était resté en quelque sorte resserré dans d'étroites limites, dont le font encore rarement sortir les hommes qui l'exercent de nos jours. Duval est le premier qui, par des connaissances générales étendues et une grande sagacité d'observation, ait rattaché les douleurs odontalgiques aux affections générales de l'organisme. Etait-il consulté pour des douleurs de dents, le dentiste disparaissait à l'instant pour faire place au médecin, et les questions adressées au malade décelaient toujours en Duval l'étiologiste le plus expérimenté. Ici c'était une affection herpétique, là un rhumatisme, ailleurs une affection catarrhale, qui subitement supprimés causaient la douleur de dents et que Duval savait dissiper en suppléant aux affections disparues, c'est-à-dire sans recourir aux opérations douloureuses.

» Voilà ce qu'était Duval sous le point de vue du savoir et de l'expérience.

» Pour le cœur, Duval était la bonté la plus parfaite, la modestie la plus vraie, l'enjouement le plus inaltérable, la gaieté la plus franche.

» Si la Providence avait besoin d'être justifiée ici-bas, Duval en serait la justification la plus complète : il a joui d'un bonheur continu que le ciel n'accorde qu'à un petit nombre d'êtres privilégiés; sa vie, si pure, si remplie de travaux et d'actes de bienfaisance, a été récompensée au delà de ce qu'on peut imaginer.

» Duval n'a jamais connu les enivrements de l'ambition; il n'en a jamais non plus connu les tourments. Par son frère, qui fut le compagnon d'exil, et quelquefois le confident du comte d'Artois, et qui plus tard devint aumônier du roi; par ses propres amis, dont quelques-uns étaient puissants, Duval eût pu facilement obtenir une distinction souvent prodiguée... Jamais il ne lui en vint un moment la pensée. Contraste étrange! toujours bon et modeste, il aimait et respectait chez les autres ces distinctions auxquelles il ne songeait pas pour lui, et jamais, à l'égard de ceux qui les obtenaient, on ne surprit sur ses lèvres un mot d'envie, de dénigrement ou de convoitise.

» La seule ambition que nous lui ayons connue, mais dont il jouissait pleinement et à si juste titre, était d'avoir pour gendre le savant, le bon, le loyal, l'excellent Marjolin; ses jouissances les plus vives étaient d'avoir près de lui sa fille si aimée, si digne de l'être; ses petits-fils, MM. Georges et René Marjolin, dignes héritiers de l'un des plus beaux noms contemporains; son neveu, M. Cloval-Duval, qui ravivait si fidèlement pour lui tous les souvenirs du pays natal, et lui témoignait l'attachement d'un fils.

» Le jour où il recevait son gendre, sa fille, ses petits-fils, était pour

lui un jour de fête; il attendait ses hôtes chéris avec l'impatience d'un enfant. Il faut, pour se faire l'idée de ce qu'il éprouvait alors, avoir été, comme moi, le témoin de sa joyeuse et turbulente agitation.

» Oui, messieurs, il a été donné à Duval de connaître ici-bas pleinement et sans mélange ce qu'il y a de plus doux dans les félicités humaines : les joies du foyer domestique, les douceurs de l'amitié, le contentement que procurent les travaux intellectuels et le sentiment des devoirs accomplis et de jouir de ces félicités dans toute la pureté d'une vie exempte de reproches. Il a été donné à ce vieillard privilégié de ne pas même sentir les atteintes de la mort... »

La lecture de ce discours a été accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

— M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Mongeat, correspondant à Lorient.

— L'ordre du jour appelle la suite de la lecture du rapport de M. Depaul.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins. — M. Depaul lit la seconde partie de son rapport sur ce sujet; il s'exprime en ces termes :

Messieurs, l'attention soutenue avec laquelle vous avez bien voulu écouter la lecture de la première partie de mon rapport m'a prouvé que je ne m'étais pas trompé en accordant la plus grande importance à la question qui s'agite devant vous; mais j'ai besoin de compter encore sur votre indulgence pour terminer la mission difficile et pénible que vous m'avez donnée.

Je crois avoir déjà démontré par tout ce qui précède l'inutilité du traitement mécanique; cependant il est un argument que je ne puis passer sous silence, car il fera, j'en ai la conviction, une vive impression sur vos esprits; je le puise dans la pratique de M. Valleix lui-même. Il est curieux, en effet, de suivre toutes les transformations par lesquelles il a fait passer la *méthode primitive*. Dans l'origine, la tige intra-utérine avait 6 centimètres de long: les succès étaient presque constants; cependant quelques accidents qu'on dit légers, et surtout la crainte d'en voir survenir de plus graves, firent réduire cette tige à 5 centimètres, et même à 4, et on ne nous a pas dit que les résultats eussent été moins satisfaisants. Ces perfectionnements ne paraissent pas suffisants encore. Un peu plus tard, notre confrère pose cette règle générale (un peu vague, il faut en convenir), que la tige utérine doit avoir *le moins de longueur possible*. Mais ce n'est pas tout : quoique les succès aient été toujours les mêmes, quoiqu'il déclare que les rares accidents qu'il a eu à constater aient toujours été sans importance, il cherche encore à simplifier; et la dernière modification à laquelle il s'arrête est tellement radicale qu'elle constitue un véritable abandon de la méthode première. Il ne s'agit plus, en effet, que d'introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, de redresser l'organe par un mouvement convenable de l'instrument qui est retiré aussitôt, et qu'on remplace par un ballon en caoutchouc dilaté avec de l'air, après l'avoir placé entre la face antérieure du col et la paroi correspondante du vagin. Le procédé n'est appliqué, jusqu'ici, que pour les déplacements en arrière (rétroversion et rétroflexion), et la seule raison qui ait empêché l'auteur de l'étendre aux déplacements en avant, c'est l'obstacle que la sonde rencontre dans le pubis, et qui ne permet pas d'obtenir un redressement préalable et complet; mais il espère qu'on parviendra à vaincre cette difficulté par une heureuse modification de l'hystéromètre. Sur 9 cas traités de cette manière, 7 guérisons radicales auraient été obtenues, et dans le 8e une grande amélioration existait déjà lorsque, pour des causes particulières, le traitement fut interrompu.

M. Valleix déclare lui-même « que ces faits n'ont pas besoin de » commentaires; ils prouvent que par ce procédé l'utérus est et reste » redressé aussi bien que par le redresseur à tige intra-utérine. »

Quant à moi, je ne suis pas plus édifié sur le redressement définitif par la nouvelle méthode que par l'ancienne, mais je trouve dans ce que je viens de rappeler la condamnation la plus complète des redresseurs intra-utérins.

Une des raisons sur lesquelles M. Valleix a souvent appuyé ses convictions, c'est que la nouvelle méthode compterait maintenant de nombreux partisans, soit en France, soit dans divers pays voisins du nôtre. Je crois que sous ce rapport encore il s'abuse singulièrement. Pour ce qui est de la France, quelques voix se sont élevées çà et là pour vanter l'utilité du nouveau traitement, mais elles sont encore infiniment peu nombreuses, si on les compare à la répulsion presque générale qu'il a inspirée aux hommes les plus compétents et les plus considérables; et qu'on ne dise pas que les opposants sont exclusivement ceux qui n'ont pas essayé. Beaucoup se sont laissé tenter d'abord, et ce n'est qu'après avoir pu juger par eux-mêmes qu'ils ont repoussé un moyen qui ne leur a laissé que des regrets.

Il importe que vous sachiez aussi que la pratique de la Grande-Bretagne est loin d'être favorable. Je me suis livré à de nombreuses recherches pour pouvoir vous en faire connaître les résultats, et il ne sera pas sans intérêt de vous dire ce qu'on pense dans un pays où le traitement mécanique compte son plus fervent apôtre. J'ai déjà regretté que M. Simpson, au lieu de faits dont nous aurions pu apprécier la valeur, se soit contenté d'émettre des opinions. Mais je puis vous dire que ces opinions sont loin d'être partagées par tous nos confrères d'outre-Manche. Je dois à l'obligeance de l'un d'eux, qui pendant deux ans a été témoin des nombreuses tentatives du professeur d'Edimbourg, les renseignements suivants, auxquels son savoir et son honorabilité donnent un grand poids :

« La tolérance de l'utérus pour une telle intervention mécanique, m'écrit-il, diffère beaucoup selon les individus : chez quelques malades, ces instruments ne produisent que peu de malaise pendant les premières minutes ou les premières heures qui suivent l'introduction; chez d'autres, au contraire, ils sont aussi prompts à exciter une inflammation qui peut avoir des conséquences sérieuses. Il en résulte que dans quelques cas ils ont pu être portés pendant des jours, des semaines, des mois et même des années, sans qu'il surgit aucun inconvénient; mais dans d'autres cas la sensibilité de l'utérus a dès le premier moment posé un *veto* qu'on aurait dû respecter. Malheureusement il ne l'a pas été suffisamment par ceux qui se sont en quelque sorte identifiés avec le traitement mécanique, et c'est pour avoir méconnu ces avertissements de l'organisme qu'un certain nombre de femmes ont été victimes des redresseurs.

Si l'exquise sensibilité de la matrice, réveillée par la présence du corps étranger, est parfois vaincue, il semble que cet organe peut le supporter longtemps avec une impunité apparente. J'ai vu quelques cas de ce genre, mais je les crois très rares. Chez la grande majorité des femmes, il est survenu quelque état morbide de l'utérus ou de ses annexes, et un prompt retrait de l'instrument, ainsi qu'un traitement actif, sont devenus nécessaires.

L'effet immédiat de ces pessaires est pour un temps court singulièrement trompeur. Une malade, épuisée par la continuité de la douleur et par les autres symptômes, consulte un médecin *mécanique* : un pessaire est introduit; l'utérus est redressé. On la prie de se promener dans la salle de consultation, et, à son grand étonnement, comme si elle était sous l'influence d'un enchantement magique, tous les symptômes semblent avoir disparu : la marche est possible. On vante le médecin, on exalte son génie; le cœur plein de joie, on raconte aux amis étonnés la cure merveilleuse, et l'avenir apparaît plein d'espérances; mais à peine la merveille a-t-elle duré quelques heures qu'on voit la scène changer : une irritation commence, une inflammation aiguë la suit bientôt; on met en usage le calomel et l'opium avec tous les moyens antiphlogistiques, et la malade, si elle échappe à quelques-unes des plus graves maladies, a souvent à supporter les affreux résultats d'une salivation portée très loin. Telle est l'histoire d'un certain nombre de femmes qui ont été soumises au redressement mécanique.

Il ne peut y avoir aucun doute, car l'expérience est là pour en témoigner, l'usage de ces instruments peut être suivi des plus graves accidents : « des hémorrhagies, des fissures rectales, des ulcérations du rectum, des métrites, des métro-péritonites, des abcès pelviens en sont des conséquences assez fréquentes; plus d'une fois même la mort en a été le résultat final. »

M. Simpson lui-même a reconnu la possibilité de quelques accidents, puisqu'il dit : « J'ai parfois rencontré des cas dans lesquels le pessaire utérin a produit une irritation telle qu'elle a nécessité son retrait peu de temps après son introduction; » mais il est vrai qu'il ajoute que « ces cas sont des exceptions à la règle générale....; quelquefois aussi une légère ménorrhagie suit leur usage, particulièrement à la première ou à la deuxième période menstruelle. » (*Dublin quarterly journal for* 1848, p. 395.)

Le docteur Churchill (de Dublin) décrit cette méthode de traiter les affections utérines comme « *une tentative dangereuse d'intervention mécanique.* » (*Diseases of Women*, p. 110.) Plus loin, page 228, il ajoute : « Dans les cas de rétroversion ancienne, quoiqu'on remette l'utérus en place, il reprend bientôt sa position première, et on paraît en définitive n'avoir rien gagné.... A la première vue, l'instrument semble exactement répondre au but qu'on se propose; mais l'expérience a montré qu'on ne pouvait pas toujours s'en servir sans danger.... Deux cas m'ont été racontés dans lesquels l'instrument introduit occasionna une telle douleur que chaque fois on dut le retirer dans les vingt-quatre heures.... Somme toute, j'hésiterais à recommander un tel instrument. » En parlant de la dysménorrhée, le même auteur ajoute encore : « Non contents cependant de dilater graduellement les rétrécissements, M. Simpson et d'autres en ont conseillé la section au moyen d'un instrument ressemblant au lithotome caché, et la dilatation ultérieure au moyen de l'éponge préparée ou d'un dilatateur mécanique. J'avoue, dit Churchill, préférer le traitement le plus lent, mais le moins dangereux. Je ne puis admettre que l'utérus tolère aussi bien qu'on le pense la présence d'un corps étranger, et je pourrais citer plusieurs cas qui démontrent les résultats fâcheux de cette pratique intempestive. »

On peut peut voir dans le *Dublin medical Press for* 1852, p. 1, que le même auteur a vu des abcès pelviens résulter de l'usage des pessaires intra-utérins.

Le docteur Ashwell (de Londres) a vu également des accidents considérables résulter de l'usage de ces pessaires.

Dans un article qui a pour titre : « *Quelques causes de stérilité auxquelles on peut remédier au moyen d'un traitement mécanique*, le docteur Gream remarque en passant que la pratique qui consiste à introduire des instruments dans l'utérus et à les y faire séjourner n'exigerait aucun commentaire s'il n'était de toute nécessité de prévenir ceux qui seraient tentés de faire des expériences de tout le danger qui peut résulter d'une semblable introduction. Il dit que les cas ne sont pas rares dans lesquels beaucoup de mal a été fait par ces instruments, et les malades qui ont pu les garder pendant un voyage de douze heures pour venir à Londres ont été le plus souvent très enchantées de les faire retirer aussitôt leur arrivée : heureuses celles qui n'ont pas été obligées, comme cela est arrivé à d'autres, de subir un traitement destiné à remédier aux conséquences fâcheuses déjà produites! » (*Lancet for* 1849, vol. 1, p. 205.)

Dans une discussion qui eut lieu en 1852 dans la Société médico-chirurgicale de Londres, le docteur Robert Lée dit qu'il donnait des soins à une malade qui avait été d'abord soumise à un traitement pour une ulcération du col, et qu'ensuite une rétroversion ayant été alléguée comme la cause de ses souffrances, un *horrible instrument avec une longue tige avait été introduit dans l'utérus....* Il ajouta que, lorsque la malade fut presque tuée par *cette machine à empaler*, on la retira, mais la santé était dans un état déplorable. (*Lancet for* 1852, vol. 1, p. 160.)

Le même accoucheur distingué a rapporté un cas à peu près semblable. « Une jeune femme commença, peu de temps après son mariage, à éprouver de fortes douleurs dans le dos et la partie inférieure de l'abdomen, avec leucorrhée; elle consulta un praticien qui ordonna des injections, qu'elle employa pendant cinq mois sans éprouver aucun soulagement. Elle consulta alors un autre médecin qui la traita pour une ulcération, mais avec aussi peu de succès. Un troisième praticien consulté lui dit qu'elle n'avait jamais eu d'ulcération, que son véritable état avait été méconnu et mal traité, et que sa maladie consistait dans une rétroversion. Elle fut placée dans la position horizontale: un instrument fut introduit dans l'utérus en produisant des douleurs atroces. Les souffrances étant devenues intolérables, il fut retiré au bout d'une semaine. Un mois après il fut réintroduit; mais quoique la douleur produite fût très intense, la femme resta couchée sur le dos et porta l'instrument pendant six semaines. A cette époque, il le retira, et elle fut trop heureuse d'échapper la vie sauve des mains de son cruel exécuteur. » (*Lancet for*, 1851; vol. I, p. 290.)

Voici maintenant l'opinion du docteur Oldham : « Pour ce qui regarde le redresseur utérin du docteur Simpson, je dois avouer que je n'ose plus m'en servir. Dès le principe je fus frappé de son idée, et je pensai qu'elle pourrait être d'un grand secours, non-seulement pour la rétroversion, mais aussi pour les chutes utérines anciennes. Quand je le mis à l'essai, je trouvai qu'il y avait beaucoup de difficultés pour l'introduction et qu'il développait une grande irritation de l'utérus, qui forçait à le retirer. Je ne doute pas que la matrice de certaines femmes ne puisse tolérer cet irritant local; mais la possibilité de développer des accidents semblables à ceux que j'ai déjà vus me fait conclure d'une manière générale contre son adoption, surtout quand je songe que nous avons à notre disposition d'autres moyens auxquels on ne peut rien objecter. Je n'attache pas la même importance que le docteur Simpson au replacement de l'utérus comme moyen propre à diminuer son volume, et je suis persuadé que, dût il en résulter un pareil avantage, il serait plus que contre-balancé par ce qu'il y a de fâcheux à porter une tige d'ivoire à demeure dans la cavité utérine. » (*Guy's hospital reports for* 1849, p. 195.)

Peu de temps après avoir exprimé son opinion, le docteur Oldham recueillit deux observations suivies de mort qui vinrent lui démontrer qu'il était dans le vrai. En parlant du traitement mécanique de la stérilité, il s'exprime de la manière suivante : « Les accoucheurs doivent se faire un grand scrupule d'encourager un mode de traitement d'une efficacité douteuse et qui peut mettre la vie en danger..... » Dans ces opérations, on court des chances hors de proportion avec le bien qu'on peut obtenir, et je vais raconter deux cas mortels qui sont venus à ma connaissance : je ne puis m'empêcher d'en conclure que d'autres cas analogues se sont présentés, mais n'ont pas été publiés à côté de ceux qui ont eu une issue plus heureuse.

Obs. I. — Le 7 avril 1849, je reçus du docteur Golding-Bird l'utérus et les annexes d'une dame qui était morte de péritonite causée par des tentatives qui avaient pour but de guérir la stérilité au moyen de la dilatation mécanique. Ces pièces anatomiques étaient accompagnées de la note suivante :

« Une dame brune, âgée de trente-six ans, mariée depuis plusieurs années et qui n'avait jamais eu d'enfants, habitait la Jamaïque. Dès sa jeunesse elle souffrait d'une dysménorrhée intense; elle éprouvait toujours des douleurs pendant les rapprochements sexuels : elle était nerveuse, hystérique et excitable au dernier degré.

» Au mois de juin dernier, d'après l'avis de son médecin, elle vint à Londres tout exprès pour se faire dilater l'orifice utérin, chose que l'on avait déjà tentée avec des dilatateurs en cire. Le médecin accoucheur qui fut consulté à Londres fut du même avis, et crut que la stérilité et la dysménorrhée dépendaient d'un rétrécissement de l'orifice utérin. Il agrandit l'orifice au moyen de l'instrument tranchant et introduisit des dilatateurs d'argent. Ce procédé produisit d'horribles souffrances; et bien qu'au premier abord la malade s'imaginât que les douleurs de la menstruation étaient diminuées, celles-ci ne tardèrent pas à devenir aussi intenses qu'auparavant, et, en définitive, elle n'en éprouva aucun soulagement. Elle abandonna le traitement pour quelque temps; mais elle ne tarda pas à le reprendre de nouveau, et des canules d'argent furent passées dans l'utérus et laissées à demeure : de nouveau elle souffrit horriblement. Le samedi 31 mars, on introduisit un autre tube, et la souffrance fut intolérable. Des nausées et des frissons étant survenus, la patiente pria instamment sa sœur de retirer l'instrument, ce qu'elle réussit à faire. Comme son état empirait, un chirurgien du voisinage fut appelé, et la trouva atteinte de péritonite avec des phénomènes hystériques. Il survint presque aussitôt un état de collapsus, et elle continua à baisser jusqu'au mardi, époque à laquelle je la vis. Le pouls, filiforme, battait 200 fois par minute; l'abdomen était distendu; vomissements d'un liquide noirâtre; irritabilité extrême. Tout traitement fut inutile, elle ne tarda pas à succomber.

» *Autopsie.* — Tout est sain dans la cavité abdominale, au-dessus d'une ligne allant d'une épine iliaque à l'autre; au-dessous, il y avait une péritonite intense. Les circonvolutions de l'intestin y étaient recouvertes d'une lymphe comme butyreuse, et le bassin était rempli de pus liquide. L'ovaire et le ligament large droits étaient recouverts d'une même couche butyriforme, mais si faiblement adhérente qu'elle s'enlevait au simple contact de l'eau.

» La cavité de l'utérus était remplie de mucus sanguinolent.

» L'utérus était plus gros qu'il ne l'est ordinairement chez la vierge. Il était arrondi à sa face antérieure; il y avait à sa face postérieure une convexité saillante qui, par la mollesse générale du tissu, montrait qu'il avait été le siége d'un engorgement récent. Les vaisseaux sanguins, sur toute la surface de l'utérus et des annexes, étaient injectés de sang, et cela se voyait surtout à l'extrémité frangée des trompes, aux ovaires, aux ligaments larges et ronds.

» A la surface antérieure du corps de l'utérus il y avait deux petites tumeurs fibreuses saillantes du volume d'un gros et d'un petit pois. Le revêtement séreux était très vasculaire; les vaisseaux sanguins, sur ces petites tumeurs, étaient très prononcés. Il y avait une tumeur dans la paroi postérieure. Lorsqu'on divisa la paroi antérieure, on la trouva fort hypertrophiée; elle avait 8 lignes d'épaisseur. La couche musculaire était ramollie, les veines développées; un stylet les traversait avec facilité. La longueur des cavités du col et du corps réunies était de 2 pouces 10 lignes. La muqueuse du corps était molle, légèrement boursouflée et d'une teinte vermeille; il suffisait de l'agiter dans l'eau pour l'enlever. A l'orifice interne de l'utérus, il existait une zone de vaisseaux sanguins très injectés, interrompue dans un seul point; la circonférence de cette ouverture était de 8 lignes. L'orifice externe offrait un bord net et lisse, sans aucune éraillure et aucune trace de division; sa circonférence mesurait 1 pouce 1 ligne. Le col présentait ses caractères propres, et ses follicules étaient vides de mucus. Sur la paroi antérieure qui avait subi la division, la muqueuse était irrégulière et ses plis lacérés transversalement. L'extrémité de la trompe droite était presque complétement fermée comme si cela eût été une disposition congénitale (l'ouverture en était très petite). En l'ouvrant, l'extrémité frangée montrait ses riches plis de la muqueuse

qui la caractérisent, et qui étaient très injectés et recouverts de sang et de mucus. Les deux tiers restants du tube étaient sains en apparence, non vascularisés et perméables dans toute leur étendue.

» L'ovaire droit était ramolli et gros. Il y avait à l'extrémité utérine de l'ovaire un kyste assez volumineux pour contenir une petite noisette. Le stroma était gorgé de sang. Il n'y avait qu'un seul follicule de Graeff ratatiné. La surface de l'ovaire était épaisse et plissée.

» L'ovaire gauche était irrégulier dans sa forme; une portion mamillaire saillante sortait de son extrémité externe. Lorsqu'on coupa cette portion saillante, on la trouva dure et vasculaire comme le début d'une maladie maligne : l'enveloppe ovarienne épaisse et ridée, le stroma vasculaire, quelques restes de vésicules de Graeff à parois ridées, et quelques caillots de différentes couleurs, noirs et brunâtres. La trompe gauche était vasculaire du côté du pavillon, saine quant à sa muqueuse; son canal perméable partout. Cette trompe communiquait avec l'utérus d'une manière plus directe que celle du côté opposé, qui était plus flexueuse. Le veines et artères saines.

» Le ligament rond du côté droit sain et vasculaire; le vagin sain. »

Le docteur Oldham ajoute : « Il n'est pas nécessaire de faire un long commentaire sur cette observation; elle offre un exemple des plus instructifs des effets dangereux de la dilatation, même entre des mains expérimentées, et de la grande prudence qui doit présider à l'entreprise de cette opération. Cette observation est également importante, en ce qu'elle prouve la difficulté de découvrir la cause de la stérilité. Je suis sûr qu'il n'y avait aucune espèce de rétrécissement morbide dans ce cas, et que l'orifice et le col de l'utérus, qui seuls furent traités, n'avaient rien à faire avec la dysménorrhée et la stérilité, qui dépendaient sans doute de l'atrophie de l'ovaire; et l'oblitération congénitale de l'extrémité de la trompe droite eût suffi pour exclure l'ovaire correspondant de toute participation à la fonction de reproduction.

Obs. II. — M. Oldham doit à M. Bransby-Cooper les détails de ce cas, qui se termina aussi fatalement que le précédent :

« Une grande dame, qui était mariée, recevait les soins de M. Cooper pour une fissure à l'anus très douloureuse; il l'incisa et la guérit très rapidement. Elle lui parla alors de ce qui était pour elle la cause d'un grand chagrin, c'est-à-dire de sa stérilité, qu'elle rattachait à son indifférence complète dans les rapprochements sexuels. M. Cooper examina les organes de la génération; mais comme il n'y découvrit rien qui réclamât les soins de la chirurgie, il adressa cette dame à un médecin accoucheur. Celui-ci trouva l'utérus en rétroversion, et regarda cette déviation comme la cause probable de la stérilité; il introduisit un pessaire utérin à tige, qui fit se développer une péritonite à laquelle la malade succomba en trois jours.

Le docteur Oldham ajoute qu'il regrette qu'un cas aussi instructif n'ait pas été publié par l'accoucheur même dans la pratique duquel il a été observé. Son opinion d'ailleurs est que de simples déplacements en avant ou en arrière ne causent pas la stérilité si l'utérus n'est pas malade, et il ne peut s'empêcher de stigmatiser le redressement utérin en le qualifiant de méthode brutale et dangereuse.... Il pense aussi que l'antéversion ou la rétroversion d'un utérus peu volumineux, sans autre complication, n'occasionnent pas une grande gêne et qu'il vaut infiniment mieux ne pas y toucher et améliorer son tissu en même temps que toute l'économie plutôt que de le suspendre en l'air sous le vain prétexte de le guérir. (*Guy's Hospital reports for* 1849, p. 372.)

Dans un entretien récent que j'ai eu avec M. Mongommery (de Dublin), dont les travaux spéciaux et justement estimés sont certainement connus de vous, ce savant confrère, interrogé par moi sur l'opinion qu'il s'était faite de la valeur du traitement mécanique dans les déviations utérines, m'a répondu que tout ce qu'il en savait, tout ce qu'il en avait vu l'avait intimement convaincu et de son impuissance et des graves dangers qu'il faisait courir aux femmes.

Dans un mémoire publié dans l'*Edimburgh medical and surgical journal* d'avril 1854, M. M. Duncan, qui pratique à côté de M. Simpson, exprime une opinion à peu près semblable.

Il m'aurait été facile de multiplier encore le nombre des citations; mais je crois en avoir dit assez pour prouver qu'en Angleterre, comme en France, l'opinion générale s'était déjà hautement prononcée.

En parlant de l'hystéromètre, je me suis réservé de revenir sur l'emploi de cet instrument comme moyen de diagnostic; car, quand on le fait agir dans le but d'opérer le redressement de la matrice, j'ai déjà signalé qu'il devait être considéré comme un véritable pessaire intra-utérin, avec cette différence seulement que, le séjour du corps étranger étant de très courte durée, il devait produire une irritation moins vive et par conséquent des accidents moins fréquents.

Il est d'autant plus important que je vous parle du cathétérisme de la matrice que ce mode d'exploration n'a pas inspiré les mêmes défiances que les pessaires intra-utérins, qu'il a été accepté comme méthode générale par un certain nombre de praticiens distingués, et que même, chose que je ne puis comprendre, il a été conseillé par Kiwisch comme moyen de diagnostic dans les cas de grossesse. Permettez-moi donc d'examiner rapidement s'il est nécessaire dans la généralité des cas; si dans quelques circonstances, au contraire, loin d'éclairer le diagnostic, il ne peut pas induire en erreur; enfin, si les dangers qu'il fait courir aux femmes ne doivent pas le faire réserver dans la pratique uniquement pour les cas exceptionnels où le diagnostic de la déviation est incertain.

J'avoue qu'en réfléchissant à la facilité avec laquelle on résout, en général, le diagnostic d'une déviation de l'utérus, je suis loin d'être édifié sur la nécessité du cathétérisme. La seule chose qui manque trop souvent, c'est qu'on n'est pas convenablement familiarisé avec les divers modes d'exploration que nous possédons, et qui suffisent presque toujours pour donner au diagnostic le degré de précision nécessaire. Je suppose l'utérus incliné en avant. Le doigt, en suivant la paroi supérieure du vagin, après avoir constaté la direction du col en arrière, sera-t-il embarrassé pour reconnaître que la direction du corps est la même que celle du col, et que l'utérus tout entier est plus ou moins horizontalement placé? Le vide qui existe au-dessus du col, vers la courbure du sacrum, et qu'on peut apprécier soit par le vagin, soit par le rectum, ne confirmera-t-il pas un diagnostic qui était déjà suffisamment fondé? Mais, dira-t-on, comment distinguer l'antéversion de l'antéflexion? C'est habituellement la chose du monde la plus simple. Dans cette dernière déviation, un peu au-dessus de l'insertion antérieure du vagin, existe une dépression transversale plus ou moins profonde, surmontée par une saillie formée par la paroi antérieure, et souvent même par le fond de la matrice. La dépression s'étend à toute la largeur de l'organe, dont on peu suivre les bords recourbés en arc de cercle. Le col, d'ailleurs, occupe sa place habituelle, ou bien, dans certains cas, il est lui-même dirigé en avant.

Pour les déplacements en arrière, même facilité dans presque toutes les circonstances, soit pour les distinguer de ceux qui ont lieu en avant, soit pour éviter de confondre la rétroversion avec la rétroflexion. Ici, surtout, le toucher rectal sera avantageusement associé à l'examen vaginal, sans compter que dans toutes les explorations vaginales on devra, après avoir placé la femme dans une position convenable, chercher, avec la main qui déprime préalablement les parois abdominales, la direction de la partie supérieure de l'utérus.

Veut-on savoir si cet organe a augmenté de volume partiellement ou d'une manière générale, avec le doigt dans le vagin, on se rend facilement compte de la manière d'être de la portion vaginale du col, et au-dessus, de ce qu'on désigne généralement sous le nom de segment inférieur. L'augmentation de volume porte-t-elle uniquement sur la paroi antérieure, la saillie qui existe en avant ne sera prise ni pour une antéflexion, ni pour une antéversion, si on se donne la peine d'explorer en arrière, soit par le vagin, soit surtout par le rectum.

Si elle existe sur la paroi postérieure seulement, un examen correspondant et des résultats inverses suffiront presque toujours à quiconque a de l'habitude.

Pour constater l'augmentation qui est générale, une première investigation, faite avec le doigt placé dans le vagin et promené circulairement en repoussant la partie supérieure de ce canal aussi haut que possible, donnera d'abord la sensation d'un corps plus volumineux, plus lourd et moins mobile; puis, si on place ce doigt sur le col, et qu'avec l'autre main on cherche dans le bassin à travers les parois abdominales déprimées, on parviendra, dans la plupart des cas, à fixer de la sorte l'utérus entre ses deux mains, et à se faire une idée suffisamment exacte de l'étendue de son diamètre vertical. Est-il donc besoin de savoir, à quelques millimètres près, quelle est la profondeur de la cavité utérine? Quant à l'abaissement, je n'ai pas besoin de dire que l'hystéromètre est complètement inutile pour apprendre à le reconnaître.

Mais il y a plus; non-seulement l'hystéromètre n'est d'aucune nécessité dans la plupart des cas qui s'offrent aux praticiens, mais il peut, dans certaines circonstances, faire commettre des erreurs. Je suppose, par exemple, une tumeur fibreuse d'un petit volume développée dans la paroi antérieure de la matrice, et ayant plus de tendance à faire saillie vers la cavité utérine qu'à l'extérieur; qu'arrivera-t-il si on introduit une sonde? Celle-ci, après avoir franchi le col, montrera un obstacle en avant, et pour la faire pénétrer sans difficulté, il faudra diriger sa courbure en arrière. Or, admettez qu'une autre tumeur existe simultanément sur la paroi postérieure, et il deviendra facile de comprendre qu'on puisse s'en laisser imposer et croire à une rétroflexion ou à une rétroversion. D'autres conditions se présentent encore, dans lesquelles il serait aussi facile de se laisser tromper; mais il me suffit d'avoir appelé votre attention sur l'une d'elles.

Dira-t-on que l'hystéromètre permet d'apprécier le degré de mobilité de l'utérus? La chose est possible, mais on n'a pas besoin de lui pour obtenir ce même résultat. Un doigt suffisamment exercé donne en général, sous ce rapport, toutes les notions désirables.

Cependant je suis loin de nier que le cathétérisme ne puisse être utilement employé dans quelques cas; c'est ainsi que le diagnostic des polypes intra-utérins ou des autres tumeurs existant dans la cavité pourra être rendu plus facile et plus précis; c'est encore avec l'hystéromètre qu'on se tirera d'embarras quand on devra décider si une tumeur qui existe en arrière est formée par la paroi postérieure de l'utérus, ou bien si elle en est indépendante. Mais ces cas et quelques autres que je pourrais citer encore ne se rencontrent qu'exceptionnellement, et s'annoncent d'ailleurs avec d'autres caractères généraux qui concourent aussi à mettre sur la voie.

En réfléchissant à tout ce qu'on a entrepris depuis quelques années contre l'utérus, qu'autrefois on osait à peine regarder, on ne peut s'empêcher de se demander si nos devanciers étaient trop timides, ou si nous ne sommes pas devenus trop téméraires. Il y a du vrai dans ces deux propositions, mais surtout dans la dernière; et pour vous convaincre sur ce point, il me suffirait, si j'en avais le temps, de vous rappeler tout ce qu'on a fait depuis vingt-cinq ans sous le prétexte de perfectionner le traitement des affections utérines.

Il faut bien se garder de faire du cathétérisme une méthode générale. C'est un mode d'exploration qu'il faut réserver pour les cas où il est indispensable, car on va voir que l'introduction d'une sonde n'est pas chose aussi simple qu'on l'a prétendu.

Si vous consultez, en effet, les observations qui ont été publiées, vous y verrez que presque toujours cette opération, qu'on dit simple, a produit des douleurs plus ou moins vives; qu'elle a fait apparaître à peu près constamment une certaine quantité de sang, et même des pertes; que quelques femmes ont eu du frisson et de la fièvre; d'autres, de véritables métrites ou des péritonites; et, s'il est vrai qu'on soit habituellement parvenu à maîtriser ces accidents et à calmer même dans certains cas l'irritabilité utérine, il faut savoir que beaucoup de femmes, moins heureuses, ont payé de leur vie une investigation dont on aurait pu se passer.

La question que nous avons eue à examiner est trop neuve et trop importante pour que je ne fasse pas passer sous vos yeux un certain nombre de faits malheureux que j'ai pu réunir. J'espère qu'ils porteront avec eux un enseignement qui ne sera pas perdu pour l'avenir.

Voici une première observation de péritonite mortelle, survenue à la suite d'un simple cathétérisme utérin; elle m'a été communiquée par mon excellent ami le docteur Noël Gueneau de Mussy.

(Nous donnerons la suite de ce rapport dans le prochain numéro.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 mai 1854. — Présidence de M. Combes.

Recherches sur les courants musculaires. — M. Jules Regnault communique un nouveau travail sur les courants musculaires. L'objet principal de ce mémoire est de rechercher le rapport qui existe entre la force électro-motrice du tissu musculaire et celle des diverses sources d'électricité dynamique.

M. Dubois-Raymond, en fixant les lois du courant musculaire, a montré que les phénomènes observés dans le muscle d'un animal récemment tué sont la résultante des courants partiels qui dans chaque fibre élémentaire circulent de la section transversale à la section longitudinale.

L'assimilation d'un muscle à un couple voltaïque ordinaire serait peu exacte; mais il est permis, en se fondant sur des faits bien établis, de chercher quelle est la valeur des effets électro-dynamiques complexes qui constituent le courant musculaire.

En opérant avec les précautions convenables sur le gastro-cnémien de la grenouille, j'ai trouvé que la force électro-motrice *maxima* de ce muscle est comprise entre 5 et 4 unités thermo-électriques (bismuth et cuivre, différence de 0 à + 100 degrés).

Le faisceau des muscles de la cuisse sur lequel M. Matteucci a toujours opéré, et qu'il désigne sous le nom d'élément dans sa pile musculaire, présente une valeur plus considérable de 10 à 9 unités du même genre. Ces déterminations, faites sur une grande quantité de ces reptiles très différents par leur taille, ont prouvé que ces nombres sont indépendants de cette condition. J'ai constaté sur plusieurs muscles bien isolés, tels que le gastro-cnémien, le couturier, etc., des valeurs renfermées dans les deux limites indiquées plus haut.

Il serait prématuré d'énoncer une opinion sur la cause de ces différences dans un même individu; car en admettant, ce qui est peu probable, une valeur constante pour chaque fibre élémentaire, l'effet résultant peut être influencé par l'ordonnation des fibres dans un même muscle, et sans doute aussi par des distributions variables de la couche *parélectronomique* décrite par M. Dubois-Raymond.

Dans le but de savoir si chez un animal à température constante la force électro-motrice musculaire est du même ordre que pour les animaux à température variable, j'ai opéré avec plusieurs muscles préparés très rapidement sur un lapin vivant. J'ai choisi le gastro-cnémien, le biceps brachial, le jambier, muscles très propres, par leur forme, à des recherches de ce genre. Le biceps donne un nombre variant de 6 à 5 unités, le gastro-cnémien de 7 à 6, le jambier de 11 à 10.

M. Matteucci a remarqué que dans les muscles d'un animal dit à sang froid la diminution d'intensité du courant est plus lente que dans ceux d'un animal à sang chaud : j'ai pu vérifier ce fait. Mais pour connaître la loi du décroissement de la force électro-motrice, j'ai laissé le muscle en opposition avec les éléments thermo-électriques qui lui font équilibre, en notant les temps successifs nécessaires pour que la valeur décroisse d'une unité.

L'auteur rapporte ici la relation de deux de ces expériences.

On voit, d'après les nombres énoncés dans le tableau dressé par M. Regnault, que, pour tomber au même degré d'affaiblissement, le muscle de l'animal à température variable a employé cinq heures, tandis qu'il a suffi de trois heures au muscle du mammifère. Ce tableau montre en outre que, à partir de la plus grande intensité du courant jusqu'à son extinction, le temps nécessaire pour que la force électro-motrice perde une même fraction de sa valeur subit des accroissements remarquables.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous avons reçu trop tard pour l'insérer dans le dernier numéro l'avis suivant :

« M. le ministre de l'instruction publique vient d'inviter la Faculté de médecine de Paris à lui adresser, conformément aux dispositions du décret organique du 9 mars 1852, une double liste de candidats pour la chaire de clinique externe vacante par suite du décès de M. le professeur Roux.

» Cette liste devant être présentée dans un très court délai, MM. les docteurs qui désirent y être portés sont invités à déposer leur demande et leurs titres au secrétariat de la Faculté avant le 1er juin 1854. »

— La Société médicale du 12e arrondissement tiendra sa prochaine séance le mercredi 7 juin, à sept heures et demie du soir, à la mairie de l'arrondissement.

Ordre du jour. — Examen du livre de M. Sperino sur la syphilisation et des critiques qui en ont été faites; par M. Auzias-Turenne.

Le secrétaire général, Vimont.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira, le mardi 30 mai, à onze heures, son cours de physiologie comparée, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure, dans l'amphithéâtre de la galerie de zoologie du Muséum d'histoire naturelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Philosophie du dix-neuvième siècle. Etude encyclopédique sur le monde et l'humanité; par M. le docteur Guépin (de Nantes). Un fort vol. in-8°. Prix : 7 fr. — Paris, Gustave Sandré, éditeur, rue Percée-St-Andre-des-Arts, 11.

Choléra-Morbus, Guide du médecin-praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie; suivi d'un *Dictionnaire de thérapeutique* appliqué au choléra-morbus, et d'un *Formulaire spécial*; par le docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, etc. — Un vol. in-8° de 384 pages. Prix : 5 fr. — Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 63. — SAMEDI 27 MAI 1854. (27e ANNÉE.) N° 63. — SAMEDI 27 MAI 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

La décroissance du choléra continue toujours, ainsi qu'on en peut juger par le rapprochement des chiffres de la dernière semaine avec ceux des deux semaines précédentes :

Du 4 au 10 mai, le total des cas était de 138.

Du 11 au 17, il était de 62.

Du 18 au 23, il n'est plus que de 36.

Mais il est digne de remarque que la diminution des attaques n'entraîne nullement une diminution correspondante dans l'intensité de la maladie. Les invasions, tout en devenant de plus en plus rares, n'en sont pas moins toujours aussi graves, et la proportion de la mortalité se maintient à peu près au même niveau, c'est-à-dire à plus de moitié de la totalité des invasions.

Quant à la répartition entre les cas reçus du dehors et ceux qui se sont déclarés à l'intérieur des hôpitaux, la proportion de ces derniers semble diminuer à mesure que le chiffre total s'abaisse, ainsi qu'on peut le voir en comparant le tableau suivant avec ceux des semaines précédentes. Enfin, nous ferons remarquer comme un fait qui n'est pas moins digne d'attention que c'est toujours l'hôpital de la Charité qui figure pour le plus grand nombre des cas développés sur place. Les huit cas signalés dans le tableau de cette semaine appartiennent exclusivement à cet hôpital.

Voici les détails du mouvement quotidien dans les hôpitaux du 18 au 23 de ce mois :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 18 mai,	6	2	8	9	6
19 »	5	2	7	4	3
20 »	8	0	8	6	3
21 »	0	2	2	6	6
22 »	5	0	5	3	4
23 »	4	2	6	8	4
	28	8	36	36	26

Situation générale au 17 mai. — Cas traités dans les hôpitaux depuis le commencement de l'épidémie. 2,018

Sorties. . . . . 829 }
Décès. . . . . 1,063 } 1,892

Restant en traitement. 126

Au moment où nous rédigions ce bulletin, nous apprenons qu'un malade, auquel M. Nélaton devait pratiquer ce matin l'ablation du maxillaire supérieur pour un cancer du sinus maxillaire, a été pris la nuit dernière d'une attaque de choléra qui laisse peu d'espoir de le sauver.

Ablation d'une amygdale sur laquelle diverses tentatives avaient déjà été faites avec un résultat insuffisant. — Accidents assez graves dus à cette hypertrophie.

Voici l'observation dont nous avons parlé dans notre numéro du 21 mai et qui appartient à M. Chassaignac.

R..., âgé de seize ans et demi, a déjà été opéré deux fois pour l'hypertrophie des amygdales : une première fois par M. Lafond, il y a près de neuf ans; une autre fois par M. Gely, il y a cinq ans. Dans les deux cas l'ablation a été incomplète. Les inconvénients nombreux déterminés chez ce jeune homme par l'hypertrophie amygdalienne ont un peu diminué, mais ils sont nombreux et assez graves. Il faut qu'il en soit ainsi pour que les parents se soient décidés à réclamer une troisième opération.

L'hypertrophie date des premières années de la vie. Elle a eu pour effet jusqu'ici, ou du moins il a semblé qu'on devait lui attribuer :

1° Une agitation insolite pendant le sommeil, et qui consiste en un mouvement alterne incessant, par suite duquel la tête vient battre contre les côtés du lit;

2° Une surdité incomplète, mais dont la relation avec l'hypertrophie est tellement certaine, qu'aujourd'hui où l'amygdale gauche persiste encore avec un volume assez considérable, la surdité existe d'une manière très marquée à gauche, tandis qu'elle n'existe presque plus du côté droit, où l'amygdale a été beaucoup plus amoindrie par les opérations antérieures ;

Rétrécissement tellement prononcé des fosses nasales, que c'est à peine si l'air peut passer par la gauche, qui est presque oblitérée comme elle l'est quand il y a polype ;

Ganglion cervical induré à gauche à la hauteur de l'amygdale hypertrophiée, et n'ayant pas de connexion, ou du moins de continuité avec elle;

Voix tellement altérée, que l'on est frappé du caractère qu'elle présente aussitôt que le jeune garçon parle.

La poitrine est peu développée, mais ne présente pas un relief médian très marqué.

L'état intellectuel et moral offre des bizarreries qui ont frappé les parents et les inquiètent.

Pas d'aptitude au travail. Les parents sont très intelligents, et même distingués. Tous les autres enfants de la même famille (il y en a cinq) ne présentent point cette sorte d'arrêt de développement.

Il y a une sorte d'état permanent de névropathie pharyngienne, ou si l'on veut d'hypéresthésie pharyngienne telle, que cet enfant ne peut rien supporter dans cette région. On le touche avec une solution légère de nitrate d'argent; il déclare qu'il a éprouvé des douleurs atroces, qu'il préfère l'opération, et qu'il ne laissera plus mettre la solution. On lui fait de simples frictions avec la pommade iodée sur les régions sous-maxillaires latérales; il se plaint presque aussi vivement.

On ne peut donc conserver l'espoir d'amener une solution dans une situation devenue vraiment difficile que par une nouvelle opération, qui sera le complément des deux opérations précédentes.

En somme, ce qui touche chez cet enfant à la question de ses amygdales le préoccupe d'une manière tout à fait insolite pour son âge; il s'occupe d'opérations, s'informe de ceux qui en ont subi, raisonne les chances de réussite; il a un peu de cette préoccupation des hypocondriaques.

Une difficulté préalable : le toucher fait reconnaître dans les résidus amygdaliens un état d'induration accusant la subinflammation chronique. On est donc à peu près certain que sous l'influence de la phlegmasie chronique les relations de l'amygdale avec les tissus ambiants ne s'établissent plus par un tissu cellulaire lâche, et que dès lors la possibilité d'énucléer est très problématique. De plus, le ganglion induré est-il l'amygdale elle-même? Cette question est écartée par MM. Mahot et Hignard; il y a indépendance des deux objets.

Malgré tout cela, j'essaie l'emploi de l'anneau sur l'amygdale gauche. On n'y peut songer à droite. Mais à gauche l'énucléation réussit complètement, et l'amygdale est enlevée avec une collerette muqueuse : preuve certaine de l'énucléation.

L'amygdale enlevée est d'un assez bon volume, mais il faut croire qu'il y a tassement ou étranglement, car on est frappé de la grandeur de l'espace, de l'hiatus énorme que laisse l'amygdale enlevée. J'essaie pour la droite le histouri; j'en enlève une portion, et je laisse le reste.

Guérison de l'hydrocèle sans alitement de l'opéré.

M. Dupierris a récemment fait connaître un nouveau mode d'opérer les hydrocèles. Il consiste dans l'injection, après la paracentèse, de 8 grammes d'alcool laissés dans la tunique vaginale. Cette innovation serait de peu de valeur si elle se bornait à substituer un liquide à un autre; mais un bien autre avantage y est attaché, suivant M. Dupierris, c'est de provoquer, au moyen de ce dosage exact du liquide irritant, une inflammation si justement contenue, que le malade, exempt de tous symptômes généraux, peut vaquer à ses occupations comme s'il n'avait point été opéré.

C'est là ce qui a porté M. Ad. Richard à essayer cette méthode. Le succès parfait obtenu sur deux malades opérés à l'hôpital Saint-Antoine doit inviter les chirurgiens à imiter son exemple.

Le 1er avril 1854, en présence de M. Dupierris, M. Ad. Richard opère dans les salles le nommé Jallerat, marchand ambulant. Cet homme est âgé de trente-huit ans; son hydrocèle est très ancienne. Quand il avait vingt ans, elle était assez marquée pour l'avoir fait réformer. Néanmoins, son volume resta longtemps peu considérable, et le malade ne s'en occupait pas. Mais dans ces quatre dernières années la tumeur a grossi; elle provoquait quelques tiraillements douloureux. Un médecin fut consulté, qui crut à une hernie et fit porter un bandage. Celui-ci contribua plutôt à augmenter la gêne, et c'est avec un grand plaisir que le malade a appris qu'une opération très simple et non douloureuse pouvait le débarrasser de sa grosseur et de la nécessité de porter un appareil.

Tous les signes d'une hydrocèle de la tunique vaginale étant constatés, le kyste, dont le volume surpasse un peu celui du poing, est ponctionné avec un trocart explorateur d'un très petit calibre. Le liquide est citrin, et les dernières gouttes sont exprimées avec le plus grand soin, en y mettant même une certaine force de pression. On injecte alors dans la poche 8 grammes d'alcool froid marquant 36° à l'aréomètre Baumé; en un mot, de l'esprit-de-vin ordinaire; puis de suite la canule est retirée et l'alcool reste en totalité.

L'opération ne provoque aucune douleur. Le jour même, la bourse commence à grossir, mais le malade ne souffre pas. Il reste levé deux heures.

Le lendemain, à la visite, on constate du gonflement avec légère rougeur des téguments. Le malade dit n'éprouver aucune douleur. Il se lève quatre ou cinq heures.

Au bout de quarante-huit heures, les bourses ont atteint le développement qu'elles avaient avant l'opération ; la rougeur extérieure a augmenté. Point de symptômes généraux; douleurs nulles. Le malade circule toute la journée et est employé au service des salles. Il n'a cessé de manger ses quatre portions.

La période d'état continue jusqu'au neuvième jour. Alors la tumeur a un peu diminué; l'épiderme se desquame en provoquant de fortes démangeaisons.

Au douzième jour, on cherche à reconnaître si la tumeur offre de la transparence : elle est opaque.

Le 19 avril, le malade sort de l'hôpital. La tumeur a diminué d'un tiers environ.

Le 15 mai, suivant sa promesse, il se présente à la consultation. Les deux bourses ont sensiblement le même volume. Il est parfaitement guéri.

Le 11 avril, la même opération est pratiquée à un homme de trente-trois ans, nommé François Malinge, ébéniste, demeurant rue Mouffetard, n° 119.

Il y a quatorze ans, sa maladie a été également pour lui un motif d'exemption militaire ; elle date donc de loin, et le malade dit même qu'il a toujours connu la bourse du côté droit plus grosse que celle du côté gauche. Les caractères de la tumeur viennent à l'appui de ce commémoratif. Du volume d'un gros œuf de dinde, très fluctuante, transparente, elle est plus sphérique que les hydrocèles ordinaires, et l'indépendance du testicule placé directement en bas et en dedans prouve que le kyste est hors de la vaginale proprement dite. En un mot, il s'agit ici d'une hydrocèle du cordon. De quelle nature? Cela est difficile à préciser certainement. Si pourtant on remarque que le testicule du côté opposé remonte dans l'intérieur du trajet inguinal, que l'hydrocèle date de l'enfance, on a de la tendance à penser qu'il s'agit d'une hydrocèle congéniale dont la poche s'est affranchie consécutivement de la vaginale proprement dite. L'épanchement, du reste, est tout à fait irréductible; la toux ne produit point de retentissement sur la poche. Néanmoins, au moment d'opérer, toutes les précautions sont prises contre la communication possible avec le péritoine.

Le jour de l'opération, le malade mange deux portions; il garde le lit.

Le lendemain, la tumeur est près d'atteindre son volume primitif; elle est flasque, fluctuante, point douloureuse. Le malade se promène une partie de la journée.

Le troisième jour, de la douleur s'est manifestée la nuit, mais très modérée; la rougeur est assez vive, et les couches sous-cutanées du scrotum sont œdématiées. Aucun symptôme général. Deux portions. Le malade préfère garder le lit, et n'y éprouve point de douleur.

Le quatrième jour, il se lève six heures et n'a point souffert. Pourtant la tuméfaction a fait de nouveaux progrès. Dès lors, le malade se lève toute la journée et se promène dans le jardin de l'hôpital. La tumeur reste stationnaire; l'œdème et la rougeur se localisent à sa partie inférieure, laquelle est douloureuse à la pression.

Au bout de dix jours, bien qu'il n'y ait aucune diminution dans la tumeur, le malade désire reprendre ses travaux hors de l'hôpital.

Le 18 mai, il se présente à la consultation, où nous constatons son entière guérison; car il existe une différence à peine sensible entre les deux côtés des bourses.

Dans les deux observations qui précèdent, l'opération a été identiquement la même, le résultat final également heureux; les suites ont un peu différé. Si nos deux malades ont été pendant tout

le temps à l'abri de tout symptôme général, le second pourtant a éprouvé, contrairement au premier, une gêne douloureuse qui a duré trois jours. Il nous a dit qu'il aurait pu, malgré cela, travailler; mais le fait est qu'il a préféré garder le repos. Quoi qu'il en soit, dès le quatrième jour toute gêne avait disparu.

Si les faits de guérison analogues aux deux précédents se multiplient, il serait difficile qu'on hésitât à préférer cette nouvelle pratique à celle qu'on met communément en usage. On pourra même diminuer la dose d'alcool, en prévenant le malade qu'un insuccès serait possible.

De l'hémorrhagie après l'accouchement. Moyen d'en prévenir le développement lorsqu'elle est imminente.

Nous avons publié dans notre numéro du 18 mars dernier une analyse de quelques leçons de M. le professeur Paul Dubois sur les hémorrhagies qui surviennent avant ou après l'accouchement, et sur les moyens d'y remédier. M. le docteur Alf. Liégard nous adresse à cette occasion une note sur un procédé à l'aide duquel il croit pouvoir s'opposer avec certitude au développement de l'hémorrhagie imminente après l'accouchement.

Nous nous empressons de nous rendre au vœu de notre confrère en publiant cette note, qui sera comme un complément naturel des articles que nous avons publiés sur les métrorrhagies puerpérales.

Avant d'exposer son procédé, M. Liégard discute en ces termes l'opportunité de son emploi:

Comment prévoir qu'une femme sera prise d'hémorrhagie après son accouchement? Et si rien ne fait prévoir cet accident, pourquoi s'occuper de le prévenir? N'est-ce pas combattre un fantôme? A cette objection spécieuse, voici ce que la science et l'expérience répondent: Lorsqu'une femme a éprouvé, après ses deux ou trois premiers accouchements, une hémorrhagie grave et alarmante, on peut être certain qu'elle se renouvellera dans une prochaine parturition; et même il arrive presque toujours que cet accident est beaucoup plus redoutable dans les derniers accouchements que dans les premiers. On conçoit, en effet, que la cause ordinaire de la perte du sang, l'*inertie*, le *défaut de contraction* des parois utérines, devient de plus en plus prononcée à mesure qu'une série de grossesses a débilité et relâché davantage les fibres de ces parois.

Parmi les moyens que la science possède et peut opposer à ce danger menaçant, l'un des meilleurs est bien certainement le *seigle ergoté* donné quelques minutes avant la sortie de l'enfant; l'expérience a démontré que l'action de ce médicament n'est pas infaillible, et qu'elle est même complétement nulle sur un certain nombre de sujets: de sorte qu'il serait très imprudent de s'en rapporter, dans un cas aussi grave, uniquement à ce seul moyen. Depuis vingt ans j'ai opposé à cette malheureuse prédisposition, en outre du seigle ergoté *avant*, les injections froides dans la veine ombilicale *après* l'accouchement. Dans plusieurs cas même, je me suis contenté de ce dernier moyen, et cela, avec un tel avantage, avec un si constant succès, que je regarde maintenant cette disposition hémorrhagique comme une circonstance fort simple et qui ne m'inspire plus la moindre inquiétude..... Parmi les nombreuses observations que je pourrais invoquer ici à l'appui de ma proposition, je me contenterai de rapporter la suivante, qui renferme à la fois la preuve de la vertu des deux moyens réunis et celle de l'insuffisance du *seigle ergoté* employé seul à la manière ordinaire.

Mme Douin, âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament sanguin-nerveux et d'une faible constitution, était bientôt arrivée au terme d'une quatrième grossesse. Les autres accouchements, et *surtout le dernier*, avaient été suivis, immédiatement après le décollement du placenta, d'une perte si considérable que la mort avait été imminente. La dernière avait été si forte et si opiniâtre que, malgré une grande quantité d'eau froide versée avec force sur le ventre et les cuisses, le sang ne s'était arrêté que pendant une syncope très prolongée; et cette dame avait été ensuite fort longtemps dans un tel état de faiblesse que, six semaines après, elle pouvait à peine soulever ses bras et se remuer dans son lit. (Elle habitait alors un bourg à quelques lieues de Caen.)

Une chose digne de remarque, c'est que sa mère, qui avait eu trois enfants, avait elle-même éprouvé après chacun de ses accouchements des hémorrhagies violentes et opiniâtres. Des faits semblables nombreux semblent démontrer que cette prédisposition hémorrhagique provient d'une conformation organique particulière héréditaire. Les parents, et surtout le mari, étaient fort alarmés sur les suites de cette quatrième grossesse. Ce dernier vint me raconter les circonstances déjà rapportées plus haut, et me faire part de ses vives inquiétudes. Le médecin du bourg qu'il habitait autrefois lui avait toujours dit que rien ne pouvait remédier à cette prédisposition fâcheuse; c'est pourquoi il parut extrêmement surpris, lorsque je lui donnai l'assurance positive que cette fois l'*hémorrhagie ne se produirait pas*.

Les douleurs avaient commencé à sept heures du soir (8 août 1835); à dix heures l'accouchement était sur le point de se terminer. Je délayai alors 2 grammes de seigle ergoté en poudre fine dans un demi-verre d'eau rougie sucrée, et je le fis prendre entre deux douleurs. Dix minutes après l'enfant fut expulsé par les contractions *utérines naturelles*. La matrice resta légèrement contractée sur le placenta, mais je ne vis rien qui démontrât clairement l'action du médicament.

Bientôt après j'administrai une semblable dose de cette poudre. Des douleurs faibles et éloignées se firent sentir, mais le placenta restait toujours adhérent; elles diminuèrent peu à peu, et disparurent enfin complétement.

Je craignis que, la matrice tombant dans l'inertie et le placenta venant à se détacher, cette terrible hémorrhagie ne se produisît de nouveau. Je me disposai donc promptement à faire les *injections*. En conséquence, je versai 150 grammes de vinaigre dans 5 verres d'eau très froide, et j'injectai environ 200 grammes de ce liquide dans la veine ombilicale. Il se manifesta aussitôt une sensation de fraîcheur dans le fond de l'utérus, et presque en même temps une contraction bien évidente de cet organe.

Quelques minutes après j'injectai encore 150 grammes de cette eau acidulée, et alors la douleur devint plus forte, la matrice se durcit davantage. Je fis avec confiance une traction modérée sur le cordon, et le placenta se détacha sans aucune résistance; la contraction utérine continua *sans interruption*, et il n'y eut pas la moindre apparence d'hémorrhagie.

Cette dame, qui n'a pas nourri son enfant, s'est levée le sixième jour, et sa santé a été ensuite très bonne. Deux ans après, la même personne est accouchée pour la cinquième fois; j'ai encore eu recours au seigle ergoté employé comme ci-dessus peu d'instants avant la sortie de l'enfant; mais comme cette fois les contractions utérines paraissaient assez énergiques, je crus pouvoir négliger les injections... Il y avait plus d'une demi-heure que l'enfant avait été expulsé; je profitai d'une douleur assez forte pour exercer des tractions sur le cordon; le placenta se détacha facilement et sortit parfaitement intact. Cependant, presque aussitôt une hémorrhagie violente et opiniâtre se manifesta; et je me promis bien que si cette dame me faisait appeler une autre fois dans une circonstance semblable, je ne manquerais pas d'employer ces injections.

Depuis quelques années, j'ai cessé d'ajouter le vinaigre à l'eau froide; j'ai aussi négligé, dans presque tous les cas, l'emploi préalable du seigle ergoté, et le succès n'en a été ni moins complet, ni moins constant.

Inflammation des bourses séreuses dans la pneumonie.

Il se manifeste quelquefois au déclin des pneumonies franchement inflammatoires un phénomène particulier sur lequel M. Bouley a déjà fixé l'attention de ses élèves, c'est une douleur vive siégeant au niveau de l'insertion inférieure du grand droit de l'abdomen et qui s'exaspère sous l'influence des contractions musculaires pendant les efforts de toux. Cette douleur serait due, suivant cet habile observateur, à l'inflammation d'une bourse séreuse qui entourerait le tendon du muscle grand droit pour favoriser son glissement sur les parties environnantes. Cette bourse séreuse n'est pas mentionnée dans le tableau général qu'en a fait M. Padieu (thèse); mais si l'anatomie n'a pu la découvrir, la pathologie en a démontré l'existence. Du reste, la douleur ne se montre pas exclusivement dans la région pubienne: elle se montre aussi dans certains cas à l'articulation radio-carpienne, qui est celle où l'on trouve en plus grande abondance de ces bourses circumtendineuses.

D'ailleurs il se passe chez certains animaux, dans les mêmes circonstances, un phénomène tout à fait semblable, mais beaucoup plus marqué chez eux que chez l'homme. Il est fréquent, par exemple, d'observer sur un cheval à la suite d'une pneumonie une ou plusieurs hydarthroses. C'est une notion acquise déjà depuis longtemps à la médecine vétérinaire, et nul, que je sache, ne songe à la contester.

Que l'on voie dans ce fait une affaire de curiosité plutôt que d'utilité scientifique, cela est permis; peut-être cependant mériterait-il qu'on y réfléchisse un instant; car ces bourses synoviales naturelles ou accidentelles qui entourent les tendons sont, en définitive, des séreuses tout aussi bien que la plèvre, le péricarde et l'endocarde. Or, si elles s'enflamment consécutivement à une pneumonie, voudra-t-on voir là autre chose que ce qui se passe ailleurs, quand, pendant le cours ou au déclin de cette même maladie, il survient une pleurésie, une péricardite ou une endocardite? Evidemment non. Il faut donc ici rendre justice à la sage réserve de M. Grisolle, qui, à propos des complications cardiaques dans la pneumonie, s'exprime ainsi: « Il n'est pas encore prouvé que les complications cardiaques soient plus fréquentes dans la pneumonie gauche et qu'elles résultent de l'irradiation ou de la propagation de l'inflammation du poumon aux *enveloppes du cœur*, ou à ce viscère lui-même et aux gros vaisseaux qui en partent. » (*Path. int.*, 1er vol., p. 321.)

Assurément dans la pneumonie ce n'est pas par communication que les bourses séreuses des tendons s'enflamment; on ne peut donc expliquer ce fait que par une métastase phlegmasique, comme on l'a fait dans le rhumatisme à propos de l'endocardite et de la péricardite.

Dr DUVAL.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 MAI 1854.

Suite du rapport de M. Depaul sur le traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins (1).

« Une femme de chambre était affectée de douleurs lombo-inguinales telles, qu'elle fut obligée de suspendre son service et de réclamer mes soins. Elle ne pouvait marcher longtemps, et surtout se tenir debout, sans éprouver des exacerbations et des souffrances qui lui arrachaient des cris. Je l'examinai, et je constatai un *abaissement de l'utérus avec rétroflexion et érosion granulée du col*. Je la fis entrer dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine. — L'érosion fut d'abord traitée par la cautérisation; puis, voyant que les douleurs persistaient, j'essayai, sans obtenir de soulagement, des injections, des bains minéraux, etc. Alors je me décidai à recourir au pessaire Simpson; mais auparavant je voulus, suivant le précepte, pratiquer le cathétérisme utérin. Je me servis de l'hystéromètre de M. Huguier, et, quand il fut introduit, il me fut facile de redresser l'utérus: l'opération fut peu douloureuse, et il ne s'écoula qu'une toute petite goutte de sang. Peu d'instants après, la visite de la salle étant finie, je revins auprès de la malade, et elle me dit qu'elle éprouvait de la fatigue et de la douleur au ventre: je prescrivis un bain. Le soir, la douleur était plus vive.

» Le lendemain matin, les douleurs continuent et s'accompagnent d'un peu d'accélération du pouls. Des lavements laudanisés furent prescrits; mais les douleurs persistaient et prirent bientôt le caractère de celles qui appartiennent à une péritonite. Celle-ci fut énergiquement combattue par les évacuations sanguines et les mercuriaux; mais la malade succomba au bout de trois ou quatre jours.

» L'autopsie ayant été interdite par la famille, je me bornai à extraire l'utérus par le vagin, suivant la méthode de Récamier: un flot de pus et de sang s'écoula du ventre quand on pénétra dans le péritoine. L'utérus était parfaitement sain; la muqueuse en était pâle, ferme et complétement intacte. Dans chacune des trompes il y avait un petit épanchement sanguin. »

Dans le fait qui va suivre, et qui est emprunté à la pratique de M. Huguier, dont on ne contestera pas l'habileté, un avortement suivi de mort fut provoqué à deux mois et demi environ par l'introduction de l'hystéromètre.

Voici le résumé de l'observation qui a été recueillie par M. Perrel, interne du service:

« La nommée A.-P. P..., âgée de trente-trois ans, entra à l'hôpital Beaujon le 5 octobre 1853. Mariée à dix-sept ans, elle a eu trois enfants. Chaque accouchement eut lieu à terme et se termina heureusement: le dernier remonte à cinq ans. Depuis quinze mois environ, elle se plaint d'une grande pesanteur à l'hypogastre, de fréquentes envies d'uriner et de ténesme rectal, de quelques troubles dans les fonctions digestives; cependant elle a pu continuer toutes ses occupations jusqu'à son entrée à l'hôpital.

» Le lendemain de son entrée, M. Huguier examine la malade et trouve le col fortement porté en arrière; à droite et en avant existe une tumeur formée par la paroi antérieure de l'utérus. L'hystéromètre est introduit et pénètre à 10 centimètres. On note *antéflexion avec latéroflexion légère à droite*.

» Le 9, des douleurs abdominales très vives existent; il y a de la tympanite, des vomissements bilieux, de la fièvre, une hémorrhagie utérine légère, etc. Dans la journée, de gros caillots sont rendus, et une fausse couche est faite.

» Malgré un traitement assez énergique, les accidents font des progrès. Le 12, la fièvre a augmenté, et le soir l'état de la malade était fort grave: peau chaude et sèche; pouls à 110, petit, filiforme; face anxieuse, langue chargée, haleine fétide, tympanite considérable, douleurs très vives dans l'abdomen, écoulement d'un liquide sanguinolent par la vulve.

» Pour combattre la métro-péritonite, on a recours au calomel à doses fractionnées et aux frictions mercurielles sur le ventre, etc. Tout ce qu'on fit fut inutile; l'état devint de plus en plus grave, et la mort survint le 16 du même mois.

» A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après, on trouve dans le péritoine un épanchement séro-purulent considérable, avec de nombreux flocons albumineux. Dans les points déclives, c'est du pus presque pur qui existe.

» L'utérus est volumineux et remonte au-dessus du détroit supérieur; son tissu est rougeâtre et ramolli. Le col est ouvert. La cavité est couverte d'un enduit rougeâtre et crémeux. A droite et en avant, il y a des inégalités dans l'espace de 2 à 3 centimètres carrés; une petite portion du placenta adhère encore à l'organe. Il existait aussi au niveau de l'orifice interne et sur la paroi postérieure une petite perte de substance à fond grisâtre et pulpeux. »

Qu'on ne s'imagine pas que ce résultat malheureux ne se soit que très rarement présenté jusqu'à ce jour. A tous les accidents déjà connus et qui résultent de l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus, il faut ajouter la possibilité de la provocation de l'avortement. Ce nouveau danger mérite d'être pris en très sérieuse considération, car l'homme le plus expérimenté n'est pas toujours sûr de l'éviter. Il n'est pas constamment facile de constater l'existence d'une grossesse qui ne remonte qu'à quelques semaines, et je vous laisse à penser ce qui arriverait dans la pratique si on prenait l'habitude de sonder la matrice à tout propos.

Quand des hommes comme MM. Huguier, Nonat, Valleix et plusieurs autres n'ont pu éviter un pareil écueil, quand on songe combien les renseignements fournis par les femmes sont souvent incomplets, sans compter les cas où elles ont intérêt à nous induire en erreur, on est forcément conduit à observer la plus grande réserve et à n'employer une chose bonne mais dangereuse que quand elle est indispensable.

Ne perdons pas de vue d'ailleurs qu'une semblable méthode, si elle se généralisait, servirait à multiplier encore les tentatives criminelles en leur servant d'excuse ou tout au moins de prétexte.

Je dois à la vérité de faire savoir à mes confrères, m'écrit M. Nonat, que dans deux cas j'ai eu le malheur de déterminer l'avortement par le cathétérisme utérin.

Dans un premier fait, il s'agit d'une femme qui souffrait depuis deux ans dans le bas-ventre. Elle prétendait qu'elle avait des pertes rouges depuis trois ou quatre mois. L'utérus était plus développé que dans l'état normal; il dépassait le pubis d'un ou deux doigts. Le col était augmenté de volume et se trouvait à une grande distance de la vulve. J'explorai avec soin le corps de la matrice, et je ne pus découvrir la présence d'un corps étranger dans sa cavité.

En raison des pertes qui duraient depuis longtemps, je crus à un engorgement de l'utérus, et j'éloignai l'idée d'une grossesse.

---

(1) Voir le numéro précédent.

Dans le but d'éclairer le diagnostic, je pratiquai le cathétérisme de l'utérus.

Au bout de quelques jours, la malade fut prise d'une perte de sang et de douleurs utérines, à la suite desquelles elle fit une fausse couche de six semaines ou deux mois.

Le rétablissement a d'ailleurs été complet.

Dans le deuxième fait, qui est tout récent, il s'agit d'une femme qui avait depuis six ans une inflammation du ligament large droit et qui déjà à plusieurs reprises avait réclamé mes soins pour cette affection.

Elle entra une quatrième fois dans mon service, à la Pitié, souffrant beaucoup dans le bas du ventre, à droite principalement. Elle avait une suppression de règles depuis huit mois. Après un traitement antiphlogistique, comme les douleurs persistaient, je crus devoir explorer la cavité de l'utérus. L'hystéromètre introduit pénétra à 7 centimètres et demi. Au bout de quelques jours, la malade vit un peu en rouge, et vers le douzième elle fit une fausse couche de deux mois environ.

Ces faits nous montrent, ajoute M. Nonat, combien on doit apporter de prudence dans l'emploi du cathétérisme utérin. Il ne faut pas le considérer comme exempt de danger.

En voici d'ailleurs un autre qui prouve que, malgré toute son habileté, M. Valleix lui-même n'a pas toujours su éviter le malheur dont il n'existe déjà que trop d'exemples :

Observation de fausse couche provoquée par l'emploi de la sonde utérine chez une femme du service de M. Valleix. — Dans le courant de l'année 1852, une femme entra dans les salles de l'hôpital de la Pitié, et par le toucher on reconnut qu'elle était atteinte d'une déviation utérine. M. Valleix procéda alors à l'examen avec l'hystéromètre, et fut étonné de voir l'instrument pénétrer à plus de 8 centimètres. La malade avoua alors qu'elle avait un retard dans ses règles. Quelques jours après, elle fut prise de douleurs et avorta; c'était au reste tout ce qu'elle désirait, car elle ne cacha pas son contentement de l'événement qui était arrivé.

Prenons d'abord les faits qui ont été publiés, et soumettons-les à une troisième et dernière analyse, pour apprendre d'eux les accidents qui ont été produits par l'application d'une méthode qu'on dit à peu près inoffensive.

Mais, en ce qui concerne M. Valleix, j'ai une remarque préliminaire à faire. Il donne le nom de règles à presque toutes les pertes sanguines qui sont survenues pendant le cours du traitement. Toutefois, en suivant rigoureusement les faits et les dates, il m'a été facile de voir qu'il s'était souvent trompé, et que ces prétendues règles n'étaient autre chose que de véritables hémorrhagies souvent considérables. Ce ne sont pas d'ailleurs, comme on va s'en convaincre, les seuls accidents qui se trouvent indiqués dans ses observations.

OBSERVATIONS DE M. VALLEIX.

1er *fait.* — Le redresseur a dû être retiré, parce qu'il avait déterminé de la douleur abdominale et du gonflement.

2e *fait.* — Le cathétérisme est suivi d'un petit écoulement de sang.

Le redresseur, appliqué trois jours après, fatigua la malade, et on le retira au bout de deux heures, à cause de l'apparition des règles dix ou douze jours avant leur époque; elles sont plus abondantes que de coutume.

Après une assez longue interruption l'instrument est remis, et provoque encore après quelques jours des règles abondantes, qui durent jusqu'à douze jours.

3e *fait.* — Il y avait un retard de quinze jours dans les règles. Le redresseur est cependant appliqué; on ne le laisse que quatre jours, à cause des règles abondantes. Deux nouvelles applications de courte durée donnèrent lieu à des coliques utérines et à des règles abondantes.

4e *fait.* — Un simple cathétérisme, prolongé près de vingt minutes, suffit pour produire de la courbature, de légers frissons et des règles abondantes et très douloureuses en avance de trois jours.

Deux nouveaux cathétérismes produisirent encore un écoulement de sang, mais peu abondant.

Un redresseur est appliqué et laissé pendant sept jours. On l'enlève, parce qu'il survient une hémorrhagie assez abondante.

Une nouvelle application est suivie du même accident. Il en fut de même une quatrième fois, quoiqu'on donne toujours le nom de *règles* à de véritables pertes.

6e *fait.* — Ici encore le redresseur doit être retiré, à cause de l'apparition de règles abondantes qui durent neuf jours au lieu de cinq ou six, et qui sont douloureuses.

7e *fait.* — On ne dit pas que la sonde ait produit d'accident; mais le redresseur provoqua des règles abondantes et qui durèrent huit jours.

9e *fait.* — Exemple de cathétérisme difficile.

Le redresseur provoqua l'apparition des règles.

On dit que la malade sort bien portante; mais huit jours après elle rentre à l'hôpital, ayant eu des frissons, de la fièvre avec sueurs abondantes, de la céphalalgie, des vomissements, de la tension du ventre et des douleurs vives dans l'hypogastre. On trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, dure, non fluctuante, communiquant avec le vagin, dont la paroi correspondante était chaude et douloureuse.

Un traitement énergique procura la guérison.

Pour M. Valleix, le redresseur n'a été pour rien dans tout cela; et pour expliquer les accidents, il se contente de dire que la malade s'était fatiguée après sa sortie de l'hôpital.

10e *fait.* — Après six cathétérismes, on applique le redresseur. L'opération fut suivie de quelques coliques qui reparurent le soir, pour disparaître ensuite. Le lendemain, il s'écoula un peu de sang. Trois jours après, les règles, qui n'étaient attendues qu'une semaine plus tard, apparurent; elles furent plus abondantes que de coutume.

Une seconde fois l'instrument est porté pendant seize jours; mais on est forcé de le retirer, à cause du retour des règles, encore avancées de plusieurs jours. — Je cite toujours les paroles de M. Valleix :

Un peu plus loin, il est dit que, la malade étant un peu anémique, il fallut lui donner du fer.

C'est, sans aucun doute, le résultat des pertes successives.

12e *fait.* — La malade a été cathétérisée quatre fois; puis on met un redresseur, et au bout de neuf jours on l'enlève, parce qu'il survient des règles assez abondantes et assez persistantes pour qu'il faille recourir au tannin et au seigle ergoté.

13e *fait.* — Ici le redresseur, introduit le 9 août, fut retiré le 14, parce que les règles apparurent. Il est permis de supposer que ces règles étaient une simple hémorrhagie, sans cela il faudrait admettre que M. Valleix s'est mis en opposition avec le conseil qu'il donne ailleurs, à savoir, que l'instrument ne doit jamais être appliqué si près d'une période menstruelle.

14e *fait.* — Observation où, comme dans presque toutes les autres, chaque application du redresseur a produit de véritables pertes auxquelles on persiste à donner le nom de règles, quoique, indépendamment des autres raisons, la simple comparaison des dates suffise pour prouver que ce sont des hémorrhagies qui n'ont rien de commun avec les règles.

14e *fait bis.* — L'introduction de la sonde et du redresseur fut très difficile et très douloureuse.

15e *fait.* — Une première fois le redresseur ne put rester que deux jours, à cause de l'apparition des règles, qui furent beaucoup plus abondantes que de coutume.

Plus tard, le traitement, suspendu à cause d'une variole, est repris. Les premières fois l'introduction fut tellement douloureuse que la malade eut des lypothymies et presque des syncopes : elle restait deux heures couchée sans pouvoir faire un mouvement.

Un peu plus tard encore il survint une légère inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, avec apparition de points névralgiques nombreux.

La malade a guéri.

18e *fait.* — Le redresseur à tige articulaire est appliqué. L'opération fut très douloureuse, suivie d'une espèce de syncope et de coliques utérines pendant deux heures et demie.

Cependant l'utérus s'y habitua et la supporta pendant quarante-neuf jours.

19e *fait.* — Le même instrument produit pendant trois jours de la courbature et des coliques utérines; puis il est supporté pendant quarante-huit jours.

Une seconde application provoque des règles douloureuses.

FAITS DE M. GAUSSAIL.

1er *fait.* — Il résulte des détails consignés dans cette première observation que l'introduction de la sonde ou du redresseur a toujours été suivie de douleurs vives.

Une perte sanguine a été le résultat constant de l'emploi du redresseur. Abondante et prolongée d'abord, elle a été en diminuant à mesure que la santé de la femme s'améliorait.

2e *fait.* — Ici encore les nombreuses applications du redresseur qui ont été faites pendant vingt-six mois ont constamment provoqué des douleurs vives et des pertes sanguines qui cependant se calmaient assez vite.

3e *fait.* — L'introduction des instruments est très douloureuse.

Ils occasionnent aussi de vives douleurs dans les parties génitales externes.

4e *fait.* — Les diverses manœuvres ont produit de vives douleurs.

5e *fait.* — D'abord bien supporté, l'instrument ne tarda pas à provoquer une vive irritation, des règles exubérantes et douloureuses.

Après deux tentatives nouvelles, on dit que la malade s'en trouve mal; elle est énervée, elle souffre.

On essaie de nouveau; les douleurs deviennent plus vives et plus persistantes. Des règles douloureuses et avec caillots surviennent.

Enfin, dernière tentative; mais trois heures après il faut retirer l'instrument. Les douleurs sont encore beaucoup plus intenses. Un écoulement sanguin léger a lieu.

FAITS DE M. PIACHAUD.

1er *fait.* — L'application de l'instrument a produit des douleurs, de l'agitation, de l'insomnie et toujours un écoulement sanguin, qui dans un moment est devenu une véritable perte avec caillots, qu'il a fallu combattre avec des compresses d'eau froide sur le ventre, le seigle ergoté, etc.

2e *fait.* — Le redresseur a été mieux supporté, mais il a cependant produit un écoulement sanguin.

3e *fait.* — La sonde occasionne de vives douleurs dans le bas-ventre.

Le redresseur ne procure pas de douleur, mais un peu d'angoisse et un suintement sanguiuolent, qui devient parfois plus considérable et qui s'accompagne de douleurs dans les reins.

Avec le temps cependant l'utérus semble s'habituer au contact du corps étranger.

(La fin au prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 mai 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Amputation tibio-tarsienne. — M. Verneuil soumet à l'examen de la Société un moignon provenant d'une amputation tibio-tarsienne. Cette pièce a été adressée par M. J. Roux (de Toulon). Les détails anatomo-pathologiques qu'une dissection très attentive a révélés seront reproduits *in extenso* dans un travail que M. Verneuil lira dans une séance prochaine.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Van de Loo adresse à la Société un mémoire sur l'emploi de l'appareil plâtré dans les fractures. (Commissaires : MM. Larrey, Marjolin, Chassaignac.)

— M. Anatole Roux fait hommage à la Société de plusieurs ouvrages de chirurgie ayant appartenu à son père, M. le professeur Roux.

Une lettre de remercîments sera adressée à M. Anatole Roux, et sa lettre déposée aux archives.

LECTURE.

Anesthésie localisée. — M. RICHET donne lecture du mémoire suivant, relatif à cette question :

Quoiqu'il puisse paraître aujourd'hui superflu de chercher à démontrer l'utilité, je dirai presque la nécessité de l'anesthésie locale provoquée, en présence des faits malheureux que chaque jour enregistrent les annales de la science, peut-être cependant ne sera-t-il pas inutile, pour faire ressortir toute l'importance de la question que je viens agiter devant vous, de rappeler cette redoutable conclusion formulée dans le rapport de M. Robert, et sanctionnée par un vote solennel de la Société de chirurgie : *Le chloroforme pur et administré par des mains habiles peut déterminer des accidents graves, et même la mort.*

Je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que parmi ceux d'entre nous qui ont voté cette conclusion, il n'en est pas un seul qui ne doive être saisi comme d'une vague terreur, impossible à maîtriser, dans le moment suprême où tout l'organisme est sur le point d'être plongé dans un anéantissement dont il ne lui est pas donné de mesurer d'avance toute l'étendue. Pour mon compte, quoique n'ayant pas cru devoir prendre part à ce vote, aveu tacite de l'inconnu qui plane encore sur tous les phénomènes de l'anesthésie généralisée, ce n'est jamais, je le déclare, sans une certaine méfiance mêlée de crainte que j'emploie les inhalations de chloroforme; et plus j'approfondis ce sujet, plus je sens qu'il y a là quelque danger caché, que le plus prudent ne saurait se flatter d'éviter sûrement et toujours. Aussi ai-je saisi avec empressement toutes les occasions qui se sont offertes d'étudier les phénomènes qui se rattachent à l'anesthésie localisée pour échapper à la nécessité de l'anesthésie générale, et le but de cette simple note est de vous exposer d'une manière brève et concise les recherches et expérimentations auxquelles, comme beaucoup de mes collègues, je me suis livré à diverses époques, pensant qu'elles pourraient servir de point de départ à une discussion dans laquelle chacun de nous apporterait le tribut de son expérience et de ses méditations.

Longtemps avant la découverte de l'éthérisation, vous le savez, les chirurgiens avaient déjà tenté à diverses reprises, mais sans succès, de supprimer la douleur pendant les opérations, soit par des moyens généraux, soit par des moyens locaux. Parmi ces derniers, il faut surtout citer la compression des gros troncs nerveux, proposée par Th. Moore, et mise en pratique, dit-on, avec succès, par Hunter, pour un cas d'amputation de la jambe. Les nerfs crural et sciatique, et aussi, dit-on, le nerf obturateur, ce qui ne paraît cependant guère possible, avaient été comprimés pendant une heure et demie à l'aide d'un tourniquet, et le malade n'aurait accusé de douleur que lors de la section de l'os. Personne, que je sache, ne donna suite à ces curieux essais, et il faut arriver jusqu'à l'époque à laquelle les admirables propriétés de l'éther et du chloroforme furent mises en lumière pour voir de nouveau surgir la question de l'anesthésie localisée; mais cette fois les physiologistes devancèrent les chirurgiens. Dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en février 1847, M. Longet, marchant d'ailleurs dans les voies ouvertes par M. Flourens, et rendant compte des expériences qu'il avait tentées dans le but de déterminer l'action directe de l'éther sur les cordons nerveux, s'exprime ainsi :

« Tout nerf mixte découvert dans une partie de son trajet, et soumis à l'action d'un jet de vapeur d'éther sulfurique, ou à celle du même éther liquide, *devient insensible dans le point éthérisé et dans tous ceux qui sont au-dessous*; mais néanmoins il demeure excitable et peut continuer d'éveiller la contraction des muscles auxquels ils se distribue; *quelquefois même il peut encore conserver sa faculté motrice volontaire.* »

Pour produire cette insensibilité, il ne faut pas croire qu'il soit besoin de prolonger longtemps l'immersion du cordon nerveux dans le liquide. Au bout d'une minute et demie, dit l'auteur, l'insensibilité est absolue, quoique le nerf conserve encore la faculté de faire contracter *volontairement* le muscle qu'il anime; au bout de trois à quatre minutes il perd complétement sa faculté motrice volontaire, son *excitabilité* seule lui reste, et ce n'est qu'après douze à quinze minutes de contact avec l'éther qu'il est dépossédé tout à la fois de sa *sensibilité*, de sa *motricité* et de son *excitabilité*. Mais il faut s'entendre sur cette perte de l'excitabilité. M. Longet ne veut point dire que lorsqu'on irrite, à l'aide de la pile, la portion de nerf située au-dessous du point immergé dans l'éther, il ne réponde plus à cette excitation, car celle-là se maintient toujours pendant un certain temps, *même après la mort;* il a seulement voulu parler de la perte de l'excitabilité qui se manifeste lorsque au début de l'expérience on irrite la portion du nerf située au-dessous du point touché par le liquide anesthésique, en sorte que l'éther en contact avec le tissu nerveux détermine les mêmes effets qu'une section ou une ligature, mais pour un temps très court.

Il ne faudrait cependant pas croire que c'est en désorganisant le tissu nerveux, à la manière d'une ligature, par exemple, que l'éther produit tous ces phénomènes; en effet, lorsque l'immersion dans le liquide n'a duré que quelques minutes, l'anesthésie se dissipe rapidement; et si le contact s'est prolongé au delà de quinze à vingt minutes, les facultés sensitives et motrices, quoique lentes à se rétablir, se rétablissent. Dans quelques cas rares, cependant, on a noté leur affaiblissement notable et pouvant durer un certain temps, ce qui avait fait penser à quelques physiologistes, parmi lesquels je citerai M. Serres, que l'éther liquide, mis longtemps en contact avec le tissu nerveux, *pourrait* bien en dissoudre la matière grasse, opinion purement spéculative et qui ne s'appuie sur aucun fait direct.

Ces résultats semblent tellement liés à la question de l'anesthésie localisée, qu'on a vraiment lieu de s'étonner que non-seulement les chirurgiens, mais ni M. Flourens, ni M. Longet n'aient songé à en tirer parti et à les faire tourner au profit de la pratique. Pour mon compte, j'en avais été assez frappé pour répéter ces expériences, pensant qu'elles pourraient conduire à des applications chirurgicales, et ce n'est qu'après avoir obtenu des effets identiques à ceux de M. Longet que je tentai mes premiers essais sur l'homme. C'était en 1849, à l'hôpital de Lourcine, et vous allez voir que les résultats n'en furent pas encourageants.

M. Nunneley, professeur d'anatomie, de physiologie et de pathologie à l'Ecole de médecine de Leeds, venait de publier, dans le *Surgical and medical Journal* d'Edimbourg (octobre 1849), ses recherches sur

l'anesthésie et les substances anesthésiques en général, dans lesquelles il préconisait comme un excellent agent, le meilleur de tous, selon lui, le chlorure de gaz oléfiant, connu dans le commerce sous le nom de *liqueur hollandaise*. Encouragé par son exemple, ce fut à ce liquide que je donnai la préférence, rejetant ainsi, bien à tort sans doute, mais enfin rejetant l'éther, que je regardais comme trop peu actif pour porter sur les extrémités nerveuses son action à travers l'épiderme; quant au chloroforme, je le mis également de côté, à cause de la vésication qu'il détermine si habituellement par son simple contact. Cette liqueur, dont j'avais fait la demande à l'administration des hôpitaux, fut préparée sous les yeux de l'habile directeur de la pharmacie centrale, et voici dans quelle circonstance et comment je l'employai : sur huit malades, dont quatre avaient des bubons suppurés, deux des végétations à l'anus, la septième une gomme suppurée de la cuisse, et la huitième un épanchement articulaire du genou, nécessitant la ponction, je fis appliquer des compresses imbibées de 2 à 5 grammes de cette liqueur, et les fis recouvrir de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation. Chez six d'entre elles, l'application varia de cinq à dix minutes ; chez la septième, je la maintins pendant vingt minutes, et enfin, chez la huitième, à laquelle je devais pratiquer la ponction du genou, je laissai les compresses en contact pendant plus d'une heure, en ayant soin de renouveler plusieurs fois la dose du liquide; après quoi, en présence de mon collègue M. Cullerier, je fis pénétrer rapidement dans la cavité articulaire un trocart à hydrocèle. Or, dans aucun de ces cas je n'obtins de résultat appréciable ou digne d'attirer l'attention.

C'est alors que j'essayai de substituer au chlorure de gaz oléfiant le chloroforme, qui ne me réussit guère mieux; en sorte que, découragé, je crus devoir cesser ces expériences, sans même essayer l'éther, ainsi que je l'ai dit précédemment, quoiqu'il eût donné à M. Longet les résultats satisfaisants que je viens de vous rappeler, et qui avaient été le point de départ de mes tentatives.

Ce n'était pas sans regret, toutefois, que je m'étais éloigné de cette idée; et, quoique j'eusse appris que d'autres avaient également échoué dans cette voie, je restai fermement convaincu que le dernier mot n'était pas dit sur cette question. Ce qui me confirmait dans mes convictions, c'était la lecture même du travail de M. Nunneley. Selon cet auteur, en effet, l'action anesthésique s'exerce d'abord localement et primitivement sur les expansions périphériques des nerfs, pour se propager ensuite, par l'intermédiaire des cordons, jusqu'aux centres nerveux. A l'appui de son opinion, il dit avoir pu paralyser à volonté, en totalité ou en partie, la jambe d'une grenouille, et, en prolongeant l'application de la liqueur anesthésique, avoir propagé à tout l'organisme l'action primitivement locale; enfin, sur des chats, sur des lapins, il a obtenu un tel anéantissement de la sensibilité, que l'amputation d'un membre a pu être pratiquée sans presque provoquer de douleur.

Tout en reconnaissant que le physiologiste anglais a été beaucoup trop loin en affirmant que la principale action des agents anesthésiques sur les centres nerveux se fait par l'intermédiaire du cordon nerveux plutôt que par l'absorption et le passage dans le sang des principes anesthésiants, il faut reconnaître cependant, ainsi que l'a fait d'ailleurs judicieusement remarquer M. Aran, qu'au fond il a fait ressortir un point capital et malheureusement beaucoup trop laissé dans l'ombre; à savoir, l'action locale et stupéfiante des agents anesthésiques sur les expansions nerveuses, action déjà mise hors de doute par les expériences de MM. Flourens et Longet. N'est-ce pas d'ailleurs de cette manière qu'il agit dans les expériences de notre collègue M. Gosselin sur le cœur, et n'avons-nous pas tous eu l'occasion de constater, comme M. Bouisson, comme M. Simonin (de Nancy), que les phénomènes de torpeur locale sur la bouche et le larynx précèdent souvent l'insensibilité générale dans les inhalations de chloroforme, et surtout dans celles qu'on pratiquait autrefois avec l'éther? Selon M. le professeur Bouisson, ces résultats sont dus à l'influence locale des vapeurs anesthésiques qui stupéfient graduellement les extrémités nerveuses, en sorte que la muqueuse qui tapisse les cavités buccale, pharyngienne et du larynx, se trouverait primitivement insensibilisée, ainsi que les muscles de la langue, du pharynx, de la glotte; de telle sorte enfin que les mouvements de ces différents organes cessent, que la langue devient paresseuse, que les efforts de déglutition et le spasme de la glotte disparaissent longtemps avant que l'on puisse attribuer ces effets aux progrès de la stupéfaction des centres nerveux se propageant vers la périphérie. J'ai été à même de vérifier l'observation du savant professeur de Montpellier, et je crois qu'il est permis de dire que, même dans les cas où on essaye d'obtenir par les inhalations pulmonaires l'insensibilité générale, on détermine primitivement une anesthésie locale sur les parties traversées par le courant gazeux chargé de vapeurs éthérées ou chloroformées, anesthésie locale que vient ensuite renforcer et corroborer l'anesthésie qui se généralise à tout l'organisme.

Il est facile de voir, d'après le court exposé que je viens de vous présenter, exposé que j'aurais pu étendre bien davantage encore en parlant des essais faits avec plus ou moins de succès par beaucoup de praticiens dans le but de calmer les douleurs névralgiques ou autres par des applications locales de chloroforme, qu'il ne manquait pas de raisons suffisantes pour engager les chirurgiens à de nouvelles tentatives d'anesthésie localisée. Cependant c'est à peine si des recherches suivies avaient été faites à ce sujet, lorsque, dans ces derniers temps, il y a quelques mois à peine, les journaux de médecine nous apportèrent la nouvelle qu'un praticien de Dublin, M. Hardy (*The Dublin Quarterly Journal*, novembre 1853, p. 206, avec fig.), venait de faire construire un appareil dans le but d'injecter dans le vagin des vapeurs de chloroforme pour calmer les douleurs atroces déterminées par un cancer de l'utérus, et qu'il avait complétement réussi. Les résultats obtenus par le médecin irlandais provoquèrent de la part de ses collègues en médecine plusieurs tentatives, et dans une note lue à la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Moissenet a donné connaissance de plusieurs faits très intéressants, dans lesquels il a obtenu, avec l'appareil de M. Hardy, des résultats vraiment inespérés. Il a pu, notamment dans un cas d'ulcère cancroïde du front qui avait envahi successivement l'orbite, l'œil et une partie de la joue, calmer instantanément et à plusieurs reprises des douleurs atroces qui avaient résisté à tous les moyens connus. C'est à la suite de cette communication qu'une discussion s'étant engagée au sein de la Société, M. le docteur Guérard annonça qu'il avait obtenu des effets analogues de l'emploi de l'éther sulfurique projeté sur la partie douloureuse, et instantanément évaporé à l'aide d'un appareil ventilateur de son invention, exécuté par M. Mathieu. « Je suis disposé à croire, dit en terminant sa communication l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu, que lorsqu'on pratique des insufflations avec de l'air chargé de vapeurs anesthésiques, l'anesthésie est due surtout au refroidissement que l'on détermine dans la partie soumise à ces insufflations. »

Ces heureux résultats me rappelèrent mes essais infructueux de 1849, que je n'avais cependant abandonnés qu'avec regret; aussi m'empressai-je d'accueillir l'invitation qui me fut faite par M. Guérard d'essayer le nouveau moyen qu'il avait préconisé, et depuis les premiers jours de mars j'ai eu souvent l'occasion d'appliquer son procédé avec plus ou moins de succès. Permettez-moi, puisque dans toutes les questions, mais surtout dans celles de cette nature, les faits doivent servir de pierre de touche et de *critérium*, de vous présenter une analyse succincte des cas où je l'ai employé, avant de discuter quelques-unes des questions qui se rattachent à cette anesthésie localisée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Nous avons annoncé que M. le docteur Tournié nous avait adressé une lettre au sujet de l'article sur les morts apparentes inséré dans notre numéro du 18 mai. Voici cette lettre, de laquelle nous supprimons seulement quelques phrases un peu trop personnelles :

Paris, 21 mai 1854.

. . . .

Nous n'ignorons pas les règles qui doivent diriger le médecin dans l'appréciation de la réalité d'un décès, et si, dans l'article que nous avons publié dans l'*Union médicale* du 13 mai, elles n'ont pas été appliquées avec toute l'étendue et la rigide sévérité que désirerait M. Bouchut, ce n'est pas parce que ce médecin n'était pas encore venu les tracer, ni apprendre une nouvelle manière d'ausculter; ces règles existaient avant lui, et l'auscultation, qui servait à diagnostiquer les différentes maladies du cœur, pouvait suffire à constater l'absence ou l'existence des battements de cet organe. Nous avons appris l'auscultation à l'école de notre illustre maître le professeur Bouillaud; c'est dire assez que nous n'avons pas besoin d'aller à celle de M. le docteur Bouchut.

Lorsque cette observation fut recueillie, elle le fut en vue de rechercher s'il y aurait quelque corrélation entre l'œdème du cerveau trouvé à l'autopsie et la mort apparente. Nos recherches ne nous ayant rien appris sous ce rapport, notre observation était en effet demeurée enterrée; et nous ne l'avons exhumée que lorsque nous avons vu la différence d'opinion qui existait entre MM. les docteurs Josat et Bouchut dans l'appréciation d'un signe de la mort, nous voulons dire l'absence prolongée des battements du cœur. Nous nous sommes rappelé que nous avions eu occasion d'ausculter un cœur qui ne battait plus chez un homme qui n'était plus, et nous l'avons dit avec simplicité et vérité.

M. Bouchut voudrait savoir pendant combien de temps a duré l'auscultation; je ne puis m'en souvenir; mais ce que je me rappelle très bien, c'est que, pendant le temps assez long que j'ai passé auprès de M. de V..., j'ai ausculté la région du cœur à deux reprises différentes, et que j'avais à cette époque déjà assez l'habitude de l'auscultation pour savoir m'assurer si un cœur battait ou ne battait pas.

Que les temps sont changés! Personne, écrit M. Bouchut dans l'article auquel nous répondons, n'a dit que l'absence des battements du cœur fût un signe infaillible de la mort.

Comment! personne n'a dit cela! Mais c'est M. Bouchut lui-même qui l'a dit; dans son mémoire (page 55), on lit : « L'absence prolongée des battements du cœur à l'auscultation indique d'une manière *très certaine* la cessation des fonctions de cet organe. »

Et ailleurs (page 64) : « La vie existe là où l'on perçoit les battements du cœur, tandis qu'au contraire la mort coïncide toujours avec leur cessation. »

Est-il possible d'être plus complétement en opposition avec soi-même?

Voici qui est encore plus explicite : dans un article très bienveillant sur le livre de M. Bouchut publié dans l'*Union médicale* de l'année 1849, page 223, l'auteur, après avoir dit qu'il se contentera d'indiquer les recherches faites relativement à la léthargie, à l'état d'éthérisation, à divers empoisonnements, à l'asphyxie par l'électricité, par la strangulation, ajoute qu'elles offrent le même intérêt que celles qui ont été faites sur la syncope, et qu'elles conduisent M. Bouchut à la même conclusion, qui est celle-ci: « Nul état morbide chez l'homme ou chez les animaux les plus élevés dans l'échelle n'a donc la puissance de suspendre les mouvements du cœur, leur interruption est impossible, et au delà d'une ou deux minutes elle doit être considérée comme le signe de leur cessation définitive. L'*absence des battements du cœur à l'auscultation devient de cette manière un signe immédiat et certain de la mort.* » Est-ce clair?

Aujourd'hui, dans l'article de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Bouchut reconnaît avec tout le monde, et avec M. le docteur Josat en particulier, que le phénomène seul de l'absence des battements du cœur ne suffit pas pour donner une preuve certaine de la mort; et « qu'au lieu d'analyser à l'infini les caractères de la mort pour les séparer les uns des autres, il faut au contraire les grouper, et ce qu'un seul d'entre eux peut-être n'aurait pu indiquer d'une manière sûre et positive, plusieurs réunis ensemble pourront le faire. »

C'est précisément là ce que nous croyons et ce que nous disons, et nous n'avons jamais exprimé la pensée qu'il fallût disséquer les corps pour s'assurer qu'ils étaient en vie; nous avons dit seulement que, comme phénomène unique, la putréfaction était le seul signe infaillible de la mort.

Agréez, etc. — Dr TOURNIÉ.

Notre réponse ne sera pas longue.

Dans l'article que nous reproche notre honorable confrère, nous avons essayé de montrer qu'on ne réforme la science que par des observations bien faites et offrant de suffisantes garanties. Or M. Tournié convient que, dans le fait de mort apparente du général baron de V..., les règles d'appréciation de la réalité du décès n'ont pas été appliquées avec toute l'étendue et la sévérité nécessaires. C'est justement à cause de cette négligence d'observation que nous avons déclaré que ce fait ne renverse pas la loi que nous avons établie.

Nous avons dit, avec MM. Andral, Duméril, Magendie, Serres et Rayer, commissaires de l'Institut, « que l'absence des battements du cœur sur tous les points où ils peuvent être naturellement ou accidentellement entendus, et sur chacun d'eux pendant l'intervalle de cinq minutes, c'est-à-dire pendant un espace de temps cinquante fois plus considérable que celui qui a été fourni par l'observation des bruits du cœur dans les cas d'agonie jusqu'à la mort, ne peut laisser aucun doute sur la cessation définitive des mouvements du cœur et sur la réalité de la mort. » M. Tournié a-t-il ausculté le cœur du général baron de V... de cette manière? Non, il en convient; donc son observation est insuffisante.

Il y a d'autres signes immédiats, certains, de la mort avant la putréfaction. M. Tournié les a-t-il recherchés? Non. A-t-il mentionné l'état des sphincters? Non. A-t-il parlé de la flaccidité du globe oculaire? Non. A-t-il mentionné l'état de la cornée, sa transparence ou son obscurcissement? Non. A-t-il recherché la présence de la rigidité cadavérique? Non. A-t-il, enfin, galvanisé les muscles? Non, et c'est à l'aide d'un fait observé de cette manière que M. Tournié croit pouvoir réformer un point de science et dire : Il n'y a pas d'autre signe certain de la mort que la putréfaction. En vérité, c'est une conclusion que nous ne saurions admettre, et, quelque déférence que nous ayons pour lui, nous sommes obligé de répéter que son observation n'est pas concluante.

M. Tournié a ausculté le cœur du général baron de V.... Il n'a pas entendu de bruit. Nous le voulons bien; mais quelle était la maladie du général? comment était son cœur dans l'état ordinaire? C'est ce qu'il fallait dire. Et puisque par ordre testamentaire vous avez fait l'autopsie, « *pour vous assurer de la réalité de la mort* » (textuel), comment n'avez-vous pas indiqué l'état du cœur et déclaré s'il était sain, ou masqué par une tumeur ou par un épanchement, circonstances importantes qu'on a besoin de connaître et qui auraient peut-être rendu compte de l'absence des bruits? Nous avons nous-même indiqué ces exceptions, ce qui prouve bien que nous n'avons pas fait de l'absence de ces bruits du cœur le seul signe certain et infaillible de la mort.

Nous ne pousserons pas plus loin cette discussion. Un mot cependant à l'*Union médicale*. Cette feuille, qu'une pénible nécessité condamne à la lutte, ne se fait aucun scrupule, sous les doucereuses apparences de la moralité la plus pure et de la confraternité la plus vraie, d'attaquer ceux qui résistent à l'intimidation de sa plume et qui s'éloignent de ses banquets. Elle s'offense qu'on ose lui répondre; et, après s'être faite le champion de l'incertitude des signes de la mort, elle s'étonne que nous réclamions au nom de la science en faveur de la précision et de la sûreté de ce diagnostic. Elle croit qu'il suffit de plaisanter pour empêcher une vérité de se produire. Elle croit qu'il suffit de crier : Nous sommes honnêtes, vertueux, humbles, modestes et savants, pour renverser par d'incomplètes ou de ridicules observations des travaux établis par les autorités les plus recommandables. Ce n'est pas notre avis, et nous sommes sûr que ce n'est l'avis d'aucun médecin sérieux.

E. BOUCHUT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret impérial du 24 mai 1854, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat de la marine et des colonies, M. Levicaire (François), premier médecin en chef actuellement au port de Toulon, a été nommé directeur du service de santé de la marine à Brest.

— Un concours pour le grade de médecin aide-major de 2e classe est ouvert au Val-de-Grâce depuis le 22 mai. Les chirurgiens sous-aides qui y prennent part sont au nombre de seize. Ce sont MM. Chasle, Gaudaire, David, Rivoire, Luc, Riégé, Séré, Guérin, Riolacci, Dubest, Morio, Rançon, Jourdain, Bryon, Lacipière et Caron. (*Bull. de méd. mil.*)

— La Société de médecine de Lyon met au concours les deux questions suivantes :

1° Déterminer l'influence que les récentes découvertes chimiques et physiologiques relatives aux fonctions des organes digestifs doivent exercer sur la pathologie et la thérapeutique des maladies de ces organes.

Le prix est une médaille d'or de 300 fr.

2° Rédiger pour les ouvriers de Lyon un opuscule où ils puissent trouver les notions qu'il leur importe le plus de posséder sur leurs intérêts hygiéniques et sanitaires.

Cet écrit, adressé directement aux ouvriers sous une forme substantielle et dans un style qui sache les attacher, doit avoir pour principal but de les éclairer sur leurs préjugés et de les mettre en garde contre les suggestions du charlatanisme.

Le prix est, exceptionnellement pour cette question, une médaille d'or de 500 fr.

Les prix seront décernés dans la séance publique de janvier 1856.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés dans la forme ordinaire et *francs de port*, avant le 1er août 1855, à M. le docteur Diday, secrétaire général, rue des Célestins, 5, à Lyon.

LE GÉRANT.
Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. — Hôpital Cochin (M. Maisonneuve). Tumeur de nature douteuse du sein gauche. Indications fournies par le volume et la rapidité de la marche. Amputation du sein. Guérison. — Faculté de médecine de Paris. Leçons cliniques sur les hernies. — Académie de médecine (addition à la séance du 16 mai). Fin du rapport de M. Depaul sur le traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins. — De l'emploi du vin de colombo composé dans le traitement du choléra. — Inga, nouvel astringent. — Chronique et nouvelles.

Paris, le 29 mai 1854.

Un jeune confrère à peine entré dans la carrière militaire, qu'il paraissait devoir parcourir avec éclat, vient de mourir, il y a quelques jours, au Val-de-Grâce, victime de son dévouement et atteint par l'épidémie. Ses collègues s'adressent à nous pour être l'interprète de leur douleur et de leurs regrets auprès du public médical, et de leur reconnaissance à l'égard de l'armée, qui a noblement honoré ces tristes funérailles. Nous nous rendons avec empressement à leurs désirs.

« Les aides-majors stagiaires du Val-de-Grâce ont recours à la voie de votre estimable journal pour rendre publiquement un dernier hommage à la mémoire de leur camarade et ami M. Julien Bellion, docteur en médecine, décédé au Val-de-Grâce le 16 mai 1854.

» Qu'il me soit permis de rouvrir un moment cette tombe à peine fermée pour adresser nos vifs remercîments aux différents corps de l'armée qui ont bien voulu s'associer à notre douleur en accompagnant à sa dernière demeure notre collègue si justement regretté.

» Que nos chefs du Val-de-Grâce, que l'intendance, que l'administration des hôpitaux, que l'armée reçoivent l'expression de notre sincère gratitude.

» Nous ne pouvons mieux peindre les sentiments qui nous ont animé dans cette pieuse et triste cérémonie, qu'en reproduisant en partie l'allocution si touchante et si vraie de notre cher et honorable collègue M. le docteur de Smyttère. Silvestre, d.-m.-p.

« ..... Il y a quelques jours à peine, notre digne ami était au milieu de nous plein de santé, de force et d'avenir. Je ne vous rappellerai pas avec quel zèle éclairé il prodiguait encore ses soins aux malades qui lui étaient confiés. Ses généreux efforts, son ardeur pour la science avaient doublé en face de l'épidémie qui portait ses ravages au milieu de la population parisienne et qui n'épargnait pas les rangs de notre armée. Il devait être victime de tant de dévouement!

» Ce fut après une nuit passée dans les salles consacrées aux malades atteints de l'épidémie que le docteur Bellion ressentit les premiers symptômes de l'affection qui devait le mener au tombeau.

» ..... Tous ceux de vous, messieurs, qui ont pu jouir de la conversation du docteur Bellion doivent se rappeler avec quelle délicatesse de jugement il savait estimer à leur juste valeur les hommes et les choses..... Elève de maîtres remarquables, il fit voir dans sa dissertation inaugurale qu'il avait su profiter de leurs leçons. Tout en exposant leurs idées, il apporta des matériaux qui lui étaient propres, fit preuve d'une critique éclairée et mit au jour une thèse qu'on lira toujours avec fruit et avec plaisir. Cette dissertation, intitulée *Recherches historiques sur la pathologie et la physiologie des sensations tactiles cutanées*, a tellement frappé, par son originalité, ceux qui en ont pris connaissance, que j'ai cru pouvoir me permettre d'en parler dans cette bien triste occasion.

» Le docteur Bellion n'était pas seulement un médecin distingué par son savoir et par son zèle, il joignait à tout cela une modestie assez rare au temps où nous vivons.

» Peu de vous, messieurs, se doutent qu'outre les titres scientifiques qui lui avaient été nécessaires pour parvenir au doctorat en médecine, Julien Bellion possédait encore ceux de bachelier ès sciences mathématiques et d'ancien élève de l'Ecole nationale d'administration.

» Qu'il est triste de penser que tant de peines, de fatigues et de travaux aboutissent à ce tombeau ! Ils ne seront pas perdus pour nous, bien regrettable ami. Ton exemple sera toujours présent à notre pensée; et soit au milieu des épidémies, soit sur les champs de bataille, nous tâcherons de nous inspirer de tes nobles sentiments pour être dignes de ta mémoire.

» Permets-moi de remercier en ton nom ceux qui ont pris soin de tes derniers jours; mes collègues et moi leur vouons une éternelle reconnaissance. »

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Tumeur de nature douteuse du sein gauche. — Indications fournies par le volume et la rapidité de la marche. — Amputation du sein. — Guérison.

Parmi les circonstances qui doivent déterminer le chirurgien à faire une opération, la question du diagnostic précis de la nature de l'affection devient quelquefois une question de second ordre. Tels sont les cas dans lesquels les conditions du sujet, la marche de la maladie fournissent par elles-mêmes des indications assez militantes pour exiger de la part du chirurgien une détermination que la nature de l'affection ne saurait contre-indiquer.

Un cas fort intéressant de tumeur du sein actuellement en traitement dans les salles de chirurgie de l'hôpital Cochin a permis à M. Maisonneuve de démontrer, après une savante leçon sur le diagnostic de ces tumeurs, comment dans certaines circonstances, et dans ce cas en particulier, l'incertitude sur la nature intime de la maladie ne pesait en rien sur la détermination que devait prendre le chirurgien.....

Dubois (Anne), âgée de quarante et un ans, se présenta le 18 janvier 1854 à la consultation de M. Maisonneuve. Cette femme, qui a eu quatre enfants et n'a jamais nourri, vit, il y a cinq mois à peine, à la suite d'une couche, son sein gauche acquérir rapidement un volume et une consistance anomales. Un examen attentif fit reconnaître les caractères suivants :

Le sein gauche offre le volume d'une tête d'adulte. Cette énorme tumeur est encore mobile et paraît avoir pour siége la glande mammaire. On ne trouve, en effet, rien de distinct d'elle-même. Aucun engorgement n'existe dans l'aisselle. La peau, parcourue par de nombreux vaisseaux de volume variable, fait corps avec la tumeur... Cette tumeur, à peu près indolente, n'offre pas une consistance homogène, et contient des parties dures et des parties molles; il semble qu'elle soit formée de kystes multiples séparés par des cloisons épaisses de tissu lardacé.

La malade éprouve quelques douleurs peu caractérisées, mais dont elle rend assez mal compte pour permettre de les considérer comme non spécifiques.

Après avoir groupé tous ces signes et avoir déterminé les affections dans lesquelles on les rencontrait, M. Maisonneuve démontra combien il était difficile de conclure si l'on avait affaire à une affection simple ou nettement cancéreuse, lorsque tous les jours on voit le cancer encéphaloïde revêtir cette forme chez un malade, tandis que chez un autre une tumeur enkystée multiloculaire présentera tous les mêmes caractères, et ne sera distincte de la précédente que par l'examen microscopique.

M. Maisonneuve, tout en penchant pour une tumeur hypertrophique, s'attacha à montrer aux élèves comment, en face d'une marche aussi rapide, la détermination de la nature précise de l'affection devait avoir peu de prise sur la conduite du chirurgien. En cinq mois à peine, la tumeur avait acquis le volume d'une tête d'adulte; la peau faisait corps avec la tumeur, et présentait dans quelques points une tension qui pouvait faire redouter son ulcération. D'une autre part, l'état général de la malade et l'absence de ganglions exigeaient de la part du chirurgien une détermination prompte, sans que le résultat ultérieur de l'examen microscopique, quel qu'il fût, pût en rien la faire regretter.

Le 19 janvier 1854, M. Maisonneuve procéda à l'amputation du sein. La malade étant chloroformisée, une double incision fut faite dans le sens de la tumeur, de manière à conserver un peu des téguments. La mobilité de la tumeur permit l'énucléation en partie. Les lèvres de la plaie furent réunies incomplétement, de distance en distance, à l'aide de bandelettes de diachylon.

L'examen de la tumeur à l'aide de coupes faites en divers sens permit de reconnaître que la glande mammaire était complétement métamorphosée en kystes multiples de volume variable, séparés entre eux par un tissu dur, comme lardacé, criant un peu sous le scalpel. L'absence de cellules spécifiques sous le champ du microscope acheva de confirmer le diagnostic de M. Maisonneuve.

Les jours suivants, aucun accident ne vint entraver la marche de la cicatrisation, qui dès le 25 janvier était déjà faite dans presque toute l'étendue de la plaie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur Malgaigne.

De la hernie crurale. — Pendant très longtemps on n'a connu que les hernies inguinales. La hernie crurale était confondue avec les hernies inguinales arrêtées à l'anneau. Ce n'est guère que vers le milieu du dix-septième siècle que Nicolas Lequin, Barbette et un peu plus tard Verheyen ont fait connaître l'existence de la hernie crurale et en ont décrit le siége anatomique, mais sans lui donner encore son véritable nom. C'est à Garengeot que l'on attribue l'honneur d'avoir le premier fait l'histoire de la hernie crurale; mais il est aisé de voir, par la manière dont il s'exprime sur ce sujet, qu'il n'avait que des notions très incomplètes sur l'anatomie de la région inguino-crurale. Freind fait honneur de cette découverte à J.-L. Petit; mais rien dans les œuvres de ce chirurgien ne justifie cette assertion. Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, que ce soit à Garengeot ou à J.-L. Petit qu'on en soit redevable, toujours est-il que c'est depuis cette époque que l'on a commencé à distinguer les hernies de l'aine en hernies inguinales et en hernies crurales.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février; 7, 28 mars; 4, 11 avril; 2 et 9 mai.

Du reste, on va voir combien étaient fausses encore les idées qu'on avait alors sur la constitution anatomique de cette région.

Ainsi, Garengeot plaçait sous le ligament de Fallope un passage de *deux travers de doigt de large*, ressemblant, dit-il, à une ouverture ovale qui n'est occupée que par les tendons des muscles psoas et iliaque et par les vaisseaux cruraux; qui n'est fermée en dedans que par le péritoine simplement, et couverte en dehors que par quelques fibres du *fascia lata* et par les téguments communs, etc. Garengeot ajoute que la hernie crurale, trouvant un passage très large en cet endroit, est beaucoup plus fréquente que la hernie inguinale; erreur profonde, comme tout le monde le sait aujourd'hui.

La même description est reproduite à peu près dans les mêmes termes par Heister. Percival Pott, renchérissant encore sur ses prédécesseurs, donne à cette ouverture des dimensions plus considérables, et il ne craint pas d'avancer que dans cet espace, qu'il fait si considérable, la hernie crurale s'étrangle rarement, tandis que vous savez tous, au contraire, que c'est la hernie qui s'étrangle le plus fréquement.

Richter avait bien vu que la hernie passe, en général, par le côté interne de l'arcade, et qu'elle laisse par conséquent les vaisseaux cruraux en dehors; mais il ne considère pas cette disposition comme constante; il admet que la hernie peut sortir quelquefois par l'angle externe et laisser les vaisseaux en dedans de la tumeur. C'est ce dont on n'a jamais cité d'exemple. Sabatier a pu méconnaître les dispositions anatomiques de cette région jusqu'à avancer que la hernie crurale sort au-devant des tendons psoas et iliaque et des vaisseaux cruraux, c'est-à-dire là où une très forte aponévrose s'oppose à son passage. Enfin, presque tous les chirurgiens du dix-huitième siècle, et les plus savants, disent tous que la hernie sort par le côté interne de l'anneau, méconnaissant l'existence en ce point d'un ligament auquel Gimbernat a donné son nom, comme nous le verrons plus tard, et qui empêche ces hernies de sortir tout à fait à la partie interne.

On peut voir par ces exemples à quel point était l'ignorance des chirurgiens de cette époque en anatomie. Aussi peut-on penser où en était leur diagnostic en fait d'exactitude, et combien peu on pouvait être fixé sur la question de la proportion des hernies crurales et des hernies inguinales. Arnaud, qui paraît s'être occupé le premier de ce point, dont Garengeot ne dit rien, avance que sur vingt hernies du pli de l'aine chez la femme, il y avait dix-neuf hernies crurales. Quant au diagnostic, il ne dit point en quoi il diffère. Heister a commencé à distinguer ces deux sortes de hernies par quelques caractères différentiels; il assigne pour caractère à la hernie crurale d'être plus arrondie, plus petite que la hernie inguinale, et située dans le pli même de l'aine, la hernie inguinale étant un peu au-dessus. Pour Heister, la hernie crurale était infiniment plus rare que la hernie inguinale. On voit déjà combien différaient sur ce point ces deux observateurs. Exagération et erreur des deux parts.

Il existait du reste à cet égard, il n'y a que quelques années encore, un préjugé que j'ai eu beaucoup de peine à combattre; c'est que les hernies crurales étaient beaucoup plus communes chez la femme que les hernies inguinales. Il a fallu lutter longtemps et accumuler preuves sur preuves, y regarder de près et prendre pour termes de comparaison des séries très nombreuses de faits pour arriver à convaincre les chirurgiens d'aujourd'hui sur ce point, savoir, qu'on trouve plus de hernies inguinales que de hernies crurales chez la femme, contrairement à ce que l'on avait cru jusqu'ici, parce que le diagnostic de ces deux sortes de hernies était mal fait.

Avant de bien établir ce diagnostic, il importe d'abord de remonter à l'origine des notions exactes sur les dispositions anatomiques de la hernie crurale.

En 1793 parut, à Madrid, l'ouvrage de Gimbernat, où l'on trouve pour la première fois la véritable constitution de l'anneau crural. « Après que le pilier inférieur s'est séparé du supérieur pour former l'anneau inguinal, est-il dit dans cet ouvrage, il va se fixer au tubercule du pubis que l'on nomme épine, laquelle donne naissance à la crête de la branche supérieure de cet os, et forme la continuation de la ligne iléo-pectinée. Ce pilier s'attache, non-seulement à l'épine par un faisceau considérable de fibres aponévrotiques, mais encore, la duplicature de l'arcade étant ici beaucoup plus grande, elle se dirige en dedans pour aller s'insérer à la crête du pubis, *au moyen du repli fort remarquable provenant de la*

portion de l'aponévrose qui lui correspond. » C'est ce repli que les anatomistes ont unanimement désigné sous le nom de ligament de Gimbernat, du nom de son inventeur.

Voilà l'anneau crural trouvé ; mais il restait une autre question à résoudre. Existe-t-il un canal crural ou un simple anneau, comme cela semblerait résulter des recherches de Gimbernat? Il y a une vingtaine d'années que les anatomistes et les chirurgiens étaient divisés d'opinion à cet égard, et ce n'a été qu'après beaucoup d'hésitation que l'opinion a pu enfin se fixer d'une manière définitive sur ce point. Scarpa laissa la chose indécise, décrivant cette région de façon que l'on pouvait à volonté y voir un canal ou n'y voir qu'un simple anneau. M. P. Bérard, beaucoup plus explicite, nia complétement l'existence d'un canal crural; tandis que M. J. Cloquet, au contraire, a reconnu et parfaitement décrit ce canal qu'Astley Cooper avait également aperçu, mais incomplétement décrit.

Comment s'expliquer un pareil dissentiment entre des hommes également familiarisés avec les recherches anatomiques? Comment se fait-il qu'on ait pu alternativement affirmer ou nier l'existence d'un canal dans cette région? Cela s'explique très bien quand on se rend compte de l'extrême ténuité du feuillet aponévrotique qui constitue ce canal, et de la délicatesse et de l'habileté qu'il faut apporter dans la dissection pour le mettre à découvert. Il existe en effet, à la partie supérieure et interne de la cuisse, un feuillet aponévrotique très mince et criblé d'un grand nombre d'ouvertures de grandeur variable, ce qui lui a valu le nom de *fascia cribriforme* qui lui a été donné. C'est ce *fascia*, facilement enlevé par le scalpel si l'on n'apporte une grande attention à la dissection, qui, partant du ligament de Fallope et allant rejoindre le *fascia lata*, constitue ce canal, et que l'on voit soulevé par la hernie. Parmi les nombreuses ouvertures dont est percé le *fascia cribriforme*, il en est une plus considérable que les autres; c'est celle qui donne passage à la veine saphène interne au moment où elle se jette dans la veine crurale. Il est très aisé d'ailleurs de démontrer que ce fascia cribriforme est autre chose que la gaîne qui entoure les vaisseaux cruraux, et avec laquelle quelques anatomistes ont voulu le confondre. Si l'on examine en effet l'intérieur du canal, on y trouve d'une part l'artère et la veine enveloppées d'une gaîne qui n'est point percée, et puis d'autre part le fascia en question, percé par les nombreux orifices dont il vient d'être parlé.

En résumé, il reste parfaitement démontré qu'il existe un anneau et un canal crural. Ce canal, qui peut avoir de 2 à 3 centimètres de longueur, se termine supérieurement au niveau de l'anneau crural, et aboutit inférieurement à l'entrée de la veine saphène interne. *(La suite à un prochain numéro.)*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 MAI 1854.

Fin du rapport de M. Depaul sur le traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins (1).

Ainsi, avec des hémorrhagies presque constantes et quelquefois graves, nous trouvons des douleurs utérines et abdominales, des frissons, de la fièvre, des syncopes, des phlegmons péri-utérins et de la fosse iliaque.

Mais ce n'est pas seulement dans la pratique des médecins que je viens de citer que de pareils accidents ont été observés. Tous ceux qui les ont imités en ont constaté de semblables. Je dois à M. Huguier la communication des trois faits suivants.

Disons d'abord que dès 1847 ce médecin avait employé, dans des cas de rétroflexions, des sondes en gomme élastique munies d'un léger mandrin et laissées à demeure.

Il dut bientôt y renoncer; car, dans un de ses essais, il survint une hémorrhagie et une métro-péritonite très intense, et dans un second, une métro-péritonite très grave.

« La nommée L. M..., âgée de quarante et un ans, entra à l'hôpital Beaujon le 16 février 1852. Une rétroflexion ayant été constatée, on appliqua le pessaire Simpson. Quatre jours après la malade fut prise de tous les symptômes d'une métrite aiguë des mieux caractérisées. L'instrument fut immédiatement retiré. On eut recours à un traitement antiphlogistique, et ce ne fut que près d'un mois après qu'elle put quitter l'hôpital. La rétroflexion de l'utérus était la même.

» La nommée F. L... fut reçue le 21 septembre 1852 dans le service de M. Huguier, qui constate, ainsi que son collègue M. Valleix, une rétroflexion. C'est ce dernier qui se charge de l'application du redresseur, et il l'introduit le 9 juin. Le 10, élancements très vifs dans la matrice; douleurs aiguës dans les reins, les aines et le membre inférieur gauche. Plus tard, hémorrhagies pour lesquelles on est obligé de recourir au seigle ergoté, besoins de pousser, etc. Enfin, le 29 les accidents continuant, M. Huguier retire le redresseur : le calme renaît alors; la malade se trouve dans un autre monde (selon son expression). Le 4 février, la rétroflexion est tout aussi prononcée qu'avaut le traitement. Le 6 mars, M. Huguier fait une nouvelle tentative avec le pessaire Simpson. Le 8, des pertes sanguines surviennent, durent plusieurs jours, affaiblissent beaucoup la femme et l'obligent à retirer le redresseur. La rétroflexion persistant toujours, il la traite par les mèches dilatantes dans le rectum.

» Le 7 avril 1852, entra dans le service de M. Huguier la nommée H... (A.), âgée de vingt-neuf ans. Le 12, on reconnut une rétroflexion. Le 27, on appliqua le pessaire Simpson modifié. Le lendemain, fièvre violente qui augmente le soir; douleurs dans le bas-ventre et les cuisses; diarrhée abondante. Le 29, perte sanguine, le 30, tous les accidents ont augmenté; les douleurs sont intolérables. Le 2 mai, M. Huguier est forcé de retirer l'instrument. Dès ce moment les accidents se calment, et, sur sa demande, la malade quitte l'hôpital quelques jours après. »

Ce ne sont pas les seuls cas dans lesquels M. Huguier ait vu des accidents graves résulter de l'emploi du redresseur interne. De son côté, notre collègue M. Cazeaux m'a transmis l'observation que voici :

« Mme G..., âgée de trente ans, et déjà mère de deux enfants, vint à Paris en 1848, réclamer les soins de M. Rayer, qui voulut bien me l'adresser. Depuis son dernier accouchement, qui datait alors de cinq ans, Mme G... avait ressenti une notable altération dans sa santé. Elle était presque constamment souffrante dans l'intervalle des règles, et pouvait à peine faire une courte promenade sans ressentir aussitôt une pesanteur très vive dans les reins, des douleurs aiguës avec tiraillement dans les aines et les membres. Chaque époque menstruelle était accompagnée, pendant les trois premiers jours, de douleurs atroces, et très souvent suivie d'une véritable hémorrhagie le troisième et le quatrième jour de l'écoulement; puis les douleurs et la perte cessaient pour se reproduire le mois suivant. Un examen, fait en présence de M. Rayer, permit de constater : 1° un engorgement assez considérable du col de l'utérus, dont chacune des lèvres offrait une ulcération de la largeur d'une pièce de 5 francs : cette ulcération se prolongeait évidemment dans la cavité du col; 2° un abaissement léger avec rétroversion légère aussi de la totalité de l'organe.

» Il est inutile d'insister sur divers moyens mis en usage pour combattre cette maladie. La cautérisation au fer rouge fit assez rapidement disparaître l'affection du col. Plus tard, la cautérisation de la cavité même du corps utérin par le nitrate d'argent, les bains sulfureux; puis plus tard encore, l'hydrothérapie et l'usage du pessaire Garriel produisirent dans l'état de Mme G... une amélioration tellement notable, que pendant l'été de 1852 la malade pouvait faire d'assez longues courses à pied et en voiture. Les règles, encore parfois douloureuses, n'étaient que très rarement hémorrhagiques, l'embonpoint était revenu, etc.

» Malheureusement Mme G... s'impatientait de l'emploi du pessaire. Les règles s'accompagnaient encore de douleurs quelquefois; elle craignait toujours de voir reparaître les anciens accidents; et, fortement encouragée à consulter M. Valleix, elle se décida à faire appeler cet honorable confrère.

» Celui-ci n'hésita pas à déclarer que toutes les incommodités dont se plaignait Mme G... devaient infailliblement disparaître devant l'emploi du redresseur, et que jamais il n'avait rencontré un cas plus favorable à l'emploi de son instrument. En un mot, il était sûr du succès (ce sont au moins les paroles qui m'ont été rapportées par le mari et la malade elle-même).

» Devant une pareille affirmation on n'hésite plus, et au mois de décembre 1852 M. Valleix commence le traitement. Le cathétérisme utérin fut d'abord pratiqué un certain nombre de fois, puis enfin le redresseur fut laissé à demeure. Mais dès la seconde ou troisième application de l'instrument, des accidents graves se manifestèrent. Des sangsues sont appliquées en assez grand nombre. Les douleurs abdominales sont très vives. Plusieurs nuits se passent sans sommeil.

» Je ne puis savoir au juste la succession des phénomènes et quels furent les moyens (certainement très rationnels) qui furent employés; ce que je puis dire seulement, c'est qu'ayant été rappelé auprès de Mme G... le 4 février 1853, je fus bien affligé de retrouver aussi gravement malade une jeune femme que quelques mois auparavant j'avais laissée à peu près bien portante; facies profondément altéré; 120 pulsations; sensibilité assez vive de toute la région sous-ombilicale. Mais ce qui m'effraya le plus, ce fut de trouver toute cette région occupée par une tumeur dure, inégale et aussi grosse au moins que la tête d'un adulte. A l'aide du toucher et du palper, je pus reconnaître un énorme phlegmon péri-utérin.

» J'insistai vivement pour avoir une consultation avec M. Valleix; la malade s'y refusa obstinément. M. Rayer fut appelé, et constata comme moi ce que je viens de décrire. Je ne ferai pas l'histoire de tous les accidents consécutifs qui, à deux reprises, ont gravement compromis l'existence de la malade; il me suffira de dire qu'après quinze mois de séjour au lit, Mme G... conserve encore aujourd'hui, malgré les soins éclairés de MM. Rayer, Chomel et Nélaton, une tumeur du volume du poing, et qui devient fréquemment le siége d'une suppuration dont le pus s'écoule par le rectum. Il est impossible de dire combien de temps encore Mme G... aura à souffrir de cette malheureuse tentative. »

Observation de métro-péritonite survenue à la suite de l'application du redresseur utérin, recueillie par M. GAUBE, interne à la Pitié, dans le service de M. Aran.

En voici le résumé :

« Une femme de trente et un ans, d'une assez bonne constitution, quoique lymphatique, entra à l'hôpital le 9 novembre 1852. Régulièrement réglée depuis l'âge de seize ans, elle avait eu trois enfants, et le dernier il y avait vingt mois.

» A la suite de son dernier accouchement, elle éprouva quelques douleurs dans le bas-ventre, qui furent bientôt remplacées par un sentiment de pesanteur. Quinze jours avant son entrée, elle consulta un médecin, qui reconnut un abaissement et qui lui appliqua un pessaire. Elle le portait encore lorsque M. Aran l'examina. Un abaissement sans déviation fut constaté.

» Après avoir calmé une vive irritation du vagin produite par le corps étranger, le redresseur modifié par M. Valleix fut introduit le 11 décembre. Comme il s'était déplacé dans la nuit du 13, on le réappliqua le 14. Il fut parfaitement supporté; cependant on le retira le 18.

Réappliqué le 24, il détermina deux heures après un écoulement de sang qui dura jusqu'au 26 au matin, époque où il fut enlevé définitivement à cause d'une douleur assez vive qui se fit sentir. Dans la soirée, le ventre devint très sensible. Dans la nuit, une fièvre intense s'alluma, le pouls monta à 120 ou 124 pulsations. On constata de la matité dans la partie inférieure de l'abdomen; des vomissements bilieux survinrent. Il était impossible de ne pas reconnaître une *métro-péritonite* intense, qui fut heureusement enrayée par un traitement des plus énergiques. Au bout de six semaines cette femme put quitter l'hôpital, et, chose assez singulière, qui prouve une fois de plus combien l'influence fâcheuse des déviations a été exagérée, la matrice fut trouvée abaissée en masse et fortement antéfléchie, et cependant cette femme n'éprouvait plus de douleurs et put reprendre ses travaux. Elle a été revue depuis à la consultation de l'hôpital, les 28 mars et 11 avril. Le 3 juin, la disposition de l'utérus était la même et la santé excellente. La menstruation s'était rétablie régulièrement.

M. Nonat n'a jamais osé se servir du pessaire intra-utérin, mais il a eu occasion d'observer six malades chez lesquelles on l'avait employé, et il déclare que pas une ne s'est bien trouvée de ce mode de traitement. Des accidents sont survenus, et le déplacement n'a subi aucune modification.

Dans un cas, une antéversion fut traitée dans le service de M. Valleix par le redresseur qui, dans l'espace de huit mois, fut porté soixante-douze jours. La femme, après avoir éprouvé des symptômes de métrite aiguë, vint réclamer les soins de M. Nonat, qui constata une antéversion très caractérisée, avec engorgement du tissu cellulaire péri-utérin et une métrite interne. Un traitement ordinaire, sans s'inquiéter de la déviation, a suffi pour guérir la malade.

Le deuxième cas est relatif à une femme qui avait une rétroversion et un engorgement péri-utérin qui rendait l'utérus immobile. Après avoir passé six semaines dans la division de M. Nonat, elle s'adressa à M. Valleix, qui lui appliqua le redresseur. L'instrument occasionna de vives douleurs, et ne put être supporté que trois jours. Quinze jours après on fit une nouvelle application, qui fut suivie des mêmes accidents et de phénomènes hystériques qui ont persisté pendant longtemps. De plus, elle présenta tous les symptômes qui caractérisent un abcès pelvien; celui-ci, en effet, s'ouvrit dans le rectum. Cette malade, qui eut le bonheur d'échapper au danger qu'elle venait de courir, entra dans le service de M. Gendrin, et revint plus tard dans celui de M. Nonat, où il fut constaté que la rétroversion persistait toujours.

Le troisième cas est relatif à une malade qui, ayant une antéversion et un engorgement péri-utérin, fut soumise à l'emploi du redresseur par M. Valleix, sans qu'en définitive la déviation ait été modifiée, ainsi qu'a pu s'en assurer M. Nonat, qui, quelque temps après, a eu cette femme dans son service.

Dans le quatrième cas, une antéversion compliquée d'engorgement péri-utérin est traitée par le redresseur dans le service de M. Valleix. Elle y reste sept mois. A chaque introduction les douleurs ont été si vives, que la malade ne veut plus continuer, et qu'elle passe dans la division de M. Nonat. On constate une antéversion des plus marquées, et, de plus, une inflammation péri-utérine. Sans s'occuper du déplacement, on traita cette dernière, et après sept mois la malade guérie a pu quitter l'hôpital.

Dans le cinquième cas, une femme qui avait une rétroversion fut traitée avec le redresseur par notre confrère M. Barthez. Après plusieurs mois les souffrances étant plus grandes, elle renonça à ce mode de traitement et se fit admettre chez M. Nonat, qui la guérit en combattant exclusivement l'état inflammatoire.

Dans le sixième cas, les choses se sont à peu près passées comme dans le précédent.

Chez les six malades qui ont été soumises à mon observation, ajoute M. Nonat, le redresseur a toujours exaspéré les douleurs du bas-ventre et n'a pu être supporté longtemps. Dans deux cas, il produit des accidents graves : métrite aiguë, abcès pelviens. Quant à la déviation, elle n'a été modifiée dans aucun des six cas.

Parmi les faits qu'il me reste encore à vous faire connaître, et qui se rapportent tous à de malheureuses femmes qui ont été victimes du traitement mécanique, il en est un que vous avez renvoyé à l'examen de votre commission; c'est celui de M. le docteur Broca. Comme l'interprétation qui en a été donnée par l'auteur a été contestée par M. Valleix, il importe que vous soyez mis en mesure de décider par vous-mêmes lequel de ces deux honorables confrères a raison.

Voici le résumé de cette observation, qui vous a été lue dans la séance du 31 janvier 1854 :

« Une femme de trente-neuf ans, qui avait eu trois enfants, et qui était accouchée pour la dernière fois il y avait dix ans, fut admise à l'hôpital de Lourcine le 4 octobre 1853. Quoique maigre et flétrie, sa santé générale était assez bonne, et elle affirmait n'avoir jamais eu de maladie grave.

» Elle fait remonter à une année les premières atteintes du mal qui l'ont conduite à l'hôpital. Les règles se supprimèrent à cette époque, et n'ont jamais reparu depuis. En même temps apparurent des douleurs vives s'irradiant dans la région supérieure des cuisses, des troubles de la digestion; de la constipation habituelle, que les purgatifs eux-mêmes avaient de la peine à vaincre, et des besoins d'uriner beaucoup plus fréquents que d'habitude. Elle affirme avoir beaucoup maigri depuis cette époque, et se dit très souffrante.

» Examiné par le vagin, l'utérus fut trouvé en antéversion très prononcée. Le spéculum embrassa difficilement le col, qui était gros, granuleux; son orifice laissait écouler une quantité assez notable de matière glaireuse et purulente.

» Le 7 octobre, la sonde utérine fut introduite pour la première fois, et elle pénétra jusqu'à une profondeur de 6 centimètres un quart. La matrice fut ensuite facilement ramenée à sa direction normale, et maintenue telle pendant cinq minutes : la malade n'accusa aucune douleur.

» Le lendemain 8, on répéta la même manœuvre. Il en fut de même le 10, et la malade assura qu'elle se sentait notablement améliorée.

» Le 11, l'introduction de l'instrument provoque une légère douleur. Pendant le mouvement destiné à produire le redressement, la malade se plaint de souffrir dans le ventre, et surtout à l'hypogastre. On ne laisse séjourner la sonde que pendant deux à trois minutes.

» Le 12, les douleurs ont persisté, surtout à l'hypogastre; il n'y a pas de fièvre. Le soir, les douleurs ont pris une grande intensité; il y a de la fièvre et quelques nausées. — On applique 30 sangsues sur le bas-ventre.

» Le 13, l'état s'est encore aggravé; la nuit a été sans sommeil. Nausées, vomissements de matières bilieuses, constipation; pouls à 100 pulsations. — 30 sangsues, un bain, cataplasmes; diète absolue.

» Dans la journée, un léger suintement sanguin a lieu par la vulve et ne dure que quelques heures.

» Le 15, amélioration notable; plus de fièvre. La pression provoque encore cependant un peu de douleur au niveau de l'ovaire droit. Aucune tumeur appréciable. Vomissement chaque fois qu'une gorgée de tisane est avalée. — Cataplasme; boisson glacée, etc.

(1) Voir le numéro précédent.

» Le 17, les symptômes inflammatoires ont disparu ; la pression même assez forte ne provoque aucune douleur. Cependant des douleurs intermittentes, revenant plusieurs fois par heure, semblent partir de l'utérus et s'irradient dans tout le ventre ; des vomissements fréquents persistent. Le toucher permet de constater que l'utérus est toujours en antéversion et supporte la pression du doigt sans douleur. Ces crises deviennent plus fréquentes les jours suivants ; les vomissements deviennent incessants, le pouls devient petit, le ventre se ballonne, et la malade succombe le 23, après une longue et douloureuse agonie.

» *Autopsie 24 heures après la mort.* — Le crâne n'est pas ouvert. Les organes thoraciques ne présentent rien qui mérite d'être signalé.

» L'extrémité droite du côlon transverse est unie à la paroi abdominale antérieure par des adhérences larges, épaisses, résistantes, indices évidents d'une péritonite ancienne ; quelques autres adhérences, moins épaisses, mais aussi anciennes, existent au niveau de la partie adjacente du grand épiploon.

» L'estomac, le duodénum et le jéjunum sont très distendus jusqu'à environ 60 centimètres de la valvule iléo-cœcale. A ce niveau, l'intestin adhère à l'utérus et se rétrécit rapidement ; au-dessus, il a 16 centimètres de circonférence ; au-dessous, il est réduit au volume du doigt indicateur. Tout le gros intestin jusqu'au côlon descendant est fortement revenu sur lui-même et vide ; à partir de ce point, le calibre, quoique diminué, ne l'est pas au même degré.

» Les parois de la portion de l'intestin située au-dessous de l'adhérence sont décolorées, mais saines d'ailleurs ; au-dessus, au contraire, et jusqu'au duodénum, qui est sain, il y a les traces évidentes de la congestion et même de l'inflammation. L'épaisseur est double à la partie inférieure ; là aussi, à partir de l'adhérence, dans l'étendue de 30 centimètres, existe une couleur violacée, uniforme, qui diminue à mesure qu'on s'élève, et qui disparaît après avoir passé par des degrés divers.

» La cavité du péritoine ne renferme aucun liquide ; il n'y a aucune fausse membrane récente, et, à part les adhérences anciennes dont il a été question, on peut dire que le péritoine est sain.

» La vessie est saine ; il en est de même du vagin. L'utérus est en antéversion à peu près complète ; à l'entour de son orifice existent de nombreux follicules gros comme des têtes d'épingles. La cavité du col est parfaitement saine. Il en est de même de celle du corps, excepté vers le fond et à droite, où on aperçoit une coloration violacée ; à ce niveau, la muqueuse est lisse et ne présente ni déchirure, ni ramollissement.

» A gauche, le ligament rond, l'ovaire et la trompe sont sains ; mais, à droite, l'ovaire et la trompe sont profondément altérés.

» La trompe droite est tellement développée, qu'au premier abord on pourrait la prendre pour une anse intestinale de petit volume ; elle suit une direction particulière et décrit une courbe en fer à cheval ; par sa face concave et par sa face inférieure elle adhère au péritoine utérin, et au niveau de sa terminaison elle adhère à la fois au rectum et à l'utérus. Toutes ces adhérences sont courtes, résistantes, et paraissent remonter à une époque déjà éloignée. Quant à l'ovaire droit, il est impossible d'en retrouver les traces.

» La cavité de cette trompe renferme une quantité assez considérable de pus couleur chocolat. Elle est close de toutes parts et ne communique ni avec l'utérus, ni avec le péritoine. Ses parois sont épaisses et résistantes, 1 millimètre 1/2.

» Au niveau de l'angle de l'utérus et près de l'insertion de la trompe droite existe une petite collection purulente très rapprochée de la surface péritonéale ; le pus est blanchâtre, épais.

» Indépendamment des adhérences anciennes dont nous avons déjà parlé, on trouve d'autres formées par un suc gélatineux grisâtre, demi-transparent, non encore organisé. En d'autres termes, il y a les preuves évidentes de deux péritonites, l'une déjà ancienne, et l'autre d'origine toute récente. »

D'après M. Broca, le rôle de ces deux lésions aurait été parfaitement tranché et serait bien expliqué par les détails de l'autopsie. Par suite des adhérences anciennes, le calibre de l'intestin avait été rétréci en deux points : de là des coliques fréquentes et une constipation ancienne ; cependant les matières fécales les traversaient encore.

La nouvelle péritonite, en fixant l'anse intestinale qui se trouvait comprise entre les deux adhérences anciennes et qui était restée libre jusqu'à l'apparition des phénomènes nouveaux, a rendu le passage des matières fécales de plus en plus difficile et a fini par le rendre complétement impossible, et c'est ainsi que se serait produit l'étranglement interne.

Notre confrère n'hésite pas à déclarer que le contact de la sonde utérine, plusieurs fois introduite, a d'abord produit une métrite et que l'inflammation, occupant au début les parties voisines de l'angle droit de l'utérus, s'est étendue de là au péritoine et y a produit de nouvelles adhérences qui, aidées par les anciennes, ont fini par produire l'oblitération complète du calibre de l'intestin.

A cela qu'a répondu M. Valleix ? Que le cathétérisme n'avait été pour rien dans les accidents éprouvés par la malade. Il admet sans preuves qu'un étranglement interne existait déjà quand on a introduit l'hystéromètre, et, partant de cette donnée erronée, il déclare sans hésitation que la mort de la femme serait tout aussi bien survenue, quand même on n'aurait pas eu la fatale pensée de lui redresser l'utérus. J'ai d'abord eu beaucoup de peine à comprendre comment il avait pu s'arrêter à une semblable supposition ; mais je n'ai pas tardé à me l'expliquer. Elle n'a pu lui venir à l'esprit que parce qu'il a puisé dans une relation inexacte et incomplète du fait de M. Broca les renseignements dont il s'est servi. Il me suffira, je n'en doute pas, d'avoir rétabli les faits dans toute leur vérité pour modifier sa première impression. S'il en était autrement, je suis sûr qu'il resterait seul de son opinion.

N'oublions pas, en effet, qu'à l'autopsie on ne trouva pas *seulement*, comme il l'a cru, les traces évidentes d'une péritonite récente et partielle, mais qu'il y avait en même temps, au niveau de l'angle droit de l'utérus, sur la muqueuse, *une coloration violacée ;* qu'au-dessous, dans l'épaisseur même du *tissu utérin*, on constata *une petite collection purulente très rapprochée de la surface péritonéale*, et que, de plus, *la trompe du même côté renfermait une quantité assez considérable de pus.* Votre rapporteur a pu constater lui-même sur la pièce anatomique l'exactitude de ces détails importants, et il lui est impossible de ne pas se rattacher à l'opinion, réservée d'ailleurs, de M. Broca.

Quant à l'observation de M. Cruveilhier (lue en séance le 7 février 1854), et que vous avez également renvoyée à votre commission comme document à consulter, elle est trop instructive pour que je ne vous en rappelle pas les points principaux.

Nous verrons après si la fin de non-recevoir opposée par M. Valleix est plus fondée que pour le cas qui précède.

« Une jeune femme de vingt-quatre ans, mariée depuis cinq ans, et stérile, ce dont elle éprouvait un chagrin profond, se fit examiner par le médecin de sa famille, qui reconnut seulement une antéversion légère de l'utérus, et qui lui conseilla de ne rien faire. Cependant, ne s'en tenant pas à ce premier avis, elle consulta un jeune confrère qui reconnut aussi le déplacement, mais qui lui attribua la stérilité et qui conseilla pour la faire cesser l'usage de la sonde utérine. Les premières introductions faites par lui ayant occasionné des douleurs extrêmement vives qui retentissaient dans tout l'abdomen, il fut décidé qu'on viendrait à Paris se mettre entre les mains d'un praticien plus habitué à ce genre d'opération.

» Elle y vint en effet, et réclama les soins de M. Valleix, qui constata la déviation, qu'il considéra comme la cause de la stérilité. Il proposa le redressement. L'introduction de l'instrument fut beaucoup moins douloureuse que les premières fois ; cependant la sonde utérine ne put être conservée au delà de plusieurs heures. Il survint presque immédiatement du malaise épigastrique, des nausées, du ballonnement du ventre et des angoisses qui l'obligèrent à retirer l'instrument. Dès ce moment, la santé générale, qui jusqu'alors avait été bonne, s'altéra, les forces et l'appétit se perdirent complétement, les nuits se passèrent sans sommeil, un malaise général se manifesta. Le traitement fut suspendu pendant plusieurs jours et repris après. L'introduction de l'instrument était par elle-même peu douloureuse ; mais, après quelques instants de séjour, tous les accidents précédemment notés reparaissaient, et il devenait indispensable de le retirer après quelques heures. Enfin, après cinq introductions toujours suivies des mêmes résultats, la mère de la jeune femme, voyant sa fille dépérir de jour en jour, se décida, malgré les instances réitérées du médecin, à abandonner le traitement et à ramener sa fille chez elle. Son séjour à Paris avait été d'un mois.

» Le médecin de la famille, appelé, constata les symptômes locaux et généraux d'une métro-péritonite. Ballonnement du ventre, douleur hypogastrique très vive. Utérus très douloureux au toucher, augmenté de volume, et du reste en antéversion comme avant les tentatives de redressement. Le moindre mouvement pour la soulever arrachait des cris à la malade. Altération profonde des traits, angoisse épigastrique, nausées et vomissements verdâtres, prostration extrême, fréquence très grande et petitesse du pouls.

» Plusieurs applications de sangsues, des cataplasmes, etc., parurent améliorer l'état de l'abdomen. Mais l'état général ne fit que s'aggraver, et lorsque M. Cruveilhier fut appelé, c'est-à-dire cinq semaines après le retour de la malade dans sa famille, il constata que le marasme était porté à son dernier degré. Le pouls, filiforme, battait 120 fois par minute. La sensibilité du ventre avait presque entièrement disparu. L'antéversion persistait toujours ; l'utérus, sensible au plus léger contact, ne paraissait pas augmenté de volume. Le toucher rectal ne fut pas pratiqué. La poitrine fut explorée, mais on ne trouva que quelques râles muqueux au sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucun signe de tubercules.

» Sept jours après, notre collègue fut demandé une seconde fois, mais la malade était à l'agonie. Elle mourut, en effet, pendant la nuit. L'autopsie n'a pas été faite. »

Quels sont les arguments invoqués par M. Valleix pour prouver que la mort ne peut être rapportée au traitement qu'il avait institué ? Il a tout expliqué par l'inexactitude des renseignements qui auraient été fournis à notre collègue. C'est ainsi que, d'après lui, la santé de cette jeune femme était déplorable avant le début du traitement, et, après nous avoir dit que la moindre promenade était impossible, il reconnaît cependant qu'elle était allée au bal la veille de son départ pour Paris. Quant à la question de la stérilité qui lui aurait été posée, il déclare, en effet, avoir annoncé que la déviation était un obstacle puissant, mais il se défend d'avoir entrepris le traitement dans le but de remédier seulement à cet état. Il reconnaît aussi que le redresseur a produit souvent des douleurs et que l'instrument a dû être enlevé plusieurs fois pour ce motif. Quant au dépérissement et aux autres symptômes mentionnés par M. Cruveilhier, il les reconnaît ; seulement, au lieu de les rapporter à l'usage de la sonde et du pessaire, il dit qu'ils n'étaient autres que ceux que la maladie utérine avait occasionnés depuis longtemps. Il s'appuie surtout sur ce que la malade depuis la cessation du traitement aurait pu rester encore à Paris quatorze ou quinze jours, sortant tous les jours, parcourant les magasins et même les Champs-Elysées ; enfin, s'emparant de la phrase de l'observation de M. Cruveilhier, où il est dit que la poitrine fut explorée et qu'on ne trouva que quelques bulles de râles muqueux dans le sommet du poumon droit, *mais d'ailleurs aucun signe de tubercules*, il en conclut qu'il ne serait pas impossible que cette femme portât depuis longtemps des tubercules et qu'elle eût tout naturellement succombé à une péritonite de même nature.

En présence de deux interprétations si différentes, que restait-il à faire à votre commission ? Chercher à savoir qui s'était trompé, car il est évident qu'avec deux hommes aussi honorables il ne peut être question que d'une erreur. Il résulte pour nous de nombreux documents que nous avons entre les mains que c'est M. Valleix qui a été mal renseigné sur la plupart des points véritablement importants. Mais l'Académie comprendra que je me contente de cette simple affirmation. Il ne serait digne ni d'elle ni de nos deux savants confrères que j'entrasse dans des détails qui pourraient être mal interprétés, et perdre le caractère uniquement scientifique que j'ai voulu donner à ce travail.

Je considère donc le fait de M. Cruveilhier comme un nouvel exemple d'accidents mortels provoqués par le traitement mécanique, avec cette particularité que, au lieu de prendre dès le début une forme aiguë et rapidement fatale, ils ont suivi une marche lente et chronique qui n'a pas eu pour cela une issue moins funeste.

Mais malheureusement les observations de MM. Cruveilhier et Broca ne sont pas les seules que nous possédons, et je vais maintenant en rapporter quelques autres qui, jointes à celles consignées déjà dans ce rapport, doivent ouvrir les yeux des plus incrédules.

Je vais commencer par celles qui sont prises dans la pratique de M. Valleix lui-même. Comme le dénoûment fatal ne s'est pas accompli sous ses yeux, on comprendra qu'elles aient pu ne pas arriver jusqu'à lui, et il est bien entendu, pour la dernière fois, que personne n'est plus convaincu que moi de sa bonne foi.

Observation de métro-péritonite mortelle chez une femme traitée par M. Valleix au moyen du redresseur intra-utérin.

Voici les détails qui m'ont été communiqués par M. le docteur Dicharry, qui avait fait connaître ce fait à la Société médicale du 3e arrondissement en avril 1852 :

« La femme D. P..., demeurant quai Jemmapes, 136, âgée de trente-cinq ans, que je connaissais depuis plusieurs années et que je voyais toutes les semaines, était tourmentée par une foule de ces petits accidents qui tiennent à l'hystérie ; elle n'avait cependant pas d'attaques proprement dites. Depuis longtemps j'avais constaté une déviation utérine (une rétroversion) qui me paraissait la source de tous ces phénomènes nerveux.

» Mécontente de ce que je ne lui prescrivais pas un traitement pour cette maladie, elle s'adressa à un de nos confrères, qui pratiqua plusieurs cautérisations sur le col de la matrice et qui prescrivit de nombreux médicaments. Au bout du compte, il la laissa beaucoup plus malade qu'avant. Cette pauvre femme se figurait qu'une grossesse la sauverait, et pour un enfant elle se serait soumise à toutes sortes de supplices. Elle entendit dire que M. Valleix redressait les matrices et mettait les femmes à même de concevoir. Dans cet espoir, elle entra à la Pitié.

Le 19 ou le 20 mars, on lui appliqua le redresseur, et, malgré les douleurs horribles qu'elle éprouvait, elle le garda trente-six heures ; mais le 21, n'y pouvant plus tenir, elle voulut sortir d'autorité, disant qu'elle mourrait à l'hôpital si elle y restait plus longtemps.

» Elle se fit donc transporter chez elle et me fit demander. Je la trouvai agonisante, mais ayant pourtant assez de forces pour me raconter les manœuvres qu'on avait pratiquées sur elle. Elle offrait tous les symptômes d'une métro-péritonite des mieux caractérisées. Je ne me rappelle pas au juste quelle fut ma prescription ; je sais seulement qu'elle me dit que tout était inutile, qu'elle ne passerait pas la journée.

» Le 24, de bonne heure, je me rendis chez elle, mais elle avait succombé. »

Observation de péritonite mortelle recueillie chez une femme traitée par le redresseur interne dans le service de M. Valleix.

« La nommée J. T..., âgée de vingt-trois ans, couturière, entre à la Pitié, le 6 février 1851, dans le service de M. Valleix. On la trouve atteinte d'une rétroversion et on la traite par le redresseur intra-utérin, qui est introduit à différentes reprises.

» Au commencement de mars, des douleurs vives surviennent dans le ventre ; on s'empresse de retirer l'instrument. Mais bientôt tous les symptômes d'une péritonite intense éclatent et marchent rapidement malgré un traitement énergique. La malade, ne voulant pas mourir à l'hôpital, se fit transporter par ses parents le 8 de ce mois dans un hôtel de la rue Copeau, n° 8, où elle succomba le lendemain matin. »

Je tiens de M. Maisonneuve, qui m'a autorisé à le dire, que dans les essais qu'il a faits avec le pessaire intra-utérin, dont il croit d'ailleurs avoir obtenu quelques bons résultats, il lui est arrivé une fois de voir des accidents de métro-péritonite se déclarer et se terminer par la mort.

FAIT DE M. NÉLATON.

Extrait du rapport de M. Debout à la Société de chirurgie (Gazette des Hôpitaux, 16 mars 1854).

« Dame de vingt-huit ans environ. Affectée de rétroversion de l'utérus. De nombreux moyens avaient été inutilement employés. M. Nélaton se décida à recourir au redresseur utérin. L'introduction de l'instrument fut des plus faciles. Sa tige, ainsi que M. Valleix le conseille, était plus courte de 2 centimètres que la longueur de la cavité utérine. Cette application eut lieu à trois heures et demie. M. Nélaton revit la malade dans la soirée. Elle avait gardé le repos au lit et se trouvait bien.

» Le lendemain, à onze heures, il trouva la malade levée ; elle était dans le ravissement, disant qu'elle ne s'était jamais sentie aussi bien soutenue et autant à son aise ; elle avait marché toute la matinée dans son appartement.

» Le savant professeur avait à peine quitté cette dame depuis une heure qu'il était rappelé en toute hâte. Des accidents formidables venaient de se produire. A son arrivée, il constate tous les symptômes d'une péritonite aiguë semblable à celle qui survient à la suite des perforations intestinales. Malgré un traitement énergique, la malade succomba six semaines après aux suites d'une péritonite chronique. L'autopsie ne fut pas pratiquée. »

OBSERVATION DE M. ABAN.

Extrait du rapport de M. Debout à la Société de chirurgie (Gazette des Hôpitaux, 16 mars 1854).

« La femme Mondet, domestique, âgée de vingt-sept ans, entre le 6 décembre 1852, salle du Rosaire, n° 23. Elle était affectée d'un déplacement en arrière du corps de l'utérus survenu très probablement à la suite d'une chute sur le siége. Depuis cette époque, elle éprouva des tiraillements et des élancements dans le bas-ventre, qui allaient toujours en augmentant. Traitée sans succès par divers moyens, on croit reconnaître une antéflexion avec direction toute particulière du col de l'utérus en avant par suite d'une disposition congénitale.

» La sonde fut introduite plusieurs fois sans accident. Elle pénétrait librement et semblait suivre sa direction normale. Le 8 décembre, le redresseur utérin est appliqué pour la première fois. Une seconde application a lieu le 10, la malade n'ayant pu le garder que vingt-

quatre heures. Cette fois sa présence est tolérée huit jours; mais il était déplacé au moment où on le retira. Nouvelle et dernière application le 29; une douleur assez vive se manifeste. Néanmoins, comme le ventre est peu douloureux à la pression, la malade garde l'instrument jusqu'au 3 janvier. Ce jour-là, vers trois heures de l'après-midi, des symptômes très tranchés de métro-péritonite forcent l'interne à retirer le redresseur. Malgré un traitement très énergique les symptômes augmentent, et la femme succombe le 6 janvier dans la soirée.

» L'autopsie montre, contre toute attente, les pièces étant en place, le corps de l'utérus en rétroflexion, tandis que le col est dirigé en haut et en avant. On constate les caractères anatomiques de la péritonite. Du pus remplit la cavité de l'utérus et pénètre dans les trompes, qui en sont pleines. Pas d'inflammation du tissu utérin, et surtout pas de suppuration. La tige intra-utérine dépassait de 3 à 4 centimètres l'orifice utérin proprement dit, et au niveau de son extrémité on la voyait s'engager dans une ulcération oblique qui s'accompagnait du décollement de la membrane interne, mais sans suppuration. »

A mon avis, de pareils faits n'ont pas besoin de commentaires.

Messieurs, je touche enfin au terme du long travail dont vous avez bien voulu entendre la lecture, et il ne me reste plus qu'à vous soumettre les conclusions qui en découlent naturellement, et qui sont d'ailleurs l'expression de l'opinion de la commission tout entière :

1° On a considérablement exagéré l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes.

2° Dans beaucoup de cas, les accidents qu'on fait remonter jusqu'à elles sont produits par un autre état pathologique de l'utérus.

3° Dans l'état normal, l'utérus, quoique doué d'une mobilité très grande, est obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière.

4° Chez un très grand nombre de femmes il peut être incliné, fléchi, abaissé, repoussé vers l'une ou l'autre paroi du bassin, sans que la santé en soit troublée en aucune façon, la déviation ne constituant alors qu'une simple difformité sans importance.

5° Lorsqu'il existe simultanément une déviation et une phlegmasie chronique, ou un état névralgique de l'utérus, il suffit, dans l'immense majorité des cas, de traiter et de guérir ces dernières affections pour voir la première disparaître, ou, si elle persiste, pour constater qu'elle n'exerce sur la santé aucune influence fâcheuse.

6° Il existe cependant quelques déviations, mais elles sont très peu fréquentes, qui paraissent entraîner avec elles des incommodités assez nombreuses et des accidents assez sérieux pour qu'il faille leur opposer un traitement direct.

7° La science n'est pas désarmée devant ces cas exceptionnels, et elle peut agir souvent avec efficacité, et à peu près constamment sans danger, soit par l'abdomen, soit par le vagin, soit par le rectum.

8° Les faits qui ont été produits pour démontrer l'efficacité du traitement par les redresseurs intra-utérins ont été mal interprétés.

9° En affirmant que l'utérus momentanément redressé avait, dans l'immense majorité des cas, conservé définitivement la position nouvelle qu'on lui avait donnée, on s'est trompé, ainsi que peuvent l'observer chaque jour les médecins qui sont appelés à examiner des femmes qui ont été soumises à ce traitement, et chez lesquelles ils constatent la persistance de la déviation.

10° En attribuant les guérisons ou les améliorations observées aux pessaires intra-utérins, on a oublié que concurremment on avait employé un grand nombre d'autres moyens dont l'action bien connue explique les résultats obtenus.

11° Les observations communiquées à l'Académie par MM. Broca et Cruveilhier ne sont que des exemples trop évidents de l'influence funeste que la nouvelle méthode peut exercer.

12° Ces faits d'ailleurs sont loin d'être les seuls. En France comme en Angleterre, les cas de mort qu'on doit rapporter à l'emploi des pessaires intra-utérins sont déjà beaucoup trop nombreux pour ne pas éclairer les plus confiants.

13° Indépendamment des femmes qui ont payé de leur vie ces tentatives, on est effrayé quand on songe aux accidents sans nombre qui ont été éprouvés par celles qui ont échappé au danger (douleurs plus ou moins vives, quelquefois atroces; hémorrhagies légères ou graves, anémie, troubles nerveux variés, frissons, fièvre, syncopes, péritonites, abcès pelviens, métro-péritonites, etc.), sans compter que chez plusieurs il a fallu renoncer au traitement.

14° Tout en reconnaissant à l'hystéromètre de grands avantages pour le diagnostic de certaines affections, il ne faut pas oublier qu'il est inutile dans un grand nombre de circonstances, et comme son usage peut avoir des conséquences fâcheuses, il faut le réserver pour les cas exceptionnels qui le réclament.

15° Quant aux divers pessaires ou redresseurs intra-utérins, nous pensons qu'il faut les proscrire parce qu'ils sont inutiles, impuissants à produire les effets qu'on en attend, et qu'ils font courir aux malades les dangers les plus sérieux.

DE L'EMPLOI DU VIN DE COLOMBO COMPOSÉ

dans le traitement du choléra.

Par M. le Dr Caron.

Déjà dans plusieurs circonstances j'ai eu occasion de parler des propriétés thérapeutiques de l'acide hydrochlorique et des expérimentations auxquelles je me suis livré dans le traitement de plusieurs maladies (*Gazette des Hôpitaux*, 7 juin 1851, et *Revue médico-chirurgicale*, 1850 et 1851). Mes premières tentatives ont été couronnées de quelques succès, et tout naturellement je me suis trouvé porté, depuis les quelques mois que règne en France la nouvelle épidémie de choléra, à continuer mes recherches sur ce sujet, recherches dont je vais exposer brièvement les résultats.

Je ne m'arrêterai pas à discuter sur la nature et les causes de cette terrible maladie que l'expérience du siècle n'a encore pu éclairer. Je m'attacherai uniquement à reproduire la composition d'un médicament qui dans ces derniers temps m'a singulièrement favorisé pour combattre les accidents prodromiques du moment, comme en 1849 il m'avait réussi à guérir du choléra bien confirmé. Je n'insisterai que sur sa préparation, son mode d'administration et les effets les plus constants qu'il fournit.

Voici la formule de cette préparation, à laquelle j'ai donné le nom de vin de colombo composé :

Vin de quinquina	1,000	grammes
Teinture d'écorce d'oranges	30	—
Id. de genièvre	30	—
Id. de colombo	30	—
Esprit de sel fumant	11	—

M. F. S.

Dans ces conditions, ce médicament, tonique, antispasmodique et légèrement excitant, constitue une potion très supportable, qui s'administre, suivant la nature des cas, l'intensité des accidents et l'idiosyncrasie des sujets, à la dose d'une cuillerée à bouche chaque quart d'heure, chaque demi-heure ou chaque heure, en raison de la décroissance des symptômes; je dois ajouter que dans certains cas, afin de favoriser la tolérance du médicament, il m'est arrivé de l'édulcorer avec soit le sirop de tolu, soit le sirop diacode, dans la proportion de 30 à 45 grammes pour 100 grammes du mélange.

Dans les cas graves de 1849, dont j'ai parlé plus haut, il a toujours été donné pur et sans aucun inconvénient.

Le premier effet qu'il produit est un sentiment de chaleur locale sur l'estomac, qui se répand promptement par toute l'économie, surtout quand il est administré avec persévérance et avec rapidité. Il s'est rencontré peu de cas dans lesquels le médicament a été vraiment désagréable, circonstance qui néanmoins nous a conduit au système d'édulcoration indiqué plus haut. Dès les premières cuillerées, les vomissements se ralentissent et cessent même complétement; la langue s'humecte; une chaleur générale se manifeste, et bientôt survient une abondante transpiration, et cela souvent à la quatrième ou cinquième cuillerée; les garde-robes se modifient, diminuent de quantité et de fréquence pour cesser complétement; les urines reparaissent plus tardivement. Au milieu des modifications symptomatiques générales que nous énumérons, il est un phénomène qui se produit avec une certaine intensité, c'est l'altération; la soif est tellement prononcée que les malades sont tourmentés par le désir de boire froid, ce dont il faut se défendre avec la plus scrupuleuse attention, car j'ai vu des malades chez lesquels la réaction la plus évidente et considérée comme la plus favorable à l'issue de la maladie a été promptement interrompue par des boissons fraîches, qui ont immédiatement entraîné la mort. Dans ces cas, le produit de la perspiration cutanée devient poisseux, visqueux, exactement comme de la mélasse.

Pour satisfaire au besoin incessant qui tourmente les malades, je suis dans l'habitude de leur donner pour tisane une infusion légère de camomille bien chaude et sucrée. Par cette méthode, je suis arrivé au résultat si satisfaisant de 16 décès sur 86 cas de choléra que j'ai eu à soigner en 1849. Et dans ce nombre des morts, il convient de signaler les imprudences commises par les malades relativement à la soif. Je me hâte d'ajouter que ce mode de traitement n'exclut en aucune façon les topiques chauds extérieurs, les applications rubéfiantes locales et générales, cataplasmes, sinapismes, frictions. Dans l'immense majorité des cas, ces moyens ont toujours suffi à triompher des accidents, voire même des crampes.

Si, dans certains cas aussi, la réaction a paru se manifester avec une certaine énergie sur les organes importants à la vie, le cerveau ou la poitrine, soit même sur les viscères abdominaux, les dérivatifs, soit locaux, soit généraux (sangsues ou saignées), sont devenus les parties adjuvantes du traitement. Ce sont d'ailleurs des indications pratiques que saisira tout médecin observateur. Sous l'influence de cette médication, comme sous tant d'autres d'ailleurs, la maladie est promptement jugée, et il m'a paru que la convalescence était moins longue que par toute autre méthode. Pour justifier la valeur de cette médication, je rapporterai deux observations récentes de symptômes cholériformes que j'ai rencontrés dans ma pratique.

Obs. I. — M. D..., agent comptable d'une forte maison de graineterie du quai de la Mégisserie, âgé de cinquante-cinq ans, est pris tout à coup, dans la nuit du 26 avril, de violentes coliques d'estomac et de ventre, de nausées, et va douze à quinze fois à la garde-robe en huit heures de temps. Il accuse des crampes et une dysurie considérable, avec agitation générale. Pouls élevé (à 120), quoique mou, dépressible; chaleur générale, soif ardente.

Appelé à sept heures du matin, je lui fis immédiatement prendre toutes les heures une cuillerée de la potion indiquée, édulcorée avec 30 grammes de sirop diacode; infusion de camomille, cataplasmes, lavement d'eau de son avec addition de diascordium, 4 grammes.

Je revis le malade le soir. Il avait passé une assez bonne journée, quoique bien fatigué; une seule garde-robe, quelques crampes légères. — Continuation de la potion; cataplasmes, diète.

Le 27, amélioration très sensible. Pas d'évacuations alvines; sentiment vague de fatigue, mais pas de crampes. — Le régime est continué, la potion prise toutes les deux ou trois heures, et le 28 il pouvait aller à ses affaires; l'appétit était revenu.

Obs. II. — Mme P..., loueuse de chaises de Saint-Séverin, est également prise, le 28 avril, d'une abondante diarrhée blanche, avec tranchées abdominales, crampes, léger refroidissement, excavation des yeux, langue grisâtre, nausées sans vomissements, diurèse considérable et très fréquente. Immédiatement elle est mise à l'usage de la mixture édulcorée avec sirop diacode; lavement d'eau de son avec diascordium, 4 grammes; camomille pour tisane. La potion est prise toutes les heures.

Le 29, amélioration. Deux garde-robes seulement, plus de frissons, chaleur générale de bonne nature; cependant de temps à autre elle éprouve des mouvements convulsifs des membres qui la forcent à garder le lit. — Cataplasmes, potion toutes les heures, diète.

Le 30, le mieux se confirme; les crampes ont disparu, les urines se sont régularisées, la soif est moindre, mais la langue devient saburrale. — Continuation de la potion.

Le 1er mai, disparition de tous les accidents cholériques, accablement profond, langue sale, épaisse. — Je lui conseille pour le lendemain 4 prises purgatives :

Calomel	50	centigrammes
Scammonée	1	gramme
Jalap	15	centigrammes

Mêlez; divisez en 4 paquets. Un d'heure en heure; bouillon de veau léger, cataplasmes abdominaux, diète.

Le 2, amélioration confirmée; appétit. — Bouillon, potages. La potion est encore continuée après chaque repas.

Le 3, la malade a pu retourner à ses occupations.

Ces observations, et beaucoup d'autres que je pourrais rapporter, paraissent justifier l'utilité de cette préparation, qui, sans être unique dans l'histoire de la thérapeutique, a bien quelque analogie avec la formule de Reich, qui, lui aussi, a conseillé l'emploi de l'acide hydrochlorique dans le choléra. Ce praticien commençait par administrer les vomitifs, faisait exposer les malades à l'air frais et leur donnait la potion suivante :

Mucilage d'althéa	5	onces
Acide muriatique	1	gros
Esprit de sel dulcifié	1	gros
Eau distillée	8	onces

M. F. S. A. une potion. Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Malin, de son côté, a hautement préconisé les avantages de l'acide hydrochlorique associé à l'opium dans le traitement de la dyssenterie. Je n'en finirais pas si je voulais retracer ici les propriétés de l'acide muriatique employé à l'intérieur. Un jour viendra où je pourrai faire plus complétement l'histoire détaillée de cette préparation considérée comme agent thérapeutique.

INGA, NOUVEL ASTRINGENT.

Par M. Grimault.

La substance désignée sous ce nom assez vague, bien que signalée déjà dans quelques traités de matière médicale, est encore inconnue en France. Ses propriétés toniques et astringentes, que l'on utilise dans quelques contrées de l'Europe et qui lui valent en Amérique une réputation des mieux établies, mais surtout son bon marché, m'engagent à la signaler à l'attention des thérapeutistes.

L'inga, tel que je me le suis procuré, est en écorces très compactes, pesantes, épaisses de 1 à 2 centimètres, variables en longueur de 20 à 60, en largeur de 5 à 12. Leur cassure, nette, présente, lorsqu'elle est récente, des couches alternativement blanches et rougeâtres. Les cassures anciennes qui ont subi l'action des agents atmosphériques présentent une teinte plus foncée, uniformément rougeâtre; c'est la couleur aussi de la face interne du derme qui présente de distance en distance des aspérités nombreuses et se trouve parsemée sur quelques échantillons de petits globules de gomme peu colorés.

Le périderme est rugueux, généralement brun noirâtre, comme chagriné, présentant des cicatrices nombreuses plus ou moins profondes et dont le fond offre des teintes variables du blanc au rouge brun.

Cette écorce, mâchée, offre une astringence bien franche et sans âcreté, amenant une salivation prompte et colorant la salive en rouge. Introduite dans l'estomac, elle paraît en activer les fonctions.

Sa richesse en principes extractifs est considérable; elle cède aux différents dissolvants jusqu'à 30 pour 100 de son poids.

L'extrait aqueux ou alcoolique obtenu par déplacement est comparable, pour l'astringence, la couleur et les propriétés générales, à l'extrait de ratanhia; seulement il précipite en bleu foncé les persels de fer. Il contient un peu de gomme, de mucilage et 80 pour 100 environ d'une matière tannante rouge particulière.

L'écorce, après ce traitement, retient encore, outre le ligneux, un produit gras (cire) associé à une matière colorante jaune, de l'extractif, une forte proportion d'amidon et beaucoup de sels. Rien n'y décèle la présence d'un alcaloïde ni d'un principe âcre. C'est à la matière tannante rouge qu'elle paraît devoir ses propriétés.

En Amérique, l'inga est préconisé comme astringent tonique dans la diarrhée, la gonorrhée, l'hémoptysie, l'incontinence d'urine et le relâchement des tissus; comme antiseptique à l'extérieur, sa poudre est employée à la façon du quinquina.

Quelques expériences déjà faites à Paris semblent justifier sa réputation et nous font espérer de lui voir prendre rang dans notre matière médicale. (*Rép. de Pharm.*)

L'Association de prévoyance et de secours des médecins du département du Rhône a tenu ces jours derniers, au palais Saint-Pierre, son assemblée générale publique. Cette Association ne se borne pas à distribuer des secours; elle se réserve encore de signaler à l'autorité les délits et abus relatifs à l'art de guérir. Elle compte déjà 112 sociétaires, et il lui reste en caisse une somme de 1,900 fr., qui sera capitalisée dans la prévision des besoins futurs. On a entendu dans cette séance, ainsi que nous l'avions annoncé dans notre numéro du 11 mai, un discours de M. Polinière, président; le compte rendu du secrétaire général pour 1853, et l'éloge de Pravaz, par M. Munaret.

Le Secr.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 65. — JEUDI 1er JUIN 1854. (27e ANNÉE.) N° 65. — JEUDI 1er JUIN 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE (M. Chassaignac). Relations de l'hypertrophie des amygdales avec divers états pathologiques : adénite cervicale, abcès des amygdales, fistules cervicales amygdaliennes. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. Sonde évacuatoire simplifiée. — Nouveau modèle de seringue à injections urétrales pour le traitement abortif et curatif de la blennorrhagie. — Opium de l'Algérie. — Note relative aux déplacements des organes, à ceux de l'utérus, au traitement qu'ils exigent. — Climatologie de la Turquie. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement.

PARIS, LE 31 MAI 1854.

Séances des Académies.

Pour rien au monde nous ne voudrions que l'on nous accusât d'irrévérence à l'égard de l'Académie impériale de médecine. Les temps sont loin où l'épigramme en prose ou en vers ne faisait pas faute à l'illustre et royal ou national aréopage, qui s'y prêtait d'assez bonne grâce. Il y avait alors dans l'air une désinvolture de liberté que donne la jeunesse, que l'âge, hélas ! nous a retirée à tous, et que nos neveux retrouveront peut-être, à moins que les syndics de la presse médicale n'y viennent apposer la moralité restrictive de leur *veto*.

Il faut le dire pourtant, nous nous attendions, et chacun avec nous, à une chaude et importante discussion sur le redressement utérin. Déjà nous avions entendu une intéressante allocution de M. Piorry sur ce sujet, et nous comptions sur les nombreux orateurs inscrits. Quel n'a donc pas été l'étonnement général, quand on a vu que personne ne répondait à l'appel du président, qui a fait alors monter le rapporteur à la tribune et s'apprêtait à mettre aux voix les conclusions du rapport ! Heureusement l'habile chirurgien de la Charité s'est chargé de traduire la surprise que causait cette abstention générale et inattendue. M. Velpeau n'a pas cru qu'il fût *permis* à l'Académie de trancher ainsi cette question importante, sur laquelle, pour son compte, il avait de quoi *parler longuement*; car il possède des matériaux qu'il aurait apportés si l'inscription d'orateurs nombreux avant lui ne l'avait convaincu qu'il n'aurait pas la parole aujourd'hui. Une approbation générale a suivi cette juste observation, et, à l'unanimité, la discussion a été renvoyée à la prochaine séance. Nous ne perdrons rien pour attendre.

Nous nous contenterons donc aussi, faute de place, de donner les conclusions de M. Piorry; nous insérerons dans le prochain numéro la défense que M. Valleix a cru devoir publier et qu'il nous paraît juste de faire connaître, puisque, n'étant pas membre de l'Académie, il n'aura pas l'occasion de se faire entendre.

Ce vote terminé, la parole a été donnée à M. Beyran, médecin français établi à Constantinople, qui a lu un mémoire fort intéressant sur la climatologie de la Turquie. Ce travail contient de sages conseils hygiéniques sur les précautions à prendre pour l'acclimatement dans ce pays, où la mobilité de la température marche au moins de pair avec la proverbiale inconstance du climat de Paris ; nous avons cru devoir en reproduire textuellement une partie qu'on lira avec intérêt.

Ajoutons que la séance avait été ouverte par un rapport sur la culture de l'opium en Algérie, dans lequel nous avons entendu avec plaisir le rapporteur, M. Bouchardat, insister avec sa sagesse et sa sagacité accoutumées sur la nécessité de favoriser cette culture dans notre belle colonie.

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte rendu de la séance de l'Académie des sciences, qui s'est bornée à deux communications offrant une certaine analogie ; l'une, faite par M. Charles Bonaparte, d'un mémoire de M. Schiff sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière; et l'autre, due à M. Oré, sur des recherches expérimentales relatives à l'influence que la moelle épinière et le bulbe rachidien exercent sur la sensibilité et la motilité. — F. Fabre.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Relations de l'hypertrophie des amygdales avec divers états pathologiques : adénite cervicale, abcès des amygdales, fistules cervicales amygdaliennes.

Lorsqu'on recherche l'influence que l'hypertrophie des amygdales peut exercer sur la production de certains états pathologiques qu'on voit souvent coïncider avec elle, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il y a ici une question étiologique très difficile à résoudre. En effet, les amygdalites très fréquentes auxquelles ont été sujets les individus actuellement atteints d'hypertrophie amygdalienne sont-elles une conséquence de cette hypertrophie? ou bien l'hypertrophie qu'on observe actuellement est-elle le résultat des nombreuses amygdalites qui ont eu lieu à diverses époques? Il est assez difficile de sortir de ce cercle. Toutefois, nous ferons observer que des faits nombreux que nous avons recueillis résulte une coïncidence marquée entre l'hypertrophie et l'existence des amygdalites. D'autre part, chez un certain nombre d'individus chez lesquels l'hypertrophie avait été constatée depuis un certain temps, nous avons observé la fréquente répétition des maux de gorge; de sorte que, si nous ne pouvons pas préciser l'influence des maux de gorge comme cause productrice de l'hypertrophie, du moins pouvons-nous dire que chez les individus à amygdales hypertrophiées, il y a une prédisposition notoire aux amygdalites. Il est des sujets chez lesquels la vie tout entière, jusqu'à l'époque de l'opération, n'a été pour ainsi dire qu'une longue série d'amygdalites survenant pour la moindre cause. Du reste, rien ne sera plus instructif à cet égard pour le lecteur que de faire passer sous ses yeux le relevé textuellement extrait des observations en ce qui touche les précédents des sujets que nous avons opérés.

OBS. 6. — Gorge habituellement douloureuse, angines très fréquentes.

OBS. 15. — Récidives d'angine aux changements brusques de température.

OBS. 16. — A eu deux fortes esquinancies dans le cours de cette année.

OBS. 21. — A souvent des esquinancies.

OBS. 24. — Maux de gorge fréquemment répétés depuis l'âge de quatorze ans chez un sujet de vingt-sept ans. Depuis cinq mois, douleurs continues dans l'arrière-gorge.

OBS. 25. — Maux de gorge fréquents.

OBS. 27. — Souvent des angines.

OBS. 30. — Maux de gorge fréquents depuis huit mois. Depuis deux mois surtout, souffrances continuelles.

OBS. 31. — Fréquents maux de gorge depuis l'âge de huit ans chez un sujet de vingt et un ans.

OBS. 35. — Tous les six mois au moins retour d'une angine.

OBS. 37. — Mal de gorge tous les hivers, et très souvent en été.

OBS. 46. — Maux de gorge tous les hivers; obligé de garder la chambre pendant plusieurs semaines.

OBS. 47. — Maux de gorge assez fréquents.

OBS. 49. — Maux de gorge fréquents.

OBS. 67. — Douleurs habituelles siégeant à l'arrière-gorge.

OBS. 72. — Maux de gorge très fréquents.

Enfin, chez plusieurs malades, nous avons noté que tous les mois, depuis l'époque de la puberté, il y avait une sorte d'angine menstruelle, puisque l'amygdalite reparaissait à chaque menstruation.

Les abcès de la région amygdalienne, considérés comme accompagnement ou comme conséquences de l'hypertrophie des amygdales, se sont présentés sept à huit fois sur 102 malades qui ont été soumis à l'ablation simultanée. Ils n'ont point empêché l'exécution du procédé opératoire; seulement l'amygdale, au lieu de s'énucléer et d'être extraite en une seule masse, se morcelait sous la pression de l'instrument et arrivait au dehors sous forme de lambeaux.

Parmi les sujets opérés pour l'hypertrophie des amygdales dans

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique, suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; par M. le docteur A. FOUCART (1).

(Ouvrage honoré de souscriptions des ministères du commerce et de la guerre.)

La suette miliaire, qui a désolé l'Europe à diverses reprises, a reparu chez nous, et avec une certaine vivacité, depuis une trentaine d'années, affectant de préférence certains départements. Certes, la nomenclature bibliographique des travaux inspirés par cette maladie est bien nombreuse, et renferme des appréciations fort diverses. Il pouvait donc sembler difficile de trouver là matière à des vues nouvelles, à des considérations originales ; telle est cependant la bonne fortune qui est advenue à l'auteur du livre dont nous venons aujourd'hui rendre compte. Et quand nous parlons de bonne fortune, on comprend bien qu'il ne s'agit pas ici de l'aveugle et fantasque déesse qui vient se heurter à l'homme endormi, mais bien de celle que l'on ne rencontre que par le travail et la méditation. Le livre de M. Foucart se distingue de ceux qui l'ont précédé par des caractères qui lui assignent une place à part dans l'histoire de la suette, et inaugure une ère nouvelle pour la thérapeutique de cette maladie.

L'importance de cette question, que tant d'épidémies récentes ont véritablement mise à l'ordre du jour, nous oblige de donner une certaine étendue à l'analyse des principales parties de l'ouvrage que nous avons sous les yeux.

La *marche*, et en particulier le mode d'invasion des maladies épidémiques, est assurément bien importante à connaître d'une manière exacte. Nous en avons aujourd'hui la preuve pour le choléra, dans les indications fournies par ces phénomènes si heureusement appelés *prémonitoires*. Signaler l'existence d'accidents précurseurs de la suette, ce serait rendre un immense service aux praticiens, mais surtout aux populations sur lesquelles sévit l'épidémie. Suivant la plupart des auteurs, la suette débute habituellement d'une manière subite; or, un examen très attentif des faits a permis à M. Foucart de constater que dans les *deux cinquièmes*, ou peut-être dans la *moitié* des cas, il y a des accidents prémonitoires, qui consistent dans des phénomènes d'embarras gastrique. Faites disparaître l'embarras gastrique par le spécifique bien connu de cette affection, le vomitif, et vous fermez la porte à la maladie. L'indication est donc posée, et nous la formulons ici avec plus de hardiesse que ne l'a fait M. Foucart lui-même : en temps d'épidémie de suette, l'embarras gastrique doit être surveillé et enrayé, comme la diarrhée en temps de choléra.

Continuons. Les prodromes ont manqué, ou bien ils ont été méconnus, négligés; la suette se déclare; des sueurs copieuses inondent le malade; l'anxiété épigastrique, la constipation, etc., se manifestent, puis survient l'éruption vésiculeuse. Voilà, suivant les auteurs, deux périodes bien distinctes : l'invasion, l'éruption; et pour beaucoup c'est cette dernière qui caractérise la maladie. N'est-elle pas en effet constituée par des vésicules? *l'élément vésiculeux!* si cher à l'école de Willan et de Biett, et qui a fait ingénieusement classer la suette à côté de la gale et de l'eczéma!... Suivant M. Foucart, entre l'invasion et le moment où apparaît l'éruption, il s'écoule un laps de temps plus ou moins considérable, auquel on n'a pas accordé l'importance qu'il mérite, et que notre auteur désigne sous le nom de *période d'état*. La durée de cette période est de quarante-huit à soixante-douze heures, quelquefois plus; et, chose digne de remarque, cette durée est en rapport avec l'intensité et la gravité des accidents qui se développent plus tard. C'est alors surtout qu'existent les phénomènes caractéristiques de la suette : la constipation, l'embarras gastrique, l'épigastralgie avec resserrement, suffocation, quelquefois même strangulation, auxquels le malade succombe quand il n'est pas convenablement secouru. L'éruption n'est donc pas pour M. Foucart la maladie elle-même, mais la dernière phase de son évolution; *c'est la période d'état qui constitue la suette.* Dans les circonstances ordinaires, ce n'est guère que vers le troisième ou quatrième jour que se fait l'éruption; elle peut d'ailleurs être retardée, dans le cas, par exemple, où la constipation persiste. L'éruption faite, les autres accidents, sueurs, constriction épigastrique, etc., se dissipent.

Faut-il admettre, avec les auteurs, une forme *bénigne* et une forme *maligne?* Assurément, dans la suette comme dans toutes les autres maladies, il y a des cas légers et des cas graves; mais, dit M. Foucart, ces derniers n'arrivent à mettre en danger les jours du malade que parce qu'ils n'ont pas été traités convenablement dès le début; et telle est sa confiance dans le traitement qu'il préconise, confiance fondée, au reste, sur l'expérience de plus de 1,500 cas observés par lui, qu'il n'hésite pas à émettre l'assertion suivante :

« Lorsque l'on fait usage, dit-il, dès les premiers jours de l'affection, d'une médication convenable, je ne dirai pas que la guérison est la règle et la mort l'exception, je dirai que je doute fort que l'on puisse perdre *un seul malade*. »

Une assertion aussi hardie et si fort en opposition avec ce qui a été observé par les autres médecins, ne pouvait passer sans contestation. On a surtout objecté à M. Foucart ce fait; savoir, que la suette n'est réellement très grave que pendant les premiers jours de l'invasion de la maladie dans une localité, et qu'elle devient ensuite très bénigne. Or, M. Foucart n'arrivait dans la commune envahie qu'après la période grave; il guérissait donc par sa méthode, parce qu'alors tous les traitements étaient efficaces. A cela, il répond que dans plusieurs communes il a assisté à la naissance de l'épidémie, et que dans cette circonstance, comme à toute autre époque, il a constamment sauvé *tous* ses malades; que ses honorables confrères les docteurs Langlet et Missa ont obtenu les mêmes succès dans les mêmes conditions et en suivant les mêmes errements. Quant à nous, malgré notre

(1) Un volume in-8° ; chez Labé. Prix : 5 fr.

un moment où il n'y avait pas actuellement d'abcès, quelques-uns avaient eu à souffrir de cet accident à plusieurs reprises.

Nous devons faire remarquer qu'il est très rare de voir les abcès de l'amygdale se propager à la région cervicale; la demi-capsule que nous avons décrite est très résistante, et elle met évidemment obstacle à la diffusion du pus dans le tissu cellulaire de la région cervicale. Ce serait même une chose assez difficile à démontrer que la transmission du pus provenant de l'abcès de l'amygdale dans le tissu cellulaire du cou. On a cité des cas dans lesquels des abcès provenant de l'amygdale s'étaient propagés jusque sur les côtés du cou et jusque dans la région sus-claviculaire. Mais nous doutons très fort que ces abcès eussent eu leur origine dans le tissu même de l'amygdale. La demi-capsule fibreuse nous paraît être, à cet égard, une barrière presque infranchissable. Il nous semble très probable que dans les cas où des abcès cervicaux ont été observés offrant les apparences d'une origine amygdalienne, le phlegmon s'était formé, non pas dans l'amygdale elle-même, mais sous l'amygdale, dans le tissu cellulaire lâche interposé entre la demi-capsule fibreuse et les parois propres du pharynx. Toutefois, on conçoit que dans certaines conditions la capsule fibreuse puisse se perforer elle-même par suite d'un travail ulcératif auquel donnerait lieu soit la configuration de l'abcès, soit la nature de la cause qui le produit. Plusieurs fois, par exemple, nous avons trouvé dans les amygdales des lacunes verticales dont l'orifice libre s'ouvrait à la partie supérieure de la glande, tandis que le cul-de-sac occupait la partie inférieure de l'amygdale. Cette disposition fait comprendre comment du pus retenu dans une lacune ainsi disposée, et ne s'en échappant qu'avec peine, peut devenir la cause d'un travail ulcératif qui donnerait lieu à la perforation de la demi-capsule. On sait, d'autre part, comment les barrières anatomiques peuvent être détruites par certaines natures d'inflammation; telles, par exemple, que celle qui tient à la cause syphilitique.

Dans un cas où l'un de nos honorables confrères nous adressa un malade présentant deux fistules latérales du cou, dont l'une venait s'ouvrir à peu de distance de la clavicule gauche, nous pensâmes que l'un des meilleurs moyens à employer pour la guérison de ces fistules consistait à ouvrir un libre accès à la suppuration du côté du pharynx, en pratiquant à l'amygdale une large perte de substance. Il nous semblait que l'étroitesse d'orifice de la partie supérieure des trajets fistuleux était la principale cause de leur persistance. Le résultat de notre opération a paru donner raison à cette manière de voir. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après l'ablation de l'amygdale gauche les deux fistules cervicales, qui avaient résisté à une foule de moyens employés sans succès par des chirurgiens habiles se cicatrisèrent d'une manière définitive. C'est avec notre honorable confrère M. le docteur Lesaulnier que nous avons eu l'occasion d'observer ce fait très curieux.

Parmi les inconvénients qui sont la conséquence des phlegmasies répétées auxquelles dispose l'hypertrophie de l'amygdale, il faut noter le resserrement des mâchoires, qui dans l'état aigu devient quelquefois assez prononcé pour qu'on éprouve beaucoup de difficulté à faire ouvrir la bouche et à examiner le fond de la gorge. Il est vrai que ces difficultés ne nous arrêtent plus depuis que nous employons notre dilatateur annulaire, qui nous a permis dans tous les cas où nous l'avons tenté de faire ouvrir la bouche à un degré suffisant pour pratiquer l'ablation des amygdales dans l'état aigu.

Nous n'hésitons pas à croire, d'après des observations qui toutefois ne sont pas encore très nombreuses, que chez quelques sujets l'amygdale ne soit comprimée par les tissus ambiants de manière à présenter une condensation ou tassement de son tissu. Ceci mérite explication. Dans des cas où nous avions enlevé des amygdales enchatonnées, nous avons été surpris de voir que l'amygdale devenue libre semblait prendre un volume plus considérable que celui qu'elle offrait à l'exploration avant que l'ablation fût faite. Nous n'avons pu nous rendre compte de cette singularité qu'en admettant que le tissu de l'amygdale, tenu à l'état de condensation tant qu'il était en place, s'était en quelque sorte épanoui aussitôt que l'incision avait fait cesser la compression.

Adénite cervicale. — Nous avons vu fréquemment l'hypertrophie des amygdales coexister avec l'engorgement des ganglions lymphatiques des parties latérales du cou. Lorsqu'on examine un sujet qui présente simultanément l'hypertrophie des amygdales et l'engorgement des ganglions cervicaux, il est assez difficile de déterminer la part que prend comme cause de l'engorgement la maladie de l'amygdale. Nous n'avons considéré cette relation comme n'étant suffisamment démontrée que dans les trois circonstances que voici :

1° Quand, l'amygdale n'étant malade que d'un côté, il n'y avait d'engorgement cervical que de ce côté;

2° Quand, l'ablation des amygdales ayant été faite, l'adénite cervicale s'est complètement dissipée au bout de quelque temps, ce qui semble prouver qu'il y avait un rapport de cause à effet entre les deux affections. Chez trois malades, deux hommes et une femme, j'ai opéré dans des cas d'inflammation aiguë avec engorgement ganglionaire sous-maxillaire contigu à l'amygdale malade. Dans ces trois cas, l'opération a déterminé la fonte de l'engorgement ganglionaire concomitant.

3° Enfin, dans le cas où un seul ganglion engorgé existait juste à la hauteur de l'amygdale malade. Ce ganglion, qui a une direction à peu près horizontale, nous a paru, d'après un grand nombre d'observations, avoir une relation plus intime qu'aucun autre ganglion avec l'état de l'amygdale. Si l'on arrivait jamais à désigner les ganglions par le nom des organes dont ils sont plus spécialement les aboutissants, celui-là porterait le nom de ganglion amygdalien.

Nous avons vu dans un seul cas l'engorgement des amygdales coïncider avec l'engorgement syphilitique des ganglions postéro-cervicaux. Voici dans quelle circonstance.

Amygdalite syphilitique.

Levis (Antoine), âgé de vingt et un ans, journalier, demeurant rue de Reuilly, 4, est entré le 8 avril 1851 au n° 7 de la salle Saint-François.

Ce malade porte à la partie latérale droite du cou une tumeur qui paraît due à l'engorgement subaigu des ganglions placés sous le sterno-mastoïdien. Pas de syphilides. On explore la bouche, et l'on trouve l'amygdale droite très gonflée et rugueuse. Cette inflammation considérable peut être la cause de l'adénite. M. Chassaignac se décide à l'ablation des amygdales.

Le 11 avril, ablation simultanée des amygdales par le procédé décrit.

Le 15, la tumeur du cou paraît en voie de résolution. Le malade sort de l'hôpital le 18 avril.

Ce malade rentre à Saint-Antoine le 26 avril avec un engorgement considérable des ganglions cervicaux postérieurs, de ceux surtout qui paraissent subjacents au sterno-mastoïdien. Les ganglions du côté droit forment une tumeur allongée qui soulève ce muscle, et se dégage même un peu de lui en débordant son bord antérieur au-dessous duquel la tumeur s'engage. A gauche, les ganglions sont moins engorgés; ils forment une tumeur oblongue qui a la forme d'un chapelet, et s'étend depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la moitié de la hauteur du sterno-mastoïdien. Les ganglions sus-claviculaires sont pris du côté droit; mais à gauche, ils sont complétement exempts d'engorgement.

Le 28, à la visite, on trouve une éruption générale à la surface du corps; et quoique le malade, récemment marié, se défende d'avoir jamais eu de chancres, l'éruption a tous les caractères des syphilides pustuleuses dans beaucoup de points, papuleuses dans d'autres. — 2 pilules de Sédillot; iodure de potassium.

Le 28 mai, l'engorgement des ganglions a considérablement diminué. La tumeur ganglionaire droite qui soulevait fortement le sterno-mastoïdien ne fait qu'une saillie à peine marquée. Le malade sort complétement guéri.

Les stigmates du cou résultant d'abcès consécutifs à l'engorgement ganglionaire par maladie de l'amygdale doivent encore être rangés parmi les conséquences fâcheuses de l'hypertrophie amygdalienne.

Si dans la plupart des cas l'adénite cervicale s'est dissipée sous l'influence de l'ablation des amygdales, il en est un dans lequel, au contraire, l'opération a paru provoquer ou précipiter la marche suppurative de l'adénite. C'est ce qui eut lieu chez un malade qui avait présenté des ganglions engorgés à la région latérale gauche du cou. Une incision livra issue au liquide purulent et sanguin, et, le lavage aidant, on obtint une réunion primitive complète.

Il y a un point très difficile à déterminer; c'est celui de savoir si, quand un sujet se présente avec un accroissement anomal de volume des amygdales, on a affaire chez lui à une hypertrophie pure et simple, ou bien à un état chronique subinflammatoire de l'amygdale. C'est là une question qui nous a beaucoup occupé. Les caractères différentiels de ces deux cas sont difficiles à préciser. Voici les seuls qui nous aient paru pouvoir être indiqués du moins jusqu'à présent :

1° Dans l'accroissement de volume par inflammation chronique, l'amygdale est douloureuse à la pression, et elle ne l'est pas dans l'hypertrophie simple.

2° Dans l'inflammation chronique, l'amygdale est légèrement œdémateuse.

3° Dans l'amygdalite chronique, il y a constamment engorgement concomitant des ganglions cervicaux. Cet engorgement n'est pas nécessairement lié à l'hypertrophie simple.

Du reste, il faut bien prendre garde que les effets de l'hypertrophie pure et de la subinflammation chronique ne peuvent pas être toujours facilement isolés, puisque nous avons dit que dans l'hypertrophie on observe souvent des accidents inflammatoires, tels que abcès, angine, etc.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 mai 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur de la Montagne, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Aroffe (Vosges);

2° Un rapport de M. le docteur Caloy, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Toulon, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Collobrières, de novembre 1853 en mars 1854;

3° Un rapport de M. le docteur Guizard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lons-le-Saulnier (Jura), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Largillay-Monsonnay pendant les mois de février et mars dernier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sonde évacuatoire simplifiée. — M. Mercier écrit que M. Cazenave (de Bordeaux), ayant un malade chez lequel des fragments de calcul logés dans la région prostatique et qui n'avaient pu être extraits ni par deux habiles confrères, ni par lui, a employé avec succès sa sonde évacuatoire dont il a entretenu l'Académie le 8 mai.

Nouveau modèle de seringue à injections urétrales pour le traitement abortif et curatif de la blennorrhagie. — M. le docteur Edmond Langlebert soumet à l'Académie un nouveau modèle de seringue à

---

confiance absolue dans la réalité des faits signalés par M. Foucart, et précisément à cause de cette confiance, il nous est impossible de ne pas admettre, en considérant la gravité de certaines épidémies comparée à la bénignité de certaines autres, que par une heureuse coïncidence M. Foucart s'est rencontré avec une de ces dernières. C'est qu'en effet la mortalité est souvent très différente suivant les temps et suivant les lieux. Ainsi, tandis que dans quelques épidémies la mortalité fut de 1 sur 6; au dire de Pujol, l'épidémie de Castres, sur 900 malades, ne prit qu'une douzaine de victimes, c'est-à-dire 1 sur 75. « La Chapelle, dit M. Rayer (épidémie de 1821), eut 1 mort sur 2 malades, et Neuilly en Thel *un sur cent dix-huit!* » Au total, c'est là une question dont l'avenir décidera.

La suette est-elle contagieuse? La plupart des observateurs le nient, et à coup sûr, dit M. Foucart, elle ne l'est pas par le contact. Peut-elle l'être par infection, c'est-à-dire par l'atmosphère? M. Foucart serait porté à le croire. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans la multitude des faits observés par lui, il n'en est pas un seul qui le lui ait prouvé d'une manière incontestable. — Relativement à la forme intermittente, M. Foucart ne la nie pas; mais d'après l'analyse des observations même de MM. Parot et Taufflieb, qui en ont tant parlé, il la regarde comme exceptionnelle. Au reste, il en a vu lui-même quelques exemples, et s'il n'en a pas rencontré davantage, cela tient, pense-t-il, à l'action perturbatrice du traitement qu'il mettait en usage.

Voyons maintenant quelle est la *nature de la suette*. M. Foucart reconnaît, avec les auteurs modernes, que la suette est un exanthème fébrile essentiel, prenant place dans le cadre nosologique à côté de la variole, de la rougeole et de la scarlatine; et quant à la nature proprement dite, c'est-à-dire au rapport qui existe entre cette affection et celles qui s'en rapprochent le plus, l'auteur avance que la suette est une affection septique ou toxhémique, comme le sont les fièvres éruptives, le typhus et le choléra. Il lui reconnaît, du reste, trois ordres ou trois groupes de phénomènes.

1° *Phénomènes de septicité.* — En tant que maladie épidémique, en tant que maladie générale, la suette, au dire de M. Foucart, est due à des influences extérieures qui ont pour effet de vicier l'économie comme par une sorte d'empoisonnement. Dans la suette, aussi bien que dans la fièvre typhoïde, c'est une altération du sang qui s'offre comme premier phénomène appréciable; cette altération est démontrée par les caractères physiques du sang tiré de la veine; ce liquide est diffluent comme dans le typhus et les fièvres éruptives. La prompte putréfaction des cadavres, le danger des émissions sanguines achèvent de démontrer cette altération.

2° *Phénomènes gastriques.* — Les désordres observés du côté de l'appareil digestif appartiennent très positivement à l'embarras gastrique et ne sont nullement de nature inflammatoire; les succès de la méthode évacuante éméto-cathartique le prouvent surabondamment.

3° *Phénomènes nerveux.* — Ils se décèlent surtout par les accidents de la constriction épigastrique, de la suffocation, de la strangulation : le délire qui se montre dans certains cas est lui-même évidemment nerveux. M. Foucart résume ainsi en trois mots l'idée qu'il se fait de la suette : *septicité, gastricité, névrosité.*

Ici se présente une question sur laquelle je ne saurais être d'accord avec M. Foucart.

La première altération appréciable est, dit-il, une *altération* du sang. Sauf les cas d'intoxication directe par introduction dans l'économie d'une substance étrangère, il m'est bien difficile d'admettre que le sang puisse être *primitivement* altéré. Dans les maladies graves à côté desquelles M. Foucart place la suette, le typhus, les fièvres éruptives, je vois une affection générale caractérisée dès le début par des troubles fonctionnels généraux, et jusqu'à ce jour personne, que je sache, n'a démontré la préexistence d'une altération du sang aux phénomènes observés. Il est bien vrai que le sang tiré de la veine chez des individus *déjà atteints* de suette présentait la diffluence d'une gelée de groseilles peu cuite; mais dans quel état était le sang des sujets qui, après avoir subi une saignée dite de précaution alors qu'ils étaient en parfaite santé, ont été pris de la suette *au bout de quelques heures?* C'était là une circonstance importante à faire connaître. Pour les preuves des altérations chimiques du sang, l'auteur renvoie à l'anatomie pathologique; mais il n'est question dans l'article consacré aux altérations du sang que des caractères physiques observables par les sens; c'est là une lacune très regrettable à combler. Or, tant que l'on ne m'aura pas démontré qu'avant le début ou, si l'on aime mieux, que dès le début il y a altération appréciable du sang, je persisterai à regarder celle-ci comme consécutive aux troubles généraux et faisant partie du cortége de la maladie.

Au point de vue pratique, l'embarras gastrique me paraît avoir une tout autre importance, démontrée d'ailleurs par l'efficacité *immédiate* de la médication vomitive; or cette médication n'aurait assurément qu'une action bien faible pour combattre et modifier une altération du sang, que l'auteur ne craint pas de comparer à celles du typhus et de la variole. Ajoutons, et c'est M. Foucart qui a signalé cette grave circonstance, que l'embarras gastrique se manifeste comme symptôme précurseur dans les deux cinquièmes, sinon dans la moitié des cas, et qu'en le détruisant on empêche le développement de la maladie.

Si nous avons aussi longuement insisté sur cette question, c'est qu'à notre avis on donne depuis plusieurs années une importance pathogénique beaucoup trop grande aux modifications physiques ou chimiques que peut offrir le sang; que celles-ci se rencontrent dans des affections de gravité très différente et dans des conditions dont tous les éléments sont loin de nous être connus, et qu'enfin c'est sortir des voies d'une logique sévère que de chercher des causes là où il n'est encore permis que de voir des effets ou, si l'on veut, des phénomènes concomitants.

A part cette dissidence, nous admettons sans hésiter que la suette est une affection générale *totius substantiæ*, comme le disaient les

injections urétrales qu'il a imaginé dans le but de perfectionner le traitement abortif et curatif de la blennorrhagie par la solution caustique d'azotate d'argent.

La canule de cette seringue, en corne ou en ivoire, a cinq centimètres de longueur, et se termine par une olive pleine de la grosseur d'une sonde ordinaire. Au bas de l'olive sont percés de très petits trous latéraux obliquement dirigés vers la base de la canule. La seringue étant chargée de la solution caustique, on introduit la canule dans l'urètre à une profondeur de quatre centimètres environ, puis on pousse très lentement l'injection. Le liquide ne peut dépasser l'olive, qui bouche exactement le canal en arrière. Il revient donc en avant et retombe goutte à goutte par le méat en glissant entre la canule et la muqueuse qu'il cautérise légèrement; de sorte que l'injection se fait d'arrière en avant dans une étendue rigoureusement déterminée.

Voici les règles à suivre dans l'application de cette méthode, que l'auteur dit avoir employée souvent avec succès :

1° La force de l'injection doit être en raison inverse du degré d'inflammation de l'urétrite. J'emploie pour cela trois solutions différentes ainsi graduées : 30, 25 et 20 grammes d'eau distillée pour 1 gramme d'azotate d'argent.

2° L'injection doit être répétée tous les deux jours jusqu'à cessation de l'écoulement.

3° Dans l'intervalle d'une injection à l'autre, le malade doit faire dix à douze injections par jour avec la seringue ordinaire et un liquide très légèrement astringent. Celui auquel je donne la préférence est une solution de sulfate de zinc, à la dose de 25 centigrammes pour 100 grammes d'eau distillée.

Appareil pour les fractures de la cuisse. — M. Delfrayssé (de Cahors) adresse une note contenant la description d'un appareil pour les fractures de la cuisse. (Commissaire : M. Malgaigne.)

Vaccinations. — M. Cuny (du Caire) adresse une notice sur la vaccination des provinces de la moyenne et de la haute Egypte. (Commissaire : M. Mélier.)

Opium de l'Algérie. — M. Bouchardat lit, au nom d'une commission, un rapport sur plusieurs communications relatives à l'opium d'Algérie.

M. le ministre de la guerre a adressé à l'Académie plusieurs échantillons d'opium provenant de récoltes de diverses époques, et demande l'avis de l'Académie, ajoutant qu'il accueillera avec plaisir, et qu'il examinera avec un soin particulier les propositions qui lui seraient formulées dans le but d'assurer le développement et le perfectionnement de cette intéressante production algérienne.

Ces produits sont comparables, dit M. le rapporteur, pour l'ensemble de leurs caractères physiques, aux meilleures variétés de Smyrne : odeur vive et spéciale, couleur hépatique bien franche, saveur amère prononcée. Ils sont peu hygroscopiques; ils brûlent nettement à la flamme d'une bougie. En un mot, à ne considérer que l'ensemble de leurs caractères physiques et organoleptiques, ils seraient acceptés comme des opiums de meilleure qualité, et cependant l'analyse de certains d'entre eux ne confirme pas complétement ces espérances.

Pour trois de ces échantillons (ils sont au nombre de cinq), l'analyse chimique est en accord parfait avec l'ensemble des caractères admis par les bons observateurs (ils contiennent 9,666 p. 100, 11 1/2, 11,33 p. 100), mais les deux autres ne contiennent, l'un que 7, l'autre 8,33 p. 100 de morphine.

En présence d'une proportion de morphine que les caractères acceptés par les bons connaisseurs indiquaient comme devant être supérieure, le rapporteur s'est demandé si l'on ne pouvait pas admettre que les incisions avaient été pratiquées dans des conditions assez défavorables pour qu'une partie de la morphine eût éprouvé une modification moléculaire telle qu'elle ait perdu sa propriété de cristalliser, et n'en soit cependant pas moins restée active. Quelques essais physiologiques et thérapeutiques semblaient donner de la valeur à cette assertion. Quoi qu'il en soit, M. le rapporteur a cru plus prudent de s'en tenir au titrage.

M. le rapporteur fait remarquer que si l'on compare la détermination de la richesse en morphine des opiums de provenance de localités très différentes pour le climat, on arrive à une conclusion qu'on pouvait déjà pressentir, d'après l'analyse de M. Caventou de l'opium récolté par le général Lamarque dans les Landes, et d'après les recherches si patientes de M. Aubergier; conclusion qui est corroborée par l'analyse de l'opium récolté en Algérie : c'est que le climat n'exerce qu'une influence ou nulle ou douteuse sur la qualité des opiums et sur leur teneur en morphine. Les conditions dans lesquelles le pavot somnifère peut être avantageusement cultivé pour en obtenir l'opium doivent alors être différemment appréciées. Ces conditions se rapportent au choix, aux aptitudes des variétés de pavot, à la nature du terrain la plus favorable à leur culture; à la succession favorable et régulière des saisons, pour être à l'abri des intempéries qui peuvent détruire ou menacer la récolte, et enfin à la main d'œuvre.

M. le rapporteur, après avoir examiné successivement chacun de ces points, pour lesquels les recherches de M. Aubergier lui paraissent devoir servir de modèle pour tout ce qu'on peut faire à cet égard en Algérie, termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Les échantillons d'opium transmis par M. le ministre de la guerre à l'Académie, et fournis par le sieur Germain, colon du village de Montpensier; par le sieur Malvel, cultivateur à Fouke, et celui récolté en 1851 à la pépinière centrale, sont d'excellente qualité.

2° Il est à désirer que la culture du pavot somnifère pour extraire l'opium s'étende en Algérie, non-seulement sous le point de vue d'affranchir notre pays d'un tribut payé à l'étranger, mais encore sous celui plus important d'obtenir un produit se rapprochant de l'identité.

Après une courte discussion, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Depaul. La parole est à M. Piorry.

Note relative aux déplacements des organes, à ceux de l'utérus, au traitement qu'ils exigent. — Le déplacement des organes, ou plutôt le changement de position dont ils sont susceptibles, est un des états pathologiques les moins étudiés, et qui mérite cependant le plus l'attention des observateurs et des médecins. Très rarement primitifs, ils sont presque toujours la conséquence de l'état dans lequel se trouvent les parties qui les avoisinent ou qui les touchent; enfin ils peuvent être la suite de lésions variées dont la partie déplacée est le siége.

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur les déplacements des autres organes et sur les causes de ces déplacements, l'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Que les déplacements, les variations de position des organes en général, et de l'utérus en particulier, tiennent à des circonstances variées, dont les unes sont en rapport avec des lésions propres à ces mêmes organes, dont les autres sont dues à des modifications survenues dans les liens qui les maintiennent dans la place qu'ils occupent, et dont les autres enfin consistent en des états pathologiques développés dans les parties voisines;

2° Qu'avant de déterminer la déviation d'un organe en général, et de l'utérus en particulier, il faut d'abord préciser la circonstance organique qui lui donne lieu;

3° Que les calculs statistiques établis sur les déviations de l'utérus, et sur l'utilité des traitements par lesquels on les combat, ne pourraient avoir de valeur qu'autant que l'on aurait bien déterminé pour chaque cas en particulier quelles sont les circonstances organiques qui causent le mal;

4° Que le plus ordinairement le traitement qui convient contre la déviation de l'utérus sur une malade doit être fondé sur les circonstances dans lesquelles cette malade se trouve, et non pas sur des considérations générales relatives à la curation de ces déviations;

5° Que les pessaires, les pelotes, etc., qui supportent la matrice abaissée ou déviée, sont exclusivement des moyens palliatifs, et que les pessaires, en relâchant le vagin, en augmentent même la laxité, et par conséquent favorisent la tendance à l'abaissement de la matrice;

6° Que l'emploi du redresseur utérin est aussi presque toujours palliatif, et qu'il peut convenir seulement dans des cas très rares; que c'est après un laps de temps considérable qu'il semble avoir quelquefois produit d'assez bons effets curatifs;

7° Que les inconvénients du redresseur de l'utérus sont infiniment plus importants et plus nombreux que les avantages attachés à son emploi, et qu'ils rendent son usage périlleux;

8° Qu'il suffit souvent de certaines précautions hygiéniques pour rendre plus que supportables les douleurs et les autres accidents dont les déviations utérines sont accompagnées;

9° Que, comme instrument d'exploration, le cathétérisme de la cavité du col utérin peut être utile, mais qu'il est toujours dangereux de laisser séjourner dans la matrice un corps étranger quel qu'il soit, et que par conséquent le redresseur utérin ne doit pas être employé dans le plus grand nombre des cas.

Climatologie de la Turquie. — M. Beyran, médecin français établi à Constantinople, ex-médecin-major de l'hôpital impérial de la marine, etc., lit un mémoire ayant pour titre : *La Turquie médicale. Climatologie et pathologie, ressources et approvisionnements, prophylaxie et hygiène de l'acclimatement au point de vue des armées expéditionnaires et des voyageurs.*

Nous extrayons de ce travail les passages suivants sur le climat, la pathologie, l'acclimatement et l'hygiène :

Le climat de Constantinople et de ses environs est généralement considéré en Europe comme étant pour le moins aussi chaud que celui des parties les plus méridionales de la France et de l'Italie. Mais, à proprement parler, on ne peut le classer ni dans la catégorie des pays chauds ni dans celle des pays froids, car il participe de toutes les deux à la fois. En été, il y a des jours presque aussi chauds qu'à Naples, et pendant l'hiver, qui dure jusqu'à la fin d'avril, la saison est aussi rigoureuse et quelquefois même plus qu'à Paris. Il neige au moins autant qu'ici, et la quantité d'eau tombée annuellement est également considérable à Constantinople. Mais rarement la pluie dure plusieurs heures de suite; aussi y pleut-il presque toujours par averse.

Le froid varie en hiver entre 7 et 10 et quelquefois même 15 degrés centigrades au-dessous de zéro. De cet abaissement considérable de la température, on passe assez fréquemment à une élévation assez sensible pour simuler une journée d'été. En hiver, comme en été, les transitions atmosphériques sont si brusques et si fréquentes que le vent passe en un instant du nord au sud, *et vice versâ*, en déterminant des oscillations thermométrique de 5 à 15°.

Ces brusques variations de température jouent un rôle très important dans le développement du plus grand nombre des maladies observées à Constantinople et ajoutent aux difficultés de l'acclimatement. Toute la météorologie repose presque entièrement sur la prédominence des vents qui arrivent des deux mers. Les principaux sont le poriaze ou vent du nord, qui est froid, vif et sec, et le lodos ou vent du sud, qui, chaud et lourd, est considéré comme pernicieux et correspondant au début ou à la recrudescence en temps d'épidémie. La peste, quand elle existait en Turquie, était, au dire de quelques médecins, plus grave et plus intense dans les quartiers principalement exposés au vent du sud et aux brouillards qui l'accompagnent. Il est probable que ce vent, en passant sur les déserts vastes et brûlants de la Lybie, de l'Egypte et de la Syrie, emporte avec lui des miasmes de ces régions. Par contre, le vent du nord agirait d'une manière favorable à la santé générale.

A part ces variations atmosphériques, le climat de Constantinople peut être considéré comme un des plus favorisés de l'empire ottoman. La plus belle partie de l'année est depuis la dernière moitié du mois de mai jusqu'à la fin de juillet. Dès le 15 mai, la température commence à devenir douce, les pluies accélèrent la végétation, les rives comme les versants des collines reverdissent.

Le printemps se montre dans toute sa splendeur vers le commencement du mois de mai ou quelquefois à la fin. A partir de cette époque, la température augmente; la chaleur serait trop forte si le vent du nord ne venait la tempérer et la rafraîchir en chassant devant lui le vent du sud. C'est dans ce moment de lutte entre ces deux courants

---

anciens, avec prédominence d'accidents gastriques et nerveux.

Nous arrivons à la partie la plus importante pour les praticiens du livre de M. Foucart, je veux parler de la thérapeutique; c'est là que les faits avancés par cet observateur doivent surtout fixer l'attention, et que les préceptes qu'il pose, les moyens qu'il préconise en s'appuyant sur tant de résultats heureux doivent servir de guide aux médecins qui auront à combattre la suette. Ici, on peut le dire hardiment, *rerum novus ordo nascitur*.

Les moyens prophylactiques que conseille l'auteur sont à peu près les mêmes que ceux dont on préconise l'emploi dans toute épidémie. Mais il n'en est pas de même des moyens hygiéniques. Ainsi M. Foucart conseille hardiment de tenir les malades au lit très modérément couverts, d'aérer largement leur chambre, de leur donner des boissons fraîches, comme le faisait Sydenham pour la variole, avec cette précaution de ne les faire prendre qu'en petite quantité à la fois.

Viennent ensuite les moyens thérapeutiques proprement dits : les émissions sanguines générales et locales, les vomitifs, les purgatifs, les sudorifiques, les antipériodiques, les antispasmodiques, les révulsifs.

Nuisible comme prophylactique, la *saignée* ne l'est pas moins comme moyen de traitement. Déjà beaucoup d'auteurs l'avaient reconnu; M. Foucart le démontre par les faits nombreux qu'il lui a été donné d'observer. A dater du moment où elle n'a plus été employée, la mortalité a cessé aussitôt.

Ne partageant pas les idées de M. Foucart sur l'identité absolue des différentes épidémies de suette, nous ne saurions être aussi exclusif que lui, cependant nous reconnaissons hautement ce principe, que, dans la plupart des affections épidémiques, et surtout lorsqu'elles consistent dans des maladies générales, la saignée est contre-indiquée.

Le *vomitif* est, suivant M. Foucart, le traitement par excellence et, pour emprunter l'expression de M. Guérin, le *spécifique* de la suette. Quelle est donc l'indication qui le réclame? C'est l'embarras gastrique, dont nous avons plus haut signalé l'importance. Craignant l'action hyposthénisante de l'émétique, M. Foucart préfère l'ipécacuanha à la dose d'un gramme et demi à deux grammes en une seule fois; il l'administre à tous les malades, au début de la suette, par la raison, dit-il, que, cas graves et cas légers, tous commencent de même, et qu'alors il est impossible de les distinguer. Toutes les fois que se manifestent des accidents nerveux d'une certaine intensité, suffocation, délire, etc..., il le donne encore et toujours avec un excellent résultat, puisqué, en suivant cette médication, il n'a pas perdu un seul malade.

Les vertus purgatives dont jouit en même temps l'ipécacuanha trouvent encore leur application pour combattre la constipation; mais cette dernière offre à elle seule une nouvelle indication dont nous allons parler actuellement.

Les *purgatifs*. Bien que les auteurs aient tous mentionné, et mentionné avec insistance, le phénomène de la constipation, aucun d'eux n'a résolument abordé la question et n'a posé catégoriquement la nécessité des purgatifs; mais il ne suffisait pas de signaler cette nécessité, il fallait encore formuler les conditions de la médication évacuante. Et de même que les vomitifs sont surtout indiqués au début de la maladie, de même il est, pour l'administration des moyens dont nous parlons actuellement, un moment d'opportunité qu'il faut savoir saisir.

En cas d'urgence et quand on est éloigné d'un pharmacien, on peut, comme le conseille M. Foucart, avoir recours au sel de cuisine dont on fait prendre une bonne cuillerée en dissolution dans un lavement à l'eau simple.

Les *révulsifs* sont souvent très utiles pour combattre la céphalgie, la constriction épigastrique. A la première, on oppose les sinapismes promenés sur les membres inférieurs; à la seconde, le sinapisme directement appliqué sur les régions sternale et épigastrique. Mais ce dernier est moins souvent indiqué quand le vomitif a été donné d'emblée.

Les *antipériodiques* n'ont paru à M. Foucart que très rarement indiqués, du moins dans l'épidémie observée par lui, et sans préjuger de ce qui pourrait se passer ailleurs. Quant aux *sudorifiques* et aux *antispasmodiques*, il rejette absolument les premiers comme nuisibles, et il considère les seconds comme n'étant que très rarement réclamés.

La convalescence doit être surveillée avec beaucoup de soin. On continuera la diète pendant plusieurs jours encore après la guérison, en insistant sur l'usage de boissons fraîches par petites cuillerées. On donnera ensuite, de la même manière, du bouillon froid de veau ou de poulet, seul d'abord, puis peu à peu additionné de bouillon de bœuf; on en fera de très légers potages..... La facilité avec laquelle reparaissent les accidents gastriques fait une loi impérieuse de cette sévérité dans le régime.

M. Foucart termine sa monographie par un examen parallèle très détaillé et longuement motivé des différentes suettes dont l'histoire a été transmise jusqu'à nous à partir du quinzième siècle, et s'attache à établir l'identité de nature de la suette anglaise et de la suette picarde; chose, suivant nous, incontestable et que nous avions déjà formulée ailleurs. Ce parallèle lui donne occasion de passer une revue historique des écrits principaux que nous possédons sur la suette, revue d'ailleurs complétée par une nomenclature bibliographique.

Après cet examen, que nous croyons avoir fait consciencieux et impartial, il nous reste à parler du livre dans son ensemble. Notre jugement s'est déjà fait jour à plusieurs reprises, et, comme nous l'avons dit, la monographie de M. Foucart est destinée à faire révolution dans l'histoire de la maladie dont il traite, bien que nous n'osions pas encore partager la confiance absolue de l'auteur dans la constante efficacité du traitement que nous venons de faire connaître. Somme toute, ce nouveau traité de la suette est assurément le plus complet et le plus solidement pensé de tous ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour, sans en excepter la savante publication de M. Rayer, les judicieuses observations de D. de Peyrelongue et l'excellent travail de M. Parrot.

Dr E. Beaugrand.

aériens qu'on observe une série de mélanges de température difficile à caractériser. A l'abri du nord, la chaleur est accablante ; à l'abri du sud, le froid est si vif qu'on cherche la présence du soleil. C'est à ces alternatives qu'est due la fréquence des suites graves des refroidissements, des coups de soleil, affection très grave dans ce pays. Mais plus on s'approche de la canicule plus les chaleurs deviennent intenses, et, le vent du nord une fois remplacé par le vent du sud, aucune brise ne rafraîchit l'atmosphère.

Alors l'organisme souffre, la marche est pénible, la transpiration abondante ; on a peine à respirer. On ne parle alors que de morts subites, d'apoplexies pulmonaires et surtout cérébrales, d'hypersécrétions intestinales qui enlèvent les malades en peu de jours. Il arrive encore que dans cet état d'angoisse le vent frais et vif du nord surprenne soudain l'organisme ; de là le développement d'autres affections dues à ces brusques changements atmosphériques et thermométriques ; c'est l'époque du maximum nécrologique de l'année.

A ces influences pernicieuses, on doit ajouter l'abus dans cette saison des fruits acerbes, des légumes crus et des alcooliques, dont on absorbe une grande quantité avant de manger sous prétexte de se donner de l'appétit ; l'excès des boissons à la glace, l'usage des aliments indigestes, du homard, des huîtres et surtout des moules, qui acquièrent à cette époque de l'année des propriétés nuisibles et amènent des accidents du côté de la peau et des complications dans les affections préexistantes. C'est ainsi que j'ai pu observer un grand nombre d'affections cutanées multiples et même des anthrax graves.

... Quant aux maladies prédominantes, elles ont le plus souvent leur siége principal dans les organes abdominaux, ce qui est sans doute dû aux conditions climatériques, aux mœurs et aux habitudes.

Les hémorrhoïdes, tumeurs ou flux, sont, en été comme en hiver, si fréquents qu'ils sont devenus en quelque sorte une fonction physiologique, à tel point que leur suppression amène des accidents congestionnels graves vers les parties supérieures du tronc.

Parmi les affections abdominales aiguës, la dyssenterie est la plus commune. Elle est remarquable par la fréquence et la nature sanguinolente des évacuations alvines. Cette phlegmasie, qui règne tous les ans, sévit surtout vers le commencement de l'automne, où les pluies succèdent aux chaleurs. A cette époque, elle prend une forme épidémique, et devient alors d'une extrême gravité dans les quartiers pauvres et populeux, dans les prisons de l'arsenal et chez les jeunes soldats de la marine nouvellement débarqués, chez ceux surtout qui sont contraints à un travail physique. L'acuité des douleurs abdominales atteint alors son maximum d'intensité ; les évacuations sont continuelles, mêlées de sang, de flocons membraneux et extrêmement fétides.

Ce qui mérite surtout d'être signalé à l'attention des médecins attachés à l'armée expéditionnaire, c'est une affection des plus graves résultant des coups de soleil et des coups d'air, et connus chez les Orientaux sous les noms de *guneche vonronchon* et *hava vonronchon*. Cette affection, caractérisée par des phénomènes cérébraux, tels que congestion, délire et coma, se développe lorsqu'en même temps que le vent du nord souffle violemment le soleil est d'une ardeur extrême, et que la transpiration cutanée vient à se supprimer brusquement. La mort peut frapper l'individu en quelques heures, et même sur le coup. D'autres fois l'affection est moins grave, et cède alors aux antiphlogistiques, principalement composés des émissions sanguines, et aux moyens propres à favoriser le retour de la transpiration cutanée. Le remède populaire consiste à faire avaler au malade un mélange composé d'ail écrasé dans le *youheurte*, ou lait caillé aigri, en même temps qu'on le frictionne le long de la colonne vertébrale avec de l'alcool chargé d'une forte dose de poivre. Cette pratique, quoique peu rationnelle, amène des sueurs abondantes dont le malade se trouve bien quelquefois.

C'est encore à ces circonstances atmosphériques qu'est due la fréquence des érysipèles de la face et du cuir chevelu.

Les fièvres intermittentes, très communes en Turquie, règnent d'une manière endémique dans certains quartiers de Constantinople. Les vallées et les ravins reçoivent, en été, des détritus de matières organiques qui, s'accumulant à leur embouchure, où le soleil les dessèche et les vagues de la mer les délayent, dégagent des miasmes délétères qui se répandent en divers sens, selon la direction du vent. De là ces fièvres qui prennent quelquefois une forme pernicieuse des plus graves.

L'infection paludéenne joue également un rôle important dans un grand nombre de maladies qu'elle complique, et c'est là un élément pathologique dont on ne saurait trop tenir compte sous le rapport du traitement. Je n'ai pas remarqué, du moins dans les pays dont il s'agit, l'antagonisme que quelques médecins ont voulu établir entre les fièvres intermittentes et la fièvre typhoïde, qui est aussi commune qu'à Paris. Cet antagonisme ne paraît pas exister non plus entre les miasmes marécageux et la phthisie pulmonaire, qui est aussi fréquente qu'à Paris. Cette affection atteint principalement les nègres, plus les femmes que les hommes, et les jeunes soldats non acclimatés, ceux surtout qui sont originaires de contrées montagneuses ; aussi voit-on une grande mortalité chez les Albanais.

La grippe règne tous les ans d'une manière épidémique. Les bronchites aiguës ou chroniques sont encore au nombre des maladies prédominantes et prennent presque toujours la forme catarrhale.

Les laryngites pseudo-membraneuses et les convulsions enlèvent un grand nombre d'enfants.

La pleurésie est également commune. Il en est de même de la pneumonie, qui est rarement franche. Cette dernière affection complique les fièvres éruptives et surtout la rougeole.

Au nombre des maladies régnantes il faut signaler encore les fièvres exanthémateuses, la variole malgré la propagation de la vaccine en Orient, la rougeole et même la scarlatine, qui prennent dans certaines localités une forme épidémique grave et contagieuse. L'anasarque et l'albuminurie s'observent assez fréquemment après la rougeole et la scarlatine. Le développement de ces complications est attribué aux refroidissements, auxquels est encore due la fréquence des rhumatismes et des névropathies. On observe également un grand nombre de cas de congestions et d'affections du cerveau.

Le choléra, les maladies du cœur, la scrofule sont aussi fréquents qu'à Paris.

Les écoulements aigus ou chroniques de l'urètre, les rétrécissements de ce canal, l'hypertrophie de la prostate, la cystite, l'impuissance et les pertes séminales sont plus communs en Turquie qu'ici. Les affections aiguës ou chroniques de l'utérus déjà si peu rares sont encore amenées par des avortements provoqués qu'on pratique ouvertement.

..... Les conditions hygiéniques doivent être considérées au moment du départ et après l'arrivée. Comme l'aptitude à l'acclimatement varie selon les individus, leur pays chaud ou froid, le lieu d'où ils arrivent, leur âge, leur sexe, leur constitution, leur tempérament, leur idiosyncrasie, leurs mœurs et habitudes, et enfin leur état physique et moral, je dois nécessairement envisager leur hygiène en Turquie sous ces divers rapports.

Pour les Européens qui vont en Orient, l'âge auquel ils paraissent le mieux supporter les influences climatériques et s'habituer le plus facilement aux nouvelles conditions de déplacement est entre quinze et quarante-cinq ans. Toutefois les femmes semblent s'acclimater à tout âge et avec moins de préjudice que les hommes : ce qui tient sans doute à ce qu'elles y sont moins exposées aux vicissitudes atmosphériques. Les tempéraments mixtes, lymphatico-sanguins, une bonne constitution conviennent mieux au climat du Levant.

La prédominence de l'état nerveux ou de la pléthore est une condition fâcheuse, vu la fréquence des névropathies, des congestions et des apoplexies du cerveau dans ce pays.

Il en est de même quand les fonctions de l'appareil digestif s'accomplissent mal, les affections du système abdominal étant très nombreuses en Turquie.

Les habitudes d'intempérance chez les individus du nord de l'Europe, devenues en quelque sorte nécessaires par la rigueur de leur climat, ne sauraient convenir en Orient, où l'abus des alcooliques a de si fâcheuses conséquences. La nostalgie, la mélancolie et autres affections morales ont une influence d'autant plus fâcheuse, que la Turquie y prédispose puissamment.

A l'arrivée en Turquie, il faut, avant tout, se préoccuper du choix d'un lieu propre à l'habitation. On doit choisir un endroit un peu élevé, comme le versant d'une colline exposée au nord-est, par exemple, sans pousser toutefois cette élévation à l'excès ; car l'habitation du sommet proprement dit d'une colline ou d'une montagne élevée exposerait trop les individus aux brusques et fréquentes transitions de la température. Mais, avant tout, il faut éviter le voisinage des lacs à sangsues, et des lieux marécageux et non favorisés par le souffle du nord.

Il n'est pas indifférent non plus de s'occuper des vêtements. Le costume actuel en Turquie, soit civil, soit militaire, est absolument celui des Européens, à l'exception du *fés* ou calotte en laine rouge que tout le monde porte, et qui, soit dit en passant, est non-seulement peu hygiénique, mais présente encore plus d'un inconvénient sur la tête des soldats indigènes.

L'usage de la flanelle sur la peau est une excellente mesure hygiénique en temps de dyssenterie. La simple ceinture de flanelle suffit pour le soldat, dont le corps est si souvent exposé aux refroidissements.

Comme linge, le calicot doit être préféré à la toile.

Des vêtements amples et de couleur claire conviennent mieux aussi à ce climat.

Tout ce qui interrompt ou répercute la transpiration cutanée favorise dans ces pays le développement de diverses affections graves, et surtout des congestions pulmonaires ou cérébrales des méningo-encéphalites, des dyssenteries et des pyrexies.

L'usage des cravates tant soit peu serrées est aussi nuisible ; il engendre autour du cou des sueurs abondantes, qui, pouvant être brusquement supprimées, donnent ainsi lieu à des accidents congestionnels. Il est dangereux de rester la tête nue sous le soleil, surtout quand on vient de prendre une forte quantité de liquide.

La nuit, où souvent les brouillards du jour dispersés dans l'atmosphère se condensent et imprègnent les vêtements d'humidité, il est prudent de se couvrir assez chaudement. Après le coucher du soleil, demeurer à l'air libre sans vêtements ou en chemise serait s'exposer aux affections rhumatismales, aux ophthalmies et aux phlegmasies pectorales et surtout intestinales.

L'entretien de la propreté de la peau est de la plus haute importance pour l'acclimatement en Orient, vu le rôle important que ce tégument y joue, car on a remarqué que les individus qui négligeaient ces soins étaient justement ceux qui se trouvaient le plus disposés aux affections du système abdominal, et surtout à la dyssenterie.

L'usage des bains est naturellement un excellent moyen d'atteindre ce but ; mais, pris sans précautions hygiéniques, ces bains peuvent devenir la source même des affections dont on voudrait se préserver. Il importe aussi de distinguer les bains turcs, qui ne sont que d'immenses étuves, des bains à l'européenne, pris dans une baignoire. Les voyageurs et les militaires expéditionnaires en Orient trouveront bien dans les bains turcs toutes les conditions nécessaires à l'entretien des fonctions de la peau ; toutefois ils ne devront en user qu'avec une extrême réserve.

Les individus à tempérament lymphatique ou sanguin, ceux qui sont disposés aux congestions cérébrales, ceux enfin qui sont affectés de maladies du cœur et du poumon, s'en abstiendront complétement. Après ces bains, les refroidissements sont si faciles et si fâcheux, qu'on ne saurait trop s'en prémunir. Dans tous les cas, il est prudent et bon pour les Européens peu accoutumés aux bains turcs de ne faire usage que des bains tièdes et tempérants.

Quant aux bains de mer et de rivière, je suis porté à croire qu'ils sont plutôt nuisibles qu'utiles dans la première période de l'acclimatement. A ce propos, j'ai eu l'occasion de remarquer que des militaires nouvellement arrivés à Constantinople contractèrent, à la suite de l'usage inopportun de ces bains, des affections gastro-intestinales, la diarrhée, la dyssenterie, l'hépatite et l'urticaire fébrile. Il est donc bon, je le répète, de ne prendre ces bains qu'après quelques mois de séjour. Dans tous les cas, il est dangereux et même très funeste en Orient de faire usage de ces bains peu de temps après une opération militaire, pendant la fatigue et les grandes chaleurs. Les moments qui conviennent le mieux pour se baigner sont longtemps avant le lever du soleil, longtemps après son coucher, et à l'heure qui précède le repas du soir.

Au point de vue du régime alimentaire, les Européens et notre armée expéditionnaire ne changeront d'abord que peu de chose à leur nourriture habituelle, s'ils n'éprouvent aucun ralentissement ou trouble du côté de l'estomac et des intestins.

Le régime alimentaire le plus convenable à suivre en Turquie est un régime mixte, composé à la fois des produits du règne animal et de ceux du règne végétal, et non un régime exclusivement végétal, comme on l'a conseillé à tort. Et cela est d'autant plus rationnel, qu'il s'agit de soldats, dont l'organisme, comme le moral, doit être fortement soutenu.

L'eau pure, ou mieux encore mêlée aux vins alcooliques, constitue la boisson pour le repas pendant l'été.

Il est à remarquer qu'en Orient, malgré la richesse des vignes et l'excellente qualité des raisins, le vin est généralement mal fabriqué, et même sophistiqué.

Tous les Européens qui arrivent en Turquie s'en plaignent, et font venir ou achètent du vin français, qui, du reste, ne coûte pas beaucoup plus cher que le vin turc. Dans les intervalles des repas, la limonade est de quelque utilité dans la première période d'acclimatement. Mais après cette époque elle peut être utilement remplacée par une légère infusion de café ou par de l'eau légèrement alcoolisée.

L'usage immodéré des alcooliques, et surtout avant de manger, sous prétexte de se donner de l'appétit, est on ne peut plus funeste sous le climat turc, et tout à fait contraire au but qu'on veut en tirer. L'usage des boissons à la glace et des glaces, tant qu'il est modéré et entouré des précautions convenables, n'offre aucun inconvénient. Les eaux les plus propres aux besoins domestiques sont les eaux douces des sources que les fontaines publiques fournissent, et dont j'ai parlé plus haut.

Il faut que les soldats dans les jours de grandes chaleurs et de fatigues apprennent à résister à la soif en ne buvant qu'une très petite quantité d'eau à la fois pour conserver plus longtemps leurs forces, leur exercice musculaire, et donner ainsi moins de prise à certaines maladies, surtout à la dyssenterie.

Quant à l'usage du café et du tabac, il ne paraît offrir rien de nuisible à l'acclimatement.

Le mémoire de M. Beyran est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Michel Lévy et Londe.

— La séance est levée avant cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La cité de Londres a conféré pour la première fois, cette année, la dignité d'alderman à un membre du corps médical, le docteur Kennedy, médecin de la compagnie des Indes. Il faut ajouter que le docteur Kennedy s'est beaucoup occupé d'affaires commerciales et a acquis une grande fortune.

— Les médecins de Berlin s'occupent en ce moment de fonder une association de secours pour les médecins pauvres résidant à Berlin ou dans les environs, et même pour les voyageurs.

(*Allgemeine Centr. Zeit.*, et *Gaz. hebd. de méd.*)

L'Institut de Valence (Espagne), dans sa séance annuelle, a décerné les prix proposés pour 1854. M. le docteur Désiré Joulin a obtenu le premier prix, consistant en une médaille d'or, avec le titre de membre de mérite de l'Institut.

La question était celle-ci :

« Les productions accidentelles nommées tissus squirrheux, encéphaloïde, colloïde, et la mélanose sont-elles d'une même nature ou diffèrent-elles entre elles ? Donner l'étiologie spéciale de chacune d'elles, faire la description de leurs symptômes pathognomoniques, de leur anatomie pathologique, de leur composition chimico-organique, de leurs éléments microscopiques, de leur thérapeutique médicale la plus rationnelle. »

M. Cler, consul de France à Valence, a représenté M. Joulin à cette solennité.

Nous recevons une nouvelle lettre de notre honorable confrère M. le docteur Tournié, qui nous prie de rectifier une erreur typographique échappée dans la composition de sa première lettre (voir le numéro du 27 mai).

On lui a fait dire qu'il avait ausculté *un cœur qui ne battait plus, chez un homme qui n'était plus* ; il a dit : *un cœur qui ne battait plus, chez un homme qui n'était pas mort.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Notice sur les Eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie, par le docteur J.-F. Payen, avec carte et vue. — A Paris, chez Jannet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28.

Cours d'accouchement à l'usage des étudiants en médecine et des sages-femmes ; par le docteur D.-N. Bonnet, professeur des cours d'accouchement à l'Ecole de médecine de Poitiers et à la Maternité de la même ville. — Un vol. in-8° de 528 pages avec 14 planches. Prix : 6 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Choléra-Morbus, Guide du médecin-praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie ; suivi d'un *Dictionnaire de thérapeutique* appliqué au choléra-morbus, et d'un *Formulaire spécial* ; par le docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, etc. — Un vol. in-8° de 384 pages. Prix : 5 fr. — Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Choléra-morbus. — Squirrhe en cuirasse de la partie antérieure du thorax. — Signes diagnostiques de l'amblyopie congestive à l'aide de l'ophthalmoscope de M. Anagnostakis.— Chorée partielle guérie par les bains sulfureux. — Efficacité de la glace combinée à la compression pour réduire les hernies étranglées et combattre la péritonite consécutive. — Société de chirurgie. Suite du mémoire de M. Richet sur l'anesthésie locale. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

Notre dernier bulletin allait jusqu'au 23 mai inclusivement. Les mêmes oscillations continuent toujours sans qu'il soit possible de prévoir la cessation définitive de l'épidémie.

Voici les chiffres totaux constatés du 24 au 28 :

24 mai, cas nouveaux,	11,	décès,	4
25 »	» 4,	»	8
26 »	» 7,	»	8
27 »	» 8,	»	5
28 »	» 9,	»	6

Situation générale au 28 mai. — Cas traités dans les hôpitaux depuis le commencement de l'épidémie. 2,055

Sorties.	855	1,946
Décès.	1,091	
Restant en traitement.		109

Du 18 au 22 mai, les décès cholériques constatés en ville ont été : le 18, 4 ; le 19, 2 ; le 20, 0 ; le 21, 1 ; le 22, 4.

Ce matin même, nous avons vu encore quelques cas nouveaux à l'Hôtel-Dieu, peu graves il est vrai, mais qui n'en accusent pas moins la persistance de l'influence épidémique.

Le *Dublin hospital Gazette* raconte, dans son numéro du 15 mai, un cas de choléra dans lequel les inspirations du gaz oxygène ont été suivies d'un plein succès. La malade avait des crampes très violentes. Quatre inspirations de cinq minutes chacune lui ont rendu la chaleur et ont fait renaître le pouls, qu'on ne sentait plus. Trois jours après elle était entièrement rétablie (*quite well*).

Déjà, en 1832, M. Coster avait conseillé l'oxygène ; mais les essais de M. Magendie étaient demeurés sans succès. Ce savant avait alors donné aux cholériques de l'eau oxygénée : même insuccès. M. O'Brien, l'auteur de l'observation ci-dessus, a essayé divers traitements, et celui-ci seul a toute sa confiance. Nous croyons donc devoir appeler de nouveau l'attention des praticiens sur ce mode de traitement.

Squirrhe en cuirasse de la partie antérieure du thorax.

Une femme de soixante-douze ans, couturière de profession, n'ayant jamais eu d'enfants, est entrée le 20 mai à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, offrant un remarquable exemple de la forme de cancer décrite par ce professeur sous le nom de squirrhe en cuirasse (*Traité des maladies du sein*, p. 426).

Cette malade a toujours joui d'une bonne santé. Il y a six mois seulement l'affection a débuté par le sein gauche ; peu à peu elle a envahi tout l'organe et s'est ensuite étendue au sein droit, qui n'est atteint que depuis trois semaines environ.

Aujourd'hui toute la peau de la partie antérieure du thorax est transformée en une plaque squirrheuse qui occupe en hauteur toute l'étendue du sternum, dépasse à gauche les parties latérales du thorax et tend à gagner la région dorsale, tandis qu'à droite elle envoie des prolongements sous-cutanés très considérables jusque vers les ganglions de l'aisselle. La plaque cancéreuse est rouge, dure, coriace, inextensible et comme parcheminée ; elle offre, surtout en haut et à gauche, des saillies arrondies et comme tuberculeuses, dont quelques-unes sont ulcérées et donnent issue à une suppuration sanieuse peu abondante. Le sein gauche, envahi le premier, a totalement disparu, et l'on ne retrouve plus trace du mamelon, qui a été détruit par une ulcération. Quant au sein droit, il a parfaitement conservé sa forme et est dur et poli comme du marbre ; au milieu des tissus indurés, le mamelon de ce côté a conservé sa souplesse normale.

La malade est en proie aux douleurs les plus vives, et elle accuse incessamment une sensation de cuisson intolérable. Le thorax, envahi dans plus des deux tiers de son pourtour par cette cuirasse rigide et inextensible, peut à peine se dilater ; aussi la respiration est-elle haletante, précipitée, et la malade ne peut prononcer que des phrases entrecoupées.

Le pouls est petit et misérable, les fonctions digestives sont abolies, et le sommeil interrompu à chaque instant par une anxiété respiratoire extrême.

Aucun traitement sérieux, comme on pense, ne saurait être dirigé contre cette forme de cancer, et les progrès incessants de la douleur et de l'asphyxie ne tarderont pas à justifier le pronostic fatal porté tout d'abord.

Signes diagnostiques de l'amblyopie congestive à l'aide de l'ophthalmoscope de M. Anagnostakis.

Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs, dans notre numéro du 31 décembre dernier, sur l'ophthalmoscope de M. le docteur Anagnostakis. Cet instrument consiste, comme on peut s'en souvenir, en un simple petit miroir concave du diamètre de 5 centimètres, et d'une distance focale de 4 à 5 pouces, percé à son centre d'une ouverture infundibuliforme, par où l'observateur regarde l'œil du malade vers lequel est dirigée la surface miroitante de l'instrument, qui y projette par réflexion un faisceau de vive lumière. Nous avons dit en quelques mots tout le parti que l'on pouvait tirer de cet instrument pour le diagnostic des diverses affections du globe oculaire et des altérations des milieux de l'œil.

M. le professeur Nélaton a eu l'occasion récemment de se servir de cet appareil pour diagnostiquer une affection amaurotique douteuse. Avant de dire ce que l'ophthalmoscope a fait reconnaître dans ce cas, il est indispensable d'exposer préalablement quels sont les caractères normaux que présente la rétine vue avec le secours de cet appareil.

La rétine se présente sous l'aspect d'une surface rougeâtre, plus foncée vers la périphérie, et sillonnée par un système de vaisseaux sanguins. Ce n'est qu'après avoir découvert ces vaisseaux qu'on peut être sûr d'avoir devant soi la rétine.

Pendant les oscillations de l'organe, il arrive un moment où, l'œil étant tourné en haut et en dedans, on aperçoit une partie ordinairement ronde, toujours blanche, dépourvue de vaisseaux capillaires, saillante un peu au-dessus du niveau rétinien, et portant à son centre une légère dépression ombiliforme. On y reconnaît aisément l'insertion du nerf optique. Une ombre falciforme très légère occupe la partie interne de la périphérie de cette papille.

Du centre déprimé de la papille, on voit émerger quatre vaisseaux sanguins qui marchent en serpentant, deux en haut, deux en bas. Quelquefois ces vaisseaux sont déjà dichotomisés avant de percer la papille du nerf optique. Avec un peu d'attention, on peut distinguer parmi ces vaisseaux les veines des artères à leur couleur différente.

Le malade examiné par M. Nélaton, au lieu de présenter à l'ophthalmoscope les dispositions que nous venons de faire connaître, offrait ce qui suit : la rétine, au lieu d'être d'une couleur uniformément rougeâtre, avec les nuances et les sillons vasculaires dont on vient de voir la manière d'être, présente çà et là, sur ce fond normal, des taches ecchymotiques irrégulières plus ou moins considérables, diversement nuancées du rouge vif au brun foncé. A ces signes, dont M. Anagnostakis a constaté l'existence chez la plupart des amblyopiques qu'il a eu l'occasion d'examiner avec le secours de son appareil, M. Nélaton a pu confirmer le diagnostic d'une amblyopie congestive que les signes rationnels l'avaient porté à soupçonner, et le traitement a été dirigé en conséquence.

Chorée partielle guérie par les bains sulfureux.

Il y a eu à l'hôpital Sainte-Eugénie un fait aussi curieux que rare de chorée partielle des avant-bras et des mains guérie très rapidement par l'usage quotidien des bains sulfureux. M. Bouchut, dans le service duquel se trouve la jeune fille dont nous allons parler, emploie ordinairement ce moyen contre la chorée, et il réussit souvent sans avoir besoin de recourir à la gymnastique, dont l'emploi exige l'intervention d'un tiers.

Il s'agit d'une petite fille de treize ans, couchée au n° 18 de la salle Sainte-Marguerite. Cette enfant, vaccinée, bien portante et douée d'une bonne constitution, devint subitement choréique à la suite d'une grande frayeur. Les accidents duraient depuis trois mois au moment de l'entrée à l'hôpital.

Alors on constata quelques mouvements irréguliers involontaires dans l'épaule et dans les membres supérieurs, avec tremblement saccadé des mains. Il n'y avait qu'un peu d'incertitude dans les mouvements des membres inférieurs, plutôt un phénomène de titubation que de chorée. L'enfant marche bien régulièrement en ligne droite et pose fermement le pied là où elle le veut mettre. Les mouvements du corps sont d'ailleurs très lents ; il n'y a d'autre remarque à faire que celle d'une impressionnabilité très grande. Elle tremble beaucoup plus devant les étrangers et au moment de la visite que quand elle est seule.

Des bains sulfureux ont été donnés chaque jour, et cette enfant, tout à fait guérie au bout de trois semaines, est sortie de l'hôpital à la fin de mai.

EFFICACITÉ DE LA GLACE COMBINÉE A LA COMPRESSION pour réduire les hernies étranglées et combattre la péritonite consécutive ;

Par M. Baudens, inspecteur général du service de santé des armées.

(Mémoire lu à l'Académie des sciences le 29 mai 1854.)

Le traitement que nous appliquons avec tant de succès aux lésions de cause traumatique la glace mélangée ou non au sel marin, nous l'avons étendu aux hernies étranglées, et sur seize cas de hernies compliquées d'étranglement, alors que les moyens ordinaires de réduction avaient échoué, nous comptons seize réussites dues à la glace associée à l'action d'une compression locale, méthodique et permanente. Ce chiffre, sans doute, n'est pas bien considérable ; il nous paraît néanmoins digne d'être pris en très sérieuse considération.

Afin de faire bien apprécier le nouveau traitement par nous imaginé pour réduire les hernies étranglées, il convient, pensons-nous, d'exposer tout d'abord et en peu de mots :

1° Les effets de l'étranglement des hernies ;

2° Les effets de l'engouement ;

3° L'état vital des viscères soumis à l'étranglement ;

4° L'action thérapeutique de la glace sur les hernies étranglées.

1° *Effets de l'étranglement des hernies.* — Que l'étranglement soit dû à la constriction exercée sur les viscères herniés par le collet du sac, par le canal qui leur a livré passage, par l'une ou par l'autre ouverture de ce canal ou par les deux à la fois, par des brides au-dessous desquelles une anse intestinale, ou l'épiploon, peuvent s'insinuer, ou bien encore par les déchirures de l'épiploon ou par celles du sac à travers lesquelles se sont engagées les parties déplacées, le résultat reste le même ; il détermine la strangulation des vaisseaux veineux et artériels. L'arrêt de la circulation veineuse d'abord, celui de la circulation artérielle ensuite.

Le premier effet produit, c'est la congestion et l'augmentation de volume des parties comprimées par un mécanisme analogue à ce qui se passe dans le paraphymosis.

De même que le paraphymosis présente à l'observation un double phénomène : d'une part, la tuméfaction du gland par le fait de la strangulation concentrique ; d'une autre part, l'infiltration séreuse du prépuce par le fait de la strangulation excentrique, de même, quand il s'agit d'une hernie étranglée, l'attention du praticien doit être attirée sur l'engorgement des parties contenues et à la fois celui des parties contenantes. Ce double point de vue n'ayant pas encore été indiqué, que nous sachions, il n'a pu en être tenu compte dans l'appréciation des difficultés que rencontrent souvent les moyens de réduction des hernies.

La compression excentrique exercée par les parties contenues sur les parties contenantes peut aller jusqu'à la mortification, la gangrène du sac et des enveloppes les plus rapprochées. Dans tous les cas, la circulation capillaire strangulée est interrompue. Les premiers effets sont un engorgement œdémateux profond, comme on le voit dans le prépuce lors d'un paraphymosis. Cet engorgement tient à un dépôt de sérosité dans les aréoles du tissu cellulaire qui unit entre eux les divers feuillets aponévrotiques dont est recouvert le sac herniaire.

Les auteurs, Sabatier entre autres, ont appelé l'attention sur la présence de ces liquides séreux, dont la couleur parfois noirâtre, dont l'odeur parfois nosocomiale ont pu faire croire que le sac et l'intestin lui-même étaient ouverts alors que le bistouri en était séparé encore par un ou plusieurs fascias.

Les anciens attribuaient aux fibres aponévrotiques qui encadrent les ouvertures par lesquelles a lieu l'étranglement une action contractile, active, spasmodique. Haller et Morgagni ont combattu cette croyance erronée ; Scarpa a victorieusement réfuté Richeter, qui admettait à la fois l'état spasmodique de l'anneau et des muscles larges de l'abdomen. Mais il faut reconnaître avec Sabatier et Boyer qu'en vertu d'une certaine élasticité de tissu les anneaux aponévrotiques, dont la résistance a été vaincue par surprise, en quelque sorte, sont susceptibles de réagir sur les viscères et d'exercer sur eux une forte constriction.

On sait que l'étranglement d'une hernie récente est bien plus grave que celui d'une hernie ancienne, et que les accidents sont plus redoutables quand, au lieu d'une anse intestinale complète, c'est un point seulement de la circonférence de l'intestin qui se

trouve fortement pincée, alors même que n'est pas interrompu le cours des matières. Cette dernière variété de hernie n'est pas rare chez les militaires en route. La difficulté de la réduction, la rapidité des accidents la rendent très redoutable. Pott a vu la gangrène survenir en moins de huit heures.

Nous verrons plus loin les applications pratiques qui découlent de ces considérations préliminaires.

2° *Effets de l'engouement.* — La marche des accidents est bien moins rapide dans l'engouement que lors de l'étranglement. L'engouement survient le plus ordinairement dans les hernies anciennes, volumineuses, irréductibles, et principalement chez les vieillards, à la suite d'arrêt et d'accumulation de gaz et de matières stercorales dans une anse intestinale. Dans cet état, de deux choses l'une. Après dix à quinze jours, ou la tumeur se vide spontanément, et les accidents cessent; ou bien la tumeur persiste, et les symptômes d'étranglement inflammatoire, qui n'existaient encore en quelque sorte qu'à l'état latent éclatent, avec violence. Dès ce moment se présentent, comme dans l'étranglement d'emblée, les phénomènes de constriction concentrique et excentrique plus haut décrits.

3° *Etat vital des viscères herniés.* — Sous l'empire de la strangulation de la circulation veineuse et artérielle, la hernie se congestionne, devient dure, chaude, douloureuse, rénitente, irréductible; l'inflammation des viscères compris dans le sac herniaire s'offre à divers degrés, depuis la simple rougeur jusqu'à la coloration violette, avec tous les caractères du phlegmon pouvant se terminer par gangrène. La phlegmasie n'est pas limitée à la tumeur herniaire, parties contenues, parties contenantes, elle s'étend en bas, et surtout en haut, au péritoine et aux viscères abdominaux; elle est la source de formidables réactions.

Entre autres phénomènes, des vomissements de matières stercorales surviennent, qui, à eux seuls, suffisent, d'après Dupuytren, pour caractériser l'étranglement, soit interne, soit externe. La douleur s'exaspère par les manœuvres du taxis. Limitée d'abord à la hernie, elle rayonne bientôt comme la phlegmasie vers la région abdominale. Peu prononcée dès le début des hernies par engouement, pouvant même manquer complétement, elle apparaît dès que commence l'étranglement, d'autant plus vive que ce dernier est plus prononcé pour cesser tout à coup quand survient la gangrène.

Comme on le voit, la phlegmasie a un grand rôle dans les hernies étranglées. Elle peut à juste titre être comprise dans la catégorie des inflammations par cause accidentelle : aussi notre traitement par la glace que nous appliquons aux lésions de cause traumatique est-il également ici d'une très heureuse efficacité.

4° *Action thérapeutique de la glace sur les hernies étranglées.* — Ce chapitre exigera quelques développements, afin d'exposer notre manière d'envisager la thérapeutique du froid.

Dans le chiffre des nombreux agents employés et presque aussitôt abandonnés pour combattre l'étranglement des hernies figure le froid, *intus et extra*.

Intus. — Le docteur Wallace, l'auteur des injections d'eau froide par le rectum sous forme de douches ascendantes à l'aide d'une sonde évacuatrice, à peu près comme les conseille M. O'-Beirne (de Dublin) pour le pompement rectal, a publié (*the Lancet*, février 1837) une observation fort intéressante. Il a obtenu par la double action dynamique et mécanique des douches froides la désobstruction intestinale en entraînant des matières et des gaz stercoraux. Les douches froides jouissent, en effet, d'une efficacité réelle et trop négligée à notre sens.

Extra. — Appliqué à l'extérieur, le froid n'a jamais eu de vogue, et cependant J.-L. Petit raconte qu'un jeune homme de vingt-deux ans, atteint de hernie inguinale qu'il avait l'habitude de faire rentrer lui-même, fut pris d'étranglement qui résista au taxis, bien que secondé par neuf saignées. Tout était prêt pour l'opération, quand la grand'mère du malade s'y opposa, disant qu'elle allait le guérir. Elle le fit coucher tout nu sur une couverture étendue sur le sol, lui fit écarter les cuisses, lui jeta brusquement sur la région inguinale un plein seau d'eau fraîche tirée du puits, et sur-le-champ le crémaster et le dartos, par leur contraction vive spontanée, firent rentrer la hernie. J.-L. Petit omet de faire la part qui revient dans cette réduction à la diminution de volume de la hernie par la constriction des vaisseaux sanguins et le refoulement des liquides.

Pourquoi le traitement par le froid est-il condamné ?

Nous répondons sans ostentation comme sans fausse modestie : Le traitement par le froid est condamné parce que jusqu'à nous les effets thérapeutiques de la glace ont été méconnus ou mal appréciés, comme on va le voir.

Boyer (t. VIII, page 97) s'exprime ainsi : « Dans l'étranglement » inflammatoire, où la hernie et le bas-ventre sont ordinairement » très enflammés et douloureux, on ne doit jamais hasarder l'application de la glace ou de la neige, parce qu'elle pourrait produire la gangrène en éteignant le peu de vie qui reste encore » dans les parties enflammées. Plusieurs auteurs, et notamment » Goursaud et Sharp, nous ont prévenus sur le danger de leur » usage dans ce cas. Aussi tous les auteurs praticiens blâment-ils » l'emploi des réfrigérants dans cette espèce d'étranglement, et » ceux même qui ne les proscrivent pas entièrement recommandent expressément de pratiquer l'opération deux ou trois heures » après leur application, si elle n'a aucun succès.

» Ces topiques ne doivent donc être employés que dans l'étranglement par engouement, et encore même ne conviennent-ils » pas également dans toutes les circonstances de cette espèce d'étranglement. Il y en a une qui fournit l'indication précise de leur » usage ; c'est lorsque des gaz raréfiés distendent l'intestin et sont » l'obstacle à la réduction..... Cette variété est très rare, je ne l'ai » rencontrée qu'*une fois*..... Si la hernie est entéro-épiplocèle » (page 99), toute l'action des réfrigérants se passe entièrement » sur la portion d'épiploon qui recouvre l'intestin ; ils peuvent la » resserrer, la condenser de manière à en rendre la réduction plus » difficile et même impossible. »

Voilà contre les réfrigérants une condamnation bien libellée, dont nous aurons à appeler. Et cependant Boyer s'est trouvé un instant sur les traces de la vérité quand, à la page 97, il dit : « La » hernie rentre rarement tout à coup par ce moyen, les réfrigé» rants; elle devient ordinairement *peu à peu moins volumineuse*. » Quand on remarque qu'elle diminue de grosseur, on pratique le » taxis, qui souvent réussit alors. »

L'opinion de M. le professeur Malgaigne, qui résume celle des chirurgiens modernes, n'est guère plus favorable au froid que celle de Boyer.

A la page 62 de son *Mémoire sur l'irrigation*, voici le jugement qu'il en porte.....: « Greve a observé que quand la hernie avait ré» sisté aux réfrigérants, les accidents devenaient plus graves. J'a» jouterai, d'après un fait qui m'est propre, que ces applications à » la glace ont encore le danger de masquer les symptômes, et d'in» spirer au chirurgien une sorte de sécurité qui l'engage à une tem» porisation périlleuse. Les indications des réfrigérants n'ont d'ail» leurs jamais été scientifiquement établies; je penche à croire » qu'ils conviennent surtout dans les inflammations pures des her» nies, mais je ne possède encore pas assez de faits pour me pro» noncer définitivement à cet égard. Il faut d'ailleurs prendre » garde à un autre danger; c'est que le froid prolongé sur l'abdo» men excite très facilement la toux, complication toujours grave » dans les hernies, et peut même déterminer des affections de » poitrine mortelles. »

Nous avons extrait du réquisitoire du savant professeur les faits à charge, et de préférence les plus graves; car plus ils semblent accablants, plus facile en sera la réfutation.

Pour être juste envers M. Malgaigne comme nous l'avons été envers Boyer, nous lui emprunterons encore un passage de sa brochure : « J'ai appliqué, dit-il page 63, les irrigations froides inter» mittentes avec une solution de sulfate de cuivre sur des hernies » irréductibles par adhérence ou engouement de l'épiploon, en les » combinant avec le repos et la diète, et j'ai obtenu de cette façon » quelques succès remarquables. Le plus récent a trait à un négo» ciant du Havre, qui portait depuis vingt ans une épiplocèle plus » grosse que le poing dans le côté droit du scrotum. Il suffit de dix » jours pour amoindrir et faire rentrer cette masse énorme, qui » fut ensuite parfaitement maintenue par un bandage ; mais, dans » d'autres cas du même genre, il m'a fallu jusqu'à un mois. »

Nous ne prétendons pas qu'aux irrigations froides seules revienne l'honneur des belles cures de M. Malgaigne ; mais si nous faisons volontiers une large part au repos et à la diète, nous ne saurions être aussi généreux envers le sulfate de cuivre, auquel nous n'accordons qu'une crispation cutanée insignifiante.

Quand, contrairement à l'opinion de Boyer, M. Malgaigne penche à croire que les réfrigérants conviennent surtout dans les inflammations pures des hernies, il soulève un coin du voile qui lui cache la vérité, mais pour le laisser bientôt lourdement retomber lorsqu'il parle des dangers de la méthode réfrigérante.

Telle était, telle est encore généralement aujourd'hui la manière d'envisager la question des réfrigérants.

Nous avons fait, à partir de 1830, des effets thérapeutiques du froid une étude soutenue, approfondie. Les beaux résultats pratiques qu'à l'exemple de Percy nous avions obtenus de l'eau froide dans le traitement des plaies par armes à feu en Algérie avaient laissé dans notre esprit une trace profonde ; nous avons persévéré, et bientôt nous avons constaté la puissante efficacité des réfrigérants partout où prédomine l'élément inflammatoire. Cet élément s'alimente à des sources diverses.

Le traitement par la glace est limité aux lésions par cause traumatique. — Nous avons choisi pour faire de l'application du froid une méthode générale de traitement, l'inflammation *par cause traumatique*, parce qu'à cette source-là l'élément inflammatoire se montre à l'état type pur, franc, dégagé de l'influence des prédispositions intérieures constitutionnelles ou diathésiques.

Au domaine déjà si étendu des phlegmasies traumatiques se rattache tout naturellement l'inflammation née de cause accidentelle, comme dans les hernies étranglées, parce que là encore elle se montre à l'état type.

Si les réfrigérants au traitement des hernies étranglées n'ont été employés qu'à titre d'essais, si les essais n'ont pas donné tout ce qu'on pouvait en attendre, si les indications du froid n'ont jamais été scientifiquement établies, comme le dit M. Malgaigne, faut-il les accuser d'impuissance ? Non assurément. L'arme est terrible, tout le monde le reconnaît ; mais il ne suffit pas de posséder une bonne arme, il faut savoir s'en servir.

Pour faire du traitement par le froid d'heureuses applications, il fallait d'abord choisir un terrain propice. Notre champ d'observations, à nous, se borne aux lésions de causes traumatiques.

Ce premier pas fait, il fallait arriver à poser des principes, à formuler des lois, à donner au praticien des guides certains ; en un mot, il fallait établir le dogme. C'était l'affaire du temps et de la pratique.

Vingt-quatre années de persévérance dans cette voie nous ont donné une expérience basée sur des milliers de faits ; de ces faits nous croyons avoir fait jaillir quelques formules claires, simples, saisissantes pour tout le monde, comme tout ce qui est dans le vrai.

Opinion contradictoire des détracteurs de la méthode réfrigérante. — Pourquoi Boyer, qui avait si judicieusement remarqué que les hernies sous l'empire de la glace *deviennent ordinairement peu à peu moins volumineuses*, a-t-il donné le conseil de ne jamais hasarder l'application de la glace ou de la neige dans l'étranglement inflammatoire, attendu qu'elle pourrait produire la gangrène ?

Pourquoi M. Malgaigne, qui, à l'encontre de Boyer, penche à croire avec raison, comme nous le prouverons, que les réfrigérants conviennent surtout dans les inflammations pures des hernies, recule-t-il devant la crainte que le froid prolongé sur l'abdomen n'excite la toux et ne détermine des affections de poitrine mortelles?

Parce que les notions sur les effets thérapeutiques de la glace sont défectueuses.

Les détracteurs de la méthode réfrigérante, quand ils opposent les risques de la gangrène par congélation, les dangers des répercussions et d'arrêts de transpiration, ont raison au point de vue où ils se placent ; mais leur point d'optique n'est pas le nôtre.

Ils oublient que l'inflammation communique à la région dont elle s'est emparée une résistance au froid des plus remarquables. L'oreille d'un lapin enflammée par suite de congélation n'a pu être congelée de nouveau (*Expériences de Hunter*). Tout est là.

Le calorique normal et le calorique en excès. — Un pas de plus, Hunter aurait dit avant nous qu'il faut distinguer le *calorique normal* ou physiologique (celui de l'état de santé), et le *calorique en excès*, dont la source est au foyer pathologique; calorique en excès qu'on serait tenté d'appeler calorique morbide, si la physique le permettait.

Cette distinction capitale une fois admise, les inductions sont faciles :

L'un, le calorique normal, indispensable à l'exercice régulier des fonctions, doit être toujours respecté, pour éviter les répercussions, congélations, etc., dont parlent les auteurs. Il est en effet de toute évidence qu'on ne pourrait appliquer impunément plusieurs jours de suite de la glace sur une région si elle n'était en proie à une phlegmasie aiguë. Au siége de Constantine, une centaine de soldats, épuisés de fatigue, ont eu les pieds gelés pour être restés trois à quatre jours jusqu'aux malléoles dans des boues liquides, bien que la température n'ait point descendu au delà de 2 degrés au-dessus de zéro.

L'autre, le calorique en excès, si remarquable par son activité et par son incroyable puissance de reproduction, est nuisible; il doit, au fur et à mesure qu'il se développe, être soutiré avec une persévérance parfois très grande. Il nous est arrivé de laisser pendant quarante jours sans interruption de gros et nombreux morceaux de glace sur la jambe d'un officier blessé aux événements de juin 1848. Nous avions extrait en esquilles un quart de la substance du tibia (partie moyenne), pour faire selon notre précepte d'une plaie compliquée une plaie simple, et, en maîtrisant par la glace une épouvantable réaction inflammatoire, nous avons pu éviter l'amputation, que tout le monde nous conseillait de faire, et sauver le membre; si bien qu'après quinze mois de ménagements, ce brave militaire, qui habite Paris, est parvenu à marcher sans béquilles.

Nous comptons par milliers les cas où pendant un ou plusieurs jours de la glace pilée combinée au sel marin a été appliquée sur des foyers compliqués d'étranglement; le thermomètre descendait à 14° centigrades, et les malades, bien loin d'éprouver des effets de congélation, accusaient dans le foyer une chaleur plus élevée que dans l'état normal, tant est parfois prodigieuse l'intensité du feu à éteindre. Ces faits semblent incroyables; ils ont aujourd'hui encore, après plus de vingt années de date, tout le prestige de la nouveauté, et cependant dix ans de suite ils se sont produits au grand jour devant des centaines d'élèves à notre clinique du Val-de-Grâce.

Un examen bien digne d'intérêt serait de rechercher à quelle source s'alimente cette énorme production de calorique en excès. Si la partie phlogosée ne puisait ses éléments de résistance au froid qu'aux foyers connus de la combustion, aux sources normales de la calorification dans les poumons, d'après Lavoisier et Séguin; au sein de nos organes pendant le cours de la circulation, surtout dans les vaisseaux capillaires, selon l'opinion de Lagrange, Spallanzani et des physiologistes contemporains, le cratère serait bientôt épuisé sous l'empire d'une réfrigération portée à 14°. L'appel et l'afflux plus considérables du fluide nerveux et du sang dans la partie phlogosée ne sauraient rendre compte de la grande somme de calorique produit, car la circulation capillaire se trouve bientôt interrompue par l'engorgement et l'obstruction des petits vaisseaux sanguins. Nous pensons que l'énorme quantité de calorique enlevé à la source qui l'alimente avec une activité comparable à celle du feu se régénère principalement par suite d'un travail de décomposition chimico-organique dont la puissance est en raison directe du degré d'énergie de la phlegmasie locale.

On sait que la calorification générale s'accroît par l'exercice musculaire, par l'alimentation, par les excitants de toute espèce, par les vêtements chauds; de même que dans les contrées tropicales ceux-ci sont encore les meilleurs préservatifs des dangers d'une chaleur exagérée. Les expériences de M. Magendie ont démontré que l'action délétère spéciale de la chaleur s'exerce avec une bien plus grande énergie par la peau que par la membrane muqueuse pulmonaire. Les Arabes, qui n'ont que des notions em-

piriques, ne quittent jamais, même à Laghouat, où le thermomètre s'élève à 47° centigrades, leurs vêtements de laine blanche appliqués directement sur la peau.

La résistance aux réfrigérants est moins grande chez l'enfant et chez le vieillard que chez l'adulte, chez la femme que chez l'homme, chez les sujets débilités, par la diète, par le repos, par les maladies, pendant le sommeil que dans l'état de veille, toutes circonstances dont il faut tenir bien compte.

La quantité de chaleur normale produite par la combustion du charbon au sein de nos organes (240 grammes en vingt-quatre heures, d'après les belles recherches de MM. Andral et Gavarret), et par la combustion de l'hydrogène (20 grammes en vingt-quatre heures, d'après les remarquables travaux de M. Dumas), est évaluée pour les deux à 2,627 calories; d'où il résulte que la chaleur produite par un homme adulte en vingt-quatre heures suffirait pour élever d'un degré la température de 2,627 kilogrammes d'eau.

Or, cette production de chaleur propre au corps de l'homme ne peut alimenter le foyer pathologique, puisque, d'après M. Dumas, celle qui n'est pas épuisée par le rayonnement est absorbée par les grandes fonctions de l'économie. Ainsi, les 7 mètres cubes d'air froid inspirés dans les vingt-quatre heures sont expirés à + 36°; les boissons, les aliments sont rejetés à + 36°; les 150 grammes d'eau produite par l'évaporation pulmonaire, les 850 grammes d'eau produite par la transpiration cutanée ont une température de + 36°.

Il faut donc chercher ailleurs qu'aux sources normales et physiologiques la production du calorique en excès. Il y aurait là matière, nous le répétons, à d'intéressantes recherches. Il nous est souvent arrivé de chercher à apprécier le degré de la chaleur en excès, soit à l'aide de l'appareil thermo-électrique de M. Becquerel, soit en plongeant la boule d'un thermomètre au centre d'un foyer organique, et toujours le peu de résultats obtenus nous a étonné. Tandis, en effet, que le thermomètre, appliqué sous l'aisselle, s'élève à + 37° environ, il ne monte que de 1 à 1° 1/2 au centre d'un phlegmon aigu. Mais quand on songe que dans les climats les plus chauds la température animale ne gagne que 1 à 2 degrés, on doit reconnaître que ce résultat, si minime en apparence, n'en a pas moins une importance réelle.

Objection. — On objecte encore au traitement par le froid que, l'inflammation étant nécessaire à la guérison des plaies, il ne faut pas s'opposer à son développement. Pour être tout à fait dans le vrai, il faudrait dire : l'inflammation modérée, l'inflammation contenue dans de certaines limites, dégagée de ses écarts. Avec cette réserve et sous ce bénéfice, nous sommes parfaitement d'accord; le précepte ainsi modifié, nous l'acceptons comme une vérité élémentaire, incontestable. C'est pour n'avoir pas toujours respecté l'inflammation modérée que la méthode réfrigérante a eu des mécomptes et tant de détracteurs. La difficulté, le nœud gordien, c'était de trouver un moyen infaillible de n'agir que sur l'excès, que sur la portion nuisible et désordonnée du calorique accidentellement développé. Ce problème, nous l'avons complétement résolu, comme on le verra plus loin.

Ce qui est nécessaire à la cicatrisation, à la réunion des plaies par première intention, c'est l'inflammation au premier degré, appelée inflammation adhésive, par suite de la sécrétion d'une lymphe coagulable, d'une matière fibro-albumineuse plastique qui exsude de tous les points dès que se produit un travail phlegmasique modéré. Tant que ce travail réparateur reste favorisé par une chaleur tempérée, il faut le respecter, ne rien faire pour l'entraver; mais quand la phlegmasie dépasse cette limite, et à plus forte raison quand elle cesse d'être contenue, quand elle éclate avec violence, comme dans la hernie étranglée, les accidents se succèdent d'autant plus rapidement que la lutte est plus vive; il faut intervenir sans perdre de temps.

Les saignées générales et locales, le débridement des parties étranglées lui-même, échouent souvent contre une inflammation que rien ne peut éteindre, et qui, semblable à un incendie, ne s'arrête que faute d'aliments. Alors apparaissent ces phlegmons profonds et diffus avec fusées purulentes, mortification de tissu cellulaire, résorption, phlébite, gangrène. Il faut un frein plus puissant que les antiphlogistiques classiques, saignées, cataplasmes, pour arrêter la marche de ces terribles accidents. Ce frein souverain nous l'avons découvert : c'est l'application de la glace avec ou sans sel marin.

On objecte encore que la méthode réfrigérante a le danger de masquer les symptômes et d'inspirer au chirurgien une sécurité périlleuse. Pour être retardée, dit-on, l'inflammation n'éclate plus tard qu'avec plus de violence.

Cette objection prouve une fois de plus que le froid, dans ses effets thérapeutiques, est méconnu. Du moment, en effet, que l'inflammation traumatique est maintenue dans de sages limites, ni trop étendues, ni trop restreintes, le travail ne saurait être retardé; sa marche reste régulière. Il serait retardé si la glace venait à enlever tout le calorique produit, ce dont il faut bien se garder, nous l'avons déjà dit. Voilà pourquoi, comme conséquence des principes par nous appliqués à la méthode réfrigérante, il nous arrive, quand le sujet est épuisé, comme cela peut avoir lieu après une amputation nécessitée par une lésion chronique, d'envelopper de ouate et d'entourer de chaleur le moignon de l'amputé, parce que le calorique nécessaire menace de faire défaut par insuffisance de réaction, puisque la partie qui en reçoit l'effet est plus chaude que dans l'état normal. La glace ici serait un monstrueux contre-sens; il faudrait s'en prendre à l'ignorance en cas de revers, et non à la méthode.

De ce qui précède, on voit combien sont chimériques les prétendus dangers de congélation, de répercussion, etc. (1).

Comment éviter les écueils du traitement par la glace?

Nous possédons un moyen simple et infaillible d'éviter les risques de la méthode réfrigérante et de n'en conserver que les bienfaits : ce précieux critérium nous est donné par le malade lui-même.

Et d'abord notons bien que le contact du froid sur une partie phlogosée est agréable et soulage. Il modère l'activité du foyer morbide, générateur du calorique en excès. Excès de calorique qui d'effet ou produit qu'il est devient cause et réagit avec maléfice en exaltant soit l'action de décomposition organo-chimique, comme le pensent les physiciens, soit l'innervation et l'afflux du sang, selon l'opinion des physiologistes, soit les deux à la fois, comme nous inclinons à le croire.

Cette bienfaisante sensation du froid persiste tant qu'il y a du feu à éteindre : c'est pourquoi il faut graduer l'action des réfrigérants sur l'intensité du foyer.

Telle que nous l'entendons, la méthode réfrigérante roule sur un axe gradué. A l'un des pôles est l'eau froide, à l'autre pôle la glace avec sel marin.

On commence par appliquer sur la partie enflammée une simple compresse de toile qu'on trempe de temps en temps dans une eau froide et dont la température doit être autant que possible graduellement abaissée de plus en plus; puis on dépose sur la compresse laissée en place des morceaux de glace en nombre et en grosseur variables, selon le degré désiré de réfrigération.

Si cela ne suffit pas, si la glace ne procure qu'un médiocre soulagement sans anéantir un sentiment de brûlure profonde ; si, selon l'expression de quelques malades, la glace semble s'échauffer, c'est que son action est insuffisante; il faut l'augmenter en mélangeant du sel marin à de la glace pilée.

A l'aide de ce réfrigérant, nous obtenons — 14°. On sait que le froid peut descendre à — 20° 55 en mettant à deux parties de glace pilée une partie de sel marin.

Maintenant, pour graduer les moyens à l'action sans risquer de faire fausse route, rien de plus facile.

Nous avons dit que le contact du froid sur une partie enflammée procure des sensations agréables non douteuses. Eh bien ! ce sont ces sensations qu'il faut soigneusement interroger. Tant que vous éprouverez, disons-nous, des réfrigérants un sentiment de bien-être, persistez ; dès qu'ils cesseront d'être bienfaisants, ce qu'on reconnaît facilement à une impression de froid et d'humidité désagréable analogue à celle qu'on ressentirait en état de santé, supprimez-les. Seuls les malades sont juges du degré convenable du froid et de sa durée. Leurs sensations sont leurs guides, et ces guides-là ne trompent jamais. Seulement il faut être en garde contre une reconnaissance exagérée. Les bienfaits du froid engagent quelquefois à en faire un abus. Il doit être gradué dans son action, ne jamais dépasser les limites voulues, afin de le supprimer doucement dès qu'à la chaleur phlegmoneuse locale succède un certain sentiment de refroidissement. Ce signe, nous le répétons, est un avertissement dont il faut tenir bien compte.

Cette sensation de froid désagréable se produit dès que le foyer pathologique s'éteint, parce qu'alors ce n'est plus du calorique en excès, mais du calorique normal que la glace soutire. Elle irait jusqu'à la souffrance la plus vive si on persistait. Qui n'a ressenti cet engourdissement douloureux du bout des doigts causé par le froid qu'on appelle onglée ? Cette onglée, il suffit pour la produire de tenir pendant quelques secondes un morceau de glace entre le pouce et l'index ; mais si ces doigts étaient le siége d'un panari, il n'en serait plus de même. La glace, même avec sel marin, serait alors supportée comme un bienfait inappréciable; elle soulagerait au lieu de faire souffrir. Certains remèdes vulgaires n'agissent pas autrement : la pomme de terre râpée, conseillée pour les brûlures, apaise la douleur tant qu'elle est froide : aussi éprouve-t-on le besoin de la renouveler dès qu'elle s'échauffe. Et cependant on n'a pas compris que ce cataplasme n'a d'autre vertu que le froid qu'il procure.

La glace n'est pas seulement l'arme la plus puissante pour combattre l'inflammation traumatique. Elle présente, en outre, cet immense avantage de ne pas affaiblir comme les saignées. Ses saignées, à elle, sont des soustractions continues, et jusqu'à épuisement, du calorique en excès.

Le malade conserve toutes ses forces, l'économie toutes ses ressources pour faire face aux frais de la maladie, sans compter que les frais de la maladie sont bien moins considérables par le traitement réfrigérant que par tout autre, attendu qu'il restreint considérablement le cercle inflammatoire. Que de fois les chirurgiens n'ont-ils pas à déplorer la perte de malades conduits jusqu'à la convalescence, touchant au terme de la guérison, parce que, épuisés par des saignées, ils n'ont pu suffire à des suppurations qui cependant allaient cesser !

Ces remarques générales sur le traitement par la glace nous les avons contractées et réduites autant que possible ; elles étaient nécessaires pour combattre des préjugés, rassurer les esprits droits et faire comprendre tout le bien qu'on en peut attendre pour réduire les hernies étranglées.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) « Pour que la gangrène par congélation, notée par A. Cooper, fût à » craindre, dit M. Velpeau, il faudrait que la glace fût employée avec bien » peu de précaution; et je doute qu'un pareil accident soit réellement à re» douter. » (*Nouveaux éléments de médecine opératoire.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 mai 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

Suite du mémoire de M. Richet sur l'anesthésie localisée (1).

Ce serait abuser de votre temps et de votre patience que de vous lire les observations détaillées de ces divers faits ; j'ai donc cru devoir vous en présenter le résumé et, pour plus de méthode, j'ai groupé toutes mes observations en deux catégories.

Dans la première j'ai rangé les cas dans lesquels un effet anesthésique évident, mais limité, a eu lieu ; dans la deuxième, ceux dans lesquels l'anesthésie a été aussi complète que possible. Une seule fois l'effet a été complétement négatif. Il s'agissait d'un jeune homme de seize ans, auquel j'avais ouvert par ponction, quinze jours auparavant, une collection séro-purulente située à la face postérieure de l'articulation du coude ; très indocile et très irritable, il avait voulu sortir quelques jours après de l'Hôtel-Dieu sans être guéri. Lorsqu'il revint nous trouver, je constatai qu'il s'était établi une fistule dont l'orifice très étroit ne permettait point au pus de s'écouler. Je résolus donc de l'agrandir ; mais le malade ne voulut entendre parler d'opération qu'à la condition d'*endormir son coude*, ainsi que je l'avais fait à un de ses voisins. J'y consentis : l'éthérisation locale fut pratiquée d'après le procédé ordinaire dont je donnerai plus loin la description, et lorsque je jugeai suffisante la quantité d'éther volatilisé sur la partie que je devais inciser, je voulus introduire la sonde cannelée ; mais le malade se débattit, déclara qu'il sentait très bien, et tenta de s'échapper de nos mains pour éviter l'incision que je lui fis pour ainsi dire *à la volée.* Je chercherai à démontrer plus loin que l'éthérisation localisée qui engourdit les nerfs superficiels n'anéantit jamais complétement la sensibilité tactile profonde ; en sorte qu'il pourrait bien se faire que ce jeune homme, qui redoutait beaucoup l'incision et s'y attendait, et qui effectivement a dû sentir le contact de l'instrument, se soit exagéré la douleur qu'il croyait devoir éprouver (2). Ce qui me porte à croire que les choses se sont ainsi passées, c'est qu'il m'a avoué le lendemain, en présence de tous les élèves, que ce qu'il avait ressenti n'était pas comparable à ce qu'il avait éprouvé la première fois, et que c'était la peur qui l'avait fait crier.

Je dirai quel moyen m'a suggéré depuis cette observation pour me mettre à l'abri de ce genre d'erreur très ordinaire, et qui, j'en ai la plus intime conviction, a fait prendre le change dans plus d'une circonstance.

J'arrive maintenant aux faits de la première catégorie, ceux dans lesquels l'effet anesthésique a été limité, quoique parfaitement appréciable. Ces faits sont au nombre de trois, et dans les trois cas il s'agissait, non plus d'une simple incision, mais d'une véritable opération d'une certaine durée, pendant laquelle il fallut pénétrer à une assez grande profondeur. Dans le premier cas, en les rangeant dans l'ordre d'efficacité de l'agent anesthésique, il s'agissait d'un malade qui portait au-devant du sternum une tumeur de la grosseur d'une amande, que je jugeai être de la nature des kéloïdes, ce qui, pour le dire en passant, fut confirmé pleinement par l'examen micrographique. A l'aide de l'appareil ventilateur de M. Guérard, j'évaporai pendant deux minutes sur la surface de la peau qui entourait la tumeur environ 40 grammes d'éther sulfurique ; après quoi, à l'aide d'une aiguille, ayant tâté la sensibilité des téguments et l'ayant trouvée anéantie, je pratiquai deux incisions représentant une ellipse de 3 à 4 centimètres chacune de longueur et pénétrant jusqu'au-dessous de la couche sous-cutanée ; le malade ne manifesta d'abord aucune douleur, il déclara seulement qu'on le touchait. Je fis alors saisir la tumeur avec des pinces-érignes, et la détachai des parties profondes avec rapidité ; le malade déclara qu'il commençait à éprouver quelques douleurs, et lorsque je donnai le dernier coup de bistouri, il s'écria : *Ah ! celui-là, je l'ai très bien senti.* Interrogé après le pansement fait, et alors qu'il n'était plus sous l'impression de la crainte de l'opération, il nous affirma que pendant toute la première partie, celle qui correspondait à l'incision de la peau, il n'avait absolument rien éprouvé. Tout ceci s'est passé en présence de notre collègue M. Debout.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une extirpation du cinquième orteil du pied gauche. Comme le premier malade, il fut amené à l'amphithéâtre ; la quantité d'éther évaporé fut de 40 à 50 grammes, mais il y en eut beaucoup de perdu, et le temps d'application fut de trois minutes environ. L'extinction de la sensibilité cutanée m'ayant paru satisfaisante, je procédai à l'amputation par la méthode à deux lambeaux, et déjà j'avais taillé le lambeau externe et désarticulé l'orteil, que le malade, qui me regardait faire, me dit : *Remettez du liquide, je commence à souffrir.* Mais à peine avait-il prononcé ces paroles, que j'achevais l'opération en taillant le lambeau répondant à l'espace interdigitaire, sur lequel, il faut le dire, l'application de l'éther n'avait pu se faire que d'une manière fort imparfaite, à cause de la présence du quatrième orteil. Ici, l'effet anesthésique a été bien plus marqué et m'a paru s'étendre un peu plus profondément que dans le cas précédent, ce que j'attribue à l'isolement de l'appendice sur lequel j'agissais, tandis que dans le cas de la tumeur du sternum l'irradiation nerveuse devait être bien plus difficile à empêcher. Je ne sais si je m'abuse ; mais je crois qu'avec une plus grande habitude j'aurais, dans ce cas, obtenu un succès complet, par exemple, en dirigeant sur l'espace interdigitaire un jet d'éther semblable à celui que j'avais adressé seulement au côté externe du pied. Mais, je l'avouerai franchement, je ne croyais que médiocrement alors à la réussite de ce que je tentais, et j'ai été surpris par l'événement.

Le troisième cas de cette catégorie a déjà été publié dans la *Gazette des Hôpitaux*; je me bornerai à un rapide exposé. C'était une femme âgée de soixante ans environ, qui était entrée à l'Hôtel-Dieu pour se faire débarrasser d'une tumeur de la grosseur d'une noix, et située sur le côté droit de la face, au-devant du corps de la mâchoire inférieure. C'était un kyste sébacé, à parois très épaisses, dont l'extirpation fut jugée nécessaire. Après avoir vaporisé sur la peau qui recouvrait la tumeur 60 grammes d'éther environ, toujours à l'aide de

(1) Voir le numéro du 27 mai.

(2) Depuis, j'ai rencontré encore quelques sujets tout à fait réfractaires, et d'autres chez lesquels j'ai dû cesser les tentatives d'éthérisation, dont je n'obtenais que des résultats incomplets.

l'appareil de M. Guérard, je procédai à la dissection de la tumeur, que j'incisai aux trois quarts sans que la malade eût l'air de s'apercevoir de ce qu'on lui faisait, et ce n'est que quand je voulus détruire les adhérences du kyste aux parties profondes qu'elle commença à s'agiter et à déclarer qu'elle éprouvait quelque douleur. L'opération fut alors rapidement achevée et le pansement effectué, comme d'habitude, avec des bandelettes. Ici le résultat obtenu est d'autant plus satisfaisant et propre à entraîner la conviction que les expansions nerveuses dues aux rameaux de la cinquième paire et du plexus cervical superficiel sont très multipliées, ainsi qu'on sait, et que la face peut être considérée comme la partie sensible par excellence. On s'explique d'ailleurs très bien la persistance de la sensibilité dans les parties profondes, recouvertes et protégées contre l'action de l'éther par l'épaisseur de la tumeur, que j'ai dit avoir le volume d'une grosse noix. Cette opération fut pratiquée en présence de MM. les docteurs Legroux et Guérard, médecins de l'Hôtel-Dieu.

Ces trois faits présentent ceci de particulier que c'est à peine si sous l'influence de l'éthérisation localisée la peau perdit sa coloration, remarque importante dont je me servirai plus tard pour établir le mode d'action du liquide anesthésique.

Les faits de la deuxième catégorie, dont j'aborde maintenant l'histoire, présentent tous ceci de commun que l'anesthésie fut complète, que les malades non-seulement n'accusèrent aucune douleur, mais que la plupart d'entre eux n'eurent même pas conscience du moment où l'opération fut pratiquée, en sorte que l'épreuve a été aussi satisfaisante que possible. Ces faits sont au nombre de dix, et comme tous présentent une similitude parfaite soit dans la manière dont l'éthérisation a été conduite, soit dans les phénomènes observés pendant l'opération, soit dans leurs résultats, je les envisagerai d'une manière générale, pensant qu'il serait fastidieux d'en donner une histoire trop détaillée.

Ces dix faits se décomposent ainsi : ouverture d'un abcès ganglionaire de l'aine, ouverture de deux énormes phlegmons de l'aisselle : l'un était situé profondément au-dessous du grand pectoral, dont les attaches au sternum et à la clavicule étaient soulevées par le pus ; il fallut enfoncer le bistouri à 4 centimètres de profondeur; ouverture d'un abcès du sein; incision d'un anthrax de la cuisse, incision d'un phlegmon du bras à sa partie moyenne; incision d'un hygroma suppuré de la bourse séreuse prérotulienne, fendu dans l'étendue de 5 centimètres environ ; opération d'une division congénitale du lobule de l'oreille; incision de deux panaris anthracoïdes, l'un du doigt médius et l'autre du pouce.

Dans tous ces cas, la douleur a été complétement supprimée, et les parties incisées sont restées assez longtemps anesthésiées pour que dans le fait de division congéniale du lobule de l'oreille j'aie pu opérer l'avivement des bords de la solution de continuité, passer les épingles et faire la suture sans que la jeune malade en ait éprouvé autre chose qu'une sensation tactile, qu'elle compara à un attouchement sur une partie engourdie. Cette jeune fille, dont l'observation a été recueillie par M. Guyon, un de mes internes, n'a cessé de rire pendant tout le temps de l'opération, qu'elle redoutait si vivement qu'elle nous échappa à plusieurs reprises en poussant des cris affreux.

Dans aucun cas la peau ne m'a paru changer notablement de couleur, et la vaporisation du liquide n'a semblé en rien modifier les phénomènes de la circulation capillaire.

Quelques malades se sont plaints que le contact de l'éther au début leur ait fait éprouver une sensation de picotement désagréable; tandis que d'autres, et c'est le plus grand nombre; ont déclaré n'en éprouver qu'une agréable sensation de fraîcheur; plus tard, ils ont paru n'en plus ressentir les effets. Enfin, et je tiens beaucoup à fixer l'attention sur ce fait, dans aucun cas cette éthérisation n'a été suivie du plus léger symptôme de réaction inflammatoire, ce que l'on observe fréquemment à la suite de l'application du froid employé comme anesthésique.

Parmi ces dix observations, il en est une surtout que je tiens à vous faire connaître en détail, parce que j'en ai été l'objet, et que j'ai pu ainsi étudier et suivre moi-même les diverses phases de l'opération. D'ailleurs, le procédé employé étant le même que celui que j'ai mis en usage dans la plupart des cas, je me trouverai ainsi dispensé d'une description générale.

Dans le courant du mois d'avril dernier, et sans qu'il me soit possible d'assigner au début de la maladie d'autre cause que le contact prolongé de ce liquide âcre que sécrète le péritoine enflammé, je fus pris d'un engorgement phlegmoneux siégeant sur la face dorsale du doigt médius de la main gauche. En quelques jours les phénomènes s'aggravèrent au point que non-seulement le doigt, mais encore toute la face dorsale de la main acquirent un volume considérable, bientôt suivi de traînées d'angioleucite et d'engorgement des ganglions sous-axillaires. Inquiet des progrès rapides de cette inflammation, que je croyais devoir attribuer à l'étranglement produit par la texture serrée des parties au milieu desquelles elle s'était développée, je résolus, quoique le pus ne fût pas encore bien manifestement collecté, de pratiquer une incision profonde dans le but de débrider, et je songeai naturellement à l'éthérisation locale, désireux d'éviter d'atroces douleurs, que je connaissais par expérience.

Voici comment je procédai : je versai goutte à goutte sur la face dorsale de la main et la racine du doigt médius environ 50 grammes d'éther sulfurique, dont la vaporisation fut activée au moyen d'un soufflet ordinaire. Je ressentis d'abord une sensation de fraîcheur d'autant plus agréable, que j'éprouvais dans toutes ces parties une chaleur insupportable accompagnée de battements, et par intervalles d'élancements très douloureux; une minute s'était à peine écoulée que ces derniers avaient disparu, sans que d'ailleurs la coloration de la peau eût présenté aucune modification sensible. Au toucher, les parties superficielles avaient perdu leur sensibilité; mais la pression détermina encore dans les parties profondes une assez vive douleur, qui allait s'affaiblissant graduellement, au point qu'après deux minutes je n'éprouvai plus qu'une simple sensation tactile.

Pour explorer d'une manière plus certaine la sensibilité, j'enfonçai alors dans le voisinage du point sur lequel je devais pratiquer l'incision une aiguille très fine, dont la pénétration ne me fut révélée par aucun symptôme, et lorsque je la retirai, il s'écoula par la piqûre une quantité de sang aussi considérable que si la partie n'eût pas été soumise à l'action de l'éther, ce qui me donna la preuve que la circulation capillaire ne paraissait point avoir subi de ralentissement, comme on l'observe dans le cas de réfrigération avec la glace mélangée de sel. J'ai dit d'ailleurs que la peau n'avait point changé de couleur, et j'ajouterai que sa température me parut à peine abaissée. Pendant ce temps, on continuait les irrigations d'éther au fur et à mesure de la volatilisation; et lorsque trois minutes se furent écoulées, jugeant que l'anesthésie devait être complète, je saisis une grosse lancette à abcès et l'enfonçai rapidement, et non sans une certaine appréhension, je dois l'avouer, dans la partie culminante de la tumeur. Mais, à ma grande satisfaction, j'en fus quitte pour la peur, car l'incision ne fut pas plus sentie que ne l'avait été la piqûre de l'aiguille; puis, comme je ne voyais sortir de la plaie que du sang mélangé de quelques grumeaux purulents, je craignis de m'être ménagé, et, enhardi par l'absence de toute douleur, je reportai l'instrument dans le fond de la plaie, que j'agrandis en profondeur et en largeur, avec le même succès que la première fois. Je pressai alors sur les parties environnantes, pour bien faire sortir le pus des aréoles du tissu cellulaire; mais la sensibilité avait commencé à revenir, et comme mon but était atteint, et qu'il s'écoulait une grande quantité de sang mélangé de pus, je recouvris la main d'un cataplasme froid que j'avais fait préparer à l'avance. L'incision pratiquée avait alors environ 20 millimètres de longueur sur 10 de profondeur.

Les phénomènes qui suivirent ne diffèrent en rien de ceux qu'on observe après de pareilles incisions faites sans le secours de l'éthérisation localisée; c'est-à-dire qu'il n'y eut point le plus léger phénomène de réaction, et qu'à partir de ce moment la tuméfaction des bords de la plaie et des parties environnantes alla en diminuant progressivement, de même que l'angioleucite et l'engorgement des ganglions sous-axillaires. Tels sont les faits, exposés dans toute leur simplicité. Il me reste maintenant à élucider quelques-unes des nombreuses questions qui en découlent, dont les unes sont susceptibles, je crois, d'une solution immédiate, tandis que les autres exigent encore une nouvelle série d'observations.

Le premier point à discuter, le plus important peut-être, celui de savoir si les agents qui, par l'inhalation pulmonaire, déterminent l'anesthésie générale, peuvent, lorsqu'ils sont appliqués directement sur le tissu nerveux, entraîner une suspension momentanée de ses fonctions. De la solution de cette question dépend, il ne faut pas se le dissimuler, tout l'avenir de l'anesthésie localisée; car, du moment où cette proposition serait établie sur des bases inébranlables, où il serait démontré, par exemple, que l'éther, soit liquide, soit en vapeurs, appliqué sur les expansions nerveuses, suspend leurs fonctions, il ne resterait plus à rechercher que le meilleur moyen de mettre le liquide anesthésique en contact avec elles. Théoriquement, la question me paraît susceptible d'une solution affirmative. En effet, que l'on admette, avec la plupart des physiologistes, que l'action des anesthésiques sur les centres nerveux s'exerce, dans les inhalations pulmonaires, par l'intermédiaire du sang qui charrie leurs molécules, ou qu'on pense, avec M. Nummeley, que ce n'est point seulement par cette voie que s'établit l'anesthésie, mais encore par une action directe et primitive sur les expansions périphériques des nerfs se propageant ensuite au cerveau par les troncs nerveux, on n'en est pas moins arrivé à supposer, dans les deux cas, une influence exercée sur le tissu nerveux lui-même par les molécules de chloroforme ou d'éther; seulement, dans le premier cas, elle est secondaire, tandis que dans le second elle serait primitive.

Il est vrai que ceux qui admettent que c'est seulement par l'intermédiaire du sang que les agents anesthésiques influencent le système nerveux central pensent que c'est en suspendant les fonctions de ces centres que l'effet stupéfiant se répand ensuite à toute la surface du corps; en sorte qu'aucune action directe ne saurait être obtenue sur la portion périphérique du système nerveux. Mais c'est là, selon moi, une opinion qui, quoique très rationnelle, je le reconnais, et s'accordant parfaitement avec ce que nous enseigne la physiologie sur l'absorption en général et celle des poisons en particulier, ne saurait être acceptée si on voulait la maintenir dans toute sa rigueur comme l'unique expression de la vérité. Elle est d'ailleurs en opposition avec d'autres faits connus et avec les expériences, ainsi que je vais essayer de le démontrer.

Tout le monde sait que si l'opium administré à l'intérieur agit sur le système nerveux central par l'intermédiaire du sang qui transporte ses molécules, cependant le laudanum appliqué sur la peau exerce incontestablement sur les expansions périphériques des nerfs, et sans avoir besoin de passer par la circulation, une action sédative, *locale* et *primitive*, analogue à celle dont le cerveau est le siége dans l'absorption par l'estomac. Pourquoi donc, *théoriquement*, refuserait-on aux anesthésiques ces deux modes d'action, qu'une plus longue expérience a démontré exister pour d'autres substances, l'opium, par exemple.

Mais il y a plus; c'est que les expériences sur les animaux ont démontré d'une manière aussi péremptoire que possible cette double action sur le système nerveux central et périphérique; et je n'ai pas besoin, je pense, de reproduire de nouveau ici les expériences si concluantes de M. Longet; il me suffit de rappeler que par l'immersion pendant deux minutes d'un nerf dans l'éther liquide on obtient une anesthésie complète non-seulement du tronc lui-même, mais de tous les filets émanant au-dessous du point immergé.

Il me paraît donc établi, et par les analogies et par l'expérimentation, que les *agents qui, par la voie de l'inhalation pulmonaire et de la circulation, déterminent l'anesthésie générale, peuvent aussi, lorsqu'ils sont appliqués directement sur le système nerveux, donner lieu à une suspension momentanée de ses fonctions.*

Arrivant actuellement à la discussion des faits cliniques exposés précédemment, je crois pouvoir avancer, sans crainte d'être contredit, qu'un premier point de la plus haute importance me paraît acquis au débat; à savoir: *que l'application de l'éther liquide sur les téguments peut déterminer l'insensibilité.* Reste donc à examiner comment se produit cette insensibilité.

M. le docteur Guérard, ainsi qu'on a pu le voir par les paroles que j'ai citées de lui, et qui ont été puisées dans le compte rendu officiel de la Société de médecine, pense que l'anesthésie est produite par une action réfrigérante; c'est-à-dire sans doute par un engourdissement des expansions nerveuses survenant sous l'influence d'un abaissement de température et d'un arrêt de la circulation capillaire, ainsi qu'on l'observe dans le phéuomène de l'*onglée*, par exemple. En un mot, on obtiendrait avec l'éther ce que l'on obtient à l'aide du mélange de glace et de sel par le procédé d'Arnott. Or, je suis porté à penser que tel n'a point été le seul mode d'action de l'éther, au moins dans les cas soumis à mon observation. En effet, malgré la vaporisation rapide obtenue à l'aide d'un courant continu, j'ai été frappé d'une chose, c'est du peu d'abaissement de la température de la peau, que j'ai dit conserver, au contraire, sa température à peu de chose près normale, ainsi que je l'ai constaté sur moi-même et sur mes malades. A peine l'irrigation a-t-elle cessé, que la sensation de fraîcheur momentanément obtenue disparaît, et que le doigt, appliqué sur les parties soumises à l'irrigation, peut constater le retour à la température antérieure.

En supposant d'ailleurs que la température fût abaissée, elle ne saurait jamais l'être assez pour suspendre complétement la circulation capillaire et entraîner l'engourdissement des expansions nerveuses, comme dans l'onglée ou la réfrigération par le procédé d'Arnott. En rapportant les observations, j'ai insisté sur cette particularité que la peau, lorsquelle changeait de couleur, rougissait; phénomène annonçant une surexcitation dans la circulation capillaire, et par conséquent contraire à l'opinion de la réfrigération absolue.

Aussi, me fondant sur les expériences de MM. Flourens et Longet, sur celles des professeurs de physiologie de Leeds, et surtout sur les raisons que j'ai fait valoir précédemmeut, je pense pouvoir l'attribuer à l'action stupéfiante exercée directement sur les expansions périphériques des nerfs, plus encore peut-être qu'à la réfrigération, dont je suis loin toutefois de nier absolument l'influence.

Dans les expériences de M. Longet, il est vrai, les troncs nerveux avaient été découverts et le liquide anesthésique mis en contact direct avec la substance nerveuse; mais tout le monde sait que l'épiderme n'est point un obstacle absolu, une barrière insurmontable à la pénétration des agents médicamenteux; que le laudanum, par exemple, le mercure, etc., le traversent avec facilité. Il ne répugne donc point de penser qu'un liquide aussi subtil que l'éther puisse, à travers les cellules épidermiques, venir se mettre en contact direct avec les expansions papillaires. Bien couvaincu dès lors que les choses se passaient ainsi que je viens de l'exposer, j'ai, dans quelques cas, supprimé presque complétement la ventilation à l'aide d'un courant continu, qui nécessite un appareil coûteux et difficile à transporter, et je dois dire que j'ai réussi aussi bien qu'avec l'ingénieux ventilateur de M. Mathieu. Je ne crois donc pas que la vaporisation rapide soit une condition indispensable de succès; peut-être cependant active-t-elle l'absorption, car il m'a semblé qu'en la supprimant complétement on n'obtenait point une anesthésie aussi rapide. C'est là d'ailleurs une question que décideront les observations ultérieures.

Il est établi que l'éther liquide, mis en contact avec les téguments, peut en déterminer l'insensibilité momentanée; les observations précédentes ne me paraissent point de nature à prouver cependant que cette action anesthésique s'étende beaucoup au delà de la couche sous-cutanée. J'ai déjà tenté dans plusieurs cas d'obtenir une action plus profonde et plus durable; mais jusqu'ici, je dois le dire, je n'ai obtenu que des résultats fort incertains. J'avais pensé, m'appuyant toujours sur les données physiologiques, que, s'il était possible de mettre l'éther en contact direct avec les surfaces traumatiques, on déterminerait une insensibilité aussi complète que celle à laquelle donne lieu l'immersion dans le liquide anesthésiant d'un gros cordon nerveux mis à découvert. On aurait pu, il est vrai, redouter que le contact direct de l'éther sur une plaie déterminât de la douleur; mais c'est là une objection qui se trouve aujourd'hui levée pour les deux observations suivantes :

Une femme se présente à la consultation avec un panaris occupant la totalité du pouce de la main droite; quelques jours auparavant un médecin de la ville lui avait pratiqué une incision, mais qui n'avait pas été assez profonde pour débrider d'une manière suffisante et permettre l'expulsion du pus profondément caché dans la gaîne des tendons, en sorte que les tissus, énormément gonflés et boursouflés, faisaient hernie à travers cette ouverture.

La malade, qui depuis huit jours n'avait fermé l'œil, dont la sensibilité était exaltée par cette privation de repos et qui d'ailleurs disait avoir atrocement souffert de l'incision inutile qui avait été pratiquée, ne voulait pas entendre parler d'instrument. Cependant, lorsque je lui affirmai qu'on pouvait l'opérer sans la faire souffrir, elle voulut bien consentir, après une longue résistance, à ce qu'elle appelait *notre expérience;* je fis alors verser l'éther sur le doigt sans avoir égard aux tissus dénudés et boursouflés, et, comme la malade ne se plaignit point de son contact et déclara au contraire en ressentir une agréable fraîcheur, j'en insinuai directement dans l'incision que je me proposais d'agrandir, et, quand je me fus assuré que l'anesthésie était suffisante, je débridai largement jusque sur la phalange. Pendant ce temps, la malade, distraite par mes questions, n'avait fait aucun mouvement; aussi fut-elle bien agréablement surprise lorsqu'on lui apprit que tout était terminé.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous tenons de source certaine qu'on élabore en ce moment un projet concernant le recrutement de médecins civils pour être attachés à l'armée de la Porte Ottomane.

Il serait question de faire ce recrutement parmi les docteurs en médecine d'une part, et d'autre part parmi les élèves des facultés non reçus docteurs.

— Nous sommes forcés de renvoyer au prochain numéro la note que M. Valleix a publiée à propos du rapport de M. Depaul.

—Trois fautes se sont glissées dans l'impression de la communication faite par M. Beyran à l'Académie de médecine (*voir* notre dernier numéro, page 260) :

Au lieu de: vonronchon, lisez *vourouchou*; youheurte, *yohourte*; choléra, *chlorose.*

Le Gérant
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

PARIS, LE 5 JUIN 1854.

Des mesures dictées sans doute par les circonstances, mais qui n'en témoignent pas moins d'une sollicitude incessante pour le corps si respectable et si utile des officiers de santé de l'armée se succèdent depuis quelque temps au ministère de la guerre.

Dans notre dernier numéro, nous avons eu à annoncer le recrutement de médecins civils pour être attachés à l'armée de la Porte Ottomane, que l'on sait en manquer. La position de ces médecins sera honorable et avantageuse, et nos propres soldats en retireront sans doute du profit; car les deux armées devant opérer ensemble, ces médecins pourront être appelés à soigner des blessés français.

Voici une nouvelle non moins importante; car elle concerne les chefs du service de santé. Jusqu'à ce jour, les médecins inspecteurs en tournée recevaient des indemnités différentes; rien n'était fixe à cet égard. Sur l'initiative de M. le ministre de la guerre, « ils seront, à l'avenir, traités comme les généraux de brigade en tournée d'inspection. »

On le voit, une pensée de bienveillance et d'estime pour les hommes de science a dicté cet arrêté. On comprendra, du reste, cette honorable sollicitude, en se rappelant que le ministre actuel de la guerre est lui-même un homme de science. Sorti des rangs du génie militaire, M. le maréchal Vaillant se fait honneur d'appartenir à l'Académie des sciences, dont il suit les séances avec un zèle et une assiduité digne d'éloges. Il n'est donc pas étonnant qu'il sache apprécier les services que peut rendre la science. — F. Fabre.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

De l'eczéma.

Après avoir prouvé que les différentes maladies groupées sous le titre commun de dartres sont rapprochées par des affinités naturelles, par des liens de parenté véritable, et non par l'arbitraire, il nous reste à faire connaître l'histoire particulière de ces maladies.

L'eczéma, que nous plaçons en tête des affections dartreuses, est peut-être la plus commune, je ne dis pas seulement des dartres, mais encore des maladies de la peau. Et en outre de cette fréquence, les formes variées qu'elle peut revêtir, les siéges divers qu'elle occupe, sa ténacité dans certains cas, sont autant de circonstances qui la recommandent à l'attention des praticiens.

Le mot *eczéma*, qui vient du grec εξεω, je bous, je fais effervescence, a été choisi par Willan pour désigner la maladie qui nous occupe, et que l'on connaissait autrefois sous le nom de *dartre vive*. Mais personne n'a su mieux qu'Alibert exprimer d'une manière concise et pittoresque les caractères extérieurs de cette affection, et les épithètes de *squameuse humide*, par lesquelles il caractérise cette dartre (*herpes squamosus madidans*), rendent parfaitement et son aspect écailleux, et l'état de sécrétion séreuse qui baigne habituellement sa surface.

L'eczéma a été rangé tout naturellement parmi les dartres par Alibert, dans l'ordre des vésicules par Willan et Biett. M. Cazenave, dans sa dernière classification, l'a rattaché aux maladies à la fois aiguës et chroniques.

Une définition rigoureuse et précise de l'eczéma est très difficile à donner, peut-être même impossible, à cause des variétés d'aspect qu'il peut offrir, non-seulement chez divers individus, mais encore dans les différentes phases de son évolution. Ses caractères extérieurs les plus constants sont une rougeur ponctuée de la peau, une sécrétion séreuse ou séro-purulente plus ou moins abondante, et une desquamation écailleuse de l'épiderme. Au total, si l'on ne veut pas rester dans le vague d'une description de fantaisie, il faut établir plusieurs formes ou mieux plusieurs degrés, que nous ramènerons à trois, et qui vous donneront une idée assez exacte de la physionomie de cette dartre à ses principales périodes.

Premier degré.—Rougeur et ulcération superficielles.—Le premier phénomène que l'on observe est une rougeur occupant une ou plusieurs plaques plus ou moins étendues, sur lesquelles ne tardent pas à se montrer de très petites vésicules acuminées, dépassant à peine le niveau de la surface cutanée, et agglomérées en groupes très serrés. La durée de ces vésicules est très courte; au bout de quelques heures, de quelques jours au plus, elles se rompent et laissent à la place qu'elles occupaient de petites ulcérations superficielles et arrondies. De là s'échappe une secrétion séreuse, ordinairement ténue et transparente, quelquefois plus épaisse et séro-purulente, qui donne aux linges qu'elle imbibe la consistance et la rigidité du linge empesé. Accumulée et desséchée sur la surface où elle a pris naissance, cette matière se concrète sous forme de croûtes jaunâtres ou verdâtres, tirant quelquefois sur le gris, tantôt minces, tantôt épaisses, mamelonnées, de manière à simuler celles de l'impetigo. Si, à l'aide de bains ou de cataplasmes, vous venez à faire tomber ces croûtes, vous reconnaîtrez qu'elles recouvrent des surfaces rouges couvertes de très petites ulcérations arrondies et séparées, résultant des vésicules anciennement rompues. Au lieu d'ulcérations, on n'observe parfois qu'une simple rougeur *ponctuée*, sur laquelle M. Devergie a beaucoup insisté, et avec raison, comme caractéristique de l'eczéma.

M. Cazenave s'est, de son côté, occupé des ulcérations, mais surtout au point de vue du siége de la maladie, qu'il place, comme nous le dirons plus bas, dans les orifices des conduits sudorifères.

L'éruption que nous venons de décrire est ordinairement accompagnée de démangeaisons plus ou moins vives. Quant aux symptômes généraux, ils sont souvent nuls. Cependant, quand l'eczéma débute avec un appareil d'accidents inflammatoires locaux assez prononcés, on observe du dégoût, du malaise, de la courbature, de l'inappétence avec soif, augmentation de la chaleur générale, accélération du pouls, langue rouge, chargée; en un mot, les phénomènes de l'état fébrile; mais la durée en est généralement très courte.

Deuxième degré. — Etat squameux. — La maladie poursuit son cours; la fièvre, quand elle existait, a disparu; quelques semaines se sont écoulées, alors la sécrétion devient moins abondante et se concrète rapidement; les surfaces malades se montrent recouvertes de squames larges, minces, jaunâtres ou verdâtres, à bords blanchâtres, minces et relevés, qui recouvrent la rougeur ponctuée et pointillée dont nous avons déjà parlé. Les squames s'accumulent quelquefois les unes sur les autres et peuvent acquérir ainsi une certaine épaisseur. Dans certains cas, on voit entre elles des fissures, de petites crevasses peu profondes et plus ou moins longues. D'autres fois la peau est épaisse, comme indurée, les squames sont coriaces, et la maladie offre une certaine ressemblance avec le lichen. Ailleurs, enfin, la peau est encore plus épaisse, les squames plus dures, plus blanches, et il faut une grande habitude pour distinguer cet état du psoriasis. Souvent chez les mêmes malades on observe ici des croûtes, là des squames plus ou moins rapprochées ou mélangées.

Dans cette forme ou plutôt pendant cette période, la santé est excellente, sauf les démangeaisons, qui acquièrent souvent alors une grande intensité et peuvent cruellement tourmenter les malades.

Troisième degré. — Sécheresse et état farineux. — La maladie dure depuis longtemps; la peau est devenue lisse, luisante, comme vernissée, parfois sillonnée de rides, qui ne sont autre chose que l'exagération des plis naturels de la peau; les squames larges et épaisses de la période précédente ont progressivement fait place à une légère desquamation furfuracée. Cet état luisant des surfaces malades est surtout appréciable quand les malades sortent du bain; mais bientôt la peau, en se séchant à l'air, reprend son aspect farineux tout à fait analogue à celui du pityriasis. Le plus souvent alors les démangeaisons diminuent; quelquefois, cependant, elles conservent toute leur intensité; on les voit même persévérer après la guérison. La santé générale, l'appétit surtout sont excellents.

Nous avons décrit ces trois formes comme se succédant l'une à l'autre. C'est, en effet, ce qui a lieu pour chaque plaque d'eczéma en particulier; mais il n'est pas rare de voir sur un même individu des éruptions successives, et alors on observe en même temps dans les parties successivement envahies la maladie à ses différentes phases d'évolution, à l'état ulcéreux, à l'état squameux et à l'état farineux. Il n'est pas rare non plus de voir l'état aigu s'emparer des surfaces parvenues à la dernière période, c'est-à-dire à la sécheresse furfuracée.

En sa qualité de dartre, l'eczéma offre une grande tendance à s'accroître : ainsi, il débute par une surface de quelques centimètres de diamètre, puis il s'agrandit en tous sens et finit souvent par occuper de larges portions du tégument. Non-seulement l'eczéma s'accroît ainsi en gagnant de proche en proche, mais il présente encore une grande disposition à se multiplier sur différentes parties du corps. Enfin, nous devons encore signaler à votre attention ces recrudescences, ces réapparitions de l'état aigu qui prolongent indéfiniment la durée de la maladie.

Dans nos généralités sur l'état dartreux et dans nos visites cliniques, nous vous avons fait observer une particularité propre aux maladies dont nous parlons, c'est la symétrie : l'eczéma se montre habituellement sur les parties similaires du corps, sur les parties correspondantes des deux bras, des deux jambes, sur les deux joues, etc.

La *durée* de cette affection est en général très longue. Bien rarement elle est terminée dans l'espace de cinq ou six semaines; presque toujours elle persiste pendant des années entières.

Quand la *guérison* est obtenue, la place reste pendant quelque temps encore d'un rouge plus ou moins vif, puis elle prend une teinte violacée, qui est surtout très prononcée sous l'influence du froid; puis enfin la peau reprend son aspect normal. Dans certains cas pourtant, l'état inflammatoire qui a résidé si longtemps dans la couche superficielle de la peau a déterminé une exagération dans la sécrétion de la matière pigmentaire, et il en résulte au niveau des parties anciennement affectées une tache brune quelquefois assez foncée. Cette coloration se montre d'ordinaire aux jambes; elle est beaucoup plus rare dans les autres parties, surtout au visage. Un fait que nous avons déjà signalé dans nos considérations générales sur les dartres, c'est l'absence de cicatrices après la guérison des ulcérations superficielles.

La guérison est dans certaines circonstances accompagnée d'accidents particuliers fort importants à connaître, parce qu'ils posent des indications thérapeutiques spéciales. Chez des individus atteints d'asthme ou de catarrhe, on voit les phénomènes propres à ces maladies s'aggraver ou se réveiller s'ils avaient sommeillé pendant le cours de l'éruption. Chez quelques femmes, c'est une leucorrhée abondante qui se montre ou reparaît aussitôt que la dartre est guérie. Ailleurs, j'ai vu la disparition de l'affection cutanée coïncider avec le développement d'une angine, parfois avec granulations et sécheresse très grande de la gorge. Dans les cas de ce genre, on se trouve bien d'appliquer un exutoire dans le voisinage de l'organe qui est le siége de ces désordres.

Quel est le *siége* de l'eczéma? Les médecins qui se sont occupés des maladies de la peau, et particulièrement ceux qui ont basé leurs classifications sur l'anatomie pathologique, ont cherché la cause de la diversité d'aspect présentée par ces différentes maladies dans la diversité du siége. Biett, frappé surtout de la rougeur qui caractérise l'eczéma, a placé le siége de cette maladie dans le lacis vasculaire de la peau. Plus tard M. Cazenave, s'attachant à deux autres phénomènes, la sécrétion abondante de matières claires et séreuses et les petites ulcérations arrondies, crut à une affection des orifices sudorifères. Dans cette opinion, la sécrétion séreuse n'est autre chose que la sécrétion sudorale exagérée; les ulcérations ne sont autre chose que les orifices des conduits sudorifères devenus plus apparents par le fait de leur altération. La théorie de M. Cazenave n'est, il faut bien le dire, qu'une pure hypothèse; ni l'examen microscopique, ni l'analyse chimique n'ont été invoqués pour la démontrer. La sécrétion séreuse ou séro-purulente n'est évidemment pas de la sueur; et quant aux petites ulcérations, il est bien certain qu'elles ne doivent pas être confondues avec les ouvertures microscopiques par lesquelles la sueur vient sourdre à la surface de la peau. Il est facile aussi, en suivant l'évolution des phénomènes anatomo-pathologiques de l'eczéma, de constater que ces ulcérations succèdent à la rupture des petites vésicules initiales. Et d'ailleurs comment expliquer, dans l'hypothèse de M. Cazenave, l'état squameux de la peau malade, qui joue assurément un rôle aussi important que les ulcérations et la sécrétion séreuse? comment expliquer cet état par les prétendues altérations des conduits sudorifères?... N'est-il pas évident qu'il y a là une mauvaise sécrétion de l'épiderme, qui le rend impropre à vivre de sa vie ordinaire, et fait qu'il se détache en écailles plus ou moins larges? Il est donc plus logique, suivant nous, de placer le siége de la maladie dans les couches superficielles chargées de sécréter l'épiderme, c'est-à-dire

dans le corps muqueux, dont l'existence, contestée pendant un certain temps, doit être admise aujourd'hui. Pour moi, je n'hésite pas à regarder ce siége comme le plus probable. Mais remarquez bien que je ne donne pas cette opinion comme passée à l'état de démonstration; c'est là une hypothèse qui me satisfait, et rien de plus.

Nous venons de vous tracer le tableau de l'eczéma pris dans son ensemble; mais la description que nous vous avons donnée de cette maladie cesserait d'être vraie si nous n'admettions des variétés de formes qui présentent des particularités dont les traits distinctifs doivent être mis sous vos yeux.

NOTE SUR LES DÉVIATIONS UTÉRINES,

à propos du rapport de M. Depaul à l'Académie de médecine;

Par M. VALLEIX, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Ne pouvant prendre la parole dans la discussion qui va s'ouvrir, je me vois forcé de donner quelques explications par la voie de la presse, afin qu'on ne raisonne pas sur des faits dont un grand nombre au moins ont été, selon moi, imparfaitement interprétés.

Je dirai d'abord que je regrette de n'avoir pas mieux connu les accidents qui sont survenus chez deux de mes malades, dont l'observation est succinctement rapportée dans la dernière partie du rapport. Chez l'une d'elles, il était survenu une pneumonie de la base à droite, et ensuite des douleurs vives dans le ventre. L'autopsie seule aurait pu m'éclairer complétement. La malade, malgré mes instances, voulut quitter l'hôpital; je m'y refusai même, et c'est après la visite qu'elle exigea sa sortie. Ce fait est resté pour moi incomplet. Il en est de même du second, dans lequel les accidents ne me paraissaient pas aussi menaçants qu'ils le sont devenus, et ce n'est que par le rapport de M. Depaul que la terminaison m'a été révélée. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans aucun des cas observés complétement dans mon service, il n'y a eu d'autres accidents que ceux que j'ai signalés, et ces cas, on le sait, sont bien nombreux. Il est donc fâcheux que la preuve matérielle ait manqué ici, quelle que soit la conclusion à laquelle elle nous eût conduit. Sans chercher à atténuer les faits cités par M. Depaul, j'explique comment ils n'ont pas pu être aussi convaincants pour moi que pour lui.

Quant aux observations de MM. Cruveilhier et Broca, un seul mot : j'ignorais, en effet, que dans l'utérus examiné par M. Broca il y eût du pus au voisinage du péritoine et dans la trompe; mais je me demande si ces collections purulentes trouvées dans des organes voisins du principal foyer ont l'importance que leur accorde M. Depaul. N'en existe-t-il pas de semblables lorsque la péritonite s'est produite en dehors de l'utérus? Les symptômes observés ne pourraient provenir que d'une perforation ou de toute autre lésion mécanique du tissu de l'utérus. Or c'est ce qui n'a pas été trouvé. L'interprétation du fait telle que je l'ai donnée est donc la seule admissible, et les milliers de cathétérismes faits depuis quelques années le prouvent suffisamment.

Je veux bien mettre de côté, au sujet de l'observation de M. Cruveilhier, toutes les raisons pulsées dans des renseignements contradictoires; mais j'ai donné des raisons tirées de considérations pathologiques qui me paraissent importantes. Quand on me démontrera qu'on peut mourir dans le marasme d'une pneumonie, d'une pleurésie, d'une méningite dont il ne reste plus de traces, j'admettrai qu'on peut mourir d'une péritonite qui a disparu. Jusque-là je dirai que cela n'est pas, par la raison toute simple que cela ne peut pas être.

Les autres faits ne me concernant pas, je ne peux pas les discuter. Je dirai seulement que je n'en ai pas nié la possibilité, puisque j'ai signalé une péritonite partielle qui aurait bien pu devenir générale. Je rappellerai aussi que j'ai cité le fait signalé par M. Cazeaux, et j'en ai rapporté d'autres semblables. J'ai dit : « Cette inflammation (l'inflammation péri-utérine) se termine, dans l'immense majorité des cas, par résolution; mais elle peut aussi se terminer par l'ouverture d'un foyer purulent dans le vagin, comme cela a lieu dans les cas de phlegmons péri-utérins, qui se produisent dans des circonstances très diverses, et qui sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit communément. » J'ai dit aussi que cet accident est un des plus fâcheux, parce qu'il produit des symptômes alarmants; mais l'expérience m'a prouvé qu'il ne compromet pas l'existence.

Ne pourrais-je pas maintenant opposer à ces faits malheureux des cas nombreux où le traitement est d'une parfaite innocuité? Un des premiers que j'aie observés est relatif à une dame qui faisait, avec le redresseur, le voyage de Paris à Versailles et de Versailles à Paris; dans un autre, c'est à Saint-Germain qu'allait la malade; la plupart faisaient dans Paris de longues courses à pied; il en est une qui, à mon insu, partit pour Lille, etc., etc.

Ces faits ne prouvent-ils pas que dès que nous saurons définitivement distinguer les divers cas (but dont nous nous approchons tous les jours), nous pourrons agir avec une sécurité réelle?

Quoi qu'il en soit, M. Depaul, puisant à des sources dont un bon nombre m'étaient malheureusement inconnues, nous a appris que le traitement a causé plus d'accidents qu'on ne le pensait. Mais, il le dit lui-même, c'est l'utilité du traitement qui est le point principal de la question; car s'il est inutile ou seulement utile dans des cas exceptionnels, il en faudrait beaucoup moins pour le faire rejeter.

Voici donc, selon moi, les questions qu'on doit se poser :

1° Les symptômes observés sont-ils réellement, comme le pense M. Depaul, dus à toute autre chose qu'à la déviation?

2° Les moyens ordinaires en triomphent-ils?

3° Quels sont ces moyens?

4° Dans les cas où la déviation doit être comptée pour quelque chose, d'autres moyens réussissent-ils aussi bien, aussi souvent, dans toutes les espèces de déviation, et sans accident?

M. Depaul examine d'abord mes observations. J'avoue qu'en les relisant, j'y vois autre chose que ce qu'il y trouve. Il serait trop long de les examiner toutes. C'est un sujet sur lequel j'aurai sans doute à revenir.

Pour en citer quelques-unes :

Dans la deuxième observation, M. Depaul attribue la guérison au repos. Il oublie qu'avant le traitement la malade ne quittait plus la chambre, et que la maladie allait toujours en augmentant.

Dans la troisième observation, il pense qu'après la chute de la malade l'utérus était plus incliné qu'avant le traitement; il était seulement plus incliné qu'à l'état normal, mais beaucoup moins qu'avant le traitement.

Dans le sixième cas, M. Depaul trouve que les cautérisations ont amené la guérison. Avant le redressement, on les avait pratiquées pendant deux mois inutilement; après, il a suffi de quelques cautérisations seulement pour faire disparaître l'ulcération qui n'occasionnait plus aucun symptôme important.

Dans le treizième cas, M. Depaul attribue la guérison aux bains froids, etc.; il ne remarque pas que la malade, qui ne pouvait pas faire un seul pas, ni même se tenir debout, a pu, sept jours après l'application du redresseur, faire de longues courses à pied.

Je pourrais passer ainsi en revue toutes les observations et démontrer que M. Depaul a attaché une importance beaucoup trop grande à des moyens évidemment accessoires. Mais c'est encore un point sur lequel il faudra revenir plus tard.

Quant aux faits qui m'ont été transmis par des confrères, et qui ont été interprétés par M. Depaul de la même manière, je suis sûr que les observateurs ainsi critiqués auraient également bien des réponses à faire, et peut-être les feront-ils.

Il est une autre réflexion qui a dû nécessairement venir à l'esprit du lecteur. Si les moyens ordinaires guérissent si bien les déviations, comment se fait-il qu'elles se soient montrées si rebelles dans les cas que j'ai cités? On ne pense pas sans doute que les médecins soient restés oisifs. Repos, calmant, saignées, cautérisation, etc., tout a été employé pendant des mois, pendant des années, et la maladie a toujours fait des progrès. C'est alors que, pour la plupart, les malades m'ont été adressées. J'en ai vu qui avaient suivi les conseils des hommes les plus habiles; rien n'y avait fait. Par le redresseur, en quelques semaines elles ont été guéries. Comment expliquer ce résultat? et surtout comment a-t-il pu se faire que ce résultat ait été obtenu par un moyen qui aurait dû aggraver toujours le mal s'il n'eût consisté qu'en une inflammation?

Il y a eu des rechutes, je le sais et je l'ai dit. Mais le plus souvent ces rechutes ont prouvé l'efficacité du moyen. Ainsi dans l'observation dix-septième, où M. Depaul ne voit que l'impuissance de la méthode, je vois, au contraire, une preuve éclatante de l'importance de la déviation et de la nécessité de remettre l'utérus en place. Après de longues années de souffrances variées, après des traitements persévérants, l'état de la malade est tel qu'elle ne peut plus vaquer à ses occupations. Après un premier traitement, elle peut s'y livrer pendant plusieurs mois. Puis l'utérus retombe, et il suffit de quelques jours de l'emploi du redresseur (qui, je le répète, devrait aggraver le mal dans la manière de voir de M. Depaul) pour lui rendre momentanément la force et la santé.

Et le fait rapporté par M. Depaul lui-même, qui le tient de M. Perrin, n'est-il pas des plus concluants? Ce n'est sans doute pas une inflammation que le redressement avait fait disparaître si promptement. Est-ce une inflammation qui s'est produite brusquement après deux cents pas faits par la malade? Ne faut-il pas plutôt reconnaître que la déviation causait tous les accidents; que, tant qu'elle a cessé, il y a eu guérison apparente, et que, dès qu'elle s'est reproduite, les accidents ont reparu? Ce fait ne prouve-t-il pas la nécessité de redresser l'utérus par un moyen quelconque? Aujourd'hui, ajoute M. Perrin, la déviation persiste, bien que les douleurs soient notablement moins vives. Peut-on comparer ce résultat incomplet, après un si longtemps, à celui qui aurait été obtenu après quelques jours?

Il m'est donc impossible de penser que je me sois trompé au point d'attribuer à la déviation ce qui est dû à un autre état pathologique. Que cela me soit arrivé quelquefois, surtout au commencement de mes recherches, je l'admettrai volontiers; mais toujours, c'est ce que je ne peux admettre.

D'ailleurs, comment expliquer tant d'essais faits constamment pour redresser l'utérus dévié par des hommes dont M. Depaul est à même plus que personne d'apprécier le mérite et la compétence? Mais je n'insiste pas sur ce point, bien convaincu que c'est un de ceux qui lui attireront le plus de contradicteurs.

Je termine cette note, déjà trop longue, par une remarque qui me paraît importante. M. Depaul avait annoncé qu'il démontrerait que la médecine n'était pas désarmée contre ces affections. Il me semble que cette partie de son programme a été bien incomplétement remplie. Je voudrais :

1° Qu'il formulât d'une manière précise le traitement qu'il emploie contre les divers cas compliqués de déviation (pour lui, en effet, c'est une simple complication, ou plutôt une disposition presque toujours insignifiante), et qui peuvent guérir sans redressement, qu'il en fit connaître les diverses espèces et qu'il nous indiquât les résultats définitifs;

2° Que, dans le petit nombre de cas où il accorde à la déviation une certaine importance, il nous apprît comment il agit à travers les parois de l'abdomen, par le vagin et par le rectum.

Pour moi, je suis tout disposé à suivre ses indications et à faire connaître ensuite ce que j'aurai obtenu; mais avant d'avoir un travail complet sur ces divers points, je ne comprends pas comment on pourrait se prononcer.

Je ne sais ce qui sortira de la discussion; mais si on ne l'aborde pas autrement, je crains qu'elle ne soit un conflit stérile d'opinions très diverses. Je regrette que M. Depaul, dont les travaux sont si avantageusement connus, et dont j'apprécie mieux que personne les consciencieuses recherches sur tout ce qui se rapporte à l'utérus, n'ait pas plus tôt eu la pensée de suivre le traitement par le redresseur, de nous éclairer de ses conseils, de nous avertir quand nous allions trop loin, ce qui arrive toujours au début d'un traitement nouveau; de nous aider enfin à distinguer les cas où il faut agir de ceux où il faut s'abstenir. Je suis certain que nous serions parvenus bien plus promptement à éviter les dangers et à rendre les succès plus assurés. Peut-être, et je le désire vivement, est-ce de cette manière que se termineront ces débats.

Des accidents, et des accidents mortels, sont produits parfois par des moyens habituellement inoffensifs. Les abandonne-t-on pour cela? Non; on apprend, avec le temps, à agir avec plus de prudence et dans des cas mieux déterminés, et il reste un moyen thérapeutique utile, au lieu d'une pénible négation en présence de souffrances qui durent souvent des années. Si on voulait se livrer, comme on le fait ici, à rechercher exactement ce qui se passe à la suite des opérations les plus inoffensives, je ne doute pas un instant qu'on ne finisse par trouver des accidents de ce genre; et, dans l'immense majorité des cas, en se laissant guider par cette considération, on n'oserait rien faire. Il y a quelques années on eut l'heureuse idée de traiter le rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine. Les doses furent d'abord portées trop haut; il y eut des accidents mortels. Renonça-t-on pour cela à ce précieux médicament, qui, quand il n'enlève pas la maladie, la rend du moins infiniment plus supportable? Non; on diminua les doses, on les fractionna; on apprit, en un mot, à manier le remède, et les accidents cessèrent, en laissant la thérapeutique plus riche.

Je n'ajoute plus rien aujourd'hui, et avant de reprendre la plume j'attendrai que la discussion soit terminée. J'aurai sans doute alors à compléter ces explications dans un résumé qui me sera imposé par la position que m'ont faite ces débats, où mon nom a été déjà si souvent prononcé.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la dyspepsie,

Par M. GENDRIN.

La dyspepsie entretient la constipation, détermine des douleurs lombaires, et s'il y a, comme chez les chlorotiques, de la faiblesse du périnée et de l'abdomen, les malades se croient atteintes d'affection utérine. Dans un cas de ce genre, M. Gendrin n'a eu qu'à traiter cette dernière affection pour que tous les autres phénomènes morbides disparussent. La malade a pris chaque jour, pendant un mois, 25 centigrammes de fer divisé, et un julep contenant un gramme de tartrate et de peroxyde de fer. En même temps, pour tonifier les tissus ligamenteux et exercer une action favorable sur l'utérus et ses annexes, on lui donnait tous les jours un bain de siége frais. Sous l'influence de cette médication, la dyspepsie a cédé, et, les selles devenant plus faciles, les douleurs lombaires ont également cessé de se faire sentir.

Mais il est bon nombre de cas dans lesquels la dyspepsie veut être traitée directement. M. Gendrin prescrit alors le bicarbonate de soude à la dose de 2 grammes dans un litre de tisane de chiendent; ou bien il associe le bicarbonate de soude au sous-nitrate de bismuth dans la proportion suivante :

Bicarbonate de soude.	2 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	1 —

Mélangez. A prendre en quatre prises.

C'est particulièrement dans la dyspepsie des hystériques que le sous-nitrate de bismuth agit avec efficacité sur l'état d'hypéresthésie que présentent en pareil cas les organes digestifs. Il calme l'irritabilité exagérée de l'estomac, et prévient la sensation de froid et de malaise général par laquelle elle se traduit après l'ingestion des aliments. C'est un excellent moyen, par conséquent, de faire disparaître une des causes des attaques. Pour obtenir ce résultat, il faut porter, comme nous venons de le voir, la dose du sous-nitrate de bismuth à 1 et 2 grammes pour les vingt-quatre heures. Y a-t-il chez ces malades, indépendamment de la lenteur des digestions, prédominance du suc gastrique se révélant par des éructations acides, M. Gendrin se trouve encore bien d'administrer le sous-nitrate de bismuth; mais le bicarbonate en boisson, la magnésie, la poudre d'yeux d'écrevisse à la dose de 2 grammes, deviennent des médicaments d'autant plus utiles, que non-seulement ils permettent de donner une alimentation plus nourrissante, mais ils rendent tolérables des agents thérapeutiques que l'estomac refusait formellement d'accepter, tels que l'opium, l'éther, le fer, ou toute autre substance indiquée dans le cas dont il s'agit.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

De l'électricité dans le traitement des lésions de la motilité consécutive aux hémorrhagies cérébrales lors même que ces lésions sont fort anciennes.

Par M. L. ALLIER, D.-M.-P.

Une jeune fille de deux ans, après une exposition prolongée au soleil, éprouva une perte de connaissance avec abolition de la motilité dans le côté droit.

Trois mois après le début de la maladie, la paralysie ne s'était dissipée qu'imparfaitement; la malade ne marchait que difficilement et en traînant la jambe. Il existait au poignet, et surtout au pouce et à l'index, une contracture qui entraînait ces organes dans la flexion. La commissure labiale gauche était encore déviée, surtout dans l'action du rire immodéré.

Cette observation est publiée en détail dans le deuxième volume de la *Clinique des hôpitaux des enfants*, 1842.

Aujourd'hui, 1853, onze ans après le début de la maladie, Mlle D... n'a pas laissé que d'acquérir tout le développement physique de son âge. Seulement les membres jadis paralysés sont moins volumineux que ceux du côté opposé.

Les imperfections de la motilité déjà notées ont persisté à un moindre degré. De plus, lorsque la malade veut écrire, tout le poignet est entraîné dans une flexion énergique, et il faut que la tête contribue à soutenir et à suivre les mouvements de la plume pour que les lettres ne soient pas trop péniblement tracées.

C'est dans cet état que Mlle D... fut soumise à l'excitation électrique. Pendant trois mois, tous les muscles affaiblis furent soumis à l'électrisation à l'aide de l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne). Cette *faradisation* ne fut employée que de deux jours l'un, et ne durait guère que dix à douze minutes.

Après cette médication, les membres atrophiés reprirent leur volume ordinaire. Les mouvements, quoique sans énergie, s'exécutent beaucoup mieux, et surtout la malade, en écrivant, n'est plus obligée de demander un auxiliaire à sa tête pour diriger les *mouvements* de sa plume. (*Revue de thérap.*)

De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ulcère perforant de l'estomac.

Par M. le docteur KUECHENMEISTER.

Ce mode de traitement n'est pas à beaucoup près une nouvelle conquête de la thérapeutique, mais la confiance qu'il inspire en général à nos confrères d'outre-Rhin nous engage à emprunter quelques détails à l'article récent du docteur Kuechenmeister. C'est dans le but d'obtenir une action topique sur l'ulcère que le nitrate d'argent est administré à l'intérieur à dose assez considérable, de 2, 3, 4 et même 5 centigrammes en une fois sous forme pilulaire, le médicament ayant pour excipient de la poudre de guimauve ou de gomme. On a soin de donner le nitrate d'argent le matin avant tout repas, après avoir préalablement lavé l'estomac en faisant prendre au malade une certaine quantité d'eau. Lorsque la sécrétion urinaire indique l'absorption de l'eau, on administre la préparation médicamenteuse. Le docteur Kuechenmeister recommande d'éloigner les doses du médicament, auquel on ne devra avoir recours que tous les deux ou trois jours. Il rappelle également toute l'importance d'un régime doux et non irritant dans l'ulcère simple de l'estomac. Le docteur Kuechenmeister a obtenu de ce traitement un avantage marqué chez deux malades qui n'avaient présenté aucune amélioration pendant l'administration des antispasmodiques et des médicaments que l'*école classique* dirige contre les névroses stomacales. (*Wiener Wochenschrift, Gaz. hebd.*)

De l'emploi du torula cerevisiæ (levure de bière) dans le traitement du diabète.

Par M. le docteur W. BIRD HEREPATH.

Dans le seul cas où il l'a essayé, le succès a, dit l'auteur, complètement répondu à ses espérances. Ce fut en janvier 1853. Avant le traitement, l'urine du malade avait une pesanteur spécifique de 1044, et contenait 850 grains de sucre par pinte. Après deux jours de traitement, l'urine ne pesait plus que 1020, et ne contenait que 300 grains de sucre par pinte. Au bout de six semaines de traitement le sucre disparut, l'urine reprit ses caractères normaux, le malade n'accusa aucune douleur et recouvra son embonpoint et sa force ordinaires.

Le produit employé était la levure de bière ordinaire, dont le malade prenait deux ou trois fois par jour une cuillerée à bouche dans du lait.

Dans des circonstances ordinaires, la glucose se convertit, comme on sait, sous l'influence de la levure de bière (à la température de 60 à 70° Fahr.), en alcool et en acide carbonique. Mais si la réaction se produit dans l'obscurité au contact des substances albumineuses et protéiques, comme dans l'estomac (à une température de 98° Fahr.), le produit est alors de l'acide lactique, de l'acide acétique, et peut-être aussi de l'alcool et de l'acide carbonique. (*Ass. med. Journ.* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 mai 1854. — Présidence de M. COMBES.

Recherches expérimentales sur l'influence que la moelle épinière et le bulbe rachidien exercent sur la sensibilité et la motilité. — M. Oré adresse un mémoire sur ce sujet.

Depuis Galien, dit l'auteur, jusqu'à notre époque, la plupart des physiologistes avaient pensé que la moelle épinière exerçait une *action directe* sur la sensibilité et la motilité. Cette doctrine, dont la valeur semblait reposer sur l'observation clinique et sur l'expérimentation, a été fortement ébranlée dans ces derniers temps par les recherches de Van Deen, de Stilling, de M. Brown-Séquart et de quelques autres physiologistes. Poussé à mon tour à étudier au moyen de vivisections les fonctions de la moelle, je me suis attaché avant tout à apprécier l'influence que cet organe exerce sur la transmission des impressions sensitives et sur le mouvement. Considérant, de plus, que le bulbe rachidien se trouve composé des mêmes éléments que la moelle épinière, j'ai fait des expériences pour savoir si cet organe agit sur la sensibilité et quel est son mode d'action. Enfin, pour être complet, j'ai spécialement étudié un point de la structure intime de la moelle; j'ai recherché quelle est la direction des fibres sensitives dans les faisceaux médullaires.

Le défaut d'espace nous empêche de suivre l'auteur dans les expériences nombreuses et variées qu'il rapporte, et, comme en n'en reproduisant que quelques-unes nous ne donnerions pas une idée de son travail, nous devons donc nous borner à en indiquer les résultats en lui empruntant à lui-même les termes dans lesquels il les résume :

1° J'admets, comme M. Brown-Séquart, que la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière est croisée; mais je pense, contrairement à ce physiologiste, que cet effet croisé n'est pas complet. Il existe toujours dans le membre opposé au côté de la moelle divisée une certaine sensibilité qui est due aux fibres sensitives directes.

2° Si l'action produite sur la sensibilité est incomplète, il n'en est pas de même pour celle que produit sur la motilité la section du faisceau antéro-latéral. En effet, après cette section, le mouvement est entièrement aboli dans le même côté.

3° L'électricité est le seul moyen d'excitation qui permette d'observer les effets indiqués précédemment sur la sensibilité quand on agit sur les animaux supérieurs adultes. Tous les autres moyens d'excitation sont impuissants.

4° Le bulbe rachidien exerce comme la moelle une action croisée sur la sensibilité; mais dans le bulbe comme dans la moelle, cette action n'est pas complète. Contrairement à ce que l'on observe pour le mouvement dans la moelle épinière, l'action du bulbe sur cette propriété est croisée. Il existe donc dans le bulbe rachidien des effets croisés pour la sensibilité et pour la motilité. Il est important de noter que ces effets ont été obtenus par la section d'une moitié du bulbe rachidien, en avant de l'entre-croisement des pyramides antérieures.

5° Les fibres sensitives offrent dans la moelle épinière la disposition suivante. Elles forment deux couches; l'une superficielle, l'autre profonde. La couche superficielle est formée par des fibres directes; la couche profonde est formée par des fibres transversales qui s'entre-croisent dans la commissure grise.

6° Les faits pathologiques observés chez l'homme viennent à l'appui des conclusions physiologiques énoncées précédemment, comme le prouvent les observations que je rapporte à la suite de ce mémoire.

Transmission des impressions sensitives de la moelle épinière. — M. Charles Bonaparte présente au nom de M. Schiff (de Francfort) le résumé d'expériences desquelles il résulterait que :

1° La substance blanche des cordons postérieurs de la moelle est sensible, et transmet des impressions sensitives sans le concours de la substance grise;

2° La substance grise transmet des impressions sensitives;

3° La substance grise est insensible.

Cette espèce de fibres nerveuses qui transmettent les impressions sensitives, mais qui ne sont pas sensibles, constitue un ordre nouveau de fibres que l'auteur propose d'appeler *esthésodiques*. Il se propose de prouver plus tard qu'il existe aussi des fibres *kinésodiques*, qui transmettent le mouvement sans être motrices.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 mai 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

Suite du mémoire de M. Richet sur l'anesthésie localisée (1).

Enhardi par ce premier succès, je voulus tenter une expérience plus décisive; j'avais dans mon service un malade auquel je devais pratiquer la désarticulation radio-carpienne, je résolus d'essayer l'éthérisation localisée. Après avoir versé sur la surface du poignet une quantité d'éther considérable, et qui n'était pas moindre de 100 grammes, je pratiquai mon incision dorsale pénétrant ainsi d'emblée jusqu'à l'articulation, que j'ouvris largement et à plein tranchant. Le malade poussa des cris étouffés et se plaignit de ressentir de vives douleurs; néanmoins, et sans beaucoup d'espoir, je versai dans la plaie, au fond de laquelle on distinguait nettement au milieu des tendons fléchisseurs les troncs des nerfs médian et cubital, une abondante quantité d'éther. Quelle ne fut pas ma surprise en l'entendant dire, quelques secondes après, qu'il se sentait soulagé et qu'il ne souffrait plus! Je fis alors renouveler à plusieurs reprises l'irrigation pendant que je cherchais à lier les artères ouvertes, et après deux minutes environ d'attente je procédai à la formation de mon lambeau palmaire. Je fus très satisfait, je l'avoue, de pouvoir achever l'opération sans qu'il parût éprouver de bien vives souffrances. Le pansement fut achevé; et lorsque le lendemain je demandai au malade, qui avait passé une excellente nuit, et dont le moignon était en très bon état, s'il était remis de ses douleurs, il me répondit à plusieurs reprises, parce que je tenais à lui faire bien préciser le sens de ses réponses, qu'il avait bien moins souffert de l'opération que lorsqu'on examinait sa main tous les matins, que d'ailleurs c'était le commencement qui avait été le plus douloureux.

Je ne veux tirer de ces deux observations, dont la première seule offre un résultat satisfaisant, que cette unique induction, à savoir, que le contact de l'éther sur les surfaces traumatiques ne paraît pas déterminer de douleurs; mais je m'empresse de reconnaître qu'elles ne sauraient suffire pour autoriser à prononcer qu'il exerce une action sédative (2). Comme d'ailleurs les phénomènes consécutifs de cicatrisation n'ont rien présenté que de très normal, qu'il n'y a pas eu la moindre réaction, que bien au contraire les phénomènes inflammatoires ont été à peu près nuls dans l'un et l'autre cas, je n'hésiterai pas à renouveler ces tentatives, le cas échéant.

Toujours est-il qu'alors même que l'anesthésie resterait bornée à la peau et à la couche sous-cutanée, l'éthérisation localisée n'en resterait pas moins un précieux bienfait, puisque dans une foule de petites opérations, telles qu'ouvertures d'abcès, ablations de tumeurs sous-cutanées, excisions de végétations, opérations de phimosis et paraphimosis, ponctions, etc., on n'intéresse que les téguments. Et puis, n'est-il pas démontré que dans toutes les opérations l'incision de la peau en est le temps le plus douloureux? Et si, par exemple, on parvenait dans les cas d'amputation, à l'aide d'appareils spéciaux versant circulairement le liquide anesthésiant, si on parvenait, dis-je, à immobiliser complètement les téguments sans paralyser les couches musculaires, dont la section est généralement peu douloureuse, croit-on qu'une telle méthode, exempte de danger pour le malade et d'inquiétude pour le chirurgien, fût à dédaigner? Mais, alors même qu'elle ne donnerait pas d'autres résultats que ceux qu'elle a donnés jusqu'à ce jour, ce ne serait pas une raison pour dédaigner l'éthérisation localisée, quelle que soit d'ailleurs l'idée que l'on se fasse de son mode d'action, et, telle qu'elle est, elle me paraît mériter de prendre déjà rang parmi les moyens utiles.

Avant de terminer, on me permettra de signaler quelques précautions indispensables pour obtenir de bons résultats.

1° J'ai pour mon compte employé successivement le chlorure de gaz oléfiant, puis le chloroforme, et enfin, sur la recommandation de M. Guérard, l'éther sulfurique. Peut-être un autre éther pourrait-il être mis en usage; l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu, se fondant uniquement sur ce que les propriétés anesthésiques tiennent à l'abaissement de température, m'avait proposé l'éther nitreux comme plus volatil, et j'en avais demandé à M. Sonbeiran, qui m'en détourna en me faisant observer que son emploi serait très dangereux. Si je n'ai pas donné suite à cette idée, c'est que j'ai acquis la conviction que c'était bien plus par son action stupéfiante sur le système nerveux que par réfrigération qu'agissait l'éther sulfurique. Je ne serais pas éloigné, toutefois, d'essayer l'éther chlorhydrique d'après les indications de M. le professeur Grisolle. Peut-être un jour trouvera-t-on un liquide plus énergique dans son action. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que quelques-uns de nos confrères ont retiré du chloroforme appliqué à la surface de la peau de précieux avantages pour calmer des douleurs névralgiques? et moi-même j'ai eu beaucoup à m'en louer; mais je crois que l'action irritante qu'il exerce sur la peau et qui va souvent, chez certaines personnes, jusqu'à la vésication, devra éloigner de son emploi dans les cas où il s'agit d'obtenir sur la peau saine un effet anesthésique. M. Hardy, il est vrai, puis en France M. Moissenet, ont obtenu des succès incontestables de la projection de vapeurs chloroformées pour calmer des douleurs intolérables, et n'ont point constaté d'irritation; mais il faut remarquer que, d'une part, il s'agissait de vapeurs de chloroforme et non de chloroforme liquide, et que, d'autre part, ils ont agi sur des surfaces ulcérées. Or il est permis de penser que, s'ils eussent employé du chloroforme liquide, ils auraient provoqué une irritation plus ou moins vive, et que, d'autre part, si les extrémités nerveuses qui étaient à découvert, et sur lesquelles les vapeurs anesthésiques arrivaient directement, eussent été cachées sous une surface épidermique, ils auraient obtenu peut-être des succès moins complets. Si, en effet, l'épiderme se laisse imbiber et traverser par les liquides, il est bien moins perméable aux gaz. C'est au moins ce que sembleraient démontrer les insuccès éprouvés dans les cas où on a exposé aux vapeurs de chloroforme, même chauffées, comme l'a dernièrement recommandé M. Figuiers, des parties recouvertes de leur épiderme. Peut-être alors faudrait-il dénuder préalablement la peau par une vésication.

L'éther jusqu'ici semble donc le liquide le mieux approprié, il n'irrite point la peau par son contact; appliqué sur les surfaces traumatiques, il n'occasionne point de douleurs, et, de plus, il ne m'a jamais semblé déterminer le plus léger phénomène de réaction, ce qu'en peut reprocher à l'emploi des réfrigérants par le procédé d'Arnolt.

2° J'ai dit précédemment que la volatilisation rapide de l'éther ne me semblait point indispensable au succès; il en résulte que, si l'on n'a pas à sa disposition l'appareil ingénieux inventé par M. Guérard et exécuté par M. Mathieu, on peut se servir avec succès soit d'un simple soufflet, soit même, à son défaut, employer la ventilation à l'aide d'une feuille de carton en guise d'éventail, ou plus simplement encore de l'expiration.

3° L'éther doit être pris pour ne point provoquer d'irritation; il faut le verser lentement, goutte à goutte et lorsqu'on veut insensibiliser seulement la peau; il n'est pas nécessaire de prolonger l'irrigation au delà de *trois minutes;*

4° Pendant tout le temps que dure l'irrigation, il faut avoir soin de frictionner la partie sur laquelle doit porter l'incision, et cela non-seulement pour tâter la sensibilité et faire pénétrer l'éther, mais encore pour cacher au malade le moment où l'opération va commencer. Faute de cette petite ruse, on peut être induit en erreur sur le résultat; car le malade, qui n'a pas perdu complétement la sensation tactile dans les parties profondes, sachant qu'une incision va lui être pratiquée, pousse souvent un cri instinctif au moment où il suppose que va pénétrer l'instrument.

5° Enfin, j'ai remarqué que, l'anesthésie étant d'autant plus rapide et complète que l'épiderme est moins épaissi, il importait préalablement à l'éthérisation de nettoyer les abords de la partie sur laquelle on veut agir de tout ce qui pourrait retarder la pénétration du liquide et rendre son contact avec les papilles moins immédiat.

Je ne me fais point illusion sur la portée des faits que j'ai soumis à votre appréciation; ils sont trop peu nombreux pour entraîner la conviction, mais ils sont suffisants pour attirer l'attention; je reconnais d'ailleurs que cette question de l'anesthésie localisée, née d'hier, serait susceptible de bien d'autres développements sans doute; pour moi, j'ai dû me contenter de mettre en relief quelques-uns des points principaux, et, si j'ai plus particulièrement insisté sur celui qui a rapport au mode d'action des anesthésiques sur les expansions périphériques du système nerveux, c'est que je suis bien convaincu qu'un fait vrai, mais incompris, et dont il n'a été donné qu'une fausse interprétation, n'est pas susceptible de germer et de porter des fruits.

Mon but d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit en commençant, a été surtout de provoquer au sein de la Société de chirurgie une discussion où chacun apporterait le tribut de son expérience, et je m'estimerais heureux d'avoir réussi.

— A la suite de cette lecture, s'engage la discussion suivante :

M. ROBERT félicite tout d'abord M. Richet de l'intéressante communication qu'il a faite à la Société. Il relève seulement un fait relatif à l'historique de l'anesthésie locale. Il pense que c'est à Ambroise Paré que doit être attribué l'honneur des premiers préceptes formulés en vue de détruire la sensibilité pendant les amputations. Ainsi, dans les ligatures qu'il appliquait circulairement sur les membres avant l'opération, il n'avait pas seulement en vue de combattre les hémorrhagies, mais encore il pensait par ce moyen *prohiber la douleur.*

Quant à l'action sédative de l'éther sur les plaies, elle a été signalée par M. J. Roux.

Entrant ensuite dans la discussion du travail, M. Robert, signalant l'opinion de M. Richet qui attribue l'insensibilité à l'imbibition de l'éther qui anesthésie les papilles nerveuses, rappelle que M. Guérard rapporte l'insensibilité à la réfrigération produite par la volatilisation

(1) Voir les numéros des 27 mai et 3 juin.

(2) On pourra voir dans la discussion qui a suivi la lecture de ce mémoire que M. le professeur J. Roux (de Toulon), dans un mémoire lu à la Société de chirurgie, avait obtenu déjà des résultats identiques à ceux que je mentionne, et dont je regrette bien vivement de n'avoir pas eu connaissance.

de l'éther, et il paraîtrait que ce mode d'action aurait une influence réelle, puisque M. Richet a soin d'activer la volatilisation de cet agent. Si l'effet produit était vraiment dû à la simple imbibition des tissus, pourquoi ne pas maintenir l'éther sur place sans le faire s'évaporer?

En terminant, M. Robert, tout en signalant l'action restreinte de l'éther à la couche superficielle des tissus, pense cependant que l'anesthésie locale pourra dans un bon nombre de cas rendre de véritables services.

M. Richet persiste à considérer Thomas Moor comme le premier auteur ayant donné et spécifié des préceptes pour produire l'insensibilité par l'application des ligatures. On trouve ces préceptes à l'article *Douleur* de l'*Encyclopédie*. Le tourniquet était appliqué de façon à comprimer spécialement les principaux troncs nerveux.

Quant à la théorie du mode d'action de l'éther, M. Richet ajoute qu'il avait si bien senti l'apparente contradiction qui pouvait exister entre le procédé d'application qu'il mettait en usage et l'explication par lui admise qu'il avait eu soin de dire que la vaporisation rapide de l'éther pouvait activer le résultat. Mais il n'est pas moins vrai que l'anesthésie peut être obtenue sans qu'on fasse évaporer l'éther. Du reste en lisant son travail M. Richet a eu en vue de provoquer sur cet important sujet une discussion pratique à laquelle prendraient part tous ceux de ses collègues qui avaient déjà une expérience personnelle suffisante pour l'éclairer.

M. Broca, répondant à cet appel, communique le résultat de ses expériences. *Je crois*, dit M. Broca, que l'insensibilité est bien le résultat de la réfrigération.

Ainsi, il y a quelques mois, j'ai voulu opérer à Lourcine une malade que M. Gosselin a eu l'occasion de voir plusieurs fois. Cette femme avait des végétations syphilitiques à la vulve. On avait à plusieurs reprises voulu appliquer l'anesthésie générale, mais sans pouvoir y réussir; j'essayai de l'anesthésie locale sans plus de succès.

Voulant expérimenter sur moi-même, j'exposai ma main entière à l'évaporation de l'éther et du chloroforme dans un vase clos; voulant même activer la volatilisation du liquide, j'appliquai le bocal audessus d'un vase rempli d'eau bouillante: je n'obtins aucune atténuation de la sensibilité.

Dernièrement, devant traiter d'un abcès à la marge de l'anus un malade qui connaissait les expériences de M. Hardy, je voulus, suivant le désir de ce malade, me servir de l'appareil de M. Mathieu pour rendre insensible le siége de l'abcès. Le malade considéra comme bien plus douloureuses que l'action du bistouri les sensations déterminées par la volatilisation de l'éther, et après quelques instants de douleurs très vives il ne voulut pas continuer, comparant ce qu'il ressentait à la douleur que produiraient des piqûres faites par un millier d'épingles.

Quelques jours après, ayant dû ouvrir un nouvel abcès sur ce même malade, j'employai la réfrigération par la glace; le résultat fut merveilleux.

En résumé, de ces faits et de plusieurs autres que j'ai pu observer, je me crois fondé à admettre que l'insensibilité n'est due, lorsqu'on la produit avec l'éther, qu'à la réfrigération déterminée par la volatilisation de cet agent.

M. Gosselin. J'ai entendu avec un vif intérêt le travail de M. Richet; les faits qu'il nous communique sont bien faits pour modifier mon opinion sur l'anesthésie locale, qui jusqu'à présent ne m'avait donné de bons résultats que dans des cas spéciaux.

Ainsi, lorsque la peau est malade, enflammée, douloureuse, alors on obtient un effet réel. Dans certains cancers utérins douloureux, j'ai également employé les vapeurs d'éther, et je dois reconnaître qu'il y a eu en effet sédation des douleurs. Mais il faut ajouter que le bénéfice que l'on obtient ainsi n'est que temporaire, et qu'après un nombre d'applications assez restreint on n'obtient plus rien.

Quand j'ai essayé l'anesthésie locale sur des surfaces saines afin de rendre non douloureuse une opération, la sensibilité est restée la même, et l'immersion prolongée des parties au milieu d'une atmosphère chargée de vapeurs anesthésiques n'avait pas plus d'action.

Je me suis servi de l'appareil de M. Figuier dans plusieurs cas; il ne m'a donné non plus aucun résultat.

En résumé, j'ai renoncé, dans les cas d'opération, à l'anesthésie locale; mais j'ai reconnu que dans les cas de maladies ayant envahi la peau et s'accompagnant de vives douleurs, on peut obtenir une modification avantageuse de la sensibilité. C'est surtout sur les organes génitaux que j'ai employé l'anesthésie locale. Du reste, je suis bien convaincu de l'influence que la crainte peut exercer sur les malades, et il ne faut pas trop rigoureusement conclure, en s'appuyant sur les impressions que paraissent éprouver les opérés; ils peuvent les grandement exagérer.

M. Desormeaux a fait quelques expériences sur la suppression de la sensibilité à l'aide du froid. Ainsi, sur une femme affectée de végétations de la vulve, le mélange réfrigérant ayant été maintenu en contact sur les parties malades pendant dix minutes, il put opérer sans déterminer la moindre douleur. L'état anesthésique se prolongea pendant quatre minutes et demie.

Il n'a pas eu les mêmes succès avec le chloroforme, en se servant de l'appareil de M. Charrière. Il a voulu opérer un phimosis; malgré une insistance de trente minutes, la sensibilité est restée aussi vive. Dans des expériences entreprises sur lui-même, il a également échoué. Il s'en tiendrait donc à l'emploi de la glace comme moyen anesthésique. Seulement, on ne peut s'abstenir de signaler l'influence qu'exerce sur les tissus le mélange réfrigérant; il est à craindre que cette modification ne puisse exercer une action sur les suites des opérations.

M. Forget est frappé du merveilleux effet que suivant M. Richet on obtiendrait par l'emploi des anesthésiques appliqués localement. Ainsi, on parviendrait à frapper d'insensibilité les dernières ramifications nerveuses, tandis que le tronc nerveux principal n'aurait subi aucune atténuation dans ses fonctions. En présence d'un tel résultat, il ne faut cependant pas trop se hâter de conclure. Ainsi, parmi les faits cités par M. Richet, on voit qu'il s'agit de quelques cas d'opérations pratiquées sur la face. Ne peut-on pas admettre alors que les vapeurs anesthésiques si subtiles, si puissantes, qui ont pu être absorbées pendant l'inspiration, de telle sorte qu'il y aurait plutôt atténuation de la sensibilité par le fait d'un commencement d'anesthésie générale?

M. Forget, disposé à admettre que la réfrigération est la cause de l'atténuation de la sensibilité, signale à l'appui de cette appréciation la supériorité de l'éther comme agent d'anesthésie locale, tandis qu'il est de notoriété que le chloroforme agirait plus puissamment quand on a recours aux inhalations. Ne doit-on pas attribuer cette action plus marquée de l'éther dans l'anesthésie locale à son extrême volatilisation, de telle sorte qu'il devrait être considéré surtout comme agent réfrigérant?

M. Morel-Lavallée. En accordant à M. Richet que l'anesthésie locale dût toujours réussir au moyen de l'éther, je ne vois pas encore les motifs qui devraient le faire adopter à l'exclusion de la glace, qu'il est toujours facile de se procurer. Mais, du reste, je n'admets pas que l'on réussisse toujours avec l'éther, et dans des expériences analogues à celles que nous a rapportées M. Broca, je n'ai eu aucun succès. J'ai pu laisser toute une nuit mon doigt exposé à des vapeurs d'éther, et plongeant même en partie dans ce liquide, sans émousser en rien la sensibilité.

Si on parvient à produire un certain degré d'anesthésie, je pense, comme M. Guérard, qu'il faut la rapporter à la réfrigération, et j'avoue ne pas comprendre comment, ainsi que le prétend M. Richet pour appuyer sa théorie, l'évaporation du liquide peut favoriser l'absorption.

En résumé, l'action de l'éther me paraît être analogue à celle du froid, et je suis disposé à préférer la glace, sans vouloir prétendre que même avec le mélange réfrigérant on puisse éteindre complétement la sensibilité. Ainsi, sur moi-même, l'application de la glace, prolongée pendant plus de dix minutes, n'a pu parvenir à produire l'anesthésie complète.

M. Follin. Ce qui ressort de la discussion, c'est l'inégalité flagrante des résultats obtenus par l'éther. La glace, au contraire, a réussi constamment. On a seulement reproché avec raison au mélange réfrigérant d'altérer les tissus; mais il est facile de parer à cet inconvénient en n'employant le froid qu'à un degré moindre, tel qu'à 1 ou 2 degrés au-dessous de zéro. On devra se servir, pour appliquer la glace sur les parties que l'on veut anesthésier, d'un linge imperméable, pour que le liquide ne filtre pas et n'inonde pas les parties voisines.

M. Larrey a essayé l'anesthésie locale pour combattre des douleurs excessives développées sur le moignon d'un amputé. Le malade dont il est question avait été amputé de la cuisse pour une affection cancéreuse, et la récidive du cancer déterminait cette explosion douloureuse.

Les deux premières applications calmèrent le malade momentanément; mais ensuite elles furent sans résultat.

Chez un malade sur lequel je voulais faire la circoncision, ajoute M. Larrey, après avoir constaté l'extrême sensibilité des tissus, je tentai, à l'aide de l'appareil de M. Mathieu, de produire l'anesthésie locale. Je diminuai évidemment la sensibilité, mais je ne la supprimai pas. Peut-être, il est vrai, ai-je opéré trop promptement.

Du reste je crois, comme beaucoup de nos collègues, que l'anesthésie est due à la réfrigération; et le mélange réfrigérant m'a toujours réussi; seulement il me paraît avoir de véritables inconvénients; on les a signalés déjà.

Le mémoire de M. Richet met en discussion cet important sujet; il mérite de nous occuper. J'engage notre confrère à ne pas manquer de mettre dans son travail un fait récent dans lequel il n'a rien pu obtenir. Il s'agit d'une amputation du doigt médius.

M. Richet répond que ce fait sera consigné avec les autres qu'il a recueillis, et il demande, pour répondre aux objections qui lui ont été faites, que la discussion soit renvoyée à une prochaine séance.

Cette proposition est adoptée.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a tenu sa séance publique le 16 mai, en présence d'un concours nombreux d'auditeurs, parmi lesquels on remarquait, siégeant au bureau, M. Vallés, adjoint au maire, et M. Vincent de Gourgas, recteur de l'Académie.

En l'absence de M. Perpère, qu'un deuil de famille tient éloigné de la Société, M. Fourquet, vice-président, a ouvert la séance par un discours « sur l'importance de l'étude des constitutions atmosphériques au point de vue de l'hygiène et du traitement des maladies. » Les pensées sages et pratiques de l'orateur ont été bien accueillies.

M. Dassier, secrétaire général, a présenté ensuite l'exposé rapide, mais complet, des travaux de la Compagnie pendant l'année académique. Il a lu en finissant une notice nécrologique sur M. Audouy. L'auditoire a écouté l'orateur avec une faveur soutenue.

La Société avait reçu huit mémoires, la plupart fort étendus, pour le concours de l'année, dont le sujet était:

« Du diagnostic différentiel des ulcérations du col de l'utérus et de » leur traitement. »

La commission nommée pour juger ces travaux, après un long et consciencieux examen, n'en avait trouvé aucun auquel le prix pût être décerné; mais, appréciant le mérite relatif de plusieurs d'entre eux, elle avait proposé d'accorder diverses récompenses à leurs auteurs. Organe de cette commission, M. Laforgue a lu un résumé succinct de son rapport remarquable, dont les conclusions avaient été adoptées par la Société dans sa séance du 20 avril.

Après cette lecture, qui a vivement intéressé l'auditoire, au milieu duquel se trouvaient quelques lauréats de cette lutte académique, M. le secrétaire général a proclamé les noms des concurrents dont les travaux avaient été distingués: M. le docteur Batut (de Toulouse) a obtenu la première médaille d'or; M. le docteur Mascarel (de Châtellerault) la seconde; M. le docteur Rey (de Grenoble) la troisième.

MM. les docteurs Astrié (de Carcassonne), Puel (de Metz) et Ripoll (de Toulouse) ont obtenu dans le même concours une mention honorable.

Indépendamment de ces récompenses, la Société a accordé pour des travaux particuliers une mention honorable à M. Sere, médecin à Muret.

Elle a nommé:

A une place d'associé honoraire, vacante par le décès de M. le professeur Roux, M. Bégin, président du conseil de santé des armées à Paris;

Membres résidents: MM. le docteur Despaignol et Timbal-Lagrave, pharmacien;

Membres correspondants: MM. Affre, à Biarritz; Bonafos-Lazerme, à Perpignan; Rey, à Grenoble; Batut et Ripoll, à Toulouse.

La Société rappelle qu'elle a proposé pour sujet de prix à décerner en 1855 la question suivante:

« Indiquer la marche que doit suivre l'expert chimiste quand il est » appelé à constater après la mort l'empoisonnement par le phosphore. »

Le prix est de 300 fr.

Elle propose, pour sujet du prix à décerner en 1856, la question suivante:

« De la glucosurie, de son siége, de sa nature, de ses causes, de » son traitement. »

Le prix est de 300 fr.

Les mémoires concernant les grands prix devront être adressés *franco* et dans les formes académiques, avant le 1er janvier de chaque année, à M. le docteur Augustin Dassier, secrétaire général de la Société, à Toulouse. (*Journal de méd. de Toulouse.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le docteur Baumers, membre de la Société de médecine, ancien chef de la clinique d'accouchements, a été nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la suite du concours ouvert le 8 mai dernier. D'après un arrêté, pris à l'unanimité par le conseil d'administration dans la séance du 19 juillet 1848, et d'après l'avis préalable des anciens chirurgiens majors, la durée du séjour des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu dans cet hôpital a été fixée à 18 ans au lieu de 12. Conformément à cette mesure, qui sera appliquée à MM. Barrier et Desgranges, M. Baumers entrera en fonctions comme aide-major le 1er janvier 1856; comme chirurgien major en 1862; comme chirurgien titulaire externe en 1868. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— On sait qu'une clinique d'ophthalmologie a été récemment créée à la Faculté de Strasbourg, et confiée à M. Stœber. La *Gazette médicale de Strasbourg* fait connaître les heureux résultats de la nouvelle chaire:

« La clinique ophthalmologique de notre Faculté, dit-elle, ouverte le 1er avril, a bien inauguré son premier mois d'existence. Les opérations suivantes y ont été pratiquées pendant le mois d'avril: 8 opérations de cataracte, 2 opérations de pupille artificielle, 2 opérations de strabisme, 1 opération de fistule lacrymale par la destruction du sac, 1 opération de ptérygion, 1 extirpation d'une tumeur palpébrale, 1 extirpation d'une tumeur de la conjonctive. »

— La qualité du lait est, de la part de l'administration, l'objet d'une surveillance spéciale. Cette surveillance ne comprend pas seulement Paris et la banlieue, elle s'étend encore sur les pays d'où le lait s'expédie chaque jour.

Des mesures d'ensemble prises récemment ont eu pour résultat de faire condamner par les tribunaux correctionnels treize fermiers à des amendes de 100 fr. et au-dessous, et un autre cultivateur à huit jours d'emprisonnement pour envoi de lait mélangé d'eau.

Le lait qu'on suppose allongé est examiné chez les débitants de Paris, et surtout au départ et à l'arrivée des expéditions par chemins de fer, et la loi du 27 mars 1851 frappe de peines rigoureuses les auteurs de la fraude.

— La Société fondée à Lyon pour faire valoir les droits des animaux à la protection et aux bons traitements de la part des hommes vient de révéler son existence par la publication de ses statuts. Le premier article indique que l'objet de la nouvelle compagnie est d'améliorer par tous les moyens en son pouvoir le sort des animaux, dans une pensée de justice, de morale, d'économie bien entendue et d'hygiène publique.

Parmi les membres de la commission administrative, nous avons remarqué les noms de plusieurs de nos confrères: MM. de Polinière, Gubian, Lortet, Hénon, Jourdan et Fraisse. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— L'Académie impériale de Milan (*Imperiale regio Instituto Lombardo di scienze, lettere ed arti*) avait mis au concours la question suivante:

« Des causes des maladies asthmatiques par rapport à leur fréquence statistique. »

Elle vient d'accorder le prix de 1,800 livres au mémoire écrit en français de M. Joseph Berghson, médecin distingué à Berlin.

L'auteur du mémoire a déjà obtenu, en 1848, un prix analogue de l'Académie royale de Gœttingue (*Ueber das Krampfhafte Asthma*, publié en 1849).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur les Eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie, par le docteur J.-F. Payen, avec carte et vue. — A Paris, chez Jannet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement, Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; par le docteur A. Foucart, lauréat (médaille d'or) et ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Légion d'honneur, secrétaire général de la Société de médecine pratique. Un volume in-8°. Prix, 6 fr. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

La Seuss

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

Paris, le 7 juin 1854.

Séances des Académies.

M. Malgaigne a la parole abondante et facile ; mais quelque plaisir qu'on ait à l'entendre, nous ne pouvons nous empêcher d'approuver la remarque faite par M. Cazeaux. Pour peu que les orateurs inscrits aient à s'étendre aussi longuement, la discussion n'aura pas de fin. Il est vrai que la séance d'aujourd'hui s'est trouvée écourtée encore, non-seulement par la lecture de la correspondance, mais par deux rapports officiels, et que, d'ailleurs, malgré quelques réclamations, la séance a été levée à cinq heures moins un quart, de sorte qu'il n'y a eu en réalité qu'une heure consacrée à la discussion et occupée par M. Malgaigne.

Mais, comme l'a dit M. le président, il est peu de séances où quelque rapport officiel ne se présente et ne doive être entendu ; la correspondance ne peut être renvoyée. Il reste un seul moyen, c'est de prolonger les séances et de décider les membres à différer d'une heure leur dîner. L'auditoire y consentira aisément, et nous croirions faire injure à MM. les académiciens en admettant que leur gaster se refusât à un acte pareil de complaisance.

Quoi qu'il en soit, le compte rendu du discours de M. Malgaigne, que nous ne pouvons terminer aujourd'hui, nous prend de la place, et nous sommes forcé d'en abréger l'appréciation.

L'orateur veut, avec raison, que l'on tienne compte des causes diverses et nombreuses des déviations et du gonflement du col utérin. Ce gonflement et ce déplacement peuvent exister sans provoquer de douleur ; les douleurs éprouvées peuvent être de nature purement nerveuse ; et l'amélioration instantanée qui s'est présentée dans certains cas, à lui et à d'autres praticiens, par l'introduction seule de la tige, lui fait désirer qu'on ne *jette pas à terre* ou par les *fenêtres* un moyen qui peut ne pas être sans utilité. Mais si M. Malgaigne admet que l'on puisse consentir à l'introduction momentanée du pessaire intra-utérin, il en repousse entièrement l'emploi prolongé, qu'il regarde comme dangereux.

Il s'ensuit que, la tige ayant quelquefois, par sa seule introduction, calmé ou déplacé une douleur nerveuse, on ne doit pas la rejeter entièrement. Tout en approuvant cette restriction capitale, nous ne voyons pas pourquoi, au lieu de ce moyen antinévralgique, qui, même appliqué avec cette prudence, ne nous paraît pas tout à fait inoffensif, on n'aurait pas recours de préférence à d'autres révulsifs innocents, tels que la cautérisation de l'oreille ou un coup de ciseaux dans le lobule, ou même, ce qui est plus grave, sur le col utérin, comme M. Malgaigne l'a fait avec succès. Si la cautérisation auriculaire a réussi contre les névralgies sciatiques, nous ne voyons pas pourquoi elle ne compterait pas quelques succès contre les névralgies utérines. On voit par là de quelle importance est le redressement utérin, pour ceux même qui n'en rejettent pas tout à fait l'emploi !

Deux rapports officiels de M. Henry sur des eaux minérales et une présentation de malade par M. Maisonneuve ont rempli le reste de la séance.

Nous ne dirons rien des rapports qui ont été adoptés sans discussion ; mais nous ne pouvons nous empêcher de fixer l'attention sur le nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie inguinale exécuté avec succès par l'habile chirurgien de Cochin. Ce procédé ingénieux et hardi nous semble destiné à produire une vive sensation dans le monde chirurgical. Si d'autres succès viennent confirmer ce premier essai, et si de graves accidents ne sont pas la suite d'autres tentatives, la thérapeutique des hernies aura fait un grand pas, et la cure radicale de cette déplorable infirmité cessera peut-être d'être un problème à près insoluble.

Outre le mémoire important de M. Baudens sur l'emploi de la glace dans les hernies étranglées, que nous publions intégralement, la séance de l'Académie des sciences a présenté un mémoire sur les fractures chez les enfants, communiqué par un jeune confrère fort distingué, M. Blaizeau. Le but principal que l'auteur a mis en évidence est l'allongement, dans le jeune âge, de tous les os fracturés avec déplacement. Les conclusions que nous publions donnent une idée suffisante de ce travail.

Enfin, M. E. Baudement a communiqué des recherches qui ne manquent pas d'intérêt sur la valeur nutritive de plusieurs variétés de betteraves. Il a expérimenté sur six variétés, dont les vertus lui ont paru à peu près égales. Cependant, suivant lui, la variété *globe rouge* est plus alimentaire que les autres, et la variété *Silésie* l'est moins. — F. Fabre.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Nonat.

Observation d'albuminurie compliquée d'angine phlegmoneuse. Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. M. Mestivier.)

Le 10 mai 1854, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul, n° 22, le nommé Giraud, âgé de cinquante-huit ans, corroyeur. Sa profession l'expose à travailler dans l'humidité. Il a, du reste, une vie très réglée, et sa santé antérieure a toujours été bonne. Constitution assez forte.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, cet homme voit se développer un œdème qui occupe d'abord les mains et les pieds. Le gonflement envahit ensuite successivement les jambes, les cuisses et les avant-bras. Il augmente peu à peu, mais se borne aux parties que nous venons d'indiquer. Le ventre ne devient pas gros ; la face, pas même le dessous des yeux, ne sont bouffis. Ce premier phénomène n'est accompagné d'aucune douleur. Le malade ne lui reconnaît aucune cause appréciable. Pas d'hérédité.

L'appétit est conservé. Pas de toux. La peau est fraîche. Peut-être est-elle un peu pâle, ainsi que les muqueuses ; mais ce symptôme est très peu sensible. Pas de fièvre bien forte. Le pouls marque 72 pulsations ; il est régulier. Température à 38°.

Interrogé sur l'état de ses urines, le malade raconte que depuis assez longtemps il urine difficilement, très souvent et très peu chaque fois. Les urines sont plus pâles qu'à l'état normal. Du reste, pas de douleurs dans la région des reins. Une pression forte n'y en développe même pas. Très peu d'amaigrissement. Aucun trouble dans la vision.

L'urine, traitée par l'acide nitrique, laisse déposer un précipité blanchâtre. Ce dépôt est assez abondant. Quand on verse un excès d'acide dans les urines, elles prennent une coloration rosée. M. Nonat fait remarquer que cette coloration est un bon signe.

Le 10 mai, jour de l'entrée, on pratique une saignée de 250 grammes. — Diète ; gomme sucrée ; chiendent ; repos au lit.

Le 11 mai, en examinant la saignée faite hier, on trouve que le caillot est très petit. Le sérum est abondant, très trouble, d'un aspect laiteux, comme celui d'un sang dans lequel la fibrine ne serait pas organisée.

On met dans un tube gradué :

90 parties d'urine ;
10 — d'acide nitrique.

Au bout de quelques heures, toute l'albumine s'est déposée. On trouve qu'il y en a 2 parties 1/2. Même état qu'hier. Pas de fièvre. — Même prescription.

Le 12 mai, même état. On donne au malade un peu de vin ; une portion. On ne trouve que 2 parties d'albumine dans les urines.

Les 13 et 14, le malade se sent bien mieux ; les jambes sont moins gonflées. Pas de fièvre. Température à 38°.

Le 15, les urines sont beaucoup plus abondantes qu'elles n'ont jamais été. Il n'y a presque plus d'enflure aux jambes et aux bras. Appétit. — Une portion ; vin de Bagnols.

Le 16, le malade se plaint d'une céphalalgie assez intense. Un peu de diarrhée. Les urines, traitées de la même manière, ne contiennent plus d'albumine.

Cet état d'amélioration dans la maladie continue les jours suivants. Le malade se sent de plus en plus fort. Les urines sont très abondantes et ne donnent rien à l'acide nitrique.

Le 20, à la visite du matin, le malade se plaint d'une difficulté d'avaler et d'une douleur dans la gorge. Il soutient n'avoir fait aucune imprudence, ne pas s'être levé, n'avoir rien bu d'extraordinaire qu'un petit carafon d'eau rougie. Cependant il a une angine très intense qui s'est développée depuis hier soir.

Le voile du palais, les amygdales, surtout celle du côté gauche, sont très rouges. La luette est très rouge aussi. Elle est gonflée, et présente une disposition assez curieuse pour qu'elle soit indiquée. Son extrémité est grosse, bifide, et tient au voile du palais par une partie plus étroite, qui ressemble à une espèce de pédicule. En même temps l'enflure aux jambes reparaît. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est l'état des urines. Hier elles étaient très abondantes et très claires ; aujourd'hui elles ont beaucoup diminué de quantité. De plus, leur couleur n'est plus la même. Elles sont noires, d'une couleur que M. Nonat compare à celle du brou de noix. Au fond du vase qui contient cette urine noirâtre, on voit un dépôt blanchâtre qui tranche sur la couleur du liquide. L'acide nitrique fait reconnaître de l'albumine en quantité.

Dans le tube gradué, pour

90 parties d'urine
et 10 — d'acide,

on trouve 25 parties d'albumine. (La veille il n'y en avait pas une trace.)

En même temps il y a de la fièvre ; le pouls est à 80 pulsations. La température = 40° 1/2. — Diète ; ventouses scarifiées sur la région des reins ; repos absolu ; gargarisme adoucissant.

Le 21 mai, à peu près le même état qu'hier. Le malade se plaint toujours de la gorge. La luette est toujours rouge ; elle descend très bas sur la base de la langue, ce qui provoque des mouvements de déglutition très douloureux. Les urines ont toujours la même couleur ; cependant elle est un peu moins intense, et on n'y trouve que 15 parties d'albumine. Quand on verse un excès d'acide nitrique, on ne reproduit pas la coloration rosée qui existait au commencement.

Dans la journée, le malade se plaint de plus en plus de ne pouvoir avaler. Vers six heures du soir, des accidents de suffocation se déclarent. L'interne de garde appelé fait immédiatement appliquer des sinapismes aux extrémités et administrer un vomitif. Ces moyens semblent d'abord enrayer les accidents ; mais au bout de quelques heures ils reviennent avec plus de force. La face devient rouge ; le malade a des espèces de convulsions, il se cramponne avec force à la barre de son lit et se soulève comme font les asthmatiques dans certains cas. La voix ne s'altère pourtant pas ; mais vers cinq heures du matin (le 22 mai), il succombe asphyxié.

Les matières rendues par le vomissement sont liquides et peu abondantes. Au fond du vase qui les contient, on remarque de petites masses blanchâtres, visqueuses, tenant au fond du vase. A leur surface, on voit une multitude de petites granulations grisâtres semblables à des grains de semoule ou plutôt à des grains de sable ; pressées entre la pulpe des doigts, elles ne craquent cependant pas comme ferait du sable.

A l'autopsie, on trouve les veines du cou gorgées d'un sang noir et épais. Le voile du palais, l'arrière-gorge et les amygdales sont très rouges. L'épiglotte et les replis arythéno-épiglottiques sont très épaissis, boursouflés et contiennent du pus à l'état d'infiltration. Tout le larynx est œdématié ; ses parois sont épaissies et contiennent du pus infiltré. L'ouverture de la glotte est excessivement resserrée par le gonflement des lèvres de la glotte. Toutes les marques d'une véritable angine phlegmoneuse existent enfin. Aucune fausse membrane. Rien dans la trachée qu'une injection assez vive. Dans l'intérieur du larynx, on trouve une injection par petites plaques rougeâtres. Il y a du mucus dans les tuyaux bronchiques.

Rien au cœur.

Les reins sont augmentés de volume. Cette augmentation porte surtout sur le rein gauche, qui est le plus malade. Celui-ci est plus gros que le droit, beaucoup plus allongé ; il est plus pesant aussi. La capsule sus-rénale s'enlève avec la plus grande facilité. La capsule du rein offre quelques points opalins, mais elle s'enlève facilement, et dans les points qui sont un peu plus blancs il n'y a pas d'adhérences de la substance corticale. La coupe de l'organe est couleur lie de vin. Il y a une injection assez vive. Cette injection porte principalement sur la substance mamelonnée, qui est un peu hypertrophiée, mais à un très faible degré, et qui se détache parfaitement sur la substance corticale, plus pâle et plus anémiée ; cette pâleur de la substance corticale disparaît au bout de quelques moments. Rien dans les bassinets et les calices. L'altération est encore bien plus faible dans le rein droit, où on ne peut noter qu'une légère injection.

Dans la vessie, on ne trouve qu'un peu d'urine ayant la même couleur à peu près que celle qui était rendue le dernier jour.

En un mot, il existait le premier degré de la néphrite albumineuse.

Cette observation nous paraît importante à plusieurs titres :

1° Il faut noter cette recrudescence rapide de la maladie sous l'influence de l'angine. Ce phénomène a été observé quelquefois dans la néphrite albumineuse. Même quand la néphrite était en voie de guérison, s'il survenait une maladie inflammatoire, aussitôt on remarquait que l'albumine se montrait de nouveau et en beau-

coup plus grande quantité dans les urines. M. Nonat nous a assuré avoir réuni un grand nombre de ces faits. Celui que nous rapportons est venu confirmer d'une manière qui ne laisse aucun doute cette observation.

2° Nous nous sommes demandé si cet œdème de la glotte était de même nature que l'anasarque générale qui se montre dans l'albuminurie à la suite de la néphrite. Evidemment ici il n'était pas de cette nature. C'était un œdème inflammatoire et, selon l'opinion de M. Nonat, une véritable angine phlegmoneuse.

3° En dernier lieu, nous avons recherché si cette angine phlegmoneuse avec œdème de la glotte s'observait quelquefois comme complication dans la néphrite albumineuse, ou bien si c'était une maladie intercurrente coïncidant simplement avec la néphrite. Un article du *Dictionnaire en trente volumes* semble conclure dans le premier sens. Mais nous n'avons trouvé à cet égard, et comme appui de cette opinion, qu'*une seule observation* dans les auteurs; c'est la IXe du livre de M. Rayer (p. 177, t. II): cette observation est de Bright (*Report of medical cases*, by Richard Bright, 1827; in-4°, obs. XIV, p. 23 et suivantes). Elle a avec celle que nous citons plusieurs analogies. On y trouve que le malade succomba aussi à un œdème de la glotte; et, de plus, le sujet de l'observation était aussi un corroyeur exposé à l'humidité par ses travaux habituels. Cette profession prédisposerait-elle à la néphrite albumineuse?

EFFICACITÉ DE LA GLACE COMBINÉE A LA COMPRESSION

pour réduire les hernies étranglées et combattre la péritonite consécutive (1);

Par M. Baudens, inspecteur du service de santé des armées.

(Mémoire lu à l'Académie des sciences le 29 mai 1854.)

Effets de la glace sur les hernies étranglées. — Les effets de la glace sur une hernie étranglée sont le refoulement des liquides, la sédation de la douleur, la condensation des gaz contenus dans l'intestin, l'affaissement de la tumeur, l'enraiement des accidents inflammatoires, et surtout de la péritonite, si souvent mortelle. La glace ne donnât-elle que ce dernier résultat, un temps d'arrêt dans la marche si rapide des accidents, afin de permettre au chirurgien de ne rien précipiter, et d'essayer sans danger de temporisation, des moyens plus innocents que l'opération, son emploi se trouverait parfaitement justifié.

Le refoulement des liquides, la condensation des gaz, amènent dans les parties herniées une diminution de volume qui donne plein pouvoir au taxis, jusque-là impuissant. La réduction sous l'influence seule des réfrigérants peut être spontanée: nous en citerons trois exemples. Mais quand elle n'a pas lieu ainsi, il faut la provoquer en secondant la glace par un bandage compressif méthodiquement appliqué sur la tumeur herniaire. Cette double action nous a toujours réussi jusqu'à ce jour. Quand la tumeur est si douloureuse qu'elle ne peut supporter la moindre compression, il faut toujours débuter par la glace seule, et une fois la douleur calmée, on peut, si on le trouve bon, lui adjoindre un spica qu'on fera recouvrir de glace pilée.

Ici encore, à l'occasion du traitement par la glace et par la compression, nous ne saurions mieux faire, pour bien rendre notre pensée, que de comparer la hernie étranglée au paraphimosis.

En moins d'une demi-heure, nous sommes parvenu constamment, sous la double action du froid et d'une compression circulaire, à flétrir suffisamment le prépuce et le gland pour réduire ce dernier sans déchirure et sans efforts violents; de même, pour les hernies étranglées, nous avons été assez heureux dans les seize cas offerts à notre observation pour obtenir une réduction non aussi immédiate que dans le paraphimosis, où l'application des moyens est bien plus facile, mais au bout de quelques heures, sous l'empire d'une certaine quantité de glace pilée qu'a secondée dans la plupart des cas un spica méthodiquement appliqué, et toujours une position déclive donnée au bassin pour faciliter la rentrée des viscères. Pour doter ce bandage d'une action contractile continue analogue à celle des doigts du chirurgien faisant un taxis gradué, doux et longtemps continué, comme M. Amussat le conseille, nous nous servons avec avantage d'une bande élastique préparée avec du caoutchouc.

M. le professeur Velpeau, auquel la science est redevable de conseils extrêmement judicieux sur la manière de pratiquer le taxis, les résume ainsi (*Nouveaux éléments de médecine opératoire*): « Mettre les parois du ventre dans le relâchement; soutenir le » collet de la tumeur avec une main pendant qu'on la repousse » avec l'autre, et cela pour qu'elle ne puisse pas se replier sur les » bords de l'anneau au lieu de le traverser; la dégager un peu, » l'allonger, la pétrir en quelque sorte, afin de disséminer les ma» tières qu'elle contient sur une aussi grande étendue que possi» ble; l'embrasser à pleines mains ou du bout des doigts, selon » son volume; la faire saisir même par les mains d'un aide quand » elle est très grosse, pendant que le chirurgien en contient la » racine; lui faire parcourir en sens inverse le chemin qui lui a » permis de sortir; suspendre les efforts, y revenir à propos, en » varier la direction et l'énergie, en tirer tout le parti possible et » ne les porter jamais assez loin cependant pour être dangereux: » telles sont les règles. »

J'ajouterai, dit encore M. Velpeau, que dans les hernies volumineuses, épiploïques surtout ou engouées, il est souvent utile de continuer le taxis au moyen d'une *compression méthodique*, jusqu'à ce qu'on y revienne avec la main quand il n'a pas réussi d'abord complétement.

Cette compression méthodique, nous l'avons généralisée et rendue on ne peut plus efficace en la secondant par les réfrigérants; mais pour l'appliquer avec succès, il ne faut jamais perdre de vue les conseils donnés à l'occasion du taxis. La compression-taxis, aidée de la glace, met à l'abri de tout danger de contondre, de déchirer et d'amener la mortification des viscères; là où elle apparaît dans toute son efficacité, c'est quand, après avoir épuisé les moyens ordinaires, bains, saignées, lavements laxatifs ou avec infusion de tabac, taxis, cataplasmes, frictions avec la belladone, électricité même, etc., la hernie, loin d'être réduite, est devenue très douloureuse et le siége d'une vive inflammation, inflammation qui met en danger les jours du malade et ne laisse d'autre voie de salut que la kélotomie; opération redoutable, d'autant plus qu'on a perdu plus de temps à des tentatives qui n'ont pas abouti.

Nous rappelons encore une fois que, si la hernie étranglée est enflammée et très douloureuse, nous débutons par la glace seule déposée sur une légère trame de charpie, et, dès que la douleur est apaisée, nous appliquons la compression-taxis à l'aide d'une bande élastique disposée en spica.

Les observations qui suivent confirment ces prémisses. Quelques-unes présentent même cette remarquable particularité que la glace seule, sans le secours d'un spica, a réussi dans trois cas publiés par M. le docteur Long, notre ancien chef de clinique, dans la thèse par lui soutenue à la Faculté de Montpellier le 17 mars 1847. Nous les reproduisons.

Obs. I. — *Hernie inguinale ancienne. — Etranglement irréductible par les moyens ordinaires. — Réduction spontanée sous l'empire de la glace.* — Publiée par M. le docteur Long.

M. G..., lieutenant de gendarmerie, est porteur d'une hernie inguinale double depuis près de vingt ans. Rien de fâcheux ne lui est survenu jusqu'au 17 février 1846. Ce jour-là, la pelote du bandage s'étant dérangée au moment d'un effort violent, la hernie se reproduisit du côté droit. Le malade tente en vain la réduction; les manœuvres déterminent une vive inflammation, qui va bientôt croissant. M. G... se fait transporter au Val-de-Grâce, service de M. Baudens, chirurgien en chef.

A son arrivée, il existe une douleur très vive dans l'aine, ventre dur, ballonné; tumeur oblongue à l'orifice externe du canal inguinal, d'une sensibilité telle qu'il y aurait danger d'user d'un taxis opiniâtre; hoquet pénible, suivi de vomissements; pouls fréquent, petit, serré; sueurs froides sur tout le corps, face pâle, angoisse. — Tentative de réduction; résultat nul. Diète, lavements huileux, saignée de 500 grammes; glace sur la tumeur herniaire, sur laquelle ont été déposés préalablement quelques brins de charpie pour former la trame du cataplasme à la glace de M. Baudens. Prompt soulagement, qui permet au malade de s'endormir. Bientôt affaissement de la tumeur, et réduction spontanée vers la cinquième heure de l'application du froid.

Nous aurions pu, à l'aide de nos notes, compléter cette observation; lui donner de plus amples développements; dire que cet officier, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, était âgé de quarante ans; que la hernie était un entérocèle constaté par du gargouillement dès que la tumeur a commencé à s'affaisser; insister sur la position déclive donnée au bassin pour faciliter la rentrée des viscères, etc. Nous ne l'avons pas voulu, pour laisser à ce fait, d'ailleurs suffisamment exposé, toute sa sincérité, tout son enseignement.

Obs. II. — *Hernie inguinale récente avec étranglement inflammatoire. — Insuccès du taxis. — Réduction spontanée due à la glace.* — Publiée par M. le docteur Long.

Mièze, fusilier au 47e de ligne, le 22 février 1847, en voulant soulever un lourd fardeau, éprouve tout à coup une vive douleur dans tout l'abdomen. Il est immédiatement transporté au Val-de-Grâce, service de M. Baudens.

Tuméfaction de l'aine droite dans tout le trajet du canal inguinal, plus prononcée à l'orifice externe de ce conduit; douleur intense dans tout l'abdomen, et surtout à l'aine droite; ventre dur, ballonné; hoquet, vomissements très fréquents; face grippée, couverte de sueur froide; soif ardente, que le blessé n'ose apaiser, dans la crainte d'exciter les vomissements; pouls petit, serré, fréquent. — Saignée de 600 grammes; taxis impuissant; application de la glace couronnée de succès; réduction spontanée vers minuit, après sept heures d'application du réfrigérant.

Obs. III. — *Bubonocèle inguinal non contenu. — Etranglement inflammatoire. — Réduction spontanée provoquée par la glace.* — Publiée par M. le docteur Long.

Lagrange, fusilier au 13e de ligne, avait une hernie inguinale qui, suivant lui, n'aurait jamais occupé que la première moitié du canal inguinal, et pour laquelle il n'a jamais eu besoin de porter un bandage. Le 22 avril 1845, vers quatre heures du soir, Lagrange, employé aux fortifications de Paris, sentit, en soulevant une énorme pierre, la hernie se parcourir tout le canal. En même temps il éprouva une douleur vive qui, partant de l'inguis, allait s'irradiant dans tout l'abdomen. Vers six heures, le malade arrivait au Val-de-Grâce, service de M. Baudens. Pendant le trajet du camp d'Ivry à l'hôpital, vomissements fréquents, douleur si vive qu'elle paraissait devoir épuiser le malade.

A son arrivée, ventre dur, ballonné, douloureux, anse intestinale occupant tout le trajet du canal, qui est le siége d'une vive sensibilité; pouls petit, fréquent, serré; hoquet et vomissements. — Diète, lavements huileux, saignée de 500 grammes, glace sur la tumeur. Rémission brusque de la douleur. Le malade s'endort paisiblement; la réduction s'opère pendant son sommeil.

M. Long a oublié de rappeler que le taxis, opéré par le chirurgien du corps au moment de l'accident, est resté infructueux, et que les tentatives renouvelées au Val-de-Grâce n'ont pas eu plus de succès. Ces dernières tentatives n'ont du reste été faites qu'avec infiniment de ménagements, parce que la douleur, déjà très vive, s'exaspérait à la moindre compression. C'est pourquoi nous avons appliqué tout d'abord la glace sans spica, nous proposant de revenir plus tard au taxis et au bandage compressif s'il y avait lieu.

Après avoir cité M. Long, nous allons emprunter à M. le docteur Verjus, qui, lui aussi, a été notre aide de clinique au Val-de-Grâce, deux observations que nous trouvons dans sa thèse soutenue devant la Faculté de Paris le 26 juin 1847.

Obs. IV. — *Hernie oblique droite étranglée. — Taxis prolongé impuissant. — Réduction devenue facile au moyen de la glace et d'un spica.* — Rédigée par M. le docteur Verjus.

Le 20 février 1847, un soldat du 74e de ligne, âgé de trente-trois ans, d'une forte constitution, atteint d'une hernie inguinale depuis six mois, fut pris au retour d'une revue, et sans cause appréciable, de douleurs vives dans la région inguinale, irradiant dans l'abdomen. Le chirurgien du régiment, après avoir inutilement tenté de réduire sa hernie par le taxis, envoya le malade au Val-de-Grâce, où le chirurgien de garde constata à la région inguinale une tumeur assez volumineuse, chaude, d'un rouge violacé, très douloureuse, donnant à la pression une sensation molle, avec sensation de gaz et de corps assez durs, mais petits. Depuis huit à dix heures environ, le malade avait des nausées, des vomissements bilieux, du hoquet.

De nouvelles tentatives de taxis prolongées pendant une heure environ étant infructueuses, M. Baudens fait appliquer un spica, dont les croisés portent sur la tumeur, et sur ce bandage une quantité considérable de glace. Une demi-heure après, M. le chirurgien en chef renouvelle le taxis, dont les premières tentatives sont couronnées de succès.

Obs. V. — *Hernie oblique gauche non réduite par le taxis prolongé. — Application de glace pendant vingt heures. — Réduction spontanée.* — Rédigée par M. le docteur Verjus.

Aufray, sergent aux sapeurs-pompiers, âgé de quarante-sept ans, d'une constitution robuste, est entré au Val-de-Grâce le 17 mai 1847. Depuis un an environ il porte à gauche une hernie inguinale oblique, survenue à la suite d'une chute. Sortie depuis trois jours, cette hernie n'a pu être réduite, malgré de nombreuses tentatives faites par ce militaire et par son chirurgien major.

De nouvelles manœuvres, aussi infructueuses que les précédentes, sont faites par le chirurgien de garde sur la tumeur, qui est douloureuse, chaude, très résistante au toucher, et offre une étendue de 11 centimètres sur 8.

Le lendemain, à la visite, le malade ayant eu des nausées, des vomissements et du hoquet, M. Baudens, après quelques essais inefficaces, applique sur la hernie un bandage compressif, de manière à refouler les intestins vers l'ouverture du canal inguinal, et recouvre ensuite ce bandage par environ 500 grammes de glace. Pendant la journée, les nausées, les vomissements, le hoquet augmentent de fréquence. Cependant vers deux heures du matin le malade, qui éprouve un mieux sensible, s'endort, et est fort étonné, en s'éveillant à cinq heures, de trouver sa hernie réduite.

Obs. VI. — *Hernie crurale ancienne. — Etranglement par engouement. — Impuissance des moyens ordinaires de traitement. — Glace avec sel marin. — Spica.-taxis. — Diminution de volume de la tumeur. — Réduction.*

Mme D..., âgée de cinquante-neuf ans, forte constitution, embonpoint marqué, santé jusque-là bonne, sauf une constipation parfois opiniâtre, porte depuis vingt ans un bandage pour maintenir une hernie crurale droite survenue à la suite d'un effort. Cette hernie, qui sort assez souvent, Mme D... la fait rentrer elle-même sans beaucoup de peine; deux fois seulement elle a dû recourir à une main étrangère pour opérer un taxis en règle; le dernier taxis fait par un chirurgien remonte à cinq mois.

Depuis lors, la tumeur herniaire est difficilement contenue; elle a pris plus de volume, s'est souvent reproduite, et sa réduction a présenté constamment plus de difficulté sans que la douleur ait été bien forte; elle donnait la sensation d'une masse intestinale molle, un peu bosselée et contenant des gaz reconnaissables à un bruit de gargouillement.

Depuis douze jours, Mme D..., quand je fus appelé auprès d'elle le 9 avril 1847, avait vu se produire de nouveau sa hernie à la suite d'un effort; son médecin, M. le docteur Aulaguier, avait épuisé pour la faire rentrer une foule de moyens: taxis répétés, bains, saignée du bras, lavements laxatifs, purgatif, pompement rectal par le procédé d'O'Beirne (de Dublin), cataplasmes, frictions de belladone, lavements de tabac, compresses trempées dans de l'eau froide, etc., tous ces agents étaient restés impuissants, bien qu'employés par une main très habile. Cependant les accidents d'étranglement avaient marché lentement jusqu'au douzième jour, parce qu'on avait affaire à une hernie par engouement. Mais à la suite de l'accumulation des matières stercorales dans l'intestin, la tumeur était devenue de plus en plus volumineuse, chaude, dure et pesante; les selles étaient complétement supprimées; le ventre, ballonné, était devenu très douloureux au toucher. Aux vomissements muqueux, puis bilieux, avaient succédé ceux de matières stercorales.

La hernie, d'un volume égal au poing d'un adulte, est si douloureuse qu'on peut à peine la toucher sans arracher des cris à la malade. Celle-ci est dans un état d'anxiété extrême; pouls petit, vif, fréquent; peau couverte d'une sueur froide; soif intense; péritonite prononcée. Elle attend comme un bienfait la cruelle opération de la hernie étranglée; tout est disposé à cet effet.

Avant d'en venir à cette ressource extrême, nous couvrons de glace toute la région inguino-crurale droite préalablement masquée par une légère couche de charpie, dont la trame doit répandre sur tous les points tégumentaires le froid d'une manière uniforme.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juin.

Le poids de la glace incommode d'abord un peu, mais le froid ne tarde pas à soulager; la malade demande qu'on étende son action jusqu'à l'ombilic et au tiers supérieur de la cuisse, ce dont elle ressent un grand bien-être presque immédiat. Interrogée sur ce qu'elle éprouve, elle déclare que sur la tumeur la glace n'est pas assez froide. La glace se *réchauffe trop vite*, dit-elle. Pour satisfaire à ses sensations, qui sont nos guides, nous appliquons sur la hernie une couche de glace pilée mélangée à deux tiers de sel marin, et, au fur et à mesure que la température descend jusqu'à — 14°, il survient un sentiment de bien-être extrême.

La glace fonctionne ainsi depuis quatre heures; les hoquets et les vomissements sont déjà notablement ralentis, l'anxiété est moins prononcée; la douleur locale a diminué tellement qu'on peut comprimer légèrement la hernie sans déterminer de notables souffrances. Celle-ci est déjà bien moins dure, bien moins chaude, bien moins tendue.

Le moment nous paraît arrivé de faire concourir à l'action du froid celle d'une compression douce et continue.

A cet effet, après avoir donné au bassin une position déclive pour faciliter la rentrée des viscères en le soulevant à l'aide de coussins, après avoir maintenu fléchie la cuisse sur l'abdomen et soulevé la tête et le thorax afin de mettre la région inguino-crurale dans le plus grand relâchement possible, trois ou quatre tours de bande en forme de spica légèrement serrés emprisonnèrent la hernie; puis, afin de donner à ce bandage une action soutenue incessante, nous mîmes par-dessus lui un second spica fait à l'aide d'une bande en tissu élastique, et le tout fut recouvert de glace et de sel marin.

Le soulagement devient de plus en plus marqué, et après six heures sans interruption de cette double action de la compression du taxis et du froid, ayant remarqué en insinuant les doigts sous le bandage un ramollissement et une notable diminution de la tumeur, le bandage fut retiré, et de nouvelles tentatives de réduction furent facilement couronnées de succès.

Les réfrigérants furent continués pendant quarante-huit heures encore pour combattre la péritonite et les accidents inflammatoires. Dès ce moment quelques soins généraux suffirent; la malade se rétablit en peu de jours.

Nous avons donné à cette observation quelques développements pour permettre d'apprécier les bons effets de notre traitement. Nous pourrions rapporter d'autres faits analogues aux précédents en faveur de notre opinion, à savoir : que désormais les opérations de hernies étranglées pourront sinon être absolument supprimées, du moins considérablement réduites; mais ces faits n'apporteraient pas de nouvelles lumières, et dès lors à quoi bon les reproduire? Nous devons cependant ne pas omettre de rappeler que dans deux cas de hernies étranglées irréductibles par suite d'adhérences anciennes chez deux vieillards, la glace, secondée par le spica-taxis fait à l'aide d'une bande de tissu élastique, a permis de triompher en quelques heures des accidents de l'étranglement sans que pour cela les hernies, dont le volume avait diminué, aient été complétement réduites.

Le nom de spica-taxis nous paraît parfaitement convenir au bandage élastique que nous employons avec tant de succès depuis quelques années. Secondé par la glace, ses effets sont d'une très grande puissance et n'exposent à aucun des dangers du taxis tel qu'on l'emploie. On sait, en effet, que le taxis ne met pas toujours à l'abri, même appliqué sagement, d'accidents redoutables, et, sans parler des déchirures intestinales, on sait que l'opération de la hernie emprunte une grande part de ses suites souvent mortelles au froissement et à l'irritation des viscères par suite des manœuvres du taxis.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémie. — M. le ministre du commerce transmet le rapport final de M. le docteur Viard, médecin des épidémies pour le canton de Montbard, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le 1er novembre jusqu'au 6 avril dernier dans la commune de ce nom.

Fébrifuge indigène. — Une demande d'avis sur un fébrifuge indigène, que M. Bouloumier annonce avoir découvert, et sur deux autres remèdes.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Aiguille pour la suture avec les fils de plomb de Percy. — M. Bitterlin adresse la description et un échantillon de cet instrument.

Percy avait recommandé l'usage des fils de plomb pour la suture des plaies, se fondant sur ce que :

1° Il suffit de tordre ou de détordre pour serrer ou desserrer la ligature;

2° Sur ce que ce fil n'a pas le défaut de couper, qu'on reproche aux fils ordinaires;

3° Que le plomb, tiré sur un fil d'argent, d'or ou de platine, ne s'oxyde point et ne casse pas. Le seul reproche que l'on a fait à ce système de ligature se trouve exprimé ainsi par M. Malgaigne : « Nous n'avons pas de moyen sûr et simple à la fois de conduire les fils de plomb à travers l'épaisseur des tissus. » Cette lacune est d'autant plus regrettable, que le professeur de médecine opératoire indique en même temps les fils de plomb comme méritant, dans beaucoup de cas, d'être substitués aux fils ordinaires.

C'est donc dans l'intention de rendre à la fois sûr et simple le moyen de conduire les fils de plomb à travers l'épaisseur des tissus que l'auteur à fait construire par M. Capron l'aiguille dont voici la description :

Cette aiguille peut être de différentes grosseurs, suivant les besoins du chirurgien. Elle offre un corps et une pointe. Le corps est cylindrique et droit; la pointe est courbe, comme celle des aiguilles ordinaires. Le corps est fendu en deux branches. Jusqu'au tiers inférieur de son union avec la pointe de l'aiguille, ces branches forment pinces à ressort, elles sont creusées d'une gouttière suffisante pour recevoir le fil de plomb, dont la grosseur est variable selon le besoin de l'opérateur. On arme cette aiguille en écartant les ressorts de la pince, puis on glisse le fil de plomb, qui se trouve parfaitement serré dès qu'on lâche le ressort de l'aiguille. Le fil fait alors suite avec elle, et semble ne faire qu'un même corps. L'aiguille ainsi armée, on la conduit à travers les tissus à l'aide du porte-aiguille de M. Rigal, et le fil traverse les chairs sans qu'on ait crainte de le voir se détacher. Quand le fil a parcouru tout son trajet, on sépare l'aiguille du fil en tirant l'une et l'autre en sens opposés.

Vaccination. — M. Reydesset transmet le tableau de vaccination pour les années antérieures à 1853, pour l'arrondissement de Saint-Denis.

Ventouses scarifiées dans les fièvres intermittentes. — M. Brouillet, de Blasheim (Bas-Rhin), adresse une note sur l'application des ventouses scarifiées au traitement des fièvres paludéennes. (Commission des succédanés du quinquina.)

Seringue à injections urétrales. — M. Leriche (de Lyon) écrit, au sujet de la communication faite par M. Langlebert dans la dernière séance, qu'il a adressé il y a dix ans à l'Académie un mémoire sur ce sujet, où se trouve la description d'une seringue identique à celle de M. Langlebert. (Commissaire : M. Gibert.)

Hygiène militaire. — M. Henry (Napoléon), médecin à Arnaville (Meurthe), adresse un travail dans lequel il propose diverses mesures hygiéniques qu'il croit utilement applicables à l'armée expéditionnaire d'Orient. (Commission nommée pour le mémoire de M. Beyran.)

Action révulsive du raifort sauvage. — M. Lessage, pharmacien à Gisors, adresse un mémoire sur l'emploi du raifort sauvage, ou crau de Bretagne, comme révulsif. (Commissaires : MM. Guibourt, Desportes.)

Méthode de dosage du beurre dans le lait. — M. Eugène Marchand (de Fécamp) adresse une note sur une nouvelle méthode de dosage du beurre dans le lait. (Commissaires : MM. Boullay, Bussy, Boutron.)

Eaux minérales. — M. Saucerotte (de Lunéville) adresse quelques documents sur l'action des eaux minérales, en réponse à la circulaire de l'Académie.

Tannate de quinine. — M. Hullin (de Mortagne) adresse un mémoire intitulé *Cas rares de médecine pratique et maladies diverses dans lesquelles le tannate de quinine a été employé avec succès.* (Commissaires : MM. Requin, Gérardin.)

Cow-pox. — Le même médecin adresse en outre les états de vaccination pour 1853, et un travail sur le cow-pox découvert à Chartres en 1853. (Commission de vaccine.)

Redressement utérin. — M. Gaussail (de Toulouse) adresse une lettre dans laquelle il réfute, en ce qui le concerne, le rapport de M. Depaul, qui aurait rapporté les faits qui lui sont propres d'une manière inexacte ou incomplète.

— M. le président annonce à l'Académie la mort de deux de ses correspondants, M. le docteur Marchal père, à Strasbourg, et M. le docteur Vidal père, à Bayonne.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur la source dite des Dames, près Vichy.

D'après l'analyse de la commission, la composition chimique de l'eau de la source des Dames, loin d'avoir diminué depuis l'examen fait en 1850, a notablement augmenté, tant sous le rapport de l'acide carbonique libre qu'elle contient, que sous celui des bicarbonates alcalins terreux qui la minéralisent, ainsi que du fer surtout, auquel on attache à Vichy une certaine importance pour le traitement de certains malades.

A l'aide d'expériences opérées sur 20 litres d'eau, il a été facile de reconnaître que l'iode et même le brome existent bien réellement dans cette eau, comme M. le rapporteur l'avait annoncé.

La commission conclut que l'eau de la source des Dames est une très bonne conquête pour Vichy, et qu'elle viendra augmenter puissamment les ressources hydrothérapiques de cette importante localité. (Adopté.)

— M. O. Henry lit un second rapport sur l'eau de plusieurs colonies de l'Algérie en réponse à une demande du ministre de la guerre, qui priait l'Académie de faire analyser dans son laboratoire un grand nombre d'échantillons provenant de résidus obtenus par l'évaporation opérée à Alger sur l'eau de beaucoup de sources de la province d'Oran, ainsi que de celle des diverses colonies de l'Algérie.

D'après les résultats obtenus et qui sont indiqués dans le rapport, la commission reconnaît que dans la presque totalité des eaux des colonies de la province d'Alger, c'est le chlorure de sodium qui domine, et dans quelques-unes même il est en proportions assez considérables.

La plupart de ces eaux pourront, dit M. le rapporteur, se prêter aisément aux usages domestiques. C'est là le point qu'on a voulu surtout rechercher dans ces analyses.

Toutefois, les eaux de quelques-unes de ces colonies, celles d'Aboukir, de Chézah, par exemple, celles surtout d'Aïn-Nouïsy ou de la source saline dite *sulfureuse* située près de cette localité, sont assez chargées de principes salins, et particulièrement de chlorure de sodium, pour être considérées comme des eaux minérales. En effet, la dernière renferme par litre de liquide jusqu'à 16 grammes de chlorure de sodium; cette proportion de sel marin est plus de la moitié de celle contenue dans l'eau de la mer, et elle est presque égale à celle de quelques fontaines ou sources salées.

La commission a cherché vainement la présence de l'iode et du brome dans le résidu salin de cesdites sources.

Dans la pensée que les moyens mis en usage pour la concentration ont pu faire disparaître ces principes, la commission propose de faire demander de nouveaux produits de la source salée ci-dessus désignée, en recommandant que l'évaporation ait lieu sur 25 ou 30 litres d'eau, à laquelle on aurait ajouté préalablement 4 grammes par litre de carbonate de potasse très pur (lavé à l'alcool) et reconnu exempt d'iodure et de bromure. On pourrait aussi chercher l'arsenic dans ces résidus. Avec ces éléments, l'Académie de médecine pourrait compléter le travail et décider si les eaux des colonies d'Aïn-Nouïsy et de Chézah peuvent prendre rang parmi les eaux minérales salées et être employées soit en bains et boisson comme agents thérapeutiques, ainsi que plusieurs de nos salines, ou être exploitées au point de vue de l'extraction du chlorure de sodium. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Depaul. La parole est à M. Malgaigne.

Redressement utérin. — M. Malgaigne. Je commencerai par rendre hommage à M. Depaul pour le zèle et le talent qu'il a apportés à l'accomplissement de sa tâche. Si M. Depaul s'était borné à démontrer que le redressement a été tenté empiriquement, sans diagnostic préalable, sans indications précises; s'il avait cherché à prouver que ce traitement n'a pas l'efficacité qu'on lui a attribuée, qu'il entraîne à plus de dangers qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, je n'aurais rien à en dire; mais M. Depaul a été plus loin, et je regrette de trouver dans son rapport une teinte de rigueur qui fera tort à la cause qu'il soutient. C'est un plaidoyer plutôt qu'un jugement. J'ai remarqué, par exemple, entre autres phrases, celle-ci : « Les manœuvres de redressement répugnent à la raison. » Cela me paraît un peu fort. Un traitement qui a tenté MM. Amussat, Velpeau, Simpson, Huguier et Valleix, ne peut pas, ne doit pas être considéré comme répugnant au bon sens. D'ailleurs, l'argument fût-il fondé plus qu'il ne l'est en réalité, il n'aurait pas encore une grande valeur; l'expérience est en définitive le juge suprême.

M. Depaul a voulu établir que les faits invoqués par M. Valleix conduisent à une conclusion toute différente de celle qu'il en a tirée lui-même.

Il a ajouté que dans la majorité des cas il suffit de traiter les symptômes concomitants pour voir disparaître tous les accidents attribués à la déviation, et finalement qu'il faut proscrire le redressement, parce qu'il est inutile, impuissant et dangereux. Je sais bien que M. Depaul a fait quelques réserves. Ainsi, il veut bien reconnaître que dans quelques cas le redressement a pu contribuer à la guérison. D'un autre côté, dans un autre passage, il dit que presque tous les traitements par le redresseur ont échoué. Cette déclaration même impliquerait que dans quelques cas il a été efficace. Enfin, M. Depaul ajoute que la science possède une thérapeutique qui le plus souvent suffit aux indications principales; ce qui implique que les moyens connus jusqu'à présent ne sont pas tous ni toujours efficaces, et que quelquefois ils ne sont pas exempts de danger : ce qui pourrait bien changer quelque peu la question.

Mais ces réserves ne suffisent pas et ne justifient pas les conclusions de M. le rapporteur. Ainsi le rapport est muet à l'égard des conditions dans lesquelles le redressement a eu du succès. Il y a des indications et des contre-indications; c'est ce qu'il aurait fallu spécifier; il aurait fallu dire aussi dans quels cas, dans quelles conditions et à l'aide de quel procédé le traitement a été fait.

Après avoir par ces généralités montré qu'il faut se méfier de la première impression du rapport, M. Malgaigne aborde le fond.

M. Valleix considère la déviation comme la principale cause de tous les accidents morbides de l'utérus, et c'est à la déviation qu'il adresse tous les moyens de traitement; M. Depaul, au contraire, croit que la déviation est étrangère à la production de tous les phénomènes morbides. Voilà donc deux doctrines entièrement opposées. Il s'agit ici d'une haute question de pathologie utérine, savoir quel est l'élément fondamental des maladies de cet organe. Il y a cinq ans, la question a été discutée dans cette enceinte à l'occasion du rapport de M. Hervez de Chégoin sur un mémoire de M. Beau, ancien élève de Lisfranc. M. Beau, prenant le contre-pied des opinions de son ancien maître, soutenait que les maladies de l'utérus sont toujours liées à une affection générale réagissant sur l'état local, et qu'il n'y a par conséquent à accorder que peu d'attention à cet état local; cette opinion a été partagée par M. Gibert. M. Hervez de Chégoin, adoptant en partie cette opinion, soutenait cependant que les déviations étaient, pour le plus grand nombre des cas, la cause de tous les symptômes. Une autre opinion a été soutenue avec éclat par M. Velpeau. Au lieu de l'engorgement, dont il nie l'existence, M. Velpeau admet comme cause presque unique de toutes les maladies de l'utérus la déviation, renchérissant encore à cet égard sur M. Hervez de Chégoin. Pour rendre à chacun ce qui lui appartient, les excentricités du redressement de l'utérus dérivent véritablement de cette doctrine de M. Velpeau. M. Velpeau lui-même avait tenté de le redresser, et après quelques succès de graves accidents l'avaient engagé à s'arrêter; cependant il ne rejetait pas absolument ce moyen, et pensait qu'il y avait quelque chose à tenter. On voit que M. Valleix n'avait pas besoin d'aller chercher ses inspirations outre-Manche, et qu'il eût pu les rattacher à la doctrine de M. Velpeau. Une autre opinion a été soutenue par M. Robert, qui fait jouer le principal rôle aux granulations. Pour M. Huguier, c'est l'engorgement qui est le phénomène principal. Enfin M. Paul Dubois, dans un résumé qui a fait une grande sensation, a fait bon marché de toutes ces doctrines. Pour lui, le rôle des déviations est entièrement nul; les engorgements, les granulations ne sont que des phénomènes sans importance. Ainsi se trouvent ruinées les doctrines de MM. Velpeau, Robert et Huguier; et à toutes ces doctrines M. P. Dubois substitue une autre doctrine, celle qui fait jouer le principal rôle à la phlegmasie de la muqueuse utérine.

A cette époque, étant à l'hôpital Saint-Louis, où abondent les maladies utérines, j'avais bientôt reconnu l'insuffisance théorique et pratique de la doctrine de Lisfranc; j'avais cherché pour mon compte à débrouiller la confusion, lorsque surgit cette discussion, qui vint nous apprendre que le dissentiment sur cette question était beaucoup plus grand encore qu'on ne le croyait. J'y ai appris pour ma part beaucoup de choses : et l'Académie peut se souvenir que, M. Velpeau ayant insisté sur la fréquence des inflexions utérines dans les cas où l'on se contentait de l'examen du col, je revins dans une autre séance annoncer que j'avais en effet constaté deux rétroflexions sur deux de mes malades qui ne m'avaient paru avoir qu'une métrite chronique. Je disais alors que la question était à l'état de recherches, et je fus

même repris à cet égard par plusieurs collègues, bien que la lutte de tant de doctrines me donnât raison.

Le mémoire de M. Valleix et le rapport de M. Depaul prouvent que la question n'a pas fait un pas depuis.

M. Depaul veut prouver que les déviations sont presque toujours inoffensives. Pour arriver à la démonstration, il y a, dit-il, trois choses à faire :

1° Voir si les femmes se portent bien avec des déviations utérines ;

2° Si la guérison des déviations est suivie de la cessation de tous les symptômes morbides ;

3° Si la guérison des affections utérines a lieu malgré la persistance des déviations.

La première question a été résolue par M. P. Dubois. M. Gosselin a trouvé 27 cas d'antéflexions sans aucun symptôme ; il en a été de même des antéversions. M. Depaul affirme avoir fait la même observation. J'admets que dans un grand nombre de cas les déviations n'amènent aucun accident. Mais je ne puis admettre qu'il en soit toujours ainsi. A l'autorité de M. P. Dubois, j'en opposerai d'autres.

Mais les faits de MM. Gosselin et Depaul sont-ils bien pertinents? Non. De ce qu'en examinant vous avez trouvé des femmes qui ne souffraient pas et qui avaient cependant des déviations, vous en concluez que les déviations ne font presque jamais souffrir. Je suis surpris qu'en examinant des femmes qui ne s'en plaignaient pas vous en ayez trouvé même deux ou trois souffrantes ; mais ce n'était pas là ce qu'il fallait chercher. Nous sommes appelés à traiter les femmes qui souffrent, qui viennent à l'hôpital pour leurs douleurs, et j'ai constaté pour mon compte chez un grand nombre de ces femmes que la gêne et la douleur étaient produites par la déviation.

Sur la deuxième question, M. Depaul a fait appel à l'expérience de tous ; il a cité M. Gosselin. Sur plus de soixante cas, nombre de fois, dit-il, il s'est aperçu que les accidents s'étaient dissipés pendant que la déviation persistait encore, et nombre de fois pareillement après la métrite dissipée, il a vu disparaître les déviations. J'ai vu moi-même trois fois des rétroflexions avec métrite chronique; la métrite chronique ayant été seule traitée et guérie, la rétroflexion persistait, mais sans donner lieu à aucun accident. J'ai revu ces malades quelques semaines après, et la rétroflexion avait disparu.

Enfin j'arrive à la troisième question : savoir, si les affections utérines ont guéri sans qu'on ait traité la déviation. D'après l'énumération que fait M. Depaul, il y aurait toute la pathologie utérine à mettre sur le compte des déviations. M. Valleix aussi a mêlé indistinctement tous les symptômes de la métrite, de l'engorgement, des granulations avec ceux de la déviation, et il a fait de tout cela un *farago* à n'y rien comprendre. C'est donc avec beaucoup de raison que M. Depaul a dit que M. Valleix avait tout confondu, tout mis sur le compte des déviations. Mais M. Valleix lui répond avec non moins de raison, qu'il faut lui prouver que les déviations n'étaient pas la cause principale des accidents ; et comme ils attribuent les mêmes phénomènes, l'un aux déviations, l'autre à la métrite chronique, sans que ni l'un ni l'autre soit en mesure de démontrer l'erreur de son adversaire, il en résulte un conflit sans fin et sans issue ; et comme ces gladiateurs à qui on bandait les yeux, les deux adversaires combattraient ainsi indéfiniment dans l'ombre sans que leurs épées pussent jamais se toucher.

M. Depaul a cependant compris qu'il fallait cbercher à distinguer ces affections, pour assigner à la déviation utérine son véritable rôle ; il cberche d'abord s'il y a inflammation de l'utérus, s'il y a des granulations ou toute autre lésion, et enfin, en dernier lieu, il arrive aux déviations simples. C'est là sans doute une méthode excellente ; mais quels sont les signes propres à chacun de ces états? Ces signes manquent complétement.

C'est une tâche grave de poser le diagnostic différentiel des affections utérines. Il y a d'abord un symptôme auquel M. Depaul attache beaucoup d'importance : c'est la pesanteur de l'utérus. Or, il est bon de savoir que l'utérus pèse très peu, et lorsqu'on le soulève avec le doigt ce n'est pas le poids de l'utérus que l'on sent, mais celui de la masse intestinale qui presse sur lui. Comment voulez-vous qu'avec ce poids de la masse intestinale on puisse apprécier un peu plus ou un peu moins de pesanteur de l'utérus? C'est une illusion pure. Permettez-moi ici une comparaison. On a dit qu'il existait un signe diagnostique différentiel : le poids de l'organe. Voulez-vous savoir ce qu'il en est de ce signe?

Un chirurgien que je regrette de ne pas voir encore parmi nous, M. Nélaton, a voulu examiner de près cette question. Il a plongé dans l'eau deux testicules, l'un atteint d'hydrocèle, l'autre de sarcocèle. Qu'y a-t-il vu? C'est qu'ils surnageaient tous les deux. Et les chirurgiens cependant se faisaient forts de distinguer ces deux lésions par la différence de pesanteur des testicules. Comment voulez-vous qu'on puisse apprécier la pesanteur de l'utérus?

Est-ce par l'état du col que l'on reconnaîtra les affections dont il s'agit?

M. Gibert s'est assuré à Lourcine et à St-Louis que les altérations et variations de couleur, de volume, de forme, de texture, de situation du col de l'utérus, signalées à tort par quelques chirurgiens comme l'origine, le point de départ, la cause exclusive de beaucoup d'accidents morbides chez les femmes, pouvaient se révéler à l'examen fait par le toucher et le spéculum, sans donner lieu à aucun des accidents qu'on s'était plu à leur attribuer.

M. Velpeau a dit : Qui ne sait combien sont nombreuses les variétés que présente le volume du col de la matrice chez les différentes femmes à l'état sain? Plus dur et plus acuminé ou conique chez les unes, moins renflé chez d'autres, il est tantôt *régulier*, tantôt *inégal*, allongé dans un sens, raccourci dans un autre, comme déchiqueté ; chez quelques-unes, il offre ainsi *des nuances presque infinies dans sa coloration et dans la nuance de sa portion libre, sans être pour cela malade.*

(Nous sommes forcé de renvoyer la fin de cette allocution au prochain numéro.)

Nouveau procédé pour la cure radicale des hernies. — M. Maisonneuve présente à l'Académie un jeune homme auquel il a pratiqué avec succès la cure radicale d'une hernie inguinale gauche d'après un nouveau procédé.

Ce jeune homme, Jovignat (Jean), âgé de vingt-deux ans, demeurant rue du Faubourg-Saint-Honoré, 158, était affecté depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche qu'il avait inutilement essayé de contenir par des bandages de différentes sortes. Désespéré de sa triste position, il vint à l'hôpital Cochin prier M. Maisonneuve de le débarrasser de son infirmité, disant qu'il était prêt à tout entreprendre pour arriver à ce résultat. Sa hernie était une hernie inguinale directe que rien ne pouvait contenir.

En présence de ce cas difficile, l'habile chirurgien, jugeant que tous les procédés connus seraient insuffisants, eut l'idée d'une nouvelle opération concertée quelques semaines auparavant avec un des chirurgiens les plus éminents de New-York, M. le docteur Dupierris. Cette opération fut exécutée le 28 avril en présence de nombreux élèves.

Le malade, étant couché horizontalement sur le dos, fut d'abord soumis au chloroforme. Quand le sommeil fut complet, M. Maisonneuve exécuta l'opération de la manière suivante :

Premier temps. — A l'aide du doigt index de la main gauche, il refoula d'abord comme un doigt de gant la peau du scrotum dans le canal inguinal, puis dans l'abdomen jusqu'à ce que l'extrémité du doigt put venir faire saillie contre la paroi abdominale antérieure à 3 centimètres au-dessus du canal.

Deuxième temps. — Saisissant alors son bistouri de la main droite, l'opérateur fit à la paroi abdominale soulevée par son doigt index une incision longitudinale de 1 centimètre et demi d'étendue. Cette incision comprit la peau, le tissu cellulaire, les muscles abdominaux et le péritoine.

Troisième temps. — A travers cette ouverture, la peau du scrotum, refoulée toujours par le doigt index, vint faire hernie et fut divisée longitudinalement dans une étendue de 2 millimètres.

Deux aiguilles armées chacune d'un fil simple furent aussitôt passées à travers l'une et l'autre des lèvres de cette petite plaie, qui fut ensuite agrandie de 1 centimètre, de sorte que l'extrémité du doigt index gauche de l'opérateur sortait à travers. Dès lors, au moyen des aiguilles passées déjà dans les lèvres de l'incision faite à la peau refoulée du scrotum, M. Maisonneuve acheva l'opération en fixant les lèvres de cette incision à celles de l'incision faite à la peau de la paroi abdominale. Dix points de suture furent établis pour donner à cette réunion toute la solidité désirable.

Alors seulement l'opérateur retira son doigt index de l'espèce de doigt de gant qu'il avait refoulé et qui se trouvait transformé en un canal ouvert en bas sur les bourses, en haut sur la paroi de l'abdomen.

Aucun accident ne vint traverser le premier acte de cette opération. La réunion se fit sans difficulté, et dès le 8 mai M. Maisonneuve commença à cautériser avec le nitrate d'argent et l'acide nitrique l'intérieur du canal cutané qui obstruait le canal herniaire.

Enfin le 18 mai, quand les cautérisations eurent produit la destruction complète de l'épiderme dans le trajet du canal, M. Maisonneuve compléta son opération de la manière suivante :

Il incisa la peau du scrotum autour de l'espèce d'entonnoir qu'elle formait en bas du côté des bourses, ce qui fit cesser la tension à laquelle était soumise la portion de peau refoulée, en permettant à celle-ci de remonter dans le canal. Enfin, les lèvres de la vaste plaie circulaire qui résultait de cette incision furent réunies au moyen de la suture, de sorte qu'aujourd'hui le scrotum ne présente plus d'autre trace d'opération qu'une cicatrice linéaire.

Quant au résultat de l'opération, il est aussi parfait que possible : la hernie n'existe plus, le scrotum a conservé sa forme et sa disposition normales, et de toute cette opération si compliquée en apparence il ne reste plus que des traces imperceptibles.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 mai 1854. — Présidence de M. Combes.

Influence des fractures sur le développement des os chez les enfants. — M. Blaizeau communique sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

Il y a environ huit mois, j'observai à la clinique de M. Guersant un enfant de quatre à cinq ans atteint de fracture de la cuisse consolidée, sans raccourcissement. Le petit malade ayant succombé au trentième jour de sa fracture par suite d'une maladie intercurrente, on mesura à l'autopsie les deux fémurs pour vérifier leur longueur ; ils étaient égaux, à un millimètre près ; mais après avoir scié longitudinalement le fémur fracturé, on fut tout étonné de trouver un chevauchement des fragments assez considérable. Comment expliquer un fait en apparence si anomal? L'interprétation la plus rationnelle était que sous l'influence de la fracture il y avait eu dans la circulation osseuse un surcroît d'activité qui, au lieu de borner sa sphère d'action au niveau de la rupture, s'était fait sentir sur toute la longueur de l'os et en avait exagéré le travail ostéogénique. En supposant cette explication exacte, il restait un point à élucider..

Dans toutes les fractures des enfants, y a-t-il élongation plus grande de l'os brisé que de l'autre, ou le fait observé chez M. Guersant est-il exceptionnel ? De nouvelles observations pouvaient seules répondre ; mais, vu la difficulté d'apprécier sur le vivant le rapport exact des fragments plongés au milieu du cal et mesurer leur degré de chevauchement, il a fallu recourir aux expériences sur les animaux (sur des lapins très jeunes).

M. Blaizeau énonce dans les termes suivants les résultats de ces expériences :

1° Chez les jeunes lapins, les fractures qui s'accompagnent de déplacement, et surtout de chevauchement, excitent le développement des os brisés et amènent dans ces derniers un plus grand accroissement que dans les os semblables du membre opposé.

2° Les fractures sans déplacement ont une influence nulle ou très bornée sur le développement des os fracturés.

M. Blaizeau rappelle à ce sujet une particularité intéressante qui se rattache à la formation du cal chez les enfants. M. Malgaigne, dans ses recherches sur les fractures, est arrivé à cette remarque fort curieuse, et en opposition avec la théorie de Dupuytren sur le cal, que dans les fractures qui atteignent la substance compacte ou la diaphyse des os longs, les fragments, après la consolidation, ne sont jamais confondus, et qu'il existe toujours entre eux une ligne de séparation. La fusion, dit-il, n'existe que pour les os spongieux, tandis que dans le jeune âge, et Hippocrate l'avait lui-même avancé, la fusion est intime, même pour les fractures diaphysaires. Mais cette réunion ne se fait pas chez l'enfant comme celle des os spongieux de l'adulte. Chez ce dernier, il y a soudure par l'intermédiaire de la lymphe plastique épanchée entre les fragments. Chez le premier, le travail de réparation pour la fracture et le développement de l'os marchant ensemble, c'est-à-dire le périoste exsudant la lymphe plastique épanchée entre les fragments pour la confection du cal, en même temps qu'il verse à la surface extérieure de l'os les éléments constitutifs des couches osseuses nouvelles, il en résulte que bientôt les fragments sont enveloppés par les lames continues formant les couches externes qui peu à peu se substituent aux couches anciennes disparaissant par absorption, de telle sorte qu'au bout de quelques mois, et un mois suffit, comme je l'ai vu cbez les lapins, l'os fracturé a totalement été résorbé et remplacé par un os de nouvelle formation présentant ordinairement, au niveau où existait la fracture dans l'autre os, une légère exubérance, produite par l'activité plus grande du périoste dans ce point. (Commissaires : MM. Flourens, Velpeau, Rayer.)

Valeur alimentaire de plusieurs variétés de betteraves. — M. E. Baudement communique un mémoire dans lequel il expose le résultat de ses expériences sur la valeur alimentaire de plusieurs variétés de betteraves.

En 1854, six variétés de betteraves ont été cultivées sur le champ d'expériences de l'Institut agronomique. Les six variétés adoptées étaient la betterave *disette blanche*, la cbampêtre ou *disette ordinaire*, la *grosse jaune* ou de Castelnaudary, la *globe rouge*, la *globe jaune* et la blanche à sucre à collet vert ou *betterave de Silésie*.

Afin d'apprécier la valeur nutritive de ces variétés diverses, on choisit pour sujet d'expérience des bœufs de travail qui devaient mieux accuser les résultats en ne les compliquant pas des phénomènes mixtes qu'auraient naturellement introduits le développement de jeunes animaux en voie de formation, l'accroissement d'animaux à l'engrais, ou la sécrétion lactée de vaches nourrices ou en plein rapport.

Les conséquences pbysiologiques qui découlent de ces expériences peuvent se résumer de la manière suivante :

A ration égale, les bœufs ont perdu en poids en raison directe du travail qu'ils ont produit. Les gains et les pertes répondent généralement à la quantité plus ou moins grande de matières assimilables, c'est-à-dire de matières azotées et de matériaux destinés spécialement à la respiration, que contient la ration d'entretien.

En dehors de ces deux causes, il se manifeste aussi dans le poids des animaux des oscillations dues à des causes physiologiques encore inappréciées.

Toute compensation faite entre les causes de variation dans le poids vif des bœufs de travail, on trouve que les six variétés de betteraves objet de l'expérience se sont montrées douées d'une valeur nutritive presque semblable à poids égal. La variété globe rouge paraît toutefois posséder une valeur nutritive un peu plus grande, et la variété Silésie une valeur un peu moindre que celle des autres variétés étudiées.

La valeur alimentaire des six variétés ainsi précisée est en harmonie avec la richesse en matières azotées et en matériaux destinés à la respiration. Pour les animaux à l'entretien, la valeur nutritive des aliments est en raison composée de leur teneur en matières azotées et en matériaux respiratoires. (Commissaires : MM. Boussingault, de Gasparin, Payen, Rayer, Peligot.)

Liqueur hémostatique. — M. Heydrich avait, il y a quelques mois, adressé un spécimen d'une liqueur hémostatique dont il ne faisait pas connaître la composition, mais qu'il annonçait avoir très utilement employée dans divers cas chirurgicaux qu'il spécifiait ; il adresse aujourd'hui la formule de cette liqueur pour le cas où l'Académie voudrait en faire le sujet de quelques essais.

M. Velpeau est invité à prendre connaissance de cette communication.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans notre numéro du 25 mai, nous avons publié un avis dans lequel le ministre de l'instruction publique demandait à la Faculté de lui présenter une liste de candidats à la chaire de clinique externe, vacante par le décès de M. Roux; la Faculté a invité en conséquence les médecins qui désiraient être compris dans cette liste à produire leurs titres avant le 1er juin. Neuf candidats ont répondu à cet appel; ce sont MM. Jobert (de Lamballe), Michon, Maisonneuve, Gosselin, Richet, Huguier, Chassaignac, Giraldès et Morel-Lavallée.

— La *Vérité* (de Lille) publie la note suivante :

« Les besoins du service médical de l'armée d'Orient nécessitant de nombreux déplacements dans le personnel des officiers de santé attachés aux hôpitaux militaires, l'administration de la guerre doit se mettre en mesure d'assurer le service dans le cas où ce personnel viendrait à subir des réductions qui le rendraient insuffisant.

» En conséquence, MM. les médecins et pharmaciens civils de Lille qui voudraient, le cas échéant, se mettre à la disposition de l'administration pour le service médical de l'hôpital militaire de cette ville, sont invités à faire connaître leur intention à M. le sous-intendant militaire; il leur sera donné des renseignements sur les obligations qu'ils auraient à remplir pendant leur mission et sur la rémunération qui leur serait accordée. »

Le Sourd

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refnsées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institne nn fonds de 3,000 fr. ponr enconragements anx anteurs des meil lenrs travanx pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abounement des Médcoins on des Étudiants qui ne penvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la dcmande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

Nous n'avons pas aujourd'hui de chiffres à donner pour faire connaître le mouvement du choléra. La diminution graduelle qui s'était manifestée depuis deux ou trois semaines, et qui était accusée par les chiffres presque insignifiants des derniers bulletins, a pu faire considérer l'épidémie comme à peu près éteinte. Quoi qu'il en soit, par ce motif ou par tout autre, nous n'avons pu avoir communication des relevés de la semaine dernière. Il n'en faudrait cependant pas conclure que l'épidémie soit réellement parvenue à son terme, et qu'elle ait entièrement cessé de faire des victimes; depuis quelques jours au contraire, il y a eu une augmentation dans le nombre des invasions sur les deux semaines précédentes.

Dans notre dernière *Revue clinique*, nous parlions d'un malheureux malade affecté d'un cancer du maxillaire supérieur, qui a été pris d'une attaque de choléra au moment où M. Nélaton se disposait à l'opérer. Ce malade a rapidement succombé. Dans notre numéro d'aujourd'hui même il est question d'un petit enfant atteint de spina-bifida, et qui a été pris d'un choléra grave auquel il a presque miraculeusement échappé. Hier encore, dans ce même hôpital des Cliniques, M. le professeur P. Dubois avait à déplorer un nouveau cas parmi les femmes en couches, qui ont payé à l'épidémie un si large tribut depuis le mois de novembre; et il se présentait avec des caractères tels, qu'ils ne laissaient aucun espoir de sauver cette malade. Enfin, depuis quelques jours l'Hôtel-Dieu, la Charité et la Pitié ont reçu de nouveaux malades. Dans un service de l'Hôtel-Dieu notamment, où il n'y avait pas eu un seul cas depuis plus de quinze jours, il en a été reçu plusieurs ces jours derniers. Ajoutons qu'indépendamment de ces cas, qui ne diffèrent en rien, par l'acuité des symptômes et la rapidité de leur marche, du choléra le mieux caractérisé, il n'est pas rare de trouver çà et là, parmi les malades couchés dans les salles pour d'autres affections, des sujets atteints depuis plus ou moins longtemps de diarrhées et de vomissements incoercibles offrant toute l'apparence des déjections cholériques. Nous avons vu dans les salles de M. Rostan une femme qui depuis plus de quinze jours a de fréquentes évacuations présentant les caractères que nous venons d'indiquer, sans aucune autre symptômes et sans aucune autre lésion appréciable à laquelle on puisse rattacher ces troubles des organes digestifs.

Nous ferons remarquer enfin cette circonstance, qui acquiert une valeur réelle par sa fréquente répétition, c'est que l'accroissement notable qui s'est manifesté dans le courant de cette semaine coïncide encore une fois avec un abaissement sensible de la température. Si nous insistons tant et si souvent sur ce fait, c'est qu'il renferme à nos yeux un enseignement qui ne doit être perdu ni pour les médecins, ni pour l'administration, dans l'intérêt de l'hygiène publique et privée; ce fait démontre une fois de plus, à côté de la cause prédisposante spécifique inconnue qui ne cesse de planer sur nos têtes, et contre laquelle nous sommes complétement désarmés, l'influence de causes accessoires déterminantes, telles que les vicissitudes atmosphériques, les écarts de régime, les impressions morales vives, en un mot toutes les grandes causes communes de perturbations organiques, les unes qui ne peuvent être prévenues, les autres contre lesquelles il est possible et nécessaire de se prémunir.

Hémorrhagie utérine suite de fausse couche. — Tamponnement à l'aide d'un tampon de coton dit en queue de cerf-volant, et injections chaudes. — Arrêt immédiat de l'hémorrhagie.

Une jeune femme de vingt à vingt et un ans, enceinte de deux ou trois mois, venant d'avoir une fausse couche depuis quatre jours, a été apportée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, en proie depuis plusieurs heures à une hémorrhagie extrêmement abondante. On a immédiatement employé la glace, le ratanhia, l'ergot de seigle, mais sans résultat; l'hémorrhagie a continué. La nuit suivante, l'hémorrhagie devenant de plus en plus abondante, l'élève de garde a cru devoir recourir au tamponnement, mais sans plus de succès. On a de nouveau donné du ratanhia, on a pratiqué la compression de l'aorte; rien n'a fait. L'hémorrhagie persistait toujours.

Le lendemain matin, l'hémorrhagie continuait encore à l'heure de la visite, et la malade était dans un tel état de faiblesse et d'anémie, qu'on devait s'attendre d'un moment à l'autre à la voir succomber. Il n'y avait pas un moment à perdre; il fallait à tout prix arrêter l'écoulement du sang. Au point où en étaient les choses, il n'y avait plus à songer à des moyens médicamenteux, tous plus ou moins incertains; il n'y en avait qu'un dont le résultat pût être certain, c'était le tamponnement, mais à la condition d'être bien exactement fait. Voici de quelle manière M. Trousseau y a procédé lui-même.

Au lieu de charpie, que l'on emploie habituellement à cet usage, il s'est servi de coton cardé. Il l'a appliqué, non point en tampons isolés et poussés successivement les uns après les autres dans le vagin, mais d'après le procédé dit en cerf-volant, et qui consiste, comme on le sait, à enfiler une série de petits tampons les uns à la file des autres au moyen d'un long fil, de manière à former une succession de petits tampons tous liés les uns aux autres, et séparés par des intervalles égaux, comme une queue de cerf-volant. Chacun de ces petits tampons ayant été préalablement enduit de cérat, on les a successivement introduits un à un en les tassant et les pressant les uns contre les autres, jusqu'à ce que le vagin ait été suffisamment distendu et hermétiquement rempli. On a placé ainsi soixante tampons.

L'hémorrhagie a été immédiatement arrêtée, à la minute même. Ce tampon a été laissé à demeure jusqu'à cinq heures du soir. On l'a enlevé alors pour en remettre un autre, et l'on a pu s'assurer en l'enlevant qu'il ne s'était pas écoulé une seule goutte de sang. Une troisième et dernière application a été faite le lendemain matin. L'hémorrhagie était complétement arrêtée. On a pu dès ce moment donner une alimentation légère à la malade (du bouillon froid d'abord, puis un peu de poulet et de poisson). Toutefois, pour se prémunir contre toute chance de retour de la perte, le repos le plus absolu a été prescrit, et l'on a pratiqué des injections *chaudes*.

Plusieurs jours se sont écoulés ainsi sans qu'il y ait eu la moindre trace d'hémorrhagie. La malade a été mise à un régime plus fortifiant, et aujourd'hui elle est en pleine voie de rétablissement.

C'est là au premier aspect un fait très simple sans doute, et cependant il renferme plus d'un enseignement pratique. Tamponner, lorsque l'hémorrhagie est abondante, qu'elle dure depuis longtemps et qu'elle est incoercible par les agents astringents, coagulants chimiques, en un mot par les moyens médicamenteux usités en pareil cas, c'est un précepte qu'on pourrait presque dire banal. Mais comment doit être fait le tamponnement pour être efficace et pour remplir l'indication qu'on s'en propose, la coercition de l'hémorrhagie? C'est ici que le fait de M. Trousseau commence à devenir instructif. Le tamponnement avait été fait la veille ou la nuit précédente, et l'hémorrhagie n'en avait pas moins continué son cours nonobstant les tampons, qui en peu de temps avaient été imprégnés de sang et lui livraient passage presque sans obstacle. M. Trousseau tamponne à son tour, et l'hémorrhagie s'arrête immédiatement, et pour ne plus revenir. C'est qu'il y avait une grande différence entre la manière dont le tamponnement avait été fait par l'interne de garde et celle dont il a été fait par M. Trousseau. L'interne s'était servi, comme on le fait trop généralement, de boulettes ou tampons de charpie. Or la charpie, essentiellement hygrométrique et perméable au sang, est la plus mauvaise de toutes les substances que l'on puisse employer pour arrêter une hémor-

---

FEUILLETON.

DE LA PUBLICITÉ COMPARÉE
des divers journaux de médecine en Angleterre et en Espagne.
COUP D'ŒIL SUR LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

Je crois qu'il n'y a dans la société aucune classe d'hommes qui lise plus de journaux et qui en achète moins que celle des médecins. Ainsi, dans beaucoup de villes, les *clubs* (cercles et sociétés littéraires) ou les cabinets de lecture prennent un abonnement à un journal de médecine, et ce seul abonnement sert à 50 ou à 100 praticiens (1).

Il résulte de nos recherches sur l'état actuel de la presse médicale anglaise, dit l'*Association medical Journal*, que notre journal est aujourd'hui le plus répandu dans le Royaume-Uni. En effet, d'un état déposé à la chambre des Communes le 28 février 1854, il appert que pendant l'année 1853 le nombre des feuilles de papier imprimées par les divers organes du journalisme médical s'établit ainsi :

	Nombre de feuilles imprimées dans l'année.		Nombre de feuilles imprimées sur chaque n°.	
Association medical Journal. .	118,900,	soit par n°	2,286	(3)
Medical Circular.	106,583	—	2,049	
Provincial medical and surgic. Journal. (2).	40,950	—	1,706	
The Lancet.	82,000	—	1,576	
Medical Times.	65,025	—	1,250	

(1) En France les choses se passent à cet égard, du moins en ce qui concerne notre *Gazette*, à peu près comme en Angleterre; seulement, au lieu des cercles et des cabinets de lecture, ce sont en général les pharmaciens des localités de moyenne importance qui s'abonnent, afin de procurer aux médecins de leur clientèle le plaisir de lire sans frais les journaux qui les intéressent.

(2) Ce journal paraît deux fois par mois seulement.

(3) Ces chiffres représentent le nombre des abonnés.

Voici à peu près comment se classent les lecteurs d'un journal de médecine.

Un journal qui se tire à 500 exemplaires ne compte pas plus de 3 à 400 lecteurs, attendu que, dans l'espoir de voir s'accroître son succès, il tire toujours un nombre supérieur à celui de ses abonnés effectifs; et que, tant qu'il reste dans cette publicité restreinte, il n'est reçu ni dans les clubs, ni dans les cabinets de lecture.

Un journal qui se tire de 12 à 1,500 compte environ 2,500 lecteurs; mais dès qu'il atteint un tirage de 3,000, le nombre de ses lecteurs croît comme le carré des distances, car il est alors reconnu comme un instrument de travail, et non comme un simple objet de curiosité; et soit qu'on s'y abonne directement, soit qu'on le lise au club en prenant son thé, ou au cabinet de lecture voisin, on peut affirmer que ce journal est lu et consulté par la presque totalité du corps médical du royaume.

Les cinq journaux que nous venons de mentionner sont les plus importants qui se publient en Angleterre. Les autres sont des recueils mensuels ou trimestriels. Dans ce pays où chaque ville a son journal politique et presque toujours quotidien, la presse médicale n'est représentée, comme on le voit, que par un petit nombre de recueils d'une périodicité peu fréquente.

En France, le nombre des journaux de médecine est beaucoup plus considérable, puisque à Paris seulement on en compte :

3 semi-quotidiens;
3 hebdomadaires;
2 trimensuels;
4 bimensuels;
5 mensuels.

Combien tous ces journaux comptent-ils d'abonnés? Nous ne le savons qu'approximativement; mais ce que nous savons exactement, c'est que la *Gazette des Hôpitaux* a dépensé 284,000 feuilles de papier pendant l'année 1853, et plus de 120,000 feuilles pendant les trois premiers mois de 1854. C'est-à-dire qu'elle emploie quatre fois plus de papier que le plus répandu des journaux de médecine anglais, et que depuis le commencement de l'année 1854, le nombre de ses abonnés a presque doublé.

El Heraldo médico de Madrid publie de son côté la liste suivante des journaux espagnols de médecine, avec les sommes que chacun d'eux a payé à la poste, pendant le mois de mars dernier, pour l'affranchissement des numéros adressés à leurs abonnés de province.

	Rs.	Mrs.		fr.	c.
El Heraldo médico.	1341	14	soit	328	»
El Siglo médico.	703	30	—	176	»
El Restaurador farmacéutico. . . .	188	22	—	47	»
La Cronica de los Hospitales. . . .	128	»	—	32	»
El Porvenir médico.	105	18	—	26	50
El Divino Valles.	88	»	—	22	»
Los Anales de la Homeopatia. . . .	82	»	—	20	50
La Botica.	42	»	—	10	50
La Alianza farmacéutica médica. .	15	»	—	3	75
La Década Homeopatica.	11	6	—	3	»

Le prix d'affranchissement des journaux à Madrid étant d'environ 6 centimes, il en résulte qu'*El Heraldo* a expédié hors de la ville 5,466 feuilles dans le cours du mois de mars. Les journaux de Paris ont en général un quart de leurs abonnés à Paris même et les trois autres quarts dans les départements ou à l'étranger : s'il en est de même en Espagne, *El Heraldo*, qui publie huit numéros par mois, emploierait près de 82,000 feuilles de papier par an et compterait environ 900 abonnés. Il est facile de voir par ces calculs quel petit nombre d'abonnés doit compter la *Década Homeopatica !*

Il serait peut-être désirable, et dans tous les cas il serait curieux que chaque journal, imitant l'exemple de l'*Association medical Journal*, fît connaître le nombre de ses abonnés, ce qui implique nécessairement le degré d'estime dont il jouit et la mesure d'utilité qu'il représente.

A. BERNARD.

rhagie. Elle a en outre l'inconvénient de durcir et de blesser les parties avec lesquelles elle est en contact. La carde de coton, au contraire, surtout lorsqu'elle est enduite d'un corps gras, ne se laisse point imprégner; elle est douce, se laisse tasser avec une grande facilité et elle comprime admirablement sans blesser. D'un autre côté, la forme donnée aux tampons n'est pas non plus indifférente, et la forme en queue de cerf-volant a surtout cet avantage de se prêter avec une grande facilité à l'introduction ainsi qu'à l'extraction. C'est dans ces détails de l'application qu'il faut souvent chercher la cause des succès ou des insuccès des meilleures méthodes.

Enfin, on aura remarqué sans doute que M. Trousseau, au lieu de prescrire des injections froides, comme cela est conseillé dans tous les livres et pratiqué journellement, a prescrit des injections chaudes. M. Trousseau a été conduit à agir ainsi par des expériences qu'il a faites dans le temps avec M. Leblanc. « Qu'on mêle à » du sang de l'eau à 0, le sang ne se coagulera pas; qu'on le mêle » à de l'eau à 40° ou au-dessus, il se coagulera. » Il a reconnu depuis que les hémorrhagies étaient en effet beaucoup plus facilement et plus sûrement contenues par ce moyen que par les injections froides. L'expérience clinique a donc vérifié à cet égard entre ses mains les déductions de l'expérimentation physique qui démontre qu'on coagule le sang par de l'eau chaude et non par de l'eau froide. Quoi qu'il en soit de la justesse de ces déductions théoriques, le fait clinique que nous venons de rapporter est là qui démontre que les injections chaudes, loin de ramener l'hémorrhagie, comme on est généralement porté à le craindre, l'ont au contraire conjurée.

Tels sont les deux points de médecine pratique que nous voulions faire ressortir de ce fait.

De la salivation comme seul signe diagnostique différentiel entre la variole et la varioloïde dans les premières périodes.

La variole et la varioloïde ne diffèrent pas, comme on le croit et comme on l'enseigne généralement, par le plus ou moins d'intensité des symptômes initiaux, pas plus qu'elles ne diffèrent par l'intensité ou l'abondance de l'éruption elle-même. Elles ne diffèrent fondamentalement l'une de l'autre que par la manière dont se font la maturation et le dessiccation des pustules, et avant cette période par un seul signe qui permet de les distinguer dès le début de l'éruption, la présence ou l'absence de la salivation.

Telle est la proposition par laquelle M. le professeur Trousseau résume toute la question du diagnostic différentiel et par conséquent du pronostic de la variole et de la varioloïde.

Un exemple pris parmi les malades actuellement en traitement dans le service de M. Trousseau servira de développement naturel à cette proposition; dont nous laissons d'ailleurs, bien entendu, toute la responsabilité au savant professeur.

Le 24 mai, une femme est entrée à la salle Saint-Bernard éprouvant depuis deux jours une céphalalgie intense, des douleurs de reins, un affaiblissement considérable des membres inférieurs, des nausées, quelques vomituritions. Le soir même de son entrée à l'hôpital, elle eut le visage et la poitrine couverts d'une éruption violacée, comme s'ils eussent été trempés dans du jus de mûres. On crut d'abord avoir affaire à une scarlatine. Ce fut la première pensée du chef de clinique lorsqu'il vit pour la première fois la malade à la visite du soir; cependant, comme il n'y avait point de mal de gorge, l'idée d'une varioloïde (cette femme était vaccinée) vint alors à son esprit. Ce dernier diagnostic fut confirmé par l'événement. En effet, dès le lendemain et les jours suivants il se développa une grande quantité de petites pustules reposant sur un fond uniformément rouge violacé. On voyait, en outre, sur ce même fond çà et là de petites taches violettes plus foncées; taches ecchymotiques analogues au purpura. Bientôt cette éruption se généralisa et couvrit tout le corps, présentant partout les mêmes caractères, c'est-à-dire, au début, des caractères mixtes et qui semblaient appartenir à la fois à la scarlatine et à la varioloïde.

Considérant l'état général de cette malade, et à l'aspect surtout de la confluence de l'éruption, de ses caractères complexes, et de ces taches ecchymotiques, la plupart des assistants étaient enclins à voir là une variole de mauvais caractère et à porter un pronostic grave. M. Trousseau n'hésita pas, au contraire, à déclarer que cette femme n'avait qu'une varioloïde; que les taches ecchymotiques ne l'effrayaient nullement, pas plus que ne l'avait effrayé chez d'autres malades, dans le même cas, le délire accompagnant le cortége des symptômes fébriles généraux, puisque tout cet appareil général, si grave en apparence, n'était qu'un feu de paille qui s'éteindrait au premier jour.

Il n'est pas rare, ajoutait M. Trousseau, de voir des malades présenter tous les symptômes initiaux de la variole: céphalalgie intense, douleurs de reins, paraplégie variolique, vomissements, etc.; puis à ces prodromes succéder une éruption confluente aussi véhémente que dans la variole confluente, envahissant tout le corps, avec tuméfaction de la face, le tout accompagné d'un cortége fébrile des plus intenses, de délire durant plusieurs jours, etc.; et cependant ces malades n'avaient qu'une varioloïde dont les pustules se desséchaient sans arriver à maturation.

A quoi M. Trousseau reconnaît-il qu'on a affaire dans ces cas-là à une varioloïde et non à une variole? A un seul signe, à l'absence de la salivation, salivation que Sydenham considérait comme constante dans la variole confluente, et qui, suivant M. Trousseau, manquerait aussi constamment dans la varioloïde. La malade dont il s'agit ici, malgré la confluence de l'éruption, malgré l'apparence des symptômes initiaux et de l'état général accompagnant l'éruption, avait été jugée par M. Trousseau n'avoir qu'une varioloïde devant se terminer par simple dessiccation, sans aucun danger pour la vie, et cela par cette considération seule de l'absence de la salivation.

En effet, au dixième jour les pustules étaient affaissées et la plupart commençaient à se dessécher; quelques-unes même étaient déjà complétement desséchées, ressemblant à de petites verrues et rappelant ce que les anciens appelaient la variole cornée, *variolæ corneæ*. Dès ce moment la malade a pu être mise à une alimentation légère, et a été considérée comme convalescente. La guérison complète ne s'est pas fait longtemps attendre.

Ainsi, en résumé (et ce fait tend parfaitement d'ailleurs à venir à l'appui de cette proposition), la variole et la varioloïde, dans certains cas, ne diffèrent absolument en rien dans la période prodromique et dans la période d'éruption; en rien, si ce n'est la présence dans le premier cas, et l'absence dans le second, de la salivation.

Abstraction faite de ce signe, les deux maladies ne commencent à différer radicalement et à devenir fondamentalement distinctes qu'après le huitième jour, c'est-à-dire à l'époque de la maturation des pustules.

Spina-bifida opéré par la ponction et l'injection iodée.

Un enfant nouveau-né a été présenté à la consultation de M. Nélaton il y a environ un mois, portant un spina-bifida de la région inférieure du rachis. La tumeur, chez cet enfant, présentait des conditions particulières qui semblaient devoir rendre facile l'application d'un procédé opératoire qui a déjà été proposé plusieurs fois dans le but d'obtenir l'oblitération de la poche, l'injection iodée.

La tumeur était pédiculée, contrairement aux dispositions qu'elle présente le plus habituellement, où on la voit avoir une large base. Cette disposition, en effet, était particulièrement favorable à l'emploi de l'injection iodée, en permettant d'étreindre et de circonscrire nettement la tumeur à son pedicule pendant l'injection, de manière à empêcher le liquide d'aller au delà.

L'opération a été pratiquée comme il suit:

Pendant qu'un aide, tenant la tumeur par son pédicule, l'étreignait fortement entre les doigts, de manière à l'isoler entièrement de la cavité rachidienne, M. Nélaton a plongé dans la partie la plus saillante et la plus déclive à la fois un trocart pourvu de sa canule. Il est sorti environ la valeur d'un demi-verre de sérosité transparente. Puis une injection d'une quantité équivalente de teinture d'iode a été poussée dans la poche et y a été laissée à demeure pendant quelques minutes; puis on en a déterminé l'issue par des pressions et la malaxation de la tumeur. Pendant tout ce temps, la compression du collet avait été maintenue par les doigts de l'aide. L'opération terminée, les doigts ont été remplacés par un lien circulaire en caoutchouc, qui avait pour double objet de maintenir la séparation de la cavité de la tumeur avec la cavité rachidienne, et de concourir en même temps à la production du travail d'adhésion des parois de la poche.

Les suites immédiates de l'opération n'ont rien présenté de particulier à noter. Elles ont été parfaitement bien supportées par l'enfant, dont la santé n'a pas paru sensiblement altérée. Il ne s'est manifesté aucun trouble nerveux ni pendant l'opération ni à sa suite. Quelques jours après il est survenu quelques pustules d'ecthyma iodique. Quant à la tumeur, elle n'a présenté aucune modification sensible dans son volume ni dans sa consistance. Tel était encore l'état de l'enfant huit jours après l'opération; de sorte qu'on ne peut rien préjuger encore sur son issue définitive; mais tout ce que l'on peut dire sur ses résultats immédiats, c'est qu'ils ont été d'une innocuité parfaite.

Rien n'était changé dans l'état de l'enfant le quinzième jour après l'opération, si ce n'est que la tumeur était un peu plus dure et non réductible. Le lien de caoutchouc avait produit une légère ulcération autour du collet. La tumeur conservait toujours d'ailleurs à peu près le même volume.

Une particularité digne d'être notée ici en passant, c'est que ce petit enfant a été pris il y a quelques jours d'une attaque de choléra très caractérisée et très intense, et qu'il en est aujourd'hui parfaitement rétabli.

M. Nélaton reviendra, suivant toute apparence, à une nouvelle injection. Nous en ferons connaître le résultat. — Dr Brochin.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Nécrose de la paroi antérieure des sinus frontaux,

Par M. le Dr Roux fils (de Brignolles), à Marseille.

La plupart de nos ouvrages classiques ne font qu'effleurer l'étude des maladies des sinus frontaux, qui pourtant sont loin d'être rares. Mais le diagnostic de ces affections présente quelquefois des difficultés signalées depuis longtemps par Hoffmann et Lieutaud.

Nous devons à Richter le premier mémoire spécial sur ce sujet; mais c'est surtout M. Dezeimeris (journal l'*Expérience*, t. IV) qui a colligé avec un soin extrême les divers faits épars çà et là dans les publications françaises et étrangères. Cet auteur s'occupe:

1° Des abcès des sinus frontaux;
2° Des plaies et trépanations;
3° Des polypes et hydatides;
4° Des corps étrangers vivants ou inertes.

Nous croyons qu'il serait possible de mettre plus d'ordre dans cette étude en adoptant, pour les maladies des sinus frontaux, la classification que nous avons établie pour celle des sinus maxillaires. (*Voyez* Thèses de Montpellier, 1854.)

On pourrait ranger dans la première section les lésions propres des sinus: inflammation, collections liquides, tumeurs formées de tissus ayant leur analogue dans l'économie, tumeurs formées de tissus anomaux etc. La deuxième comprendrait les lésions des parois: périostite, ostéite, carie, nécrose, exostose, etc.; et la troisième les tumeurs qui, nées au dehors des sinus, viennent y faire saillie: polypes, tumeurs fongueuses.

Nous venons de citer la nécrose des parois des sinus frontaux, et cependant les mémoires spéciaux gardent un silence à peu près complet sur cette lésion. Nous trouvons à peine mentionnée la sortie de quelques petites esquilles à la suite d'abcès du sinus. Voici l'histoire d'une nécrose plus considérable survenue chez un malade que nous avons eu à traiter.

Obs. — M. Roustan, apprenti marin, âgé de dix-huit ans, doué d'une bonne constitution, d'une taille assez élevée, se trouvant, dans le courant du mois d'avril 1853, à prendre des ris pendant un grain, fut renversé violemment sur la vergue et éprouva la vive et légitime frayeur d'un homme sur le point de tomber à la mer.

Un mois après cet accident, ce jeune homme éprouva une céphalalgie très intense suivie bientôt d'un assoupissement profond. La face commence à se tuméfier; l'œdème envahit les paupières, empêche la vision pendant huit jours, et prend des proportions si considérables, que, d'après l'expression de Roustan, sa tête ressemblait à une outre. Le malade percevait en se mouchant une odeur désagréable de pourri. Le chirurgien du bâtiment ne pouvant se résoudre à employer la lancette, se contentait de purgatifs légers, de révulsifs aux membres inférieurs.

La tuméfaction continua à se développer, et une ouverture spontanée se fit au-dessus de l'œil droit (vers la fin de juillet 1853).

Une collection purulente assez considérable se vida par cette ouverture; mais bientôt un nouvel abcès s'étant formé nécessita une seconde ouverture, pratiquée par un médecin, au-dessus de l'œil gauche. Cet orifice fut maintenu quelque temps béant; le décollement de la peau du front occupait alors une assez large étendue; plus tard il diminua, les téguments s'épaissirent. Le malade resta ainsi environ quatre mois, sans faire aucun traitement.

Lorsque Roustan vint réclamer nos soins, vers le 15 décembre, la face était monstrueuse; la racine du nez était dure, élargie considérablement; sans changement de couleur à la peau; et quand on explorait en pressant fortement les bosses frontales, le bord interne des deux orbites, les os unguis et les os du nez, on pouvait croire à une ostéite avec développement considérable.

Les paupières supérieures étaient tuméfiées et masquaient à moitié le globe oculaire; la gauche présentait en dedans, sous le bord orbitaire, la cicatrice laissée par l'ouverture du deuxième abcès vidé par la lancette.

Il n'y avait jamais eu de coryza, d'écoulement d'aucune espèce par les fosses nasales, la respiration était libre; le malade n'éprouvait aucune douleur de tête, aucune migraine; son sommeil et son appétit étaient parfaits; il pouvait lire à la lampe fort longtemps sans se fatiguer. Nous prescrivîmes l'iodure de potassium à la dose d'environ 1 gramme par jour dans de la tisane de houblon, un régime nourrissant et sain, le repos d'esprit et de corps.

Il était bien difficile de déterminer, dans le principe, à quelle lésion nous avions affaire. L'absence de céphalalgie, de migraine, que Deschamps regardait comme un résultat constant de l'inflammation des sinus frontaux, éloignait la pensée d'une collection liquide qui aurait écarté les parois des sinus et agrandi ces cavités. Les abcès du sinus succédant à la carie, à la nécrose des parois, procurent d'ordinaire une douleur sourde au front ou à la racine du nez; il y a souvent des frissons, de la fièvre.

Ici l'absence de ces symptômes contribuait à rendre le diagnostic obscur. Ce qu'il y avait de probable, c'est que nous avions sous les yeux une lésion de l'os plutôt qu'une phlegmasie de la muqueuse des sinus. Mais quelle en était la nature? Le malade ne paraissait pas scrofuleux; ses parents sont sains, et ses nombreuses sœurs jouissent de la meilleure santé. Nous n'avons pu obtenir de lui l'aveu qu'il ait, avant ou pendant son voyage en Amérique, contracté la vérole, qu'il s'y soit même exposé. Rien, sur ses organes génitaux, ne mit sur la voie du passage d'une affection semblable. L'abcès assez volumineux qu'il avait eu dans le golfe du Mexique, le décollement qui en était résulté, étaient-ils la cause ou l'effet de la lésion que nous avions sous les yeux? Quoiqu'une vive frayeur soit seule signalée par le malade, il ne serait peut-être pas déraisonnable de penser que pendant la manœuvre un coup ait pu être porté directement sur l'os, dont la maladie a été favorisée par le défaut de soins et le mauvais régime des navires marchands.

Vers le milieu de mars, un peu d'empâtement se manifesta entre les sourcils; la cicatrice de la paupière gauche se rouvrit et donna du pus pendant une quinzaine de jours. Un autre abcès s'était fait jour au-dessous du grand angle de l'œil droit. Outre le développement extraordinaire du front, du nez, des paupières, la dureté et l'insensibilité des tissus qui rendaient ici le diagnostic très obscur, l'embarras était encore augmenté par la difficulté de sonder les trajets fistuleux de l'orbite. Un stylet en argent flexible ne pouvait explorer convenablement les parties osseuses voisines; on ne pouvait remonter sur le front, où paraissait être le point de départ de l'ostéite que nous soupçonnions, ni, comme l'avait fait Dupuytren, reconnaître la mobilité d'un séquestre par l'introduction de deux stylets par deux fistules éloignées. Il fallait chercher une autre voie, et nous proposâmes une incision verticale de 2 centimètres au centre des sourcils; en remontant sur la partie antérieure du coronal, espérant ainsi nous frayer une voie plus directe et reconnaître l'état de cet os. Le peu de sensibilité des téguments éloignait la crainte d'exposer le malade à des douleurs inutiles; d'un autre côté, nous ne pouvions rester plus longtemps dans l'incertitude.

L'incision cruciale de Riberi et l'incision courbe de M. Velpeau ne parurent pas nécessaires. Après avoir incisé toutes les parties molles, nous pûmes introduire un stylet boutonné à 4 centimètres obliquement vers l'angle interne de l'œil droit et à 3 centimètres d'avant en arrière. Dans cette direction, la tuméfaction des parties molles pouvait en imposer; mais dans la direction oblique en bas et à droite, il est certain que l'instrument explorateur parcourait toute l'étendue des sinus depuis la partie supérieure jusque sous l'unguis. La direction oblique à gauche ne pouvait être suivie aussi profondément; il arrive souvent que les sinus frontaux sont moins développés de ce côté, et nous dûmes supposer qu'il en était ainsi dans le cas présent.

Dans la plupart des observations où il est question de la perforation des parois des sinus, nous voyons les chirurgiens témoigner une certaine surprise et quelquefois même un peu d'appréhension en voyant à quelle profondeur on peut pousser un explorateur. Aussi, en faisant part à la famille de ce que nous avions reconnu, nous lui montrâmes une tête de squelette sciée sur la ligne médiane, les sinus frontaux ouverts, et il nous fut facile de lui prouver qu'il existait une ouverture de ces sinus aux dépens de la table externe, tandis que la table interne existait seule tapissée par une membrane intacte et protégeant le cerveau et ses enveloppes. Le sang ayant coulé assez abondamment après l'incision, nous fîmes moucher fortement le malade, et une goutte à peine s'échappa par les fosses nasales. L'ouverture pratiquée fut maintenue ouverte par des mèches de charpie enduites de cérat, et plus tard trempées dans le baume de Fioravanti.

Nous avions annoncé que nous porterions une couronne de trépan sur les bords de l'ouverture intersourcilière si la guérison des trajets fistuleux se faisait attendre; nous espérions cependant modifier par les pansements l'état de l'os sans recourir à cette opération.

Nous étions ainsi arrivé au 10 mars, la suppuration inondait les joues et les yeux de Roustan. La cavité frontale ne présentait encore aucun changement, lorsque la paupière gauche se tuméfia plus fortement que jamais, et une pièce osseuse s'échappa par l'ouverture; en voici les dimensions: largeur, de 14 à 15 millimètres; épaisseur, de 1 à 2 millimètres; lisse en dehors à sa face convexe, très peu rugueuse en dedans à sa face concave.

Quelques jours après l'issue de ce séquestre, la suppuration diminua et devint de meilleure qualité; la mèche de charpie avait de la peine à pénétrer dans la plaie du front; le décollement des paupières à gauche et à droite fut modifié par l'introduction d'un crayon de nitrate d'argent. Nous incisâmes de nouveau au-dessus des deux sourcils pour ne pas laisser oblitérer l'ouverture médiane, et nous continuâmes les pansements. Mais vers la fin d'avril, l'explorateur ne pouvant plus pénétrer dans les sinus, nous nous décidâmes à rapprocher avec du diachylon les bords de l'incision et à nous contenter du traitement interne.

La précision avec laquelle nous sommes tombé avec le bistouri sur l'ouverture laissée libre devant les sinus par le déplacement du séquestre n'est point l'effet du hasard. Nous dûmes choisir ce point pour faire plus facilement nos recherches, et parce que c'était là le point de départ de la maladie.

Au milieu de mai toutes les ouvertures sont cicatrisées; celle du front est linéaire et un peu enfoncée. En appuyant le doigt dessus, on reconnaît qu'une perte de substance a été faite au coronal et qu'il existe là des adhérences solides.

Aujourd'hui, fin mai, le jeune Roustan cherche à s'embarquer en qualité d'aspirant auxiliaire. Les trajets fistuleux des paupières sont fermés depuis longtemps; la cicatrice placée entre les sourcils est linéaire, très peu déprimée; la peau voisine devient mobile. On ne perçoit pas d'enfoncements quand on presse avec l'index, de sorte que la table antérieure des sinus frontaux paraît rétablie. Le front et la racine du nez, autrefois difformes et d'une largeur effrayante (bovine), ont repris leur forme primitive; les traits sont réguliers et bien faits. Tout annoncé une guérison durable.

INFIRMERIE ROYALE D'EDIMBOURG. — M. Dunsmure.

Rupture du ligament latéral interne de l'articulation du genou. — Guérison.

Francis M'kay, âgé de quarante ans, forgeron, entre à l'hôpital le 21 juin 1853. Il raconte que, sautant par-dessus une pierre en descendant Arthur's seat, quelques heures avant son admission, son pied gauche glissa en dehors, en même temps son genou inclina en dedans et vint frapper très violemment la terre. Il sentit alors bien distinctement que quelque chose se frayait un passage dans son articulation avec un craquement à la face interne du genou, pendant que la jambe était à moitié ployée sous lui. Il ne put se relever, et ses compagnons, croyant à une luxation, exercèrent immédiatement une violente traction sur la jambe pour la remettre en place. Mais il ne pouvait marcher et accusait de vives douleurs; on le porta dans une maison et de là à l'hôpital.

Après avoir placé le malade sous l'action de l'agent anesthésique, nous procédons à un examen soigneux du membre: pas de traces de fracture, mobilité non ordinaire du genou dans la direction latérale; on peut, lorsque la jambe est étendue, la plier en partie sur la cuisse dans la direction externe. Ce même mouvement ne peut s'exécuter dans une direction interne; pour tout dire, en un mot, la jambe peut être remise en droite ligne avec le fémur, mais ne peut aller au delà en dedans.

La partie située au-dessous du genou est gonflée et présente un volume double du genou opposé; les téguments sont tendus et en partie décolorés, les veines superficielles sont très distendues, effusion considérable de sang dans l'articulation; au-dessus de cette partie tout est naturel. La douleur dans le genou est très vive, mais surtout à la face interne de la tête du tibia, là où il sentit quelque chose s'ouvrir un chemin. Les artères poplitées et tibiales battent aussi fort qu'au côté opposé.

Le membre est placé dans l'appareil de M'Intyre, seize sangsues posées au genou et une lotion s'évaporant facilement dirigée sur l'articulation. Purgation par un sel antimonial.

Le jour suivant, douleur moins vive, pouls modéré; gonflement de l'article et du membre considérablement diminué. Plus d'embarras gastrique.

Le 24 juin, douleur du genou presque disparue, mais toujours effusion considérable dans l'articulation. Gonflement de la jambe bien diminué: les téguments prennent une couleur jaune grisâtre.

Le 1er juillet, genou sans douleur, gonflement disparu, veines ordinaires; les téguments sont toujours d'un jaune sombre.

Depuis ce moment, le malade va mieux rapidement, et le 22 juillet il sortait guéri, c'est-à-dire un mois après l'accident.

Ce cas est évidemment une rupture du ligament latéral interne; il est intéressant, car il montre la rapidité avec laquelle une grande articulation a guéri d'un accident sérieux, sans une inflammation qui aurait pu détruire l'articulation.

Luxation en arrière du tibia et du péroné.

L'observation suivante est un exemple de luxation très rare, et montre comment, par un traitement antiphlogistique sévère, on peut préserver une articulation qui, comme celle du genou, est si facile à se désorganiser lorsqu'elle est attaquée par une synovite aiguë.

John Bayle, âgé de quarante quatre ans, terrassier, entre dans mon service le 2 août 1853. Il travaillait sur la branche de jonction des chemins de fer Calédonien, d'Edimbourg et Glascow, lorsqu'un éboulement de terre eut lieu sur lui, poussant son corps en avant, pendant que sa jambe droite restait fixée. Renversé par ce poids, sans pouvoir se relever, il fut immédiatement porté à l'Infirmerie, avec un de ses compagnons blessé dans cet accident.

On examina le membre. Les têtes du tibia et du péroné étaient déplacées en partie en arrière; les condyles du fémur proéminents; ligament de la rotule non rompu; impossibilité de fléchir ou d'étendre le genou. Le malade est placé sur un lit, et mon chef de clinique, le docteur Broadbenk, aidé par un de ses élèves, étendit si habilement la jambe, que sans la moindre opération les os se trouvèrent dans leur position normale. Le membre est maintenu dans l'immobilité, un courant d'eau établi sur le genou. Le malade est très abattu.

Quand, le lendemain, je le vis à ma visite, le genou était enflé et très douloureux au toucher; l'état de dépression disparaissait pour laisser place à la période de réaction. — 24 sangsues sont appliquées deux jours de suite avec beaucoup de soulagement; régime antiphlogistique très sévère.

Les symptômes deviennent moins sérieux. Les sangsues, les lotions chaudes, une diète légère, le repos absolu ont si bien enlevé toute douleur, qu'à la fin d'août je puis croire le malade hors de danger. Je retire donc le membre de l'appareil de M'Intyre. Mais alors le malade, se trouvant bien, prit l'habitude (à mon insu) de sortir de son lit et de se promener un peu dans les salles. Cette conduite imprudente fit déclarer une nouvelle inflammation de l'article. Les sangsues, les antiphlogistiques s'en rendirent bientôt maîtres, et le genou fut condamné au repos absolu. Le malade ne put se convaincre de la nécessité de ce repos absolu, et, ennuyé de cette surveillance, il sortit, sur sa demande, de l'hôpital le 4 octobre.

Avant le retour de l'inflammation, toute tuméfaction avait disparu; mais à sa sortie de l'Infirmerie, quoiqu'il n'y eût pas de douleur, le genou présentait encore une augmentation de volume.

J'ai entendu parler de ce malade le 6 décembre dernier. Il pouvait sans fatigue aller à Portobello, à trois milles et demi de sa maison; cependant son genou avait encore quelque chose de roide.

(*Edinburg med. and surg. Journal.*)

De l'emploi de la digitale et de l'oxyde blanc d'antimoine comme traitement exclusif de la pneumonie.

Par M. le Dr A. Barbier.

Dans le pays montagneux où j'exerce, et où les vicissitudes atmosphériques incessantes rendent endémique la maladie qui nous occupe, je ne me rappelle pas avoir perdu un seul malade (sur plusieurs centaines) de pneumonie simple, et exempte de ces complications qui déroutent la science et rendent l'art impuissant.

J'ai eu à traiter des vieillards et des enfants, des pléthoriques et des cacochymes, et j'ai toujours employé le même traitement d'une manière exclusive; les doses seules ont dû changer dans mes formules, selon les âges et les diverses indications pathologiques.

Je suis appelé au chevet d'un malade. Il a dès l'abord éprouvé des frissons, et bientôt sont survenus des points de côté, de la dyspnée, de la toux et l'expectoration rouillée ou rouge; le pouls est plein et accéléré, etc. Enfin, les signes stéthoscopiques ne laissent plus de doute sur le diagnostic: il s'agit d'une pneumonie aiguë inflammatoire.

Première prescription pour deux jours, pour un sujet adulte et bien constitué:

Prendre toutes les trois heures (de cinq à neuf heures du soir) une cuillerée à bouche de la potion suivante, dans une tasse d'infusion, *ab libitum*:

Eau gommée.	125,00
— de fleur d'oranger.	30,00
— de laurier-cerise.	10,00
Teinture de digitale.	3,00
Oxymel scillitique.	30,00
Nitre.	2,00

Dans la journée, infusions béchiques gommées et sucrées avec le sirop de mou de veau; le soir, sinapismes aux membres inférieurs, boissons chaudes, diète.

Le troisième jour, je trouve le malade plus calme; la peau est moins brûlante, le pouls est déprimé, la respiration et la toux sont moins pénibles; en un mot, les symptômes généraux inflammatoires ont perdu de leur intensité; un effet sédatif a eu lieu; le malade est préparé à l'oxyde blanc d'antimoine.

Deuxième prescription. — Potion à prendre dans les 24 heures:

Infusion d'hysope.	100,00
Oxyde blanc d'antimoine.	2,00
Sirop de digitale. . . . . . } — diacode. . . . . }	15,00

Cette potion est renouvelée tous les jours (en augmentant chaque jour de 50 centigr. la dose de l'oxyde blanc), pendant trois, quatre et rarement cinq jours. Dès le deuxième ou le troisième jour le râle crépitant a diminué, et l'expectoration perd sa couleur caractéristique. A dater de ce moment, le mal marche rapidement vers la guérison. Les tisanes de fruits béchiques, les infusions aromatiques, etc., achèvent la cure, et après une moyenne de huit ou dix jours le malade est guéri pour ainsi dire sans convalescence, ce qui ne saurait être dans les plus heureux cas de guérison par les émissions sanguines.

Je ne saigne jamais, malgré les instances des malades ou des assistants, et je n'ai jamais regretté de ne l'avoir pas fait.

J'ai vu, mais très rarement, l'oxyde d'antimoine rester inefficace jusqu'au troisième jour; dans ce cas-là, je n'insiste pas davantage sur son administration, et je le remplace par le kermès à doses moitié moindres.

Chez les vieillards, lorsque la pneumonie est compliquée d'un catarrhe pulmonaire, j'ajoute aux moyens précités l'application d'un emplâtre stibié entre les épaules et l'usage des pastilles d'ipéca, des balsamiques, des toniques, etc.

Il va sans dire que dans tous les cas on doit subordonner les doses d'oxyde d'antimoine et de digitale aux âges, aux symptômes divers et à toutes les indications intercurrentes.

Je termine en recommandant cette méthode à mes confrères; ce n'est qu'en généralisant l'usage de l'oxyde blanc d'antimoine qu'on parviendra à lui donner le rang qui lui convient dans la thérapeutique de la pneumonie. (*Rev. de thérap.*)

DE L'IODURE DE FER ET DE SES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES.

Par M. le docteur Petit.

Autant l'iodure de potassium est souverain contre les accidents constitutionnels de la syphilis, autant ses propriétés curatives sont faibles, l'expérience l'a démontré, lorsqu'on l'emploie contre les maladies que l'on est convenu de désigner sous le nom d'affections *lymphatiques*. A cet état de combinaison, il semble que l'iode ait perdu une partie de cette vertu *antiscrofuleuse* incontestable que lui reconnaissent tous les médecins de nos jours et dont les praticiens du siècle dernier avaient constaté l'existence sans savoir à quel élément la rapporter.

D'autre part, l'iode, à l'état de corps simple, est complétement inapplicable par les voies digestives, quelles que soient les substances auxquelles on tente de l'associer; aucun des mélanges dont il constitue le principe actif n'est toléré par l'estomac, et dans tous ces mélanges les effets pathogéniques dominent les effets thérapeutiques.

Dans ces dernières années, on a eu l'heureuse idée de former une combinaison avec l'iode et le *fer*, cette base de la médication analeptique ou reconstituante.

Ce n'est point ici le lieu de revenir sur l'efficacité des préparations ferrugineuses en général. Le fer est, après les substances douées de vertus spécifiques, telles que le mercure, le quinquina, etc., le médicament dont les propriétés sont le mieux définies, le mieux connues, le plus incontestablement établies. Combiner l'iode au fer, unir l'antiscrofuleux par excellence au plus énergique et au plus constant des réparateurs était donc une idée qui ne pouvait avoir que d'excellents résultats, et l'expérience a prouvé, en effet, que l'iodure de fer était un des plus précieux médicaments dont la chimie eût enrichi l'art de guérir.

Aussi n'est-il pas un traité dydactique consacré à l'histoire des affections chroniques par débilité générale, par atonie, des maladies à caractère scrofuleux ou rachitique qui ne renferme la démonstration par des faits de l'efficacité du nouveau sel. Déjà, à plusieurs reprises, la *Gazette des Hôpitaux* a eu occasion de faire ressortir les avantages de l'iodure de fer, sa supériorité sur les autres iodures en même temps que sur les autres ferrugineux, tant pour la constance et la promptitude de son action, que pour la facilité de son administration.

Sur les iodures, et sur l'iodure de potassium en particulier, qui semble être devenu le sel d'iode par excellence, il a cet immense avantage, de ne pas déterminer ces gastralgies, ces *pincements* d'estomac si fréquents, qui, bien que d'assez courte durée habituellement, ne forcent pas moins certains malades à en suspendre l'usage au grand préjudice de leur santé. Il n'est jamais nécessaire d'en porter la dose assez haut pour avoir à redouter l'ivresse iodique, le flux catarrhal de toutes les muqueuses, etc. Soluble, facilement assimilable, on le fait prendre aux malades au moment des repas, tandis que l'iodure de potassium agit d'autant mieux qu'il est pris à jeûn, et c'est là la principale cause des gastralgies qui en sont la conséquence.

Sur la plupart des autres ferrugineux, ses avantages ne sont pas moins grands. Les uns sont insolubles et rendent souvent les digestions difficiles; dans les préparations solubles, la présence d'acides minéraux violents (sulfate, chlorure de fer) occasionne fréquemment des dyspepsies incommodes. Sous ce double rapport, on ne saurait disconvenir que l'iodure de fer n'offre encore une supériorité marquée.

Nous avons dit que l'iodure de fer est un sel éminemment soluble. Peut-être même pourrait-on dire qu'il l'est trop, car cette solubilité est aussi une cause de facile altérabilité. Heureusement ici, l'art pharmaceutique est venu prêter son utile concours à la science. Si le contact de l'air tend à dénaturer la préparation, il est essentiel de l'abriter sous une couche imperméable, et c'est en effet à la forme pilulaire qui

permet d'obtenir ce résultat nécessaire à la conservation du médicament que les rapporteurs de l'Académie de médecine ont donné leur approbation, ratifiée par la savante Compagnie dans sa séance du 13 août 1850 (voir le *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome XV, page 1046, Formule et mode de préparation des pilules d'iodure de fer de M. Blancard). Pour donner une idée plus exacte de ce nouveau procédé (1) de conservation de l'iodure de fer, nous ne croyons pas pouvoir faire mieux que de citer ces quelques lignes de M. Orfila, dont personne ne contestera l'autorité en pareille matière :

« Pour conserver indéfiniment les pilules d'iodure de fer, on roule » celles-ci dans de la poudre de fer afin d'empêcher leur oxidation » pendant qu'on les prépare ; puis on les enduit d'une sorte de vernis » fait avec une dissolution éthérée de baume de tolu privé d'acide » benzoïque par une digestion préalable dans l'eau. Ce procédé est » fondé sur la grande volatilité de l'éther et la non-solubilité dans ce » véhicule de la substance qu'on veut protéger. » ORFILA, *Eléments de chimie*, 1851, t. II, p. 488.)

Inutile d'ajouter que sous cette forme l'iodure de fer, se dissolvant peu à peu dans toute l'étendue des voies digestives, est moins sujet à causer des accidents que si la dissolution et l'absorption du sel ferreux se faisaient rapidement dans un seul et même organe.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

ADDITION A LA SÉANCE DU 6 JUIN 1854.

Suite et fin du discours de M. Malgaigne sur le redressement utérin (2).

M. Hervez de Chégoin admet que les engorgements qui accompagnent les déviations en sont souvent le résultat, et loin de faire obstacle à la réduction, la réclament et disparaissent avec elles.

M. P. Dubois ne considère la déviation que comme un épiphénomène et attache une importance exclusive à la phlegmasie de la muqueuse utérine.

M. Velpeau nie l'existence de l'engorgement.

Pour M. Robert, c'est le catarrhe utérin et l'érosion granuleuse qui sont l'élément principal à prendre en considération.

De telle sorte qu'en présence d'une même femme, M. Depaul, trouvant un gonflement du col avec déviation, considérerait celle-ci comme étrangère aux symptômes présentés par cette femme ; M. Hervez de Chégoin, au contraire, considérerait la déviation comme le point de départ de tous les phénomènes. Ils pourraient bien peut-être avoir raison tous les deux, et voici comment.

Nous sommes quelquefois appelés à examiner des femmes qui ne se plaignent pas de l'utérus, et nous trouvons chez ces femmes des cols gros; si elles souffrent, on n'hésitera pas à dire qu'il y a engorgement; si elles ne souffrent pas, c'est qu'il n'y aura pas d'engorgement.

Est-ce la présence d'une ulcération qui résoudra la question de diagnostic? M. Gosselin dans un excellent travail a dit que les ulcérations de l'utérus n'étaient rien par elles-mêmes : elles ne sont qu'une partie très accessoire de la maladie.

On sait que les érosions simples ou granuleuses n'ont pas plus de valeur aux yeux de M. P. Dubois.

Serait-ce les granulations? Même réponse.

Je veux par ces citations contradictoires prouver une chose, c'est que les maladies de l'utérus sont très mal jugées si l'on ne s'en rapporte qu'à un seul symptôme; je crois qu'il y a des phénomènes qui peuvent révéler des affections de l'utérus, mais je ne crois pas qu'il faille se prendre isolément à tel ou tel symptôme, parce que chacun d'eux isolément prouve très peu.

Quelle est donc la maladie qui mérite le nom d'inflammation, d'engorgement, de métrite ? Quel est le rôle des déviations dans cette affection ?

Cette dernière question est difficile, parce que, de même qu'il y a un grand nombre d'individus qui ont des hernies sans le savoir, il y a aussi un grand nombre de femmes qui ont des déviations utérines sans s'en apercevoir. Mais il y en a aussi qui n'ont que des déviations pures et chez qui ces déviations produisent des accidents et de la douleur.

J'ai été pendant plusieurs années dans le service des hernies, où l'on a aussi à appliquer des pessaires. Les femmes atteintes de déviations et à qui l'on fait porter des pessaires reviennent souvent quelque temps après en déclarant qu'elles ont été soulagées par leur pessaire. Ces femmes-là évidemment n'avaient pas de métrite.

Une autre chose qui m'a beaucoup étonné, ce sont les succès de M. Hervez de Chégoin. Des femmes qui souffraient de très vives douleurs sont soumises à l'usage d'un pessaire ; elles n'ont pas plutôt mis ce pessaire qu'elles en éprouvent du soulagement. J'ai vu aussi nombre de femmes atteintes d'antéversion qui étaient très soulagées par l'application d'une ceinture hypogastrique.

Je me rappelle, à cette occasion, un fait dont j'ai été témoin à l'hôpital Saint-Louis. Une femme entra dans un autre service que le mien, souffrant de douleurs telles du côté de l'utérus qu'elle ne pouvait marcher. On reconnut une ulcération, et l'on cautérisa. Cette femme fut renvoyée comme guérie, mais ayant toujours en réalité ses douleurs. Elle était guérie de son ulcération, mais elle souffrait plus qu'avant.

J'ai reconnu, par suite de mes recherches, qu'il y avait une grande différence entre les femmes qui peuvent supporter les pessaires ou les ceintures hypogastriques et celles qui ne peuvent pas les supporter ; c'est que les premières avaient des déviations compliquées d'engorgements, de métrites et de névralgies, tandis que les autres n'avaient que des déviations simples.

Depuis que j'ai fait ce diagnostic différentiel, je n'ai plus rencontré de femmes qui ne pussent supporter la ceinture hypogastrique et qui s'en plaignissent. La manière dont les femmes supportent la ceinture était désormais, pour moi, un moyen sûr de reconnaître s'il y avait là de l'irritation, une métrite chronique ou une simple déviation.

J'en dirai autant pour ce qui concerne le volume du col. Un col gros sans douleur ne signifie rien ; mais lorsque l'augmentation de volume du col s'accompagne de douleur, et d'une douleur qui ne diminue point par le séjour au lit, il prend alors une tout autre signification. Il faut dans ce cas recourir à un traitement et au repos.

On a dit que c'était une chose fâcheuse que de tenir les femmes au lit. Oui, mais c'est une condition indispensable du traitement, à moins qu'on n'ait affaire qu'à une lésion simple mécanique ou à des douleurs névralgiques.

Je viens de parler de douleurs névralgiques. Lorsqu'on ne découvre pas d'engorgement inflammatoire, il faut chercher si la douleur n'est pas de nature névralgique. Mais où trouver les éléments de la solution d'un pareil problème? Il n'en est question nulle part. J'ai eu beau chercher dans les auteurs, dans le travail de M. P. Dubois, et à peine si j'ai trouvé là-dessus quelques lignes.

Il existe donc des névralgies du col utérin. Quand chez une jeune fille vierge, par exemple, il existe, sans engorgement ni écoulement, une douleur dans la région du col, le col et l'utérus étant d'ailleurs l'un et l'autre aussi petits que possible, peut-on méconnaître là les signes d'une névralgie? J'ai trouvé en général que ces névralgies du col s'accompagnent en même temps de névralgies dans d'autres régions du corps, mais dans les régions supérieures, le tronc et les membres supérieurs; dans les nerfs intercostaux, par exemple. Je ne parle pas des névralgies des annexes de l'utérus, car dans celles-ci les névralgies concomitantes siégent au contraire aux membres inférieurs.

Mais ces névralgies elles-mêmes peuvent coexister quelquefois avec un engorgement, une inflammation catarrhale ou une ulcération. C'est dans ces cas complexes que le diagnostic est difficile. Où et quand a commencé le mal? quel est des divers éléments constitutifs de la maladie celui qui a débuté le premier, celui qui a le plus d'importance? C'est là ce qu'il est souvent très difficile de déterminer.

Avec ces idées pour guide, je n'ai pas trouvé tout à fait satisfaisante la critique que M. Depaul a faite des faits de M. Valleix. Comment, d'ailleurs, était-il possible d'apprécier avec quelque exactitude une méthode que M. Valleix a appliquée tout à fait empiriquement.

S'ensuit-il de là qu'il faille condamner radicalement la méthode du redressement utérin? Pour mon compte, je ne le crois pas. Je crois qu'il y a un très grand danger à recourir à l'emploi du redresseur utérin lorsqu'il existe une phlegmasie de l'utérus; aussi, dans ces cas-là, M. Valleix ne laisse-t-il pas le redresseur aussi longtemps en place. Enfin, il n'est pas douteux que M. Valleix n'ait obtenu des succès par cette méthode; dans quelques cas le soulagement a été immédiat, la guérison réelle et durable.

M. Depaul, il est vrai, ne conteste pas le soulagement immédiat; mais ce soulagement, suivant lui, n'est que temporaire et très passager; il n'est jamais durable. « L'effet immédiat de ces pessaires, dit » M. Depaul, est pour un temps court singulièrement trompeur. Une » malade, épuisée par la continuité de la douleur et par les autres » symptômes, consulte un médecin *mécanique;* un pessaire est intro- » duit, l'utérus est redressé. On la prie de se promener dans la salle » de consultation, et, à son grand étonnement, comme si elle était sous » l'influence d'un enchantement magique, tous les symptômes semblent » avoir disparu, la marche est possible... Mais à peine la merveille » a-t-elle duré *quelques heures*, qu'on voit la scène changer; une irri- » tation commence, etc... »

A ces faits, on peut opposer ceux de M. Valleix, dans lesquels une application ou deux au plus ont suffi pour amener une guérison définitive. Je pourrais citer aussi à l'appui un fait de M. Notta, dans lequel la guérison a été immédiate.

Est-ce en redressant la déviation qu'on a obtenu ces guérisons? C'est là une autre question. Dans le fait de M. Notta, la guérison a été obtenue immédiatement, ainsi que je viens de le dire, et cependant l'utérus a été trouvé dans le même état. C'était donc un cas de névralgie du col de l'utérus. Je rappellerai à ce sujet que des guérisons de névralgies ont été obtenues par des moyens analogues. N'a-t-on pas guéri des névralgies faciales en titillant la membrane du tympan, des névralgies dentaires en pinçant ou en brûlant le bout de l'oreille? Je me suis demandé si lorsque la muqueuse de l'utérus est le siége d'une sensibilité insolite, on ne modifierait pas son mode de sensibilité en la touchant avec un instrument, de manière à la ramener à son type normal.

Pénétré de cette idée, j'ai essayé; j'ai porté une petite sonde dans la cavité utérine, puis je l'ai retirée immédiatement. J'ai demandé aux femmes si elles souffraient encore, et la plupart m'ont répondu que leur douleur avait disparu. Dans quelques cas les douleurs sont revenues, mais affaiblies ou déplacées. Ainsi, je croirais volontiers que M. Valleix a eu affaire dans quelques cas, comme M. Notta, à des névralgies du col.

J'aurais donc désiré qu'avant de juger définitivement ce moyen, on eût attendu pour savoir à quel cas s'appliquait la méthode.

Il y a aussi dans les conclusions de M. Depaul quelque chose qu'il faut modifier. Il y a une très grande différence entre le séjour ou la simple introduction d'une sonde dans l'utérus. Or, M. Depaul ne paraît pas avoir suffisamment tenu compte de cette différence.

Au total, voici, avec toute la réserve nécessaire, quelles sont les conclusions que je serais porté, pour mon compte, à proposer :

1° Il ne faut pas peut-être proscrire absolument l'usage du redresseur utérin.

2° Il faut le réserver pour des cas rares et bien simples, sans irritation.

3° Il ne faut pas laisser séjourner l'instrument longtemps.

4° Bien distinguer le cathétérisme simple du cathétérisme à demeure.

5° Il faut même manier avec réserve l'hystéromètre.

6° Par-dessus tout, il faut quitter l'empirique, établir le diagnostic différentiel, obéir à des indications réelles, *savoir ce qu'on fait*, et *pourquoi on le fait.*

— Après ce discours, M. Depaul demande à répliquer; mais, vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

(1) C'est par ce procédé qu'ont été préparées les pilules qui ont valu à M. Blancard une mention honorable à l'exposition universelle de New-York *Moniteur*, 12 mai 1854.)

(2) Voir le numéro précédent.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Exercice illégal de la chirurgie. — Secours gratuits.

« Doit être déclaré coupable du délit d'exercice illégal de la chirurgie prévu par l'article 35 de la loi du 19 ventôse an II, celui qui, à diverses reprises, a réduit des luxations ou fractures de membres sans être muni du diplôme exigé par cette loi. Peu importe qu'en faisant ces opérations il n'ait agi que sur les instantes prières des personnes blessées et de leurs familles, sans avoir jamais rien fait pour appeler leur confiance; qu'il ait constamment refusé tout salaire, sous quelque forme que ce soit, et qu'enfin il ait agi par un motif de charité et d'humanité.

» Ces considérations, qui peuvent être une raison de modérer la peine encourue, sont impuissantes pour effacer le délit. »

Cet arrêt vient d'être rendu par la cour de cassation sur le pourvoi du procureur impérial près le tribunal supérieur de Coutances.

Un de nos honorables correspondants de Constantinople nous adresse la relation suivante de la distribution des prix de l'Ecole impériale de médecine de cette ville :

« Une cérémonie bien intéressante pour la science médicale en Orient vient d'avoir lieu à Constantinople, sous la présidence de S. M. l'empereur Abdul-Medgid Ier et de S. A. I. le prince Napoléon.

» Dès la veille, l'Ecole avait été parée de ses plus beaux ornements. Les draperies, les emblèmes, les trophées et les trônes, tout avait été disposé pour recevoir dignement les hôtes impériaux. Les étudiants, ces jeunes enfants de la science, étaient tous dans le recueillement; ils allaient encore dérober une nuit au sommeil pour la consacrer à l'étude, afin d'être plus dignes de gravir les marches du temple sacré d'Esculape.

» Le 20 mai à midi, de nombreuses salves d'artillerie tirées dans la cour de l'Ecole de médecine annoncent l'arrivée du cortége impérial. Bientôt S. M. l'empereur prend place dans la grande salle des cérémonies sur un magnifique divan; elle invite S. A. I. le prince Napoléon à s'asseoir à sa droite. Le corps diplomatique, en grand costume, occupe la partie droite de la salle, et les docteurs de la loi, ayant à leur tête le grand cheïk-ul-islan, en occupent la partie gauche.

» MM. les professeurs, précédés du directeur de l'Ecole, viennent prendre place en face du siége impérial, et derrière eux se groupent les nombreux élèves au cœur palpitant d'espérance, car tous ils ont bien travaillé. S. E. Mehemet Effendi, médecin particulier de S. M. impériale, et médecin en chef de l'empire ottoman, occupe une place d'honneur. Il est revêtu de la grande décoration du Médjidé de 1re classe, qui vient de lui être accordée pour les bons et loyaux services qu'il ne cesse de rendre à l'humanité.

» S. M. Impériale se lève et annonce l'ouverture de la séance. Aussitôt les diverses musiques exécutent des fanfares, le canon gronde et les vainqueurs sont couronnés au milieu des *vivat* de l'assemblée. Cette touchante partie de la cérémonie terminée, un jeune élève à la voix sonore et vibrante prononce en français, au nom de ses condisciples, un discours rempli de nobles pensées, et terminé par des actions de grâces à S. M. l'empereur, qui y répond par des marques de bienveillance et d'approbation. La fin de ce discours termine la séance, et le cortége impérial se retire en laissant dans tous ces jeunes cœurs des souvenirs d'émulation et de gloire.

» Il était vraiment beau et grand, l'empereur de Turquie, au milieu de ses jeunes sujets, les regardant d'un œil paternel et leur montrant le chemin de la science. Louis XIV fut grand en toutes choses; mais il ne fut jamais plus grand que le jour où, voulant calmer les douleurs atroces de ses soldats mutilés, il créa l'Académie de chirurgie, devenue si célèbre par les grands services qu'elle a rendus à l'humanité.

» Dr B. TARON,

» ancien inspecteur de santé en Turquie. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* publie l'état des dons et legs faits en faveur des pauvres et des hospices de Paris, et acceptés pendant l'année 1853 par l'administration de l'assistance publique. Ils se composent de 2,698,647 fr. 25 c. de capitaux, 3,128 fr. de rente et 302,600 fr. de valeurs diverses.

— La science vient de perdre un de ses adeptes les plus dévoués. M. le docteur Charles Hutin, connu par des *études chimiques et physiologiques sur la composition du sang de l'homme*, vient de mourir. Son ardeur au travail n'avait d'égale au monde que la vivacité de son affection pour ses amis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouvelle théorie physique, ou Etudes analytiques et synthétiques sur la physique et sur les actions chimiques fondamentales; par M. F.-A. DURAND (de Lunel), docteur en médecine, médecin major de 1re classe. — In-8°. Prix : 3 fr. Chez J.-B. Baillière.

Inspirations pulmonaires, ou fumigations internes. Guide pratique de la méthode thérapeutique du docteur J.-M. RICHARD DESRUEZ. — Un vol. in-18. Prix : 2 fr. Chez Chamerot, rue du Jardinet, 13.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Piorry). Leçons sur la variole. — Efficacité de la glace combinée à la compression pour réduire les hernies étranglées et combattre la péritonite consécutive. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Traitement du croup. — Gangrène de la jambe produite par un appareil trop serré. Séparation spontanée du membre gangrené. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. Fracture de l'humérus. — Corps étranger introduit dans l'œil. — Pseudarthrose congénitale. — Suite de la discussion sur l'anesthésie locale. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 12 JUIN 1854.

Le conseil de santé des armées vient, sur la demande du gouvernement, de rédiger une instruction médicale pour l'armée d'Orient, que nous trouvons dans le dernier numéro du *Bulletin de la médecine et de la pharmacie militaires*, et qui contient des indications sur la climatologie des provinces danubiennes et des conseils hygiéniques importants. L'étendue de ce document ne nous permet pas de le publier, mais nous croyons devoir en offrir à nos lecteurs un résumé qu'on lira sans doute avec intérêt.

Il était d'autant plus utile de rédiger cette instruction que l'armée a dû être subitement transportée sous un climat sensiblement différent et dans des contrées déjà ravagées, dénuées des ressources ordinaires des pays civilisés ou abandonnées par la culture.

Nous insisterons peu sur l'aperçu topographique et météorologique par lequel débute l'instruction ; nous avons déjà à plusieurs reprises parlé du climat des contrées danubiennes et de Constantinople même.

Dans cette ville, dont la latitude correspond presque à celle de Naples, le climat ne peut cependant être regardé comme doux. L'hiver y commence en janvier et est surtout marqué par des variations de température brusques et considérables : on y remarque fréquemment, en quelques heures, un saut de 20 degrés à l'échelle thermométrique. C'est particulièrement aux alternatives du vent du nord et de celui du midi que sont dus ces brusques contrastes ; par le passage du premier au second, une température glaciale est subitement remplacée par une chaleur d'été, et réciproquement. Toutefois, le froid ne descend que rarement au-dessous de 6 à 8 degrés centésimaux. Jamais il n'y a de gelée par un temps calme.

Le printemps est généralement humide et offre des variations semblables de température. Dès le milieu de mai, et sans transition, les chaleurs et la sécheresse surviennent jusqu'après le solstice d'été. A cette époque, les chaleurs sont tempérées par les vents du nord, qui soufflent régulièrement tous les jours depuis dix heures du matin jusqu'au coucher du soleil, en sorte que le maximum de la température ne dépasse pas 30 degrés centigrades. L'automne est froid, orageux et généralement brumeux.

Sur les rives du Bosphore, les ravins encaissés pour résister aux torrents produits par les pluies s'encombrent d'immondices, amas de matières organiques qui s'accumulent près de l'embouchure, se dessèchent sous les rayons d'un soleil ardent et, chaque fois que les vagues refoulées vers le nord viennent les humecter, exhalent des miasmes putrides d'une extrême activité.

La Roumélie, la Bulgarie, la Moldo-Valachie présentent des conditions analogues d'humide insalubrité ; le froid y est plus intense, et descend souvent à 20 et 25 degrés ; d'immenses forêts de pins, de chênes, de hêtres y couvrent les flancs des montagnes et recèlent sur bien des points des marais hérissés de roseaux, surtout du côté de la Valachie. L'été est très chaud, et le thermomètre, en juillet et août, monte souvent à 44 degrés. Dans ces journées caniculaires, la chaleur est si accablante que, de midi à trois heures, il est presque impossible de sortir ; mais, le soir, des courants d'air frais descendent des montagnes et rendent les nuits froides et humides.

C'est à cette époque que le Danube, par suite de la fonte des neiges, sort de son lit et submerge les plaines riveraines ; en se retirant, il abandonne dans les mares beaucoup de limon, des poissons, des insectes, des végétaux déracinés qui, sous une température de plus de 38 degrés à l'ombre, entrent promptement en putréfaction et infectent l'air de miasmes.

Les contrastes frappants de température occasionnent, particulièrement en hiver et au printemps, des affections des voies respiratoires et des flux intestinaux ; en été, des érysipèles par insolation et des inflammations encéphaliques ; pendant la même saison et en automne, des dyssenteries. A ces maladies il faut joindre les fièvres intermittentes très nombreuses et très graves dues aux influences miasmatiques marécageuses dans les campagnes, et auxquelles se joint encore dans les villes la décomposition des immondices que l'incurie laisse accumuler abandonnées aux alternatives de la pluie ou de l'humectation par la crue des eaux de la terre et du dessèchement sous les rayons d'un soleil ardent.

Les fièvres et la dyssenterie, presque toujours accompagnées d'état bilieux, atteignent souvent le plus haut degré de gravité.

Les premières, qui se montrent en toute saison, sont tenaces et amènent souvent à leur suite, après des rechutes nombreuses, des cachexies, le scorbut, l'hydropisie, le marasme.

Quelquefois, et cela paraît plus spécialement lié aux émanations putrides des substances animales, il se développe une affection incomplétement décrite, nommée par les Turcs *coup d'air* (*hava vourouchou*), et par les médecins militaires russes *fièvre nerveuse*, qui paraît être une sorte de typhus. Elle ne se déclare qu'en été pendant la canicule et se termine souvent par la mort. Sa durée est ordinairement de trois ou quatre jours à l'état aigu ; dans les cas très violents, elle tue en quelques heures. Lorsqu'elle se termine heureusement, la convalescence se prolonge pendant une quarantaine de jours. Elle débute par un mal de tête et des douleurs dans les membres ; il y a des vertiges ; les malades se sentent atteints de faiblesse musculaire extrême, comme anéantis ; le visage pâlit d'une manière remarquable et prend un air de tristesse ; ils ne tardent pas à avoir du vague dans les idées, de la difficulté à prononcer ; des coliques, d'abondantes évacuations alvines surviennent ; elles ne soulagent pas ; la pression abdominale, même forte, ne détermine pas de douleur ; jamais de vomissements, ni de bubons, ni d'anthrax ; mais il se développe ordinairement des pétéchies. Le malaise, la jactitation vont en augmentant, et avec le progrès de la maladie la pâleur du visage devient terreuse, la connaissance se perd complétement, les yeux s'éteignent, la peau se refroidit ; elle est sèche ; le pouls est peu résistant, très ralenti ; la langue se racornit ; elle est d'un rouge brun à la pointe, noire à la base ; quelquefois le foie se tuméfie, et une teinte ictérique couvre la surface du corps.

A ces maladies se joignent la fréquence des fièvres éruptives, qui se montrent épidémiquement en toute saison, ainsi que la fièvre typhoïde.

La peste, qui jusqu'en 1829 se développait si fréquemment en Turquie, ne s'y est plus produite depuis lors, témoignage éclatant des progrès de cet Empire.

D'après cet exposé, on conçoit que le conseil de santé doit insister sur les mesures préservatrices ; de ce nombre sont la vaccine contre la petite vérole, et le soin des habitations, qu'il faut choisir dans des lieux sains, aérés et abrités soit contre l'influence des marées, soit contre les vents du nord.

Quant aux mesures à l'égard des hommes malades ou blessés, comme les maladies pourront marcher avec une grande rapidité et devenir très graves, il est de la plus grande importance que dès qu'un homme sera indisposé le médecin en soit prévenu.

Outre les conditions d'exposition, d'abri, de propreté, etc., on s'attachera tout particulièrement à éviter l'encombrement. Pour les malades mêmes, et pour eux plus encore que pour les hommes en bonne santé, mieux vaut le logement dans des baraques ou sous des tentes, d'ailleurs bien installées avec un espacement convenable, qu'une trop grande accumulation, que le resserrement dans des bâtiments insuffisants, surtout si le renouvellement de l'air ne peut s'y faire d'une manière convenable.

Il importe que le nombre des malades dans un même hôpital ne dépasse jamais cinq cents ; au delà la surveillance, trop éparpillée, est inefficace ; le bruit et la confusion troublent les malades, et, surtout à raison de l'accumulation des émanations morbides, les affections graves, la fièvre typhoïde, le typhus, la pourriture d'hôpital sont beaucoup plus à craindre.

On n'oubliera jamais de mettre les malades et les blessés à l'abri des refroidissements subits pouvant résulter des brusques variations de température ; chez les blessés en particulier cette circonstance a souvent occasionné des cas nombreux de tétanos.

A Constantinople, l'opinion étant répandue parmi les médecins de la localité qu'en hiver l'élément inflammatoire est marqué et domine même dans toutes les maladies, le traitement est établi en conséquence. M. Fauvel a reconnu qu'il y a quelque chose de fondé dans la préférence donnée alors aux émissions sanguines ; mais il recommande d'éviter à cet égard l'abus et l'exagération ; car, même dans cette saison, les affections intestinales ont encore une grande part dans la constitution médicale et y sont plus nombreuses que dans les pays tempérés de l'Europe.

Dans les provinces danubiennes, les médecins russes ont reconnu, comme les nôtres en Morée et en Algérie, l'utilité, l'excellence du sulfate de quinine, non-seulement, bien entendu, dans les fièvres intermittentes ordinaires ou pernicieuses, mais aussi dans les fièvres rémittentes et subcontinues. Ils ont remarqué que dans la forme apoplectique, malgré les signes de congestion sanguine de l'encéphale pendant la vie et la démonstration de ce phénomène aux autopsies, la saignée ne soulage nullement le malade, mais qu'au contraire le sulfate de quinine à haute dose dissipe les accidents comme par enchantement.

Quant à la dyssenterie, au dire des mêmes médecins, la saignée générale n'aurait pas eu toujours dans son traitement les inconvénients qui ont été constatés en Algérie chez nos malades. Il y a lieu, sans doute, à cet égard, de tenir compte des différences de constitution des deux races d'hommes. Les autres moyens thérapeutiques par eux employés ont la plus grande analogie avec ceux que l'expérience a fait généralement adopter dans nos hôpitaux militaires d'Afrique.

Dans le *hava vourouchou*, Brayer, lorsqu'il avait l'occasion d'agir à la première apparition de la maladie, faisait laver avec de l'eau fraîche et vinaigrée le visage, les yeux, les oreilles, la bouche, les narines et les mains. L'air frais était extrêmement efficace, les malades se trouvaient bien de résister à l'abattement, de s'efforcer de marcher en plein air, en se faisant soutenir. L'eau pure et fraîche ou la limonade froide étaient les seules boissons supportables. Dans un cas grave, où le malade rendait avec difficulté des glaires abondantes, Brayer prescrivit un émétique, qu'il fit suivre d'une limonade légère, froide, bue à volonté, et de lotions d'eau vinaigrée et aromatisée. Cette médication parut produire un mieux prononcé. Le lendemain, il fit mâcher des morceaux de pyrèthre pour réveiller la sensibilité des nerfs de la bouche ; il fit appliquer de légers sinapismes aux poignets et sur les cou-de-pieds, accorda une crème de riz très légère et froide, fit promener le malade plusieurs fois par jour et le plus longtemps possible. Il y eut, les jours suivants, une amélioration évidente et qui allait en augmentant, lorsqu'une imprudence dans le manger occasionna une rechute fatale. Il est en effet certain que, dans la convalescence, pendant la longue inappétence qui l'accompagne, le moindre écart de régime peut devenir funeste.

A l'occasion de l'emploi extérieur de l'oxycrat, on doit remarquer que dans la plupart des affections de ces contrées on se trouve fort bien des lotions générales avec ce liquide. A cet effet, après avoir lavé à part le visage, les mains, les bras, on découvre d'abord et on lotionne successivement la partie inférieure du corps, depuis les pieds jusqu'au bassin ; on recouvre ensuite ces parties, puis on procède en sens inverse sur le tronc.

A l'égard des blessés, il n'y a en principe aucune règle particulière à indiquer, les blessures ne devant point essentiellement différer de celles que présentent ordinairement les champs de bataille, et pour le traitement desquelles la chirurgie militaire française s'est acquis une renommée incontestable. Seulement, à raison de la pénurie des ressources que l'état du pays et la difficulté des communications pourront fréquemment causer, les médecins devront souvent redoubler d'industrie, afin d'improviser des expédients propres à suppléer aux moyens normaux qui manqueront. On doit se borner à leur rappeler la rareté et le mauvais état des routes, d'où découlera, dans beaucoup de cas, la nécessité d'assujettir les bandages et appareils avec un soin tout particulier. Il sera nécessaire aussi, pendant les transports, de prémunir les blessés contre les ardeurs du soleil d'été, et en toutes saisons, contre les brusques variations atmosphériques. On devra surtout les abriter avec soin pendant les nuits, et allumer à proximité des feux qui seront constamment entretenus.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Leçons sur la variole.

(Première leçon. — 7 juin 1854.)

Nous nous proposons de fixer les bases d'un traitement rationnel de la petite vérole, et de démontrer en même temps combien est grande l'erreur de ceux qui le font reposer sur la doctrine des unités morbides. Au premier abord, peut-on choisir pour cette doctrine un terrain plus favorable que la variole? S'il est une maladie certaine, procédant par un ensemble nécessaire de symptômes et de lésions, c'est bien celle-là. Infection du sang par le virus, fièvre d'infection, éruptions cutanées, suppurations, tout cela est connu d'avance, tout cela arrive à jour fixe. Mais si nous allons au fond des choses, nous verrons bientôt que cette prétendue maladie unitaire n'en est pas une, et que l'effet résultant de l'infection du sang par le virus n'est pas identique à lui-même. Le virus variolique étendu de lait donne la vaccine; des travaux récents l'ont

démontré. Le virus concentré détermine une variole confluente.

D'un côté, c'est une affection locale très bénigne; de l'autre, c'est une affection générale de la plus terrible gravité. Quelquefois le virus de la petite vérole discrète enfantera une variole confluente; c'est quand une circonstance quelconque en aura déterminé la concentration. Sur tel individu précédemment vacciné ou variolé, la même contagion ou bien ne se traduira par aucune lésion morbide, ou bien ne produira qu'une varioloïde, et l'éruption sera limitée à douze, quinze ou vingt pustules. Sur tel autre, placé dans les mêmes conditions, elle amènera les altérations les plus profondes, et la mort en sera la suite certaine.

Depuis les accidents les plus légers jusqu'aux accidents les plus graves, nous trouvons de nombreux degrés intermédiaires décrits sous les noms de varicelle, varioloïde, petite vérole discrète, petite vérole noire, petite vérole compliquée. Chose remarquable, les défenseurs de l'unité morbide ont décrit ces nuances sous autant de chefs séparés et comme autant de maladies distinctes! Mais comme la théorie, bien ou mal fondée, ne doit jamais avoir tort, ils ont pris leur revanche de cette inconséquence en abordant l'étude du traitement. Pour eux, cet état morbide qu'ils ont si minutieusement décrit n'est plus rien. C'est à l'être abstrait, et toujours le même, qu'ils adressent leurs médications, ou plutôt leurs méditations; car jusqu'aujourd'hui, qu'ont-ils fait pour le traitement de la vaccine? Elle est abandonnée à elle-même. Pour le traitement de la varicelle? Zéro. Pour le traitement de la petite vérole discrète? Zéro. Pour le traitement de la petite vérole confluente? Zéro. Pour le traitement de la petite vérole noire? Zéro. Et cette thérapeutique aux zéros n'a pas manqué d'obtenir le concours éclairé de la statistique!

Pour le médecin qui se croit appelé à traiter le malade, et non pas cette nuageuse abstraction qu'on nomme la maladie, la considération des états organopathiques divers acquiert une haute importance. C'est de l'étude de ces différents états qu'il fera jaillir les indications thérapeutiques, et la variole n'est pas le moins du monde en révolte contre ce principe. Nous en trouvons la preuve dans la conduite de nos contradicteurs eux-mêmes, qui ne négligent pas de combattre les complications qui viennent troubler le cours régulier et pour ainsi dire légal de la maladie. Le médecin organicien agit d'une façon analogue, mais beaucoup plus large.

Analysons donc les divers éléments morbides dont l'observation a constaté l'existence, et à chacun opposons, si la chose est possible, un traitement rationnel. En première ligne étudions le virus variolique.

Les recherches physiques, chimiques et microscopiques n'ont abouti jusqu'à présent à aucun résultat en ce qui touche aux caractères propres des virus. La clinique en a établi l'existence et les effets, mais la science est impuissante pour nous donner un agent capable de les neutraliser directement; nous savons seulement dans quelles conditions hygiéniques les virus en général se propagent; nous savons que le virus variolique en particulier perd en puissance à mesure qu'il est moins concentré. C'est encore la clinique qui nous a fourni l'inoculation vaccinale comme moyen préservateur. On a essayé d'enrayer la variole commençante par l'inoculation de la vaccine; mais celle-ci, pour se développer, demande, comme la variole, un temps d'incubation, et des travaux récents font penser que la vaccine n'établit pas la préservation de prime abord, mais seulement après quelques jours. Dans les cinq jours qui suivent l'inoculation, l'on serait encore susceptible de contracter la variole. En résumé, l'air et l'eau en abondance, voilà jusqu'ici les seuls moyens capables d'affaiblir les effets délétères du virus.

Après trois, quatre, cinq, six ou sept jours d'incubation, les phénomènes de variosémie apparaissent : le virus, charrié dans le sang, détermine les symptômes d'une fièvre inflammatoire; son action élective se porte sur l'estomac et la région lombaire; il y a des nausées et des vomissements. On ne s'est pas suffisamment demandé jusqu'aujourd'hui dans quelle partie au juste de la région lombaire est localisée la douleur. Nous avons trouvé constamment qu'elle siége derrière les épines, sur la ligne médiane, et qu'elle augmente à la percussion. C'est donc probablement la moelle elle-même qui souffre. Dans la symptomatologie de la fièvre variosémique, aucun signe absolu ne permet de fixer le diagnostic d'une manière certaine. Un fait constant, c'est que le sang n'est pas couenneux. L'indication thérapeutique est d'ajouter à la sérosité du sang par des boissons abondantes, toujours à l'effet d'étendre le virus. Suivant l'acuité des symptômes entériques ou angyhémiques (du côté de l'intestin ou de la circulation), un léger purgatif, et quelquefois une saignée modérée pourront être prescrits; mais ces moyens ne seront employés qu'avec une grande réserve, et seulement pour obéir à des indications précises. PETIT.

EFFICACITÉ DE LA GLACE COMBINÉE A LA COMPRESSION pour réduire les hernies étranglées et combattre la péritonite consécutive (1);

Par M. BAUDENS, inspecteur du service de santé des armées.

(Mémoire lu à l'Académie des sciences le 29 mai 1854.)

OBS. VII. — *Hernie inguinale droite. Accidents d'étranglement. Impuissance du taxis. Réduction par la glace et le spica soutenu par la main d'un aide.*

Ce fait de hernie étranglée, nous le rapportons tel que nous le retrouvons dans nos cartons, rédigé par l'un de nos internes du Val-de-Grâce, M. Riégé, sans y apporter aucun changement.

Chambellan (Joseph), sergent au 26e de ligne, âgé de trente-trois ans; d'une très bonne constitution, d'un tempérament sanguin, de taille moyenne, sans maladie grave antérieure, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, salle 29, lit n° 3, service de M. Baudens, le 22 février 1847, porteur d'une hernie étranglée.

Il raconte que onze mois auparavant il eut une première hernie peu grave, et qui se réduisit d'elle-même. Depuis ce temps il n'a pris aucune précaution pour en prévenir la récidive. Jamais il n'a porté de bandage.

Le 20 février, au retour d'une revue où il avait éprouvé beaucoup de fatigue, il ressentit quelques douleurs à la région inguinale droite, autrefois affectée de hernie. En y portant la main, il sentit une tumeur; la hernie s'était reproduite, et cette fois elle ne put rentrer d'elle-même. Le chirurgien major essaya le taxis, mais sans résultat. A la suite des efforts tentés pour la réduction, les douleurs augmentèrent rapidement; bientôt elles furent suivies de nausées, de vomissements muqueux, bilieux et même de matières stercorales. Les selles sont supprimées depuis le moment de la sortie des viscères.

L'étranglement durait depuis dix-huit heures quand ce militaire arriva, le 22 février, au Val-de-Grâce, dans une état d'anxiété profonde.

Le chirurgien de garde, après avoir fait une saignée de 500 gram., lui fit donner, peu de temps après, un grand bain tiède, où il éprouva en entrant un état syncopal. On en profita pour tenter la réduction, mais sans succès. Des lavements purgatifs et de décoction de tabac furent administrés sans plus de résultat.

Quand M. Baudens voit ce militaire, trois heures après son admission à l'hôpital, les vomissements se succèdent presque sans interruption; la tumeur herniaire, du volume d'un œuf de poule, dont le siége est à la région inguinale droite, se prolonge vers le scrotum, chaude, tendue, extrêmement douloureuse, violacée; la douleur se propage vers l'ombilic et vers la partie moyenne de la cuisse; la face est grippée; le pouls est à 115 pulsations, petit, serré, dépressif.

L'extrême sensibilité de la tumeur, dont le moindre attouchement arrache des cris, engage M. Baudens à ne pas faire de nouveau le taxis.

Il fait soulever la tête et le tronc à l'aide de plusieurs oreillers, fléchir fortement la cuisse sur l'abdomen, et élever le bassin en l'inclinant du côté du tronc, pour faciliter la rentrée des viscères herniés.

Pour tout traitement, de nombreux morceaux de glace sont déposés sur la région inguino-crurale, préalablement protégée par une légère couche de charpie.

Quatre heures plus tard, on remarque une diminution dans les accidents précités; les hoquets et les vomissements sont moins fréquents; le pouls, moins déprimé, n'est plus qu'à 97 pulsations; la douleur locale est moins vive.

M. Baudens applique sur la hernie un spica à l'aide d'une bande qu'on recouvre de glace, et comme la bande ne comprime que légèrement pour éviter les souffrances, il recommande à un infirmier assis près du lit du malade d'appuyer d'une manière soutenue l'une de ses mains sur la hernie. Le malade, soulagé par cette médication, s'endort, et à son réveil, deux heures plus tard, on constate que la tumeur, beaucoup moins tendue et moins rénitente, a diminué au moins de moitié de son volume. M. Baudens essaye alors la réduction complète par un léger taxis, qui cette fois triompha sans effort. Il y eut, au moment de la rentrée, un bruit de gargouillement qui fit reconnaître qu'on avait affaire à une hernie épiplocèle.

La tumeur réduite, on réapplique le spica pour s'opposer à sa sortie, et on continue la glace pour combattre la péritonite. Tous les accidents disparaissent. Vingt-quatre heures plus tard on enlève la glace; les selles sont rétablies, et après quinze jours de repos, ce sergent quitte l'hôpital, prémuni contre de nouveaux accidents par un bandage herniaire bien appliqué.

OBS. VIII. — *Hernie inguinale du côté gauche. Etranglement. Impuissance du taxis. Réduction par la glace aidée d'un spica et de la main du malade opérant une légère compression.*

Cette observation a été rédigée par M. Senaux. Je la rapporte telle qu'elle m'a été remise, il y a plusieurs années, par cet officier de santé, l'un de mes internes au Val-de-Grâce.

Anfroye, sergent des sapeurs-pompiers de la ville de Paris, âgé de quarante-sept ans, de forte et belle constitution, d'un tempérament sanguin, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 17 mai 1847, atteint d'une hernie étranglée.

Commémoratifs. — Il y a un an environ, ce militaire s'aperçut, à la suite d'une chute dans un incendie, qu'il lui était survenu une petite tumeur dans la région inguinale gauche; c'était une hernie, dont la réduction n'offrit pas de difficulté, mais qui l'astreignit à porter un bandage. Ce bandage était si défectueux, que la hernie reparaissait de temps en temps; et toujours, si ce n'est la dernière fois, il était parvenu à la faire rentrer.

Le 16 mai, à la suite d'un effort assez violent, la hernie s'échappe de nouveau, un peu plus volumineuse que d'habitude; il ne put parvenir à la réduire, et le chirurgien du corps ne fut pas plus heureux dans ses tentatives. Il souffre peu; il a quelques nausées, mais sans vomissements. Les selles sont supprimées. Il se décide le 17, dans la soirée, à entrer au Val-de-Grâce.

Le chirurgien de garde tente la réduction par le taxis seul d'abord, puis secondé par un bain tiède longtemps prolongé, mais sans succès. Dans la nuit du 17 au 18, les accidents prennent tout à coup une marche précipitée; hoquets, vomissements fréquents, pouls à 106 pulsations, déprimé; anxiété; signes de péritonite aiguë; tumeur dure, rénitente, violacée, chaude, extrêmement douloureuse, etc. On pratique dans la nuit une saignée de 500 grammes; on fait donner un lavement purgatif et frictionner la tumeur avec de l'onguent mercuriel contenant une forte quantité d'extrait de belladone.

Loin de s'apaiser, les accidents s'aggravent; aussi M. Baudens, lors de sa visite, à six heures du matin, se garde-t-il bien de renouveler le taxis.

Prescription. — Position du malade comme plus haut, afin de relâcher la paroi abdominale; couche légère de charpie sur la région inguino-crurale, et sur cette charpie, dépôt de morceaux de glace souvent renouvelés.

Rémission presque immédiate des accidents. Sept heures plus tard la douleur a tellement diminué qu'il est possible d'appliquer sans danger un spica. Ce bandage est recouvert de glace et de sel marin dans les proportions d'un tiers de sel et de deux tiers de glace pilée. Après quatre heures de cette médication le bandage semble relâché, et la tumeur paraît avoir diminué de volume. M. Baudens recommande à ce sapeur d'appuyer graduellement avec l'une de ses mains sur le spica absolument comme il avait l'habitude de le faire quand il lui était arrivé de faire rentrer lui-même sa hernie; il n'y avait pas une heure qu'il avait commencé cette manœuvre qu'un bruit de gargouillement et une sensation toute particulière accompagnée de la disparition de la tumeur lui annoncèrent qu'il venait de triompher de l'étranglement.

OBS. IX. — *Hernie scrotale gauche étranglée. — Réduction en bloc des viscères et du sac. — Continuation des accidents. — Retour de la tumeur après des efforts de vomissements. — Sa rentrée graduelle sous l'influence de la glace et de la main d'un aide. — Guérison.*

(Rédigée par M. le docteur FRISON, médecin militaire.)

Andrieux, voltigeur au 41e régiment de ligne, âgé de vingt-quatre ans, de bonne constitution, entré au Val-de-Grâce le 28 janvier 1850, salle 34, lit 28.

Les renseignements manquent sur l'époque précise de la formation de la hernie scrotale du côté gauche actuellement étranglée. Le malade raconte qu'il y a deux ans, à la suite d'une constipation opiniâtre, il a éprouvé le même accident. Le scrotum, à gauche, devint le siége d'une tumeur qui acquit rapidement le volume d'un œuf de poule; il y eut en même temps vomissements bilieux, douleur locale vive, etc. La hernie fut immédiatement réduite.

Le 27 janvier au soir, à la suite d'une promenade tranquille, mais prolongée, Andrieux a été pris tout à coup de faiblesse, de malaise général, qu'il traduit par mal au cœur, et pendant qu'il retournait au quartier des vomissements sont survenus, qui depuis n'ont plus discontinué et qui persistent au moment où nous prenons ces renseignements. La tumeur de la bourse gauche s'était reproduite du même volume qu'il y a deux ans, dure et très douloureuse. Il n'a jamais porté de bandage herniaire.

Le chirurgien du corps a essayé à diverses reprises de réduire cette hernie inguinale, mais sans succès, et le malade a été envoyé à l'hôpital douze heures après les premiers indices de l'étranglement.

Le 29 janvier, la tumeur est chaude, rénitente, douloureuse au toucher; la douleur rayonne dans toute la région inguino-crurale, que M. Baudens fait immédiatement recouvrir d'une légère trame de charpie, sur laquelle sont déposés de nombreux morceaux de glace; position fléchie pour faciliter la rentrée des viscères, lavements d'eau froide.

Etat général : hoquets, vomissements stercoraux, ventre météorisé, pas de céphalalgie, prostration très grande; pulsations 96, petites, serrées; facies abdominal, grippé; peau moite, pas de selles.

Au bout d'une heure, sédation notable de la douleur locale et diminution assez appréciable du volume de la tumeur. M. Baudens opère le taxis, et après quelques instants la hernie est réduite sans efforts. Mais on remarque avec surprise que le testicule gauche a disparu avec la hernie. Le scrotum de ce côté est vide. — Diète, limonade; lavement avec huile de ricin, 30 grammes; spica et flexion des jambes sur les cuisses et de celles-ci sur le bassin maintenues à l'aide de traversins. Glace en permanence.

Insomnie, vomissements presque continus, douleur locale profonde, principalement un peu au-dessus de l'anneau inguinal; facies souffrant; pouls à 100 pulsations, petit; langue sèche, soif vive, constipation depuis deux jours, ventre météorisé.

Le 30, la persistance des accidents fait penser que la hernie a été réduite en bloc, viscères et sac en même temps, et que l'étranglement subsiste au collet du sac; le testicule n'est pas descendu.

On retire le spica, et on engage le malade à ne pas ménager les efforts pendant les vomissements, afin que la hernie puisse se reproduire.

Anxiété; pouls déprimé, 104 pulsations; tympanite de plus en plus prononcée; hoquets, vomissements fréquents; la péritonite enrayée par la glace, que le malade ne cesse de réclamer dès qu'elle est fondue comme le moyen de le soulager, ne se développe que lentement; la douleur est assez modérée. — Limonade glacée, lavements d'eau froide, petits glaçons à prendre de temps en temps pour tromper la soif; looch à la glace avec huile de ricin 30 grammes; continuation de la glace depuis l'ombilic jusqu'à l'anneau inguinal.

La situation est des plus graves; si les accidents persistent, il faudra faire une incision sur l'anneau inguinal pour aller à la recherche du sac herniaire, l'attirer au dehors avec les viscères qu'il renferme et opérer le débridement. Le malade est observé et surveillé avec une attention constante de tous les instants.

Dans la nuit, vers trois heures du matin, après un effort de vomissements violents, la hernie s'échappe et apparaît de nouveau dans le scrotum gauche, cette fois sous la forme d'une tumeur plus grosse, mais molle, remplie de liquide et de gaz, dont on reconnaît aisément la présence par le gargouillement. Derrière et au milieu d'elle, on sent une autre tumeur beaucoup plus petite, fuyant sous la pression : c'est le testicule gauche notablement atrophié et moins gros que son congénère. — Petits glaçons à prendre par la bouche, continuation de la glace sur la région inguino-crurale, compression douce, intermittente de la tumeur par la main d'un aide intelligent. On évitera tout effort capable d'opérer la rentrée en bloc.

A deux heures après midi, la hernie, dont le volume a graduellement diminué, paraît entièrement réduite; le testicule est appliqué contre l'anneau, mais extérieurement, mobile et fuyant toujours sous les doigts.

A partir de ce moment, le malade éprouve un soulagement notable, et il s'endort pendant deux heures. Mais le pouls est encore à 113 pulsations.

(1) Fin. — Voir les numéros du 3 et 8 juin.

Dans la soirée, selles naturelles et liquides; ventre plus souple, moins météorisé. Plus de vomissements, mais encore des hoquets et des nausées; peu de coliques. Continuation de la glace sur l'abdomen, dont le malade éprouve un grand bienfait.

La convalescence se dessine; elle commande toutefois de grands ménagements à cause de la péritonite.

Le 6 février, le pouls est encore à 80 pulsations, et dans la région épigastrique le ventre persiste à être un peu météorisé.

A cette époque, on a remplacé durant quarante-huit heures le froid par des fomentations narcotiques émollientes tièdes.

A partir du 15 février, le malade peut être considéré comme guéri; mais il reste à l'hôpital jusqu'au 25 mars, époque à laquelle il retourne à son corps.

Ce mémoire est extrait du livre que nous comptons bientôt publier sur les effets thérapeutiques de la glace pour combattre les lésions par cause traumatique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du croup.

Par M. Abajo.

Après avoir vu périr entre ses mains un enfant atteint du croup traité par les sangsues, l'ipécacuanha et les sinapismes, M. Abajo a eu le bonheur d'en sauver trois autres. Le moyen qui paraît lui avoir réussi est un large vésicatoire camphré appliqué sur le devant du cou et sur le haut de la face antérieure de la poitrine. Du moins les sujets à qui il l'a prescrit ont été sauvés, et en outre l'amendement des symptômes a toujours paru coïncider avec le moment où la vésication commençait à s'opérer. Il faut bien dire toutefois que des vomitifs ont été administrés simultanément. Mais le vésicatoire n'en demeure pas moins aux yeux de l'auteur l'agent principal de la cure, parce que c'est lui qui soustrait à la partie malade la plus grande quantité de liquides blancs. Il ne s'agit plus que de savoir si les enfants guéris par ce moyen étaient atteints de croup véritable ou de faux croup. (*Heraldo médico* et *Gaz. hebd.*)

Gangrène de la jambe produite par un appareil trop serré. Séparation spontanée du membre gangréné.

Par M. Pratt.

Deux faits sont remarquables dans ce récit : l'obstinée et inconcevable ignorance du médicastre d'abord; puis, du côté du malade, l'énergie des ressources que la nature déploya pour mener à bien une entreprise qu'on pouvait, *à priori*, juger au-dessus de sa puissance.

Un garçon de ferme âgé de dix-sept ans s'était tordu le pied, mais sans faire de chute. Un rhabilleur prononça qu'il avait la jambe fracturée, et appliqua un appareil composé d'attelles placées à nu sur la peau et fortement serrées. Il commanda de le garder quinze jours, et ne voulut point le relâcher jusque-là, malgré les vives instances du malade.

Au bout des quinze jours cependant, le patient, n'y pouvant plus tenir, enleva l'appareil, et voyant le pitoyable état de son membre, vint consulter M. Pratt. Celui-ci reconnut que la jambe entière était gangrenée. Mais, chose moins prévue, il constata aussi que les os n'étaient point fracturés. Il proposa immédiatement l'amputation; mais le malade s'y refusa avec opiniâtreté, et force fut donc d'abandonner à la nature la séparation du membre dans le point où existait déjà la ligne de démarcation. Longtemps les os seuls établirent le seul moyen d'union entre la partie vivante et celle qui était morte. Mais même dans cet état, le blessé ne voulut jamais consentir à ce qu'on abrégeât par un simple trait de scie la durée de ses souffrances. Enfin, le membre se sépara de lui-même au bout de soixante-quatre jours. Le moignon est maintenant couvert de bourgeons charnus de bonne nature, et tout annonce que la cicatrisation s'opérera sans plus d'accidents qu'il n'y en a eu pendant la période ordinairement si orageuse de l'élimination des eschares. Mais ce membre ne lui sera que d'un usage imparfait.

En examinant le tibia à l'endroit où il se divisa spontanément, on reconnut que l'absorption de son tissu l'avait réduit à l'épaisseur d'une pièce de six pence. (*Dublin Medical Press*, et *id.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 mai 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fracture de l'humérus par simple contraction musculaire. — M. Huguier présente un jeune garçon de dix-sept ans, bien portant, n'ayant aucune apparence d'une affection constitutionnelle quelconque, qui, en lançant une pierre, s'est fracturé l'humérus droit à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Comme il n'existait chez ce malade aucune maladie préalable de l'os, et que ces fractures se produisant dans ces conditions ne sont pas admises par M. Malgaigne, M. Huguier a soumis cette observation à M. Robert, qui a examiné et interrogé le malade de la façon la plus attentive, sans rien découvrir qui puisse permettre d'admettre que l'humérus ait été altéré avant la fracture. La consolidation, sur le malade de M. Huguier, a été complète au trente-cinquième jour.

Corps étranger introduit dans l'œil par une plaie de la cornée. — M. Huguier présente un second malade qui, en exerçant sa profession de tailleur de pierres, reçut dans l'œil droit un éclat de pierre. Ce fragment était si tranchant, qu'il fendit la cornée et pénétra dans la chambre antérieure de l'œil, où on l'aperçoit accolé à l'iris. La plaie de la cornée se réunit immédiatement et sans aucun accident inflammatoire.

M. Morel-Lavallée, à propos du premier malade de M. Huguier, fait les observations suivantes :

Une maladie préexistante de l'os est tellement loin de constituer une condition indispensable de la fracture par cause musculaire, que cette condition manquait de la manière la plus manifeste dans les quatre cas que j'ai observés. Cette année même j'ai vu simultanément dans les salles de M. Velpeau deux fractures de cette espèce, l'une à la clavicule, et l'autre au radius, chez deux hommes robustes qui n'avaient éprouvé aucune douleur dans ces os. Quelques années auparavant, j'avais recueilli à la même clinique une fracture de l'épitrochlée produite dans les mêmes circonstances. Enfin, dans un service temporaire dont j'ai été chargé à l'hôpital de la Charité, j'ai vérifié par l'autopsie, sur une côte ainsi fracturée, l'intégrité du tissu de l'os, révélée d'ailleurs par l'absence de tout symptôme antérieur.

Quant à la théorie de la fracture de l'humérus par l'action de lancer une pierre, Double en a donné une dans le journal de Sédillot, qui paraît assez plausible. Suivant cet auteur, au moment où le projectile se détache de la main, le membre est brusquement arrêté dans son impulsion par le deltoïde; la partie inférieure du membre continuant son mouvement, l'os du bras se fléchit et se casse comme un bâton avec lequel on fouette l'air. Et en effet, ces fractures par cause musculaire siégent généralement au-dessous de l'insertion deltoïdienne. Du reste, l'explication ferait défaut, qu'il faudrait bien admettre le fait.

A propos du deuxième malade de M. Huguier, M. Morel rappelle que dans le service de M. Lenoir il a vu un malade offrant un exemple tout à fait analogue de ce genre de lésion. Il s'agissait également d'un petit fragment de pierre lancé par une mine. Ce corps étranger ne déterminait aucun accident. Le malade succomba à une atteinte de fièvre typhoïde.

CORRESPONDANCE.

M. Marjolin écrit à la Société, pour l'informer de la mort de M. Duval, membre honoraire de la Société de chirurgie.

Une députation est désignée par le sort pour assister aux obsèques de M. Duval. Elle se compose de MM. Larrey, Danyau, Guérin, Guersant et Gosselin.

— M. le docteur Dehous fait hommage à la Société de sa thèse intitulée *Essai sur les morts subites pendant la grossesse, l'accouchement, l'état puerpéral*. (Renvoyé à l'examen de M. Laborie.)

— M. le docteur Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse à la Société un mémoire intitulé *Etude comparative de la liqueur iodo-tannique et du perchlorure de fer relativement aux propriétés hémoplastiques et à l'absorption de ces agents*. (Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Debout.

— M. Laborie donne lecture de l'observation suivante, adressée à la Société par M. Laforgue, chirurgien en chef de l'hôpital de la Grave, à Toulouse, membre correspondant.

Pseudarthrose congénitale au tiers inférieur de la jambe gauche, observée chez une jeune fille âgée de huit ans. — Il y a quelques mois, M. Danyau, professeur de la Maternité, a présenté à la Société de chirurgie un enfant nouveau-né, atteint d'une pseudarthrose au tiers inférieur de la jambe, consécutive à une fracture mal consolidée.

J'ai eu occasion d'observer une difformité du même genre chez une jeune fille âgée de huit ans, qui, malgré ce défaut de conformation, pouvait se tenir sur ses jambes et marcher sans l'aide d'aucun appareil. L'analogie qui existe entre ces deux faits, observés à des époques différentes de la vie, pouvant donner quelque intérêt à l'observation que je possède, j'ai l'honneur de la communiquer à la Société de chirurgie. J'y joins le dessin de la difformité la jambe étant dans la station, fait d'après un spécimen en plâtre déposé dans les collections de l'Ecole de médecine de Toulouse.

Obs. — La nommée Campuzan (Louise), âgée de huit ans, née à Cazaux, département du Gers, fut conduite à Toulouse dans le courant du mois de janvier 1846 pour être soumise à l'examen des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu. Admise dans cet hôpital, où elle séjourna pendant un mois, nous pûmes observer avec soin la difformité dont elle était atteinte. Cette jeune fille, jouissant d'une bonne santé, très intelligente, et ayant acquis le développement des enfants de son âge, porte au tiers inférieur de la jambe une fausse articulation qui date de la naissance.

La mère, interrogée sur l'origine de cette difformité, affirme que son enfant la portait en naissant. L'accouchement n'ayant présenté rien de particulier et ayant été naturel, il n'est pas présumable que la fracture ait été produite pendant la parturition. L'opinion de la sage-femme et des médecins qui visitèrent l'enfant fut que cette fracture était intra-utérine. A défaut de renseignements authentiques émanant d'un homme de l'art, les témoignages des parents établissent une grande présomption en faveur de l'existence d'une fracture congénitale non consolidée.

La fracture des deux os de la jambe est située au tiers inférieur du membre. Une grande mobilité existe entre les fragments, qui chevauchent les uns sur les autres et se déplacent dans tous les mouvements de la jambe, sans déterminer la moindre douleur. Les fragments supérieurs, coupés obliquement de dedans en dehors, présentent à leurs extrémités une surface inégale qui se termine en pointe, et déterminent souvent, par la pression qu'ils exercent sur les parties molles, une inflammation qui disparaît facilement par le repos et des applications émollientes. Les bouts des os sont maintenus d'une manière très lâche par des expansions fibreuses qui, tout en permettant des mouvements étendus, donnent de la solidité à cette fausse articulation. Aussi l'enfant, qui est très vive, se livre à toute espèce de jeux, et marche sans aucun soutien et sans éprouver de douleur, malgré la claudication qui est la conséquence de cette difformité.

Dans la marche, les fragments supérieurs se portent en bas et en avant sur les inférieurs, qui remontent en arrière par un glissement sur les faces postérieures et latérales des bouts supérieurs. Ce chevauchement est de 5 à 6 centimètres; la jambe est par conséquent beaucoup plus courte que l'autre. Elle supporte parfaitement le poids du corps; mais ce poids imprime aux fragments une direction qui fait que la portion inférieure de la jambe vient se réunir à angle obtus (à sinus postérieur) à la portion supérieure du membre.

Lorsque la jeune fille est couchée, on peut replacer les os à peu près dans leur position normale et donner au membre sa longueur naturelle par l'extension de la jambe. Tous ces mouvements sont absolument sans douleur.

Une disposition remarquable dans la conformation des membres inférieurs de cet enfant, c'est que la cuisse gauche correspondant à la jambe difforme est plus longue que celle du côté opposé de 3 centimètres; cette différence de longueur, très marquée à la vue, est confirmée par la mensuration, le bassin étant placé dans sa rectitude normale. Ce développement en longueur de la cuisse vient suppléer au raccourcissement que subit la jambe dans la station par suite de la disposition coudée et des chevauchements des fragments osseux.

Lorsque cette jeune fille a été conduite à l'Hôtel-Dieu, il existait au point correspondant à la saillie formée par l'extrémité du péroné un petit abcès qui, traité convenablement, a guéri sans altération de la peau.

Cette pseudarthrose dont je viens de décrire les principaux caractères était-elle curable? La chirurgie devait-elle intervenir pour remédier à cette difformité? Avant de se prononcer sur cette double question posée par les parents, les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu soumirent la jeune malade à un examen attentif de la lésion et des modifications physiologiques qui en étaient la conséquence; leur avis unanime fut qu'il ne fallait pas toucher à cette difformité pour ne pas exposer cette enfant à des accidents dont les parents ne voulaient pas subir les chances, leur intention formelle étant de ne consentir à une opération que si elle était inoffensive.

La résection des extrémités des fragments osseux était indispensable pour obtenir la réunion des os et leur consolidation. Les résultats de ces tentatives étaient trop incertains pour les mettre en balance avec les conséquences possibles d'un traitement long et douloureux sur une enfant de huit ans dont la santé générale était excellente, et qui, malgré sa difformité, avait pris le développement physique propre à son âge.

Quoique placée à la jambe, cette pseudarthrose datant de la naissance n'empêchait pas la jeune fille de se livrer à la marche et aux exercices du corps qui étaient compatibles avec les occupations de son sexe. Nous conseillâmes aux parents de faire fabriquer un appareil, en forme de guêtre, propre à maintenir les parties molles et à les préserver des frottements exercés par les fragments osseux.

— M. Danyau fait hommage à la Société de 36 volumes de différents auteurs et de 29 volumes des comptes rendus de l'Académie des sciences.

M. le président remercie M. Danyau au nom de la Société.

LECTURE.

M. Fano donne lecture d'un mémoire intitulé *Nouvelle méthode pour pratiquer la ligature de l'aorte abdominale sans ouvrir le péritoine*. (Commission : MM. Denonvilliers, Chassaignac et Gosselin.)

Suite de la discussion sur l'anesthésie locale. — M. Follin rapporte quelques expériences entreprises avec M. Leconte, son collègue à la Faculté, et qui ont pour but de bien apprécier la grande influence de la réfrigération dans cette anesthésie locale par l'éther. Les chiffres obtenus dans ces essais dénotent un abaissement considérable de température et peuvent laisser croire que M. Richet n'a point attribué dans son travail une assez large part à l'action du froid. Les physiciens connaissent déjà bien ces mesures de la capacité calorifique; mais il importe de les signaler de nouveau à l'attention de ceux qui étudient ce mode d'anesthésie. En effet, l'évaporation simple et lente de l'éther produit un froid qui ne diffère que par peu de degrés de celui qu'amène ce mélange de glace et de sel marin si utilement employé en France par M. Velpeau. Ainsi, dans une expérience, la température extérieure étant + 16°, l'on vit le thermomètre, dont la boule était entourée de coton, trempée dans l'éther et laissée à l'air libre, descendre peu à peu jusqu'à — 14°. Des flocons de neige recouvraient le coton qui enveloppait l'instrument. En dirigeant avec un soufflet un courant d'air sur la boule du même thermomètre, l'on n'a pu obtenir que — 10°. Le chloroforme fut substitué à l'éther, et d'une température initiale de + 13° l'on ne put descendre qu'à — 2° ou — 2°,5 après cinq minutes.

Si l'on vient à favoriser cette évaporisation de l'éther en diminuant la pression atmosphérique, on arrive à un abaissement de température tel que le mercure se congèle. Ainsi, dans une première expérience faite avec l'éther sous la machine pneumatique, on a obtenu — 30°; puis, dans une seconde expérience, la congélation du mercure. Le chloroforme fait, dans le vide, descendre aussi le mercure jusqu'à — 30°. Ces expériences, en résumé, montrent qu'on peut, par la seule évaporation de l'éther, obtenir des effets de réfrigération assez puissants pour expliquer complètement l'anesthésie.

M. Richet. Dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de vous lire, il y a deux questions bien distinctes : une question de pratique et une question d'interprétation.

Relativement à la question de pratique, je serai bref, car j'ai dit moi-même que, née d'hier, elle était loin d'être assise sur des bases certaines, mais cependant que les résultats déjà obtenus méritaient un examen sérieux; j'ai ajouté que des observations ultérieures seraient nécessaires pour résoudre plusieurs questions que j'ai dû laisser pendantes.

Je ne me suis donc pas dissimulé, vous le voyez, ce qu'il y avait encore d'indéterminé et d'inconnu, et j'ai dit qu'un seul point me semblait aujourd'hui acquis au débat, à savoir : la possibilité d'obtenir à l'aide des agents anesthésiques un effet *local*, *direct* et *primitif*.

Parmi les objections qui ont été adressées à la méthode de l'éthérisation localisée, je citerai d'abord celle qui a été formulée par M. Broca, à savoir, que la vaporisation de l'éther sur les surfaces enflammées ou non produisait une douleur telle que, pour son compte, il préférerait de beaucoup la souffrance produite par l'incision. J'ai déjà une certaine expérience de ces éthérisations; aussi, en entendant notre collègue s'exprimer de la sorte, me suis-je demandé si nous parlions bien des mêmes choses : en effet, ni sur moi-même, ni sur la plupart de ceux sur lesquels j'ai employé cette méthode, je n'ai rien vu de semblable; dans un seul cas j'ai constaté une sensation de fourmillement très marquée, mais nullement douloureuse, et encore la peau avait-elle été préalablement dénudée par un vésicatoire. C'est donc là un phénomène très rare, et ce qui s'est passé dans les expériences de M. Jules

Roux, dans les miennes propres et dans celles sur les animaux, où on versait de l'éther sur les surfaces traumatiques sans provoquer de douleurs, pouvait le faire prévoir. Je suis donc autorisé à considérer ce qu'a observé M. Broca comme un fait exceptionnel et qui n'empêchera pas, je pense, de recourir à l'éthérisation localisée.

De son côté M. Morel-Lavallée a dit : Mais puisque votre éthérisation n'agit que par le froid et que nous avons un autre agent réfrigérant plus puissant et plus commode, la glace, à quoi bon en chercher un autre ? Cette manière de philosopher aura échappé, j'en suis sûr, à notre honorable collègue, qui nous a donné d'ailleurs plusieurs fois l'occasion d'apprécier son esprit chercheur et inventif. De ce qu'une chose est bonne, s'ensuit-il qu'on doive absolument s'y tenir et n'en pas chercher une meilleure ? Et pour m'en tenir à des exemples récents, si l'on n'avait expérimenté, après l'éther aurait-on trouvé le chloroforme, et la teinture d'iode aurait-elle remplacé l'usage si dangereux du vin chauffé dans le traitement des hydrocèles ?

Mais, d'ailleurs, est-il donc prouvé que la glace vaut mieux que l'éther comme anesthésique, en supposant même, ce qui est loin d'être démontré, que l'éther n'agit que par réfrigération ? Puis enfin on n'a pas toujours de la glace sous la main, et il est des circonstances où son application ne serait ni sans inconvénients, ni même sans danger. Quant à moi, plus éclectique, je me sers des deux moyens, et je m'en trouve bien.

Enfin, a-t-on dit, l'éthérisation localisée ne réussit pas toujours, et vous-même n'avez-vous pas plusieurs fois échoué ? Sans doute ; mais quel est le moyen thérapeutique qui n'échoue pas quelquefois ? Réussir dans le plus grand nombre des cas, voilà tout ce qu'on peut exiger d'un agent médicamenteux, et les faits que j'ai eu l'honneur de vous soumettre ont dû vous prouver qu'il en était ainsi lorsqu'on s'entourait de précautions convenables. L'emploi de l'éther est d'ailleurs innocent ; je ne l'ai jamais vu, pour mon compte, déterminer d'accidents, et enfin il importe de remarquer que, dans les cas même où l'on n'obtient pas une anesthésie complète, la sensibilité est tellement affaiblie que la douleur devient à peu près nulle.

Mais j'ai hâte d'arriver à la question d'interprétation, que je regarde comme la plus importante, parce que c'est de sa solution que dépend réellement tout l'avenir de la méthode.

Avant d'engager la discussion, permettez-moi de faire remarquer que mes honorables collègues m'ont prêté une opinion beaucoup trop absolue relativement au mode d'action des agents anesthésiques. On pourrait croire, après les avoir entendus, que je ne vois dans l'action obtenue par la volatilisation de l'éther sur les téguments uniquement qu'un effet anesthésique s'exerçant primitivement sur les extrémités nerveuses, et que je ne tiens aucun compte de la réfrigération ; mais c'est là bien évidemment un oubli de leur part, car j'ai dit positivement, et à plusieurs reprises, que l'action réfrigérante, impossible à nier, n'était pas la seule cependant à laquelle était due l'abolition de la sensibilité, et qu'il se passait là encore un autre phénomène sur lequel j'ai cherché à attirer, il est vrai, plus spécialement l'attention.

C'est donc cette question du mode d'action locale des anesthésiques que je me propose de discuter de nouveau, et, pour procéder avec méthode, j'examinerai d'abord ce qui a rapport à l'éther plus particulièrement ; j'envisagerai ensuite d'une manière générale les phénomènes qui se rattachent à l'anesthésie localisée.

Lorsqu'on dirige sur la peau intacte un jet d'éther sulfurique, en activant ou non sa vaporisation à l'aide d'un courant d'air, l'effet anesthésique indubitable et accordé par tout le monde que l'on obtient alors est-il uniquement le résultat d'un abaissement de température, ou bien est-il dû à cette action combinée avec le contact stupéfiant que ce liquide exercerait sur les expansions nerveuses ? Tel est le seul point sur lequel a porté le débat dans la dernière séance, et je le regrette, car j'avais eu surtout en vue dans la discussion les phénomènes d'anesthésie locale en général, et non ceux dus à l'éther en particulier.

Comme preuve de l'effet anesthésique dû uniquement à la réfrigération, on a dit : Si c'était par simple contact du liquide sur les extrémités nerveuses que se produit l'insensibilité, pourquoi ne l'obtiendrait-on pas aussi bien avec le chloroforme, dont l'action anesthésique est bien plus puissante que celle de l'éther ?

Il n'est pas exact de dire qu'on n'obtient point d'effet anesthésique avec le chloroforme appliqué sur la peau. Des expériences multipliées, et dont j'énumérerai bientôt les principales, prouvent, en effet, que le simple contact suffit. J'ajouterai que, si jusqu'à présent on a donné à l'éther la préférence sur le chloroforme pour ces applications locales, c'est que ce dernier, très irritant, provoque souvent une vésication du derme qui va à l'encontre du but qu'on se propose. Peut-être un jour trouvera-t-on moyen de lui enlever cette propriété corrosive, et qui sait alors si on n'obtiendra pas ainsi une action plus complète qu'avec l'éther, dont l'innocuité permet l'emploi à haute dose ?

On a dit encore : Dans les irrigations d'éther, la sensibilité diminue en raison directe de l'abaissement de la température ; tout prouve donc qu'il y a entre ces deux phénomènes une relation de cause à effet. Cette manière de raisonner, qui peut paraître d'abord très spécieuse, n'a cependant pas toute la portée qu'on serait tenté de lui attribuer. En effet, d'après les expériences de M. Flourens, de MM. Longet et Humerley, d'après les miennes propres, ne sait-on pas qu'il suffit de la simple immersion d'un nerf dans l'éther sans employer la réfrigération et même d'un jet de vapeur éthérée chauffée pour obtenir une complète insensibilité ? D'autre part, n'ai-je pas dit que j'avais observé sur moi-même et sur d'autres que jamais l'abaissement de la température ne m'avait paru suffisant pour rendre compte de cette anesthésie complète que l'on obtient alors ? Or comme, d'autre part, la circulation capillaire ne paraît point sensiblement modifiée, n'est-il pas rationnel de conclure que l'insensibilité est due au moins autant au contact stupéfiant des liquides éthérés qu'au refroidissement ? Il faut noter d'ailleurs que M. Broca a expérimenté sur sa main non enflammée, non tuméfiée, et que conséquemment il n'était point dans des conditions identiques à celles que présentaient la plupart des malades dont je vous ai rapporté l'histoire ; or, ainsi que vous l'a fait judicieusement remarquer M. Gosselin, on ne peut pas comparer des expériences faites dans des conditions si différentes. D'autre part, tout le monde sait ; depuis les belles expériences de Hunter, que les parties enflammées ont une résistance bien plus grande à l'abaissement de température que les parties saines, à ce point que leur congélation est réellement impossible. On comprendrait donc difficilement qu'on puisse obtenir dans les cas où on éthérise des téguments enflammés une réfrigération suffisante pour anéantir à elle seule toute sensibilité. Dans l'observation dont je suis le sujet, je puis affirmer que telle était l'activité de la circulation capillaire dans les parties soumises à l'irrigation éthérée que c'est à peine si la température m'a paru s'être abaissée, et cependant l'insensibilité a été aussi complète que possible. Il me paraît donc impossible de nier qu'il s'exerce là une action autre qu'une réfrigération, et cette action c'est une sorte de stupéfaction des extrémités nerveuses analogue à celle que l'on obtient quand par le torrent circulatoire les molécules anesthésiques sont mises au contact du système nerveux central.

Enfin, on a produit cette objection beaucoup plus grave, à savoir : que, si l'éther agit uniquement comme stupéfiant local, il doit suffire pour obtenir l'anesthésie d'immerger dans un bain d'éther les parties qu'on veut insensibiliser. MM. Broca et Morel-Lavallée vous ont rapporté qu'ayant plongé leurs doigts dans le liquide éthéré ils n'étaient parvenus à obtenir aucun affaiblissement de la sensibilité. Si je voulais combattre leur autorité par une autre, aux deux uniques observations de nos collègues j'opposerais celles très nombreuses de M. Humerley, qui, sur lui-même et sur les animaux, déclare avoir obtenu par la simple immersion dans l'éther des effets très marqués dont je vous ai entretenus dans mon mémoire. Mais j'ai voulu de mon côté savoir à quoi m'en tenir, et voici les expériences auxquelles je me suis livré.

J'ai d'abord plongé deux de mes doigts dans deux verres, dont l'un était rempli d'alcool et l'autre d'éther ; je les y ai laissés pendant quarante-cinq minutes en tâtant à plusieurs reprises la sensibilité, et n'ai obtenu aucune diminution notable de la sensibilité soit dans l'un, soit dans l'autre doigt ; mais je dois ajouter que l'immersion prolongée dans l'éther n'a pas développé même la plus légère sensation de douleur.

Cet insuccès me fit réfléchir, et je variai l'expérience. J'avais éprouvé dans le doigt, pendant tout le temps que dura le bain d'éther, un fourmillement qui m'avait fait penser qu'un certain nombre de molécules éthérées, après avoir traversé l'épiderme, se mettaient en contact avec les expansions nerveuses. Soupçonnant alors que ces molécules, aussitôt après leur pénétration, étaient emportées par le torrent circulatoire, ce qui empêchait leur action durable sur le système nerveux, je cherchai à m'opposer à leur entraînement par l'application d'une ligature circulaire autour des doigts, assez serrée pour arrêter momentanément la circulation veineuse sans s'opposer cependant à la circulation artérielle ; je voulus faire, en un mot, ce que l'on se propose d'obtenir avec la bande à saignée.

Les choses étant ainsi disposées, je replaçai mes deux doigts dans le liquide, comme précédemment, et après dix minutes environ j'éprouvai dans le doigt plongé dans l'éther un fourmillement plus marqué que précédemment. Une aiguille que j'y enfonçai profondément ne révéla sa pénétration que par une sensation tactile, mais sans douleur, tandis que la même opération, répétée sur le doigt immergé dans l'alcool, détermina une très vive souffrance. Répétées à plusieurs reprises, ces tentatives amenèrent toujours des résultats identiques ; en sorte que je restai convaincu que la diminution très notable de la sensibilité était bien positivement le résultat de l'absorption de l'éther et de son contact direct avec les papilles nerveuses, et non, comme on aurait pu le supposer, d'une striction que j'avais eu soin de rendre très modérée, ou d'un abaissement de température, puisque le liquide éthéré dont j'avais eu la précaution d'empêcher la volatilisation en recouvrant le vase d'un morceau de diachylon, s'était mis en équilibre de température constant avec le doigt immergé.

Il résulte donc pour moi de ces expériences que dans certaines conditions physiologiques qui, je le reconnais, auraient besoin d'être précisées avec beaucoup plus de soin et par des expériences plus nombreuses, l'éther peut déterminer directement une stupéfaction locale, et j'ai la conviction qu'un jour viendra où ces propriétés seront complètement mises hors de doute.

Maintenant, messieurs, je vais plus loin, et je dis qu'en supposant même que l'éther appliqué sous la peau ne produit l'insensibilité que par la réfrigération, la question de l'anesthésie locale, envisagée d'un point de vue plus général, n'en resterait pas moins tout entière ; et c'est cette dernière question, je vous prie bien le remarquer, que j'ai voulu plus particulièrement débattre et agiter devant vous dans mon mémoire. En effet, je n'ai fait intervenir l'*éthérisation localisée* proprement dite que comme un fait particulier et isolé destiné seulement à appuyer la théorie générale, laquelle a pour se défendre bien d'autres faits que je vais de nouveau examiner brièvement.

Les anesthésiques, ai-je dit, agissent de deux manières sur le système nerveux :

1° Secondairement sur les centres, par l'intermédiaire du torrent circulatoire, qui les met en contact avec eux ;

2° Primitivement, directement sur les expansions périphériques du système.

Le premier mode d'action des anesthésiques, celui qui s'exerce par l'intermédiaire du sang, est admis par tout le monde, et n'a pas besoin d'être prouvé.

Mais il n'en est pas de même du second ; la plupart des chirurgiens et un grand nombre de physiologistes le repoussent, et j'ai dit que la négation *à priori* de cette action directe et primitive avait été à mon avis le plus grand obstacle aux tentatives d'anesthésie localisée, la plupart des médecins ayant jugé d'avance inutile d'essayer une méthode que le raisonnement semblait réprouver. J'ai donc dû m'attacher à faire surtout ressortir les preuves qui démontrent la réalité de ces effets anesthésiques locaux, et ces preuves vous sont fournies par les expérimentations sur les animaux, par l'observation des malades et par le raisonnement. Le chloroforme et l'éther sont également susceptibles de les produire.

Relativement au chloroforme, son action locale est prouvée par les résultats vraiment surprenants que l'on obtient de son application à l'état liquide dans certains cas de douleurs névralgiques ou autres. Et ici je puis invoquer les observations de MM. Aran, Béhier, Cahen, etc., et les miennes. J'ai actuellement dans mon service deux malades dont l'un, atteint d'une névralgie sus-orbitaire, suite d'une kératite ulcéreuse qui avait résisté aux opiacés et au sulfate de quinine à haute dose et successivement employés, ne fut soulagé, puis définitivement guéri que par des compresses imbibées de chloroforme, et dont l'autre, tourmenté nuit et jour par d'atroces douleurs dans le bras et dans l'épaule, déterminées par la compression qu'exerçait sur les racines du plexus brachial une tumeur de la région sous-claviculaire, en fut débarrassé en quelques heures par le même moyen, alors que le chlorhydrate de morphine, employé par la méthode endermique, avait, comme bien d'autres moyens mis précédemment en usage, complétement échoué. Je rappellerai enfin les heureux effets des vapeurs de chloroforme dirigées sur des surfaces ulcérées, que nous ont fait connaître M. Hardy (de Dublin), M. Moissenet et notre collègue M. Gosselin.

Quant aux résultats obtenus sur les animaux et sur l'homme, soit à l'aide de l'éther liquide, soit à l'aide des vapeurs éthérées sur les troncs nerveux dénudés, j'y ai assez insisté pour n'avoir pas besoin, je pense, d'y revenir en détail ; il me suffira de les rappeler.

On ne voit pas d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit précédemment, pourquoi la raison se refuserait à admettre ce mode d'action local et direct des anesthésiques, quand tous les jours l'observatiou nous montre des effets analogues obtenus au moyen d'autres substances, telles que l'opium, la morphine, etc., dont l'action générale sur le système nerveux par l'intermédiaire du torrent circulatoire n'est d'ailleurs l'objet d'aucun doute.

Qu'on veuille bien remarquer, d'ailleurs, que ce ne sont point là des faits isolés, accidentels, mais bien au contraire nombreux, et qu'on peut reproduire à volonté lorsqu'on se voit dans les conditions voulues, en sorte qu'il me semble réellement impossible de nier aujourd'hui que les anesthésiques puissent produire des effets locaux et directs sur sur la portion périphérique du système nerveux.

Je terminerai cette discussion en disant que, puisque l'anesthésie locale est possible, il ne reste plus qu'à rechercher le meilleur moyen de l'obtenir, et je ne doute pas qu'on n'y arrive un jour.

M. Danyau. Ayant dû appliquer un cautère à M. Roux, je me suis servi de l'appareil de M. Hardy. J'employai la pâte de Vienne. Pendant dix minutes je dirigeai sur la nuque, où devait être établi le cautère, des vapeurs d'éther ; la douleur fut complétement annihilée.

M. Verneuil reproche à M. Richet d'avoir dit que dans les expériences de M. Longet l'éther ne se volatilisait pas. Il n'est pas admissible qu'il en soit ainsi, parce que l'éther se trouve en contact avec des parties dont la température est de 36 à 37 degrés.

M. Debout, comme M. Gosselin, pense qu'il faut diviser la question, et que l'action des anesthésiques est bien différente lorsqu'ils sont employés contre des douleurs morbides ou simplement pour amener l'insensibilité sur des parties saines. Contre les douleurs morbides, leur influence avantageuse est incontestable, et alors ils agissent d'autant mieux qu'ils sont moins volatils. Dans les cas, au contraire, où ils sont employés sur des parties saines, les plus volatilisables sont les meilleurs. Mais, en résumé, leur action est moins certaine.

M. Boinet pense qu'on ne peut rien déduire de l'expérience de M. Richet, qui a soumis son doigt aux vapeurs anesthésiantes après l'avoir préalablement entouré d'une ligature. Il lui paraît évident que l'insensibilité a été déterminée par la compression.

M. Desormeaux pense que les névralgies qui ont cédé par l'application du chloroforme ont été surtout guéries par l'action caustique de cet agent.

M. Debout n'admet pas absolument cette manière de voir, et il cite à l'appui de son opinion les expériences de M. Aran. Si, en effet, on applique sur la peau du chloroforme et si on le maintient en place à l'aide d'un verre de montre, on reconnaît que l'insensibilité produite n'est pas limitée à la circonférence du verre de montre, mais qu'elle s'étend à une certaine distance.

M. Forget revient sur l'objection qu'il a faite aux idées théoriques de M. Richet sur la production de l'insensibilité à la périphérie du système nerveux. Il voudrait qu'on tînt compte de l'absorption des vapeurs anesthésiques par les voies respiratoires, et à l'appui de cette appréciation il signale la difficulté de la production de l'anesthésie locale lorsqu'on agit loin de la face.

M. Morel-Lavallée persiste à admettre que l'immense part de l'anesthésie locale doit être rapportée à la réfrigération, et partant il est disposé à préférer la glace.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* publie un décret qui autorise à porter des décorations d'ordres qui leur ont été conférés par des souverains étrangers :

Ordre de François-Joseph (*Autriche*) : MM. Paléologue (Jean), médecin à Smyrne (chevalier) ; Camescasse (J.-L.-A.), chirurgien de première classe de la marine (croix en or de mérite civil avec la couronne).

Ordre du Christ (*Portugal*) : M. Dumé (R.-V.), docteur en médecine (chevalier).

Ordre des Saints-Maurice et Lazare (*Sardaigne*) : M. Barthez des Marmorières (A.-C.-E.), médecin des hôpitaux de Paris (chevalier).

— Le journal espagnol *El Heraldo médico* publie un long article sur les mesures d'hygiène et de police qu'il engage à prendre contre l'invasion du choléra, qui commence à sévir dans quelques parties de la Péninsule.

Le nombre des cas qui se sont déclarés dans diverses communes (*ayuntamientos*) de la province de Pontevedra (Galice) pendant les journées des 19, 20 et 21 mai s'est élevé à 80 ; le 22, il y a eu 32 cas.

— Le *Recueil de médecine vétérinaire* fait connaître le personnel vétérinaire attaché à l'armée d'Orient.

MM. Lacoste, vétérinaire principal, et Stef, aide-vétérinaire, sont attachés à l'état-major général.

Les autres vétérinaires sont MM. Bruyant, Crochat et Gaube, de 1re classe ; MM. Duplaquet, Castandet, de 2e classe ; MM. Poret, Réquier, Blavette, Liard, Troutot, Lesénéchal, Pâté, Carriol, Lacombe, Changeux, Blanc, Santrot et Noyez, aides-vétérinaires.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meil leurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 14 JUIN 1854.

Séances des Académies.

La discussion sur le redressement utérin prend des proportions gigantesques, et dans l'immense et inutile détail desquelles il nous devient impossible de la suivre. Si quelque confrère lointain avait adressé au monde médical européen un mémoire, ou plutôt une *note* (ce qui eût suffi), pour constater l'existence des déviations de l'utérus chez les femmes des contrées hyperboréennes ou de l'Indoustan, et sur l'introduction d'un pessaire fait avec un tuyau de pipe ou le manche en ivoire qui sert à fumer les cigares de tous les pays ; si dans sa note il n'eût tenu aucun compte des lésions qui accompagnent fréquemment les déviations, qui déterminent ordinairement les douleurs éprouvées et fournissent les indications du traitement, on se serait probablement contenté de se rappeler *in petto*, ou de répéter à haute voix ce proverbe vulgaire : *A beau mentir qui vient de loin*, et on eût passé outre sans autre formalité.

Mais tout cela est né chez nous, a fructifié chez nos voisins, et est revenu embelli et débité d'un ton grave et sérieux. On a voulu faire de cette plaisanterie *une méthode* ; on a discuté pour savoir si un organe essentiellement mobile pouvait être définitivement redressé par le simple passage ou même par le séjour prolongé d'un corps étranger ; on a ignoré ou dissimulé les graves accidents fréquemment déterminés par ce bizarre procédé, et il s'en est suivi un immense rapport, des réclamations sans fin et sans portée, et en définitive beaucoup de bruit pour rien.

M. Depaul a parfaitement prouvé hier le peu de fondement des réclamations de M. Gaussail, et l'exactitude des assertions et des citations de son rapport. Il a répondu, dans la presse, à un article de journal, et nous avons regretté de n'avoir pu publier sa victorieuse et logique réponse ; enfin, il a pris à partie M. Malgaigne lui-même, et a fait ressortir quelques inconséquences de son argumentation.

Mais, en vérité, de tout cela que sort-il autre chose que la certitude acquise de l'inanité de la *méthode* et de ses incontestables dangers? A-t-on nié les cas mortels, les accidents sérieux déterminés par la simple introduction momentanée du pessaire intra-utérin? Et *la sensation des reins dans l'autre monde*, ou le *craquement comparé à un nœud qui se défait* ont-ils changé quelque chose à l'appréciation sévère et juste du rapporteur? M. Gaussail niera-t-il lui-même qu'il ressort des débats académiques que *le danger de ce traitement dépasse celui que l'on doit malheureusement craindre des plus minimes opérations chirurgicales*, et bien plus encore que son *excellent ami ne redoutera-t-il pas désormais de l'affronter?*

En praticien éclairé et sans prétention à la *spécialité*, M. Huguier est à son tour venu apporter le témoignage de son expérience et de ses nombreuses expérimentations ; il a montré à son tour combien il fallait tenir compte des lésions concomitantes dans l'appréciation des effets produits par les déviations ; et pour prouver qu'il n'était pas en contradiction avec lui-même, il a déclaré qu'il *n'avait pas signé le rapport de M. Depaul.* C'est irrégulier peut-être, mais enfin c'est la vérité, et la vérité doit toujours être dite.

Quoi qu'il en soit, nous ne pensons pas que les prôneurs des pessaires intra-utérins aient lieu d'être satisfaits des résultats de la discussion, et si quelqu'un a fondé *des espérances de pratique* sur l'éclat donné à la *méthode,* nous croyons qu'il fera bien de recourir à d'autres moyens, et de renvoyer celui-ci aux praticiens des contrées hyperboréennes. C'est le cas de répéter avec M. Velpeau, mais non tout à fait dans le même sens, que les commissions enterrent, non pas les questions, mais les *méthodes*, quand le rapporteur est M. Depaul et les méthodes des procédés irrationnels et dangereux. C'est le cas encore de reconnaître avec M. Huguier que les pessaires intra-utérins peuvent avoir quelque utilité... comme moyen de rappeler les règles et de combattre l'aménorrhée!!!

Ajoutons enfin, pour être complet, qu'une fois sur mille peut-être ils ont pu avoir sur les douleurs utérines la même efficacité que la cautérisation de l'oreille sur les névralgies sciatiques ou l'imagination toute seule chez certaines femmes éminemment impressionnables !

L'Académie des sciences contient une lecture importante de M. Jobert (de Lamballe) sur les corps étrangers articulaires en général, et sur les corps étrangers du genou en particulier. Nous en publions les conclusions.

La séance du 5 juin comprenait encore l'analyse, par M. Thénard, des eaux du Mont-Dore, dans laquelle l'habile chimiste a constaté la présence de l'arséniate de soude, auquel, selon lui, ces eaux doivent leur action. Nous en renvoyons l'analyse au prochain numéro.

Eufin, plusieurs candidats ont déclaré leur candidature à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie ; ce sont MM. Claude Bernard, Jobert (de Lamballe) et Maisonneuve. — F. Fabre.

HOTEL-DIEU. — M. LAUGIER.

Psoïtis du côté gauche. — Guérison.

Le nommé Grignon (Nicolas), âgé de quarante-six ans, cordonnier, est entré le 16 avril à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Marthe, n° 8).

Cet homme présente en arrière, au niveau de la région lombaire gauche, un peu au-dessous de la douzième côte et sur les parties latérales du rachis, une tumeur de la grosseur du poing, molle, fluctuante, douloureuse à la pression et sans changement de couleur à la peau qui la recouvre. Le malade fait remonter à trois semaines seulement l'apparition de cette tumeur, qui, d'abord peu volumineuse, s'est développée graduellement et a acquis le volume que nous constatons.

De plus, depuis quatre mois environ il ne peut plus étendre la cuisse gauche sur le bassin, il est obligé de la tenir fléchie ; il accuse aussi une douleur profonde dans la partie gauche du ventre, au niveau de la région du flanc, qu'il fait également remonter à la même époque.

Si l'on palpe le ventre en ce point, on trouve une autre tumeur assez volumineuse, dure, consistante, très douloureuse à la pression et qui suit exactement le trajet du muscle psoas iliaque.

Quand on cherche à étendre la cuisse, la douleur s'exaspère ; mais si, au contraire, la cuisse est fléchie et si le malade est couché sur le côté droit, la douleur disparaît presque complétement.

Le malade nous affirme n'avoir jamais souffert dans le dos, le long du rachis ; d'ailleurs, il n'existe ni déformation, ni gibbosité appréciables, et il est facile de reconnaître qu'il n'y a aucune déviation des apophyses épineuses des vertèbres.

Le malade fait remonter l'origine de ces accidents à l'époque où il fut traité pour un rétrécissement du canal de l'urètre survenu à la suite de plusieurs blennorrhagies. Il a été traité, il y a quatre à cinq mois, à l'hôpital de Versailles, et c'est à la suite d'un cathétérisme forcé, devenu urgent par suite d'une rétention complète d'urine, qu'il ressentit une douleur vive dans le flanc gauche et qu'il lui fut impossible d'étendre la cuisse sur le bassin ; ces accidents se compliquèrent d'une fièvre très intense et d'une inflammation très vive de l'articulation du genou gauche, qui se tuméfia beaucoup et devint très douloureux.

L'état général de ce malade est peu satisfaisant. Sa constitution est débilitée, elle est profondément altérée ; les chairs sont flasques ; la peau présente une coloration générale jaune terreux, le teint est plombé, les yeux sont caves.

Ce malade a eu jadis des chancres, il s'est fort mal soigné ; depuis il a eu différentes éruptions cutanées et souvent mal à la gorge. Actuellement nous constatons des sueurs diurnes et nocturnes abondantes, de l'insomnie, de la fièvre avec exacerbation le soir ; le malade n'a pas de frissons, pas de diarrhée.

M. Richet, croyant à un abcès ossifluent de nature syphilitique, soumet le malade à un traitement spécifique ; il lui donne de l'iodure de potassium, puis la liqueur de Van-Swieten. Il l'alimente afin de soutenir ses forces.

Le 28, l'état général est resté le même. Le malade présente toujours les mêmes symptômes généraux, et de plus, des alternatives

---

FEUILLETON.

ANECDOTES SUR AMBROISE PARÉ.

Les princes et les généraux chargés du commandement des armées entraient en campagne avec confiance lorsqu'ils avaient pu décider A. Paré à les suivre. En 1552, cinq à six mille hommes, avec l'élite de la noblesse du royaume, ayant sept princes à leur tête, sont enfermés dans Metz, que l'empereur Charles-Quint assiége en personne avec une armée de cent vingt mille soldats. Presque tous nos blessés succombaient ; on réclame le secours d'Ambroise Paré.

Henri II, informé du vœu de ses fidèles serviteurs, envoie ses ordres aux maréchaux de Saint-André et de Vieilleville ; ils parviennent à gagner un capitaine italien qui, moyennant quinze cents écus, somme considérable pour le temps, s'engage à introduire l'illustre chirurgien dans la place. Son arrivée est un événement heureux qu'on regarde comme un bienfait de la Providence ! On ne craint point de troubler le sommeil du duc de Guise ; on lui amène au milieu de la nuit un homme dont la présence était si vivement désirée. « Le général le reçut » de bonne grâce, étant bien joyeux de sa venue. » Il lui recommande de se trouver le lendemain sur la brèche ; dès qu'il paraît, les démonstrations de joie éclatent de toutes parts. Les princes l'embrassent avec l'affection la plus tendre, et s'écrient : « Nous ne craignons plus de » mourir, s'il arrive que nous soyons blessés. »

Le courage renaît, et la confiance en l'habile praticien contribue puissamment à la conservation d'une ville devant laquelle une formidable armée a péri. Metz était alors le boulevard du royaume ; sa perte aurait pu entraîner celle de la France entière.

Après la levée du siége de Metz, Paré revint à Paris où il demeura longues années, durant lesquelles « il ne se trouva cure, tant grande » et difficile fût-elle, où sa main et son conseil n'eussent été requis. »

Le marquis d'Avret, d'une des plus anciennes familles de Flandre, était à la dernière extrémité par les accidents d'une blessure reçue sept mois auparavant à la cuisse, avec fracture, par un coup de feu. Le duc d'Ascot envoya un gentilhomme au roi avec une lettre par laquelle il suppliait humblement Sa Majesté « de lui faire tant de bien » et d'honneur que de permettre et commander à son premier chi- » rurgien de venir au secours de son frère. » Ambroise Paré lui prodigua ses soins avec tout le succès qu'on s'était promis de son savoir et de son habileté ; il rétablit, contre toute espérance, la santé de ce seigneur extrêmement chéri. En reconnaissance d'une si belle guérison, la ville de Mons donna une fête à celui qu'il avait opérée ; il fut traité splendidement à Anvers par les plus riches habitants, et refusa par modestie la réception brillante qu'on se proposait de lui faire à Bruxelles et à Malines, disant « que ce n'était pas à lui à qui appar- » tenait tant d'honneur. »

Au retour du siége de Rouen, où le roi de Navarre fut blessé au bras d'un coup de feu dont il mourut, le roi, la reine mère, plusieurs princes et seigneurs demandèrent à Ambroise Paré pourquoi la plupart des gentilhommes et soldats mouraient de plaies si petites en apparence. Paré composa à ce sujet un discours dans lequel, en physicien intelligent, il réfute les opinions, alors assez accréditées, sur la vénénosité de la poudre à canon et sur la cautérisation qu'on attribuait à la chaleur des balles et des boulets ; il trouva la cause des dérangements mortels qui troublent l'économie dans la forte commotion que souffrent les parties frappées, et il compare l'effet du canon à celui de la foudre.

Tout pleins de l'idée que les plaies d'armes à feu étaient envenimées, les chirurgiens de cette époque les arrosaient d'huile bouillante, employaient les instruments les plus grossiers pour en extraire les corps étrangers.

Le restaurateur de la chirurgie française eut encore, dans cette circonstance, assez de courage et d'habileté pour opérer une heureuse réforme. « J'avais lu, dit-il, en Jean de Vigo, liv. I *Des plaies en géné-* » *ral*, chap. 8, que les plaies faites par bâtons à feu participent de » vénénosité à cause de la poudre, et pour leur curation commande » de les cautériser avec l'huile de Sambuc, en laquelle soit mêlé un » peu de thériaque ; et pour ne faillir paravant qu'user de ladite » huile fervente, sachant que telle chose pourrait apporter au malade » extrême douleur, je voulus savoir premièrement que d'en appliquer » comme les autres chirurgiens faisaient pour le premier appareil, qui » était d'appliquer ladite huile la plus bouillante qui leur était possible

de diarrhée et de constipation. Aucun changement appréciable n'est survenu sous l'influence de la médication générale. L'état local a fait même quelques progrès; la tumeur de la région lombaire semble augmentée de volume; elle est plus douloureuse à la pression, la fluctuation paraît plus évidente.

Le 2 mai, M. le professeur Laugier, après avoir examiné très attentivement le malade, porte le diagnostic d'un psoïtis du côté gauche, avec abcès venant faire saillie en arrière, en soulevant le carré des lombes.

De plus, on constate que le malade est atteint d'ascite et d'œdème des bourses. — On supprime le traitement général.

Le 5, on ouvre la tumeur fluctuante de la région lombaire; il sort un flot de pus de bonne nature, bien lié; affaiblissement presque complet de la tumeur. Il a fallu traverser une couche épaisse de parties molles pour arriver au foyer purulent. — On introduit une mèche de charpie dans le foyer, cataplasmes.

Le 7, suppuration abondante. Le malade se sent beaucoup mieux depuis l'ouverture de l'abcès; il repose la nuit; il n'a presque plus de sueurs; il n'a plus de redoublement de fièvre le soir; pas de frissons, pas de diarrhée; il peut étendre davantage la cuisse. La tumeur que nous avons constatée dans le flanc gauche existe encore, mais elle est moins volumineuse; elle est toujours douloureuse à la pression. L'œdème des bourses et l'ascite n'ont pas varié.

Le 12, le mieux se continue; la suppuration est presque complétement tarie. La tumeur lombaire ne s'est pas reproduite; la cuisse peut être étendue sur le bassin, mais incomplétement. La douleur est moins vive dans le flanc gauche. L'ascite et l'œdème des bourses ont sensiblement diminué.

Le 20, la suppuration est tout à fait tarie. Le malade peut étendre presque complétement la cuisse.

L'œdème des bourses a disparu entièrement; l'ascite a considérablement diminué. Bon appétit, bon sommeil; pas de fièvre, pas de sueurs, pas de diarrhée.

Le 26, le malade peut étendre complétement la cuisse sur le bassin; il accuse de la roideur au niveau du pli de l'aine; il éprouve la sensation d'une corde fortement tendue en ce point. L'ascite a disparu presque entièrement. La tumeur, sur le trajet du psoas iliaque, a considérablement diminué, et est à peine douloureuse à la pression.

Le 30, l'état général est satisfaisant. Le malade se lève depuis quelques jours et commence à marcher.

Le 3 juin, le malade marche assez facilement; il n'accuse plus de roideur au niveau du pli de l'aine. Il n'y a plus de liquide dans le péritoine. La tumeur sur le trajet du psoas iliaque a presque complétement disparu. La pression n'est plus douloureuse en ce point.

Le 7, le malade demande sa sortie.

E.-A. Bonfils, interne du service.

DES CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES EN GÉNÉRAL,

et des corps étrangers du genou en particulier.

Par M. Jobert (de Lamballe).

(Académie des sciences, séance du 5 juin 1854.)

M. Jobert a lu sous le titre qui précède un travail dont nous ne pouvons publier ici que le résumé; mais ce résumé donne une idée de l'ensemble du mémoire, d'où il lui paraît naturellement découler :

Que toutes les articulations peuvent être le siége de corps étrangers développés en dehors ou en dedans de l'articulation;

Que les corps étrangers sont mobiles ou adhérents, avec ou sans pédicule;

Que les corps étrangers articulaires sont tous organisés;

Que les corps étrangers articulaires peuvent avoir la consistance demi-solide, solide, fibreuse, fibro-cartilagineuse, osséo-fibreuse;

Que les corps étrangers nous paraissent passer successivement par ces diverses périodes, et que par conséquent il subissent des degrés de consistance différents, suivant l'époque à laquelle on les examine et la durée de leur séjour dans la cavité articulaire ou en dehors d'elle;

Que les corps étrangers peuvent cependant passer subitement de l'état albumineux à l'état de cartilage, et que cette période peut durer un temps variable avant de se revêtir d'une matière terreuse;

Que les corps étrangers qui sont formés par du sang passent constamment par les diverses phases dont il a été question plus haut : c'est-à-dire qu'ils sont demi-solides, puis charnus, puis fibreux, puis fibro-cartilagineux, et enfin osseux;

Que tous ces états morbides suivent des lois régulières, et que tous ces produits peuvent ainsi se résumer en corps primitivement albumineux et sanguins;

Que la force qui préside au développement de ces corps étrangers est analogue au principe régulier embryonaire, que l'on peut comparer par conséquent à la loi de formation des organes;

Que l'on ne peut admettre une autre origine aux corps étrangers, car s'ils tiraient leur source d'une portion de cartilage ou d'os séparée des surfaces articulaires comme on l'a cru, on verrait surgir des accidents dépendant de la présence de ces fragments osseux ou cartilagineux;

Que le nombre des corps étrangers est variable, ainsi que leur volume. Les corps étrangers uniques offrent plus de volume que ceux qui sont multiples. M. Velpeau en a vu un qui pouvait avoir le volume d'un marron, et celui que M. Jobert a extrait de l'articulation du genou avait les dimensions d'une petite rotule;

Que tous les corps étrangers ont le même élément organique, le même canevas, c'est-à-dire une substance albumineuse ou fibrineuse;

Que cette substance organisée est plus ou moins abondante et qu'elle est par conséquent rarement la même en quantité; tout dépend du volume de la fibrine (albumine) ou du caillot;

Que les corps étrangers offrent de grandes variétés dans leur forme, qui est en général en rapport avec la région dans laquelle ils se sont développés;

Que leur volume dépend aussi du degré de liberté qu'ils ont dans l'articulation et de la compression qui est exercée sur eux;

Que le corps étranger prend la forme des saillies et des cavités entre lesquelles il se trouve placé. C'est pendant que le corps étranger offre un certain degré de mollesse que les saillies et les cavités articulaires s'impriment à sa surface;

Que les corps étrangers ont par conséquent une double origine, le sang et les fausses membranes (fibrine);

Que le sang donne presque toujours naissance aux corps étrangers, soit que, déposé à l'intérieur de l'articulation, soit que, déposé à l'extérieur de la capsule, il y subisse différentes métamorphoses;

Que les fausses membranes intra-articulaires sont presque toujours l'origine des corps étrangers libres qui s'incrustent de substances salines contenues dans la synovie;

Que les corps étrangers libres reçoivent les sels de la synovie autour d'eux, où ils forment par conséquent des couches concentriques, comme dans les calculs vésicaux;

Que les corps étrangers ne sont pas douloureux par eux-mêmes, à moins qu'ils ne contiennent quelques filets nerveux dans leur enveloppe;

Que les corps étrangers entretiennent constamment un engorgement articulaire et une hydarthrose qui s'accroît par moments sous l'influence d'un excès d'irritation survenue brusquement;

Que les corps étrangers ont été pris par des hommes distingués et des chirurgiens de renom pour des déplacements de la rotule. Des hommes éminents dans la science, MM. Rayer, Bouillaud, Bégin, doivent se rappeler que j'ai eu l'occasion d'opérer une jeune et intéressante Anglaise, qui plusieurs fois avait éprouvé tous les accidents violents d'un déplacement d'un corps étranger du genou. Ces médecins, justement estimés, doivent avoir présente à la mémoire la narration des symptômes éprouvés par notre jeune malade et des accidents qu'elle énumérait d'une manière si remarquable. En Angleterre, un chirurgien célèbre, regardant ces accidents comme produits par un déplacement de la rotule, avait fait entourer le genou d'une sorte de cuirasse de fer;

Que les corps étrangers articulaires ont souvent été regardés comme n'étant que des indurations déterminées et entretenues par l'hydarthrose : c'est confondre l'effet avec la cause;

Qu'une ou plusieurs de ces indurations ne sont autre chose que des corps étrangers à pédicule étroit ou même sans pédicule, et, comme ils sont encore trop peu avancés pour être flottants dans l'articulation, on a cru à tort devoir les dénommer sous le nom d'induration. Ces indurations ne sont autre chose que des indurations extra-capsulaires qui entretiennent l'hydarthrose par l'excitation continuelle qu'elles produisent dans la membrane synoviale. Cela est si vrai que leur destruction amène la résolution de l'engorgement et la disparition de l'hydropisie : MM. Rayer, Bouillaud, Bégin, Andral, etc., ont été témoins de pareils résultats;

Que les corps étrangers font constamment des progrès et qu'ils ne se bornent pas à agir sur la membrane synoviale, mais encore qu'ils sont fréquemment l'origine d'inflammations aiguës, de tumeurs blanches, de suppuration et de perforations des surfaces articulaires;

Que les corps étrangers sont la cause de chutes subites et de violents troubles nerveux pris pour des accès hystériformes;

Que les commémoratifs, les accidents, l'examen de l'articulation suffisent ordinairement pour poser un diagnostic sûr et arriver à la découverte du corps étranger;

Que le traitement médical n'est que palliatif;

Que le traitement chirurgical peut débarrasser les malades de la présence du corps étranger;

Que les différents moyens de compression soulagent quelquefois, mais ne parviennent jamais à mettre à l'abri des accidents les malades qui sont porteurs de corps étrangers articulaires. Nous avons vu, par exemple, que la compression exercée sur l'articulation de lady L... n'avait fait qu'aplatir le corps étranger, sans prévenir les chutes et les douleurs qu'il avait déterminées;

Que des compressions régulièrement exercées avec des pelotes et directement appliquées sur les corps étrangers ne produisent que l'affaissement de la tumeur et son aplatissement. Bien plus, je dirai que cette compression, exercée avec un compresseur habilement exécuté par M. Charrière, n'est parvenue qu'à diminuer la hauteur du corps étranger, qui s'est accru en largeur. Cette compression avait été cependant exécutée avec une constance admirable par une malade très patiente que j'ai été obligé d'opérer;

Que la *fixité* du corps étranger n'empêche ni son développement ni les accidents que signale habituellement sa présence;

Que l'extraction et la destruction du corps étranger peuvent seules débarrasser le malade de son infirmité;

Que l'extraction est le procédé le plus ancien, et c'est celui qui d'abord a dû se présenter à l'esprit du chirurgien. Toutefois, on n'a pas manqué d'observer les écueils qui entouraient cette opération et les accidents qui la suivaient. C'est pour cela qu'on a senti la nécessité de la modifier et d'en changer pour ainsi dire l'exécution à diverses époques. Trois périodes signalent, en effet, les progrès de la science : dans une première, on incise la capsule sur le corps étranger sans règle et sans s'occuper de ce qui peut en résulter; dans une seconde période, on fait effort pour éviter le contact de l'air sur l'intérieur de l'articulation au moyen d'un pli fait à la peau; enfin, dans une troisième période on comprend encore mieux la nécessité d'éviter l'action de l'air sur la membrane synoviale, et dès lors on songe à ouvrir l'articulation, à déplacer le corps étranger et à le mener dans une autre cavité creusée dans les environs de l'articulation;

Que le premier mode d'opérer est entièrement empirique, et que le second est déjà fondé sur des remarques judicieuses relatives à l'action de l'air sur l'articulation, et qu'enfin la troisième modification qui découle du deuxième procédé opératoire établit en principe la nécessité de prévenir tout accès de l'air sur la synoviale, et c'est là-dessus que sont basés le procédé de M. Goyrand et

---

» dedans les plaies avec tentes et sétons dont je pris hardiesse faire » comme eux. Enfin, mon huile me manqua, et fus contraint d'appli- » quer en son lieu un digestif fait de jaune d'œuf, huile rosat et téré- » benthine. La nuit, je ne pus bien dormir à mon aise, pensant que » par faute d'avoir cautérisé je trouvasse des blessés où j'avais failli » à mettre de ladite huile morts empoisonnés, qui me fit lever de » grand matin pour les visiter, où, outre mon espérance, trouvai ceux » auxquels j'avais mis le médicament digestif sentir peu de douleur à » leurs plaies, sans inflammation et tumeur, ayant assez bien reposé » la nuit; les autres où l'on avait appliqué ladite huile, les trouvai » fébricitans, avec grande douleur, tumeur et inflammation aux envi- » rons de leurs plaies : adonc je me délibérai de ne jamais plus » brûler ainsi cruellement les pauvres blessés d'arquebusade. »

Chirurgien du roi Henri II en 1552, Paré servit ensuite les rois François II, Charles IX et Henri III. La cure qu'il fit des accidents arrivés à Charles IX lui procura d'autant plus de réputation que le mal demandait un secours prompt et efficace. Antoine Portail avait saigné le prince, et malheureusement piqué un filet nerveux. Les symptômes effrayants qui se manifestaient ne tardèrent pas à mettre la vie du roi en grand danger; mais Paré parvint à calmer les alarmes des courtisans par l'application de remèdes qui arrêtèrent les progrès du mal. Cet heureux succès lui mérita les attentions les plus singulières de la part de Charles IX, et la France admira dans la suite les soins que prit le monarque pour conserver à ses peuples son plus grand chirurgien.

Tout le monde sait qu'Ambroise Paré était calviniste, et qu'il ne tint pas aux auteurs du massacre de la Saint-Barthélemy qu'il ne fût sacrifié à leurs fureurs.

« Charles IX ne voulut sauver la vie à personne, dit Brantôme, » sinon à maître Ambroise Paré, son premier chirurgien et le premier » de la chrétienté. » Il ajoute « que Charles IX l'envoya querir et venir » le soir dans sa chambre et garde-robe, lui commandant de n'en » bouger, et disait qu'il n'était raisonnable qu'un qui pouvait servir » à tout un petit monde feust ainsi massacré. »

Par l'aménité de son esprit non moins que par l'éclat de sa réputation, Paré avait adouci pour lui la férocité du caractère de son roi. Le passage suivant, extrait des *Mémoires de Sully*, montre de quelle faveur l'illustre chirurgien jouissait auprès de Charles IX : « Le roi » Charles ayant comté le soir du mesme jour les meurtres qui s'y étaient » faits des vieillards, femmes et enfants, témoigna d'en avoir horreur, » et en parla comme si ces cruautés lui eussent fait mal au cœur, » voire engendré du trouble en l'esprit; tellement, qu'ayant tiré à part » maître Ambroise Paré, son premier chirurgien, qu'il aimait infini- » ment, et avec telle familiarité, quoiqu'il fût de la religion, que » comme il eut dit le jour de la Saint-Barthélemy, que c'était mainte- » nant qu'il fallait être catholique, il lui répondit hardiment : Par la » lumière de Dieu, je crois qu'il vous souvient bien, sire, m'avoir pro- » mis, afin que je ne vous désobéisse jamais, de ne me commander » aussi quatre choses, à savoir : de rentrer dans le ventre de ma mère, » de me trouver en une bataille au jour du combat, de quitter votre » service et d'aller à la messe. Ayant donc cette privauté avec lui, il » lui dit : Ambroise, je ne sais ce qui m'est advenu depuis deux ou » trois jours, mais je me trouve l'esprit et le corps grandement esmeus, » voire tout ainsi que si j'avais la fièvre, me semblant à tous moments » aussi bien veillant que dormant, que ces corps se présentent à moi » les faces hideuses et couvertes de sang; je voudrais qu'on n'y eût » pas compris les imbéciles et les enfants, et sur ce qui lui fut ré- » pondu, il fit, dès le lendemain, publier des défenses, sous peine de » vie, de plus tuer. »

On a remarqué, au sujet de la journée de la Saint-Barthélemy, que, quoique tous les médecins attachés au calvinisme eussent été condamnés à la mort, il en périt bien peu dans cette horrible boucherie, qui inonda la France de sang, le 24 août 1572.

Ambroise Paré vécut jusqu'au 20 décembre 1590, et comme il fut enterré le 22 dans l'église Saint-André-des-Arts, au bas de la nef, il est apparent qu'il donna des preuves de catholicisme avant de mourir.

P.-J. Cabaret, d.-m.-p.

---

celui qui m'est propre. L'art ici veut donc retirer le corps étranger de la place qu'il occupe pour le placer dans la profondeur des tissus, sans que l'articulation soit émue par l'air ambiant;

Que je ne retire définitivement le corps étranger que lorsque je présume que la plaie faite à la capsule est fermée. Je laisse par conséquent un temps assez considérable entre la sortie du corps étranger de l'articulation et son extraction définitive;

Que les accidents à redouter après l'extraction du corps étranger sont d'autant plus réels que la plaie tégumentaire est plus voisine de l'articulation, qu'elle est plus directe et que la pénétration de l'air est plus facile;

Que l'inflammation est d'autant plus à craindre que les plaies articulaire et tégumentaire sont plus larges;

Que la méthode sous-cutanée dans l'extraction des corps étrangers ne met pas les malades complétement à l'abri des accidents, surtout si on ne combine pas bien l'extraction définitive du corps étranger avec la cicatrisation de la plaie de l'articulation;

Qu'aucun accident ne me paraît à craindre lorsque la plaie articulaire est fermée au moment où le corps étranger est retiré de son nouveau domicile;

Que les tentatives d'extraction peuvent par les efforts qu'elles nécessitent déterminer des accidents redoutables, et qu'il est indispensable pour les éviter de faire une ouverture extérieure assez large pour le retirer sans effort;

Que la suture entortillée et la compression latérale deviennent indispensables pour obtenir l'agglutination des parois de la cavité accidentelle dans laquelle le corps étranger a été placé avant son extraction définitive;

Que tous les corps étrangers peuvent être détruits par l'action du bistouri porté sur eux en différents sens, et de manière à les réduire en parcelles et en petits morceaux;

Que cette opération, que j'appelle *broiement*, peut être exécutée lorsque le corps étranger est, avec ou sans pédicule, libre dans l'articulation ou adhérent;

Que le broiement s'exécute avec un long bistouri à lame étroite et forte;

Que le bistouri doit être plongé à 3 ou 4 pouces de l'articulation, afin d'atteindre le corps étranger, qu'il broie sur place en différents sens, lorsqu'il est sans pédicule;

Que les corps durs, osséo-cartilagineux et mobiles, doivent être retirés de l'articulation par une incision faite préalablement à celle-ci; et ce n'est que plus tard, et après l'avoir fixé en dehors de la capsule à l'aide de l'instrument que je désigne sous le nom de *trident*, que le broiement doit être opéré par une nouvelle piqûre faite aux parties molles;

Que le trident est introduit au travers des tissus par un mouvement de vrille exécuté avec les doigts jusqu'à ce qu'il atteigne le corps étranger, qui se trouve alors traversé par lui, ou entamé et comprimé contre les parties sous-jacentes;

Que le broiement est suivi d'une tuméfaction produite par de la synovie, du sang et de la sérosité;

Que le corps étranger broyé, fibreux, cartilagineux ou osséo-cartilagineux, se résorbe inévitablement: c'est ce qu'une de nos observations démontre d'une manière péremptoire;

Que le corps étranger, broyé et abandonné aux forces absorbantes, finit par disparaître en un temps plus ou moins long: deux mois, cinq mois, huit mois;

Qu'on peut établir en règle, et sous forme de loi, la disparition constante du corps étranger, quelle que soit sa consistance, pourvu que, désorganisé, il soit changé de lieu. Ce déplacement est surtout important lorsqu'il s'agit d'un corps étranger intra-articulaire, afin d'éviter la déposition des sels contenus dans la synovie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1854. — Présidence de M. Rostan.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales. — M. le ministre du commerce demande l'avis de l'Académie sur une source d'eau minérale de la commune de Carcanières, que l'on demande l'autorisation d'exploiter.

Remèdes secrets. — Le même ministre consulte l'Académie sur la valeur de divers échantillons et recettes de remèdes secrets ou nouveaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement abortif de la blennorrhagie. — M. Debeney écrit, au sujet de la dernière communication de M. Langlebert, du 30 mai dernier, pour faire connaître l'opposition motivée qu'il fait aux modifications que M. Langlebert a fait subir à son procédé de traitement des blennorrhagies, modifications qu'il qualifie d'irrationnelles en principe, et funestes dans la pratique (Commission nommée.)

Propriétés toxiques de l'atractylis gummifera. — M. Commaille, médecin à Douéra (Algérie), fait connaître à l'Académie trois cas d'empoisonnement qui ont eu lieu à Douéra par l'*atractylis gummifera*. (Commissaires: MM. Adelon, Caventou et Chatin.)

Traitement de l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants. — M. Brouillet, de Blasheim (Bas-Rhin), adresse un travail sur l'incontinence d'urine nocturne chez les jeunes sujets, et sur son traitement par l'eau froide en bains de siége et en douches. (Commissaires: MM. Ferrus, Grisolle et Bouvier.)

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport relatif au redressement utérin. La parole est à M. Depaul.

Traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin. — M. Depaul. J'ai deux réponses à faire: la première à M. Malgaigne, la seconde à notre correspondant M. Gaussail (de Toulouse). Je commencerai par remercier M. Malgaigne de ce qu'il a dit d'obligeant pour l'ensemble de mon rapport. Mais, malgré toute ma déférence pour lui, je ne puis être de son avis sur quelques points. Sans doute, sur le fond de la question nous sommes d'accord, malgré qu'on m'ait présenté M. Malgaigne comme un adversaire, et je trouve même en lui un réprobateur plus sévère encore que moi de la méthode dont il s'agit. Le redressement utérin, dit M. Malgaigne, a été fait empiriquement, sans règle, sans indications, sans diagnostic; il n'a pas l'efficacité qu'on lui prête, et il a entraîné des accidents graves. Pour son compte, il n'essayera jamais cette méthode (quoiqu'il la conseille plus tard). Enfin, il ajoute que tout ce qu'a fait là-dessus M. Valleix est un chaos où il est impossible de se reconnaître. En vérité, je me demande après cela comment M. Malgaigne a pu me trouver trop absolu, comment il peut dire que j'ai été trop loin, que j'ai fait un plaidoyer, d'autres ont dit même un réquisitoire. Si mon rapport est un réquisitoire, soit, je l'accorde; le trouve-t-on juste ou non? Voilà ce que je demande.

M. Malgaigne reconnaît cependant plus tard que j'ai fait quelques réserves. J'en ai fait quelques-unes, c'est vrai; mais il ne me paraît pas que notre collègue les ait comprises. Je n'ai pas nié que quelques-unes des femmes traitées par le redresseur n'aient vu leur santé s'améliorer, que quelques-unes même aient guéri. Mais à quel moyen ont-elles dû leur soulagement ou leur guérison? Est-ce au redresseur ou aux moyens employés concurremment? Là était la question. M. Malgaigne n'en a pas dit un mot. Or je crois avoir démontré que c'est aux moyens prétendus accessoires et non au redresseur lui-même qu'il fallait attribuer ces guérisons. C'est du moins là ma conviction. J'ai confessé, en outre, qu'il y avait quelques cas rares de déviations simples qui produisaient des accidents et qu'il fallait traiter. A ce sujet, on m'a reproché encore de n'avoir pas dit ni dans quelle proportion ni dans quelles circonstances ces guérisons avaient eu lieu. J'ai dit que, sur plus de 60 malades ayant eu des déviations, j'en avais compté tout au plus 3 chez lesquelles des accidents de quelque importance pouvaient être attribués à la déviation.

Un reproche que j'ai moins compris est celui-ci: M. Malgaigne a dit que dans mon travail il n'avait pas été question des moyens que la science possède pour le traitement de ces déviations exceptionnelles. Mais n'ai-je pas cité les méthodes de M. Hervez de Chégoin, de M. Huguier? n'ai-je pas parlé des ceintures mécaniques, des pessaires à air de M. Gariel? Je ne pouvais faire l'histoire complète de l'art, j'ai mentionné les principaux moyens connus.

Au sujet des critiques des observations de M. Valleix, M. Malgaigne me reproche d'avoir été trop sévère pour l'observation IV. Mais que dit-il lui-même de cette observation, sinon que M. Valleix affirme que la malade a été guérie? Or, on sait ce que j'ai opposé à cette affirmation, d'après des citations textuelles empruntées au travail même de M. Valleix; je n'ai pas besoin d'y revenir.

Il est un autre reproche d'une importance minime, que je ne relèverais même pas s'il ne s'adressrit en même temps à un confrère honorable d'Angleterre. Il s'agit de cette observation dans laquelle le redresseur utérin aurait produit des ulcérations du vagin et du rectum. Qu'y a-t-il d'étrange à ce que de semblables lésions aient pu être produites dans ces régions, quand on sait surtout que le redresseur n'a séjourné souvent que dans le vagin, alors qu'on croyait l'avoir introduit dans l'utérus?

M. Malgaigne, entrant dans le cœur de la question, a dit: « Pour » les uns, tout est dans la déviation; pour les autres, la déviation » n'est rien »; et il me place naturellement parmi les partisans de cette dernière opinion. Puis, rappelant la discussion de 1849 et les diverses opinions qui y ont été exprimées, il conclut de tout cela que la question n'a pas fait un seul pas. Je suis loin de partager cette manière de voir. J'ai été, pour ma part, très vivement éclairé par la discussion de 1849, et, mon expérience personnelle aidant, j'ai pu me convaincre depuis que, sur plusieurs points de la pathologie utérine, on a aujourd'hui des notions assez précises.

J'en suis à me demander, par exemple, comment M. Malgaigne a pu dire que les faits contenus dans la page 22 de mon rapport ne prouvaient rien. Comment! si je prouve qu'il y a des femmes qui marchent sans souffrir et qui ont cependant des déviations utérines, vous dites que cela ne prouve rien! J'ai ajouté encore ceci: c'est qu'il y a une catégorie de femmes qui ont des déviations utérines compliquées d'autres affections; lorsque ces femmes sont traitées pour ces affections, il arrive de deux choses l'une, ou qu'elles guérissent à la force et de ces affections et de la déviation, ou que la déviation persiste après que tous les accidents sont dissipés. Dans le premier, il est évident que la déviation, qui a disparu par le fait seul de la guérison des autres accidents et sans qu'aucun moyen spécial lui ait été opposé, n'était qu'un simple phénomène secondaire sans importance; et le second cas ne démontre-t-il pas également que la déviation n'était pour rien dans la production des accidents, puisqu'ils ont disparu malgré sa persistance? Et vous dites que cela ne prouve rien!

M. Malgaigne dit un peu plus loin que les déviations qui donnent lieu à des accidents sont très fréquentes, et quand je suis arrivé aux conclusions de son travail, j'ai trouvé qu'il y déclarait rares les déviations suivies d'accidents. Je lui laisse le soin d'expliquer cette contradiction.

J'ai dit (page 22) que les affections utérines autres que les déviations pouvaient produire souvent tout le cortége des symptômes que l'on a mis sur le compte de ces déviations. M. Malgaigne a cité alors un autre passage de mon rapport (page 2) où j'énumère les symptômes propres à la phlegmasie utérine, et il s'est écrié: « Mais c'est toute la pathologie utérine! » Mais je ferai remarquer à M. Malgaigne que je n'ai pas dit qu'il fût nécessaire que tous ces symptômes se trouvassent réunis pour constituer la plegmasie utérine. J'ai énuméré tous les symptômes que l'on peut voir dans ce cas, mais je n'ai pas prétendu dire qu'on dût nécessairement les trouver tous et toujours réunis. C'est là une sorte de formule usitée et que tout le monde comprend bien. C'est comme lorsqu'on parle des symptômes de la grossesse, on signale un grand nombre de phénomènes sympathiques qui sont loin d'exister toujours et qu'il n'est pas nécessaire de trouver réunis pour diagnostiquer la grossesse. En énumérant tous les symptômes qui peuvent se présenter dans l'engorgement phlegmasique de l'utérus, j'ai voulu faire voir que tous ces symptômes se retrouvaient dans la description que les partisans du redresseur ont faite de la déviation utérine.

M. Malgaigne me reproche de n'avoir point fait le diagnostic différentiel, et il a pris prétexte de ce fait pour établir son diagnostic.

Je n'ai à répondre autre chose à cela si ce n'est que j'ai cru inutile de faire un chapitre spécial de diagnostic différentiel, le diagnostic se trouvant fait en réalité en plusieurs endroits de mon rapport. Il est d'ailleurs plus simple et plus facile que ne semble se l'imaginer M. Malgaigne, à la condition toutefois qu'on ne se prive pas, comme il l'a fait volontairement, des meilleurs signes. A cette occasion, M. Malgaigne a fait contre moi une sortie un peu vive et qui m'a fort étonné. Il s'agit de la constatation de la pesanteur de l'utérus. Il a rapporté à ce propos une expérience de M. Nélaton, de laquelle il résulterait que deux tumeurs testiculaires, l'une constituée par une hydrocèle, l'autre par une varicocèle, plongées dans l'eau pour apprécier la différence de leur poids auraient surnagé toutes deux.

J'ai voulu savoir ce qu'il en était de cette expérience, et je me suis adressé à M. Nélaton lui-même, qui me l'a rapportée en termes très différents: ainsi, loin que les deux tumeurs aient surnagé, elles ont été toutes les deux au fond du vase. Mais la question n'était pas là. M. Malgaigne ne s'est pas assez souvenu de certaines lois de physique: il s'agissait ici de pesanteur spécifique. Il a encore fait à ce sujet quelques plaisanteries sur la subtilité de mon doigt; mon doigt est tout simplement comme celui de tous les accoucheurs qui ont une certaine habitude de ce genre d'exploration. Quoi qu'il en dise, avec cette habitude on peut très bien apprécier une différence dans la pesanteur de l'utérus, et distinguer, par exemple, un utérus dans l'état de vacuité d'avec un utérus portant un germe d'un ou deux mois.

M. Malgaigne récuse également les signes déduits des altérations de couleur, de forme, de texture, de pesanteur, et il invoque à l'appui de son opinion celle de M. Gibert et de M. Velpeau. Il a rappelé encore à ce sujet l'opinion de M. P. Dubois, celle de M. Robert, de M. Gosselin. Mais la question n'est pas là; on ne conteste pas que dans quelques cas ces diverses lésions ne se traduisent par aucun symptôme apparent. La question est celle-ci: Y a-t-il des accidents propres à chacune de ces lésions, et quels sont ces accidents? Oui, il existe des symptômes caractéristiques de la plus grande valeur absolue et relative; mais il faut savoir les apprécier. Les écoulements, par exemple, prouvent très souvent que les femmes sont malades, et le plus souvent que c'est l'utérus qui est malade. Mais il ne suffit pas dans ce cas de dire: Il y a des fleurs blanches, une perte blanche; il faut étudier les caractères différentiels de ces écoulements. Par suite de l'expérience que j'ai acquise, tant dans les cliniques de mes maîtres que dans ma pratique particulière, je n'ai pas tardé à voir tout le parti qu'on pouvait tirer de l'examen des écoulements. Est-ce qu'on peut confondre le mucus et l'humeur glaireuse sécrétés par le vagin avec la matière qui s'écoule du col utérin, par exemple? Ce n'est qu'en accordant à toutes ces circonstances la valeur diagnostique qui leur est propre qu'on arrive à en déduire des signes importants.

Mais il faut à M. Malgaigne quelque chose de plus général. Il ne croit à rien de tout cela; il ne veut point des signes déduits de la pesanteur, de la coloration, de la consistance, etc.; mais en revanche il est arrivé à un moyen nouveau de diagnostic. Il s'est aperçu que parmi les hernieux il y en avait qui supportaient très bien les bandages, pendant que d'autres ne les supportaient pas. Il a appliqué cette donnée aux affections de l'utérus, et il serait arrivé, si nous l'en croyons, à cette découverte que, suivant que les femmes supportent ou non le bandage, suivant que leur douleur cesse ou continue dans le décubitus, etc., elles ont une déviation simple ou une affection phlegmasique de l'utérus.

J'avoue que quelque confiance que j'aie dans la grande expérience de M. Malgaigne, je ne puis accepter ce moyen de diagnostic. A ce compte-là, en effet, les trois quarts des femmes seraient jugées n'avoir que des déviations; car chez le plus grand nombre il suffit d'un simple repos momentané pour faire disparaître jusqu'à nouvel ordre tous les symptômes morbides, ce qui évidemment ne prouve rien.

Mais ce n'est pas tout. M. Malgaigne nous a indiqué encore un autre caractère diagnostique pour les névralgies; il nous a dit qu'il y avait des névralgies du col de l'utérus et des névralgies des annexes. Comment les distingue-t-il? Le voici. Il a remarqué que, lorsque la névralgie siége au col, il y a un point douloureux à gauche de l'orifice et des douleurs sympathiques dans les parties supérieures du corps, jamais dans les parties inférieures. Dans les névralgies des annexes, au contraire, les douleurs siégent exclusivement dans les membres inférieurs.

Il suffirait donc de savoir sur quelles parties du corps s'irradient les douleurs pour déterminer quel est le siége de la névralgie, si c'est dans l'utérus ou dans les annexes. Je crois que lorsqu'il existe une névralgie du col de l'utérus, les douleurs peuvent s'irradier dans toutes les parties du corps. Ce caractère n'a donc pas, à mes yeux, l'importance que lui attribue M. Malgaigne.

Pour démontrer l'existence de ces névralgies, il a cité le fait de M. Notta. Il s'appuie même sur une de ses citations pour prouver que le redresseur peut soulager et guérir sans replacer la matrice dans sa direction normale. Cette observation prouve tout simplement que le redresseur n'a rien redressé.

M. Malgaigne, profitant de l'occasion qui lui en a été offerte, a voulu nous faire connaître ses idées sur le traitement de ces névralgies. Je n'ai pas été, je l'avoue, très édifié; mais ce qui m'a le plus étonné, c'est le point de départ de ce traitement. Il y a été conduit, dit-il, par le fait de M. Desternes guérissant une névralgie faciale à l'aide de l'excitation du tympan. C'est, d'un autre côté, une névralgie dentaire guérie en coupant le lobule de l'oreille. M. Malgaigne aurait pu se citer lui-même, et je suis étonné qu'il ne l'ait pas fait.

On n'a pas oublié les succès qu'il a obtenus dans le temps par la cautérisation du tragus; mais qui ne sait que ce sont là de ces moyens qui ne naissent que pour mourir aussitôt? Il me répugne, je l'avoue, de prendre au sérieux de semblables méthodes. Moins difficile sur ce point, M. Malgaigne a pris acte de ces faits pour se demander s'il ne suffirait pas d'un moyen analogue pour faire cesser les névralgies de l'utérus. Il a essayé d'exciter l'utérus par le cathéter, et dans

deux cas il a vu les douleurs névralgiques disparaître ; mais, ajoute-t-il, elles sont revenues. Qui ne voit là les effets ordinaires de toutes les émotions, de toutes les impressions vives chez la femme ? C'est l'histoire des personnes qui ont des maux de dents qu'elles voient disparaître en approchant du dentiste. J'insiste là-dessus, parce qu'il faut en finir, une fois pour toutes, avec cet argument tiré de guérisons immédiates. Il faut du temps pour juger une méthode !

Je ne puis terminer sans dire un mot en réponse à la conclusion de M. Malgaigne sur l'empirisme.

M. Malgaigne s'élève contre l'empirisme ; il veut qu'on sache ce que l'on fait et pourquoi on le fait. Je demanderai à M. Malgaigne s'il sait ce qu'il fait lorsqu'il touche la membrane interne du col de l'utérus avec le cathéter.

Enfin, M. Malgaigne m'a reproché de n'avoir rien dit concernant l'hystéromètre, lorsque précisément j'ai consacré une conclusion toute spéciale à ce procédé.

J'avais donc raison de dire au début que le traitement mécanique des déviations de l'utérus n'avait pas de plus grand adversaire que M. Malgaigne, et qu'à part quelques détails sur lesquels je viens de m'expliquer, nous étions du même avis sur le fond de la question.

M. Depaul, répondant ensuite à la lettre de M. Gaussail, qui s'est plaint de la partialité avec laquelle ses observations avaient été interprétées dans le rapport, s'attache à démontrer par une nouvelle analyse critique de ces observations que sa première critique, contre laquelle ce médecin réclame, n'a pas cessé un seul instant d'être impartiale.

La parole est à M. Huguier.

M. Huguier examine successivement la question au point de vue des redresseurs ou pessaires intra-utérins, des déviations utérines et de l'hystérométrie ou du cathétérisme utérin pratiqué en vue du diagnostic.

Sur le premier point, M. Huguier déclare partager les opinions de M. le rapporteur, tout en se montrant moins exclusif que plusieurs de ses collègues, qui voudraient proscrire entièrement le redresseur utérin. Il pense qu'il peut être réservé pour quelques cas exceptionnels, pour lesquels il spécifie les conditions et les précautions que réclamerait son emploi.

Sur le second point, M. Huguier se place dans un moyen terme, entre les anatomistes qui nient l'existence des déviations utérines et ceux qui leur accordent une importance exagérée. M. Huguier se livre à ce sujet à une longue dissertation, dans laquelle il examine et discute tous les faits anatomiques et anatomo-pathologiques qui militent en faveur de l'existence des déviations utérines, et réfute toutes les objections qui ont été faites contre cette opinion.

Les déviations et leurs conséquences admises, M. Huguier examine ensuite les deux questions suivantes : Est-il vrai qu'elles ne soient jamais une cause de stérilité? Est-il vrai qu'elles soient incurables?

Sur la première question, M. Huguier établit une distinction entre les diverses espèces de déviations, de laquelle il résulte que quelques-unes d'entre elles seulement, qui ont pour effet de déplacer entièrement le col ou d'oblitérer la cavité utérine, sont nécessairement suivies de stérilité.

Enfin, sur la deuxième question, M. Huguier reconnaît que les déviations sont curables.

Le défaut de temps ne lui ayant pas permis d'aborder le traitement, la suite de sa lecture est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mai 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fractures en rave. — M. Morel-Lavallée montre plusieurs pièces anatomo-pathologiques qui prouvent la possibilité de la fracture transversale, ou en rave, des os longs.

LECTURE.

M. Larrey donne lecture du discours suivant, qu'il a prononcé aux obsèques de M. Duval, membre honoraire de la Société.

Messieurs, la Société de chirurgie, ainsi que l'Académie de médecine, doit un dernier hommage et un suprême adieu à celui de nos collègues qui, survivant par l'âge à tous ses contemporains, à la plupart des maîtres de la génération suivante et à un trop grand nombre de disciples de notre temps, a presque vécu un siècle entier, en conservant jusqu'à son dernier jour, jusqu'à sa dernière heure toute la force de son intelligence, toute la jeunesse de son esprit et toute la naïveté de son cœur. Heureux privilége des organisations comme la sienne, qui, sans effort, sans lutte et sans passions, semblent dirigées par une main providentielle pour atteindre paisiblement la longévité la plus avancée à travers les hasards de la vie et les dangers des révolutions.

Telle fut, messieurs, l'existence de M. Duval, dont le nom se recommande à nos souvenirs et à nos respects par les travaux qu'il a laissés, par ses rapports avec quelques-uns des hommes qui ont le plus honoré la chirurgie française, par son alliance avec l'un des professeurs les plus éminents et les plus regrettés de la Faculté de médecine, par ses relations si bienveillantes, si paternelles avec ses confrères, mais plus encore par son caractère invariable d'honnête homme.

Le docteur Jacques-René Duval, membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie de Paris, de l'ancien Collége et de l'Académie royale de chirurgie et de diverses autres sociétés savantes, était né le 12 novembre 1758, à Argentan.

Dès son enfance, il annonça beaucoup d'aptitude pour apprendre, et fut élevé d'abord chez un curé, ami et voisin de sa famille, fort érudit, et habile surtout à déchiffrer de vieux parchemins. C'est auprès de lui sans doute, et par ses leçons, que le jeune Duval acquit l'habitude de lire couramment les impressions et les manuscrits d'ancienne date.

L'écolier, à peine adolescent, fut entraîné un jour, soit par occasion, soit par curiosité, dans un endroit où des médecins faisaient une autopsie. La vue du cadavre ouvert lui inspira du respect plutôt que de la répugnance, mais en même temps la vocation pour laquelle cependant on ne voulait pas l'élever.

Envoyé à Caen pour y terminer ses classes, il se fit remarquer de ses professeurs par la vivacité de son intelligence, par l'étendue de sa mémoire et par la grâce de son esprit. Il n'avait pas dix-huit ans alors, et ces qualités il les a conservées toutes juvéniles jusque dans la vieillesse la plus avancée.

On voulait qu'il fût abbé ; mais lui, malgré la plus grande déférence pour les idées religieuses, déclara son choix fixé sur les sciences naturelles. Il eut à vaincre une vive opposition de la part des siens, et une fois maître de sa volonté, le jeune Duval s'adonna tout entier à l'étude de la médecine et spécialement de la chirurgie.

Il fut initié à l'observation clinique dans le modeste hospice d'Argentan, et s'y appliqua si bien, que le chirurgien de cet hôpital lui donna le conseil de lire les mémoires de l'Académie de chirurgie et d'en faire des extraits, afin d'agrandir le champ de son instruction. Ce travail valut à l'élève plus qu'une lecture analysée ; il fit une impression profonde sur son esprit, et y laissa bien au delà de cette époque une empreinte ineffaçable.

Ainsi pénétré déjà des principes de l'art et imbu des doctrines de la grande école où il aspirait d'arriver, René Duval vint à Paris avec une lettre de recommandation pour son compatriote M. Thillaye. Une fois admis aux cours qu'il devait suivre et dans les amphithéâtres d'anatomie, il ne tarda pas à se distinguer parmi les meilleurs sujets et fut nommé élève de l'École pratique. L'un de ses maîtres, le savant Chopart, l'ayant remarqué au milieu des étudiants qui suivaient sa visite à Bicêtre, le prit en affection, l'emmena souvent avec lui et le présenta ensuite à son collègue et collaborateur le célèbre Desault. Desault, alors chirurgien à l'hôpital Necker, n'avait pas encore pris possession de la place éminente que devaient rehausser un jour la renommée de son enseignement à l'Hôtel-Dieu et la publication de ses œuvres par Bichat, le plus reconnaissant comme le plus illustre de ses élèves.

Ce fut avec le même sentiment, mais dans une position moins brillante, que Duval, plein de gratitude pour les bontés de Chopart, soutint en 1786 une dissertation latine sur l'*anévrisme variqueux*. Ce sujet, alors peu connu en France, y avait été pour ainsi dire importé d'Angleterre par Chopart, qui en fit le sujet de quelques leçons cliniques. Nous avons eu occasion ailleurs de signaler le mérite de cette thèse (1) : ce n'est pas le lieu d'y revenir aujourd'hui.

A cette œuvre cependant se rattache encore un aperçu de la vie de l'auteur : avant d'être l'élève de Chopart, il avait étudié sous la direction et dans la maison même de Delaporte, ancien président et questeur du Collége de chirurgie, et conseiller de l'Académie. De là pour M. Duval la pensée d'unir le nom de Delaporte à celui de Chopart, et il dédia à l'un la thèse qu'il soutint sous la présidence de l'autre.

De cette époque dataient pour lui des relations dont il a toujours gardé un fidèle souvenir et qui contribuèrent à sa réputation en le faisant admettre parmi les membres de l'Académie royale de chirurgie. Chopart, Desault, Louis et la plupart de ceux qui ont figuré dans la dernière période d'existence de cette immortelle Compagnie appréciaient surtout dans leur jeune collègue la sagacité chirurgicale, l'érudition étendue et l'incessant besoin de s'instruire.

Les connaissances littéraires qu'il avait acquises devaient donner une valeur et un intérêt de plus aux divers travaux de M. Duval. Il connaissait depuis sa jeunesse et se rappelait jusque dans son grand âge la plupart des auteurs latins, poëtes et prosateurs, avec tant d'exactitude, qu'il se plaisait à placer dans ses causeries aimables les citations les plus variées. Rien n'égalait son mérite rare en ce genre, sinon sa modestie semblable à sa naïveté d'enfant et à sa probité d'homme.

Ce qu'il savait en littérature classique, il le savait aussi en littérature médicale. L'histoire de la chirurgie surtout lui était si familière, qu'il entretenait pour ainsi dire une constante intimité avec les grands écrivains de notre art, et puisait dans la lecture habituelle de leurs ouvrages des jouissances infinies. Et cependant il crut devoir restreindre plus tard ses études et sa pratique chirurgicales dans les limites d'une spécialité qu'il honora par son caractère autant que par son savoir et son talent.

La déchéance révolutionnaire de l'Académie royale de chirurgie, ayant dispersé ses membres au milieu des incertitudes de la vie de ce temps-là, décida M. Duval à exercer la profession de dentiste; non pas comme un mécanicien ou un industriel, mais en chirurgien et en savant, parce qu'il la considérait comme une partie intégrante de la médecine. Aussi avait-il soin, en observateur éclairé, d'appliquer toujours la connaissance générale des maladies à l'examen spécial des affections des dents.

La pathologie dentaire humaine et comparée doit à M. Duval un grand nombre d'écrits empreints de son érudition littéraire et de son savoir médical (2). Parmi les ouvrages dont nous avons rendu compte à la Société de chirurgie, on doit citer les suivants, par ordre chronologique dans une période qui commence à 1790 et finit à peu près à 1840 :

Recherches sur l'art du dentiste chez les anciens;
Réflexions sur l'odontalgie;
Des accidents de l'extraction des dents;
Le dentiste de la jeunesse;
Nomenclature des instruments pour l'extraction des dents;
Mémoire sur l'atrophie des dents;
Propositions sur les fistules dentaires;
Observations sur les affections douloureuses de la face;
Mémoire sur les fistules dentaires;
Observations sur l'état des os de la mâchoire, etc.;

(1) Rapport de M. H. Larrey, à la Société de chirurgie, sur les travaux de M. J.-R. Duval, membre de l'Académie de médecine et de l'ancienne Académie de chirurgie.

(2) Notre honorable collègue et ami M. René Marjolin possède sur la vie et les travaux de son grand-père des documents précieux, qui pourront servir plus tard à une biographie complète.

Description d'une défense d'éléphant;
Notice sur la vie et les travaux de Jourdain;
De l'arrangement des secondes dents;
Notice sur les travaux entrepris sur les dents en France;
De l'accroissement de la mâchoire inférieure;
Observations sur la sensibilité des dents;
Remarques sur la contexture de l'ivoire;
Observations anatomiques sur l'ivoire.

Le premier de ces mémoires a été lu par l'auteur à l'Académie de chirurgie, et le dernier à l'Académie de médecine, où M. Duval figurait dans la section de pathologie chirurgicale, représentant ainsi le dernier survivant de cette mémorable assemblée des chirurgiens du dernier siècle.

M. Duval appartenait donc de droit, et dès sa fondation, à l'Académie de médecine. Mais il manquait encore à une Compagnie d'origine moins ancienne et d'un caractère moins officiel, malgré son union autorisée par la nature de ses travaux avec l'institution première de l'Académie de chirurgie. Cette Compagnie comptait déjà parmi ses membres la plupart des hommes éminents dans la pratique de l'art; *Marjolin* et *Roux*, pour nommer les plus illustres parmi ceux qui ne sont déjà plus, c'est dire que la Société de chirurgie devait rechercher en M. Duval l'unique héritier des traditions de la royale académie.

Elle s'empressa d'accueillir par acclamation au nombre de ses membres honoraires le vénérable académicien qui n'avait plus le temps d'attendre, et qui lui avait offert pour sa candidature l'un de ses meilleurs écrits. Le soin d'en rendre compte nous fut conféré; et nous vîmes ainsi, messieurs, siéger au milieu de nous celui que son grand âge avait fait contemporain des maîtres de nos maîtres, et qui redevenait aussi jeune que les plus jeunes de nos collègues, par la vive allure de son maintien et par la tournure animée de son esprit, unissant dans sa personne le glorieux passé de l'Académie de chirurgie au présent et à l'avenir de la nouvelle Société.

Je ne vous rappellerai pas, messieurs, avec quelle émotion touchante ce vénérable confrère vint vous remercier de la spontanéité de vos suffrages; je ne vous rappellerai pas avec quelle dignité de langage il déposa devant vous un commentaire du serment d'Hippocrate écrit par lui-même, et attestant à la fin de sa longue carrière que, selon la formule de ce serment, il avait toujours été *fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de son art.*

Rappelons-nous seulement, messieurs, comme une dernière et douce pensée d'adieu, rappelons-nous que M. Duval fut préservé jusque dans la vieillesse extrême de la plupart des infirmités du grand âge. La sollicitude de sa famille le garantit des influences qui auraient pu altérer sa santé presque centenaire; et s'il n'a pas atteint un siècle entier, il n'a pas du moins été malade, lorsqu'il a cessé de vivre le 16 mai 1854. Mais il s'était montré si plein de cœur pendant toute son existence, qu'il mérite d'être regretté à sa mort, comme s'il n'avait pas encore vécu assez longtemps.

— Après la lecture de ce discours, la Société vote à l'unanimité son insertion dans les *Bulletins*, en invitant M. Larrey à écrire plus tard, pour les *Mémoires*, une notice complète sur M. Duval.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans un prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision ministérielle du 3 juin 1854, le personnel médical de la garde impériale est composé comme suit :

1er régiment de grenadiers. — Médecin major, M. Brisset, du 15e léger; aides-majors, MM. Le Clère, du 1er carabiniers, Nogués, du 51e de ligne.

2e régiment de grenadiers. — Médecin major, M. Nicolas, du 3e hussards; aides-majors, MM. Hanès, du 19e léger, Blondeau, du 1er de ligne.

1er régiment de voltigeurs. — Médecin major, M. Jubiot, du 22e de ligne; aides-majors, MM. Courboulis, du 66e de ligne, Darcy, du 12e bataillon de chasseurs à pied.

2e régiment de voltigeurs. — Médecin major, M. Caumout, du 7e lanciers; aides-majors, MM. Thiébaut, du 1er chasseurs d'Afrique, de Guillin, du 13e léger.

Bataillons de chasseurs. — Médecin major, M. Piétri, du 7e cuirassiers; aide-major, M. Corne, du 5e dragons.

Cuirassiers. — Médecin major, M. Habaïby, du 2e carabiniers; aide-major, M. Dufour, du 12e dragons.

Guides. — Médecin major, M. Pasquier, des guides; aides-majors, MM. Lesguillon, des guides, Pelin, des guides.

Gendarmerie. — Médecin major, M. De Laqueille de Boussas, du 4e dragons; aide-major, M. Miltenberger, de la gendarmerie.

Artillerie. — Médecin major, M. Thinus, du 4e d'artillerie à pied; aides-majors, MM. Massager, du 4e d'artillerie à pied, Brault, du 15e d'artillerie à cheval.

— Le concours pour la place d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier est terminé. Les candidats, au nombre de six, ont été classés dans l'ordre suivant : MM. A. Jaumes, Sabatier, Chabrier, Balanda, Puech, Deluc. En conséquence, M. Jaumes a été nommé aide-anatomiste, et M. Sabatier aide-anatomiste adjoint. Le jury a cru devoir témoigner sa satisfaction pour la manière brillante dont tous les candidats ont subi les épreuves du concours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Iconographie ophthalmologique, ou description avec figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales; par J. Sichel, docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Berlin et de Paris, etc. Paris, 1854. 10e livraison in-4° de 4 feuilles de texte avec 4 planches coloriées. Prix : 7 fr. 50 c. — L'ouvrage sera complet en 20 livraisons. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Scune
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Choléra-morbus. — Anomalie dans la position d'un rein. Erreurs de diagnostic. — Fièvre intermittente quarte (d'Afrique) ancienne et rebelle. Traitement par la méthode de Sydenham. Amélioration rapide. — Emploi de la protéine dans le traitement de la scrofule. — Épi de seigle introduit par la bouche chez un enfant de neuf mois et sorti spontanément au bout de treize jours à travers un espace intercostal. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 5 juin. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 24 juin. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 4 mai. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Œuvres d'Oribase.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra-morbus.

Nous sommes en mesure aujourd'hui de faire connaître les chiffres des deux dernières semaines. On y verra la vérification de ce que nous avons avancé dans notre dernière revue clinique d'après la seule impression des faits dont nous avions été témoin et des renseignements qui nous étaient parvenus. En effet, ces chiffres accusent non-seulement la persistance de l'épidémie, mais ils accusent encore une recrudescence très-sensible, dont le début répond bien, comme nous l'avions indiqué, à l'abaissement brusque de la température des premiers jours de juin.

Nous rappellerons d'abord, pour mettre sous les yeux de nos lecteurs un terme de comparaison, le dernier bulletin que nous avons publié, et nous rétablirons, soit par des moyennes, soit par les chiffres quotidiens, le mouvement qu'a suivi l'épidémie depuis la date de ce bulletin jusqu'à ce jour.

Du 11 au 17 mai, il y a eu en tout 62 cas dans les hôpitaux, ce qui donne une moyenne d'environ 9 par jour.

Du 18 mai au 31 (pour 14 jours), il y a eu un total de 104 cas. Moyenne 7, un peu inférieure à la précédente.

Voici maintenant jour par jour les chiffres relevés du 1er au 14 juin :

1er juin,	cas nouveaux,	14,	décès,	10
2 »	»	7,	»	4
3 »	»	15,	»	8
4 »	»	7,	»	7
5 »	»	14,	»	5
6 »	»	10,	»	11
7 »	»	12,	»	5
8 »	»	14,	»	4
9 »	»	28,	»	5
10 »	»	21,	»	8
11 »	»	21,	»	18
12 »	»	17,	»	11
13 »	»	36,	»	18
14 »	»	33,	»	19
		249,		133

On voit que, tandis que la moyenne des trois semaines précédentes oscillait entre 7 et 9, elle a été pour ces deux dernières semaines de près de 18, plus du double. Cette moyenne serait beaucoup plus élevée encore si l'on n'avait égard qu'aux derniers dix jours.

Nous n'avons pas pour toutes ces journées la répartition de ces chiffres en cas reçus du dehors et cas déclarés à l'intérieur. Mais, d'après ce que nous avons pu en connaître, le chiffre des cas déclarés à l'intérieur, tout en restant de beaucoup inférieur à celui des cas reçus du dehors, a suivi cependant la même progression croissante. On a fait à cet égard la remarque que, tandis que jusque vers la fin de mai les cas déclarés à l'intérieur appartenaient, pour l'immense majorité, aux établissements hospitaliers de la rive gauche, et particulièrement à la Charité, les hôpitaux de la rive droite semblent avoir eu la plus grande part dans cette dernière recrudescence. On cite notamment la Maison de santé comme ayant été particulièrement frappée ; on y a compté 28 cas déclarés à l'intérieur dans cette dernière quinzaine, tandis qu'il n'y en avait en tout que 10 depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à la fin de mai.

Voici la situation générale au 14 juin :

Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre.		2,335
Sorties.	936 }	2,169
Décès.	1,235 }	
Restant en traitement.		166

Enfin, nous apprenons que le choléra a manifesté depuis peu sa présence dans plusieurs départements. On a signalé des cas notamment dans les départements suivants : Marne, Meuse, Haute-Saône, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Deux-Sèvres, Vendée, Haute-Marne, Côte-d'Or, Aisne. Nous ne connaissons aucun détail précis à cet égard ; mais il ne paraît pas que jusqu'à présent l'épidémie ait sévi avec une grande intensité dans aucune des localités atteintes.

Anomalie dans la position d'un rein. — Erreurs de diagnostic.

Au n° 22 de la salle Sainte-Catherine, dans le service de M. Velpeau, est couchée une malade dont l'observation fait voir à quelles singulières erreurs de diagnostic on peut être exposé non-seulement sur la nature, mais même sur l'existence d'une maladie.

C'est une jeune femme de vingt-trois ans, bien constituée et ayant toutes les apparences d'une excellente santé. Il y a trois ans, éprouvant quelques douleurs dans l'abdomen, elle découvrit, en explorant cette partie, une tumeur qui l'effraya beaucoup, et pour laquelle elle consulta divers praticiens très distingués de la province. Les uns virent là un abcès par congestion, les autres un déplacement de la rate. On employa des médications très variées, et même on appliqua sur la paroi du ventre plusieurs cautères qui ont laissé des cicatrices assez étendues, sans produire aucun changement appréciable dans l'état de la malade.

Aujourd'hui, en explorant le ventre avec soin, on trouve, profondément placée dans le flanc gauche, une tumeur allongée de haut en bas, résistante, non fluctuante, un peu mobile ; elle n'est nullement douloureuse à la pression. Depuis trois ans, c'est-à-dire depuis le moment où l'on s'est aperçu de son existence, son volume est resté stationnaire ; elle ne détermine pas d'autre trouble qu'un peu de gêne et de malaise. La menstruation est régulière ; pas de pertes blanches, pas de ces douleurs lombaires, de ces tiraillements qui accompagnent d'ordinaire les affections utérines. Rien du côté des organes urinaires ; seulement, il existe au niveau de la région épigastrique un gargouillement presque continuel qui préoccupe singulièrement la malade, et que l'on attribue à la présence de gaz dans un estomac délabré. Les digestions sont, il est vrai, un peu laborieuses, mais il n'existe pas d'accidents sérieux du côté du tube intestinal.

Cette tumeur, dit M. Velpeau, n'est pas autre chose qu'un rein mobile dans l'abdomen. On sait combien sont fréquentes les anomalies de position de cet organe ; tantôt il est placé au-devant de la colonne vertébrale, tantôt il descend dans le bassin ; quelquefois il offre une mobilité extrême, et peut être promené pour ainsi dire dans tout l'abdomen. J'en ai vu au moins sept ou huit exemples, ajoute M. Velpeau ; mais le cas le plus remarquable que j'aie rencontré est, sans contredit, celui d'un médecin de Paris, chez lequel un rein déplacé et mobile faisait dans le ventre une saillie très appréciable. Contre cette tumeur, qui lui causait les plus grandes inquiétudes, il avait dirigé tous les traitements imaginables, et avait fini par se rendre réellement malade à force de craintes et de remèdes. M. Rayer vit le malade avec moi ; nous eûmes beaucoup de peine à lui persuader que c'était là une simple anomalie et non un état morbide ; mais enfin convaincu, il cessa toute espèce de médication et revint rapidement à la santé sans que la tumeur eût disparu, comme on le devine aisément.

Ici, tout le traitement sera dirigé contre ces douleurs épigastriques et ce développement incommode de gaz dans la cavité stomacale ; peut-être sera-t-il bon de conseiller l'usage d'une ceinture qui, en soutenant les parois du ventre, combattra avec avantage cette sensation de pesanteur que la malade éprouve de temps à autre. — M.....

Fièvre intermittente quarte (d'Afrique) ancienne et rebelle. Traitement par la méthode de Sydenham. — Amélioration rapide.

Le sulfate de quinine a fait oublier le quinquina, et c'est un tort. La substitution du sulfate de quinine au quinquina a été un progrès sans contredit, et nous sommes loin de vouloir le contester ici. Mais s'il est vrai que dans l'immense majorité des cas le sulfate de quinine doive être préféré au quinquina, et le soit avec raison, ne fût-ce qu'à cause de la facilité de son mode d'administration, l'expérience avait appris depuis longtemps déjà que l'action du sulfate de quinine n'est pas de tous points identique à celle du quinquina en nature ; qu'il ne remplit ni exactement ni complétement dans toutes les circonstances les indications que les anciens, notamment Torti et Sydenham, remplissaient si bien avec ce dernier agent, et que là où le sulfate de quinine a échoué, le quinquina

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres d'Oribase. Texte grec, traduit pour la première fois en français, par MM. BUSSEMAKER et DAREMBERG ; tome 2e (1).

MM. Bussemaker et Daremberg viennent de nous donner la deuxième page de leur belle et savante *Collection des médecins grecs et latins.* Ce nouveau volume d'Oribase est consacré à la thérapeutique. Considéré dans son ensemble, il résume les travaux les plus importants de l'antiquité sur cette matière, et que nous devons surtout à Galien, à Antythus, à Rufus et à Hérodote. Il n'y a pas là de véritables traités de matière médicale ; ce n'est guère, à bien dire, qu'un catalogue de médicaments avec l'énonciation, sans preuves, de leurs propriétés curatives. C'est en vain que l'on y chercherait les traces des méthodes sévères qui président aujourd'hui à nos expérimentations et à nos observations cliniques. Cependant, à côté de ce vide et sous cette pauvreté, on trouve parfois quelques principes généraux et quelques préceptes auxquels nous avons peu à ajouter aujourd'hui, comme le reconnaissent les traducteurs eux-mêmes, pour les règles relatives à la saignée.

Le premier volume était divisé en six livres ; celui-ci va jusqu'au XVIe. Mais les livres XI, XII et XIII ont été supprimés, parce qu'ils auraient fait un double emploi, attendu qu'ils doivent se trouver dans les œuvres de Dioscoride, qui seront traduites plus tard, et d'où Oribase les avait extraits. Le VIIe me paraît le plus important dans cette nouvelle série ; il traite des *émissions sanguines* et des *évacuations*, et s'ouvre par l'histoire de la *pléthore*, qui se produit de deux manières : l'une, *eu égard aux forces ;* l'autre, *eu égard à la capacité des vaisseaux qui contiennent les humeurs.* Dans les deux cas elle exige l'évacuation, qu'elle ait lieu chez un malade ou chez un individu en bonne santé.

Pour les anciens, comme pour la plupart des modernes, la pléthore ne constituait pas un état maladif ; c'était une condition accidentelle de l'économie, susceptible d'imprimer un cachet spécial soit aux actes physiologiques, soit aux phénomènes morbides. Elle consistait, selon eux, en une augmentation de la masse du sang sans altération dans sa composition. C'est à peu près l'opinion de MM. Becquerel et Rodier, qui ne croient pas, avec MM. Andral et Gavarret, que la pléthore tienne à la surabondance des globules sanguins.

Il est à remarquer au surplus que, quelles que soient les dissidences des pathologistes anciens et modernes sur la nature intime de la pléthore, tous s'entendent sur la partie essentielle de son histoire, sur l'indication thérapeutique, c'est-à-dire sur la nécessité des évacuations chez les pléthoriques, tantôt par la saignée, tantôt par des médications spéciales dont le choix est souvent déterminé, en partie au moins, par des circonstances accessoires, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, les maladies antérieures, etc. J'en dirais presque autant de la distinction de la pléthore en deux espèces ; car, si nous n'admettons pas l'interprétation donnée par les anciens aux faits qui les avaient conduits à cette division, nous retrouvons tous les jours ces mêmes faits qui nous forcent à compter avec eux et se placent comme éléments d'une haute importance dans nos indications thérapeutiques. Les signes différentiels des deux genres de pléthore ont été tracés par Galien en ces termes :

« Si donc quelques individus qui se livrent encore à leurs occupa- » tions habituelles se plaignent d'être lourds, engourdis, paresseux, et » de se mouvoir difficilement, c'est justement la *pléthore eu égard aux » forces ;* de même, s'ils éprouvent une sensation tensitive semblable » à celle qu'on éprouve après les exercices, c'est là un signe assez » important de l'autre pléthore appelée par quelques-uns *pléthore eu » égard au contenu*, parce qu'elle est produite par les humeurs conte- » nues dans les vaisseaux, et qu'on se la représente comme existant » dans ces humeurs. »

Les évacuations de *précaution*, et surtout les saignées, étaient en grand usage : on y recourait au printemps ; c'est encore ainsi que cela se pratique dans nos campagnes. Mais avant de le faire, Galien recommande de bien déterminer quelle est l'humeur en excès ; car chez quelques-uns il y a surabondance plutôt de bile amère que des autres humeurs ; chez d'autres, c'est la bile noire ou la pituite qui prédomine ; chez d'autres enfin il y a surabondance égale de toutes, et on dit, dans ce dernier cas, qu'il y a *pléthore sanguine.* L'âge, la saison, le sexe, l'état des forces sont des conditions qu'il ne faut jamais perdre de vue dans l'emploi des saignées. Sous le rapport de l'âge, il était de principe de ne pas saigner les enfants jusqu'à la quatorzième année ; mais au delà de cet âge, est-il dit, il faut saigner, et l'on trouve des septuagénaires qui supportent très bien cette opération.

Les *saignées répétées* n'étaient pas moins en usage que de notre temps. Je répète la saignée, dit Galien, quelquefois le même jour, quelquefois le lendemain, et ce jour-là je saigne de nouveau ; le troisième jour, j'agis de la même manière. Dans les inflammations intenses, ainsi que dans les douleurs très fortes, il ne connaissait pas de remède plus efficace que l'évacuation poussée jusqu'à la défaillance, après avoir déterminé toutefois s'il faut saigner ou purger. Il dit avec beaucoup de raison qu'il n'est pas possible de préciser dans un livre

(1) Un volume in-8°. Prix : 12 fr. Chez J.-B. Baillière.

réussit souvent au delà de toute espérance. Les médecins militaires en Afrique et ceux de nos confrères qui exercent dans les contrées marécageuses ont pu être souvent à même de vérifier ce fait. En voici un nouvel exemple, que nous avons en ce moment même sous les yeux.

Un malade est entré il y a une quinzaine de jours à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, ayant une fièvre quarte. Cet homme a exercé pendant plusieurs années le métier de meunier en Afrique, où il a contracté des fièvres intermittentes. De retour en France depuis trois ou quatre mois, il n'a jamais cessé depuis d'avoir la fièvre. D'abord quotidienne, elle est devenue tierce; puis après plusieurs alternatives, et après de fréquentes interruptions, toujours suivies d'un retour, elle a fini par devenir quarte. Depuis qu'elle a pris ce type, les accès se sont reproduits sans interruption. Ce malade a pris souvent du sulfate de quinine; il en a pris des doses très élevées. Le sulfate de quinine est resté complètement impuissant contre ces derniers accès.

M. Trousseau, qui ne considère pas la fièvre quarte comme plus grave au fond, ni plus difficile à guérir que la fièvre tierce ou la fièvre quotidienne, comme on le croit généralement, s'est proposé de soumettre le malade au traitement par le quinquina d'après la méthode primitive, la méthode des Stoll, des Torti et des Sydenham, qui est à ses yeux de beaucoup la meilleure.

En conséquence, il a fait prendre d'abord à ce malade un vomitif. Puis il a prescrit pour le lendemain 8 grammes de quinquina colyraya en poudre, à prendre en deux fois, à une heure d'intervalle, dans une infusion. Voici comment devait être réglé le traitement par la suite : Le deuxième jour rien à prendre. Le troisième jour, le malade prendra un égale dose de quinquina de la même manière; puis il restera deux jours sans rien prendre. Même dose le sixième jour; puis trois jours sans rien prendre, et ainsi de suite en distançant de plus en plus les prises, de quatre, de cinq, de six, de sept jours, et enfin, pendant trois ou quatre mois, il devra prendre toujours la même dose de quinquina tous les huit ou dix jours.

Ce traitement a été commencé le 1er juin. Dès la première dose de quinquina, l'accès a déjà été réduit d'étendue; de douze heures qu'il durait précédemment, il n'avait duré que deux heures. Mais ce premier résultat produit, les doses suivantes ont été sans effet. Le accès se sont reproduits, et avec la même intensité. La dose a été jugée trop faible. M. Trousseau, se conformant alors rigoureusement à la méthode de Sydenham, a prescrit une mixture de conserve de roses et de 30 grammes de quinquina colyraya en poudre. Après cette prise, l'accès a complétement manqué. Fallait-il s'en tenir là, ou bien, comme on le fait communément, ne donner le quinquina qu'à dose décroissante? Non sans doute, sous peine de voir revenir les accès. Aussi la même dose a-t-elle été prescrite pour être prise avant le retour présumé de l'accès, c'est-à-dire le surlendemain de la première, et le remède sera réitéré, comme le veut Sydenham, à la même dose, d'abord à huit, puis à quinze jours d'intervalle. Nous ferons connaître le résultat définitif de ce traitement.

Emploi de la protéine dans le traitement de la scrofule.

Il y a quelques années, la *Gazette des Hôpitaux* signalait l'idée heureuse qu'avait eue un praticien d'utiliser la protéine (cette substance qui, d'après les recherches du savant chimiste Mulder, constituerait à elle seule toutes les matières azotées qui entrent dans la composition de nos tissus) pour le traitement de diverses maladies procédant d'un principe adynamique, et dans lesquelles la théorie semblait indiquer l'absence ou la diminution relative des principes azotés dans nos tissus, telles que les ulcères gangréneux, les scrofules, les caries scrofuleuses, le rachitisme, etc. Quoi qu'il en soit de la justesse des vues théoriques qui avaient pu mettre sur la voie de l'emploi de cette substance, toujours est-il que le médecin en question, dont le nom nous échappe en ce moment, affirmait avoir obtenu de bons effets de l'usage de la protéine dans quelques-uns des cas que nous venons de spécifier, et notamment dans la scrofule.

Cette médication, dont nous n'avions plus entendu parler depuis cette époque, vient d'être reprise récemment et expérimentée de nouveau par l'un des praticiens les plus distingués de l'Angleterre, M. le docteur J. Taylor. Ce médecin dit avoir traité avec succès par la protéine un grand nombre de scrofuleux. Nous empruntons au journal anglais qui rapporte ces faits (*The Lancet*) les deux observations suivantes, qui permettront d'apprécier quelle a pu être dans cette circonstance l'influence exercée par ce médicament.

L'un de ces faits est relatif à un enfant de cinq ans, portant depuis deux ou trois ans des ganglions engorgés au cou et aux aines, avec de nombreuses ulcérations sur diverses parties du corps. Ce petit malade, pâle, amaigri et sans appétit, avait pris, sans en avoir éprouvé aucune amélioration appréciable pendant six semaines, de l'iode du fer et d'autres toniques. M. Taylor le mit à l'usage de la protéine à la dose de 15 centigrammes (3 grains) trois fois par jour dans de l'eau sucrée. Au bout d'une semaine l'appétit avait reparu et l'aspect de l'enfant était meilleur.

Au bout d'un mois, le médicament ayant été continué à la même dose, le petit malade avait déjà pris de l'embonpoint; plusieurs ulcères s'étaient cicatrisés. La dose de la protéine fut portée à 20 centigrammes trois fois par jour, et les ulcères furent pansés avec la pommade de zinc.

Au troisième mois, presque tous les ulcères étaient guéris, et ceux qui s'étaient formés dans l'intervalle étaient beaucoup plus petits que les premiers. La dose fut portée à 25 centigrammes trois fois par jour.

Au quatrième mois, bien qu'il restât encore quelques petits ulcères, la santé de l'enfant était parfaite. On crut pouvoir à cette époque suspendre l'emploi du médicament; mais quinze jours étaient à peine écoulés, que l'enfant tendait à retomber dans son premier état. La protéine fut reprise, et continuée pendant deux mois. Au bout de ce temps, l'enfant avait repris une santé excellente.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un enfant de deux ans ayant des glandes engorgées au cou, le ventre tuméfié et de nombreux ulcères sur diverses parties du corps. Cet enfant fut mis à l'usage de 10 centigrammes de protéine et 5 centigrammes de carbonate de soude desséché, trois fois par jour, dans un peu d'eau sucrée; cataplasmes avec pommade de zinc sur les ulcères, etc.

Au bout de huit jours, la peau était plus animée et quelques-uns des ulcères en voie de cicatrisation; retour de l'appétit, aspect général meilleur.

Au bout de la deuxième semaine, amélioration plus prononcée encore; abdomen réduit de volume, retour de l'embonpoint, cicatrisation de presque tous les ulcères. La dose de protéine fut élevée à 15 centigrammes, avec 5 centigrammes de carbonate de soude deux fois par jour. Un mois après, l'état de l'enfant était des plus satisfaisants.

Bien que ces deux faits, choisis dans un grand nombre d'autres analogues, laissent quelque chose à désirer encore, et sous le rapport de la constatation des résultats définitifs, et peut-être aussi sous le rapport de la médication elle-même, qui n'a pas été assez dégagée de toute combinaison pour permettre d'en apprécier rigoureusement les effets propres, ils n'en paraîtront pas moins en définitive favorables à la méthode; et si l'on considère combien les guérisons se font attendre habituellement par les méthodes de traitement les plus usitées, y compris celles qui ont été considérées jusqu'ici comme les plus efficaces, telles que la médication rodique, l'huile de foie de morue, etc., les résultats obtenus dans ces deux cas paraîtront certainement de nature à encourager les praticiens à expérimenter un moyen qui paraît dépourvu d'ailleurs de toute espèce de danger et d'inconvénient. — Dr Brochin.

EPI DE SEIGLE INTRODUIT PAR LA BOUCHE

chez un enfant de neuf mois et sorti spontanément au bout de treize jours à travers un espace intercostal,

Par M. LOPEZ QUINTANA.

Le 31 août 1852, un enfant de neuf mois, très robuste, qu'on avait couché sur une meule de paille, saisit un épi de seigle, le porta à la bouche et l'avala. Pendant les deux premiers jours on n'observa aucun phénomène particulier : l'enfant se portait bien et prenait le sein comme de coutume. Au bout de ce temps, il se déclara de la fièvre avec un peu de toux, de la dypsnée, haleine fétide, peu d'envie de teter et constipation; ces symptômes augmentèrent d'une manière continue jusqu'au 12 septembre (treizième jour depuis l'accident). Ce jour-là on aperçut au milieu du cinquième espace intercostal du côté droit une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de poule, rouge, fluctuante, avec un point blanc au centre. L'ouverture de cet abcès fut renvoyée au lendemain; mais, durant la nuit, il perça spontanément pendant une quinte de toux, et on aperçut avec étonnement, au milieu de l'abcès, la pointe de l'épi que l'enfant avait avalé treize jours auparavant. On put l'extraire avec facilité, et à sa suite il sortit environ quatre onces de pus; il restait une plaie pénétrante de la poitrine, par laquelle l'air entrait et sortait avec force. Un pansement convenable fut appliqué et renouvelé souvent; la plaie, après avoir suppuré pendant plusieurs jours, commença à se resserrer, et le 13 octobre elle était entièrement cicatrisée : la guérison ne s'est pas démentie depuis cette époque. Ce fait est des plus intéressants, en ceci surtout que le corps étranger est resté deux jours dans les voies aériennes sans que sa présence ait été accusée par aucun symptôme : sa sortie par les parois thoraciques n'est pas un fait nouveau : les Mémoires de l'Académie de chirurgie en renferment plusieurs exemples tout à fait semblables. (*Revue thérapeutique du Midi.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 juin 1854. — Présidence de M. COMBES.

Eaux minérales du Mont-Dore. — M. Thénard, étant allé l'année dernière prendre les eaux du Mont-Dore, s'est proposé d'en refaire l'analyse et d'en rechercher la partie active.

Frappé, dit l'honorable académicien, de l'effet énergique de ces eaux sur l'économie animale, je ne pouvais croire qu'il fût dû uniquement aux traces de fer et à la petite quantité d'acide carbonique et de bicarbonate de soude qu'elles contiennent, lesquelles sont associées, d'ailleurs, à d'autres matières qu'on retrouve presque partout (sel marin, sulfate de soude, carbonates de chaux et de magnésie, silice, etc.).

..... M. le docteur Bertrand fils, m'entendant dire que je soupçonnais l'existence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore, m'apprit alors que déjà il en avait trouvé dans les dépôts ferrugineux et naturels que forment les eaux avant d'être prises en boissons ou administrées en bains, et que ce fait se trouvait consigné dans le rapport qu'il avait adressé, en 1852, à l'Académie de médecine.

Il devenait donc bien probable que l'arsenic faisait partie des eaux minérales elles-mêmes.

Mais d'abord y existait-il réellement? A quel état y était-il? et combien les eaux en contenaient-elles? Ce sont les trois questions que je me suis appliqué à résoudre.

A cet effet, je fis évaporer dans une grande bassine d'argent, que M. Aubergier (de Clermont) voulut bien mettre à ma disposition, trente-huit litres un quart de l'eau de la source de la Magdeleine, qui est celle que l'on boit. Je les réduisis à 765 centimètres cubes, y compris le dépôt qui se fit, et qui fut recueilli avec le plus grand soin. J'emportai le tout avec moi, au laboratoire de mon fils, à Talmay, où les expériences furent faites au mois d'août.

---

la mesure de l'évacuation pour chaque cas particulier; car tandis que chez quelques-uns on ne la dépasse pas en tirant six livres, chez d'autres, au contraire, on ne peut dépasser une livre sans que les forces souffrent un peu, et si l'on en tirait deux livres à ces malades, on leur causerait un grand dommage. Voilà bien certainement des préceptes qui feront loi dans tous les temps, et je signale le suivant à l'attention d'un grand nombre de médecins qui hésitent à saigner dans une foule de cas où on pourrait peut-être le faire encore avec succès : « On doit se servir de cet agent thérapeutique quand on reconnait » chez les malades les indications qui l'exigent, quel que soit le jour » où ces indications se présentent, même si le malade en était, par » exemple, au vingtième jour. »

Le choix des veines à inciser était dicté par le siége de la maladie; on attachait une grande importance à saigner du côté de l'organe malade : ainsi, dans l'affection de la rate, on ouvrait la veine du doigt annulaire de la main gauche; dans la pleurésie, la saignée du même côté que la partie affectée produit souvent, d'après Galien, un soulagement très manifeste, tandis que celle du côté opposé ne donne que des résultats presque négatifs; l'ouverture des veines de la langue était recommandée dans les angines; celle du grand angle de l'œil dans les engorgements squirrheux qui restent après les ophthalmies. La saignée du bras, au surplus, paraît avoir été de beaucoup celle à laquelle on recourait le plus souvent; elle ne constituait pas une opération bien importante, mais on pouvait y commettre trois fautes : « 1° diviser un petit nerf, si on saigne la veine médiane; 2° piquer la » tête du muscle tendineux, si c'est la veine scapulaire; 3° couper » l'artère située au-dessous de la veine, si l'on saigne au côté interne; » ou enfin couper une artère, quand on saigne dans un autre endroit » que celui-là. »

Les saignées de la temporale et de l'occipitale étaient des opérations vulgaires; Galien y recourait très souvent, et paraît avoir été très hardi dans la section des artères. « Engagé, dit-il, par certains songes » qui m'apparurent clairement, j'ai divisé l'artère située entre l'indi- » cateur et le pouce de la main droite, et je laissai couler le sang jus- » qu'à ce qu'il s'arrêtât de lui-même, le songe me l'ayant ainsi pres- » crit... » Il recommande d'inciser les artères de l'occiput en allant jusqu'à l'os, et pour arrêter l'écoulement de sang, on de saisir et de serrer les orifices du vaisseau divisé entre les mors d'une pince; ou mieux encore d'en exciser la partie moyenne. De cette manière, il n'y aura pas, dit-il, danger d'hémorrhagie, parce qu'il y a rétraction des orifices du vaisseau dans la chair. On a vu dans ce passage l'idée mère de la torsion des artères.

Les *ventouses* étaient employées dans les cas où nous y recourons nous-mêmes aujourd'hui; mais l'on en faisait un usage beaucoup plus fréquent. Elles étaient en verre, en corne et en bronze. Ces dernières étaient les plus communes, et s'appliquaient, ainsi que celles en verre, à l'aide du feu. Celles en corne étaient percées à leur partie supérieure, et en les appliquant on aspirait fortement à travers l'ouverture pour les faire tirer, puis on bouchait immédiatement cette ouverture avec le doigt ou avec de la cire. Quant aux *sangsues*, on ne les prescrivait qu'aux malades pusillanimes qui redoutaient les scarifications, ou bien sur les parties du corps qui n'admettent pas l'application d'une ventouse à cause de leur petitesse, de leur courbure ou de leur inégalité.

Ici se termine ce qui est relatif aux saignées dans ce VIIe livre, qui traite ensuite des purgatifs, et pose à leur sujet quelques règles générales. Ils sont recommandés, aussi bien que les saignées, comme un moyen de précaution, surtout au printemps. Quelquefois cependant on les renouvellera à l'automne. Avant de les prescrire, il faut bien s'assurer de la nature de l'humeur à expulser; c'est un précepte que nous retrouvons à chaque instant; et lorsqu'on lit qu'il faut chercher, selon les maladies, à évacuer tantôt la pituite, tantôt la bile amère, tantôt l'atrabile, tantôt enfin les superfluités séreuses, on se demande si l'on ne pourrait faire remonter à ces distinctions la triple division dans laquelle nous rangeons nos purgatifs, que nous choisissons dans l'une ou l'autre classe; suivant que nous voulons purger plus ou moins fortement, obtenir une simple supersécrétion de mucosités intestinales ou provoquer plus directement la sécrétion biliaire.

Dans les maladies chroniques, on doit attendre, pour purger, l'époque de la maturité; mais, dans les maladies aiguës, on peut le faire dès le début, même lorsque les humeurs sont turgescentes; mais cependant il faut être très prudent et très circonspect. Des indications spéciales décident des cas où il faut recourir aux vomitifs ou bien aux purgatifs. La bile amère doit être évacuée par le haut; la pituite, par le bas. En été, on purge le ventre supérieur; en hiver, le ventre inférieur. En exagérant les indications tirées de l'influence saisonnière, Rufus veut, avant de mettre les matières en mouvement, qu'on se garde du coucher et du lever des constellations qui causent de grands changements, telles que Arcture et les Pléiades; des solstices, des équinoxes et de la canicule. Nos almanachs, disent MM. Bussemaker et Daremberg, ont hérité de cette déplorable thérapeutique, et ils font encore autorité sur la moitié du globe.

MAILLOT,
Inspecteur du service de santé des armées.

(Nous donnerons la fin de l'examen de ce livre dans un prochain numéro.)

Le dépôt se composait d'acide carbonique, de chaux, de magnésie, de silice et d'une quantité très minime d'oxyde de fer. Traité convenablement, on en a extrait aussi des traces d'arsenic.

Quant à la liqueur, elle ne contenait que des sels à base de soude : carbonate, sulfate et sel marin; mais au moyen de l'appareil de Marsh on pouvait en retirer en même temps assez d'arsenic pour recouvrir promptement de taches métalliques plusieurs capsules de porcelaine.

L'expérience se fait si facilement, que pour démontrer la présence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore il suffirait même d'en prendre deux litres, de les réduire à quatre et à 5 centilitres, et de les éprouver à la manière ordinaire, par le zinc et l'acide sulfurique.

Si l'on demande maintenant à quel état est l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore, il sera facile de voir qu'il doit s'y trouver à l'état d'acide uni avec la soude, puisqu'il fait partie de la liqueur que l'on obtient en réduisant l'eau minérale à près du quarantième de son volume, et que cette liqueur ne renferme que du sel de soude.

Tout me porte à croire que le sel arsenical est un arséniate et non un arsénite. Il provient peut-être de l'action du carbonate de soude sur l'arséniate de fer. Ce qui donne quelque probabilité à cette hypothèse, c'est qu'on trouve dans les réservoirs où séjournent les eaux un dépôt rouge qui contient de l'oxyde de fer arséniaté.

Maintenant, combien l'eau du Mont-Dore contient-elle d'arsenic, et par suite, d'arséniate de soude?

Pour cette détermination, on fit passer l'arsenic à l'état d'hydrogène arséniqué, lequel fut décomposé complétement par la chaleur dans un petit tube de verre. Le verre fut ensuite séché, pesé exactement, puis séparé de l'arsenic par l'acide nitrique, et enfin lavé, séché et pesé de nouveau. La différence de poids donna la quantité d'arsenic.

..... J'ai trouvé ainsi que les 200 centimètres cubes provenant des 765 centimètres auxquels avaient été réduits par évaporation les 38 litres 25 de l'eau sur laquelle j'opérais, contenaient 4 mill. 50 d'arsenic.

Conséquemment, les 765 centimètres, et partant les 38 litres 25 d'eau qui les avaient fournis devaient en contenir 0 gr. 0,172.

Par conséquent aussi, il y a dans un litre d'eau du Mont-Dore :

0 gr. 00045 d'arsenic;
0 » 000689 d'acide arséniqué;
0 » 001058 d'arséniate neutre de soude.

En admettant que l'acide arséniqué soit formé de 100 d'arsenic et de 53,139 d'oxygène, et que l'arséniate neutre de soude le soit de 100 d'acide et de 54,97 de base.

On peut donc dire que les eaux du Mont-Dore contiennent par litre, à la température de la source, 1 milligramme, ou, plus exactement, un peu plus de 1 milligramme d'arséniate neutre de soude.

On ne saurait mettre en doute que ce ne soit à l'arséniate de soude qu'elles doivent leur puissante action sur l'économie animale.

D'autres eaux, voisines du Mont-Dore, et d'autres même qui en sont éloignées, contiennent probablement aussi de l'arsenic. Quelques essais faits, mais sur moins de 1 litre, m'autorisent à croire que celles de Saint-Nectaire sont dans ce cas.

Au reste, je me propose de retourner cette année au Mont-Dore, et je ferai des recherches qui me permettront de décider cette importante question.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 24 mai 1854. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Ancelon adresse un mémoire sur les accidents causés par le chloroforme. (Commissaires : MM. Houel, Laborie, Morel-Lavallée.)

— M. le docteur Heyfelder fils, professeur agrégé à l'Université d'Erlangen, fait hommage à la Société de sa thèse sur les maladies de l'urètre et de la prostate, et adresse en outre un mémoire inédit sur la nature du cancroïde, pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Danyau, Lenoir, Broca.)

De l'anesthésie dans les accouchements simples. — M. Laborie donne lecture des conclusions scientifiques de son rapport. A la suite de cette lecture, s'engage la discussion suivante :

M. DANYAU. En prenant la parole sur la question qui vous est soumise, je n'ai pas l'intention d'entrer dans de grands développements. Je serai bref, et pour deux motifs : le premier, c'est que j'ai plutôt quelques remarques à présenter que de sérieuses objections à faire à M. Laborie, et que mon opinion n'est pas très éloignée de la sienne; le second, c'est que je n'ai encore sur l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement naturel qu'une expérience assez bornée.

Notre savant rapporteur nous a parlé des débuts heureux de l'anesthésie obstétricale, et s'est étonné du prompt discrédit dans lequel elle est tombée dans notre pays. Il semble en effet qu'on pouvait mieux augurer de ses destinées. N'avait-on pas dès les premiers essais constaté que les agents expulseurs, l'utérus et les muscles abdominaux, conservaient, généralement au moins, toute leur puissance; qu'ordinairement aussi la rétractilité utérine ne faisait pas défaut après l'accouchement? Et quant aux objections tirées de diverses considérations de l'ordre religieux, de l'ordre moral ou de l'ordre physiologique, n'en avait-on pas fait prompte justice?

Pouvait-on se laisser arrêter par la sentence divine prononcée contre la femme? N'a-t-on pas dit avec raison qu'il nous est bien permis, sans provoquer la colère céleste, de tout faire pour échapper le plus longtemps possible à une autre sentence beaucoup plus grave, celle de mort portée contre tout le genre humain, et la religieuse Angleterre elle-même n'a-t-elle pas accepté avec reconnaissance le bienfait de l'anesthésie, appliquée maintenant sur une si vaste échelle par tant d'accoucheurs de renom?

On s'est bien moins arrêté encore à cette considération que les douleurs de l'enfantement importent au développement de la tendresse maternelle, qu'entre celle-ci et celles-là il y a un rapport de proportion nécessaire; assertion heureusement erronée et que dément l'expérience journalière.

L'objection tirée des scènes fâcheuses que pouvaient faire naître les idées érotiques développées par l'anesthésie n'était pas sans valeur quand on ne connaissait pas d'autre agent que l'éther; mais le chloroforme n'offre pas cet inconvénient, certainement très grave.

Enfin, une distinction facile avait permis d'écarter l'objection fondée sur la nécessité des douleurs pour assurer aux femmes des suites de couches heureuses. Serait-il rationnel de confondre les accouchements très faciles, à peine douloureux, parce qu'ils s'accomplissent presque sans résistance, avec ces accouchements d'une durée ordinaire, qui ne se terminent qu'après des contractions énergiques et répétées, dont la sensation douloureuse est fortement atténuée ou tout à fait supprimée par l'inhalation d'un agent anesthésique?

Il semblait dès lors qu'il n'y avait plus qu'à s'engager dans la voie ainsi bien dégagée. Pourquoi donc, en France, l'anesthésie obstétricale a-t-elle, depuis les premiers essais, langui dans une sorte de défaveur? M. Laborie attribue ce résultat inattendu à la réserve, suivant nous très sage, du savant professeur de la Clinique d'accouchements. Cette réserve n'est-elle pas en effet justifiée par les circonstances observées dans deux des cas communiqués par M. Paul Dubois à l'Académie de médecine? Le chloroforme n'était point employé alors; l'éther avait été mis en usage. Il eut sur l'une des femmes cet effet fâcheux dont nous avons parlé plus haut; chez l'autre, il se développa des phénomènes de congestion céphalique assez graves pour qu'on ait pu concevoir des inquiétudes sérieuses. Témoin de ces faits, ils me parurent alors justifier l'éloignement qu'ils inspiraient à M. Dubois, et je n'hésitai pas à m'y associer, lorsque plus tard j'eus à rendre compte de ces expériences dans la *Revue médico-chirurgicale* (mai 1847, p. 301).

L'état de la question a bien changé depuis cette époque. Le chloroforme a remplacé l'éther, et les inconvénients propres à ce dernier ont disparu. Mais les accidents produits par l'anesthésie chloroformique sont venus imposer de nouvelles réserves. Il est vrai qu'à l'anesthésie complète recommandée par Simpson a succédé le procédé indiqué, il y a longtemps déjà, par Merriman, introduit dans la pratique par Rigby et Murphy, journellement mis en usage par Snow et par tant d'autres en Angleterre, procédé qui consiste à ne faire inspirer que de très faibles doses et à pousser l'anesthésie seulement jusqu'à l'atténuation de la douleur.

Cette simplification, je le confesse, ne m'enhardit pas beaucoup, et je restai sous mon ancienne impression, défavorable à l'anesthésie dans la parturition naturelle. La discussion qui a si longtemps occupé la Société de chirurgie avait été loin d'abord de me rendre plus entreprenant. Les convictions bien arrêtées de la plupart de mes collègues m'ont cependant à la fin rassuré, et depuis six mois je me suis décidé à soumettre à l'anesthésie quelques femmes en travail à l'hospice de la Maternité.

Persuadé que l'emploi d'un appareil est plus propre que tout autre procédé à mettre le chirurgien à l'abri d'accidents, j'ai fait usage de l'inhalateur de M. Charrière avec l'embouchure de M. Robert, dont le pavillon est, comme on sait, assez large pour embrasser à la fois la bouche et le nez.

Quinze femmes en travail (il ne s'agit ici que d'accouchements naturels) ont été soumises par moi à l'inhalation du chloroforme. Deux fois seulement j'y ai eu recours avec avantage marqué dans le cours de la période de dilatation pendant vingt-cinq à trente minutes seulement. Chez toutes les autres femmes, quand l'inhalation fut commencée le travail était avancé, la dilatation était presque complète ou complète, si même déjà l'orifice n'était franchi, et, à une seule exception près, elle fut continuée jusqu'à la terminaison de l'accouchement, sans dépasser autant que possible la dose nécessaire pour produire l'atténuation que je me proposais d'obtenir. Malgré mon désir de ne pas aller au delà d'un certain effet, il m'est arrivé deux fois, sans doute à cause d'une sensibilité particulière des femmes à l'action du chloroforme, de déterminer une anesthésie complète. Pendant l'inhalation, je n'ai pas cessé un instant de porter mon attention sur l'état général, sur le pouls, le cœur, la respiration. Les femmes, souvent très agitées auparavant, restaient calmes, les yeux entr'ouverts et noyés dans une demi-ivresse, ou fermés, et elles semblaient alors plongées dans un demi-sommeil, que ne dissipait pas complétement le retour des contractions. Le pouls était généralement peu modifié dans sa force et dans sa fréquence. Les douleurs étaient bien évidemment atténuées. Quant aux contractions utérines, elles n'étaient pas généralement modifiées. Dans un seul cas, elles devinrent moins fortes et moins fréquentes; dans un autre, la modification fut si prononcée et le travail si manifestement ralenti que je renonçai à la chloroformisation. Vingt minutes après l'accouchement était heureusement terminé.

Le calme était en général obtenu par de faibles doses de chloroforme. Sans que ces doses fussent dépassées, nous avons vu quelques femmes qui, même sans perte de connaissance et tout en conservant le pouvoir de répondre à nos questions, offraient une demi-résolution ou même une résolution presque complète des membres, remplacée dès que l'utérus entrait en contraction par des mouvements réflexes d'une énergie considérable. Dans deux cas, quel que fût le calme des femmes dans l'intervalle des contractions, ces mouvements, qui n'étaient plus réglés par la volonté, devinrent à la fin tout à fait irréguliers, désordonnés même et fort embarrassants pour l'élève chargée de protéger le périnée au moment du passage de la tête.

Après l'accouchement, les femmes assuraient avoir peu ou point souffert, et se montraient heureuses et reconnaissantes. Une fois, cependant, il y eut pendant plus d'un quart d'heure une agitation extrême accompagnée de cris, de sanglots, d'étouffements, qui n'avaient rien de sérieux sans doute, mais qui en ville eussent peut-être effrayés les assistants.

Dans aucun cas la rétractilité de l'utérus n'a fait défaut; soit avant, soit après la délivrance, il n'y a eu dans aucun cas d'hémorrhagie.

Les suites de couches dans les quinze faits dont il vient d'être question ont été parfaitement normales. Du côté des enfants au moment de l'accouchement, rien de particulier à noter. Je n'ai rien vu chez eux qui ressemblât à de l'asphyxie, et leur santé ne m'a point paru avoir été influencée par le chloroforme.

De l'exposé que je viens de faire des observations, à la vérité très peu nombreuses, de ma pratique sur le sujet en discussion, je me crois en droit de conclure que, si dans un hôpital comme celui de la Maternité l'emploi du chloroforme est facile, il n'en sera peut-être pas toujours ainsi dans la pratique de la ville : n'ayant plus des aides intelligents pour suppléer à ce que l'accoucheur ne peut faire, celui-ci ne se trouverait-il pas fort embarrassé s'il lui arrivait, comme à moi, de rencontrer des femmes indisciplinables au moment suprême pour surveiller l'état du pouls, suivre les effets de l'anesthésie, et en même temps protéger le périnée et achever l'accouchement? Si l'emploi d'un appareil ajoute à ces difficultés, on ne peut pas dire qu'elles disparaissent par l'usage d'un procédé plus simple, mais moins sûr, et, s'il faut dans la pratique particulière le concours d'un aide chargé de la chloroformisation, on peut compter d'avance sur des objections qui restreindront beaucoup l'usage qu'on voudrait généraliser.

La possibilité de dépasser involontairement le degré voulu d'anesthésie est un autre point digne de considération. Deux fois, je l'ai dit, l'anesthésie, contrairement à mon intention, a été complète; et je crois qu'il en a été de même dans quatre des cas rapportés par M. Houzelot. Sans faire de cette circonstance une objection positive, je crois devoir la signaler à l'attention des praticiens, car l'anesthésie dans l'accouchement naturel n'est admissible qu'à la condition d'une complète innocuité.

Enfin, et c'est une considération sur laquelle on a insisté déjà et qui n'est pas sans importance, il faut s'attendre à bien des imputations après l'usage du chloroforme, non-seulement de la part des familles, mais encore de la part de confrères malveillants quelquefois sans doute, mais d'autres fois aussi très sincères et très convaincus.

Ces divers motifs me font penser que dans les accouchements naturels il faut encore user modérément du chloroforme, même à dose simplement atténuante. Cette réserve ne va pas cependant jusqu'à en limiter l'usage aux cas où la rigidité de l'orifice donne aux contractions utérines un caractère vraiment pathologique; je pense qu'on peut aller plus loin et y recourir dans ceux où la dilatation est lente et très douloureuse, dût-on d'ailleurs y renoncer plus tard quand elle est accomplie, au début de la période d'expulsion, en général beaucoup moins pénible et d'ailleurs presque toujours si vaillamment supportée par les femmes. Je ne l'exclus pas non plus de cette dernière partie du travail, si elle doit être longue, difficile et par conséquent accompagnée de très vives douleurs, mais à la condition qu'une attention égale pourra être donnée à la chloroformisation et à l'accouchement, et j'ajoute qu'il faut plutôt accorder que proposer l'anesthésie, et généralement attendre qu'elle soit demandée par la patiente ou par la famille.

Je reconnais avec notre honorable rapporteur les avantages qu'on peut attendre de la suppression ou même de la simple atténuation de la douleur dans l'accouchement, et l'incontestable utilité d'épargner aux femmes en travail une trop grande déperdition de forces. Mais à cet égard il ne faut pourtant rien exagérer. Qui n'a vu en effet des femmes (les accoucheurs très occupés en pourraient citer un grand nombre) qui, malgré les douleurs les plus vives et les plus prolongées, ont eu les suites de couches les plus heureuses? A l'appui de son opinion en faveur de l'anesthésie dans les accouchements naturels, M. Laborie a cité la statistique de Collins, qui tend à démontrer que la fréquence des accidents consécutifs est en raison de la longueur du travail. Mais on oublie trop, quoique Montgomery en ait fait la remarque contre Simpson, que, dans la plupart des cas cités par Collins, c'est moins à la longueur du travail qu'aux circonstances qui l'ont rendu difficile, et qui restent en dehors de l'action du chloroforme, qu'il faut attribuer les fâcheux résultats.

Je désire faire, avant de conclure, deux petites remarques; la première est relative à l'accouchement de la reine d'Angleterre, la seconde au cas pour lequel M. Laborie avait réclamé mon concours.

Notre collègue s'est efforcé de recueillir des renseignements précis sur les circonstances du dernier accouchement de la reine Victoria, à laquelle, à cette occasion, le chloroforme fut donné par Snow en présence de Locock. Je ne comprends pas trop son insistance. Le fait lui-même n'avait rien de particulièrement instructif, et l'honorable rapporteur pouvait bien être d'avance certain que les médecins de la reine ne se départiraient pas de la plus sévère discrétion.

Quant au fait que nous avons observé ensemble et qui était un de ces cas de position défavorable de la face qui offrent quelquefois des difficultés extrêmes, mais peuvent aussi avoir, par un changement subit et spontané, une issue prompte et facile, M. Laborie se rappellera sans doute que le chloroforme fut employé longtemps et en assez grande quantité sans produire aucun effet anesthésique, sans modérer en rien les atroces douleurs qui jetaient la pauvre patiente dans le désespoir, et que nous fûmes d'accord sur sa complète impuissance dans ce cas.

J'arrive enfin aux conclusions, que je formulerai ainsi qu'il suit :

1° Le chloroforme à dose atténuante peut être utilement employé non-seulement dans les accouchements naturels qui se distinguent par le caractère vraiment pathologique des contractions utérines, mais encore dans ceux où l'acuité des douleurs et la longueur du travail font vivement désirer à la femme un soulagement qu'on ne peut attendre des moyens ordinaires. Toutefois on ne devra y avoir recours qu'avec une grande prudence, et, quant à présent, je ne voudrais pas me départir des précautions auxquelles j'ai cru devoir m'astreindre, et en particulier opérer sans le secours d'un appareil.

2° Des essais dans le sens que je viens d'indiquer peuvent être encouragés, mais seulement chez les femmes qui en feront la demande expresse, et, bien entendu, en l'absence de toute contre-indication.

3° Des remercîments sont dus à M. Houzelot pour l'initiative qu'il a prise sur cette question et l'intéressante communication qu'il a faite à la Société.

M. LABORIE répond à M. Danyau qu'il n'existe pas entre eux une grande divergence d'opinion. Il reconnaît comme lui l'importance de la réserve gardée par M. Dubois sur cette question, et, comme lui, il a vu des accidents érotiques survenir après l'emploi de l'éther. Toutefois, il persiste à croire qu'il y a danger ici à se servir d'un appareil. En versant sur un linge un peu de chloroforme, la malade peut diriger elle-même l'emploi de l'anesthésique, la sensibilité ne s'éteint qu'incomplétement, et cette pratique répond de suite à l'une des objections de M. Danyau. Quant aux observations d'anesthésie complète citées dans le travail de M. Houzelot, elles ne prouvent point qu'on ait, sans le vouloir, dépassé les limites d'une anesthésie incomplète, car c'était

chose décidée à l'avance. M. Danyau a cité des accidents; mais il faut remarquer que dans un cas il n'y a eu qu'une petite attaque d'hystérie, et dans l'autre de légères convulsions. M. Danyau, dit M. Laborie, n'est point autant que moi disposé à attacher une certaine importance aux détails que j'ai cherché à obtenir sur l'accouchement de la reine d'Angleterre. Si j'ai insisté sur ce fait, c'est que j'ai cru que l'exemple venu d'en haut était plus puissant, et je n'en veux pour preuve que l'histoire de la fistule de Louis XIV.

M. Huguier. Il me semble que dans les observations de M. Houzelot l'on a noté l'absence des tranchées utérines après l'accouchement. Je demanderai à M. le rapporteur si le chloroforme est pour quelque chose dans ce fait, et quelle est son opinion à cet égard.

M. Laborie répond que M. Houzelot s'est borné à citer des faits sans y joindre de doctrine; d'ailleurs, le nombre de ces faits est peu considérable.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 mai 1854. — Présidence de M. Terrier, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Elle comprend :

1° Un mémoire sur le petit lait alpestre et sur les bains d'Ischel, par M. le docteur Mastallier (M. Chalut, rapporteur);

2° Le n° 7 du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1854, 2e série;

3° Le 4e cahier du *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, avril 1854;

4° Le 1er numéro de la *Gazette médicale de Montpellier*, 15e année.

M. Magne fait hommage à la Société d'un travail qu'il vient de publier sur les *ophthalmies traumatiques*, choix d'observations remarquables destinées à éclairer l'histoire des corps étrangers dans l'œil. (Remerciments à l'auteur.)

Rapport sur une candidature. — M. Magne lit un rapport sur la candidature de M. Vergne, lequel avait présenté un travail sur le choléra.

Les conclusions du rapport sont favorables. On procède au vote sur l'élection de M. Vergne, qui est admis à l'unanimité.

Cautérisation du sac lacrymal dans la fistule lacrymale. — M. Magne. Depuis sept ans que j'ai proposé et que je pratique la cautérisation du sac d'après ma méthode, je n'ai eu à constater qu'un insuccès sur plus de quarante opérations, et dans ce cas il existait une carie de l'os unguis. Mais tout récemment j'ai opéré une personne atteinte de fistule lacrymale, en présence de nos honorables confrères MM. Mac' Carty, Ley et plusieurs élèves; et, selon mon habitude, j'ai cautérisé avec le beurre d'antimoine. Au bout de quinze jours, pas de cautérisation. Je recommençai la cautérisation le vingtième jour; même résultat. Je supposai alors que le beurre d'antimoine, qui était chez moi depuis un an et qui avait été chauffé plusieurs fois, n'était plus suffisamment caustique. J'en envoyai chercher un nouveau flacon, et dix jours après cette dernière cautérisation la guérison avait lieu.

M. Magne ignore s'il est chimiquement reconnu que le beurre d'antimoine soit susceptible de s'altérer à l'air et de perdre ainsi sa causticité.

Emploi du vin de Colombo dans le traitement du choléra. — M. Caron lit les considérations suivantes. (*Voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 30 mai dernier.)

M. Duperthuis. Sans nier les heureux effets de cette formule, qu'il n'y a pas lieu de décorer du titre de vin de Colombo plutôt que de celui de vin de genièvre, ou mieux de vin de quinquina, je demanderai quelle différence M. Caron établit entre le mode d'action de ce médicament et celui du punch ou de toute autre préparation stimulante. Ce vin de Colombo composé a-t-il quelque chose de spécial et qui s'attaque plus directement à la cause du choléra que nous ne connaissons pas? Je suis loin de le penser.

M. Caron. Je ne le pense pas davantage. Il ne faut voir dans ma communication qu'un exposé de faits, sans la moindre intention de ma part de vouloir hasarder aucune explication, aucune théorie.

M. Duhamel. Le mot choléra est bientôt prononcé, et peut-être trop souvent. Depuis quelque temps, je n'observe que des cas de choléra incomplet : ce sont des symptômes cholériformes, tantôt des vomissements seuls, tantôt des garde-robes nombreuses, ou bien des crampes isolées ou compliquant la diarrhée et le refroidissement; mais la maladie n'existe pas avec sa physionomie spéciale, effrayante, et alors on peut la guérir. A côté de ces cas, j'en ai vu de plus graves, de véritables choléras qui ont produit la mort dans l'espace de vingt-quatre heures, malgré les divers traitements mis en usage.

M. Duperthuis. Oui certainement, il existe une grande différence entre le dévoiement, lors même qu'il est blanchâtre, et le choléra confirmé. Dans celui-ci, il y a un facies caractéristique, l'économie tout entière est prise, et une réaction se manifeste si la vie résiste vingt-quatre ou trente-six heures, tandis que la diarrhée cholériforme peut durer plusieurs jours, un mois même, avec des degrés d'intensité variables, sans s'accompagner de ce trouble profond de l'innervation et de la circulation qui fait le danger du choléra. Or, je demande ce qu'il y a à faire contre ce dernier, car, pour moi, je ne connais rien d'efficace.

M. Foucart pense qu'avant tout il faut bien s'entendre sur la valeur du mot *choléra*. Si l'on ne veut admettre, dit-il, comme cas réels de choléra que ceux où l'on observe les phénomènes les plus graves, la cyanose, le refroidissement, les crampes, etc., il est évident que tous les traitements ont une égale valeur, c'est-à-dire que leur efficacité est à peu près nulle, quoique cependant, et même dans ces circonstances, il soit du devoir du médecin de mettre en usage toutes les ressources dont il peut disposer avec autant d'énergie que s'il espérait la guérison. Et en effet, bien que rarement, on l'obtient quelquefois. Mais si l'on admet, comme c'est la vérité, que le choléra est une maladie qui a plusieurs périodes, comme toutes les autres affections, la question change. Lorque la pneumonie tue, c'est ordinairement qu'elle est arrivée à sa troisième période, que les malades crachent du pus, que l'on entend du souffle à l'auscultation, etc. Viendra-t-il à l'idée de personne de prétendre que la pneumonie n'existe pas encore lorsque, au premier degré, on n'entend que du râle crépitant, que le malade n'expectore que des crachats à peine rouillés, en un mot, que la maladie est encore guérissable? Evidemment il n'y a là qu'une différence de degrés, de périodes. La même chose existe pour le choléra que pour la pneumonie.

Il y a un moment où le choléra existe déjà d'une manière bien certaine, où il est encore guérissable : c'est celui pendant lequel les malades n'ont encore qu'une diarrhée séreuse ou blanche et riziforme : c'est là la première période, que l'on a désignée sous le nom de *cholérine*. Pour moi, comme pour beaucoup de médecins, la cholérine n'est autre chose que la première période du choléra. M. Duperthuis établit une différence de nature entre la diarrhée que nous regardons comme prodromique et le choléra; il ne veut pas, à plus forte raison, que la diarrhée prodromique soit constante. Je ne saurais partager cette opinion.

En 1832, M. Jules Guérin, lorsqu'il signala le premier cette diarrhée comme précédant constamment le choléra cyanique, fut vivement attaqué d'abord par le plus grand nombre des médecins de France. En 1849, le nombre des opposants diminua; mais voici que cette année cette opinion nous revient par l'Angleterre; voici que l'expression *prodromique* a été remplacée par une autre qui signifie exactement la même chose, par le mot *prémonitoire*. Dès lors, plus d'objections; la diarrhée prémonitoire est acceptée par tout le monde.

Eh bien! je soutiens que lorsqu'on traite *convenablement* la diarrhée prodromique, on guérit le choléra; on le prévient, si l'on aime mieux; on guérit le choléra à la seule époque de son existence où l'art puisse encore efficacement intervenir, et, de plus, j'affirme qu'à ce moment le choléra n'est pas plus difficile à vaincre que toute autre maladie. J'en possède de nombreux exemples.

Ce n'est pas sans intention que j'ai dit *convenablement*. J'ai vu plusieurs fois, dans les hôpitaux et dans la ville, le choléra cyanique (c'est ainsi que je désignerai la période algide du choléra confirmé) succéder aux phénomènes prodromiques lorsque ceux-ci étaient traités par les opiacés; tandis que lorsqu'on leur opposait les évacuants, jamais chose pareille n'arrivait.

M. Archambaut. Il est malheureusement trop certain que nous ne savons rien sur la cause, la nature et le traitement du choléra. En désespoir de cause, on s'est rattaché à l'idée un peu consolante qu'il existe des symptômes précurseurs, une diarrhée prémonitoire, comme on l'appelle maintenant, laquelle, susceptible de céder à la thérapeutique et au régime, fermerait au choléra la porte qu'elle aurait ouverte. Mais est-il bien prouvé que le choléra bleu soit réellement précédé de ces symptômes; dans combien de cas l'est-il? Il faudrait savoir si le traitement prémonitoire évite la maladie d'une manière sûre, ce que pour ma part je ne crois pas; si, d'un autre côté, les cas dans lesquels ce traitement a été mis en usage auraient été suivis d'une attaque de choléra en son absence, ce qui n'est pas non plus mon opinion. Tout ce que je puis dire, c'est que sur 14 faits de choléra confirmé j'ai eu 14 morts; que les cas, à la vérité plus nombreux, dans lesquels j'ai été plus heureux ne présentaient pas les caractères pathognomoniques de l'épidémie, et que je doute qu'ils constituassent le premier degré de la maladie. Selon moi, ces diarrhées sont bien plutôt une affection distincte qui peut bien prédisposer au choléra, mais qu'on ne devrait pas y rattacher autant qu'on le fait.

M. Picard fait remarquer que la question ainsi posée est insoluble, et qu'il est dangereux de la maintenir dans ces termes. En effet, dit-il, beaucoup pensent, avec raison à mon avis, que l'on évite le choléra en traitant la diarrhée prodromique; mais il est impossible de le prouver, et rien n'empêche les adversaires de cette opinion de soutenir que ceux chez lesquels on s'est rendu maître de la diarrhée n'ont pas eu le choléra parce qu'ils ne devaient pas l'avoir, et que le traitement n'a été pour rien dans ce résultat.

M. Duhamel. La diarrhée prémonitoire n'est pas aussi constante qu'on le dit, surtout dans le moment de la plus grande intensité de l'épidémie. En 1832, les premiers cholériques furent frappés sans avoir eu de dévoiement antérieur; celui-ci ne s'est manifesté que plus tard comme phénomène prodromique. Je ne crois pas non plus que tous les cas de choléra confirmé soient nécessairement mortels. Dans la première épidémie je perdis 20 malades sur 39, qui tous avaient le choléra grave. J'ajouterai toutefois qu'au commencement de l'épidémie on obtenait de très rares guérisons, au milieu quelques-unes, vers la fin davantage.

M. Archambaut. Je n'ai pas dit que le choléra ne peut être guéri; j'ai dit seulement que j'ai perdu tous mes malades. Il y a des cas, des degrés, dans lesquels la médecine est toujours impuissante. Pour savoir où on en est quant aux effets des divers traitements, il faudrait les déterminer, ces degrés et ces cas. Si on a moins de guérisons au début de l'épidémie, plus à la fin, en rapporterez-vous l'honneur à la thérapeutique? Nullement; la cause ou le principe morbide prend de la force ou s'affaiblit, sans que la médecine puisse rien sur lui. Ce qui le prouve, c'est que les uns prétendent obtenir des succès de l'emploi des purgatifs; que d'autres les rejettent, pour donner leur confiance aux opiacés ou aux stimulants, etc. En résumé, j'espère un peu du côté des prodromes; mais ma confiance ne va pas jusqu'à l'espérance d'éviter complétement le choléra en les traitant. Quant au traitement de la maladie confirmée, du choléra vrai, je ne vois jusqu'ici aucun moyen de le combattre efficacement.

M. Duhamel ajoute à ses observations précédentes qu'il désirerait voir la statistique des cas traités par les évacuants et de ceux traités par les stimulants ou les opiacés. Il demande si quelques-uns des membres de la Société ont employé les vomitifs et les purgatifs dans le choléra confirmé. Quant à lui, il n'a pas encore osé se servir de ces moyens.

M. Foucart. Un de nos honorables collègues demandait il n'y a qu'un instant si parmi les diarrhées prodromiques traitées par les évacuants nous avions vu quelques cas se transformer en choléra vrai, ajoutant que si l'on n'avait pas d'exemples de cette transformation, c'était une preuve que cette diarrhée prétendue prodromique était de tout autre nature que le choléra. Cette transformation est rare, parce que les évacuants ont pour premier résultat la cessation de la diarrhée. Cependant j'ai vu, chez un étudiant en médecine qui m'avait fait appeler au cinquième jour d'une diarrhée abondante, et auquel tout d'abord j'avais administré l'ipéca et l'eau de Sedlitz, j'ai vu, dis-je, le lendemain du jour où j'avais commencé le traitement, survenir le refroidissement, la cyanose et quelques crampes. Mais ces phénomènes du choléra bleu ont été peu intenses, ont duré peu de temps, et je suis convaincu que c'est au traitement qu'a été dû le peu de gravité de la maladie, dont le sujet a rapidement guéri.

Dans des cas où je n'étais appelé qu'au moment où l'attaque était bien complète, j'ai très souvent, presque toujours employé les évacuants, et plusieurs fois j'ai réussi. Un des premiers effets de la médication évacuante est de changer la nature des selles, de les rendre bilieuses, et tout le monde sait maintenant que du moment où les selles redeviennent bilieuses on doit concevoir les plus grandes espérances.

Encore un mot, en réponse à cette objection de M. Duhamel qu'en 1832 on a vu beaucoup de choléras sans prodromes. C'est qu'à cette époque l'existence de la diarrhée prodromique n'avait pas encore été signalée, et ce n'est qu'après les premières publications de M. J. Guérin que l'attention a été fixée sur ce point. Je dois dire encore qu'il est très important de bien poser les questions aux malades, de les répéter dans des termes variés. Tel malade vous affirmera n'avoir pas eu de diarrhée, qui, si vous insistez, avouera que depuis plusieurs jours il avait *le corps dérangé;* mais il n'y faisait aucune attention, parce qu'il ne souffrait pas, et continuait à travailler.

M. Chalut affirme qu'en 1832, il a vu dans la commune de Saint-Maur et les environs, au moins quatre-vingts cholériques, qui tous ont eu de la diarrhée prodromique. Les quinze premiers ont péri dans un court espace de temps.

M. Caron ajoute, de son côté, qu'il a toujours eu à se louer des purgatifs; qu'il les emploie lorsque la langue dénote un état saburral. Il a constamment remarqué la diarrhée prodromique.

M. Lucien Boyer. A propos de cette diarrhée, il est une question de priorité mal comprise, et qu'il faut rapporter, non pas aux Anglais, ni même à M. Jules Guérin, mais à M. Filhos. M. Guérin posa la question vers la fin de 1832; mais avant, M. Filhos avait déjà publié plusieurs statistiques, desquelles il concluait à l'extrême fréquence des dérangements intestinaux considérés comme prodromes du choléra. Il avait même écrit au ministre pour obtenir une active surveillance.

Présentation d'une capsule cristalline opaque. — M. Coursserant présente une capsule de cristallin extraite chez un sujet cataracté âgé de soixante-treize ans. Après la sortie du cristallin, la pupille restait oblitérée dans presque toute son étendue par un corps opaque, d'un blanc nacré, lequel ayant été saisi à trois reprises différentes par une pince fine, ne put être ébranlé, malgré des tractions assez fortes en plusieurs sens, et céda enfin à une quatrième tentative dans laquelle notre confrère et M. le docteur Picard, qui avait bien voulu l'assister dans cette circonstance, purent facilement constater les ondulations que subissait l'iris sous l'effort des tractions exercées sur la capsule. Cette capsule opaque, ajoute M. Coursserant, est remarquable par son épaisseur et par sa consistance; elle n'est pas sans offrir quelque intérêt au point de vue pratique, puisqu'elle infirme de la manière la plus évidente l'opinion de certains chirurgiens qui, dans ces derniers temps, ont nié l'existence de la cataracte capsulaire.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté a procédé, dans la séance du jeudi 15 juin, à la désignation des candidats pour la chaire de clinique externe vacante par suite du décès de M. le professeur Roux.

Au premier tour de scrutin, M. Jobert a obtenu 24 voix sur 25 votants.

Pour la deuxième place. — M. Michon a obtenu 19 voix; M. Gosselin, 3; M. Giraldès, 1; M. Richet, 1; M. Huguier, 1.

Pour la troisième place. — *Premier tour*: M. Richet, 11 voix; M. Huguier, 7; M. Gosselin, 6; M. Giraldès, 1.

Deuxième tour: M. Richet, 11 voix; M. Gosselin, 10; M. Huguier, 4.

Troisième tour: M. Richet, 12 voix; M. Gosselin, 12; M. Huguier, 1.

Ballottage: M. Richet, 13 voix; M. Gosselin, 12.

En conséquence, la liste se trouve ainsi présentée :

MM. Jobert,
Michon,
Richet.

— A la liste des candidats à l'Académie des sciences que nous avons donnée dans le dernier numéro, il faut ajouter M. Malgaigne, qui se met aussi sur les rangs.

— *El Heraldo médico* de Madrid rapporte que deux enfants âgés l'un de quatre ans, l'autre de dix ans, se sont empoisonnés en mâchant et en avalant quelques petits fragments de cartes de visite qui avaient été glacées avec une préparation contenant de la céruse. Ces enfants se sont trouvés en péril de mort; mais, grâce aux soins médicaux qui leur ont été donnés à l'instant même, ils ont été sauvés; cependant ils sont encore malades, et il est probable que leur guérison sera lente et pénible. « C'est, dit *El Heraldo médico*, un avis aux pères de famille; car aucun autre empoisonnement déterminé par une semblable cause n'a encore été constaté, du moins en Espagne. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Choléra-Morbus, Guide du médecin-praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie; suivi d'un *Dictionnaire de thérapeutique* appliqué au choléra-morbus, et d'un *Formulaire spécial*; par le docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, etc. — Un vol. in-8° de 384 pages. Prix : 5 fr. — Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 73. — MARDI 20 JUIN 1854. (27e ANNÉE.) N° 73. — MARDI 20 JUIN 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. ABEILLE.

Nouvelle extension donnée à la méthode des injections iodées.

Est-ce par de brillants procédés, par des opérations nouvelles et hardies que depuis une cinquantaine d'années la chirurgie a atteint la perfection d'un art?

Ne doit-on plutôt pas sa supériorité à la conception de nouvelles méthodes générales qui ont érigé cette partie de la science en art conservateur, qui la font s'abstenir dans une foule de cas de ces mutilations à danger sans nombre et si affreuses pour les malades?

Nous nous rangeons hardiment à cette dernière opinion. Il y a aujourd'hui accord à peu près unanime, quoique tacite, pour l'abstention de toute opération dangereuse qui peut être suppléée dans son but final par une méthode de traitement à la fois plus simple et plus sûre. Les hommes avides de renommée par la hardiesse de leurs tentatives en opérations sont excessivement rares de nos jours : on est plus réservé, parce qu'on est plus rigoureux observateur, et, tranchons le mot, on tourne à la conservation, grâce aux bienfaits de certaines méthodes toutes modernes.

Ce résultat, il faut bien le reconnaître, est un des bienfaits signalés de la fusion de la chirurgie et de la médecine, deux branches d'un même art qui ont marché si longtemps isolées l'une de l'autre, comme si, plus que rivales, elles eussent été ennemies déclarées.

Grâce à cette union salutaire, la chirurgie peut intervenir maintenant d'une manière active et fructueuse dans un certain nombre d'affections reléguées dans le domaine de la pathologie interne et forcées par cela même de tourner à une invariabilité radicale.

Nous le répétons, de tels progrès sont le résultat des méthodes, et ces méthodes, conçues souvent par un esprit médical, ont tourné à l'avantage de la chirurgie.

Les injections iodées constituent à l'heure qu'il est une méthode de traitement tellement vaste qu'il en est peu qui lui soient comparables, tant sous le rapport de la diversité des cas auxquels elle s'adapte que sous celui des résultats qu'elle fournit. C'est que cette méthode, si simple en apparence, repose sur des principes solides et vrais, et qu'elle a été enfantée par une théorie édifiée sur les données de l'anatomie pathologique.

Mais l'emploi de la teinture d'iode pour les injections ne constitue pas la méthode elle-même; celle-ci existait avant, et, pour n'avoir pas eu le mérite de sa conception, M. le professeur Velpeau n'en aura pas moins tout l'honneur, puisqu'il a substitué aux agents employés jusque-là, et qui la rendaient dangereuse et inapplicable, la teinture d'iode, dont l'innocuité et l'effet à peu près certain lui ont fait prendre une immense extension. C'est un Anglais, homonyme du célèbre Cooper, qui le premier eut l'idée d'obtenir au moyen d'injections viritantes l'oblitération de certaines cavités normales, dont les sécrétions viciées tendent à les maintenir dans un état d'ampliation pathologique. Voilà l'idée brute.

Nous n'essayerons pas de raconter, ce qui a été fait déjà plus d'une fois, toutes les innovations qui furent apportées successivement à cette idée si simple.

Le moment de l'inauguration de la méthode date vraiment de celui où le célèbre professeur de la Charité substitua dans le traitement de l'hydrocèle les injections iodées aux autres injections. Depuis lors, le professeur a étendu sa méthode à bien d'autres affections, et quelques-uns des médecins qui l'ont suivi dans cette voie n'ont cessé de lui donner une extension toujours croissante et toujours justifiée par les succès nombreux.

L'hydrocèle, l'hydarthrose, l'ascite, le pyothorax, le spina-bifida, les abcès froids proprement dits, les abcès par congestion, quelques abcès chauds, une foule de kystes, les fistules anales incomplètes, quelques tumeurs blanches, quelques hernies compliquées d'hydrocèle, telles sont sommairement les affections variées auxquelles la méthode s'est attaquée.

Nous avons pour notre compte étendu le bénéfice des injections iodées à certaines maladies dans lesquelles on ne les avait point tentées avant nous; le traitement des abcès par congestion nous est redevable sous ce rapport, et l'on sait que ce n'est que contre la poche purulente que nous prétendons agir avec elles, tandis que par un traitement général et local nous combattons activement l'altération osseuse.

Aujourd'hui, nous avons fait une nouvelle application de la méthode; le résultat est on ne peut plus heureux. Rappelons toutefois, avant de citer le fait, sur quels principes celle-ci s'appuie.

La teinture d'iode mise en contact avec certaines membranes, les séreuses, entre autres, suscite une inflammation qui se borne généralement à l'exsudation plastique et ne va pas jusqu'à la pyogénie.

C'est au moyen de cette exsudation qu'on obtient l'oblitération momentanée ou définitive des cavités par l'accollement des surfaces membraneuses entre elles.

Pourtant, si là se bornaient les propriétés du liquide iodique, la méthode n'aurait qu'une application restreinte et parfois inefficace; mais, d'après les données mêmes de l'anatomie pathologique, si l'iode détermine une inflammation exsudative, il a aussi la propriété de modifier la nature des tissus morbides, comme leur sécrétion, qu'il peut ramener à des proportions physiologiques.

Ajoutons que la facile absorption de cette substance est cause qu'elle n'agit point à l'instar de bien d'autres, qui, après avoir déterminé un effet propre, suscitent des accidents comme corps étrangers par leur séjour trop prolongé.

Deux vieilles hydarthroses, traitées et guéries par nous au moyen de ces injections, nous avaient prouvé que la guérison peut s'obtenir sans exsudation plastique, et quelques cas d'hydrocèle traités par la même méthode et vérifiés *post mortem* par M. Hutin ont confirmé cette opinion.

C'est alors, en modifiant la surface morbide et en ramenant la sécrétion à son état physiologique, que la teinture d'iode procure la guérison. Partant de ce principe, on voit à combien de nouvelles séries d'affections cette méthode devient applicable.

C'est ainsi que M. Delioux, médecin en chef d'un des hôpitaux de la marine, l'a employée avec quelque succès contre la dyssenterie; c'est ainsi que nous-même avons mis la médication iodée locale au service de deux kératites granuleuses rebelles que nous avons guéries; mais nous réservons leur histoire pour un autre moment, nous contentant de relater aujourd'hui le fait remarquable qui donne à la méthode des injections iodées une extension nouvelle.

OBS. — *Vaste tumeur sanguine résultant de violence extérieure. — Résultats négatifs par divers modes de traitement usuels. — Guérison radicale par deux injections iodées.*

Un nommé Serres, habitant au n° 23 de la rue de la Pépinière, homme de quarante-huit à cinquante ans, d'une constitution berculéenne, conducteur de voitures de déménagement et jouissant d'une santé parfaite, revenait de Rouen le 3 septembre dernier, conduisant sa voiture à trois chevaux lourdement chargée.

Cet homme, harassé de fatigue, sommeillait sur le brancard de la voiture tandis qu'elle cheminait lentement.

A un certain moment Serres perd l'équilibre, tombe, cherche à se dégager des roues qui allaient lui passer sur le corps et ne peut se retirer à temps.

Les deux roues du chariot passent successivement sur la partie antérieure externe du tiers supérieur de la cuisse gauche en froissant les bourses, tandis que la jambe droite reçoit une violente contusion d'un panier suspendu à l'essieu.

Relevé par des passants, le voiturier est transporté dans la maison la plus voisine; on appelle un médecin habitant à deux lieues de là. A son arrivée, celui-ci constate l'absence de fracture, ne voit qu'une énorme tuméfaction; il fait couvrir le membre de sangsues, et prescrit des applications résolutives pour les jours suivants.

Le 12, Serres se fait transporter à Paris pour se faire soigner dans sa famille; nous sommes appelé.

Ce malade éprouve encore des souffrances qui ne lui laissent pas de repos. La cuisse gauche présente dans sa moitié supérieure deux fois le volume de l'autre; la peau qui la recouvre offre une teinte noirâtre, ecchymotique, qui s'étend à toute la région fessière et aux bourses. Toutefois les articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale sont intactes. Sur la partie moyenne (face externe) de la jambe droite existe une tuméfaction peu étendue, à teinte ecchymotique.

En palpant la moitié supérieure de la cuisse gauche, on sent une tumeur très vaste, fluctuante, qui en occupe toute la face antérieure externe jusqu'au grand trochanter. La fluctuation paraît sous-aponévrotique, et quand le malade élève ou abaisse son membre, il dit sentir un mouvement de liquide.

Pendant trois jours nous établissons une compression méthodique, et l'appareil est arrosé continuellement avec la décoction de quinquina, à laquelle nous avons fait ajouter 5 pour 100 d'alcool camphré et d'extrait de saturne.

Ce traitement donne pour résultat la dissipation des douleurs principales et la diminution de la teinte ecchymotique cutanée, qui est passée au jaune safran; la tumeur n'a subi aucune diminution.

Le 16, ponction avec un trocart à hydrocèle; issue de 800 à 1,000

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres d'Oribase. Texte grec, traduit pour la première fois en français, par MM. BUSSEMAKER et DAREMBERG; tome 2e (1).

La scammonée, l'*elaterium*, la coloquinte et l'ellébore noir étaient les évacuants généralement usités; mais il y en avait encore une foule d'autres dont la liste remplit presque entièrement les quarante dernières pages de ce septième livre; la plupart sont inusités aujourd'hui et ne méritent pas d'être rappelés à l'attention des praticiens. Aucun ne pouvait être comparé à l'ellébore, qui était une véritable panacée; selon Rufus, il convient contre la folie, la mélancolie, la podagre, la rage, l'épilepsie, la paralysie, la stupeur de l'intelligence, l'alphus, la lèpre, et toutes les autres maladies de la peau qui produisent des efflorescences et la chute des cheveux ou des poils de la barbe.

La *cure par l'ellébore* occupait une place si large dans la thérapeutique des anciens que le tiers au moins du huitième livre est consacré à l'exposition de ses règles. Ces règles nous étonnent fort aujourd'hui, et avec juste raison, quand on trouve des préceptes comme ceux-ci : « On restaurera le corps pendant quatre ou cinq jours, puis on ménagera, aux approches de la nouvelle lune, un vomissement à la » suite du dîner, et un autre après un intervalle de cinq jours; on » restaurera de nouveau le corps pendant la croissance de la lune, » puis, après avoir relâché le ventre, on fera suivre, à côté du dernier quartier de la lune, deux ou trois vomissements après dîner, » chacun à trois jours de distance..... » On voit dans Antillus que des accidents très sérieux survenaient souvent à la suite de ces étranges médications : parmi ces accidents, il en est qui peuvent se rattacher à une simple superpurgation; mais il en est d'autres qui paraissent être le résultat d'un véritable empoisonnement se terminant par la mort avec crampes, hoquet, refroidissement, perte de la voix et de la sensibilité. L'ellébore pris en boisson, dit Muésithée, entraîne de grands dangers; celui qui désespère d'être guéri par un traitement exempt de péril doit seul se soumettre à de pareilles cures.

Les *masticatoires* trouvaient leur place quand, après avoir employé les autres remèdes qui déplacent les humeurs, les matières étaient devenues stationnaires et avaient surtout besoin de remèdes locaux. Les humeurs contenues dans la tête étaient évacuées par la voie des crachats, dont l'expectoration était provoquée par du mastic mêlé avec du poivre, de la pariétaire d'Espagne, de la staphysaigne, etc. En spécialisant l'action des médicaments, on avait les *errhins*, les *lacrymatoires*, les *hémagogues*, les *sudorifiques*, employés surtout contre les fièvres compliquées de marasme, contre les prurits, dans l'atrophie, dans l'anasarque. Parmi les *diurétiques*, les uns se prenaient en boisson, d'autres étaient appliqués sur le gland ou étaient introduits par le canal de l'urètre, tels qu'une dissolution de soude brute, de l'eau salée, de la bile, du pain de cochon ou une punaise!

On rencontre dans le VIIIe livre une indication plutôt qu'une exposition des idées de Galien sur la dérivation et sur la révulsion. « *Conduire*, c'est frayer une voie à travers les conduits; *dériver*, c'est détourner des conduits dans une direction latérale; *révulser*, c'est empêcher les humeurs qui affluent violemment de tomber subitement sur quelques parties. » Les traducteurs ont, au surplus, suppléé à ce laconisme par une savante dissertation qu'on lira avec le plus vif intérêt à la fin du volume.

Les injections intestinales, vaginales et urétrales étaient fréquemment prescrites; elles variaient dans leur composition suivant la nature présumée des accidents. Dans la dyssenterie, les substances astringentes, et même les escarrotiques, entraient dans les formules multipliées que nous transmet Lycus, qui avait très bien observé un fait qui frappe beaucoup le praticien dans les pays chauds; savoir, l'absence de fièvre et de phénomènes réactionnels inflammatoires dans un grand nombre de dyssenteries qui n'enlèvent pas moins les malades d'une manière rapide, et pour ainsi dire fatale.

Le neuvième livre renferme quelques considérations sur l'air et sur les localités; sur la direction des vents, sur leur influence dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Mais toutes ces observations, quoique justes en général, ont peu de portée, et sont bien inférieures aux idées larges et fécondes émises par Hippocrate sur ces mêmes matières. A peine doit-on mentionner la comparaison d'un mois ou d'un jour avec les quatre saisons de l'année qui était si familière aux anciens, et qu'Antyllus reproduit ici. Après quelques préceptes sur le choix des

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

grammes de liquide hématique, qu'on pourrait prendre pour du sang veineux tout pur si le sérum ne prédominait en abondance.

Au bout de vingt-quatre heures ce liquide ne s'était point coagulé, il s'était séparé en deux parties : le sérum qui occupait la partie supérieure et des globules rouges qui s'étaient précipités au fond.

Une fois la tumeur vidée, on peut sentir à la pression des inégalités sous-aponévrotiques, indices de rupture des faisceaux musculaires du crural antérieur coupé obliquement. Le malade ne peut soulever la cuisse sur le bassin sans le secours de ses deux mains, et éprouve de vives douleurs quand il cherche à contracter ce muscle. Après la ponction, compression méthodique et irrigations résolutives continues.

Cinq jours après, le 21, la tumeur s'est reproduite. Nouvelle ponction donnant issue à 900 grammes de liquide de même nature que la précédente fois ; nouvelle ponction, nouvelle compression avec irrigations résolutives.

Le 25, la tumeur est de nouveau pleine ; cette fois nous nous décidons à pratiquer une injection iodée après l'évacuation du liquide.

Cette nouvelle ponction donne encore issue à plus de 800 grammes de liquide de même nature. Injection de 200 grammes de solution de teinture d'iode au 6e avec addition de 2 grammes d'iodure de potassium. Après malaxation de la tumeur pendant dix minutes, les trois quarts du liquide injecté sont extraits ; bandage roulé simple. Pendant vingt-quatre heures douleur vive avec fièvre, puis calme complet.

Le 3 octobre, la tumeur est réduite de plus de deux tiers ; le liquide occupe la partie centrale (face antérieure) ; on sent à la périphérie une résistance insolite, comme une induration cicatricielle. — Ponction directe avec le bistouri ; issue de 180 grammes environ de sérum coloré par la teinture d'iode laissée à demeure, filant comme du blanc d'œuf et fortement coagulable. Nouvelle injection de 100 grammes de solution de teinture d'iode au quart, 20 grammes environ sont laissés à demeure ; bandage roulé. Cette fois, douleurs modérées de deux heures de durée ; absence de fièvre.

Le 7, on sent encore un peu de fluctuation à la face antérieure, dans l'étendue de deux pouces environ.

Le 14, la cuisse a sa forme et son volume ordinaires ; il n'y a plus aucun point fluctuant, et on perçoit à la pression une légère induration, comme celle que donnerait la présence de couches plastiques garnissant la cavité occupée autrefois par le liquide.

Le malade s'est levé depuis deux jours et commence à marcher.

Le 20, il fait sa première sortie dans Paris, et à dater de ce moment il n'a cessé de se promener. La jambe droite contusionnée lui laisse seule encore quelques douleurs dans la progression. Depuis lors, nous avons revu maintes fois ce malade, et la cure a été radicale.

Il s'agit ici d'une tumeur sanguine située sous l'aponévrose crurale, et résultant de la dilacération de couches musculaires par un corps contondant agissant avec violence ; le liquide était fourni sans doute par plusieurs petits vaisseaux veineux béants au milieu des couches musculaires déchirées.

Quel est le résultat ordinaire des moyens chirurgicaux mis en œuvre dans cette circonstance ?

La ponction pure et simple ne tarit point la collection, surtout quand il y a des vaisseux ouverts qui échappent à la compression, situés qu'ils sont dans la profondeur des couches musculaires déchirées. Nous avons vu qu'elle avait échoué deux fois dans notre cas.

La compression ne saurait donner d'effets avantageux, puisqu'elle ne peut atteindre les vaisseaux béants, et le liquide qui suinte constamment empêchant l'agglutination des tissus dilacérés. Notre observation est une preuve matérielle de son insuccès.

Une vaste incision susciterait évidemment une inflammation suppurative dont on ne peut prévoir la portée et calculer les chances dans un cas de cette nature. Ce n'est sans doute pas impunément qu'on laisserait un libre accès à l'air atmosphérique dans une semblable cavité.

L'expérience nous a démontré, à nous comme à bien d'autres chirurgiens, qu'il est des collectio s sanguines qui ne se coagulent jamais et ne semblent pas susceptibles de résorption. Cette tendance était des plus évidentes dans notre cas. Que faire alors ? Il faut de toute nécessité évacuer le liquide et provoquer l'oblitération de la poche. Les moyens diffèrent pour remplir ce dernier but.

Nous croyons avoir fait entrevoir tous les inconvénients d'une vaste incision. L'introduction des bourdonnets de charpie pour obtenir une inflammation suppurative ne ferait qu'ajouter aux mauvaises chances de l'incision ; on le comprend aisément. Si l'on veut bien se rappeler le genre de lésion auquel nous avons eu affaire ; si l'on considère que les téguments étaient fortement contusionnés, l'aponévrose sous-jacente endommagée et les couches musculaires dilacérées, on jugera du service que les injections d'iode ont rendu dans cette occasion, surtout lorsque les autres procédés rationnels étaient restés sans effet favorable. Les injections d'iode ont fait tarir la source du suintement sanguin ; elles ont procuré ensuite l'oblitération de cette vaste poche en très peu de temps, sans donner lieu au moindre accident.

Nous espérons qu'un tel cas ne sera pas sans utilité pour la science, et que les praticiens ne balanceront pas à recourir aux injections iodées dans des circonstances analogues. C'est une extension nouvelle donnée à la méthode.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

De l'eczéma (1).

Les variétés de l'eczéma se partagent en deux groupes bien tranchés. Les unes sont relatives à l'*aspect* que présente l'éruption, les autres au *siége* qu'elle affecte.

I. VARIÉTÉS SUIVANT L'ASPECT. — Ce sont les suivantes :

1° L'*eczema simplex* ; 2° l'*eczema rubrum* ; 3° l'*eczéma fendillé* ; 4° l'*impétigo* et l'*eczema impétiginodes* ; 5° l'*eczema figuratum* ; 6° l'*eczema sparsum* ; 7° l'*eczema nummulare*.

1° *Eczema simplex*. — Voici comment les auteurs le décrivent : c'est, disent-ils, une affection aiguë de la peau caractérisée par de la rougeur avec gonflement de la peau, et par l'éruption de petites vésicules réunies ou séparées. Ces vésicules, en général, ne se rompent pas ; le liquide qu'elles contiennent se résorbe ; elles s'affaissent ; une petite squame se forme sur la place qu'elles occupaient ; la rougeur ne tarde pas à disparaître, et la maladie est guérie dans l'espace de huit ou quinze jours.

Si nous comparons cette description avec celle que nous avons donnée de l'eczéma en général, et surtout si nous la comparons avec les caractères que nous avons assignés aux affections dartreuses, si nous ajoutons que l'*eczema simplex* se développe habituellement sous l'influence de causes irritantes extérieures, sous l'action du soleil, par exemple, on comprendra pourquoi nous regardons cette maladie comme ne devant pas être admise ici à titre d'eczéma, pourquoi nous lui restituons sa véritable place en la considérant comme une variété de l'érythème.

2° *Eczema rubrum*. — Suivant nous, cette expression n'est pas exacte ; et d'ailleurs, les auteurs de dermatologie ne sont pas tout à fait d'accord sur l'affection que l'on doit désigner ainsi ; car plusieurs en font un eczéma à marche aiguë, ce qui n'est pas exact.

Voici ce que nous avons à vous dire de l'*eczema rubrum* : ce sont d'abord des démangeaisons assez vives qui se font sentir dans différentes parties, mais surtout à la face interne des membres, autour des articulations. Bientôt des plaques rouges se manifestent, et sur ces plaques de petites vésicules, rarement agglomérées, le plus souvent isolées les unes des autres. En même temps il y a du malaise, de l'inappétence, de la fièvre. Des vésicules, les unes s'affaissent par résorption du liquide et sont remplacées par une petite squame mince ; d'autres passent à l'état pustuleux ; d'autres enfin se rompent, et le liquide qu'elles renfermaient se concrète sous forme de croûtes. Ceci a lieu surtout au visage. Ces éruptions sont accompagnées de démangeaisons atroces, surtout pendant la nuit. Au bout de quelques jours la rougeur diminue, puis disparaît ; une desquamation furfuracée la remplace. L'état fébrile du début, l'acuité de la marche, l'étendue presque générale de la détermination cutanée rapprochent, comme on le voit, cet eczéma des fièvres éruptives. Mais si l'on songe que l'*eczema rubrum* récidive avec une grande facilité tous les mois, tous les ans, etc., qu'il tend à s'établir ainsi comme disposition générale de l'économie, on verra qu'il se rapproche beaucoup des dartres.

L'*eczéma rubrum* se montre plus particulièrement au printemps ; il affecte spécialement les jeunes sujets et ceux qui sont livrés à des professions qui les exposent à l'action de la chaleur : les fondeurs, les forgerons, les boulangers. Son invasion est souvent précédée d'un écart de régime, ce qui doit engager le médecin à insister sur les précautions hygiéniques et sur un régime sévère pour prévenir les récidives.

3° *Eczéma fendillé*. — La maladie ne se montre pas ici comme dans les formes habituelles de l'eczéma. On ne voit pas de vésicules au début ; l'épiderme se sèche, se fendille et se creuse d'une multitude de petites fissures longues et étroites qui se coupent en circonscrivant des espaces losangiques. Le fond en est rouge, et il s'en écoule un liquide séreux pareil à celui que sécrètent les ulcérations succédant aux vésicules dans les autres variétés de l'eczéma. Quelquefois des vésicules se forment consécutivement à ces fissures ou autour d'elles, ou bien elles précèdent l'apparition de nouvelles crevasses. Cette forme, dont les exemples ne sont pas rares, vous fait toucher du doigt les vices de la classification anatomique, puisque les vésicules ne s'observent ici que d'une manière tout à fait exceptionnelle. Nous demanderons aussi quel rôle jouent dans ces cas les orifices des conduits sudorifères ? N'est-il pas plus simple et plus logique, encore ici, d'admettre comme siége anatomique de la maladie le corps muqueux, dont la sécrétion vicieuse de l'épiderme ne nous permet pas de méconnaître l'altération.

L'eczéma fendillé est à marche essentiellement chronique ; il dure ordinairement plusieurs mois. Vers la fin, les fentes deviennent de moins en moins profondes ; l'épiderme reprend peu à peu son aspect lisse et poli ; la rougeur disparaît, et la guérison est enfin obtenue. Cette variété s'observe particulièrement aux membres, aux aisselles, là où il y a des plis naturels, comme aux pourtours des orifices naturels, et plus particulièrement à la marge de l'anus, où elle cause des démangeaisons atroces et des douleurs assez vives au moment des garde-robes.

4° *Impétigo* et *eczéma impetiginodes*. — La plupart des auteurs, et notamment les anatomo-pathologistes, ont décrit l'impétigo comme une espèce à part ; et, mieux que cela, en raison de l'existence de l'*élément pustuleux* qui se montre dans cette maladie, ils l'ont placé dans une autre classe, celle des pustules. Je crois que cette distinction est contraire à la nature, et que l'eczéma et l'impétigo sont deux formes différentes de la même maladie. Et en effet, elles ont la resemblance la plus frappante l'une avec l'autre à une certaine période de leur évolution morbide. Lorsque les croûtes sont tombées, les surfaces malades présentent dans l'un et l'autre cas le même aspect, à tel point que le diagnostic en serait alors impossible. Les causes sont les mêmes, le traitement est le même également. Enfin il est impossible d'assigner la limite qui sépare ces deux maladies, de dire là où l'une commence et où l'autre finit. Cela est tellement vrai, que les sectateurs de l'école de Willan ont été obligés, pour marquer la transition, d'établir une forme intermédiaire, à laquelle ils ont donné le nom d'*eczéma impétiginodes*, parce qu'ils trouvaient là réunis les deux *éléments* qui caractérisent pour eux ces deux affections : la vésicule et la pustule.

L'impétigo débute par de petites pustules (psydraciées) agglomérées dans des espaces plus ou moins étendus ; leur durée est éphémère ; elles ne tardent pas à se rompre, et une petite ulcération arrondie leur succède ; il s'en écoule un liquide plus épais, plus élaboré, plus plastique que celui de l'eczéma ordinaire. Ce liquide se concrète en croûtes épaisses, mamelonnées, semblables à de petites masses de miel, d'où le nom de *mélitagre* (*melitagra flavescens*) donné par Alibert à cette maladie. Quand ces croûtes viennent à tomber par l'action des bains ou des cataplasmes, on voit des surfaces rouges ponctuées et semées de petites ulcérations arrondies exactement semblables à celles que nous avons décrites plus haut dans notre tableau des caractères généraux de l'eczéma. La marche ultérieure est tout à fait semblable aussi : la sécrétion diminue ; aux croûtes succèdent des squames de plus en plus minces, qui deviennent blanchâtres, et enfin furfuracées ; ces furfures cessent eux-mêmes de se produire, et les surfaces rouges qu'ils recou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 juin.

---

chambres et des lits, sur les émanations salubres ou malsaines des plantes, on se heurte, sans transition aucune, à une foule de recettes et de détails sur les médicaments externes, les fomentations, les cataplasmes, les ventouses, les affusions et les embrocations. Au milieu de cet amalgame se dessine un aphorisme si carrément exprimé, qu'il a dû, aussi lui, être le drapeau d'une secte. Le voici : « *Il faut toujours » se rappeler que les contraires sont guéris par les contraires.* »

La médication topique forme également le sujet du livre xe, ainsi que l'histoire médicale des bains. On y trouve sans contredit les éléments d'hydropathie que la science moderne a su si grandement et si rationnellement féconder. « Quand le bain a été bien administré, » dit Galien, on transpire après l'usage de l'eau froide, et, de plus, on » est toujours délivré des matières excrémentitielles... Après le bain, » quelques-uns enroulent le malade : les uns dans des linges, les au- » tres dans des vêtements de laine, surtout dans de la laine qui n'est » pas foulée, et ils l'en recouvrent de tous côtés, de façon à produire » des sueurs abondantes. » L'action tonique des bains froids avait été parfaitement observée, non moins que l'action énervante des bains chauds prolongés et fréquemment répétés. On avait appris à tirer parti, tout comme nous, de l'emploi des eaux minérales ; on en avait reconnu la nature diverse, et l'on avait dû les classer, pour les approprier aux différentes maladies. « Il y en a de plusieurs espèces, » écrit Antyllus, suivant les propriétés du sol qu'elles traversent. » Ainsi, elles sont ou alcalines, ou salines, ou alumineuses, ou bitu- » mineuses, ou vitrioliques, ou ferrugineuses ; d'autres enfin sont com- » posées de ces diverses propriétés. » Il est rare que nous prescrivions les *bains de sable* ; les anciens les employaient au contraire très fréquemment, et je crois sans peine, d'après ce que j'ai vu dans quelques cas, qu'ils étaient invités à le faire par un grand nombre de succès.

Les quatorzième et quinzième livres traitent des médicaments simples, de leurs *propriétés générales*. La saveur, l'odeur, la couleur des substances doivent éclairer *à priori* sur leurs qualités. Ainsi tous les corps odoriférants sont nécessairement chauds. Ainsi, en général, dans chaque genre, les espèces d'un jaune pâle, ou d'un jaune foncé, ou rouge, sont plus chaudes que les blanches. La division capitale est celle en médicaments qui échauffent, qui refroidissent, qui humectent, qui dessèchent.

Le quinzième livre est un véritable dictionnaire des drogues simples rangées par ordre alphabétique et en si grand nombre que notre matière médicale n'en renferme peut-être pas le quart ; si l'on veut avoir une idée de la manière dont le sujet est exposé et la comparer à ce que nous faisons aujourd'hui, je transcris ce que Galien dit du *chiendent* : « La racine de chiendent est sèche et froide ; l'herbe elle-même, » au contraire, ne refroidit pas très fortement, mais elle tient le milieu » entre l'humidité et la sécheresse. Les vertus irritantes et subtiles de » la racine sont peu prononcées ; malgré cela, il n'est pas rare de la » voir quelquefois briser les calculs.... » Il y a longtemps que l'on ne croit plus à cette prétendue propriété lithontriptique du chiendent ; mais ce que Galien dit de la buglosse ne semble-t-il pas avoir été écrit par un médecin du siècle dernier : « Celle qu'on nomme orca- » nette a une racine à la fois astringente et amère qui est capable de » condenser les parties, d'atténuer modérément les humeurs bilieuses » et salées, et de les enlever par la détersion et le lavage.... »

Nous n'avons dans le volume que nous venons d'examiner que quelques lignes du seizième livre qui traite des *médicaments composés*. Le suivant nous les fera sans doute connaître avec tous les détails que comporte leur histoire. Nous y trouverons probablement quelques-unes de ces formules que l'expérience a transmises de siècle en siècle ; mais je ne pense pas que nous y puisions de grandes données thérapeutiques, comme celles, par exemple, que nous avons lues avec intérêt à l'occasion de la saignée. Ce que nous venons de voir semble nous l'annoncer. Néanmoins il est très important de revenir souvent sur ces temps anciens, d'assister par la pensée à ces efforts, à ces tentatives d'une époque si reculée, et de suivre dans toutes ses phases le développement des sciences médicales dans ce qu'elles ont encore aujourd'hui de moins satisfaisant : car, si nous avons le droit d'être énorgueillis de la puissance actuelle du diagnostic, nous sommes loin d'avoir porté à la même hauteur nos moyens de guérison ; et, en voyant notre faiblesse, nous apprenons à être réservés dans nos jugements et dans nos appréciations. En mesurant les difficultés de l'œuvre, nous pouvons blâmer ce qu'il y a eu de trop prématuré dans ces tendances à systématiser ; mais nous devons nous incliner devant ces hommes qui avaient deviné la science et ont été assez inspirés pour en poser les principes.

MAILLOT,
Inspecteur du service de santé des armées.

vraient passent à la teinte violacée, qui finit par s'effacer elle-même. La peau a repris alors son aspect normal; la dartre est guérie sans cicatrice aucune, comme nous l'avons déjà mentionné. Ainsi que nous le disions tout à l'heure, il est très commun de voir des vésicules mêlées avec les pustules (*eczema impetiginodes* de l'école anglaise); mais il n'y a pas lieu d'en tracer une description à part. Ainsi, je le répète, pour moi l'impétigo n'est qu'une variété de l'eczéma; seulement l'inflammation semble s'être élevée à un degré plus considérable.

5° *Eczema figuratum.* — Ici l'éruption est en plaques arrondies ou ovalaires, le plus ordinairement symétriques, affectant au visage les deux joues, ou les parties correspondantes des membres, et plus particulièrement les membres inférieurs.

6° *Eczema* (ou *impetigo*) *sparsum.* — Ainsi que le nom l'indique, les plaques sont *éparpillées* sur toute la surface du corps.

7° *Eczema nummulare.* — M. Devergie appelle ainsi une forme de l'eczéma dans laquelle les plaques sont assez régulièrement arrondies, et de la grandeur d'une pièce de 1 franc à celle d'une pièce de 5 francs.

EMPOISONNEMENT

par l'introduction de cartes de visite dans la bouche.

A l'occasion du fait que nous avons emprunté au journal *El Heraldo médico* et que nous avons rapporté dans notre dernier numéro, nous rappellerons que notre honorable collègue M. le docteur Caffe a consigné dans le numéro du 30 mai du *Journal des Connaissances médicales* un fait analogue qu'il a observé, en e rapprochant de deux cas publiés en avril 1854 dans un journal allemand.

« Au mois d'août 1853, je fus appelé à l'hôtel des Princes, chez M. Riek, négociant mexicain, d'origine allemande, dont l'enfant à la mamelle éprouvait tous les accidents de l'empoisonnement par un sel de cuivre; je le trouvai ayant dans les mains et à la bouche des cartes colorées en vert, la nourrice se gardait de les lui enlever pour ne pas le contrarier. Je provoquai des vomissements faciles à cet âge, et je constatai dans les matières vomies la cause matérielle des accidents. L'enfant fut rapidement soulagé et guéri, et dès le troisième jour sa santé ne fut plus un obstacle à la continuation du voyage de cette famille.

» Je rappelle ce fait, qui m'est particulier, à l'occasion de la lecture d'une observation publiée dans un journal médical allemand en avril 1854. Cette observation est due à M. le docteur Eichmann.

» Deux enfants, âgés l'un de quatre et l'autre de six ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, parurent souffrants vers le mois d'août; les accidents faisaient soupçonner une affection chronique de l'abdomen. Le docteur Eichmann et deux autres médecins appelés successivement ne reconnurent pas la nature du mal; pendant ce temps les accidents allèrent graduellement en croissant, et vers la fin de septembre les petits malades présentaient les symptômes suivants: un affaiblissement complet des forces, une pâleur marquée de la face, de l'anorexie, des vomissements, un état saburral des voies digestives, de la douleur de ventre, une rétraction des parois abdominales, du tremblement des membres supérieurs, etc. C'est alors que M. Eichmann s'aperçut que les petits malades, en jouant depuis plusieurs mois avec des cartes de visite glacées au moyen d'une préparation contenant de la céruse, avaient eu la malheureuse idée d'introduire dans la bouche des fragments de ces cartes. Au moyen du traitement habituel de la colique de plomb, le docteur Eichmann parvint à faire disparaître assez rapidement ces accidents; mais ce ne fut qu'au bout de quelque temps que les petits malades eurent recouvré leurs forces. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 24 mai 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

De l'anesthésie dans les accouchements simples.

M. Forget, en raison de l'importance du sujet en litige, voudrait que la discussion ne se terminât pas avant que les conclusions du rapport, surtout celle qui déclare bonne en principe l'inhalation du chloroforme dans les accouchements naturels, fussent l'objet d'une modification qui lui paraît impérieusement réclamée en saine pratique.

Déjà, dit-il, la Société de chirurgie, dans une discussion récente, s'est prononcée sur le danger inhérent à l'inhalation du chloroforme. Or, si l'action de cette substance anesthésique est, de l'aveu de tous, toujours redoutable quand on l'administre à un individu isolé, ne relevant que de lui-même et n'ayant aucun intérêt commun de conservation, que sera-ce lorsqu'il s'agira d'en faire l'application à la femme au moment où elle accouche?

Quand la parturition s'opère, en effet, à côté de l'individualité maternelle se placent d'autres intérêts connexes que le médecin ne doit pas méconnaître, et auxquels il ne peut rester indifférent à ce point qu'il n'en tienne pas compte lors de la détermination qu'il prendra relativement à l'emploi des anesthésiques. Ce sont ceux qui concernent d'abord l'enfant, dont non-seulement l'existence, mais encore la santé, ne doit jamais être compromise sans une raison de force majeure; puis la famille, qui attend de l'acte qui s'accomplit son accroissement, et souvent sa conservation. Enfin, ces intérêts sont aussi ceux de la société, qui, pour se maintenir et se développer, exige que l'œuvre de reproduction soit entourée de toutes les conditions de sécurité possibles.

Or je demande si l'expérience a suffisamment prouvé que l'inhalation du chloroforme, même dans la limite d'atténuation des douleurs où on voudrait l'enfermer, ne peut, à un moment donné, compromettre ces intérêts divers en mettant en péril l'existence de la femme à laquelle les uns et les autres se rattachent si intimement. Envisageant la question à ce point de vue, M. le rapporteur eût-il formulé sa première conclusion et posé en principe que l'usage du chloroforme doit être conservé pour l'*accouchement naturel?*

Pour se fonder, une telle opinion exige de la part de son auteur la démonstration de l'innocuité absolue de l'agent anesthésique, et de plus, le critérium d'une épreuve personnelle, qui consisterait à se demander si dans l'accouchement de sa femme ou de sa fille se faisant naturellement on ferait usage du chloroforme. Or, je ne doute pas qu'à une question ainsi posée, chacun de vous, messieurs, n'ait déjà répondu par la négative.

Aussi je n'hésite pas à regarder comme outrée la conclusion dont il s'agit; et si jamais elle était appelée à faire loi dans la pratique obstétricale, elle constituerait un danger réel. Je voudrais, en conséquence, qu'avant que le travail de notre collègue fût publié dans les actes officiels de la Société, cette conclusion subît une modification radicale. Le travail d'ailleurs gagnerait en autorité auprès de ceux qui le consulteront, si, avec la plupart des chirurgiens accoucheurs de notre pays, M. Laborie conseillait de réserver l'anesthésie pour les cas où l'accouchement, cessant d'être un acte physiologique simple, naturel, se complique d'incidents assez graves pour le transformer en un fait pathologique de nature à en compromettre l'issue ou à nécessiter l'intervention d'une manœuvre chirurgicale.

Cette modification, que je désirerais voir introduire dans les conclusions du rapport, me semble d'ailleurs s'accorder avec l'esprit de prudence et de sage réserve qui a présidé au discours de notre savant collègue M. Danyau; aussi ai-je été surpris de l'entendre dire qu'il se rapprochait beaucoup de l'opinion de M. Laborie. Je crois, pour ma part, qu'il s'en éloigne plus qu'il a bien voulu le faire croire; et en considérant les restrictions qu'il a indiquées à l'usage des anesthésiques, les inconvénients qu'il a signalés à la suite de leur emploi, je ne puis croire qu'il accepte dans sa teneur et avec toute son extension le précepte émis par l'honorable rapporteur.

Il est un point sur lequel, à coup sûr, il y a entre nos deux collègues un désaccord formel, c'est celui qui a trait au mode d'inhalation et aux précautions qu'il convient de prendre pour que celle-ci demeure inoffensive. Contrairement à M. Danyau, qui pense que la chloroformisation ne peut être employée avec sécurité chez une femme en couches qu'autant qu'on est assisté d'aides intelligents en assez grand nombre pour qu'en même temps que le chloroforme est administré le chirurgien puisse, d'une part, surveiller la marche du travail, d'autre part, suivre les effets de l'anesthésie en ne cessant pas d'explorer le pouls de la mère, tout en restant libre de parer à ce qui peut survenir d'extemporané et d'imprévu, M. Laborie prétend, lui, que la chloroformisation n'est point un obstacle à la liberté de l'accoucheur, qu'on peut la pratiquer sans l'appareil que M. Danyau recommande comme exposant moins aux accidents; qu'il suffit d'une compresse que l'on place à une certaine distance du visage de la femme; que celle-ci peut diriger elle-même l'opération; qu'enfin les choses sont si simples qu'il ne lui est pas venu une seule fois à l'esprit qu'un danger fût à craindre, tant, à la distance où se trouve la compresse imprégnée de chloroforme, le mélange d'air aux vapeurs anesthésiques se fait dans une proportion considérable. Enfin M. Laborie ajoute qu'il n'a jamais vu l'anesthésie devenir complète et dépasser le but qu'il voulait atteindre, c'est-à-dire l'atténuation de la douleur, ainsi que cela est arrivé à M. Danyau deux fois sur quinze cas dans lesquels il a fait usage du chloroforme.

En présence de cet exposé de faits si contradictoires, M. Forget se demande à quoi tiennent ces différences dans les résultats obtenus. Serait-ce que, lorsque M. Danyau obtient un effet anesthésique réel, M. Laborie se fait illusion sur les effets de la chloroformisation pratiquée suivant le procédé auquel il donne la préférence? Je ne comprends pas qu'avec l'éponge ou le mouchoir, qui, en raison de l'étendue des surfaces d'évaporation qu'ils représentent, donnent généralement des résultats plus prompts que l'appareil, notre collègue puisse dire qu'on obtient souvent peu de chose; que si peu que l'on produise l'anesthésie, c'est autant de gagné pour la femme. Il y a dans ce langage quelque chose qui ne s'explique pas. L'effet de la chloroformisation obtenu par notre collègue est tout à fait insolite quand on fait usage du mode d'administration qu'il conseille: aussi j'avoue que je ne me rends pas compte de sa manière de faire, et je doute qu'elle puisse avoir des imitateurs, si les règles qui la dirigent ne sont pas formulées avec plus de précision.

En terminant, ajoute M. Forget, je rappellerai que l'objection capitale à l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel est venue de M. Danyau lui-même: c'est la possibilité d'aller plus loin qu'on ne voudrait, c'est-à-dire d'abolir complétement la sensibilité, lorsqu'on cherche simplement à l'atténuer. C'est presque toujours de la sorte que les cas de mort se sont produits; c'est au début de l'inhalation que le chirurgien a été surpris par l'action subite et excessive de l'agent anesthésique qui, contrairement à ce qui a lieu pour l'éther, peut vous gagner pour ainsi dire la main, au moment où on s'y attend le moins.

Cette considération suffirait à elle seule, à mon sens, pour se montrer plus que réservé dans l'application du chloroforme aux accouchements, et pour le bannir complétement de la pratique obstétricale pour ceux qui s'opèrent naturellement.

M. Voillemier. Je constate d'abord l'unanimité des opinions pour repousser l'anesthésie complète dans la pratique obstétricale. Mais, outre les dangers propres à l'anesthésie, il faut se rappeler que l'on passe par une période de contractions assez fâcheuses dans l'espèce. D'autre part, je pense avec M. Laborie qu'en se servant d'un appareil on ne peut pas toujours bien limiter le degré de l'anesthésie. Quand j'emploie sur moi-même un appareil, je vais souvent trop loin. Je crois donc que dans les accouchements il suffit, par de légères inhalations, de diminuer notablement la douleur, et j'appuie en ce point les conclusions de M. le rapporteur.

M. Laborie maintient ses conclusions, contre les arguments de M. Forget.

M. Danyau termine cette discussion en rappelant que selon lui l'on ne dépasse point avec un appareil le degré d'une anesthésie incomplète.

— A la suite de cette discussion, les conclusions du rapport de M. Laborie sont mises aux voix et adoptées. M. Houzelot est nommé à l'unanimité membre correspondant, et la Société décide l'impression du travail de M. Houzelot et du rapport de M. Laborie dans ses Mémoires.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Demarquay met sous les yeux de la Société un utérus recueilli chez une vieille femme qui est morte à la Maison de santé, à la suite d'une affection chronique des intestins. Cette femme avait un prolapsus utérin. L'utérus sortait de la vulve, et avait entraîné la vessie, en sorte que tout le col utérin, la vessie et les parois vaginales étaient au dehors, pendant entre les cuisses. La muqueuse de ces organes avait subi une transformation cutanée.

Désireux de savoir les rapports que l'utérus avait encore avec les organes du bassin, M. Demarquay examina avec soin les viscères placés dans le petit bassin, et constata, comme l'avait fait M. Huguier, que le corps de l'utérus avait sa position normale, et que le col de cet organe faisait seul hernie à l'extérieur, ce qui tenait à l'élongation considérable de cet organe. L'organe gestateur enlevé avec la vessie, M. Demarquay constata que le col et le corps de la matrice avaient 12 centimètres de longueur.

M. Lenoir rapporte un fait semblable observé par lui et inséré dans le grand *Atlas d'anatomie pathologique* de M. Cruvelhier.

M. Huguier insiste sur l'allongement hypertrophique de l'utérus dans le cas de précipitation de cet organe. Une seule fois M. Huguier crut voir une exception à cette curieuse disposition: l'utérus paraissait abaissé, sans que sa cavité fût notablement agrandie; mais l'on constata l'existence d'une très forte rétroflexion qui ne permettait point à la sonde de mesurer toute l'étendue de la cavité utérine. Devant de tels changements dans la longueur de l'utérus, tous les procédés opératoires contre la chute de cet organe devaient échouer. M. Huguier songea alors à pratiquer, et pratiqua une excision infundibuliforme du col. Il fera connaître plus tard à la Société le manuel opératoire et les résultats de cette excision.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire de la Société: E. Follin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XII[e] ARRONDISSEMENT.

(*Extrait de la séance du 2 mars 1854.*)

Présidence de M. Martin-Magron.

M. le docteur Focillon, trésorier de la Société, donne lecture du compte rendu de sa gestion pendant l'année 1853; il demande ensuite la permission de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les années qui viennent de s'écouler. Après avoir entretenu la Société de considérations qui tiennent à son organisation intérieure, il remercie les membres dont le zèle ne s'est pas démenti pendant les moments de crise qu'elle a eu à traverser; puis il continue ainsi:

...... Et vous surtout, jeunes confrères qui venez partager nos travaux, unissez vos efforts aux nôtres, montrons-nous dignes de nos devanciers, ne laissons pas périr l'héritage qu'ils nous ont transmis, et tâchons de conserver intacte la vieille renommée de notre Société; car, vous le savez comme moi, et pourtant je me plais à le rappeler, nous ne datons pas d'hier. La Société médicale du XII[e] arrondissement, fondée en 1831, une des premières, et probablement même la première de toutes les Sociétés médicales d'arrondissement de Paris, a passé riche de gloire et de science; vingt-trois années se sont écoulées depuis sa fondation; pendant cette longue période de travail et de persévérance, elle a jeté les fondements d'une réputation qui a fait sa force dans l'avenir et a peut-être assuré son salut dans les circonstances difficiles qu'elle a traversées, réputation d'ailleurs qu'elle a conservée jusqu'à ce jour, car aucun de vous n'ignore de quelle considération elle jouit auprès des autres Sociétés médicales d'arrondissement. C'est ce passé, messieurs, qu'il s'agit de conserver et d'ennoblir encore, s'il se peut. Inspirons-nous du souvenir de nos prédécesseurs; en mettant sous vos yeux les noms de quelques-uns d'entre eux, je voudrais tâcher de vous faire sentir le poids de la responsabilité que nous avons assumée et de l'engagement solennel que nous avons pris en nous présentant aux suffrages des membres de la Société médicale du XII[e] arrondissement.

De ces collègues, messieurs, les uns ont disparu, parce que la mort nous les a enlevés; les autres, parce que l'éloignement ou d'autres causes les ont forcés de nous quitter. Parmi les premiers, je vous citerai les docteurs Rousset, Juglav, Guerbois, Jalonne, Itard, Devilliers père, Petit, Hourmann, Colombat (de l'Isère), Leuret, etc.; parmi les autres, nous trouvons les docteurs Descuret, Lebert, Pajot, Ménière, d'Aremberg, Bégin, Bois-Duval, Hombron, Lenoir, Devilliers fils, Marchal (de Calvi), etc. Les convenances m'imposent l'obligation de m'arrêter dans cette énumération que je pourrais continuer en regardant autour de moi; car si j'ai voulu vous faire connaître les richesses que nous avons perdues, je veux aussi que vous sachiez qu'avec du zèle et du travail nous avons parmi nous tout ce qu'il faut pour continuer dignement l'œuvre commencée et pour suivre sans déchoir les nobles exemples que nous ont laissés nos prédécesseurs.

Parmi ceux qui me font l'honneur de m'écouter, messieurs, il en est quelques-uns qui datent de la fondation de notre Société et qui ont coopéré à cette œuvre confraternelle; qu'ils reçoivent par ma faible voix l'expression de la reconnaissance de leurs collègues: ils ont sans doute pris une part active aux travaux qui ont fait la réputation de la Société. Interrogez leurs souvenirs, mieux que moi ils vous diront les douces impressions qu'ont laissées dans leurs esprits les diverses phases d'évolution de cette réunion modeste dans son principe, s'élevant et grandissant par le travail et l'activité; mieux que moi ils vous diront l'animation des séances, l'affluence des étrangers qui s'y pressaient, le zèle et l'exactitude des membres, l'intérêt et l'importance des lectures, des rapports sur les travaux envoyés, des observations écrites ou verbales, des simples notes même que chacun venait apporter, puis les discussions savantes auxquelles donnaient lieu ces différents travaux. D'autres fois c'étaient des communications intéressantes faites par des visiteurs, des chirurgiens militaires qui venaient entre-

tenir la Société d'observations curieuses faites en France ou en Algérie, des chirurgiens de la marine qui rapportaient des climats lointains qu'ils avaient parcourus des notes savantes sur l'hygiène, les maladies épidémiques ou endémiques. Enfin d'illustres étrangers ne dédaignaient pas de venir à vos séances pour développer devant la Société de savantes théories ou des procédés de pratique ingénieux : c'étaient MM. Philipps, Mayor (de Lausanne), etc. ; c'était le docteur Clot-Bey.

..... Mais à propos de ce dernier nom, permettez, avant de finir, que je recueille et que je vous communique quelques-uns des souvenirs d'une de ces intéressantes séances. Le docteur Clot-Bey était membre correspondant de notre Société ; vous connaissez tous, messieurs, les services immenses que notre illustre confrère a rendus à la science et à l'humanité, et l'éclat qu'il a su répandre sur notre noble profession dans un pays que la France avait éclairé naguère d'un rayon de sa gloire et de son génie. Ce jour-là il devait entretenir la Société d'un sujet dont il a fait une étude spéciale, *la peste et la non-contagion de la peste*. C'était, messieurs, dans la salle ordinaire des séances, à l'ancienne mairie du XIIe arrondissement ; vous vous la rappelez, cette salle basse, humide, obscure, étroite, enfumée : c'est le berceau de notre Société ; là se pressait une réunion nombreuse de médecins et de savants attirés par la réputation de l'orateur et l'importance du sujet.

Je ne vous dirai pas que notre confrère est éloquent, assez d'autres nobles qualités ont illustré sa carrière ; je dirai même que son début a quelque chose d'embarrassé, de pénible pour ses auditeurs, qu'il a quelque peine à bien saisir son sujet. Cependant sa parole, d'abord comme enchaînée, s'était dégagée de ses entraves et s'était animée ; son débit était devenu plus facile, sa physionomie s'était illuminée du reflet d'une conviction profonde. Alors les faits nombreux qu'il avait recueillis avec soin, dont il avait été témoin, et dont il pouvait dire avec le poëte :

.... *Quæque ipse miserrimâ vidi,*
Et quorum pars magna fui.......

ces faits, dis-je, s'étaient réunis, groupés avec art, avec intelligence pour former un faisceau, un corps compacte, solide contre lequel auraient pu se heurter vainement tous les arguments des contagionistes; c'est alors qu'il avait pris corps à corps et l'un après l'autre tous ces arguments, qu'il les avait examinés, analysés, discutés, puis attaqués, rompus, brisés et rejetés enfin, pour ne laisser subsister à leur place que le grand fait de la *non-contagion*. Il fallait le voir alors appréciant à leur juste valeur et réduisant à néant toutes ces mesures préventives, ces cordons sanitaires, ces lazarets qui mettent des entraves si préjudiciables et si funestes aux rapports internationaux, et que la sagesse des gouvernements éclairés par les observations de la science tend tous les jours à amoindrir et à faire disparaître! Ne croyez-vous pas comme moi, messieurs, que cette séance était digne d'une grande Académie? et pourtant elle se passait dans cette pauvre salle que vous savez, en présence de la modeste Société médicale du XIIe arrondissement.

Je veux vous laisser sous l'impression de ce souvenir, mes chers collègues, en exprimant le désir et l'espoir qu'il pourra réveiller et soutenir en nous l'ardeur nécessaire pour la tâche que nous avons à remplir.

— Après cette lecture, le docteur Focillon communique à la Société l'observation suivante d'éclampsie post-puerpérale.

Éclampsie post-puerpérale. — Une observation d'éclampsie puerpérale n'est pas une chose rare aujourd'hui ; cependant celle que je vais avoir l'honneur de vous lire offre matière à quelques observations intéressantes que je tâcherai de faire ressortir.

Mme M..., âgée de vingt-deux ans, tempérament lymphatico-nerveux, mariée depuis quinze mois, accouche le 1er décembre 1853 d'un enfant à terme et bien portant, après quelques heures d'un travail accompagné seulement de vomissements. Elle était assistée par une sage-femme. La grossesse a été exempte d'accidents : ni vomissements, ni maux de tête, ni enflure des jambes ; pas de saignée. A dix heures du soir tout était terminé : accouchement, délivrance, la perte du sang normale. Entre une et deux heures, les premiers accidents se déclarent. A cinq heures du matin, je vois la malade pour la première fois; déjà des mouvements convulsifs légers avaient eu lieu avec perte de connaissance ; cependant la malade est calme, l'intelligence nette, le pouls à 80 ; un peu de céphalalgie; légère agitation; pas de convulsions. — Potion calmante, cataplasmes sinapisés aux jambes, eau de tilleul.

A neuf heures, il y a eu des paroxysmes convulsifs à peu près réguliers d'heure en heure durant environ un quart d'heure; à mon arrivée, intelligence obtuse, céphalalgie, pas de changement dans le pouls. Au bout de cinq minutes, convulsions, mouvements cloniques de tous les muscles de la face et des membres supérieurs, face livide, un peu d'écume à la bouche; pouls petit, serré, irrégulier; perte de connaissance complète; après un quart d'heure, collapsus général. — Forte saignée; j'arrête l'administration de la potion laudanisée.

Je demande une consultation. Du reste, le sang des lochies a coulé, rien n'indique qu'il s'en soit accumulé dans la matrice.

A une heure, je vois la malade avec M. le professeur P. Dubois; il n'y a pas eu de convulsions depuis la saignée; la malade est plongée dans un sommeil profond; le pouls est régulier, peu fréquent. — Poudre de jalap par paquets fractionnés d'heure en heure, médication conditionnelle dans le sens du traitement commencé.

Quelque temps après, les convulsions se renouvellent; comme le matin, le soir une nouvelle saignée ramène le calme, qui continue jusqu'au lendemain soir 3 décembre. Inquiet de cet état de somnolence, je prescris des sinapismes aux jambes ; au bout d'un quart d'heure, un peu d'agitation, puis des secousses semblables à des décharges électriques. — Les sinapismes sont enlevés; sangsues à la base du crâne.

Le 4, calme parfait, garde-robe, sommeil profond, pouls presque normal, physionomie bonne; le soir, l'intelligence commence à s'éveiller, et depuis lors plus de convulsions.

Mais nous entrons dans une nouvelle phase de la maladie : les idées reviennent peu à peu, mais désordonnées; à mesure que l'intelligence se développe, il survient du délire; d'abord gaie, la malade rit aux éclats; elle n'a jamais été si heureuse; seulement elle ne conçoit pas qu'elle soit accouchée au bout de quatre mois de grossesse, reportant la date de son mariage au mois d'août dernier, tandis que c'est le mois d'août de l'année d'avant; vous voyez qu'elle raisonne, qu'elle calcule, mais d'une façon erronée. Bientôt les idées s'exaltent, se transforment; la gaieté fait place à la défiance, aux soupçons, aux injures; des hallucinations bizarres ont lieu; elle s'agite, menace, veut se lever; on est obligé de l'attacher dans son lit; il y a insomnie complète; cependant le pouls a son rhythme presque ordinaire, de 70 à 75. La physionomie est bonne; les idées sont extravagantes, bizarres, mais les raisonnements s'enchaînent et se déduisent d'une manière logique; il y a une loquacité intarissable. Plusieurs exemples que j'avais observés, et qui ne manquaient pas d'une certaine analogie avec celui-ci, me firent penser que ce formidable cortége d'accidents n'était autre chose qu'un simple *délire anémique* et qu'il fallait nourrir la malade. En effet, des bouillons, puis des potages, puis bientôt des aliments solides donnés avec précaution, en suivant avec soin les phases du délire, s'arrêtant de temps en temps pour reprendre ensuite, telles furent les bases du traitement, qui amena d'abord le sommeil, puis des moments lucides, enfin la cessation complète des accidents; de sorte que vers le 20 décembre il ne restait plus de cet ensemble de symptômes que de la faiblesse, de la pâleur et une grande susceptibilité de caractère, qu'elle a conservée en partie.

A dater de cette époque, du fer, du vin de quinquina sont venus rendre à la malade sa force et sa santé premières, mais ne lui ont pas enlevé sa défiance; elle reste persuadée qu'on a tenté sur elle des expériences dont elle conserve encore des souvenirs peu agréables.

Permettez-moi, messieurs, quelques remarques à propos de cette observation.

1° A l'égard de l'époque du développement de la maladie, je crois qu'il y a peu d'exemples d'éclampsie puerpérale développée complétement après l'accouchement sans prodromes ni pendant la grossesse ni pendant le travail.

2° Quant au traitement, l'influence des antiphlogistiques, et en particulier de la saignée, a été tellement évidente que je n'hésite pas à me ranger de l'avis de MM. P. Dubois et Depaul, consigné dans le rapport fait par ce dernier à l'Académie de médecine; je partage également l'opinion du savant rapporteur sur le mauvais effet des dérivatifs trop puissants sur les extrémités inférieures. Pour ce qui est des narcotiques, bien qu'ils aient été vantés par des hommes d'une grande valeur, et entre autres par M. Gendrin, je les crois tout à fait contre-indiqués.

3° Un mot maintenant sur la dernière phase de la maladie : je ne sache pas que dans les ouvrages et dans les cours publics nos maîtres aient insisté sur l'espèce de délire qui a terminé la maladie qui fait le sujet de cette observation; cependant, comme je vous le disais tout à l'heure, j'ai eu occasion dans le cours de ma pratique d'observer un certain nombre de faits analogues après des pertes de sang plus ou moins considérables et peut-être après d'autres pertes peu connues avant ces derniers temps; c'est ce qui me conduit à une dernière observation que je veux vous présenter.

4° Je veux parler de l'albuminurie. Dans le fait qui nous occupe, n'ayant point eu occasion de voir la malade pendant sa grossesse, qui du reste ne présentait rien de particulier, mon attention ne fut pas éveillée sur ce point; n'ayant, d'autre part, pu recueillir les urines, qui étaient rendues involontairement pendant la crise éclampsique, je ne puis dire s'il existait ou non de l'albumine dans ce liquide; mais la question aujourd'hui est tellement à l'ordre du jour que je vous prierai de me permettre de m'en occuper un moment.

Quels sont les rapports qui existent entre l'albuminurie et l'éclampsie? MM. Rayer et Cazeaux pensent que la première est la cause des convulsions. MM. P. Dubois et Depaul, sans émettre une opinion tout à fait opposée, disent avec raison que l'albuminurie, si fréquente chez les femmes enceintes, n'est pas en rapport avec la rareté de l'éclampsie; et, de plus, ils citent des faits où les convulsions sont survenues sans traces d'albumine dans les urines. Mais entrons plus avant dans la question, et voyons l'albuminurie ailleurs que chez les femmes enceintes. Que produit-elle dans ce cas? Elle produit les mêmes phénomènes que chez ces dernières, moins l'éclampsie : c'est-à-dire la pâleur, la cachexie, l'infiltration, l'*anémie* en un mot. Mais ellemême, cette anémie, quelle est sa cause? Est-ce, comme on l'a dit, un maladie des reins? Plusieurs le soutiennent. Cela doit arriver quelquefois. Dans ce cas, on trouve des altérations dans ces organes; mais le plus souvent on ne trouve rien, et les recherches de MM. Depaul et R. Blot le prouvent. C'est donc plus loin qu'il faut chercher; c'est dans la composition même du sang. Et en effet, messieurs, qu'est-ce que l'albuminurie? C'est un phénomène morbide dans lequel le rein dépouille le sang d'une certaine quantité d'une matière azotée, l'albumine, principe essentiellement nécessaire au rôle que ce sang doit jouer dans l'économie, à l'effet de réparer les tissus qui constituent la trame de nos organes. Voilà pourquoi je vous disais tout à l'heure qu'd'autres pertes que celles du sang pouvaient produire l'anémie; je voulais parler de l'albumine. Posons donc en principe que quand un malade perd de l'albumine, c'est comme s'il perdait du sang. Mais ce travail de spoliation du sang, pour en trouver la cause, il faut encore remonter plus haut. Quel est le moteur premier de toutes nos fonctions? C'est le système nerveux. C'est donc là qu'il me paraît raisonnable de rechercher la cause de l'albuminurie.

Vous voyez qu'en suivant cette voie toute physiologique nous arrivons bien plus facilement, non pas tout à fait à comprendre, mais à expliquer par le raisonnement les rapports des deux phénomènes. En effet, nous connaissons les modifications que l'état de grossesse imprime au système nerveux; nous pouvons passer en revue les fonctions de relations, toutes sont plus ou moins influencées par cet état, et nous pouvons placer en première ligne l'éclampsie. Pour les fonctions de nutrition, nous trouvons d'abord, pour la digestion, tout un cortége de symptômes nerveux : perte d'appétit, dégoût, vomissements, etc. Enfin, pour la sanguification et les sécrétions, au milieu de beaucoup d'autres, nous trouvons l'albuminurie et toutes ses conséquences. Voilà, je crois, l'enchaînement logique des faits; voilà pourquoi je pense que l'éclampsie et l'albuminurie n'ont aucun rapport de cause à effet, et peuvent seulement coexister simultanément pendant la grossesse. Et ne croyez pas que tout ce que je viens de dire soit de la théorie pure. Est-ce que la glucosurie, d'après les beaux travaux de M. Bernard, n'est pas produite à volonté par la lésion d'un point des centres nerveux? Est-ce que dans ces derniers temps on n'a pas rattaché l'albuminurie à une forme de l'amaurose, sous le nom d'*amaurose albuminurique*? Eh bien, dans tous ces cas, on n'ira pas chercher la lésion dans le rein. Je conclus, messieurs, de tout ce que je viens de dire :

1° Que l'albuminurie est un vice de la nutrition dont il faut presque toujours rechercher la cause dans le système nerveux;

2° Que ce phénomène a besoin d'être étudié non-seulement dans l'état de grossesse, mais encore dans toutes les maladies;

3° Que les questions qui touchent à l'albuminurie et à la glucosurie sont des plus vastes; qu'elles sont encore enveloppées d'une obscurité profonde, et que leur solution peut jeter un jour immense sur la pathologie;

4° Enfin que, pour être étudiées avec fruit et élucidées complétement, elles exigent de la part des expérimentateurs des connaissances profondes dans les sciences physiques, chimiques et physiologiques.

— Cette communication est suivie d'une discussion, à laquelle prennent part MM. les docteurs Pinel-Grandchamp, Poterin-Dumotel, Martin-Magron, Fernet et Focillon.

Le secrétaire général : Vimont.

CORRESPONDANCE.

EMPLOI DU FOIE DE SOUFRE DANS LE CHOLÉRA.

(Trisulfure de potasse).

Nous recevons la lettre suivante :

Gray, ce 16 juin 1854.

Monsieur le rédacteur,

Le choléra, qui semble chaque jour diminuer à Paris, vient de se manifester dans quelques communes de notre département avec une intensité et des symptômes beaucoup plus violents que ceux qu'il revêtait à Paris et à Gray (Haute-Saône), où j'ai eu occasion de l'étudier de près et avec soin en 1849.

Les succès que j'ai obtenus par l'emploi, dans cette terrible maladie, d'un moyen tout nouveau, la promptitude avec laquelle il agit et arrête les accidents graves et rapidement mortels du choléra, m'ont engagé à le livrer de suite à la publicité, afin que, répandu par l'organe toujours impartial et bienveillant de votre journal, il puisse, sans retard, être expérimenté par mes confrères.

Voici la préparation dont je me suis servi :

Foie de soufre. . . . . 50 grammes.
Eau distillée. . . . . . 50 —

Faites dissoudre, filtrez et conservez dans un flacon bouché à l'émeri.

Employez cette solution à la dose d'une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau de menthe, dont on fera prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant l'âge et la force du sujet et l'intensité de la maladie.

Sous l'influence du sulfure de potasse employé seul, j'ai vu les vomissements cesser, les selles blanches s'arrêter, les crampes et la cyanose, qui était complète, disparaître, le pouls, devenu imperceptible, se relever rapidement; enfin, le froid glacial de la peau faire place à une chaleur humide et de bon augure. Mais lorsque la réaction se manifeste, il faut suspendre l'emploi du sulfure ou le modérer suivant les circonstances, si l'on veut éviter les accidents qui peuvent être la suite d'une réaction trop énergique.

Il peut arriver que le sulfure rejeté par les vomissements, n'étant pas absorbé, ne puisse agir convenablement; il faut alors avoir recours au moyen dont s'est servi M. Julien, docteur-médecin dans notre arrondissement, et administrer au début 1 gramme, 1,20, et même 1,50 de poudre d'ipéca. Sous l'influence de ce médicament, un vomissement copieux est suivi d'un moment de repos, dont on profite pour administrer le sulfure. C'est cette méthode qui nous a procuré les succès les plus heureux et les plus inattendus.

Le sulfure de potasse a été aussi administré sur du sucre, et a procuré les mêmes résultats.

L'odeur forte et fétide de ce médicament fait qu'il n'est pas facilement accepté par les malades et ceux qui les soignent; il a fallu tous les heureux résultats que nous avons obtenus pour en répandre l'usage.

J'ai déjà pensé à remplacer ce médicament par le sulfide de carbone, qui se donnerait à moins forte dose, ou par le sulfhydrate de soude cristallisé, qui n'a presque pas d'odeur; mais je n'ai pas eu le temps d'expérimenter ces deux médicaments.

Agréez, etc.

E. de Fromentel,
médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray (Haute-Saône).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le rapport de la commission chargée de la présentation à l'Académie des sciences d'une liste de candidats à la place vacante par la mort de M. Roux a été lu aujourd'hui en comité secret.

On nous assure que la liste se compose de

MM. Cl. Bernard,
Jobert (de Lamballe),
Longet et Baudens, *ex æquo*,
Malgaigne et Laugier, *ex æquo*,
Maisonneuve et Le Roy-d'Etiolles, *ex æquo*.

— M. le docteur Deleau jeune vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine de Lisbonne.

Erratum. — Dans notre dernier numéro, page 288, au lieu de : « et, selon mon habitude, j'ai cautérisé avec le beurre d'antimoine; au bout de quinze jours pas de *cautérisation*; » lisez : *cicatrisation*.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé au mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et des Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 21 JUIN 1854.

Séances des Académies.

Nous serions embarrassé pour donner un nom à la séance de l'Académie de médecine. On ne saurait dire que c'est une séance nulle, car nous avons entendu la fin de la lecture de M. Huguier, dans laquelle on trouvera des données pratiques intéressantes et l'appréciation critique des diverses méthodes de traitement des déviations utérines; est venue ensuite une communication de M. Hervez de Chégoin, dont la compétence en cette matière est généralement reconnue, et quelques mots de M. Paul Dubois pour combattre l'importance que son honorable collègue attribue à ses pessaires vaginaux, qui, selon M. Paul Dubois, n'agissant que sur la partie inférieure de l'utérus, ne sauraient servir à redresser cet organe.

Et cependant nous avons cru pendant quelque temps, et l'auditoire a cru sans doute avec nous, que la discussion allait avorter. M. Velpeau, absorbé peut-être par la discussion qu'il a eu à soutenir dans la dernière séance (lundi) de l'Académie des sciences, et dans laquelle il a, nous assure-t-on, défendu avec une grande force de logique et de raison la cause de la chirurgie contre les préférences de plusieurs de ses honorables collègues pour la physiologie, M. Velpeau, à l'appel de son nom, a déclaré qu'il n'était pas prêt, et a demandé qu'on lui réservât la parole pour la prochaine séance. M. Paul Dubois en a fait autant, et s'est borné aux quelques mots dont nous venons de parler, relatifs aux pessaires vaginaux. M. Cazeaux s'est encore réservé par un motif on ne peut plus légitime (un deuil de famille). La séance a donc été quelque peu *boiteuse*, puisqu'il faut dire le mot.

Quoi qu'il en soit, la cause des pessaires intra-utérins perd du terrain chaque fois. Jusqu'ici, M. P. Dubois est le seul orateur qui, tout en n'en contestant nullement le danger, trouve qu'il a pu paraître rationnel d'introduire dans l'utérus un corps étranger destiné à le redresser. M. P. Dubois croit peu, il est vrai, à l'efficacité des autres moyens (pessaires vaginaux, mèches rectales, ceintures hypogastriques), et c'est ce qui explique sans doute son indulgence pour l'idée. Nous n'avons rien à dire de cette opinion théorique, et nous nous bornerons à rappeler celle de M. Huguier, qui lui attribue surtout de l'utilité pour rappeler les règles, et nous ajouterons pour déterminer l'avortement, ce qui selon nous n'est pas un des moindres dangers du procédé, et devrait peut-être suffire pour en amener la proscription, à cause des abus dont il pourrait devenir la cause en des mains criminelles.

Le reste de la séance a été rempli par la lecture d'un mémoire de M. Bayle sur la cause organique de l'aliénation avec paralysie générale. Le défaut de place nous force d'en renvoyer l'extrait à un prochain numéro.

L'espace nous manque aussi pour le compte rendu de l'Académie des sciences (séance du 12 juin), dans laquelle deux communications intéressantes ont été faites, l'une par M. Laugier, sur l'accroissement de la membrane des bourgeons charnus et les usages de la suppuration dans la cicatrisation des plaies exposées; l'autre, par M. Commaille, sur l'empoisonnement par une substance vénéneuse peu connue (l'*atractylis gummifera*). Nous en publierons des extraits dans le prochain numéro. — F. Fabre.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Quelle doit être la conduite du chirurgien dans les cas où il existe à la fois une hypertrophie des amygdales et un polype des fosses nasales ?

Il est une complication de l'hypertrophie des amygdales que nous n'avons rencontrée qu'une seule fois sur les 102 cas qui ont servi de base à ce mémoire; mais nous ne devons pas omettre de la signaler, parce qu'elle nous a paru donner lieu à quelques considérations pratiques d'une importance réelle : nous voulons parler de la présence de polypes des fosses nasales chez les individus qui ont les amygdales hypertrophiées. Dans un cas de ce genre, on doit se demander laquelle de ces deux opérations doit être faite la première ou de l'extraction du polype, ou de l'ablation des amygdales. Si nous avions un parti à prendre dans une semblable question, nous dirions que celle des deux opérations qui doit précéder l'autre c'est l'extraction des polypes, et voici pourquoi.

Sur le sujet qui présentait les deux affections simultanément, nous commençâmes par l'ablation des amygdales. L'opération fut suivie d'hémorrhagie, et les circonstances qui l'accompagnèrent ne nous permettent pas de douter qu'elle ne fût la conséquence de la présence du polype nasal. Nous croyons donc que, pour éviter à l'avenir cet accident, il y a lieu d'établir ce précepte que, quand il existe à la fois des polypes du nez et une hypertrophie des amygdales, on doit se débarrasser d'abord du polype et n'opérer les amygdales que consécutivement.

Voici l'observation dans laquelle nous avons vu l'hypertrophie amygdalienne se compliquer de la présence d'un polype dans les fosses nasales.

Polypes du nez. — Amygdalotomie.

Bouvrey (Pierre), menuisier, âgé de trente-huit ans, demeurant rue de Charonne, 27, est entré le 12 juillet 1852 (salle Saint-François, 32).

Le 13 juillet, depuis six à huit mois le malade sent ses fosses nasales s'oblitérer de plus en plus, et il respire habituellement par la bouche. De temps à autre il y a des maux de gorge; mais jamais ils n'ont été assez violents, malgré une hypertrophie considérable des amygdales, pour mettre obstacle à la respiration par la bouche. On se rend parfaitement compte de ce fait par le développement en largeur du pharynx chez ce malade. L'inspection des fosses nasales fait découvrir dans chacune d'elles des polypes muqueux. La santé générale du malade n'est pas notablement altérée, seulement le besoin de respirer n'est jamais complétement satisfait; de sorte qu'il y a un état de malaise constant. On pratique l'ablation des amygdales, qui sont fermes, résistantes, parcourues par des tractus fibreux assez épais, et dans le tissu desquelles il s'était déjà fait quelques exhalations sanguines.

Le 14, à la suite de l'opération il y a eu une hémorrhagie abondante, qui a été d'autant plus difficile à arrêter que le malade se trouvait dans des conditions tout à fait spéciales. En effet, l'oblitération des fosses nasales le forçant à respirer par la bouche, il était pour ainsi dire impossible de porter de la glace à l'entrée du pharynx sans que le malade fût pris de suffocation. D'un autre côté, les mouvements de l'inspiration ayant fait tomber une quantité de sang assez considérable dans le tube digestif, des vomissements survinrent, pendant lesquels l'hémorrhagie fut encore plus abondante. Toutefois, elle cessa au moment où l'interne se préparait à enlever les polypes pour pouvoir agir localement sans courir le danger d'asphyxier le malade. D'après la nature et la marche des accidents, il devient bien évident que dans des cas analogues, et dans celui-ci en particulier, c'est aux fosses nasales qu'il eût fallu s'attaquer tout d'abord. Le passage de l'air une fois assuré, il devient alors possible d'agir de toutes les manières sur l'hémorrhagie. Le malade se trouve un peu affaibli; il y a de la fréquence du pouls. — Pilules de ratanhia, bouillons.

Le 15, pas de nouvelles hémorrhagies; la fièvre a cessé et le malade demande à manger. — Bouillons et potages.

Notes de M. Letellier. — Sur les amygdales de ce malade, la surface muqueuse de l'amygdale est à peu près à l'état normal, sauf quelques points où elle offre une coloration lie de vin.

La surface cellulaire, celle qui est en contact avec l'aponévrose du constricteur supérieur du pharynx, est formée par un *tissu fibreux n'offrant aucune perforation*, de sorte que le stylet introduit dans les lacunes de l'amygdale se trouve arrêté par cette lame fibreuse. Chez ce malade, il y a donc eu énucléation et non section du parenchyme; il y a eu une hémorrhagie. Chez un malade qui m'avait arraché l'instrument, il y a eu hémorrhagie. L'hémorrhagie coïnciderait-elle avec des ablations complètes qui compromettraient non plus des vaisseaux de l'amygdale, mais des vaisseaux pharyngés sous-amygdalins?

Le parenchyme tonsillaire est ferme, résistant; il se laisse difficilement diviser; il est parcouru par des tractus fibreux, blanchâtres, offrant par places une grande épaisseur. Dans quelques lacunes se trouvent des mucosités granulées et épaissies. Le tissu glanduleux propre

FEUILLETON.

NOTICE SUR LE CHANCRE DU SAHARA.

Par M. E.-L. BERTHERAND,

docteur en médecine à Lille, ancien médecin des affaires arabes civiles et militaires en Algérie, membre de plusieurs sociétés savantes.

Plusieurs médecins militaires, entre autres MM. les docteurs Beylot, Massip, Quesnoy (1), Poggioli (2), ont décrit avec soin une affection cutanée que l'on observe à Biskra (3), et par cela même appelée *bouton de Biskra*. M. le docteur Guyon, médecin inspecteur de l'armée d'Afrique, remarquant la présence de cette maladie dans les oasis du Zab, a proposé de lui donner le nom de *bouton des Zibans* (4). Pour les Arabes du pays, c'est tout simplement *habb* (un bouton).

Après d'assez fortes et longues démangeaisons, un point de la peau rougit, se tuméfie peu à peu; un petit bouton, un petit tubercule se développe très lentement dans l'épaisseur du derme. Au bout d'un certain temps ce dernier, desséché par plaques et par couches, donne passage à quelques gouttelettes de sérosité citrine ou de pus. Une croûte se forme; sa chute met à nu une ulcération d'un rouge assez vif, à bords frangés et à pic, dont le fond, séro-purulent, tapissé d'une pellicule blanchâtre, sécrète constamment une sanie abondante, à odeur particulière.

Cet ulcère, généralement circulaire, se développe lentement en tous sens, causant non de fortes douleurs, mais plutôt de la gêne et du picotement. La grandeur de cette plaie chancreuse, qui peut être unique ou multiple sur différents points du corps, varie beaucoup : elle ne dépasse guère 6 à 7 centimètres. Son siége de prédilection est sur les membres et la face (oreilles, ailes du nez); M. Beylot en a observé une sur le gland, une sur la langue et une autre sur le synciput.

J'ai vu de très volumineuses croûtes occupant le périnée d'un Arabe souvent à cheval par sa condition de courrier, et d'autres affectant les deux seins d'une jeune indigène. Des Arabes des deux sexes m'ont également présenté d'assez nombreuses ulcérations siégeant sur le tronc et surtout dans la région dorsale. Les formes papuleuse et tuberculeuse ont semblé moins fréquentes.

Cette ulcération opiniâtrement rongeante attaque aussi bien la population civile et militaire que les indigènes de Biskra. Les hommes et les adultes paraissent prédisposés. On en a vu quelques cas à Batna (à 120 kilom. environ plus au N., dans les Monts Auress), mais sur des personnes qui avaient récemment habité le Zab.

La marche très lente, en quelque sorte chronique, varie de plusieurs mois à un an, dix-huit mois même : elle ne paraît pas avoir d'influence fâcheuse sur la santé générale. Il arrive cependant que dans certaines parties, aux environs des articulations, par exemple, elle détermine l'engorgement des glandes voisines. Je ne sache pas qu'aucun décès ait été directement causé par cette affection.

Quand les croûtes, d'ordinaire larges, épaisses, jaunâtres ou brunâtres, qui ont recouvert l'ulcération viennent à tomber d'elles-mêmes au bout d'un temps plus ou moins long, elles mettent à nu une cicatrice livide, d'un rouge lie de vin, violacée, gaufrée ou, mieux, chagrinée, mais indélébile. Le derme est déprimé plus ou moins fortement par une véritable perte de substance.

Quelles peuvent donc être les causes d'une telle affection qui sévit à toute époque de l'année, mais de préférence en automne?

Serait-ce l'abus des dattes, fruit principal du pays? Les Turcs, comme on l'a déjà fait remarquer, appelaient cette maladie *mal des dattes;* mais cette dermatose sévit aussi bien sur les civils et les militaires, qui ne font point, comme les indigènes, un usage presque exclusif de cet aliment.

Serait ce la syphilis? Mais l'ulcère du Zab attaque aussi facilement ceux qui n'ont eu aucun accident vénérien et ne semble pas apparaître de préférence chez les syphilitisés soit à l'hôpital de Biskra, soit au dispensaire de la localité, etc.

Serait-ce la qualité de l'eau saumâtre, salée, qui forme l'unique boisson du pays? C'est peu probable, d'abord parce que des officiers et des habitants qui ont bu très peu de cette eau et y ajoutaient beaucoup de vin et une nourriture aussi confortable que possible ont été tout de même atteints de cette dermatose; ensuite parce des personnes qui ne buvaient que de l'eau prise à El-Kanthra, c'est-à-dire avant qu'elle ait parcouru les terrains salins de la plaine pour arriver à Biskra, n'ont point pour cela acquis l'immunité contre l'attaque de cette ulcération.

Pour nous, considérant que ce mal n'est point propre à la localité de Biskra, dont on lui a donné le nom, que sa marche est chronique;

(1) Voir leurs travaux dans le *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires.*

(2) Thèse inaugurale. Paris, juillet 1847.

(3) Capitale des oasis des Zibans, au nord du Sahara.

(4) Pluriel de Zab.

est fortement injecté; il offre tous les intermédiaires entre la simple injection et l'hémorrhagie, c'est-à-dire qu'il y a des points tellement colorés qu'il n'est pas bien certain que le sang ne se soit pas échappé de ses vaisseaux. Il est positif que, dans deux points du moins, le sang est réellement extravasé (sont-ce de petites ruptures ou apoplexies traumatiques dues au procédé d'ablation qui écrase un peu en séparant, et où se trouvent des traînées sanguines même assez considérables?).

Le 21, extraction des polypes; la plus grande quantité de ces masses muqueuses a surtout été retirée de la fosse nasale du côté gauche, qui est très développée, et dans laquelle la pince à polypes manœuvre avec la plus grande facilité, tandis qu'elle est presque complétement arrêtée à l'entrée de la narine droite. Il y a probablement chez ce malade une déviation du cartilage de la cloison.

Le 22, la respiration, qui hier se faisait librement à travers les fosses nasales, est beaucoup plus gênée ce matin; cela tient-il à ce qu'il reste encore quelques fragments de polypes ou bien à ce que la muqueuse est devenue le siége d'un gonflement inflammatoire?

Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, le malade est revenu nous voir. Le rétablissement des fonctions pharyngiennes et nasales était complet.

DE L'EMPLOI DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

par la méthode iatraleptique, contre plusieurs cas de choléra très grave. — Guérison;

Par M. le docteur Elie BELLENCONTRE.

En janvier de cette année, j'envoyai à la *Gazette des Hôpitaux* l'observation d'un cas de choléra très intense traité et guéri par l'essence de térébenthine en frictions sur la colonne vertébrale; cette observation fut insérée dans le numéro du 19 janvier 1854.

Je promis, dans le cas où je serais appelé à traiter de nouveaux cholériques, d'expérimenter cette nouvelle médication. Je viens donc aujourd'hui m'acquitter de cette promesse en envoyant à ce journal les observations de guérisons vraiment extraordinaires que j'ai obtenues, persuadé que mes honorables confrères qui n'ont pas encore employé cette substance contre le choléra par la méthode iatraleptique auront à s'en louer, quelle que soit d'ailleurs l'intensité de cette maladie.

Mme Berthau, âgée de quarante-neuf ans, douée d'une constitution éminemment nerveuse, non menstruée depuis un an, avait accompagné à l'hôpital Saint-Antoine, dans l'après-midi du 28 avril dernier, la bonne de la maison, qui était atteinte de choléra. A son retour de l'hôpital, vers cinq heures du soir, elle fut prise tout à coup de selles blanches qui continuèrent toute la nuit; elles furent tellement nombreuses, que la malade, ainsi que les personnes qui l'assistaient, ne purent m'en dire le nombre. Vers cinq heures du matin, des crampes aux membres thoraciques et pelviens se manifestèrent, ainsi que les vomissements. Suppression totale des urines et refroidissement de tout le corps.

Ce n'est que vers neuf heures du matin qu'on vint chercher M. le docteur Alexandre Thierry. En son absence, je me transportai près de la malade. Voici dans quel état je la trouvai : Continuation de tous les symptômes que je viens d'énumérer; le facies était hypocratique et fortement cyanosé; absence du pouls radial; suppression des urines; les garde-robes abondantes et copieuses. La malade faisait sous elle sans s'en douter. Vomissements fréquents; les crampes étaient tellement intenses qu'elles arrachaient des cris à la malade et la faisaient sortir momentanément de son état de torpeur et de prostration; la peau, pincée ou plissée pendant l'intermittence des crampes, ne revenait plus à son état primitif; elle avait donc perdu l'élasticité et la contractilité; tout son corps était réduit à l'état squelettique, et, pour me servir de l'expression de M. Magendie, cette malade était cadavérisée.

Tous ces symptômes pathognomoniques prouvaient jusqu'à l'évidence que j'avais à traiter un cas de choléra des plus graves, qui avait atteint la période algide la plus prononcée. Devant une telle affection, je n'hésitai pas à employer un moyen qui m'avait réussi quelques mois auparavant : j'envoyai donc chercher (il était neuf heures du matin), au plus vite et au plus près, de l'huile de térébenthine, que moi-même j'employai en frictions pendant une demi-heure peut-être, d'abord sur la colonne vertébrale et ensuite, vu la gravité de la maladie, sur toute la surface du corps, afin de rappeler la chaleur à la superficie et d'activer la période de réaction. A l'intérieur, je fis administrer de l'eau chaude sucrée pour boisson, dans laquelle je fis ajouter quelques gouttes d'essence de térébenthine (une vingtaine environ); en quittant la malade, j'ordonnai au mari de continuer les frictions jusqu'à complète rubéfaction de tout le corps et de ne les suspendre pendant mon absence qu'un quart d'heure sur une heure.

Je revins vers une heure du soir; voici ce que j'observai :

Une amélioration très notable s'était manifestée; la chaleur à la peau était revenue; le pouls, nul auparavant, avait repris de la force et de la fréquence; la peau, cyanosée, était passée à la coloration de rouge cuivré; le facies avait repris de l'animation; la malade était sortie de l'état d'anéantissement et de torpeur où elle était plongée antérieurement au traitement.

A ce moment, elle avoua n'avoir aucune connaissance de ce qui s'était passé, ni conscience de ce qu'elle avait éprouvé. Les selles avaient considérablement diminué de fréquence et d'intensité; les vomissements et les crampes avaient complétement cessé, et ne se sont pas renouvelées pendant tout le temps de la convalescence.

Les frictions furent encore continuées seulement sur le rachis et les extrémités, afin de conserver la réaction qui s'était si heureusement manifestée, et des boissons chaudes émollientes et stimulantes, telles qu'une solution de gomme arabique et une infusion de mélisse ou de menthe, furent substituées à la première et prises abondamment dans le but de distendre le tube digestif par beaucoup de liquide, afin de favoriser les sécrétions sans qu'elles eussent besoin d'emprunter au sang l'élément séreux qui les compose en grande partie; ces boissons favorisent aussi la circulation fortement lésée dans le choléra.

La dose de l'essence employée a été de 250 grammes pendant l'intervalle de quatre à cinq heures. Je ne connais pas de médicament à propriété plus stimulante, plus tonique, plus rubéfiante en même temps, plus prompte et plus énergique que cette huile de térébenthine employée en frictions, sans oublier sa propriété antipériodique par excellence contre les crampes et spécialement contre les fièvres intermittentes.

Le premier effet que produit cette essence, et qui est instantané, est un sentiment de chaleur, même de cuisson, qui se répand promptement par toute l'économie, surtout quand les frictions sont administrées avec persévérance et avec rapidité. Ces frictions térébenthinées ont, entre autres propriétés, celle d'agir immédiatement sur la circulation et de la favoriser, d'empêcher la stase du sang dans les vaisseaux capillaires, où il se noircit et devient impropre aux fonctions plastiques, d'activer la circulation dans le système veineux et de reporter vers l'appareil circulatoire central ce sang altéré, qui de là va se vivifier dans les organes de l'hématose; de plus, ces frictions restituent à l'organisme les fonctions plastiques et ramènent ainsi la production du calorique suspendue en partie chez les sujets cholériques.

Je ne balance pas d'avancer qu'il faut pour guérir le choléra, quelque léger ou intense qu'il soit, déterminer une *réaction* allant jusqu'à l'état *fébrile*.

Je ne crains pas non plus d'avancer que l'influence exercée sur la circulation générale par les frictions vigoureuses et répétées avec l'essence de térébenthine sur la colonne vertébrale et au besoin sur toute la surface du corps est beaucoup plus prompte pour suspendre les sécrétions anomales du tube digestif que celle des moyens internes; ces frictions n'ont pas seulement pour résultat de faire cesser les évacuations diarrhéiques en rendant la circulation plus facile, les vomissements et les crampes, elles favorisent encore les sécrétions et les excrétions : les sueurs se rétablissent, les urines reprennent leur cours et augmentent de quantité en devenant sensiblement plus animalisées.

Par ce traitement, on peut arrêter en général la marche du choléra le plus intense, et c'est à ce moyen à peu près que je borne aujourd'hui la médication de cette affection si souvent mortelle, car aucune autre ne m'a paru jusqu'à ce jour supérieure.

Par ce moyen thérapeutique, je n'ai pas à redouter, ou par exception, la réaction vers le cerveau, les organes pulmonaires et les viscères abdominaux, ces frictions térébenthinées ayant entre autres propriétés celle d'être un dérivatif énergique et permanent.

Si, contre tout espoir, une vive réaction voulait se prononcer vers un organe important à la vie, je n'hésiterais pas à pratiquer une petite émission sanguine avec la lancette. Cette saignée aurait pour but de débarrasser l'appareil circulatoire d'une certaine quantité de sang noir, de le rendre plus liquide et moins abondant dans les vaisseaux; saignée qu'on est dans l'impossibilité de pratiquer dans la période algide du choléra, car autrement elle serait aussi très utile en favorisant le dégorgement des capillaires, et par conséquent à détruire la stase qui donne lieu à la cyanose.

Je proscris, dans cette médication anticholérique, les lavements quels qu'ils soient; ils sont pour le moins inutiles, sinon nuisibles, car ceux qui les ordonnent ne se doutent peut-être pas qu'ils ne montent même pas jusqu'à la valvule de Bauhin, tandis que les altérations sont pour la plus grande partie dans l'intestin grêle; et que de plus, ces lavements, destinés à agir topiquement, sont aussitôt neutralisés par les matières liquides organiques avec lesquelles on les met en contact.

Tous les cholériques qui ont été soumis par moi aux frictions d'huile de térébenthine, la réaction chez eux a marché sans accident métastatique; la cause de la maladie ayant été détruite dans ses effets, l'organisme ramène assez vite les fonctions à leur état physiologique.

Pour justifier la valeur anticholérique de cet agent thérapeutique, je pourrais citer d'autres observations de guérisons; je me contenterai de citer deux autres cas de choléra identiques et traités par la même méthode. Ce sont MM. Matthieux, âgé de vingt-huit ans, rue Charlemagne, 12, employé à l'établissement national des eaux clarifiées et purifiées de Paris; Brice, âgé de dix ans, rue des Barres, 27.

Ce nouveau mode de traitement ayant été couronné d'un plein succès dans tous les cas où je l'ai mis en usage, je me suis trouvé porté tout naturellement à transmettre à mes confrères le fruit de mes observations, certain qu'ils expérimenteront par eux-mêmes cette nouvelle médication, et qu'ils voudront bien publier leurs observations. Si mieux ils aiment, ils l'emploieront concurremment et simultanément avec d'autres moyens.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales. — M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Flornoy, médecin inspecteur des bains de mer de Royan (Charente-Inférieure), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (Commission des eaux minérales.)

— Le même ministre transmet à l'Académie une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale à Tropiac (Drôme), avec prière de faire l'analyse de cette eau, et d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

— M. le préfet du Puy-de-Dôme transmet la réponse de M. le docteur Nivet, médecin inspecteur des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme), à la circulaire de l'Académie.

---

souvent stationnaire, nous croyons devoir l'attribuer aux conditions climatériques, principalement météorologiques, en un mot à la constitution médicale atmosphérique du Sahara. On l'observe, en effet, non-seulement dans le Zab, mais à Tougourt, à Ouargla, dans le désert même, nous ont affirmé des Sahari : aussi, aux divers titres de sa nature, de son aspect, de son caractère rongeant, de son indolence, de sa résistance à tout traitement, de son origine topographique, préférons-nous l'appeler *chancre du Sahara*.

Il y a dix ans, lors de l'occupation du Vieux-Biskra, cette affection était, au dire des indigènes, beaucoup plus fréquente qu'aujourd'hui. A cette époque, en effet, l'oasis avait une ceinture méphitique de vastes nappes d'eau salée dans laquelle les habitants lavaient, faisaient leurs ablutions, jetaient leurs immondices, puisaient même leur boisson, etc.; mais depuis l'arrivée des Français (1844) tout cela a changé. La localité s'est promptement assainie; les Arabes avouent eux-mêmes qu'ils respirent un air plus salubre et que le nombre des *boutons de Biskra* a diminué d'un quart au moins.

Encore un fait qui semble venir à l'appui des conditions météorologiques spéciales dans lesquelles je vois l'origine de cet ulcère, c'est qu'à Biskra, comme dans toutes les oasis, la cicatrisation générale des plaies, de la plus petite solution de continuité, est lente, beaucoup plus lente que dans les autres parties de l'Algérie que nous avons parcourues du nord au sud. M. le docteur Giard faisait également en 1848 une observation analogue. Un fait, disait-il dans un de ses rapports, que nous n'avons pas encore osé affirmer, mais auquel sa fréquence donne un caractère de certitude, c'est la lenteur avec laquelle les moindres écorchures guérissent : il est presque impossible d'obtenir la réunion par première intention des plaies par instruments tranchants; les vésicatoires volants eux-mêmes ne sèchent guère qu'après une quinzaine de jours : à quoi attribuer cette suppuration qui se produit partout? Ceci est très difficile à dire, etc.

Ces considérations nous mènent à dire, en résumé, les différences climatériques générales qui nous ont paru caractériser le nord du Sahara, et les oasis du Zab en particulier. Cette zone de plaines sablonneuses commence au pied des montagnes de l'Auress, dont la hauteur est évaluée à 2,663 mètres; le versant méridional de ces hauts plateaux n'a point d'abri contre les vents du sud : aussi y fait-il déjà très chaud; peu de pluies, d'où la rareté de l'eau. La ceinture montagneuse protége d'ailleurs les oasis contre les brises du nord. On tombe bientôt dans la plaine mouchetée de quelques îlots de verdure peu humide, situés fort bas, à couches argilo-calcaires; plus loin, on ne trouve plus que des dunes de sables mouvants, que leur configuration en arêtes tortueuses fait nommer *areug* (veines) ou *chebkha* (filets) par les indigènes. Dans certaines zones de cette contrée, le sol est au-dessous du niveau de la mer; à Mghaïer, par exemple, à 70 mètres au-dessous de cette limite, d'après M. Dubocq, ingénieur en chef de la province de Constantine. A l'expédition du printemps 1853, nous avons remarqué tous ces terrains sablonneux très imprégnés de sel marin et d'azotate de potasse. Biskra, où nous tenions garnison, n'est élevé que de 75 mètres au-dessus du niveau de la mer. Ce qui frappe tout d'abord quand on descend les Auress pour entrer dans le Zab, c'est l'activité de cette végétation pour ainsi dire résumée dans les jardins de palmier. Le déboisement général de l'Algérie paraît du reste une conséquence naturelle de son climat; d'après M. Hardy (1), directeur de la pépinière d'Alger, la cause en serait bien plus dans l'influence pernicieuse de deux vents contraires et dans la mauvaise répartition des pluies que dans le pâturage des bestiaux et l'incendie des pasteurs où l'on s'est toujours efforcé de la découvrir.

Plus loin, dès que l'on dépasse la ligne des oasis, la végétation est presque nulle, réduite au *guetaf* (antiplex) et au *chiah'* (absinthium judaïcum), etc. C'est la patrie du chameau, de la gazelle. Ici l'air est d'une transparence, d'une limpidité indicibles; des nuages s'opposant au rayonnement libre du calorique n'auraient pu qu'occasionner une température étouffante et à peine supportable. Le baromètre offre toutefois d'assez fortes variations. A Biskra, de 1846 à 1849, le maximum observé a été 0,766, et le minimum 0,749. Dans une même année, la colonne barométrique éprouve une faible mobilité :

En 1846, elle a été de 0,752,20 à 758,90;
En 1847, — — 0,753,00 à 756,50.

En général, le baromètre monte bien par les vents S.-E. dans le Zab, et baisse brusquement de quelques lignes par le N.-O.

D'après nos observations, le maximum de la température aurait lieu, à Biskra, vers une heure et demie; la température moyenne de cette localité serait de 22°,27 c.; la moyenne de la température hibernale, 9 à 10°, et celle de la saison estivale, 47°. Dans les plus fortes chaleurs, nous n'avions jamais moins de 35° c. vers minuit, dans l'enceinte du fort.

La différence générale entre la température du jour et celle de la nuit est très variable, mais toujours plus forte dans le sud. Au Bordj de *Sâda* (au sud de Biskra), où je visitais plusieurs fois par semaine un détachement du 2e régiment de la légion étrangère, j'ai souvent trouvé 17° c. de différence entre la température de neuf heures du soir et celle de cinq heures du soir. *(La fin à un prochain numéro.)*

(1) *Notice climatologique de l'Algérie*, p. 8.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Delaporte (de Vimoutier) adresse la réponse à la circulaire de l'Académie relative aux eaux minérales.

Conservation des viandes. — M. Cellier Blumenthal soumet à l'Académie un procédé à l'aide duquel on peut conserver des viandes à l'état cru sous un volume et sous un poids très réduits sans leur faire perdre aucun de leurs éléments nutritifs. (Commissaires : MM. Bouchardat, Chevallier et H. Gaultier de Claubry.)

Traitement abortif de la blennorrhagie. — M. Ed. Langlebert adresse sur ce sujet une réclamation, dans laquelle il défend, contre M. Debeney, son mode de traitement. Il croit plus rationnel de borner l'injection modificatrice à la région malade que de la porter au delà, c'est-à-dire dans les parties profondes de l'urètre, où elle ne peut produire qu'un luxe de douleur et de désordre parfaitement inutile et funeste dans la pratique.

M. Langlebert ajoute que lorsqu'il a imaginé sa seringue à jet récurrent il ne connaissait pas l'instrument de M. Leriche, instrument qui, d'ailleurs, n'est nullement semblable au sien.

— M. le président annonce que M. le docteur Gintrac (de Bordeaux) est présent à la séance.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Depaul relatif au redressement utérin.

La parole est à M. Huguier pour terminer sa lecture.

M. Huguier. La possibilité des déplacements et des accidents qui les accompagnent étant reconnue, ainsi que leur curabilité, je demanderai à l'Académie la permission de dire en peu de mots quels sont les moyens thérapeutiques qui doivent être dirigés contre chacun d'eux, et quels sont ceux que l'expérience nous paraît avoir le plus sanctionnés, mettant de côté, pour ne pas abuser du temps et de la patience de la Compagnie, tout ce qui nous a paru n'avoir qu'une faible efficacité.

D'une manière générale, on peut dire que parmi les déviations, les unes demandent un traitement purement médical et hygiénique, général et local, qui consiste à changer et à régler les mouvements organiques et fonctionnels de toute l'économie et de l'appareil génito-pelvien. Ce sont celles qui, comme l'ont démontré MM. Baud, Hervez de Chégoin, Gibert, etc., dépendent d'un grand amaigrissement, d'une affection, d'une débilité générales de l'économie. Les autres réclament un traitement purement chirurgical; ce sont les déviations simples et les déplacements aigus survenant à la suite d'une chute ou d'un violent ébranlement des organes intra-pelviens. Il en est enfin pour lesquelles la combinaison des deux ordres de moyens doit être employée; ce sont le plus souvent les déplacements compliqués d'engorgements ou d'inflammations chroniques de l'organe, soit que ces affections concomitantes se soient manifestées en même temps sous l'influence de la même cause, soit qu'elles soient consécutives à la déviation et en dépendent, soit qu'elles aient précédé la déviation qui en est une conséquence. C'est surtout en s'appuyant sur cette dernière variété, trop généralisée, que quelques praticiens ont pu dire avec raison qu'en faisant disparaître les engorgements et inflammations chroniques de l'utérus on guérissait les déviations; l'erreur n'est que dans la généralisation du fait.

Il nous serait facile, par les faits comme par la théorie, de démontrer que les affections qui coexistent avec les déplacements utérins se manifestent des trois manières que je viens d'indiquer.

Disons rapidement ce que l'expérience nous a appris su chaque espèce de déplacement.

Les latéro-versions, et latéro-flexions principalement, sont presque toujours incurables, parce qu'elles sont rarement essentielles; mais le plus souvent la suite de l'absence congénitale d'un des ligaments ronds. Deux fois j'ai observé cette disposition d'un ligament large; j'ai observé ce cas une fois d'une rétraction de ce ligament après la guérison d'une inflammation phlegmoneuse, d'un abcès, d'une tumeur sanguine, etc., d'adhérences directes de l'utérus à la marge du bassin, ou indirectes par l'intermédiaire de l'ovaire, sans parler des cas nombreux où l'utérus est poussé directement par une tumeur voisine. Heureusement que les latéro-flexions et latéro-versions sont, de tous les déplacements, ceux qui causent le moins d'incommodités et d'accidents.

Ce que nous venons de dire de la latéro-flexion, nous pouvons le répéter, si ce n'est sous le rapport étiologique, au moins sous celui de la physiologie pathologique et de la thérapeutique pour l'antéflexion. Le pessaire intra-utérin aurait seul de la prise sur cette déviation, et nous avons vu que ce moyen ne doit être employé que dans des cas très rares et dans lesquels l'antéflexion ne nous paraît devoir jamais rentrer.

Les antéversions guérissent en général par les moyens simples et hygiéniques suivants que j'emploie avec avantage depuis plus de quinze ans. Ces moyens consistent dans le décubitus dorsal, l'élévation du bassin au-dessus du niveau de l'abdomen, la dilatation du réservoir vésical par l'accumulation de l'urine (la vessie remplit alors l'office de pessaire à air que l'on introduit soit dans le vagin, soit dans le rectum, dans certaines rétroversions) (1), les injections astringentes, un lavement froid tous les soirs, et la ceinture hypogastrique lorsque le ventre est volumineux et dépasse beaucoup le niveau de la symphyse des pubis. J'ai été assez heureux d'entendre M. Piorry, dans l'une de nos dernières séances, dire qu'il employait les mêmes moyens avec une grande efficacité.

Les rétroversions sont en général très bien maintenues et peuvent même guérir radicalement par l'usage de différents moyens que possède l'art, et plus particulièrement par celui des pessaires de MM. Hervez de Chégoin et Gariel. Chez quelques malades dont la rétroversion est causée par un décubitus dorsal prolongé et permanent, l'utérus tombe en arrière, les anses intestinales abandonnent successivement le cul-de-sac recto-utérin pour se porter dans le cul-de-sac antérieur qu'elles remplissent et agrandissent par leur présence; l'utérus est couché à plat au fond de l'excavation pelvienne, et tout le paquet intestinal se trouve au-devant et au-dessus de lui. Dans un cas semblable, il peut suffire de relever l'organe avec l'hystéromètre, de le ramener en avant sous la paroi abdominale pour que les anses intestinales se replacent à l'instant même dans le cul-de-sac postérieur, le maintiennent réduit; c'est ce qui m'est arrivé à ma grande surprise, il y a un an et demi environ, chez une jeune femme qui avait gardé le lit pendant près de cinq mois pour une fracture compliquée de la jambe. Je n'ai eu l'explication de ce fait qu'il y a six mois, en faisant l'autopsie d'une jeune fille vierge qui était restée couchée pendant neuf mois à la suite d'une large et profonde brûlure; l'utérus, facilement réductible, était, comme on peut le voir (car voici la pièce que j'ai conservée), couché au fond de l'excavation pelvienne et recouvert par le paquet intestinal, qui l'éloignait de la vessie.

Malheureusement on ne maintient et on ne guérit pas aussi facilement les rétroflexions. Je dis malheureusement, parce que cette affection est souvent cause de stérilité, de dysménorrhée, de tranchées, de coliques utérines, d'accidents même très sérieux au moment des règles, de troubles généraux dans l'innervation, la musculation et la nutrition, sans parler de ceux du côté du rectum, tels que besoins fréquents, presque incessants pour certaines malades, d'aller à la garde-robe, pesanteur sur l'anus, etc.

Les différents pessaires inventés jusqu'à ce jour, et introduits dans le vagin, n'ont presque aucune efficacité contre la rétroflexion, parce que leur action ne peut guère s'exercer plus haut que l'insertion vaginale postérieure. Ils ne peuvent remonter assez haut pour redresser et maintenir le fond de l'utérus dans la position et la direction normales. Cependant, chez certaines femmes qui ont une rétroflexion très prononcée, et un abaissement du fond de l'organe tel que cette partie est plus basse que le col, et vient peser sur l'extrémité inférieure du rectum, nous avons vu le pessaire de M. Hervez de Chégoin suffisamment redresser et reporter en avant la masse utérine pour faire cesser les incommodités et les accidents.

Quant aux pessaires à air, même ceux de MM. Gariel et Favrot, introduits, puis dilatés dans le rectum, comme ils représentent une espèce d'olive ou d'œuf très allongé, dont le diamètre transversal, peu étendu, est très convexe, ils ne peuvent, comme je m'en suis assuré maintes fois, maintenir l'utérus, qui glisse presque aussitôt à droite ou à gauche de l'instrument, et retombe dans sa position vicieuse. Le glissement se fait d'autant plus facilement, que la face postérieure de l'utérus est très convexe. Ce qu'il faudrait pour que ce pessaire agît efficacement, ce serait que sa face antérieure, celle qui doit être en rapport avec l'utérus, fût plane et large, et que sa face postérieure ou sacrée fût convexe en tout sens, pour s'adapter à la concavité du sacrum. Ainsi configuré, cet instrument remplirait toutes les conditions désirables. Mais il paraît que, malgré toutes les heureuses modifications que l'industrie et l'art ont fait subir au caoutchouc, M. Gariel, avec toute sa patience et sa grande aptitude, n'a pu en fabriquer qui remplissent ces conditions, dont je lui ai fait part il y a déjà plusieurs années. C'est en présence de toutes ces difficultés et de l'inefficacité des moyens que possède l'art que depuis cinq ans j'emploie un nouveau procédé contre les rétroflexions. Il consiste, après avoir replacé l'utérus, tant avec l'hystéromètre qu'avec les doigts introduits dans le rectum, à le maintenir réduit, en substituant aux doigts et à l'instrument une grosse mèche de charpie, à laquelle on donne ensuite la forme d'un coussinet, à l'aide des indicateurs portés dans le vagin et la partie inférieure du rectum. Elle doit être portée à 1 ou 2 pouces au-dessus de l'anus, afin de ne pas solliciter les contractions intestinales. Avant d'appliquer ce moyen, on s'est assuré que l'utérus était facilement réductible, et l'on a pris la précaution d'évacuer complétement le canal intestinal. On nourrit les malades avec des substances très alibiles qui laissent peu de résidu, et l'on attend, avant de changer la mèche, que la malade ait un besoin irrésistible d'aller à la garde-robe. L'accumulation des matières, qui se fait graduellement et lentement au-dessus de la mèche, redresse de plus en plus l'utérus.

La présence de ce corps étranger et la rétention des matières sont supportées pendant un temps très variable, qui s'étend depuis huit ou dix jours jusqu'à vingt, vingt-cinq et même trente jours. Il y a quatre mois, mon excellent ami M. le docteur Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite, m'a adressé une dame qui l'a gardé sans inconvénient pendant trente-quatre jours. Dans les premiers jours qui suivent l'application de la première mèche, les malades la supportent beaucoup moins longtemps, mais bientôt elles s'y habituent. La durée du traitement est ordinairement de trois mois et demi à quatre mois. Après cette époque, la matrice reste en général redressée et les malades débarrassées de tous les accidents.

Quelquefois cependant, lorsque la concavité du sacrum est très profonde, elle a de la tendance à retomber dans cette cavité, qu'il faut remplir par l'application d'un long pessaire Hervez, qui dans ce cas a encore l'avantage d'élever l'utérus et de maintenir son fond au niveau de l'angle sacro-vertébral, qui l'empêche de se renverser en arrière.

Quelques malades ont l'intestin trop susceptible et trop irritable pour être ainsi traitées; les contractions intestinales sollicitées par la présence de la mèche et des matières les chassent tous les trois ou quatre jours : c'est là le seul inconvénient que je connaisse à ce procédé lorsqu'il est convenablement appliqué.

Dans la mobilité excessive de l'utérus accompagnée de douleurs nerveuses ou de troubles utérins et péri-utérins, mobilité qui, comme je l'ai dit, n'est autre chose que la possibilité qu'a la matrice de se porter successivement dans diverses directions, il suffit de la fixer légèrement avec un petit pessaire élytroïde inventé par M. Cloquet, un pessaire élytromodion, qui n'est qu'une simple tige élastique courbée à son milieu et renflée à ses extrémités, pour voir cesser presque subitement les accidents. On pourrait encore, comme le faisait souvent notre collègue Devilliers, se servir simplement d'une petite orange verte ou d'un petit citron vert. En vain dira-t-on que les malaises, les douleurs que les malades ressentent dans ce cas tiennent non au changement de direction et de position de la matrice, mais aux frottements, aux tiraillements que cet organe malade éprouve ou fait éprouver aux parties voisines, dont la sensibilité est pathologiquement accrue; toujours est-il que les accidents cessent lorsqu'on fixe même légèrement la matrice; or peu importe que ces phénomènes morbides soient primitifs ou consécutifs, essentiels ou symptomatiques; ce qu'il importe, c'est qu'ils disparaissent.

A ceux qui me diront : Mais le repos, une position horizontale, la suppression de la fatigue en font promptement justice, je répondrai : Oui, tant que les femmes restent tranquilles, mais toutes ne peuvent pas vivre ainsi étendues sur un canapé et sans se livrer au travail que réclament les besoins de l'existence. D'ailleurs cette vie inoccupée et passée dans une même position n'a-t-elle pas une foule d'inconvénients au point de vue hygiénique et moral, comme l'ont reconnu les premiers les antagonistes des déviations ?

Un mot en terminant sur la ceinture hypogastrique, dont l'usage est presque devenu ridicule par l'abus qu'on en fait et le peu de discernement qu'on apporte dans sa prescription. S'il existe des femmes auxquelles ce moyen est utile, il en est peut-être plus pour lesquelles il n'est d'aucun avantage et même est nuisible, et qui sont obligées d'y renoncer promptement. Ce sont, à part les malades dont M. Malgaigne vous a parlé, presque toutes celles qui n'ont qu'un médiocre embonpoint, dont les parois abdominales sont fermes, résistantes, non distendues ou dilatées, et qui ne dépassent pas en avant le niveau de la symphyse du pubis. Chez ces femmes, la ceinture ne soutient rien, ne supporte aucune partie du poids des viscères; elle ne fait que rétrécir la cavité abdominale et refouler les organes qui y sont contenus dans l'excavation pelvienne sur l'utérus; elle agit alors à la manière des vêtements serrés et des corsets, qui ont une si grande influence sur le développement des déviations.

M. le président appelle M. Velpeau à la tribune.

M. Velpeau ne pensait pas prendre la parole aujourd'hui. Bien que ce qu'il a à dire se trouve considérablement réduit par tout ce qui a déjà été dit dans cette discussion, il ne serait pas prêt en ce moment. Il demande que la parole lui soit réservée pour la séance prochaine.

La parole est à M. Hervez de Chégoin.

M. Hervez de Chégoin. Il résulte de la discussion nouvelle sur les déplacements de la matrice que plusieurs propositions qui paraissaient acceptées sont remises en question. Il y a donc lieu d'examiner si celles que l'on a mises à leur place méritent la préférence.

Première proposition. — « Les déplacements de la matrice n'ont » aucune importance; il est inutile d'y remédier. »

Parce que quelques femmes n'éprouvent aucun des accidents inhérents ordinairement à ces déviations, prétendre qu'il en est toujours ainsi, c'est prendre l'exception pour la règle et oublier que les maladies sont individuelles comme les médications qu'elles réclament. L'exemple que M. Malgaigne a choisi (les hernies dont les unes volumineuses ne produisent aucun malaise, tandis que d'autres très petites font beaucoup souffrir) est si vrai qu'il se présente à l'esprit de tout le monde. Il en est de même de la chute du rectum, de l'abaissement du foie, du simple allongement du cordon dans la varicocèle ou du relâchement de la paroi antérieure du vagin, etc. Comment croire que la matrice seule ferait exception à cette loi générale, quand tant de faits directs d'ailleurs viennent démontrer le contraire ?

Je ne puis donc pas accepter la conclusion du rapport sur cette première proposition, et je me crois autorisé à soutenir celle que j'ai émise il y a longtemps, entièrement opposée à celle que je combats.

Deuxième proposition. — « Les déplacements de la matrice ne sont » que la conséquence d'un état pathologique de cet organe dont la » guérison fait disparaître la déviation. »

Toujours opposé aux théories exclusives, je reconnais que beaucoup de déviations de la matrice sont produites par des maladies de cet organe. Mais puis-je méconnaître que beaucoup de ces déviations existent sans cet état pathologique, quand je vois les déplacements persister alors que toute complication a disparu et quand je vois le retour de la matrice à sa place naturelle par un moyen artificiel mettre fin à tous les symptômes, qui continuaient malgré tous les moyens dirigés contre l'état pathologique lui-même ? Je vais plus loin, et je crois pouvoir dire que la déviation elle-même de la matrice devient à son tour la cause d'un engorgement, qui ne cesse que par son retour à sa position normale.

Je ne puis donc non plus admettre les conclusions du rapport sur cette deuxième proposition.

J'aborde maintenant la question du traitement.

Lorsque je lus le résumé publié par M. Valleix, ne m'arrêtant qu'à ses observations et aux faits dont j'avais été témoin, j'avoue que, ne pouvant élever de doutes sur l'exactitude de ces faits, ils dépassaient toutes mes prévisions fondées sur des considérations qui découlaient de graves accidents que j'avais vus survenir à la suite d'opérations, légères en apparence, pratiquées dans l'intérieur de la matrice. En ajoutant foi aux succès de M. Valleix, je ne pouvais non plus m'empêcher de croire aux aveux qu'il fait sur les métrites, sur les hémorrhagies, les péritonites partielles, les abcès péri-utérins survenus à la suite de tentatives faites à l'aide du redresseur intra-utérin, et je me demandais comment on pouvait poursuivre une pareille méthode avec tant de chances malheureuses à courir. Les faits dont j'ai été témoin depuis ont confirmé les craintes que j'avais exprimées par anticipation. C'est qu'en effet la matrice fait exception, pour la susceptibilité inflammatoire, à tous les autres organes creux. Cela tient à ce que les deux faces interne et externe de la matrice communiquent l'une avec l'autre et avec les parties voisines par les trompes de Fallope, etc. J'avais donc à cœur, dans les moyens variés que j'ai appliqués aux déplacements variés de la matrice, de ne jamais toucher qu'à sa face externe. Je ne voulais pas mettre un pessaire dans la matrice, mais appuyer seulement la matrice sur un pessaire.

M. Hervez entre ici dans les détails pratiques des méthodes qu'il met habituellement en usage contre les diverses espèces de déviations utérines, méthodes qu'il a déjà exposées dans un travail inséré dans les *Mémoires de l'Académie*, et il termine en résumant son argumentation par les conclusions suivantes :

Toutes ces considérations me conduisent à conclure que beaucoup de déplacements de la matrice réclament des moyens contentifs; que ceux qui agissent sur la face interne de l'organe sont dangereux; que les moyens appliqués par le vagin sont efficaces et sans danger quand ils le sont opportunément; que cette opportunité résulte de la guérison de toutes les complications, avec lesquelles on voit aussi disparaître quelques-uns de ces déplacements; que les faits exposés dans le rapport de M. Depaul, si remarquable sous plusieurs points de vue, que

(1) J'ai dit dans la dernière séance par quel mécanisme la vessie, en se dilatant, maintenait l'utérus dans sa direction, ou l'y ramenait lorsqu'il en avait été écarté.

ceux dont j'ai été témoin, doivent faire rejeter le redresseur intra-utérin.

L'ordre d'inscription appelle à la tribune M. P. Dubois.

M. P. DUBOIS, croyant que M. Velpeau et d'autres membres devaient parler avant lui, n'a pas pris ses dispositions ; cependant, puisque l'ordre d'inscription l'appelle, il en profitera pour présenter quelques courtes réflexions sur ce que vient de dire M. Hervez de Chégoin.

M. Dubois pense que M. Hervez se fait illusion sur l'efficacité de ses pessaires ; il emploie des instruments qui ne peuvent agir que sur la partie inférieure de l'utérus. Or il est impossible qu'avec des instruments dont l'action est aussi limitée il parvienne jamais à redresser complétement un utérus rétroversé. Aussi je trouve très naturel qu'on ait cherché d'autres moyens, et qu'on ait songé à introduire des instruments dans l'intérieur de l'utérus. Cette idée, je le répète, est à mes yeux très naturelle, la seule même qui soit capable de faire atteindre le but qu'on se propose. Mais l'introduction de corps étrangers dans la cavité utérine est-elle sans danger ? Voilà la question. C'est ce que je me proposais d'examiner, et si l'Académie veut bien me le permettre, je renverrai cet examen à la séance prochaine.

M. LE PRÉSIDENT. Il n'y a plus aucun orateur inscrit. L'Académie est-elle d'avis que la discussion soit renvoyée à la semaine prochaine ?

DE TOUTES PARTS : Oui ! oui !

La parole est à M. Bayle pour une lecture.

Aliénation avec paralysie générale. — M. Bayle lit un mémoire ayant pour titre : *De la cause organique de l'aliénation avec paralysie générale.*

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 mai 1854. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Alquié (de Montpellier), membre correspondant, adresse un mémoire sur un nouveau mode de chéiloplastie.

— M. le docteur Houzelot (de Meaux), nommé membre correspondant dans la dernière séance, adresse une lettre de remerciments ; cette lettre est accompagnée de deux observations, l'une sur un vice de conformation des organes génitaux chez une femme, l'autre sur un cas de tumeur cancéreuse de l'aisselle opérée avec succès.

(L'ordre du jour étant fixé, la lecture de ces divers travaux est renvoyée à une des prochaines séances.)

— M. Game fait hommage d'une notice sur un cas de cataracte congéniale opérée avec succès sur un sujet âgé de cinquante-cinq ans.

LECTURE.

M. Cullerier donne lecture d'un mémoire sur l'hérédité de la syphilis, dont voici les conclusions :

L'hérédité de la syphilis est incontestable ; mais elle n'est due qu'à l'influence maternelle, le père y restant tout à fait étranger.

Elle peut avoir lieu à toutes les époques de la vie fœtale et à toutes les périodes de l'infection de la mère. Pendant l'existence du chancre infectant, pendant le cours des accidents secondaires ou tertiaires, dans l'intervalle de ces manifestations constitutionnelles et alors même que la mère présente la plus belle apparence de santé.

La transmission de la syphilis constitutionnelle du père à la mère par l'intermédiaire du fœtus est une théorie qui ne repose sur aucun fait authentique et incontestable.

La manifestation de la syphilis héréditaire, très rare au moment même de la naissance, se fait voir vers l'âge de six semaines à trois mois, quelquefois à six mois, et jamais plus tard que la première année.

DISCUSSION.

M. RICORD. J'ai écouté avec une scrupuleuse attention le très intéressant travail de M. Cullerier, et dès maintenant, je dois l'avouer, je me sentirais disposé à admettre les opinions qu'il émet, à la condition toutefois qu'il pourrait fournir, pour leur donner plus de force, un nombre de faits suffisant. Si je prends la parole, si je fais des objections, c'est pour engager notre confrère à rechercher de nouveaux matériaux. M. Cullerier, en faisant allusion à mes opinions sur l'hérédité de la syphilis, me considère comme un partisan exclusif de l'hérédité paternelle. Il n'en est cependant pas ainsi ; car lorsque j'ai discuté les idées de Hunter, lorsque je combattais les idées de l'école physiologique, je disais : Si vous niez l'hérédité paternelle, vous ne pouvez, du moins, nier l'hérédité maternelle. Et, parlant de l'hérédité paternelle, j'avais soin de laisser planer des doutes sur sa réalité dans un grand nombre d'observations, en raison de la difficulté que l'on éprouve à désigner d'une manière positive le père véritable.

Mais, m'enquérant toujours de l'influence du père sur la santé des enfants, j'ai fait de nombreuses recherches, et voilà ce que l'expérience m'a démontré : il m'est arrivé très souvent de trouver la paternité par la filiation de la syphilis. Ainsi, un mari sain et une femme saine avaient un enfant malade, et je reconnaissais que la femme, en dehors de son ménage, avait eu commerce avec un homme infecté de syphilis. Dans d'autres circonstances, j'ai vu des enfants naissant syphilitiques de mères qui ne présentaient aucune trace d'infection. On pourra, à la vérité, objecter que j'étais arrivé trop tard pour reconnaître les accidents syphilitiques. A la suite de ces premiers faits, et comme moyen de les corroborer, j'en ai vu d'autres qui m'ont paru tout aussi probants. Ainsi, des femmes qui avaient eu des enfants vérolés ont ensuite mis au monde des enfants sains, et cependant elles n'avaient suivi aucun traitement. Dans le même ordre de faits, j'ai vu des femmes qui, mariées avec un homme infecté, avaient des enfants syphilitiques. Devenues veuves, elles se remariaient et procréaient des enfants sains. Ne voit-on pas des femmes donner naissance alternativement à des enfants malades ou sains, sans qu'on puisse expliquer de telles singularités que par l'état de santé des hommes avec lesquels elles ont eu des relations.

M. Cullerier a cité une observation empruntée à mes Lettres, celle relative à une femme qui, mariée avec un homme sain, avait eu un enfant syphilitique ; et l'explication de cette particularité m'avait été clairement démontrée par les aveux de l'amant de cette femme. En publiant ce fait, je n'avais d'autre intention que de mettre en garde les praticiens contre l'idée que des manifestations syphilitiques survenant chez un enfant né d'un père et d'une mère en parfaite santé auraient pu être transmises par le fait d'une nourrice.

Mais puisque notre collègue a parlé de cette observation, je lui dirai que l'amant infecté m'avait assuré, dans la confidence qu'il me fit, que dans le moment où il entretenait commerce avec cette femme, il était parfaitement guéri des symptômes primitifs de la vérole.

En résumé, ce que je veux établir, et ce que des faits positifs m'ont démontré comme réel, c'est que des femmes parfaitement saines peuvent donner naissance à des enfants vérolés, le père n'ayant non plus aucune manifestation syphilitique apparente.

Passant ensuite à un autre point, M. Cullerier signale les différences que peut présenter l'influence syphilitique des parents. J'en ai aussi parlé. Il est bien certain qu'il faut une aptitude spéciale, et l'on peut dire en principe : N'a pas la vérole qui veut. Ainsi, des enfants peuvent être inaptes à prendre la vérole ; et comme preuve à l'appui de cette assertion, je puis citer des observations de mères syphilitiques qui n'ont pas eu d'enfants malades, ce qui prouve sans doute que l'hérédité maternelle n'est pas fatalement vraie.

Si cette remarque est vraie quant à l'hérédité maternelle, elle l'est encore bien plus s'il s'agit de l'hérédité paternelle. Quant aux avortements qui surviennent quand le virus syphilitique existait chez l'un ou l'autre des parents, ils m'ont paru plus précoces lorsque la vérole était du côté du père.

M. Cullerier, discutant un point de ma doctrine, prétend que j'ai dit qu'on ne se débarrassait jamais complétement du vice syphilitique. Voici ce que je veux dire :

Je crois bien qu'on guérit de la syphilis ; je crois qu'on fait disparaître toutes les manifestations de cette maladie ; et la production d'enfants sains par des parents qui avaient eu la vérole et qui en avaient été guéris le prouve indubitablement. Mais y a-t-il dans ces cas une guérison radicale, absolue, une destruction complète de la chose acquise ? Voilà où est la question.

Ne peut-on pas retrouver des traces de cette infection ; ne peut-on pas admettre que la vérole laisse après elle un retentissement qui se continue et qui constitue une disposition spéciale, comme se continue l'action de la variole et de la vaccine ; de telle sorte qu'un individu vérolé, quoique guéri de l'atteinte syphilitique qu'il a subie, n'est pas, vis-à-vis d'une nouvelle vérole, dans des conditions d'aptitude semblables à celles que l'on rencontre chez des individus encore vierges de toute affection syphilitique ?

Le traitement que l'on inflige aux malades fait disparaître les accidents primitifs, et suivant qu'il est plus ou moins complet, il éloigne à plus ou moins de distance l'apparition d'accidents consécutifs. C'est ainsi que chez des individus qui paraissent guéris on voit apparaître après huit ou dix ans, et quelquefois après un temps encore plus éloigné des accidents secondaires ou tertiaires.

M. Cullerier aborde aussi une autre question d'une haute importance en pathologie générale ; je veux parler des manifestations tardives. A ce sujet, notre collègue m'accuse de trop de crédulité. Je commence d'abord par protester contre cette accusation ; je porte en syphilis une incrédulité toute voltairienne.

Passant ensuite à la discussion des manifestations tardives, M. Ricord continue en ces termes :

Philosophiquement, doit-on admettre qu'un traitement antisyphilitique administré pendant l'état de gestation puisse avoir une influence sur la mère ? Cela est hors de doute. Si une femme syphilitique donne la vérole à son enfant, c'est bien par la nutrition ; c'est encore là un fait incontestable. Eh bien ! s'il en est ainsi, le traitement subi par la mère ne doit-il pas aussi agir sur l'enfant ?

N'est-il pas établi aussi qu'il n'est pas indifférent de traiter un malade pendant un temps plus ou moins long, puisque plus le traitement est prolongé, plus il a d'effet, et plus il retarde les récidives ?

Ceci admis, ne peut-on pas admettre que, puisque la mère a été influencée par le traitement, l'enfant a dû subir la même influence ? Et si l'apparition d'accidents consécutifs est retardée chez la mère, la même chose a lieu pour l'enfant. Et comme cette apparition des accidents est retardée à des termes excessivement variés quand l'art est intervenu, on comprend alors que chez des individus qui à leur naissance ne présentaient aucune trace de vérole il puisse apparaître une manifestation syphilitique après un temps plus ou moins éloigné. Ainsi j'ai vu des sujets chez lesquels les premières années de la vie s'écoulérent sans accidents, qui en ont eu plus tard. J'ai entre autres cité l'observation de deux frères qui tous deux à la même époque présentèrent la même nature d'accidents tertiaires (ostéite faciale, palatine, etc.).

Ces faits n'ont rien de bien extraordinaire, si toutefois on admet la transmission de la vérole aux enfants et l'influence du traitement pour éloigner l'apparition des accidents consécutifs.

Cette croyance que j'ai de la prolongation de l'influence syphilitique chez les individus infectés et en apparence guéris me ferait repousser un mariage avec une veuve dont le mari aurait eu la vérole. Ce ne serait pas, comme vous le voyez, pour les mêmes motifs dont a parlé M. Cullerier.

M. Ricord examine ensuite la question relative au pemphigus des nouveau-nés. Comme M. Cullerier, il admet que souvent il y a erreur dans la détermination de la nature de cette affection. En lisant la description tracée par M. Dubois, il lui paraît évidemment qu'il y a souvent une fausse désignation de la maladie. Il semble qu'il s'agit bien plutôt d'une éruption ecthymateuse se rattachant à une variété d'ecthyma, plutôt qu'au pemphigus.

En résumé, dit en terminant M. Ricord, je crois, avec M. Cullerier, que l'hérédité la plus certaine est celle de la mère à l'enfant.

Je crois néanmoins que l'hérédité paternelle existe ; pour la rejeter, il faudrait de nouvelles études plus probantes. Le travail de M. Cullerier me poussera à entreprendre des recherches dans ce sens.

Je crois que la syphilis des enfants peut être précoce ou tardive.

Je crois donc à la syphilis tardive ; et s'il est démontré qu'un homme peut vivre pendant vingt ans sans éprouver aucune manifestation syphilitique, les enfants ne peuvent-ils pas également, quoique vérolés, vivre pendant des années sans être malades d'une façon apparente ?

Je crois enfin à la transmission possible du virus syphilitique de l'enfant à la mère saine. C'est sans doute difficile à prouver. Mais s'il y a échange de la mère à l'enfant, pourquoi la réciprocité ne serait-elle pas vraie ? C'est du reste un sujet à étudier encore. Voici un fait. J'ai soigné une dame malade dans les circonstances suivantes : j'avais traité son mari pour un chancre induré. Cet homme voulait se marier lorsque l'accident primitif était guéri. Il me consulta à ce sujet ; je l'engageai à attendre, lui disant : « Vous ne donnerez aucune maladie à votre femme, mais je crains pour vos enfants ; laissez le traitement se poursuivre plus longtemps. » Il ne m'écouta pas. Un premier enfant naquit infecté de vérole, et ensuite la mère fut elle-même infectée. J'ai analysé l'observation avec rigueur. La femme avait-elle contracté la maladie de son côté ? Je n'ai pu en trouver la preuve. Pourquoi ne pas admettre alors que l'enfant a été le lien d'infection entre le père et la mère ?

M. VIDAL (de Cassis). M. Cullerier vient de soutenir d'une manière brillante une thèse contre l'hérédité de la syphilis par le père ; il a été absolu. Il n'y a pas longtemps, M. Mayr, médecin d'un hôpital d'enfants à Vienne, a soutenu une thèse absolument contraire. L'hérédité, selon lui, n'aurait lieu que par le fait du père. M. Mayr a été aussi très absolu. Son travail est traduit dans les *Annales de la syphilis et des maladies de la peau.*

Je suis très loin d'accepter la thèse de M. Mayr ; ses faits, sa logique ne m'ont pas convaincu. Je ne puis non plus accepter toutes les conséquences de la thèse de M. Cullerier, car je crois à l'hérédité par le père, et j'ai des faits de ma pratique qui concordent avec ceux dont a fait mention M. le docteur Ricord ; ils sont incontestables. Mais, dans certaines limites, je puis approuver le travail de M. Cullerier, parce que je crois l'hérédité par la femme plus fréquente qu'on ne pense. Cette conviction chez moi n'est pas récente ; je l'ai acquise, il y a plus de douze ans, à Lourcine en observant les nourrices. Là j'ai pu me convaincre qu'on donnait comme saines des femmes qui avaient des affections du col de l'utérus, parce qu'on avait négligé d'examiner directement cet organe ; ou bien on ne considérait pas comme syphilitiques des ulcérations qui l'étaient réellement. Dans mon *Traité de chirurgie*, j'ai insisté pour prouver que certaines, femmes ayant eu des enfants couverts de pustules syphilitiques, ces pustules, que l'on considérait comme un héritage du père, étaient bien dues à l'affection syphilitique de la mère.

Ainsi, je me rapproche beaucoup de M. Cullerier ; mais je ne puis rejeter les faits contraires à sa thèse, que je crois trop absolue, je le répète.

M. Cullerier attaque avec esprit un fait que j'ai inséré dans mon *Traité des maladies vénériennes.* Il s'agit d'une femme qui eut d'un mari vérolé un enfant, lequel succomba à la même maladie ; le père mourut aussi. Cette femme se remaria, mais cette fois avec un homme tout à fait sain, que j'ai pu examiner, interroger. Eh bien ! quatre ans après la première union, elle eut un enfant syphilitique !

Ce fait me paraissait si extraordinaire que je n'osais le publier ; mais des faits de physiologie comparée sont venus l'expliquer.

Ainsi, un milord désire obtenir des produits zébrés d'une jument qu'il fait couvrir par un zèbre ; il obtient ce résultat. Il éloigne alors le zèbre et livre la jument à des chevaux ; cette jument persiste à donner des produits avec des marques du zèbre depuis longtemps absent. Ainsi, dans l'acte de la première fécondation, l'impression du zèbre a été telle sur la jument, qu'avec des chevaux elle a continué à donner des produits qui ressemblaient au premier père.

Eh bien ! j'ai comparé le premier mari de la femme en question au zèbre ; éloigné de sa femme par la mort, celle-ci n'a pas moins continué, avec un mari sain, à procréer des enfants avec des marques syphilitiques du premier mari.

M. Cullerier soupçonne ici la femme, que je n'ai pas suivie, ni examinée pendant son premier mariage ; mais je l'ai interrogée avec le plus grand soin, et l'étude des antécédents doit avoir une grande influence sur notre opinion, si elle est bien faite. Quand cette femme a été à Lourcine pendant son dernier mariage, l'examen le plus attentif des organes génitaux n'a montré aucune trace récente ni ancienne de maladie.

M. Cullerier ajoute que le fait du zèbre est physiologique, tandis que le fait observé par moi est pathologique ; mais tous les jours on invoque la physiologie pour expliquer, éclairer la pathologie. D'ailleurs, il ne me sera pas difficile d'abandonner cette explication ; mais le fait reste, et je le crois important dans l'histoire de la syphilis héréditaire.

Le secrétaire de la Société : E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le conseil de l'Académie a modifié de la manière suivante la liste de présentation des candidats à la chaire de clinique chirurgicale : 1° M. Jobert ; 2° M. Michon ; 3° M. Gosselin.

— Le *Moniteur* publie un décret qui autorise les médecins dont les noms suivent à porter les différentes décorations d'ordres qui leur ont été conférés par des souverains étrangers :

Belgique. — Ordre de Léopold. — M. Guérin (Raimond-René), médecin (chevalier).

Deux-Siciles. — Ordre de François Ier. — M. Hutin (J.-F.-M.), médecin en chef de l'hôtel des Invalides (chevalier).

Espagne. — Ordre d'Isabelle-la-Catholique. — MM. Guérineau (J.-D.), médecin, et Lepetit (J.-E.-E.), médecin (chevaliers).

Etats romains. — Ordre de Pie, 2e classe. — M. Molard (F.-J.), médecin-major de 1re classe.

Etats romains. — Ordre de Saint-Sylvestre. — M. Carrier (J.-B.), médecin (chevalier).

Portugal. — Ordre du Christ. — M. Delabarre (A.-F.-A.), médecin-dentiste de l'hospice des Enfants trouvés et orphelins de Paris (chevalier).

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra-morbus.

L'épidémie est toujours dans la période ascendante que nous avons signalée depuis quinze jours. Notre bulletin de samedi dernier constatait une augmentation sur celui de la semaine précédente ; celui de la semaine actuelle accuse une augmentation plus sensible encore sur la dernière semaine, ainsi qu'on en jugera par le relevé suivant :

Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils du 15 21 juin.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sortiss.	Décès.
Le 15 juin,	31	10	41	4	17
16 »	23	3	26	4	20
17 »	29	12	41	9	16
18 »	18	5	23	11	18
19 »	31	18	49	8	21
20 »	32	13	45	7	21
21 »	26	10	36	5	22
	190	71	261	48	135

Le chiffre total pour ces sept jours est, comme on le voit, de 261, tandis qu'il n'était que de 182 pour la semaine précédente, et de beaucoup inférieur encore pour la semaine d'avant. La proportion des cas déclarés à l'intérieur par rapport aux cas venus du dehors semble être restée un peu inférieure, comme il est arrivé jusqu'à présent toutes les fois qu'il s'est manifesté une plus grande impulsion dans l'épidémie. Quant à la gravité de la maladie, elle est toujours à peu près la même. Ainsi, quelques-uns des malades pris dans les salles ont été enlevés en moins de deux jours.

Voici la récapitulation générale depuis le commencement de l'épidémie :

Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre.		2,596
Sorties.	982	2,352
Décès.	1,370	
Restant en traitement.		244

Choléra et variole sévissant simultanément sur le même individu. — Influence qu'exercent ces deux maladies l'une sur l'autre.

Nous avons déjà signalé cette circonstance digne de remarque de la marche simultanée de plusieurs affections épidémiques, notamment du choléra et de la variole, suivant chacune leur marche indépendante, sans paraître s'influencer réciproquement d'une manière sensible, et, loin de s'exclure, sévissant souvent en même temps ou se succédant à un très court intervalle chez le même individu. Mais si, en tant qu'épidémies, c'est-à-dire considérées dans leur marche générale, ces deux affections paraissent rester parfaitement indépendantes et subir leurs diverses phases et leurs oscillations plus ou moins irrégulières sans s'influencer sensiblement, il n'en est pas de même si l'on considère individuellement les deux maladies sévissant sur un même sujet. Il est curieux de suivre dans ce cas l'influence que le choléra et la variole exercent réciproquement l'une sur l'autre. Dans la plupart des cas que nous avons vus jusqu'ici, le choléra ayant été promptement mortel, il n'a pas été possible d'apprécier les modifications qu'aurait pu subir la variole préexistante dans sa marche sous l'influence du choléra ; mais dans une circonstance récente, il nous a été plus facile de voir les modifications qu'a présentées la variole développée immédiatement après une attaque de choléra. Tels sont en particulier les deux faits suivants du service de M. Rostan à l'Hôtel-Dieu et que notre honorable confrère M. Lebled, chef de clinique, a bien voulu signaler à notre attention.

Un homme de trente-trois ans est entré le 1er juin salle Sainte-Anne, n° 1, en proie à une attaque de choléra d'une intensité moyenne, mais très bien caractérisé d'ailleurs. Il était malade depuis la veille lorsqu'il est entré à l'hôpital. Sous l'influence des moyens de traitement mis en usage, la réaction s'est établie, les principaux symptômes se sont graduellement amendés, et le malade entrait en convalescence, lorsqu'il a présenté une succession de phénomènes très curieux.

Le surlendemain de son entrée à l'hôpital il a eu d'abord un ictère, qui a été en augmentant pendant huit à dix jours, puis qui a décru jusqu'à ce jour, où l'on n'aperçoit plus qu'une très légère teinte ictérique sur les conjonctives et sur quelques points de la peau. Cinq à six jours après l'attaque de choléra, et pendant le cours de cet ictère, il est survenu une varioloïde très discrète (il n'y avait pas plus de trente à quarante pustules sur tout le corps). Les pustules à peine développées se flétrirent rapidement, et se desséchèrent avant d'arriver au terme ordinaire de la période de dessiccation ; l'éruption sembla en quelque sorte avortée. Quatre ou cinq jours après une nouvelle éruption se manifesta sous forme de plaques rouges, violacées, de forme irrégulière, sorte d'érythème sans caractère bien tranché. Cette deuxième éruption commençant à peine à disparaître est suivie à son tour d'une abondante éruption de sudamina couvrant la presque totalité du corps. Sur quelques points on voyait de larges vésicules contenant un liquide louche, purulent; puis ces vésicules s'effacent, et on ne tarde pas à s'apercevoir qu'un énorme abcès s'est développé sous l'aisselle. Une incision pratiquée dans cet abcès donne issue à une grande quantité de pus sanieux, rosé, fétide et de mauvaise nature, et fait reconnaître que le foyer de cet abcès s'étend au-dessous de l'omoplate, jusque sous le muscle grand dentelé.

Enfin, aujourd'hui le foyer est vidé et l'incision cicatrisée, et depuis deux ou trois jours il s'est produit encore une nouvelle éruption pustuleuse sur la face, n'ayant qu'une ressemblance éloignée avec les pustules de la variole, et plusieurs furoncles sur les membres.

Toute cette série de phénomènes s'est déroulée dans l'ordre que nous venons d'indiquer, sans provoquer de réaction fébrile vive et sans entraver ni retarder sensiblement la marche de la convalescence du choléra. Ne semble-t-il pas que dans ce cas l'éruption variolique, survenue immédiatement après un attaque assez intense de choléra, et alors que l'économie était encore fortement ébranlée et les forces vitales profondément altérées, ne s'effectuant qu'incomplètement, et n'opérant qu'insuffisamment le travail d'élimination du principe morbide, la nature y ait suppléé en quelque sorte par une série d'efforts critiques successifs et variés? Telle est du moins l'interprétation que les anciens eussent donnée de ce fait. Quoi qu'il en soit de la réalité de cette hypothèse, toujours est-il que le fait en lui-même est digne d'attention.

Cette observation d'ailleurs n'est pas isolée, et c'est par son rapprochement avec d'autres faits semblables qu'elle acquiert surtout de l'intérêt. Ainsi, quelques jours auparavant, dans le même service, salle des femmes (Saint-Bernard), était une jeune fille de dix-neuf à vingt ans, entrée avec un choléra des mieux caractérisés et des plus intenses. Pendant huit à dix jours elle a eu des alternatives de refroidissement et de réaction incomplète, des vomissements, de la diarrhée, en un mot, presque tous les symptômes du choléra persistant. Vers le neuvième ou dixième jour ces symptômes cessent, et une petite vérole apparaît ; mais, comme dans le cas précédent, l'éruption se fait incomplètement, les pustules restent dures, peu développées, s'atrophient en quelque sorte. Cette éruption est suivie d'une rougeole dont les taches sont violettes, sombres et mal développées. Puis enfin survient une énorme parotide qui s'est en partie ouverte par l'oreille ; mais l'évacuation ne s'en étant faite qu'incomplètement, on a dû pratiquer une incision au-dessous de l'oreille pour la vider entièrement. La malade est sortie guérie au bout de quinze jours.

Nouveau pessaire anal par M. le docteur Courtillier. Observation.

Les malades sont en général réfractaires aux opérations; toutes les fois qu'il s'agit d'avoir recours au bistouri, on rencontre une répugnance fort grande. Aussi, ai-je cherché un moyen de guérison sans opération sanglante dans le cas de tumeurs hémorrhoïdales, même lorsqu'elles sont assez considérables pour entraîner avec elles une portion de la muqueuse de l'intestin.

C'est par la compression que je suis arrivé à ce résultat. Plusieurs auteurs avaient indiqué ce mode de guérison, sans cependant en faire l'application directe aux hémorrhoïdes internes. Ainsi notre estimable confrère M. Guyot a imaginé pour ces hémor-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des rétrécissements de l'urètre, par le docteur REYBARD. (Ouvrage qui a remporté le grand prix d'Argenteuil.)

On se rappelle les innombrables péripéties par lesquelles a dû passer le prix d'Argenteuil avant d'être décerné, les réclamations nombreuses qu'il a suscitées de la part des concurrents qui le disputaient, la lutte judiciaire qu'a eu à soutenir à son sujet l'Académie de médecine, chargée de déterminer le progrès le plus important fait dans ces dernières années dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. Ce prix a été enfin remporté par le docteur Reybard (de Lyon), déjà connu dans le monde médical par de louables travaux sur les maladies des organes génito-urinaires, et l'ouvrage que nous avons sous les yeux est la reproduction presque textuelle du mémoire que la savante Compagnie a jugé digne de cette magnifique récompense. Cependant, avant de le livrer à l'impression, l'auteur a jugé à propos de lui faire subir quelques modifications importantes dont nous allons essayer de donner une idée.

Ce n'est plus un simple exposé de la nouvelle méthode d'urétrotomie proposée par lui que publie M. Reybard. La description de son procédé avec tous les développements qu'il comporte et des observations à l'appui forment, il est vrai, la base et constituent la plus grande partie du livre. Mais pour en faire un traité complet des rétrécissements de l'urètre, pour bien faire comprendre au lecteur toute la valeur de la méthode dont il est l'inventeur, M. Reybard a pensé, et non sans raison, qu'il était utile de présenter des considérations exactes et étendues sur l'anatomie du canal, et d'examiner sous un nouveau point de vue la pathologie des rétrécissements, et surtout leur constitution anatomique, leur physiologie pathologique et leur étiologie.

De là la division de l'ouvrage de M. Reybard en quatre parties : la première, contenant des considérations générales sur l'anatomie et la physiologie de l'urètre; la deuxième, traitant des rétrécissements ; la troisième, consacrée à l'examen des différents modes de traitement; la quatrième enfin, à l'exposition de la méthode nouvelle, ou urétrotomie, et de tout ce qui s'y rattache.

Le premier livre ne contient, à vrai dire, rien de bien nouveau, ni surtout rien de réellement pratique qui ne soit connu et décrit dans les ouvrages les plus récents d'anatomie descriptive et chirurgicale; nous ne nous y arrêterons donc pas.

Le second, avons-nous dit, renferme l'histoire des rétrécissements, et principalement leur pathogénie et leur anatomie pathologique. Notons d'abord qu'après avoir énuméré les différentes espèces de rétrécissements, M. Reybard déclare qu'il ne peut être question et qu'il ne s'occupera dans son livre que des rétrécissements organiques, dont il donne la définition suivante : la diminution progressive et permanente du diamètre de l'urètre, produite par le retrait graduel d'un tissu pathologique qui s'est substitué à une partie plus ou moins étendue des parois urétrales, et dont l'effet le plus immédiat est d'opposer à la sortie du flot urinaire un obstacle de plus en plus difficile à vaincre. Il exclut donc, et avec raison, et les rétrécissements inflammatoires, et ceux dits spasmodiques, et ces obstructions causées par la saillie dans l'urètre de tumeurs intra ou extra-urétrales, engorgements de la prostate, excroissances charnues.

Ceci posé, il passe en revue les causes qui produisent les rétrécissements, causes qu'il divise en deux catégories :

1° Celles qui tiennent au traumatisme de l'urètre, contusions, plaies, etc.; 2° celles qui tiennent à l'inflammation.

Pour les premières, on lira avec intérêt, et peut-être avec quelque surprise, un article où l'auteur cherche à démontrer que les plaies longitudinales ne produisent jamais de rétrécissements, et nous devons dire que les raisons qu'il allègue à l'appui de sa manière de voir sont assez vraisemblables. Un des points sur lesquels l'auteur insiste le plus comme cause de rétrécissement de l'urètre, c'est l'ulcération du canal déterminée par l'emploi de la cautérisation, laquelle est à ses yeux une déplorable méthode de traitement.

Passant à la nature des rétrécissements, M. Reybard les considère comme formés par un tissu nouveau; opinion qui se rapproche beaucoup de celle de M. Cruveilhier, mais qui en diffère cependant en ceci, que M. Cruveilhier regarde le tissu morbide comme donnant lieu à un engorgement chronique ou à une induration susceptible de résolution, justiciable de la dilatation, et ne passant à l'état fibreux qu'à une époque assez avancée des coarctations organiques; d'où il s'ensuivrait que cette transformation ne serait pas obligée, et pourrait n'avoir pas lieu. Pour M. Reybard, au contraire, ce tissu de nouvelle formation ne se rencontre pas seulement à la période ultime des rétrécissements; il les constitue tous indistinctement, à tous les âges de leur évolution; il existe au moment même où l'inflammation commence à se dissiper et ses produits à s'organiser.

Ce tissu se produit à la manière du tissu inodulaire, comme les cicatrices ordinaires; il ne résulte pas, comme on a pu le croire, de la dégénérescence, de la transformation des parois urétrales en un tissu

rhoïdes un bandage, qui plus tard fut modifié par plusieurs industriels, et qui consiste en un coussin surmonté d'une pelote qui s'applique à l'anus. Ce coussin, fixé devant et derrière à une ceinture par une courroie, est serré à volonté; et une fois la tumeur hémorrhoïdale réduite, les malades, à l'aide de ce bandage, pouvaient marcher sans incommodité; les congestions et les hémorrhagies s'éloignaient de plus en plus. Enfin, dit-il, au bout d'un an les tumeurs étaient manifestement flétries et diminuées.

J'ai essayé ce bandage dans différentes occasions, sans en retirer grand profit; il gêne beaucoup les malades, se déplace facilement, et lorsqu'il est enlevé, les tumeurs n'en reparaissent pas moins.

Dupuytren a abandonné la compression des hémorrhoïdes, même externes, en disant que le lieu n'était pas favorable.

Le docteur Burne employait des bougies qui n'agissaient que comme agent de compression.

Je viens soumettre à mes confrères un petit appareil très simple dont je me sers depuis longtemps, et qui agit non-seulement dans les cas de tumeurs hémorrhoïdales comme compressif, mais qui maintient aussi très bien les chutes du rectum, et en amène la guérison. Il est très précieux surtout chez les enfants.

Cet appareil, que j'appelle *pessaire anal*, consiste en un renflement ovoïde long de 6 centimètres pour les adultes, diminuant progressivement suivant l'âge, large de 3 centimètres dans son plus grand diamètre, supporté par une tige dont la longueur moyenne est de 40 centimètres, de 4 millimètres de diamètre, le tout en caoutchouc vulcanisé et creux; sur le renflement ovoïde une valvule externe; au bout du tube un petit robinet, une tige en baleine de 20 à 25 centimètres, un réservoir à air.

Lorsque la tumeur hémorrhoïdale est sortie, ou lorsque le rectum est tombé, on graisse avec de l'huile d'olives la partie renflée de l'instrument qui est vide d'air; la tige en baleine introduite dans la valvule pousse l'appareil sur la tumeur et la force à rentrer, remplit l'office du doigt; mais une fois la tumeur ou le rectum rentré, on retire la tige en baleine et l'appareil est en place. Il ne s'agit plus que de gonfler l'ovoïde à l'aide du réservoir à air, et la compression se trouve parfaitement établie. Lorsque la sensibilité du malade le permet, j'imbibe l'appareil d'un liquide astringent qui s'ajoute comme effet curatif à la compression.

M. Poullien, qui a bien voulu se charger de confectionner ce petit appareil, y a ajouté une enveloppe de bolet, qui par sa nature spongieuse facilite beaucoup l'emploi des médicaments.

M. X..., depuis deux ans seulement employé supérieur au ministère de la marine, est un homme de quarante-cinq ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, ayant subi de grandes fatigues dans sa carrière militaire (officier du génie). Malade depuis plus de huit ans, il y a un an environ que M. X... m'avoua son infirmité; il n'osait pas aller en soirée, ni faire de courses un peu longues; ma tête se perd, me disait-il; lorsque ces tumeurs sortent, ce sont des souffrances inouïes. Je lui fis porter d'abord le bandage du docteur Guyot; mais l'olive en ivoire maintenait mal la tumeur; les sous-cuisses et le ressort pinçaient les chairs et forçaient souvent le malade à ôter son bandage; la tumeur se reproduisait immédiatement; les douleurs étaient si violentes que je le priai de vouloir bien se soumettre à quelques essais d'un nouveau bandage: c'était mon pessaire anal. Très irritable, le malade eut d'abord de la peine à le supporter; puis il était un peu trop volumineux; cependant, en le diminuant, bientôt M. X... se sentit revivre; ce sont ses expressions.

Au bout d'un mois à peine, mon malade marchait toute une journée, allait fort tard en soirée sans souffrir, ni sentir la présence de son pessaire. Maintenant il lui arrive très souvent de ne plus le porter des journées entières, et les tumeurs ne sortent plus; cependant, aussitôt qu'il sent un peu de pesanteur, il l'introduit; il a peur de souffrir de nouveau.

Chez ce malade, je n'ai pas employé de médicaments; il est d'une très grande sensibilité; il n'y a que deux mois qu'il porte ce pessaire, et le résultat est on ne peut plus satisfaisant.

Tumeur hydatique du foie. — Ouverture à l'aide de la potasse caustique. — Fistule biliaire. — Injections iodées. — Guérison.

Les élèves qui suivent habituellement la clinique de M. Nélaton ont pu voir un malade qui présentait un grand intérêt au double point de vue pathologique et physiologique. Nous voulons parler de cet homme longtemps couché au n° 10 ou 12 de la salle des hommes de la Clinique, et qui portait une tumeur du foie avec fistule biliaire.

Cet homme, âgé de trente-sept ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, d'une santé habituellement bonne, était malade depuis un an lorsqu'il est entré à l'hôpital. Voici quelques-uns des antécédents qu'il nous a été possible de recueillir sur son compte.

Il est concierge et a demeuré longtemps dans une habitation obscure et un peu humide. Il y a environ un an, il a commencé à éprouver quelques vagues douleurs dans l'hypocondre droit, puis plus tard un sentiment de gêne et de pesanteur dans la même région. Il y a trois à quatre mois, les douleurs devinrent beaucoup plus vives; elles augmentaient par les mouvements respirateurs, par la toux et par un effort quelconque. En même temps, constatait dans la région hépatique l'existence d'une tumeur sensible au toucher.

Ce malade, dont le malaise allait toujours en augmentant, entra à la Clinique le 25 mars. Voici ce que l'on constate à cette époque:

La région du foie est le siége d'une tumeur paraissant plonger profondément dans cet organe, et présentant à l'extérieur un point culminant qui s'élève et s'abaisse alternativement pendant les mouvements profonds de respiration. Cette tumeur paraît susceptible d'une légère locomotion. La palpation fait constater que cette tumeur est unique, régulièrement arrondie, d'une consistance molle, d'une rénitence élastique, fluctuante. Il était évident qu'elle contenait un liquide.

Quelle pouvait être la nature de cette tumeur? Etait-ce un abcès ou un kyste? Il y avait peu d'apparence pour un abcès, le malade n'ayant présenté aucun des symptômes d'une inflammation du parenchyme hépatique. Il y avait donc plutôt lieu de présumer l'existence d'un kyste, et bien qu'on ne perçût point la sensation de frémissement propre aux kystes hydatiques, vu l'extrême fréquence de ces sortes de kystes comparativement aux autres, M. Nélaton diagnostiqua un kyste hydatique. Il résolut d'ouvrir la tumeur, mais après avoir préalablement produit à l'aide du caustique des adhérences entre la tumeur et les parois de l'abdomen sus-jacentes.

En conséquence, on applique tous les matins un petit morceau de potasse caustique. Au bout de dix jours de cette application, la partie culminante de la tumeur avait cessé d'être mobile; elle adhérait aux parois abdominales.

Le 20 avril, M. Nélaton plongea dans la tumeur une aiguille à cataracte avec laquelle il perfora le péritoine. L'instrument tomba dans une vaste cavité d'où il s'écoula une quantité assez considérable de pus entraînant des hydatides.

Les jours suivants, on retira tous les matins une grande quantité de pus (un litre environ en dix jours), avec un nombre considérable d'hydatides.

Vers le troisième jour après l'évacuation du pus, il sortit un peu de bile, et à dater de ce moment il sortit tous les matins par la plaie de la bile pure en assez grande quantité. Les selles étaient complétement décolorées, grisâtres. Le malade ne paraissait, du reste, pas souffrir beaucoup de cet état; seulement il avait maigri un peu. Les digestions se faisaient d'ailleurs bien et régulièrement. L'appétit était naturel.

Enfin, à la suite de cette ouverture, il s'est établi une fistule biliaire qui versait incessamment au dehors une quantité considérable de bile. Dans le but de prévenir les accidents d'infection à la suite de l'ouverture du foyer purulent, M. Nélaton avait prescrit de pratiquer tous les matins dans ce foyer des injections iodées. Ces injections ont été pratiquées jusqu'au 10 mai: elles furent cessées à cette époque. Mais quelques jours après, la fistule ayant de nouveau donné issue à un pus abondant et extrêmement fétide, on recommença les injections iodées. Après quelques injections, la suppuration diminua et changea d'aspect.

Un fait non moins remarquable, c'est que, lorsque la bile suintait en abondance par la plaie, le pus n'offrait point de fétidité, tandis qu'il était d'une fétidité extrême quand la bile venait à manquer.

A dater du 30 mai, la suppuration diminua graduellement, l'ouverture de la fistule se rétrécit et l'état général du malade devint de plus en plus satisfaisant. Il mangeait deux portions. Les digestions étaient toujours bonnes et faciles.

Le 8 juin, le malade demanda à sortir pour aller se faire soigner dans sa famille. La fistule était alors presque entièrement oblitérée, et tout faisait présager une guérison prochaine et complète.

On trouve dans cette observation la confirmation de deux faits physiologiques intéressants. Le premier, déjà démontré par les ingénieuses expériences de M. Blondlot sur les fistules biliaires, savoir: que la bile n'a pas l'influence directe que lui attribuaient autrefois les physiologistes sur la digestion, qui se faisait régulièrement et facilement, comme on a pu le voir chez ce malade, bien que la bile s'échappât presque en totalité au dehors.

Le second fait est celui-ci: M. Claude Bernard a été conduit à reconnaître par ses expériences que la bile est un liquide antiputride. Or, on a pu voir également chez ce malade que tant que la bile coulait par la fistule le pus n'offrait aucune fétidité. Pendant un intervalle de plusieurs jours, au contraire, où la bile cessa de s'écouler par la fistule, le pus avait un aspect de mauvaise nature et une odeur fétide. — Dr Brochin.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 juin 1854. — Présidence de M. Combes.

Sur l'accroissement de la membrane des bourgeons charnus et les usages de la suppuration dans la cicatrisation des plaies exposées. — M. Laugier lit un mémoire sur ce sujet.

L'exposition des phénomènes de la cicatrisation des plaies exposées tels qu'on les connaît aujourd'hui présente encore, dit M. Laugier, des lacunes regrettables.

La membrane des bourgeons charnus, avant de former le tissu de la cicatrice, augmente visiblement d'épaisseur. Comment a lieu cet accroissement?

Elle fournit longtemps de la suppuration. A quoi sert cette suppuration? Est-elle utile ou nuisible aux plaies, dont elle paraît retarder la guérison?

Ces deux questions restent dans une obscurité à peu près complète. C'est dans l'espoir de contribuer à les éclaircir que j'apporte ici le résultat de recherches qui me sont propres.

Une expérience très simple prouve que l'épaisseur de la membrane des bourgeons charnus augmente par stratification; que des couches

---

normal. Aujourd'hui, en présence des travaux de l'école expérimentale micrographique, on ne peut plus admettre que les organes se transforment et changent de nature; on ne reconnaît comme possible que la substitution d'un tissu à un autre qui disparaît par voie de résorption. Or, le tissu des rétrécissements, s'organisant aux dépens des produits plastiques que l'inflammation a appelés et retenus dans l'épaisseur des couches urétrales, se substitue de toutes pièces à une portion de ces parois normales, sans rien conserver de leur nature.

C'est là, et presque uniquement, le point de vue nouveau qui domine les recherches de M. Reybard. C'est de là aussi que sont parties les indications thérapeutiques et le nouveau mode de traitement qui ont valu à l'auteur la grande distinction scientifique dont il a été l'objet. Aussi, ne faisons-nous qu'indiquer très brièvement le sommaire du livre troisième, où M. Reybard passe en revue les divers procédés conseillés jusqu'ici contre les rétrécissements, et examine leur valeur relative. Pas n'est besoin de dire qu'il accorde peu de confiance à la dilatation pure et simple; qu'il proscrit la cautérisation. Arrivons à la méthode qu'il propose, à l'urétrotomie.

Il y a deux sortes d'urétrotomie: celle à petites incisions, ou par scarification; celle de l'auteur, à grandes incisions. La première, qui ne divise que le rétrécissement, comme on fait d'un anneau aponévrotique étranglant un viscère hernié, n'a pas donné, depuis vingt-cinq ans qu'on l'applique en France, tous les résultats qu'on en attendait. Comme méthode curative, il y a longtemps que l'on a reconnu combien elle avait peu de valeur. Elle n'a eu qu'un résultat véritablement avantageux: ç'a été de prouver combien était chimérique la crainte des fausses routes qui, croyait-on, devaient en être la conséquence infaillible. Pour l'urétrotomie à grandes incisions, dont il est l'inventeur, M. Reybard revendique une bien plus grande part: c'est celle qu'il va, dit-il, ériger en méthode générale, comme la seule efficace.

On sait en quoi elle consiste. Le traitement de M. Reybard repose tout entier sur une double indication:

1° Pratiquer dans les parois du canal, au niveau du rétrécissement, et de dedans en dehors, une incision de 5 à 6 centimètres de longueur et pénétrant jusqu'au tissu cellulaire extérieur exclusivement, c'est-à-dire sans intéresser celui-ci ni la peau; incision n'ayant par conséquent en profondeur qu'environ 4 millimètres;

2° Empêcher la réunion des bords de la plaie, pour les faire cicatriser séparément, et obtenir dans l'intervalle qui résulte de leur écartement une cicatrice mince, souple et large.

Pour faire comprendre parfaitement le mécanisme de son procédé, M. Reybard compare l'urètre à une manche d'habit doublée et ouatée, laquelle se trouverait trop étroite. Suffirait-il, pour l'élargir, de couper la doublure en long, comme le veulent ceux qui emploient la scarification? Evidemment non. Ce qu'il faut faire, dit M. Reybard, c'est couper la doublure, la ouate et le drap, et ajouter une pièce longitudinale, autrement dit diviser la membrane interne, le tissu spongieux, la membrane fibreuse, et déterminer la formation d'une cicatrice qui, se produisant pendant que le canal est dilaté artificiellement à l'aide de sondes, représente exactement une pièce longitudinale ajoutée à l'urètre.

Pour M. Reybard, tous les rétrécissements sont justiciables de cette opération; mais il y met une restriction: c'est que pour obtenir la cure radicale, il faut savoir limiter le degré de l'inflammation. C'est là en réalité que gît toute la difficulté. Il résulte des observations de M. Reybard lui-même que tous les faits n'ont pas été satisfaisants. Il en est d'autres trop récents pour que l'on puisse se prononcer sur leur valeur. Enfin, il est des chirurgiens qui ont publié une série de faits suivis d'accidents graves, qui doivent rendre circonspects les opérateurs.

Quoi qu'il en soit, il est à peu près prouvé aujourd'hui que les rétrécissements de la portion pénienne principalement guérissent radicalement par les incisions profondes, tandis qu'au contraire, pour ceux qui occupent la courbure de l'urètre et ceux qui sont situés au-dessus du bulbe, on n'obtient pas de résultats aussi avantageux, et l'on expose surtout les malades à de très graves accidents, des infiltrations d'urine, des hémorrhagies abondantes, des inflammations très intenses, et qui peuvent être suivies de la formation d'un tissu inodulaire qui ne tarde pas à ramener des rétrécissements plus forts que ceux pour lesquels on a fait la première opération.

Le livre de M. Reybard se termine par une série d'observations à l'appui de sa doctrine et de sa méthode opératoire. Disons, à sa louange, que l'auteur n'a cherché, dans cette dernière partie de son livre, ni à cacher, ni à justifier quand même les accidents que lui ou d'autres ont éprouvés par les longues incisions urétrales. Il expose les faits avec bonne foi, et cherche seulement à prémunir les chirurgiens contre les malheurs qui, dans cette opération comme dans les plus simples, pourraient survenir et les décourageraient.

Ce n'est point ici le lieu de juger la méthode de M. Reybard. L'Académie de médecine a prononcé, et de nombreux chirurgiens en ont fait le sujet de leurs appréciations; mais nous pouvons dire que l'ouvrage dans lequel il l'expose est clairement écrit, bien ordonné, et qu'il sera un guide précieux pour ceux qui s'occupent de la cure des rétrécissements de l'urètre.

Dr A. Foucart.

de lymphe coagulable se superposent et s'organisent avec rapidité à sa surface, car chacune d'elle, aussitôt qu'elle est pourvue de vaisseaux, devient l'organe sécréteur de la couche qui la couvrira, jusqu'à ce qu'enfin la stratification étant complète, les vaisseaux nouveaux cessent de se former, et la sécrétion devient épidermique.

Par le mot *stratification complète*, je n'entends pas une épaisseur donnée, mesurée, par exemple, par la hauteur des bords de la plaie, mais l'ensemble des conditions qui, avant la sécrétion de l'épiderme, changent la membrane des bourgeons charnus en cicatrice.

Or, l'accroissement en épaisseur est d'une grande importance, car la membrane des bourgeons charnus n'est autre que le tissu de la cicatrice même.

Comment se démontre la stratification? J'avais constaté à la surface de la plaie une couche blanchâtre, demi-transparente, parcourue par des vaisseaux fins et nombreux. Le peu d'épaisseur de cette membrane, qui me parut récente, et en même temps sa vascularité très manifeste me donnèrent le soupçon de la déposition de couches successives. Dans cette hypothèse, je pensai qu'un corps étranger d'un très petit volume et de nature inerte pourrait être interposé entre deux couches successives. Une parcelle de charbon porphyrisé me parut réunir les conditions convenables. Sa couleur tranchait sur la teinte blanchâtre de la lymphe coagulable, et sa finesse à l'état de poussière impalpable lui permettait de séjourner dans la plaie sans l'irriter, car on devait soigneusement éviter toute excitation de la plaie, qui, en donnant lieu à des produits inflammatoires, aurait amené l'expulsion du corps étranger ou son enkystement accidentel en substituant au travail physiologique de la formation de la cicatrice celui qui organise les kystes autour des corps étrangers. Le charbon répondit parfaitement à mon attente.

L'expérience néanmoins exigeait quelques précautions. Déposé à la surface de la plaie, le charbon aurait pu être entraîné par le pus liquide avant la formation d'une nouvelle couche de lymphe; mis en contact avec les pièces d'appareil du pansement ordinaire, il aurait pu y adhérer et être enlevé par elles. J'adoptai un mode de pansement qui me permettait d'éviter ces difficultés. Le charbon déposé en différents points d'une plaie, entre les bourgeons charnus et par parcelles très petites, j'ai recouvert la plaie et ses bords d'une solution sirupeuse de gomme arabique et d'une peau de baudruche.

On peut lever ce pansement le lendemain ou le surlendemain. La baudruche, humectée sur les bords de la plaie à l'aide d'une éponge mouillée, est soulevée avec précaution, puis la suppuration et la gomme sont entraînées par un filet d'eau.

Si l'expérience a réussi, les parcelles de charbon ne sont enlevées ni par l'eau, ni même par le doigt promené à la surface la plaie.

Reconnu à la loupe, il est évidemment revêtu d'une pellicule blanchâtre très mince, dont l'épaisseur peut varier cependant. Mais cette pellicule n'existe pas seulement là où est déposé le charbon; elle s'étend également sur les autres bourgeons charnus de la plaie. Ce n'est donc pas un phénomène local dû à la présence du corps étranger.

Les jours suivants, la teinte du charbon est moins tranchée, parce que de nouvelles couches de lymphe sont sécrétées; il paraît s'enfoncer dans ce tissu de nouvelle formation à mesure que celui-ci augmente d'épaisseur.

Plus tard, lorsque la cicatrice est achevée, quelques taches bleuâtres, assez exactement en rapport avec la situation des parcelles de charbon, m'ont semblé la trace de son incarcération dans le tissu cicatriciel; mais j'avouerai qu'il ne m'a pas été donné d'en faire l'extraction. Je n'ai pu proposer à des malades guéris la petite incision qui eût été nécessaire cependant pour démontrer la présence du charbon dans la cicatrice. Cette expérience pouvait être faite sur les animaux. Mais j'avais vu le charbon disparaître graduellement sous les couches de lymphe coagulable; il devait être resté dans l'épaisseur du derme nouveau, et le fait de l'organisation de la cicatrice en couches superposées m'a paru suffisamment établi par cette expérience.

Une autre preuve de la stratification, c'est l'organisation des diverses couches à mesure qu'elles sont déposées. Sur le sommet des bourgeons charnus, on voit à l'œil nu de petites taches rouges, comme des ecchymoses, mais qui, étudiées à la loupe, se résolvent bientôt en filaments vasculaires très ténus. A chaque nouvelle couche produite, ce travail d'organisation recommence dans une plaie saine. J'ai vu souvent, sur les granulations d'une plaie, des canalicules légèrement ondulés, brusquement interrompus à leurs extrémités, et représentant sur leurs côtés de petites stries disposées en barbes de plume peu serrées. Ces vaisseaux, étudiés sur une granulation, n'offraient aucune communication apparente avec ceux des granulations voisines. Ce fait prouve la formation de vaisseaux nouveaux pendant toute la durée de la cicatrisation des plaies exposées aussi bien qu'au début de ce travail réparateur. Il prouve de plus l'existence de groupes vasculaires d'abord isolés répondant à des bourgeons charnus distincts, et qui ne s'anastomosent entre eux qu'à une période plus avancée de la cicatrisation.

Quels sont maintenant les usages du pus dans les plaies exposées? Hunter est le seul physiologiste qui ait imaginé un usage au pus des plaies. Il suppose qu'il a pour utilité de les maintenir constamment humides; mais il ne dit pas comment cette humidité peut servir à la cicatrisation.

La période de suppuration est indispensable dans les plaies exposées, parce que le pus contient un des éléments de la cicatrice. La suppuration n'est pas un accident dans une plaie saine, c'est une période. J'ajoute que c'est une période du travail adhésif dont la cicatrice est le terme.

La membrane des bourgeons charnus est l'organe sécréteur du pus. L'examen direct apprend que la lymphe coagulable est déposée à la surface de cette membrane en même temps que le pus. Est-il admissible que la même surface membraneuse, parfaitement homogène, donne à la fois, ou même à de très courts intervalles, deux produits : la lymphe coagulable et le pus, de nature tout à fait dissemblable? N'est-il pas évident plutôt que l'un de ces produits, la lymphe, si elle n'est pas le pus tout entier à un état différent, est au moins l'un de ses éléments, et par conséquent sécrétée avec lui? Cela n'est pas contraire aux idées des chimistes et des physiologistes sur la sécrétion du pus, etc.

En résumé, M. Laugier termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° L'organisation de la membrane des bourgeons charnus continue après la formation de ces bourgeons comme avant leur développement, et il en résulte son accroissement en épaisseur;

2° L'accroissement de la membrane des bourgeons charnus a lieu par stratification de couches de lymphe organisable;

3° La suppuration est un mode du travail adhésif approprié aux conditions des plaies exposées;

4° Le pus sécrété par les bourgeons charnus contient un élément plastique qui sert de gangue aux vaisseaux des couches stratifiées de la membrane des bourgeons charnus.

Dans un second mémoire, M. Laugier se propose d'étudier la perturbation que l'état morbide de la membrane des bourgeons charnus apporte dans la cicatrisation des plaies exposées.

De l'influence des nerfs sur la nutrition des os. — M. Schiff lit sous ce titre un mémoire dans lequel il expose le résultat de recherches qu'il a entreprises relativement à l'influence des nerfs sur la nutrition des os, et en particulier sur la question de savoir si la suppression de l'influence nerveuse provoque du côté des vaisseaux et de la nutrition des os des effets analogues à ceux que cette suppression amène dans l'œil, les poumons, la langue et dans beaucoup de membranes muqueuses.

L'auteur, après avoir exposé les principaux résultats de ses recherches, résume son mémoire en ces termes :

« Nous avons vu qu'il y a deux causes de l'altération des os produites par la sécrétion des nerfs : l'immobilité et la paralysie des nerfs vasculaires. Voilà deux altérations opposées trouvées dans les os, dont chacune correspond à une de ces causes différentes.

» L'immobilité des muscles qui s'y attachent produit l'amincissement des os, leur atrophie, non-seulement dans les membres, mais aussi dans le pelvis et le sacrum, si le plexus sacré lombaire a été détruit. L'amincissement paralytique se voit aussi sur des grenouilles adultes; mais on peut l'empêcher de se produire en imprimant au membre un mouvement artificiel. Ainsi, je l'ai vu manquer après la sécrétion du plexus sciatique chez une grenouille dont j'ai galvanisé le pied une heure par jour pendant quatre mois. Par contre-preuve, il y a quelques observations chirurgicales où, sans qu'il existât de paralysie des nerfs, le pied ou le bras ont été maintenus pendant quelque temps dans une immobilité forcée, et les os sont devenus plus minces.

» L'hypertrophie est l'altération de la nutrition provenant de la paralysie des nerfs vasculaires; elle est analogue à l'exsudation dans l'œil, le poumon, le péricarde, après la section de leurs nerfs. Elle ne vient pas de l'immobilité. C'est elle qui, par conséquent, comme l'altération de la nutrition, est d'autant plus prononcée que la nutrition est plus active.

» Ces deux altérations, l'hypertrophie et l'atrophie, se contre-balancent mutuellement; et c'est pourquoi, après la section des nerfs d'un membre, il faut que l'on attende toujours un espace de temps plus ou moins considérable, jusqu'à ce que l'une ou l'autre se montre d'une manière prononcée. C'est suivant l'âge de l'animal que l'hypertrophie ou l'amincissement l'emporte sur l'altération opposée. Dans un âge moyen, les deux altérations se montrent simultanément.

» Mais, si j'ai bien compris la valeur de chacune de ces altérations, alors il faudra, si je coupe le nerf maxillaire inférieur d'un côté, que, même chez des animaux plus avancés en âge, l'hypertrophie paralytique se montre non-seulement très promptement, et même les premiers jours après l'opération, mais qu'elle devaienne aussi en peu de temps plus prononcée que chez les autres os de l'animal, et qu'il n'y ait jamais une trace d'atrophie ou d'amincissement.

» Ces suppositions sont pleinement confirmées par l'expérience. Peu de jours après la section, on voit déjà du côté lésé des couches superposées du périoste avec une ossification incomplète. Après trois semaines, chez un chien presque adulte, à une époque où les os des membres présentent à peine une altération sensible, on a déjà une hypertrophie énorme du côté paralysé; et après quatre semaines, on peut voir, dans un autre chien plus jeune, la mâchoire paralysée devenue comme monstrueuse. Dans aucun cas il n'y a eu, après cette section, une trace d'amincissement.

» Qu'on ne suppose pas, d'ailleurs, que ce soit la paralysie des filets sympathiques contenus dans les nerfs qui produit la dilatation des vaisseaux et fait naître cette hypertrophie; toujours la destruction de la moelle dans la région lombaire m'a montré le même effet sur les vaisseaux que la section des nerfs des membres postérieurs, et jamais l'extirpation de la partie céphalique du sympathique ne produit sur les os le même effet que la résection du nerf maxillaire. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Rayer.)

Empoisonnement par une substance vénéneuse peu connue (l'atractilis gummifera. — M. Commaille, de Douéra (Algérie), communique sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les observations qui suivent :

Obs. I. — La nommée Bartholom (Marie-Esther), habitant Douéra, âgée de trois ans et demi, est en bonne santé le 7 mars en se couchant. Le 8, à huit heures du matin, je suis appelé auprès d'elle. Voici ce que j'observe :

L'enfant est couchée sur le dos, les bras étendus le long du corps, les jambes allongées, les yeux fermés, les dents tellement serrées, qu'il est impossible d'écarter les mâchoires; de larges taches violettes sont répandues sur les téguments; la face est marbrée de violet, les lèvres sont bleuâtres, le pouls est insensible, la respiration est longue, les côtes sont soulevées par soubresauts. Point de convulsions. Les parents ne savent à quoi attribuer la maladie de leur enfant, qui, le matin même, à la pointe du jour, est descendue seule de son lit.

La nourriture de la famille a consisté, dans la journée du 7, en café, en haricots et en riz. En présence de tels symptômes, je crus avoir affaire à une apoplexie pulmonaire et cérébrale (l'autopsie a fait voir que je ne m'étais pas trompé). Mais à quoi attribuer cette maladie? C'est ce que j'étais encore loin de soupçonner. Je fis appliquer six sangsues au cou; des sinapismes furent promenés aux extrémités inférieures.

A dix heures, je retourne vers ma petite malade; il n'y avait aucun changement dans son état. J'ausculte la poitrine, la trachée. La respiration est longue, faible; mais il n'existe aucun bruit anomal. Dans l'idée qu'il existait une laryngite pseudo-membraneuse, je prescrivis une potion avec 2 centigrammes d'émétique et 2 décigrammes de calomel. La malade vomit un liquide sanguinolent. Elle était morte à midi.

Obs. II. — Le lendemain 9 mars, à sept heures du matin, je suis appelé en toute hâte pour voir la sœur aînée de la petite fille sujet de l'observation précédente. Cette enfant, Elisabeth-Octavie, âgée de six ans et demi, a été prise subitement à cinq heures du matin des mêmes symptômes que sa sœur. Quoiqu'il ait fallu à peine trois minutes pour me rendre, l'enfant était morte à mon arrivée. J'examine le cadavre, c'est la même rigidité, la même cyanose que chez sa sœur; j'écarte les paupières pour m'assurer de la mort; je suis frappé de la dilatation énorme des pupilles. J'examine les yeux de la petite Esther morte la veille, les pupilles sont aussi énormes.

A l'instant j'eus l'idée d'un empoisonnement par les solanées vireuses, quoique dans les deux cas il n'y ait eu ni convulsions, ni délire, ni vomissements.

Les parents n'ont vu entre les mains des enfants ni euphorbes, ni renoncules, ni ricin, ni morelle, plantes communes le long des chemins.

Autopsie de la plus jeune le 9 à deux heures du soir. — Téguments cyanosés, pupilles énormément dilatées, cerveau et sinus de la dure-mère gorgés de sang; inflammation de l'arachnoïde; substance blanche sablée de rouge quand on la coupe par tranches; épanchement séreux dans la moelle allongée; inflammation vive de la trachée artère et des bronches; œsophage sain, poumons et foie gorgés de sang noir qui s'échappe à flot par la section; ventricule droit et oreillette droite du cœur pleins de sang; estomac sain, excepté au grand cul-de-sac, où il présente une plaque de la largeur d'une pièce de 5 fr., tellement enflammée qu'elle paraît gangrenée; ses bords tranchent sur le reste de la muqueuse, qui est blanche et saine. Dans un demi-état de vacuité, les intestins sont très sains, les follicules muqueux du côlon sont très apparents. La muqueuse de la vessie est enflammée; il y a beaucoup d'urine.

L'estomac et les intestins contiennent une matière pultacée à demi liquide, renfermant une énorme quantité de débris ligneux, brisés, déchiquetés, analogues au résidu de la pulvérisation de certaines racines. Le côlon descendant est surtout plein de cette matière; quelques morceaux même, par suite du vomissement provoqué par l'émétique, ont remonté jusqu'au pharynx et de là sont tombés dans la trachée. L'autopsie de la sœur aînée a révélé les mêmes lésions. Nous nous informons auprès du père en lui montrant de ces débris végétaux; il nous apprend que les enfants mangent souvent des racines et des côtes de chardon après les avoir fait cuire et qu'ils mangent même ces racines crues.

Obs. III. — Un troisième enfant est mort empoisonné le 29 avril à sept heures du soir.

Le nommé Klingler (Auguste) a présenté les mêmes symptômes que les petites filles; il était âgé de quatre ans; l'autopsie n'a pas été faite; mais d'autres enfants ont avoué qu'ils avaient mangé ensemble des chardons; ils en ont même montré; seulement ceux-ci étaient du *scolymus* et du chardon marie.

Il devenait intéressant de rechercher si l'*atractylis gummifera* était bien réellement un poison, à quelle substance alors il devait son action toxique et comment il agissait sur les animaux vivants. C'est l'objet de la seconde partie de cette note.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans cette partie de son travail, et nous devons nous borner à dire qu'après une analyse qui, faite dans des circonstances défavorables, ne lui semble pas à lui-même complètement satisfaisante, il a essayé diverses préparations, dont les unes ont été sans action, tandis que d'autres ont montré une puissance toxique des plus prononcées : ainsi de l'eau pure, dans laquelle la racine de l'*atractylis* avait macéré un temps assez court, a empoisonné de jeunes chats, et l'autopsie cadavérique a montré sur les animaux des désordres tout semblables à ceux qui ont été observés chez les enfants qui font le sujet des deux premières observations. (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze et Rayer.)

Esprits frappeurs. — M. Rayer communique une observation et une expérience de M. le docteur Schiff relatives aux *esprits frappeurs*.

On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de certains bruits attribués à de prétendus *esprits frappeurs*, et notre célèbre confrère M. Chevreul a publié sur ce sujet un travail remarquable dans le *Journal des savants*. Mais aucune expérience directe n'avait été instituée, soit en Allemagne, soit en France, en vue de l'explication de M. le docteur Schiff (de Francfort-sur-le-Mein). Chez une jeune fille qu'il a eu l'occasion d'observer, et chez laquelle se produisaient les bruits attribués aux esprits frappeurs, M. Schiff est arrivé à reconnaître que le *frappement* avait lieu dans le corps de cette jeune personne et non au dehors, et il a démontré expérimentalement qu'un tel bruit peut être produit par le déplacement réitéré du tendon du muscle long péronier de la gaîne dans laquelle il glisse en passant derrière la malléole externe. En effet, M. Schiff est parvenu à produire sur lui-même le phénomène, absolument comme il avait lieu chez la jeune fille sous l'influence du soi-disant *esprit frappeur*.

Lorsque la gaîne fibreuse dans laquelle le tendon du long péronier glisse est faible ou relâchée, le phénomène est plus facile à produire. Ce frappement peut s'accomplir du reste, ainsi que M. Schiff m'en a rendu témoin, sans qu'on observe un mouvement très appréciable dans le pied. Seulement, quand on appuie le doigt derrière la malléole externe au moment où le bruit se produit, on sent parfaitement et très distinctement le déplacement alternatif et réitéré du tendon animé d'un mouvement d'élévation et d'abaissement très brusque.

Cette expérience de M. Schiff m'a paru offrir un véritable intérêt au point de vue physiologique.

Sur l'invitation faite par M. le secrétaire perpétuel, et à laquelle s'associent plusieurs membres de l'Académie, M. Schiff, qui après la lecture de son mémoire avait continué d'assister à la séance, répète dans l'enceinte où ont coutume de se placer les lecteurs l'expérience décrite par M. Rayer. Le *frappement* est assez distinct pour pouvoir être entendu à plusieurs mètres de distance, quoique le silence ne soit

pas absolu, et les pieds placés bien en évidence ne semblent animés d'aucun mouvement.

Prix de physiologie expérimentale. — L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination de la commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

MM. Magendie, Flourens, Rayer, Serres, Milne Edwards composent cette commission.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juin 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Denamiel (de Rivesaltes) adresse une nouvelle observation de litbotlibie pratiquée sur un enfant. (Commission : MM. Chassaignac, Richet et Broca.)

M. le docteur Leteneur (de Nantes), membre correspondant, adresse à la Société la collection complète des comptes rendus de la Société médicale de la Loire-Inférieure.

M. Broca dépose sur le bureau au nom de M. le docteur Meding, président de la Société des médecins allemands à Paris, les ouvrages qui suivent :

Denkschrift zur feier des Zehnjæhrigen stiftungsfestes des Vereins deutscher Ærzte in Paris.

Mittheilungen aus der orthopädischen Anstalt des J. Wildberger in Bamberg, von Dr Wierrer.

Das chirurgische und Augenkraaken Clinicum der Universität Erlangen, von Pr Heyfelder.

Die Helminthen des Menschen, von Dr Mayrhofer.

De la rétroversion utérine, réducteur à air; par le docteur Alexis Favrot.

Suite de la discussion sur l'hérédité de la syphilis. — M. Huguier. M. Cullerier vous a lu un travail de la plus haute importance auquel j'ai prêté la plus religieuse attention. Je puis aujourd'hui rapporter un fait qui vient à l'appui de la doctrine soutenue par notre honorable collègue. Il y a une quinzaine d'années, je donnais des soins à un homme de vingt-cinq ans atteint d'une syphilis constitutionnelle avec plaques muqueuses dans la bouche, etc. Un jour il me consulta pour savoir si dans cet état il pouvait se marier ; je ne lui cachai pas combien la chose me paraissait grave. Toutefois, après un traitement préalable de trois semaines, pendant lequel les accidents disparurent, ce jeune homme se maria, et aujourd'hui il est père de trois enfants, dont l'aîné a de quinze à seize ans et le dernier de six à sept. Ces enfants sont bien portants, et aucun d'eux n'a présenté de symptômes syphilitiques. Le père, au contraire, a eu, peu de temps après son mariage, de nouveaux accidents de récidive. Voilà donc une observation qui me semble venir à l'appui de l'opinion soutenue par M. Cullerier.

J'ai aussi écouté avec soin le discours de M. Ricord ; mais je désire présenter une remarque sur un point de doctrine soutenu par notre collègue. Vous savez que M. Ricord n'admet pas la contagion des accidents syphilitiques constitutionnels. Or, dans la dernière séance, il nous a parlé d'un père atteint de semblables accidents qui aurait donné la syphilis à son enfant, lequel l'aurait transmise à sa mère. Si le fait est vrai, il y a là une objection très grande à la théorie qui n'admet de transmissibilité que par la syphilis primitive.

M. Ricord. Voyons d'abord le fait cité par M. Huguier à l'appui des opinions de M. Cullerier. Voilà donc un malade atteint de syphilis constitutionnelle, traité pendant trois semaines, et qui met au monde trois enfants bien portants. Je ne saurais ici conclure comme M. Huguier. Il nous a parlé d'un traitement de trois semaines ; or un tel traitement est parfois suffisant pour arrêter des manifestations syphilitiques pendant cinq, dix, vingt ans. A côté de ces faits on en voit, à la vérité, d'autres où des malades traités pendant six mois, un an et plus ne peuvent être guéris sans récidive. Les traitements n'ont rien d'absolu. J'en conclus donc que le traitement subi par le malade de M. Huguier a pu être suffisant pour arrêter le développement de la syphilis. Il faut d'ailleurs que le fœtus ait une certaine aptitude pour contracter la vérole. Vous avez vu aussi des femmes syphilitiques ne pas donner naissance à des enfants infectés. Je regarde donc comme non avenue l'observation que m'oppose M. Huguier.

J'arrive maintenant à la deuxième objection de notre collègue. M. Huguier regarde comme opposé à la doctrine que je soutiens sur la non-contagion des accidents secondaires le fait de transmission héréditaire auquel il fait allusion. Assurément, si l'on voulait donner de l'ampleur au mot contagion, l'on pourrait aussi y faire entrer la génération ; l'homme se transmet par contact. Mais je demanderai à M. Huguier comment il comprend la transmission des maladies héréditaires. Est-ce que l'hérédité serait un fait de contagion ? J'ai peine à comprendre qu'une pareille doctrine puisse jamais être mise en avant. C'est un autre ordre de conditions ; ce sont les conditions même de la création qui peuvent expliquer cette transmission héréditaire. L'hérédité s'établit par une imprégnation première des parties qui portent l'ovule ; tout s'infecte, et comme l'enfant n'est qu'une sorte de greffe de sa mère, le sang qui porte la syphilis à la peau peut bien la porter dans l'œuf. Quoiqu'il y ait là de grandes difficultés à expliquer complétement ce phénomène, je ne peux m'en rendre compte d'une autre manière. J'ajoute que ces conditions de la transmission sont variées. Ainsi elle peut s'effectuer dans des maladies qui ne sont point contagieuses, puis elle n'arrive point à toutes les époques de la grossesse. J'ai vu qu'une femme contractant un chancre induré à sept mois l'enfant pouvait être infecté ; mais je n'ai pas été plus loin. En résumé, cette transmission héréditaire ne se fait point par contagion ; les deux choses ne sont point comparables, et je nie qu'on puisse les assimiler.

M. Huguier. Je crois que M. Ricord s'est surtout attaché à réfuter un mot. Il a soutenu que les accidents syphilitiques secondaires n'étaient pas transmissibles. Mais de même qu'on dit contagion de la rougeole, par contagion j'ai voulu dire transmission. Si l'on considère l'enfant comme une partie intégrante du père ou de la mère infectés, je demande, par exemple, comment, infecté par le père, il aurait pu transmettre la syphilis à la mère, si les accidents secondaires ne sont point contagieux.

M. Ricord. Je m'attache davantage aux idées qu'aux mots ; mais il faut se servir des mots, et nous savons que transmission n'est pas synonyme de contagion. Les maladies peuvent se transmettre par infection, par contagion, etc. Transmettre par contagion et par hérédité sont deux choses différentes ; les accidents primitifs sont transmissibles par contagion, les accidents secondaires sont transmissibles par hérédité. Ainsi, pour la contagion, il faut qu'il y ait contact ; c'est là une distinction fondamentale.

M. Cullerier. J'ai peu de choses à répondre aux objections qui m'ont été faites, car le fond de mon travail n'a point été attaqué. A la vérité, on a cité des faits qui sont dans l'opinion de la plupart des médecins ; mais j'ai d'abord moi-même partagé ces idées, et en analysant des faits semblables à ceux qu'on a rappelés, j'ai vu que la plupart des enfants tenaient la vérole de leur mère. M. Vidal vous a dit aussi que plus il observait, plus il se rapprochait de l'hérédité maternelle. Voyons maintenant en détail quelques-unes des objections.

1° M. Ricord vous a dit, pour établir l'aptitude du fœtus à contracter la syphilis, qu'une femme en apparence saine donnait naissance à des enfants dont les uns étaient syphilitiques et les autres sains ; mais cette remarque peut s'appliquer à bien d'autres affections qu'à la syphilis. Des femmes phthisiques donnent naissance aussi tantôt à des enfants phthisiques, tantôt à des enfants sains. Il en est de même pour le cancer.

2° J'ai cité dans mon mémoire une observation extraite des *Lettres sur la syphilis*, celle d'un officier de cavalerie, et M. Ricord me dit qu'il n'avait pas donné ce fait pour établir l'hérédité. A cela je réponds que je suis charmé de pouvoir faire dire à ce fait ce qu'il n'était point destiné à établir.

3° Dans la théorie de M. Ricord, on n'est jamais sûr d'avoir guéri la vérole. Mais si la théorie est vraie, pourquoi les naissances syphilitiques ne sont-elles pas en rapport avec le grand nombre de pères vérolés ? Assurément, si la syphilis héréditaire était en rapport avec le nombre d'hommes qui ont eu la syphilis constitutionnelle, les cas en seraient bien plus nombreux. L'opinion de M. Ricord sur la transmissibilité de la vérole du père aux enfants est une théorie désolante que je regrette de voir professée par notre honorable collègue.

4° M. Ricord m'a objecté, à propos des manifestations tardives de la syphilis, que le mercure dérangeait l'apparition régulière des symptômes. Je pense que c'est là un argument de complaisance. Il ne faut point être aussi exclusif. Quand on voit des symptômes tardifs chez les enfants, ce sont des récidives. La syphilis héréditaire se fait en général voir très vite ; l'époque la plus reculée dans mes relevés, c'est trois ans.

5° Enfin, j'ai dit que dans la syphilis héréditaire on voyait d'abord l'érythème, les plaques muqueuses et rarement la syphilide papuleuse. Je crois qu'il s'agit ici, entre M. Ricord et moi, d'une question de mots.

En résumé, j'ai cité des faits, j'ai fait sur eux une enquête, et j'en appelle d'autres encore pour appuyer une doctrine que je crois vraie.

M. Ricord. Il y a dans la réponse de M. Cullerier un grand argument, à savoir : que les cas de syphilis héréditaire ne sont point en rapport avec le grand nombre d'hommes syphilitiques. Mais si cette remarque est vraie, il ne faut point la faire d'un seul côté. Je demanderai donc à notre collègue si la syphilis héréditaire est aussi en rapport avec le nombre des femmes vérolées ? Quant à moi, je pense que cette vérole tenue par hérédité n'est en rapport ni avec le nombre des pères ni avec celui des mères syphilitiques.

Dans l'observation que j'ai citée, vous avez vu une nourrrice saine, une mère et un père également sains ; enfin, un officier de cavalerie atteint de syphilis constitutionnelle. Or j'affirme que, lorsque cet homme eut des rapports avec la mère, il n'avait aucun accident transmissible.

Je demanderais, enfin, à notre collègue s'il admet l'hérédité du père pour d'autres maladies ? M. Cullerier me répond : Oui. Alors quelle objection peut-il faire à ma doctrine, puisque la syphilis constitue un état diathésique comme le cancer et la tuberculisation ?

Notre honorable collègue m'a reproché d'avoir désespéré des malades qui voulaient contracter un mariage. Lorsque j'ai tout fait comme médecin pour m'opposer à cette union, je cède. Mais je dis au malade : Vous ne communiquerez rien à la mère ; quant aux enfants, je ne saurais rien affirmer, et ils doivent être surveillés. Je voudrais assurément que ces croyances fussent autres, mais comme médecins nous remplissons les devoirs que la science nous impose.

J'affirme de nouveau que les traitements peuvent plus ou moins retarder l'apparition de certains symptômes ; ainsi j'ai vu une exostose dont on pouvait rattacher l'origine syphilitique à une trentaine d'années. Je crois encore aux accidents tardifs qui se rapportent à l'hérédité.

Quant à mes remarques sur les papules muqueuses, j'ajouterai que c'est un accident de localité dû à la ténuité de la peau.

M. Cullerier. M. Ricord m'a opposé des théories sur la transmission de la phthisie, du cancer. Je répondrai que je n'ai pas de théorie. Notre collègue m'a objecté aussi que le nombre des enfants n'était point en rapport avec celui des mères syphilitiques. Mais il n'a pas tenu compte des fausses couches et de la mortalité. J'ai vu dans un cas 5 fausses couches et 2 enfants morts.

Nouvelles sondes destinées au traitement des coarctations urétrales. — M. Debout soumet à l'examen de la Société, de la part de l'un de ses membres correspondants, M. le professeur Alquié, de nouvelles sondes destinées au traitement des coarctations urétrales. N'approuvant pas la distension mécanique des rétrécissements à l'aide des instruments métalliques proposés de nos jours, le professeur de Montpellier a pensé pouvoir arriver au même résultat d'une façon moins violente à la faveur de corps poreux et dilatants.

Après avoir essayé diverses matières propres à prendre un grand volume sous l'influence de la chaleur et de l'humidité des parties vivantes, notre collègue s'est arrêté à l'éponge convenablement préparée. Quelques essais faits avec des bougies grossièrement préparées par lui-même l'ayant convaincu de l'utilité de ce moyen, le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi s'est adressé à M. Baudassé-Casotte, fabricant de cordes harmoniques à Montpellier. Cet habile fabricant est parvenu à confectionner des bougies en éponges préparées, recouvertes en baudruche très fine, dont plusieurs modèles sont placés sous les yeux des membres de la Société.

Ces bougies, trempées dans l'eau par leur extrémité enduite de cérat, sont introduites dans les conduits rétrécis. Là elles ne tardent pas à se gonfler lentement, doucement, de sorte qu'en peu d'heures le tissu dilitant a triplé de volume.

Notre collègue prétend que la bougie est préparée de telle sorte qu'elle se dilate le plus fortement sur le point coarcté ; mais rien dans le mode de construction de l'instrument ne légitime cette assertion du savant chirurgien de Montpellier. M. Debout craint même de voir se reproduire dans les essais de ce nouveau moyen les résultats fâcheux que l'on obtint, il y a quelques années, avec les bougies en ivoire flexible.

De même que l'éponge, l'ivoire possède la propriété de se dilater par le mucus urétral ; or ces bougies en ivoire, en se dilatant au-dessous de la bride coarctée, comme au-dessus, acquéraient une forme qui s'opposait à leur retrait de l'urètre. Notre collègue M. Ricord s'est trouvé dans un cas sur le point d'être obligé de fendre la paroi rétrécie du canal pour obtenir la sortie de l'instrument.

Les bougies-éponges n'offrent-elles pas le même danger ? M. Debout le craint. Aussi, en l'absence de faits cliniques adressés par M. Alquié, notre collègue a provoqué un essai.

M. Ricord a bien voulu céder à sa demande et expérimenter la sonde-éponge.

Un malade affecté d'un rétrécissement vers l'angle péno-scrotal et que l'on traitait par la dilatation par les bougies ordinaires a reçu une bougie-éponge. La nouvelle bougie a été introduite assez facilement, mais le malade n'a pu en supporter la présence un temps assez long pour que l'instrument subît toute l'expansion qu'il pouvait prendre ; aussi, en prenant la précaution indiquée par M. Alquié de tourner la bougie sur elle-même en la retirant, elle est ressortie assez facilement. Aucun accident n'a suivi cet essai ; l'instrument retiré, la douleur provoquée par sa présence a aussitôt disparu.

Si, au point de vue du traitement des coarctations urétrales, la bougie-éponge exige des faits cliniques nombreux pour être jugée et acceptée, il est certaines autres applications de l'instrument qui peuvent être appréciées immédiatement. Ainsi, son emploi pour la dilatation de la cavité du col utérin dans les cas de dysménorrhée mécanique, lorsqu'on veut élargir un trajet fistuleux, afin de faciliter la sortie du pus et que le voisinage de vaisseaux proscrit l'usage de l'instrument tranchant. Enfin, M. Alquié signale une troisième application non moins heureuse qu'il a faite des sondes-éponges. Un militaire est apporté à l'Hôtel-Dieu de Montpellier pour y être traité d'une fracture des os du nez avec plaie contuse des parties molles environnantes. Les fragments ne pouvaient rester en place, et il fallait quelque appareil pour les soutenir dans une contention convenable. Les sondes-éponges permirent d'obtenir facilement ce résultat. Introduites et laissées dans les narines pendant plusieurs jours, des portions de ces tiges dilatantes permirent la formation d'un cal régulier et le rétablissement du nez dans sa forme normale.

M. Alquié se proposant de donner aux bougies-éponges des applications encore plus variées, M. Debout croit devoir lui signaler une modification qui, dans certains cas, viendrait ajouter à l'action mécanique du moyen, c'est l'imbibition préalable de substances médicamenteuses. Puisque l'enveloppe de baudruche permet aux mucosités urétrales d'imprégner l'éponge à travers la membrane, il se ferait alors par endosmose un échange, et l'action thérapeutique du moyen profitera des éléments actifs qui entreront dans la confection de la bougie-éponge. Ainsi, l'alun dans certains cas de rétrécissement ; le perchlorure de fer, lorsqu'on voudra employer ce moyen contre les hémorrhagies utérines ; les narcotiques, si l'on veut se mettre à l'abri des effets du traumatisme sur l'urètre, etc. Il y a dans cette combinaison de l'action mécanique du moyen à l'action dynamique des substances médicamenteuses des ressources réelles qui doivent concourir à assurer le succès des tentatives nouvelles.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, E. Follin.

La Société de chirurgie a renouvelé aujourd'hui son bureau. Ont été nommés :

Président, M. Huguier ; vice-président, M. Gosselin ; secrétaire, M. Follin ; vice-secrétaire, M. Verneuil.

MM. Houel et Giraldès ont été réélus par acclamation : le premier, comme trésorier ; le second, comme archiviste.

Erratum. — On a imprimé dans notre dernier numéro (article Nouvelles) que le *conseil de l'Académie* avait présenté sa liste de candidats à la chaire vacante à la Faculté de médecine. Il faut lire le *conseil académique*. Nos lecteurs ont sans doute relevé eux-mêmes cette erreur typographique. — Voici, du reste, le nombre des voix obtenues par les candidats : Pour la 1re place : M. Jobert 9, M. Micbon 6 ; pour la 2e place : M. Micbon 14, M. Gosselin 1 ; pour la 3e place : M. Gosselin 11, M. Richet, 4.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq ;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Histoire de la découverte de la circulation du sang ; par M. P. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences (Institut de France). — Un volume in-18 de 216 pages. Prix : 3 fr. Chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Des ophthalmies traumatiques, choix d'observations remarquables destinées à éclairer l'bistoire des corps étrangers de l'œil ; par le docteur A. Magne, oculiste de S. A. le prince Murat. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. Chez J.-B. Baillière.

Le Sours

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 26 JUIN 1854.

La mort vient de frapper un de ses coups les plus inattendus et les plus sensibles pour nous! Notre digne et cher rédacteur en chef M. Fabre vient de nous être enlevé de la manière la plus inopinée. Hier encore plein de vie et de vigueur, au moment où il disposait d'un de ces rares loisirs que lui laissait la direction de ce journal, sans que rien eût pu faire soupçonner un instant avant l'ombre même d'un pareil danger, M. Fabre est tombé à la renverse au milieu de la rue, un journal à la main, et les personnes qui se sont empressées pour le relever n'ont plus trouvé qu'un corps inanimé. Une hémorrhagie cérébrale foudroyante venait de nous l'enlever à jamais. C'est samedi soir, à sept heures, que ce cruel événement a eu lieu.

François-Antoine Fabre était né à Marseille en 1797; il était par conséquent dans sa cinquante-septième année. Reçu docteur en médecine à Paris en 1824, pendant trente années, il n'a cessé de poursuivre l'œuvre de propagateur et de critique à laquelle il avait voué son intelligence et son activité. L'un des vétérans de la presse scientifique et le promoteur d'une véritable révolution dans le journalisme médical, il avait fondé en 1828 la *Gazette des Hôpitaux*, qu'il n'a jamais cessé de diriger depuis cette époque. Bien qu'il ait publié un grand nombre d'ouvrages qui sont entre les mains de la plupart des praticiens, la *Gazette* était son œuvre de prédilection, celle qui répondait le mieux au caractère de son talent et à la double mission qu'il s'était imposée.

Ses autres travaux n'ont été d'ailleurs en quelque sorte qu'un corollaire de ce journal; car, soit qu'il se proposât, comme dans le *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, dans la *Bibliothèque du médecin-praticien*, dans son dernier ouvrage *sur le choléra*, etc., de présenter un résumé exact, précis et substantiel de la science; soit que sous une forme mordante ou incisive il poursuivît, comme dans la *Némésis médicale*, les abus ou les travers de la médecine, c'était toujours le même but qu'il se proposait, toujours la même œuvre de propagation et de critique qu'il poursuivait sous des formes et par des voies différentes.

Ce n'est ici ni le lieu ni le moment de dire comment M. Fabre a accompli cette double tâche. Nous aurons à apprécier plus tard la portée et les résultats de cette œuvre multiple. Qu'on nous permette donc de nous borner à exprimer les sentiments de profonde douleur que nous inspire la perte que nous venons de faire, et à payer un juste tribut d'hommages et de regrets à l'homme dont la douceur et l'aménité ont été appréciées par tous ceux qui ont eu des rapports avec lui; au journaliste qui, même sous leur forme piquante, sut toujours allier dans ses critiques la justice et la franchise à la bienveillance.

Cette perte sera vivement sentie par les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, parmi lesquels il comptait de nombreux et anciens amis; elle sera sentie par le corps médical tout entier, dont il a, dans tant de circonstances, pris les intérêts en main et soutenu les droits et la dignité; elle sera sentie surtout par la jeunesse de nos écoles, car c'est aux intérêts de la jeune génération médicale que M. Fabre avait voué la plus grande partie de ses travaux.

M. Fabre, fils d'un des médecins les plus distingués de Marseille, laisse un fils qui suit dignement la carrière de son père et de son grand-père. Ce fils, médecin sanitaire à bord d'un des paquebots de la Méditerranée, est en ce moment en mer. Lorsqu'il apprendra la fatale nouvelle qui porte l'affliction au sein de ses amis, il y aura longtemps déjà peut-être que la dernière heure de son père aura sonné. Puissent ces quelques lignes, si elles lui parviennent, faible témoignage de notre vive sympathie pour son malheur, en adoucir quelque peu l'amertume!

(Pour la rédaction, Dr BROCHIN.)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face.

A. DE LA MENTAGRE.

Les dermatologistes ont appelé *mentagre* une éruption papulo-pustuleuse à la base des poils, ayant pour siége les lèvres, le menton, le cou, les parties latérales de la face et quelquefois certaines portions du cuir chevelu.

Les sourcils et les cils sont aussi susceptibles d'être altérés par une inflammation spéciale de leurs follicules; l'usage n'a point étendu à ces sortes d'altérations la dénomination de mentagre. Quels que soient les caractères et la cause de la blépharite ciliaire, on ne l'appelle jamais *sycosis des paupières*.

Je suis porté à croire que dans quelques cas la blépharite chronique est de même nature que le sycosis. Comme ce dernier, après s'être montrée longtemps rebelle à toute médication, elle cède comme par enchantement à l'épilation. J'ai par devers moi quelques faits de blépharite ciliaire rapidement guérie par l'épilation des cils, suivie de l'application de la dissolution de sublimé. Je regrette de n'avoir pas examiné au microscope les cils de ces malades, sur lesquels j'aurais peut-être rencontré les traces d'une végétation cryptogamique.

Les formes de l'éruption mentagreuse sont extrêmement multipliées : elles ne sauraient toutes être réduites à un seul élément anatomique.

Bateman a fait de la mentagre un tubercule; Biett et ses disciples en ont fait une pustule : c'est avec tout autant de raison que d'autres auraient pu la considérer comme une papule. Aussi bien que l'acné, à laquelle on a eu le tort de vouloir la rattacher, la mentagre appartient à divers ordres de la classification anatomique de Willan.

Pour simplifier son étude symptomatologique, nous réduirons à trois formes principales toutes les variétés de la mentagre :

1° Forme *humide* ou *pustuleuse;*
2° Forme *sèche* ou *papulo-squameuse;*
3° Forme *tuberculeuse* ou *furonculaire* (sycosis).

a. *Mentagre pustuleuse.* — Elle se présente sous divers aspects, selon la période à laquelle on l'observe : boutons isolés, acuminés, traversés par les poils, et çà et là disséminés dans la barbe ou dans les moustaches; ou bien groupe de pustules à la partie médiane de la lèvre supérieure, dans la gouttière sous-nasale; tuméfaction avec induration de la lèvre supérieure couverte d'une éruption pustuleuse discrète ou confluente.

A la période de dessiccation la mentagre pustuleuse a un autre aspect : ce sont de petites croûtes jaunâtres, amincies sur les bords, très adhérentes, qui recouvrent la base des poils; ou c'est une croûte unique, noirâtre et traversée par les poils.

On trouve assez souvent ces deux aspects réunis. Sur un point de la lèvre supérieure existe une agglomération de petits boutons rouges acuminés ou un groupe de pustules; sur un autre une croûte adhérente. C'est qu'alors l'éruption mentagreuse s'est faite en différents temps, par poussées successives.

La mentagre pustuleuse affecte toutes les régions de la face et du cuir chevelu, les régions sous-maxillaire et cervicale; mais elle attaque de préférence la lèvre supérieure et les parties latérales de la face. Assez souvent on l'observe à la base des poils qui se trouvent implantés sur la pituitaire à l'entrée des narines.

b. *Mentagre sèche, papulo-squameuse.* — Dans cette forme, les poils des moustaches ou de la barbe sont hérissés à leur base de petites saillies dures, isolées ou réunies en groupes, tantôt nues, tantôt couvertes d'écailles épidermiques. Quelquefois i n'existe que des plaques farineuses, arrondies, plus ou moins régulières, de la largeur d'une pièce de 20 centimes à une pièce de 2 francs, çà et là dispersées sur les joues, dans les favoris, sous la mâchoire, sur les parties latérales du cou.

La mentagre papulo-squameuse est la forme dans laquelle s'observent le plus ordinairement, au pourtour de l'éruption, des auréoles inflammatoires qui représentent des lignes elliptiques ou circulaires, complètes ou incomplètes, des arcs de cercles se réunissant par leurs extrémités. Ces auréoles inflammatoires sont érythémateuses, vésiculeuses, papuleuses ou papulo-vésiculeuses. L'éruption qui les recouvre est quelquefois constituée par des pustules miliaires semblables à celles que déterminent sur la peau les

FEUILLETON.

NOTICE SUR LE CHANCRE DU SAHARA. (1)

Par M. E.-L. BERTHERAND,

docteur en médecine à Lille, ancien médecin des affaires arabes civiles et militaires en Algérie, membre de plusieurs sociétés savantes.

C'est en juin que se présente le maximum de température mensuelle. Les températures extrêmes observées méritent aussi d'être signalées. A Biskra, on a eu comme minimum + 1° c., et comme maximum 52° c. (en 1844). A Bouçada, poste placé dans des conditions géographiques analogues, le thermomètre a marqué 48° c. en 1850.

La température la plus basse que j'aie éprouvée à Ouargla, dit le savant conservateur du musée et de la bibliothèque d'Alger (2), a été de 70° c. au-dessus de 0, le 18 février à huit heures du matin. Sous les palmiers, le thermomètre est monté à 33° c. le même jour, à deux heures après midi.

A Biskra et à Bordj-Sâda, j'ai vu le thermomètre atteindre 72° c. au soleil. D'après M. Aimé, le thermomètre, dans le sud, oscille en un jour de 22° à 44°, et selon M. Fournel, les variations diurnes y seraient de 6° à 33° (différence : 27°). A Biskra, nous avons constaté dans une même journée d'été plus de 20° de température entre le minimum de huit heures du matin et le maximum de une à deux; et le docteur Verdalle (3) a évalué de 30° à 32° le changement de température que l'on supporte dans un espace de douze heures, en mai et juin, de trois heures de l'après-midi à trois heures du matin.

La saison hibernale semble plus rigoureuse dans le Sahara que sur les côtes. Les gelées blanches, en effet, y seraient fréquentes. Dans l'expédition de mars 1853, aux environs de Tougourt, nous avons eu des nuits extrêmement fraîches (jusqu'à — 3° c.), et en même temps notre thermomètre montait, dans le jour, jusqu'à 52° c. à l'ombre. Le 6 mars 1846, M. Fournel trouvait à Sidi-Okba (près Biskra) 32°,6 c. à une heure après midi à l'ombre.

On comprend facilement les conséquences d'un tel état météorologique. La haute température qui règne dans les plaines sahariennes n'est supportée qu'au moyen de la prompte vaporisation de l'eau expirée par les poumons et de celle contenue dans une abondante transpiration.

L'élévation et la mobilité de cette température, les modifications qu'elles entraînent constamment dans les vapeurs atmosphériques doivent développer une grande quantité d'électricité. Dans le Zab, les orages se signalent en automne. A Briska, on a vu de la glace une seule fois, le 3 février 1844. Dans le même mois il tomba de la neige, mais elle fondait avant de toucher le sol. A Bou-Çada, on signalait la neige en janvier 1850 (1).

Le sirocco, vent du S.-E., que les Arabes appellent *guebli* (sud), tire ses qualités particulières de ce qu'il vient des plaines du Soudan extrêmement éloignées de la mer et de tout cours d'eau, privées, par conséquent, de toute cause de rafraîchissement possible. Un brusque abaissement du baromètre trahit son approche; il dure depuis quelques heures jusqu'à trois jours, et est tellement anhydre, que l'hygromètre a été vu descendre à 20° au-dessous de 0 (Biskra). Il abaisse généralement cet instrument de 15° à 20° en un clin d'œil. Quand cette haleine de feu souffle, l'air est embrasé, pulvérulent, desséchant, énervant. Elle se fait généralement sentir pendant l'été et durant presque tout mai et juin, à Biskra et dans le Sahara. Ce vent, que l'on supporte plus facilement dans les plaines du sud que sur les montagnes voisines, parce qu'il est plus sec que dans ces dernières conditions, où l'humidité l'accompagne, aggrave immédiatement les maladies et exerce une influence bien marquée sur les rechutes et la mortalité, aussi les Arabes l'appellent-ils également *semoun* (de *semm*, poison).

Les pluies sont peu fréquentes dans le sud (à Biskra, quelquefois en février et mars), mais cependant moins rares qu'on ne le croit; car, d'après M. Renou, il gèle et pleut dans le Sahara. A Biskra, il n'est tombé :

En 1845, que 0,102 millim. d'eau;
En 1846, que 0,150 millim. (six jours de pluie seulement);
En 1847, que 0,125 millim. (huit jours de pluie seulement).

Dans le Sahara, la température n'est généralement pas assez basse la nuit pour condenser la vapeur d'eau déterminée par la forte chaleur du jour; aussi, dans l'expédition printanière de 1853, près de Tougourt, n'avons-nous jamais observé de rosées. A Biskra, nous avons remarqué, comme M. le docteur Verdalle (1) : « que le pluviomètre » marquait quelques degrés, malgré qu'il n'eût pas plu, ce qui s'expli- » que facilement par les rosées très abondantes quelquefois pendant » les froides nuits d'été. » C'est au voisinage de hautes montagnes (les *auress*) qui forment ceinture à Biskra, que nous rapportons cette humidité des nuits, exceptionnelle pour cette localité et les oasis voisines.

Dans ces oasis, on trouve généralement de l'eau à quelques mètres au-dessous de la croûte du sol. Dans le Sahara, il existe des cours d'eau souterrains, *bahar thât el ard* (la mer sous terre), disent les Arabes. Toutes ces eaux sont saumâtres, salées. Ainsi, à Biskra, elles abondent en chlorure de sodium et déterminent des *salivations intes-*

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 juin.
(2) OUARGLA, par M. Berbrugger (dans le journal l'*Akhbar*, janvier 1854.)
(3) Thèse inaugurale, 1851, page 41.

(1) Dr Brégeaut; thèse inaugurale, 1852.

(1) Thèse citée, page 18.

frictions d'huile de croton tiglium. Quelquefois il existe plusieurs courbes concentriques d'une étendue variable. On voit dans quelques cas l'ellipse comprendre dans sa concavité la joue, le menton, une partie de la région sous-maxillaire, et d'autres fois les cercles ne sont pas plus larges qu'une pièce de 2 francs.

Les auréoles herpétiques que nous venons d'indiquer ne persistent pas pendant toute la durée de l'éruption mentagreuse. En général elles paraissent au début, et disparaissent au bout de quelques jours.

On nous objectera sans doute que nous confondons ici la mentagre avec le lichen circonscrit, l'herpès circiné, le lichen herpétiforme, l'érythème centrifuge, etc.

La réponse est facile. Ceux-là même qui diagnostiqueraient un herpès circiné ou un lichen circonscrit de la face, en revoyant le même malade au bout de quinze jours, trois semaines, ne manqueraient pas de lui reconnaître une belle mentagre pustuleuse. Toute trace d'herpès ou de lichen aurait disparu, et la figure serait couverte de furoncles et de pustules. Mais d'ailleurs l'éruption pustuleuse et furonculaire n'attend pas toujours la disparition du cercle inflammatoire pour se manifester, et dans quelques cas on observe ensemble ces quatre éléments de l'éruption mentagreuse : la papule et l'écaille furfuracée, la pustule et le furoncle.

c. *Mentagre tuberculeuse ou furonculaire.* — Cette troisième forme est en général la suite des deux premières; mais quelquefois elle apparaît d'emblée, sans avoir été précédée longtemps à l'avance d'éruption papuleuse ou pustuleuse. Elle peut siéger sur toutes les parties de la face, mais elle attaque de préférence les régions mentonnière, sous-maxillaire, cervicale, parotidienne.

Elle est discrète ou confluente, et donne à la partie qu'elle a pour siége une tuméfaction souvent énorme, qui pourrait en imposer pour une fluxion, un phlegmon, ou même pour une affection carcinomateuse. Les pustules et les furoncles s'ouvrent à l'extérieur; le pus s'en écoule. De petites végétations fongueuses, entretenues par les follicules altérés des poils flétris et jaunâtres, font saillie extérieurement. Les surfaces malades sont granuleuses ou bosselées; il s'en écoule parfois un ichor fétide. C'est alors que la maladie mérite véritablement le nom de *sycosis*.

Nous avons décrit ces trois formes séparément pour en faire mieux saisir les caractères; mais le plus ordinairement elles se trouvent réunies.

L'éruption mentagreuse est accompagnée d'un sentiment de gêne, de tension dans la partie affectée, d'un prurit ou de picotements qui reviennent à des intervalles irréguliers, quelquefois de chaleur brûlante. Elle altère les traits du visage, occasionne même souvent une assez grande difformité pour que celui qui la porte n'ose paraître dans la société. Enfin, elle gêne les fonctions de la mastication et l'exercice de la parole.

Diagnostic de l'éruption mentagreuse. — On peut confondre la mentagre avec l'impétigo, l'ecthyma, l'acné, le furoncle, le pityriasis et le psoriasis de la face, le lichen, le lupus, les abcès symptômatiques des caries dentaires, l'adénite scrofuleuse, etc. Quelques mots sur le diagnostic différentiel de cette éruption. L'impétigo n'a pas spécialement pour siége la base des poils. Les pustules, dans cette affection, sont plus ramassées, plus groupées que dans la mentagre; elles suppurent plus largement, se crèvent avec plus de facilité. Le pus qui s'en écoule se dessèche et forme des croûtes plus jaunes, plus relevées sur les bords, moins adhérentes que celles de la mentagre, etc.

Malgré tous ces caractères, on ne saurait disconvenir qu'il est quelquefois difficile de distinguer l'éruption mentagreuse de l'éruption impétigineuse. C'est probablement ce qui a engagé mon honorable collègue M. Devergie à créer une espèce intermédiaire, l'*impétigo sycosiforme*.

L'ecthyma et le furoncle sont plus faciles à distinguer. Dans l'ecthyma, l'éruption est discrète, la pustule est superficielle, aplatie. Dans le furoncle, l'éruption est isolée, et dans la mentagre furonculaire elle est compliquée de groupes de pustules et de furoncles.

L'acné, qui tantôt est papuleuse, le plus souvent pustuleuse, comme la mentagre, et d'autres fois tuberculeuse ou seulement constituée par une croûte noirâtre, a cependant des caractères bien tranchés qui ne permettent pas de la prendre pour cette dernière. Son éruption n'a pas lieu par groupes successifs, comme celle de la mentagre; elle attaque spécialement le nez, le front, les joues, là où se trouvent accumulés le follicules sébacés. La mentagre a plus spécialement son siége à la lèvre supérieure, au menton.

Le lichen de la face est accompagné d'un prurit qui n'est ni aussi vif, ni aussi persistant dans la mentagre. Bien que disposées par groupes, les papules du lichen n'ont pas exclusivement leur siége à la base des poils; on en trouve sur le front et d'autres régions où ne s'observe pas l'éruption mentagreuse. Le lichen n'est pas associé à une éruption pustulo-furonculaire comme l'est le plus souvent la mentagre.

Le pityriasis et le psoriasis sont des éruptions furfuracées qui, lorsqu'elles sont disposées par petites plaques sur la figure, pourraient bien faire croire à l'existence d'une mentagre sèche et farineuse; mais les premières éruptions siégent indistinctement sur toutes les parties de la figure et du corps. La seconde n'apparaît que dans des endroits déterminés. Cette dernière d'ailleurs est presque toujours accompagnée d'éruption pustuleuse et papuleuse. En outre, les poils, dans la mentagre furfuracée, ont des caractères tout particuliers qui éclairent siugulièrement le diagnostic. (*Voir* Teigne tonsurante.)

Le lupus a été confondu avec la mentagre par des observateurs inattentifs; mais sa marche est essentiellement différente. Son caractère tuberculeux et le fond cicatriciel qui l'accompagne presque toujours préviendront toute erreur.

Ce n'est pas seulement avec la scrofule que l'on voit chaque jour les praticiens confondre les abcès sous-cutanés symptomatiques des caries dentaires, mais encore avec la mentagre. Ces petits abcès circonscrits, qui ont en quelque sorte leur siége dans l'épaisseur de la peau, attaquent les follicules des poils, qui s'atrophient, se flétrissent et tombent comme dans la mentagre. Mais un examen attentif fera toujours distinguer ces petites tumeurs arrondies, si nettement circonscrites, qui offrent dans toute leur étendue une mollesse fluctuante, des indurations furonculaires de la mentagre. Nous en dirons autant de l'adénite scrofuleuse, qu'un médecin expérimenté ne prendra jamais pour l'adénite symptomatique de la mentagre.

Nature de la mentagre. — Qu'est-ce que la mentagre? La plupart des anciens auteurs, et parmi les fondateurs de la science dermatologique Alibert, ont rangé la mentagre dans les dartres. C'était la dartre pustuleuse mentagre ou le *varus mentagra*. A une classification de maladies, Willan est venu substituer une classification de symptômes; nos dermatologistes modernes, qui tous, plus ou moins fidèlement, ont accepté la classification de Willan, ont été par cela même dispensés de s'expliquer sur la nature de la mentagre. Après avoir cherché à prouver, contrairement aux idées du pathologiste anglais, que la mentagre n'était pas un tubercule, mais une pustule, qu'avaient-ils de plus à dire sur sa nature?

En 1840, un de nos micrographes les plus distingués, M. Gruby, a présenté à l'Académie des sciences un travail dans lequel il annonçait une découverte importante, la présence d'un végétal parasite, le *microsporon mentagraphytes*, dans une variété particulière de la mentagre. C'était une ère nouvelle dans l'histoire de cette maladie.

Depuis deux ans, j'ai eu l'occasion d'examiner un très grand nombre de mentagres; j'ai recherché avec soin quelle était la nature de l'altération des poils dans ces affections.

Dans beaucoup d'éruptions mentagreuses, je n'ai trouvé aucune lésion des poils ou des follicules pileux; dans d'autres cas, j'ai constaté une simple atrophie des bulbes, une décoloration des poils, une altération de leurs qualités physiques, pas de produits étrangers. Dans la plupart des cas, j'ai trouvé sur les poils un végétal parasite; mais ce végétal n'est pas toujours le microsporon mentagrapbytes de M. Gruby : c'est assez souvent le tricophyton tonsurant. J'iudiquerai tout à l'heure à quels caractères on peut à l'avance et sans le secours du microscope dire si la mentagre est produite par tel ou tel champignon.

ÉTUDES SUR LES DÉVIATIONS DE LA MATRICE;

Par M. le docteur SAUSSIER, médecin à Troyes.

La discussion ouverte à l'Académie de médecine sur le rapport présenté par M. Depaul au sujet du redressement des déviations utérines me fournit l'occasion de publier les recherches auxquelles je me suis livré sur ces affections.

Depuis plusieurs années mon attention fut vivement excitée par le nombre considérable de dérangements utérins qui se présentaient à mon observation. J'en recueillis au hasard 102 cas — nombre que j'aurais pu doubler facilement — que je soumis à un travail statistique dont je vais d'abord donner les résultats.

Les diverses positions dans lesquelles j'ai trouvé l'utérus déplacé m'ont porté à reconnaître qu'il n'est aucune direction, aucune inflexion qu'il ne puisse affecter. Sous ce rapport, je divise les déviations en *déplacements* et en *inflexions* proprement dites. Les déplacements sont de simples changements de position dans le bassin, un refoulement en avant, en arrière, en bas, etc; les inflexions sont constituées par des courbures de la matrice sur elle-même, au point de réunion de ses deux axes.

En fait de déplacements, je reconnais les variétés suivantes:

1° *Antéposition*, ou refoulement en avant;
2° *Rétroposition*, ou refoulement en arrière;
3° *Latéroposition*, ou refoulement sur les côtés;
4° *Élévation*, ou refoulement en haut;
5° *Abaissement*, *prolapsus*, ou refoulement en bas.

Les inflexions me fournissent comme variétés :

1° L'*antéflexion*, ou *antéversion*;
2° La *rétroflexion*, ou *rétroversion*;
3° La *latéroflexion*, ou *latéroversion*;
4° L'*horizontoversion*.

Les déplacements sont le plus souvent combinés avec les inflexions; ainsi, rien de plus commun qu'une antéflexion accompagnée d'antéposition et de prolapsus ou abaissement. D'un autre côté, il existe très peu d'antéversions ou de rétroversions simples; on rencontre presque toujours en même temps une inflexion antérieure ou postérieure, et *vice versâ*.

Voici l'ordre de fréquence dans lequel se sont présentées les différentes variétés de déviations dans nos 102 observations.

Il y avait : antéflexion ou version, 62 fois;
rétroflexion ou version, 29 fois;
horizontoversion, 7 fois;
rétroposition seule, 3 fois;
latéroflexion seule, 1 fois.

---

tinales presque continuelles. Les bords de ces filets d'eau sont tout blanchis par les dépôts salins à la suite de l'évaporation. A Biskra, le repos de quinze heures suffisait pour rendre infecte l'eau placée dans nos bidons; aussi, au cercle de MM. les officiers, fut-on obligé de recourir au filtrage quotidien à travers des couches de charbon et de sable.

D'après les recherches de M. l'ingénieur Dubocq (1), les eaux du Zab sont lourdes, très chargées de sels, surtout en été, d'une densité supérieure à celle de l'eau ordinaire, riches en chlorure de sodium et de magnésium, sulfate de soude et de chaux, carbonate de chaux, et principalement en matières organiques. A Biskra, prédominerait le chlorure de sodium; à Tolga et Sidi-Salah, le sulfate d soude; à Oumach, le sulfate de magnésie; à Chetma, les chlorures alcalins.

D'après les recherches fort intéressantes (2) qu'il a faites dans le Sahara en 1846, M. l'ingénieur Fournel, se basant sur l'inclinaison des couches de terrains vers le sud, la pente générale du Sahara de l'O. vers l'E., et la porosité des marnes intercalées dans les bancs supérieurs, dont le calcaire est très compacte, pense qu'il serait très facile de percer des puits artésiens dans le désert. Ainsi, dans l'expédition du sud de 1853, nous avons vu des indigènes creuser instantanément des puits à 1 mètre environ de profondeur sur l'Oued Iet-Vel et l'Oued Ouar.

Telles sont les considérations géologiques et météorologiques que nous avons cru devoir résumer au sujet de la constitution climatérique particulière dans laquelle se trouve, à notre avis, l'origine du chancre saharien.

M. le docteur Quesnoy n'a vu dans cette affection que le *bouton d'Alep*. M. le docteur Cabasse (3), qui pense l'avoir observée aux environs de Tlemcen et dans le Maroc, semble lui admettre une nature syphilitique. M. le docteur Valette (1) dit que c'est le *rupia simplex*, le *rupia* proéminent des Anglais, que cette affection ne serait point rare à Philippeville (sur le littoral), et que les Maltais y offrent souvent des ulcères qui ont cette même origine. La description que donne ce médecin militaire permet, en effet, de rapprocher sur certains points les deux phénoménisations pathologiques, mais elle diffère trop sous d'autres caractères du chancre saharien. Quant au bouton d'Alep, d'après M. le docteur Guyon (2), la cicatrice en serait petite, blanche, adhérente aux os, particularités que nous n'avons point observées dans le bouton de Biskra. Enfin, un ex-médecin sanitaire, le docteur Willemin (3), n'a jamais vu un seul bouton d'Alep développé sur le tronc, siége assez fréquent de la tumeur chancreuse qui nous occupe ici.

Un fait assez curieux, c'est l'existence de cet ulcère chez les chevaux, surtout pendant et après les fortes chaleurs. Nous l'avons souvent observé à Biskra avec un vétérinaire prussien fort instruit que des raisons de famille avaient forcé à s'engager dans le 2e régiment de la légion étrangère. Toutes les régions du cheval peuvent en être le siége. Cet habile vétérinaire, qui attribuait en partie cette maladie à l'action des eaux, qui saleraient trop la boisson et les fourrages (paille, foin) à l'usage des animaux, faisait abcéder les tumeurs avec des cataplasmes de mauve. A l'ouverture, nous trouvions constamment un gros bourbillon visqueux, très infect, exempt du ver que présentent en été les autres boutons; puis la nature chancreuse de l'affection se dessinait immédiatement, et lui faisait prendre des proportions de plus en plus grandes. Lorsque l'ulcère n'était pas très profond, le cérat simple et l'essence de térébenthine suffisaient; dans les autres cas, une pommade composée de cérat et de sulfure rouge de mercure parvenait, après un temps plus ou moins long, à amener la cicatrisation. La pierre infernale réprimait durant quelques jours les bourgeons charnus exubérants, et il restait une marque indélébile aussi grande que la tumeur, et recouverte de poils blancs. En même temps que ces ulcères de Biskra, cet habile vétérinaire m'affirmait avoir toujours rencontré des maladies du foie ou du cerveau, des hydropisies principalement. Il considérait cette ulcération, plus ou moins multipliée sur chaque animal, comme une sorte de vaccin, de virus particulier destiné à préserver les organes intérieurs dans une zone climatérique aussi chaude. Il ne l'avait, du reste, observée que sur les chevaux.

Tous les remèdes possibles ont été épuisés sans grand succès contre le chancre saharien. Les caustiques *au début* ont semblé diminuer l'intensité du mal. Les indigènes et plusieurs militaires et civils se sont bien trouvés de bains généraux et locaux dans les eaux thermales salines et sulfureuses voisines de Biskra. J'ai obtenu plusieurs guérisons assez promptes en attaquant les croûtes par des cataplasmes ordinaires très chauds, souvent répétés dans la journée, et en recouvrant ensuite les ulcérations de plumasseaux enduits de pommade composée de quantités égales de soufre et d'iodure de potassium : la liberté du ventre doit être rigoureusemeut observée. Le changement de localité a toujours été suivi de bons résultats en général.

Les habitants de l'oasis de Biskra emploient, entre autres remèdes, l'écume que forme l'eau avec laquelle on fabrique le savon noir. Cette matière très caustique aurait, disent-ils, la propriété de *brûler* le bouton et de le faire cicatriser de suite. Les cicatrices indélébiles ont toujours lieu, mais la durée de l'affection serait bien moindre.

---

(1) *Mémoire sur la constitution géologique des Zibans et de l'Oued-Zir*, 1853.
(2) Confirmées par M. Berbrugger, lors de son excursion dans le Sahara. *V.* sa brochure sur les puits artériens du désert, pages 25 et 27.
(3) *Relat. de la captivité des prisonn. français chez les Arabes*; 1848, p. 83.

(1) T. XIe de la 2e série des *Mém. de méd. et de chirurg. militaires.*
(2) T. XXXIXe de la 2e série des *Mém. de méd. et de chirurg. militaires.*
(3) *Mémoire sur le bouton d'Alep; Gaz. médicale de Paris*, avril 1854.

Nous avons trouvé la latéroflexion, ou obliquité proprement dite, combinée de la manière suivante, avec les lésions précédentes.

L'obliquité existait 32 fois :

A droite, 21 fois;

A gauche, 11 fois.

Dans 70 cas l'obliquité manquait.

Elle s'est rencontrée avec l'antéflexion ou version, 24 fois :

A droite, 15 fois;

A gauche, 9 fois.

Avec l'horizontoversion 4 fois :

A droite, 3 fois;

A gauche, 1 fois.

Avec la latéroflexion, 2 fois :

1 à droite et 1 à gauche.

Avec la rétroposition, 2 fois :

Dans les 2 cas, à droite,

Jamais je n'ai trouvé d'obliquité dans les rétroflexions.

Avant d'entrer dans l'exposé des considérations que suggèrent tous ces faits, je vais relater les diverses circonstances ou complications qui se rencontrent avec les déviations. Elles sont relatives à l'âge des sujets, aux rapports sexuels, à l'engorgement du corps, du col de la matrice, aux ulcérations du museau de tanche, etc.

1° *Age des sujets.* — Nos 102 malades se répartissent ainsi :

1 avait 19 ans;

53 avaient de 20 à 30 ans;

36 — de 30 à 40 ans;

11 — de 40 à 50 ans;

1 avait 56 ans.

Je n'en ai point observé au-dessous de 19 ans ni au-dessus de 56 ans. Je reviendrai plus tard sur ce sujet.

2° *Etat de la femme sous le rapport des rapprochements sexuels.* — Toutes les malades étaient privées de la membrane hymen. De leur propre aveu ou d'après des renseignements indubitables, toutes avaient eu des rapprochements sexuels.

3° *Ulcérations du museau de tanche.* — Dans les 102 cas, l'ulcération existait 67 fois :

Avec antéflexion, 56 fois;

Avec rétroflexion, 11 fois.

4° *Fécondation. Grossesse.* — J'ai constaté que 81 de nos malades avaient été enceintes. La grossesse n'a manqué que chez 21 d'entre elles, savoir :

18 fois dans l'antéflexion;

3 fois dans la rétroflexion.

On se rappelle que j'ai rencontré l'antéflexion 62 fois, et la rétroflexion 29 fois.

5° *Engorgement de l'utérus.* — A. *Engorgement du corps.* — Le corps de la matrice a été trouvé engorgé 53 fois, savoir :

30 fois dans l'antéflexion;

20 fois dans la rétroflexion;

3 fois dans des déviations diverses.

Remarquons tout de suite que l'engorgement du corps manque 1 fois sur 3 dans la rétroflexion, tandis que la grossesse n'a manqué que 3 fois sur 29. Nous en reparlerons.

B. *Engorgement du col.* — Le col était engorgé dans 39 cas :

25 fois dans l'antéflexion;

10 fois dans la rétroflexion;

4 fois dans des positions diverses.

C. *Engorgements des annexes, ligaments larges, ovaires*, etc. — La palpation attentive des côtés de l'hypogastre, associée avec le toucher vaginal, m'a permis de constater que 68 fois les annexes étaient engorgés ou douloureux :

40 fois dans l'antéflexion;

15 fois dans la rétroflexion;

13 fois dans des cas divers.

6° *Sensibilité de l'utérus.* — Dans 91 cas, j'ai reconnu par le toucher l'existence d'une sensibilité plus ou moins exagérée de la matrice. La douleur varie beaucoup d'intensité; elle se rencontre :

54 fois dans l'antéflexion;

28 fois dans la rétroflexion;

9 fois dans d'autres positions.

Toutes les fois, sans exception, qu'il y avait engorgement de la matrice, il y avait aussi augmentation de sensibilité. Mais la douleur peut exister sans que le volume de la matrice soit augmenté.

7° *Position du col.* — Je ne parlerai point des obliquités du col; elles correspondent en général avec les obliquités du corps, et n'ont que peu d'importance relativement à la position du col en avant ou en arrière.

Dans nos 102 observations, le col était :

Porté en arrière, 70 fois;

Porté en avant, 4 fois;

Droit dans l'axe vaginal, 28 fois.

Toutes les fois, moins 3, que le col était porté en arrière, il existait une antéflexion, et presque toujours il appuyait en même temps verticalement sur le périnée ou la paroi postérieure du vagin, surtout dans la station debout.

8° *Mobilité de l'utérus.* — Dans 20 cas seulement j'ai trouvé l'utérus peu mobile, et cela toujours dans des cas d'engorgement. 80 fois la mobilité n'était pas sensiblement diminuée.

9° *Catarrhe de l'utérus, du vagin, flueurs blanches.* — Mes notes signalent 71 fois l'existence de flueurs blanches; 4 fois seulement sur ces 71 cas il y avait absence d'ulcérations sur le museau de tanche et il n'en avait jamais existé. Je ne parle point de la leucorrhée simple, de l'humidité du vagin, mais bien des flueurs blanches, que l'on est obligé d'enlever avec un pinceau lorsque le spéculum est appliqué et qui adhèrent plus ou moins à ses parois.

10° *Transformations de positions.* — Un certain laps de temps après avoir constaté, décrit, noté l'existence de certains dérangements utérins, il m'est quelquefois arrivé en observant de nouveau de trouver la position décrite jadis transformée en une autre, par exemple l'antéposition transformée en rétroposition.

11° Je pourrais enfin fournir des détails statistiques sur d'autres phénomènes qui se rencontrent dans les déviations, à savoir : la chloro-anémie, la dysménorrhée, l'aménorrhée, l'hyperménorrhée, l'hystérie, l'hypéresthésie ou état nerveux de l'utérus et du vagin, sur les névralgies diverses qui accompagnent la maladie. Ils me semblent inutiles, et du reste je me propose de m'en occuper un peu plus tard dans le courant de ce travail.

Nous allons maintenant étudier les déviations utérines sous le rapport de leur pathogénie, leur nature, leurs causes, leurs symptômes, leur marche, durée et pronostic, et du traitement à leur opposer; mais avant tout, je désire qu'il soit entendu qu'il ne s'agit ici que des déviations idiopathiques compliquées d'engorgement, d'ulcérations simples du col, de douleur, d'inflammation, mais sans altération de structure et indépendantes de toute lésion étrangère.

Pathogénie. — Nature des déviations. — État anatomique.

Comme je l'ai déjà dit, les déviations de la matrice consistent dans un déplacement en masse de tout l'organe ou dans une inflexion de l'organe sur lui-même.

Pour admettre que l'utérus est déplacé ou dévié lorsqu'on le trouve dans telle ou telle position, il faut qu'on lui reconnaisse une position et une direction normales dans le bassin, un axe congénital ordinairement le même. Or, en est-il toujours ainsi? Je répondrai : Oui! me fondant sur des considérations que je vais développer.

1° Jusqu'ici les anatomistes accordaient à l'utérus une position et un axe à peu près fixes dans le bassin. Mais, depuis quelque temps, les cas nombreux de dérangements observés ont porté des pathologistes à penser que l'axe et la position de la matrice à l'état sain et normal étaient extrêmement variables. Nous ne sommes point de ce nombre, et nous disons, en outre, que c'est pendant la vie qu'il faut constater la situation de l'utérus pour la connaître à l'état normal. On ne s'en fait une idée juste qu'en associant le toucher vaginal avec la palpation de l'abdomen à travers sa paroi antérieure. Voici ce que j'ai appris au moyen de ce procédé.

Lorsqu'à l'aide des deux mains on est parvenu à saisir l'utérus entre le doigt indicateur droit et la main gauche appliquée sur l'abdomen, chez une femme nubile et vierge, placée dans le décubitus dorsal, on constate que le sommet de l'organe se trouve à peu près à 6 centimètres en arrière de la symphyse du pubis. En même temps, on sent le col dirigé parallèlement à la paroi antérieure du vagin; le sommet du museau de tanche est à 4 centimètres en arrière de l'orifice vulvaire, au centre duquel aboutit son axe prolongé. Une ligne tirée du sommet de la symphyse pubienne à l'angle sacro-vertébral passe à travers le corps de la matrice, au-dessous de son tiers supérieur. Le col forme avec le corps un angle légèrement obtus à sinus antérieur.

2° Ces dispositions sont susceptibles de modifications dont le coït et la grossesse sont les principales causes; car c'est surtout après le mariage qu'on les voit se produire. Je ne prétends pas qu'avant le rapprochement des sexes et la gravidité il n'existe pas de déplacements ou d'inflexions de la matrice, mais je pense qu'ils sont très rares, et alors que, si on les rencontre sur le cadavre sans les avoir observés pendant la vie, on peut en attribuer une grande partie, comme l'a fait M. Depaul, à l'action des intestins sur les viscères abdominaux, sur l'utérus en particulier.

Au paragraphe 1er de notre relevé statistique, on a pu voir que les déviations utérines se présentent surtout de 20 à 30 ans : c'est-à-dire à l'époque où le rapprochement des sexes et la fécondation se produisent avec le plus de fréquence. Eh bien! c'est aussi alors que les dérangements de la matrice vont graduellement en augmentant.

A l'état normal, chez une femme qui n'a point encore conçu, le volume du corps utérin égale celui d'un petit œuf de poule. Après une grossesse, il reste toujours un peu augmenté.

Le volume du col est proportionné à celui du corps. Avant la fécondation, son diamètre est de 2 centimètres. Les maladies l'accroissent rarement au-delà de 3 centimètres. Le spéculum d'une seule pièce dont je me sers ordinairement a 3 centimètres à son orifice utérin, ou petit orifice; toujours il a pu contenir le col hypertrophié, et bien peu souvent j'ai observé un vide de plus de 1 centimètre entre le col et la paroi de l'instrument. Il suit de là que le volume du col est de 2 centimètres de diamètre à l'état sain, et qu'il dépasse peu 3 centimètres.

Après avoir établi que l'utérus possède un axe et une position déterminés à l'état normal dans le bassin, je vais passer en revue les différentes variétés de déviations que j'ai admises en commençant ce travail.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 juin 1854. — Présidence de M. Huguier.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Deguise père, membre titulaire, adresse à M. le président une lettre dans laquelle il demande à être nommé membre honoraire. MM. Larrey, Giraldès et Marjolin sont chargés d'examiner sa demande.

— M. le professeur Heyfelder, membre correspondant, adresse un mémoire sur la désarticulation de la cuisse, en demandant qu'il soit fait un rapport. (Commissaires : MM. Lenoir, Larrey et Giraldès.)

Ce mémoire est accompagné d'une lettre sur un cas de transmission de syphilis à la suite de la vaccination. Cette question ayant déterminé un procès et M. Heyfelder demandant une réponse sur ce sujet, la Société attendra qu'il ait transmis de plus amples détails.

— M. le docteur Justin Massot fait hommage de sa thèse sur les kystes séreux qui compliquent les tumeurs ou hygromas profonds.

— M. le docteur Dupont adresse aussi sa thèse sur les sutures en général.

— M. Verneuil offre à la Société plusieurs thèses de chirurgie.

LECTURE.

M. Maisonneuve donne lecture d'une observation de fracture du rebord de la cavité cotyloïde avec luxation du fémur. Pièces anatomo-pathologiques à l'appui. (Renvoi au comité de publication.)

Suite de la discussion sur l'hérédité de la syphilis. — M. Voillemier prend la parole en ces termes :

La discussion, portant sur un point très circonscrit de la syphilis, semblerait devoir appartenir tout entière à ceux de nos collègues qui se sont occupés spécialement de cette maladie; mais, après tout, il s'agit d'examiner des faits, de voir si les conclusions qu'on en a tirées sont parfaitement logiques, d'accepter ou de repousser une doctrine nouvelle, et, pour mon compte, ne me trouvant pas suffisamment éclairé par le débat, j'ai pensé que la Société me permettrait de lui soumettre quelques courtes observations.

Je m'associe de grand cœur à tout ce qui a été dit de flatteur sur le rapport de notre excellent collègue M. Cullerier; mais plus ce rapport est présenté avec talent, plus ses conclusions semblent faciles à accepter, plus nous devons l'examiner avec soin, je dirais presque avec sévérité, tant me semble grave la question qui nous occupe.

Pour ne point abuser des instants de la Société, je laisserai de côté plusieurs questions qui, soulevées incidemment par notre honorable confrère, ont éveillé la susceptibilité de M. Ricord : je n'ai pas les mêmes raisons que lui pour m'en occuper, et je me renfermerai dans le sujet même de la discussion. Il s'agit de l'hérédité de la syphilis. Comme cette hérédité ne pouvait avoir que deux sources, il devait tout naturellement se produire deux opinions opposées et exclusives : l'une prétendant que la syphilis est toujours transmise aux enfants par la mère, l'autre soutenant que la maladie vient du père. Sans grand effort d'esprit, on pouvait prévoir qu'entre ces deux opinions il en surgirait une troisième plus conciliante, plus prudente, si vous voulez, qui ferait une part inégale, il est vrai, mais une part à chacun des ascendants; car dans chaque question il est rare qu'il ne se trouve pas toujours place pour un peu d'éclectisme. Examinons ces trois opinions :

La première était la plus facile à défendre. Dégagée des doutes qu'on peut élever dans tous les cas sur la paternité, elle compte, en outre, assez de faits en sa faveur pour qu'on ne puisse la contester, du moins dans son principe. La seconde n'a trouvé que de rares partisans; ce que je viens de dire de l'hérédité maternelle montre assez que je ne suis point de ce nombre. Mais la dernière opinion, qui, tout en faisant une large part à la mère, admet aussi que le père peut transmettre la syphilis, celle qui est en cause ici, celle que je défends, notre honorable rapporteur me permettra de le lui dire, il en a fait trop bon marché.

De tout temps l'influence du père sur la production des races a été admise comme surabondamment démontrée. Evidente dans l'ordre physiologique, si elle se manifeste plus rare et plus tardive dans les faits pathologiques, elle n'en est pas moins incontestable. En voyant chaque jour des pères transmettre à leurs enfants la goutte, la phthisie, le vice cancéreux et tant d'autres maladies, on ne répugnait en aucune façon à admettre que des enfants naissant avec la syphilis aient pu la recevoir de leurs pères. L'analogie s'élevait ici presque à la hauteur d'une véritable preuve. Mais si on acceptait la doctrine de M. Cullerier, le père ne serait plus que l'occasion d'un enfant, et on ne serait plus en réalité que l'enfant de sa mère! Cependant quelles raisons puissantes nous apporte-t-il donc pour nous faire abandonner en un instant les idées si généralement et si anciennement reçues? Deux seules. Permettez-moi de les examiner.

Pendant longtemps M. Cullerier a partagé notre opinion, mais il en a changé en voyant des individus affectés de syphilis constitutionnelle procréer des enfants parfaitement sains. D'autre part, quand il a rencontré des enfants affectés de cette maladie, il a toujours constaté la syphilis ou les traces de la syphilis chez les mères. M. Huguier a raconté à la Société l'histoire d'un jeune mari qu'il avait soigné d'une syphilis constitutionnelle et qui était devenu père d'enfants bien portants. Les faits de ce genre ne sont pas rares, j'en conviens. Vous voyez que je présente l'objection dans toute sa force. Je ne veux point me servir ici du vieil argument qui consiste à contester la paternité, et dire que dans ces cas le véritable père n'était pas le père infecté. Je laisse de côté volontiers les ressources que peut me fournir l'esprit toutes les fois que le sens commun me montre une route droite. Ces faits, je les accepte comme vrais, mais ils sont tous négatifs; ils peuvent donner une présomption, mais ils n'établissent pas une preuve.

Si nous disons que le père peut transmettre la syphilis à ses enfants, nous ne disons point qu'il la transmet toujours et fatalement.

Si M. Cullerier a constamment trouvé infectées les mères des enfants infectés, cela ne prouve rien contre les cas où on a rencontré des enfants infectés alors que les mères étaient parfaitement saines.

Notre honorable confrère ajoute encore, en attirant spécialement notre attention sur ce point, que ce qui prouve bien la transmission de la syphilis par la mère, c'est la disproportion entre le petit nombre des enfants infectés et le nombre considérable des pères qui ont eu la syphilis. Mais M. Ricord a justement fait observer que la même objection pourrait être faite à la transmission de la syphilis par la mère; car, si le nombre des femmes infectées est moindre que celui des hommes, il est encore bien plus grand que celui des enfants. Nous ne

voulons pas cependant nous servir de cet argument; nous comprenons très bien qu'une mère peut donner la sypbilis et qu'elle ne la donne pas toujours. Mais alors cet argument est encore moins bon entre vos mains : vous devez bien convenir que les hommes peuvent ne pas toujours transmettre la syphilis à leurs enfants, vous qui prétendez que le père ne la transmet jamais!

Allons plus loin, et prouvons que la transmission par le père existe réellement.

Voici une observation rapportée par M. Mayr, médecin en chef d'un hôpital d'enfants à Vienne :

Je ne saurais, dit-il, passer sous silence deux cas de syphilis congéniale qui sont encore actuellement en traitement. La mère d'un de ses enfants s'est remariée il y a un an; elle avait eu quatre enfants bien portants de son premier époux. Le père du petit malade a été traité avant le mariage dans la salle des vénériens à l'hôpital général et paraît avoir eu au moment du mariage la même éruption qu'aujourd'hui, éruption qui consiste en un psoriasis syphilitique. Le docteur Velker, qui s'intéressait vivement à l'étude de la syphilis, a examiné la mère et n'a rien trouvé chez elle qu'une leucorrbée avec érosions au pourtour du col utérin.

Notre collègue M. Ricord a rapporté avec détails une observation semblable, et je suis convaincu que d'autres se produiront; mais une seule me suffit. Le fait rapporté par M. Mayr nous offre toutes les garanties désirables; on ne peut le contester. Il n'en est pas besoin d'autres. La doctrine exclusive de la transmission de la syphilis par la mère, qu'on aurait bientôt érigée en loi, car les lois sont faciles à faire quand on les fait seul, cette doctrine n'existe plus. La voilà réduite aux proportions mesquines d'une question de fréquence.

Maintenant transportez-vous sur le terrain de la pratique : quand un homme affecté de syphilis constitutionnelle viendra vous demander s'il peut se marier sans danger pour ses enfants, oserez-vous lui dire qu'il le peut? Mais si ses enfants naissent infectés, outre ce premier malheur, le mari ne sera-t-il pas conduit nécessairement avec votre doctrine à accuser la vertu de sa femme? Nous convenons que vous aurez dit vrai dans la grande majorité des cas; mais alors avouez que vous payerez chèrement cette première satisfactiou. Puis encore vous savez mieux que moi ce que sont les entraînements, les exagérations du public. Le jour où vous aurez dit qu'un père ne transmet pas à ses enfants la syphilis, que de malades ne suivront plus le traitement que vous aurez ordonné et augmenteront ainsi les chances d'une transmission que nous admettons.

Qu'il me soit permis d'ajouter encore quelques mots : M. Cullerier, répondant à l'un de nos collègues, a dit que si certains pères infectés avaient donné naissance à des enfants chétifs et malsains, c'est qu'ils étaient eux-mêmes épuisés par la syphilis et incapables de procréer des enfants vigoureux, mais qu'ils n'avaient pas donné la syphilis. J'accepte un instant cette interprétation. Croyez-vous donc avoir fait une grande conquête que de pouvoir dire à un malade qu'il peut se marier, que ses enfants n'auront pas la syphilis, si la syphilis dont il est atteint lui-même peut l'empêcber d'avoir des enfants vigoureux et viables? Bien plus, cette débilité des enfants, ces maladies profondes et difficiles à caractériser que vous reconnaissez vous-même comme pouvant être le résultat d'une syphilis qui aurait altéré profondément la constitution du père, pourriez-vous assurer qu'elles n'ont rien de syphilitique? Pour affirmer cela, savons-nous où la syphilis commence et où elle finit? savons-nous un seul mot de ses diverses transformations possibles?

A l'appui de ces doutes, je rapporterai un fait qui appartient à l'un de nos plus honorables collègues, dont l'expérience a une grande autorité parmi nous, M. Hervez de Chégoin.

Il donnait des soins à un jeune ménage. La femme était bien portante et des mieux élevées; le mari était un bomme brun et très vigoureux. Leur premier enfant vint à terme, mais chétif, et mourut. Le second naquit dans des conditions à peu près semblables. Notre collègue, inquiet, interroge alors le mari; il apprend que celui-ci avait eu la syphilis et se décide à lui faire suivre un traitement mercuriel. Deux enfants naquirent depuis cette époque, et tous deux très bien portants. Je sais qu'on pourrait encore ici contester la paternité; mais alors il n'y aurait plus de discussion possible. Quant à moi, le fait de M. Hervez de Chégoin ne me laisse aucun doute.

Je crois avoir démontré :

1° Que la sypbilis peut être transmise aux enfants par le père;

2° Que certaines maladies des enfants non reconnues pour sypbilitiques doivent être rapportées à la sypbilis dont leur père était affecté;

3° Que la doctrine exclusive de la transmission de la syphilis par la mère n'est point prouvée.

M. Cullerier ne saurait accepter pour lui le reprocbe d'avoir voulu formuler une loi. Je n'ai, dit-il, ni la prétention ni l'autorité suffisante pour faire une loi; j'ai seulement voulu vous communiquer le résultat de mon observation.

M. Voillemier dans son argumentation a refait l'historique de mon travail comme je l'aurais fait moi-même; je n'ai donc rien à dire à ce sujet. Ce que je maintiens, c'est que des pères manifestement syphilitiques donnent naissance à des enfants sains. Quand l'enfant naissait malade, au contraire, j'ai trouvé la mère infectée.

M. Voillemier m'a cité un fait; je dois dire que je ne puis l'accepter; il me semble insuffisant. Il faut pour qu'il ait toute sa valeur que l'état de santé du père soit bien manifestement reconnu.

On m'objecte pour combattre mon opinion le discrédit qu'elle jette sur la vertu de la mère; à cela je réponds que je ne mets en aucune façon la vertu de la mère en suspicion. C'est seulement de sa santé dont il est question, et c'est vers le père au contraire que se dirige mon accusation, car c'est lui qui a infecté la femme.

Quant à l'observation empruntée à M. Hervez de Chégoin, je la respecte infiniment comme tout ce qui vient de notre bonorable collègue; mais je dois dire qu'elle ne saurait rien prouver dans cette discussion. L'bomme dont il est question avait eu, en effet, la vérole, et sous l'influence de cette affection non guérie la constitution s'était délabrée. Qu'y a-t-il d'étonnant alors si les enfants engendrés par un tel père viennent au monde chétifs et misérables de santé? Mais si ces enfants meurent, ils ne meurent pas avec des symptômes de syphilis. Quand ensuite vous avez traité le père, sa santé rétablie, non pas seulement par le mercure, mais par les moyens adjuvants et réconfortants, le met dans des conditions nouvelles, et les enfants qu'il engendre ensuite viennent au monde bien portants. Cela est tout simple et ne peut en rien étonner.

M. Voillemier reprend en quelques mots l'histoire de l'observation empruntée à M. Mayr, et il insiste sur le degré de croyance qu'elle mérite et sur son importance dans le débat.

M. Hervez de Chégoin donne de nouveaux détails sur le fait emprunté à sa pratique par M. Voillemier. Il peut attester que le père ne portait aucune trace d'accident contagieux.

Dans une autre observation, M. Hervez de Chégoin a vu un jeune enfant syphilitique. Ni la mère ni la nourrice n'étaient malades; le père seul offrait des syphilides. Un traitement infligé à toute la famille et à la nourrice fut suivi d'un plein succès.

M. Cullerier. J'insiste bien sur ce point, que je n'ai pas prétendu que tous les enfants nés de père sypbilitique sont nécessairement d'une constitution mauvaise; seulement je dis que lorsque des hommes présentant des accidents tertiaires de syphilis deviennent pères, si leurs enfants sont malades, ils ne le sont pas par la vérole, mais par l'appauvrissement de leur constitution; ils sont comme entachés de scrofule.

M. Ricord. M. Voillemier nous a cité des observations qui viennent d'Allemagne. Je commencerai par dire que j'ai la plus grande foi dans les observateurs de ce pays. Du reste, rien de plus admissible que l'observation de M. Mayr. J'ai cité de mon côté quelques faits, et je demande pour eux la même confiance que j'accorde aux observations que l'on m'a citées.

Ainsi, dans l'observation que l'on a contestée, l'officier de cavalerie ne présentait, lorsqu'il a eu commerce illégitime avec la femme, aucune espèce d'accident transmissible, je puis l'affirmer absolument. C'est un fait à joindre à celui rapporté par M. Voillemier, et je puis ajouter qu'il en est beaucoup d'autres semblables.

En suivant la voie tracée par M. Cullerier, il faut admettre :

1° Que toutes les fois qu'un enfant né d'un père sypbilitique et d'une mère saine est sain, il appartient bien au père syphilitique;

2° Que si au contraire l'enfant naît vérolé, la femme a été infectée, et dès lors qu'elle a eu commerce illicite, si son mari ne présente pas d'accidents transmissibles.

Suivant M. Cullerier donc, dès qu'un enfant naît vérolé, on doit trouver la mère infectée. Mais cela n'est pas, et dans mon observation, à laquelle je suis toujours ramené, j'ai examiné le père et la mère, ils étaient sains; l'amant, au contraire, était vérolé. A cela que peut-on objecter?

Ce qui me surprend encore plus dans la manière d'argumenter de M. Cullerier, c'est la concession suivante qu'il nous fait. Un père dont la constitution est affaiblie par la vérole peut, dit-il, engendrer des enfants malades; mais il a soin d'ajouter qu'ils ne sont pas malades par la vérole. C'est bien là une subtilité; car pourquoi vous arrêter dans cette voie? pourquoi vouloir faire une exception pour la sypbilis? Ainsi vous dites : Le père transmettra tout au moins la vérole. Vous savez bien que la vérole, à mesure qu'elle vieillit sur un individu, tend à perdre son cachet de spécificité; mais qu'elle soit patente ou altérée dans sa forme, elle est toujours la vérole, et elle peut par conséquent se retrouver sur le produit dans les deux cas, si vous admettez qu'elle puisse se transmettre dans l'un des deux.

M. Cullerier. J'avais été d'abord surpris du peu d'objections faites à ma doctrine; mais je vois avec plaisir que je m'étais trompé, et aujourd'bui elle est assez vigoureusement attaquée. Mais dans cette attaque, je ne puis accepter la justesse des faits qu'on m'oppose. Ainsi, M. Ricord revient sur son observation, et je dirai toujours à notre collègue qu'il n'a vu son officier de cavalerie que longtemps après la procréation de l'enfant malade, et dès lors il a dû s'en rapporter au malade sur la réalité de la disparition complète des accidents transmissibles. L'erreur ne vient donc pas de M. Ricord; mais cette erreur, j'y crois, et je l'attribue au malade. Jusqu'à preuve du contraire, je crois à l'bérédité de la vérole par la mère seulement, et je persisterai dans cette opinion tant qu'on ne m'aura pas prouvé qu'une femme qui engendre un enfant vérolé n'a pas subi, dans un temps plus ou moins éloigné, une infection syphilitique.

M. Ricord. Je ne puis que persister également à considérer mon observation comme probante; je me suis entouré de toutes les précautions pour lui donner toute sa valeur.

Dans un autre fait, je soignais le mari moi-même, et quand il s'est marié je suis bien certain qu'il n'avait pas d'accidents transmissibles, et cependant l'enfant est venu au monde syphilitique. La mère n'avait rien d'abord; elle ne devint malade que plus tard.

Si de pareils faits ne peuvent vous suffire, posez donc vous-même le programme de vos exigences, pour que nous sachions bien ce que vous considérez comme une bonne observation.

M. Cullerier, sur une interpellation de M. Forget, répond qu'il avait accepté la tbéorie de l'bérédité paternelle comme prouvée; mais quand il voulut en appeler à l'observation, il reconnut que pas un fait ne la justifiait.

M. Michon a écouté avec un vif désir de s'instruire la discussion, et quant à présent il ne saurait se faire une conviction. Dès le début, M. Ricord a reconnu qu'il n'avait pas étudié la question à ce point de vue. Il est donc incontestable que les observations manquent, et il faut suspendre un jugement jusqu'à production de faits concluants et de faits nouveaux; ceux qu'on recueille dans ses souvenirs ne sauraient être suffisamment probants.

M. Ricord. Je suis parfaitement de l'avis de M. Michon, et je m'associe aux *desiderata* qu'il formule. Mais je ferai, avant de terminer, une remarque que vous ne considérerez pas comme sans importance. Le cbamp dans lequel M. Cullerier a récolté ses observations est tout à fait exceptionnel, et on conçoit la préoccupation qui l'a dirigé. En effet, les femmes qui venaient se mettre entre ses mains n'entraient pas à l'bôpital parce qu'elles étaient enceintes, mais bien parce qu'elles étaient infectées de vérole. Et cependant, malgré cela, M. Cullerier nous avoue que quelques-unes de ses malades avaient des enfants sains. Vous voyez qu'il faudra aller chercher des faits autre part, et pour mon compte je ferai tous mes efforts pour éclairer la question.

— Après quelques observations de MM. Voillemier et Maisonneuve, la séance est levée.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences a procédé aujourd'hui à l'élection d'un membre de la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Roux.

La liste de présentation portait :

En première ligne, M. Cl. Bernard;

En deuxième ligne, M. Jobert (de Lamballe);

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Baudens et Longet;

En quatrième ligne, *ex æquo* MM. Malgaigne et Laugier;

En cinquième ligne, *ex æquo* MM. Le Roy-d'Etiolles et Maisonneuve.

Sur 51 votants, M. Cl. Bernard a obtenu 42 voix; M. Baudens, 4; M. Jobert, 2; MM. Longet et Maisonneuve, chacun une.

M. Cl. Bernard a été proclamé élu.

—Le *Bulletin des lois* publie la nouvelle loi sur l'instruction publique; nous en extrayons la partie relative à l'enseignement supérieur.

TITRE II. — *Dispositions spéciales aux établissements d'enseignement supérieur.*

« Art. 13. A partir du 1er janvier 1855, les établissements d'enseignement supérieur chargés de la collation des grades formeront un service spécial subventionné par l'Etat; le budget de ce service spécial sera annexé à celui du ministère de l'instruction publique et des cultes; le compte des recettes et des dépenses sera annexé à la loi des comptes, conformément à l'art. 17 de la loi du 9 juillet 1836.

» Les fonds destinés à acquitter les dépenses régulièrement effectuées, qui n'auraient pu recevoir leur emploi dans le cours de l'exercice, seront reportés après clôture sur l'exercice en cours d'exécution; les fonds restés libres seront cumulés avec les ressources du budget nouveau.

» Art. 14. Un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique déterminera le tarif des droits d'inscription, d'examen et de diplôme à percevoir dans les établissements d'enseignement supérieurs chargés de la collation des grades.

» Un décret rendu en la même forme, après avis du conseil impérial de l'instruction publique, règlera les conditions d'âge et d'études pour l'admission aux grades, sans qu'il puisse être dérogé à l'article 63 de la loi du 15 mars 1850. »

— Le *Moniteur* a annoncé la réunion du conseil impérial de l'instruction publique et a indiqué que parmi les divers règlements que M. le ministre a fait préparer il s'en trouve de relatifs à l'organisation des Facultés et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Au nombre des bonnes mesures que renfermeront les futurs règlements, on doit placer la réorganisation sur une plus vaste de l'Ecole de médecine de Lyon, et l'obligation pour les officiers de santé de se faire recevoir dans une Faculté ou dans une école préparatoire. La conséquence de cette mesure est la suppression des réceptions par les jurys médicaux et l'abrogation de la loi qui interdit aux officiers de santé d'exercer dans un autre département que celui où ils ont été reçus. On espère qu'il sera créé aussi quelques nouvelles cbaires dans d'autres écoles que celle de Lyon.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'Ecole d'accoucbement a eu lieu samedi, sous la présidence de M. le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté, dans l'une des salles de l'établissement.

Le premier prix d'accoucbement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Monnier (Marie-Geneviève-Lucile), élève aux frais du département de Seine-et-Oise, qui a obtenu en outre quatre autres nominations.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées après Mlle Monnier sont :

Mmes Goubet, élève à ses frais;

Beaufils, élève aux frais du département de la Nièvre;

Leprévost, — — de la Seine;

Chouquet, — — de l'Oise;

Labrosse, — — de l'Allier;

Husson, — — de l'Oise;

Brière, — — de la Seine;

Grancber, — — de la Creuse.

— S. E. le ministre de la marine vient d'bonorer d'une souscription l'ouvrage intitulé *Hygiène de la vue, suivie d'appréciations pratiques sur la cataracte*, 2e édition; par le docteur Magne, oculiste de S. A. le prince Murat.

— Le dernier numéro d'*El Héraldo médico*, de Madrid, donne sur le choléra dans la province de Pontevedra des détails qui indiquent que l'épidémie n'y a fait, pas plus que dans le reste de l'Espagne, aucun progrès inquiétant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament; commencé par MM. les professeurs A. Bérarn et C. Denonvilliers, continué, à compter de la 8e livraison, par MM. C. Denonvilliers, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., et L. Gosselin, ex-chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, cbirurgien de l'hôpital de Lourcine, etc. La 12e livraison, contenant les *Maladies des yeux*, vient de paraître. — Prix : 3 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr. *franco* par la poste. Chez Labé, place de l'Ecole-de-médecine, 23.

Le Sourd

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 28 JUIN 1854.

Séances des Académies.

La discussion sur les déviations utérines a continué à l'Académie de médecine. Deux orateurs ont occupé toute la séance, M. P. Dubois et M. Cazeaux. Le discours de M. P. Dubois, ainsi que pouvaient le faire pressentir les quelques paroles qu'il a prononcées dans la précédente séance, a ouvert une phase nouvelle à la discussion. Ce n'est plus de redressement ni de redresseur qu'il s'agit, et cela par la double raison que le redresseur ne redresse rien et que le redressement d'ailleurs, en le supposant possible, ne remédierait pas à la cause principale du mal. Mais si le redresseur n'agit pas par le mécanisme qu'on lui attribuait, est-ce à dire qu'il n'ait aucune action réelle et que les guérisons qu'on lui a attribuées soient tout à fait illusoires? Telle n'est pas l'opinion de M. P. Dubois. Presque toute l'argumentation de l'honorable académicien a eu pour but de démontrer que l'introduction du pessaire intra-utérin a pour effet de modifier dynamiquement l'état morbide (phlegmasique ou nerveux) de l'utérus, et que c'est à cette modification dynamique qu'il faut attribuer une grande partie, sinon la totalité des guérisons obtenues. C'est là, on le voit, un point de vue tout nouveau de la question, d'autant plus digne d'attention qu'il se présente avec toute l'autorité qui appartient au savant orateur.

Quant à M. Cazeaux, qui a pris directement à partie le rapporteur, il nous serait difficile d'apprécier la portée réelle de son discours, qu'il a dû resserrer et dire avec une certaine précipitation, pressé qu'il était par l'heure avancée. Nous y suppléerons du reste en insérant son argumentation textuellement dans le prochain numéro. Nous aurons probablement l'occasion d'ailleurs de revenir sur ces deux discours lorsque nous aurons à apprécier l'ensemble de la discussion.

Le grand événement de l'Académie des sciences a été l'élection de M. Cl. Bernard, élection prévue et désirée depuis longtemps, et devant laquelle ont dû s'incliner de légitimes prétentions et des oppositions suscitées par d'honorables scrupules. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face (1).

Il résulte de tout cela que la mentagre ou plutôt l'éruption mentagreuse n'est qu'un symptôme et se montre dans des conditions fort différentes.

La syphilis et la scrofule ont une éruption mentagreuse qui leur est propre et qui se distingue par des caractères spéciaux.

Le tabac chez certaines personnes entretient sur la lèvre une irritation qui finit par déterminer une mentagre tout à fait locale.

Le coryza peut amener de la mentagre par le contact des mucosités âcres qui s'écoulent des narines et se répandent sur la lèvre. Cette mentagre est un accident, un effet du catarrhe nasal, comme l'angine pharyngée granuleuse est aussi un effet du coryza quand les mucosités s'échappent par les ouvertures postérieures des fosses nasales et se répandent sur la paroi postérieure du pharynx, comme la métrite granuleuse est un effet du catarrhe utérin, etc.

Mais dans la plupart des cas la mentagre est produite par un cryptogame parasite, et c'est cette dernière qui mérite seule d'être appelée mentagre idiopathique. Il n'est plus permis aujourd'hui de la laisser figurer parmi les dartres; sa véritable place est celle que nous lui avons assignée dans la famille des teignes.

L'éruption mentagreuse n'étant qu'un symptôme, il faut avant tout, pour la guérir, rechercher la cause qui lui a donné naissance, savoir sous quelle influence morbide la mentagre a pu se développer. Il est des cas où la mentagre persiste et se reproduit sans cesse, malgré l'épilation des poils malades. Cela peut tenir à ce que l'éruption pustuleuse de la lèvre n'a pas pour cause un cryptogame implanté sur les follicules pileux, ou bien que, malgré la nature dermophytique de la mentagre, le malade, après guérison, se replace au milieu des conditions sous l'influence desquelles le mal est apparu la première fois, et qui le reproduisent de nouveau. Ainsi, bien que dans l'un et l'autre cas les circonstances étiologiques soient différentes, le mal persiste parce que la cause qui l'a engendré subsiste toujours. Et ce que je dis là est si vrai, que quand on garde les malades à l'hôpital six semaines, deux mois après une épilation bien faite, il ne se reproduit aucune pustule; la mentagre est radicalement guérie. Si les malades viennent au dispensaire, vaquant toujours à leurs occupations habituelles, ou si, après quelques jours de traitement à l'hôpital, on les renvoie chez eux, de nouvelles éruptions pustuleuses peuvent survenir, et même prolonger indéfiniment la durée du traitement.

Tel mentagreux est employé comme commis dans un magasin de nouveautés; après l'épilation, la lèvre va de nouveau se trouver exposée à la poussière des châles, des étoffes de soie ou de laine, etc. Tel autre se remettra, aussitôt après sa guérison, à secouer des ballots de laine. Un troisième est homme de peine; son occupation journalière consiste à balayer les doks. A peine débarrassé de sa mentagre, le voilà qui reprend son travail habituel. Un quatrième se fera de nouveau raser chez le barbier de son village, etc. Tous ces mentagreux pourront être repris plusieurs fois de la même affection, puisqu'ils continuent à vivre dans les milieux où ils ont manifestement puisé les éléments de leur maladie. Soustraire la cause, telle est la chose la plus importante, la première indication à remplir dans le traitement des mentagres.

B. TEIGNES DE LA FACE.

On sait que nous appelons *teigne* toute affection cutanée contagieuse produite ou entretenue par la présence d'un végétal sur les poils.

Les teignes peuvent apparaître partout où il y a des poils, c'est-à-dire sur presque toutes les régions du corps. On les observe sur la tête, le tronc et les membres.

Une étude incomplète de ces affections a pu seule donner à penser que telles d'entre elles avaient exclusivement leur siége sur le cuir chevelu ou la face.

J'ai constaté la présence du *tricophyton tonsurant* (teigne tondante) sur des poils extraits de la face et des membres dans des affections confondues par les dermatologistes sous les noms d'herpès circiné, de lichen circonscrit, de lichen pilaris, d'érythème centrifuge, etc.

Je ne doute pas que bientôt je ne retrouve aussi sur le tronc et les membres le *microsporon mentagrophytes* accompagné d'une éruption ecthymatique ou furonculaire.

C'est donc bien à tort qu'Alibert a donné comme un des principaux caractères distinctifs des dermatoses teigneuses et des dermatoses dartreuses le siége presque toujours exclusif des premières au cuir chevelu (1).

La face est peut-être la région du corps où l'on observe le mieux toutes les variétés de teignes.

Le *favus* n'y est pas rare. Nous avons eu depuis deux ans l'occasion de l'y observer dix ou douze fois. On le voit apparaître sur les sourcils, sur le nez, sur les oreilles, dans les conduits auditifs, etc. Le plus souvent le favus de la face ne survient que consécutivement à celui du cuir chevelu. Les enfants, en se grattant, en transportent le germe du cuir chevelu sur la figure et se l'inoculent avec les ongles. Il n'en est pas toujours ainsi; quelquefois le favus se montre d'emblée sur la figure et exclusivement sur cette partie du corps. Nous avons eu dans nos salles, il y a quelques années, une femme atteinte de syphilis couchée à côté d'une jeune fille qui portait sur le corps un favus général; il lui survint pendant son séjour dans la salle un très beau godet favique sur le bout du nez. La *teigne tonsurante*, dont nous n'avions encore étudié les caractères que sur le cuir chevelu lors de la publication de notre travail sur les teignes, a très souvent son siége sur la face, sur le tronc et les membres. Aussi serions-nous tenté de dire aujourd'hui, avec M. Letenneur, que l'herpès tonsurant est peut-être plus commun sur le corps que sur le cuir chevelu (2).

Depuis quatre ou cinq mois que notre attention est spécialement dirigée de ce côté, nous avons pu observer un très grand nombre de faits où il nous a été permis de constater l'existence du tricophyton sur les poils extraits des parties malades.

Nous ne saurions mieux faire, pour en donner une juste idée, que de relater ici quelques-unes de nos observations.

OBS. I. — *Teigne achromateuse sur le cuir chevelu et tonsurante sur la face.*

(Observation recueillie et rédigée par M. L'HONNEUR, interne à l'hôpital Saint-Louis.)

Château, âgé de trente ans, marchand des quatre saisons, demeurant rue des Vieilles-Haudriettes, n° 6, né à Milly (Seine-et-Oise), entré à l'hôpital Saint-Louis le 16 janvier 1854.

Cet homme est d'une robuste constitution, ordinairement bien portant, ne présentant aucun signe de scrofule : il se rappelle seulement avoir eu dans son enfance quelques croûtes à la tête, qui ont disparu par les seuls soins de propreté. Il nie toute infection syphilitique et n'a eu d'autre affection cutanée que la variole à l'âge de seize ans.

Son père et sa mère vivent encore et se portent bien. Il a aussi un frère et une sœur également exempts de toute affection de la peau.

Il dit avoir toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques; il habite une chambre aérée, sèche; mais son état l'expose à avoir souvent les pieds humides. Il se nourrit bien, mais il affirme ne point faire d'excès de boissons.

Il y a quatre ou cinq mois que le mal pour lequel il entre à l'hôpital a débuté : sur la joue gauche est d'abord apparue une plaque rouge; chagrinée, accompagnée d'une démangeaison vive. Il n'y fit rien autre chose que des lotions d'esprit-de-vin. Ce remède empirique n'empêcha pas le mal de s'étendre à la joue entière, puis au menton et à la joue droite. Il fit longtemps, mais sans succès, des lotions d'eau salée sur les parties malades; enfin il se présenta à Saint-Louis le 16 janvier et fut admis au pavillon Saint-Mathieu.

La joue gauche, depuis la pommette jusqu'à la commissure labiale et à l'angle de la mâchoire inférieure, présente une plaque rouge, un peu soulevée, régulièrement limitée en avant, se perdant insensiblement sur le cou en arrière. Cette plaque est la réunion d'un grand nombre de petites plaques circulaires, granitées, séparées par des intervalles où la peau offre une coloration normale; elle est chagrinée, constituée par des papules rouges plus sensibles au toucher qu'à la vue; on dirait une saillie exagérée des papilles du derme; elle est couverte de squames épidermiques très minces. Les bulbes pileux sont plus saillants.

Sur le cou, on observe quelques groupes de papules moins confluentes et aussi moins colorées que celles de la joue, mais plus élevées.

La joue droite offre le même aspect.

La peau du menton a une coloration normale; mais la barbe, récemment rasée, assez épaisse, présente une altération remarquable. Les bulbes sont saillants, les poils sont épais, d'un blanc sale, comme enveloppés par une gaîne amiantacée, granulée. Ils sont très cassants, mais du reste tiennent peu au bulbe et peuvent être arrachés sans souffrance. La racine est plus épaisse que celle des poils sains; elle est grisâtre, transparente, comme gélatineuse.

Cette altération des poils existe sur le menton, surtout sur la région sous-maxillaire, où presque tous les poils sont décolorés. Les poils de la moustache sont longs, épais et noirs; comme les favoris, ils paraissent à peu près sains.

En examinant sur ce malade les autres régions pilifères, on peut constater une autre maladie du cuir chevelu, que Château fait remonter à son enfance. Au milieu d'une chevelure châtain foncé assez épaisse existent douze à quatorze plaques assez régulièrement arrondies, d'une étendue variable de 1 centimètre carré à 2 centimètres, d'un blanc bleuâtre, déprimées, sur lesquelles la peau est fine et transparente, dépourvues de cheveux et en apparence de bulbes, ou présentant quelques cheveux fins, grêles et épars, d'une couleur du reste semblable à celle des autres cheveux. Sur le côté gauche de la tête, on observe une plaque large de 3 centimètres circonscrivant la bosse pariétale, présentant les caractères des autres plaques et évidemment formée par l'extension et la jonction des plaques voisines, comme l'indiquent les dépressions multiples juxtaposées.

Les bords de ces plaques sont couverts de squames minces, imbriquées, d'un blanc terne. Ces mêmes squames existent sur toute la tête à la base des cheveux et tombent comme du son quand le malade se peigne ou se brosse. La desquamation n'existerait, au dire du malade, que depuis trois ou quatre ans.

Du reste, le malade n'accuse aucune démangeaison ni sur les plaques ni sur le reste de la tête.

Le 21 janvier, on épile avec précaution les points malades du menton. L'épilation présente des difficultés à cause de la friabilité des poils.

L'avulsion des cheveux qu'on rencontre sur les plaques du cuir chevelu est également faite; mais l'épilation est douloureuse, de sorte qu'après avoir enlevé les cheveux que l'on trouve sur les plaques on renonce à continuer l'épilation sur les bords.

---

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

(1) J'ai observé aussi la plupart des teignes sur les parties sexuelles. Ce sera l'objet d'un nouveau mémoire où je ferai connaître les faits intéressants que j'ai pu recueillir.

(2) C'est dans l'âge adulte qu'on observe surtout la teigne tonsurante sur le corps, tandis que dans l'enfance elle attaque de préférence le cuir chevelu.

Toutes les parties épilées sont lotionnées avec la solution suivante :

Eau distillée. . . . . . 500 grammes.
Sublimé. . . . . . . 2 —
Alcool. . . . . q. s.

On dut revenir plusieurs fois à l'épilation pour compléter l'avulsion des poils malades du menton; chaque jour aussi les lotions étaient renouvelées.

Le 8 février, on trouve encore aujourd'hui un grand nombre de poils altérés : ce sont ceux qu'on avait cassés à la première épilation; mais entre eux on voit des poils noirs, plus foncés même que ceux qui sont restés sains.

Les papules du lichen ont disparu, excepté en arrière sur le cou, où on en voit encore quelques-unes. Les joues sont seulement couvertes de squamules épidermiques. Sur la tête, les plaques déprimées sont d'un blanc moins terne. On observe des cheveux longs de quelques millimètres en plus grand nombre que ceux qui ont été avulsés. Les squames épidermiques sont moins abondantes, quoique depuis trois jours on ait cessé les lotions, à cause d'une amygdalite accompagnée d'un état fébrile dont souffrait le malade.

Château est sorti de l'hôpital parfaitement guéri. Nous l'avons revu il y a quelques jours : sa barbe est très belle, les poils sont noirs, d'une couleur franche. Il n'existe aucune éruption sur la face.

(Nous donnerons la suite de ces observations dans un prochain n°.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Closmadeuc, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vannes (Morbihan), sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans les communes de Trehillac et Saint-Dolay ;

2° Trois rapports de MM. les médecins des épidémies du département de la Lozère sur une épidémie de variole qui a régné successivement dans les trois arrondissements ;

3° Un extrait d'un rapport de M. le docteur Suquet, médecin sanitaire à Beyrout, relatif à l'influence de la vaccine sur le développement de la fièvre typhoïde.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet à l'Académie des explications des médecins du département de la Haute-Garonne exposant les motifs qui lui ont empêché de produire les renseignements demandés sur les eaux minérales de ce département.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Goître endémique. — M. Tourdes (de Strasbourg) adresse un mémoire sur le goître endémique.

Ce travail renferme quelques détails sur le goître congénial considéré comme cause de mort, sur la distribution du goître suivant les sexes, sur sa forme anatomique la plus fréquente, sur la prédominance du lobe droit de la glande thyroïde, sur le poids comparé de cette glande et de la rate.

Traitement de la blennorrhagie par les injections caustiques. — M. Debeney écrit pour protester contre plusieurs assertions de la dernière lettre de M. Langlebert, et en particulier contre celle qui consiste à rapporter à Carmichaël la méthode des injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie.

Emploi des semences de staphysaigre. — M. Léon Malle, élève en pharmacie, adresse un mémoire sur l'emploi des semences de staphysaigre dans les maladies cutanées. (Commissaires; MM Chatinet Gibert.)

Choléra. — M. Bedor, correspondant à Troyes, adresse quelques renseignements sur les cas de choléra qui ont eu lieu récemment dans cette ville et dans ses environs.

Traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin.

La parole est à M. Paul Dubois.

M. P. DUBOIS. Le point de départ de cette discussion a été la communication de quelques faits malheureux de la nouvelle méthode de traitement des déviations utérines préconisée par M. Valleix. M. Valleix à cette occasion a exposé devant vous les résultats de sa méthode, et le rapport de la commission n'a fait que développer le programme tracé par M. Valleix. Les choses en sont venues à ce point aujourd'hui que la discussion comprend une très grande partie de la pathologie utérine. Je ne prendrai dans ce sujet que ce qui me paraîtra nécessaire pour l'examen de ce qui a plus particulièrement trait à l'application du redresseur utérin. Je demanderai la permission d'abord d'énoncer quelques propositions qui serviront de texte à ce que j'ai à dire.

Vous savez que M. Simpson d'abord, puis après lui et à son exemple M. Valleix, pour remédier à de certaines souffrances qu'ils considèrent à tort ou à raison comme l'effet de déviations de l'utérus, introduisent un instrument droit et rigide dans la cavité de l'utérus, avec l'intention de redresser cet organe lorsqu'il est infléchi, ou de le remettre à sa place s'il est dévié. L'introduction et le maintien de cet instrument dans la cavité de l'utérus donnent souvent lieu à des douleurs plus ou moins vives, à des pertes plus ou moins abondantes, et enfin quelquefois même à des accidents mortels. Je dois ajouter cependant, pour être complétement vrai, que dans quelques cas cette introduction est tout à fait inoffensive. Vous savez aussi que dans quelques circonstances cet instrument ne peut être supporté, qu'il accroît les douleurs ; dans d'autres, au contraire, son application a été suivie d'un soulagement temporaire et même définitif dans quelques cas.

Quoi qu'il en soit des résultats qu'on est venu exposer devant vous, il est certain que dans aucun cas le but matériel qu'on se proposait n'a été atteint. Les utérus infléchis n'ont point été redressés, les utérus déviés n'ont point été remis à leur place.

Cette opinion, qui se produit si explicitement, demande à être développée.

Parmi les propositions que je viens d'énoncer, il en est quelques-unes qui n'ont pas besoin d'être démontrées, tant elles sont claires et évidentes par elles-mêmes. Ainsi personne ne conteste que l'application du redresseur soit douloureuse, qu'elle donne lieu à un écoulement de sang, etc. Mais il n'en est pas de même à l'égard de celle-ci : savoir, que dans aucun cas on ne réussit à redresser et à replacer l'utérus dans sa situation normale (d'une manière permanente, s'entend).

L'Académie me permettra, avant de développer cette proposition, de lui exposer quelques idées théoriques.

Vous savez que l'utérus est contenu dans une cavité dont les diamètres sont supérieurs à ceux de cet organe, et s'il ne s'infléchit pas dans cette cavité, c'est qu'il n'y est pas seul, c'est qu'il y a autour de lui d'autres organes (en avant la vessie, en arrière le rectum) qui limitent naturellement le champ des déplacements que peut subir l'utérus. Cependant cette limitation n'est pas telle que cet organe ne puisse encore se déplacer. D'ailleurs, les organes voisins ont des parois molles et variables qui rendent faciles ces déplacements. L'utérus peut donc, malgré ces moyens naturels de limitation, subir encore des déplacements assez considérables.

D'un autre côté, on doit tenir compte des ligaments dont la fonction est de borner la mobilité de la matrice. Eh bien! on peut tenir pour certain que jamais les ligaments ne sont assez tendus pour que l'utérus soit maintenu dans l'axe fictif que l'on considère comme sa situation normale; en sorte que ce que l'on regarde comme la situation régulière de l'utérus peut être pris en réalité pour l'exception. Maintenant, si l'on considère que les agents contentifs peuvent être relâchés, l'utérus rentrera dans les conditions dont il était question tout à l'heure, et il en pourra résulter des déplacements quelquefois très considérables.

C'est pour ces cas qu'on a imaginé le redresseur. On s'est proposé un double objet par cet appareil : le premier de redresser, le second de maintenir l'utérus redressé.

L'application du redresseur n'est pas difficile; mais comme il n'est pas possible de le maintenir indéfiniment, il arrive un moment où il faut le retirer, et alors on voit presque inévitablement le déplacement se reproduire. Je sais bien qu'on dit à cela qu'au bout d'un certain temps les ligaments ont pu reprendre leur tension et leur longueur naturelle, de sorte que l'utérus serait maintenu. Mais vous savez tous très bien que ce n'est là qu'une hypothèse. On pourrait à la rigueur admettre que les ligaments ronds, contenant quelques fibres musculaires, pussent subir un certain degré de rétraction; mais ce qui serait admissible à la rigueur pour le ligament rond ne l'est point pour le ligament large. Il n'y a donc en réalité aucune raison pour admettre que la matrice déviée puisse reprendre sa situation normale et s'y maintenir.

Je n'ai opposé jusqu'à présent à une opinion théorique que des arguments théoriques; voyons maintenant si l'observation justifie cette opinion.

Lorsque M. Valleix a commencé à faire sa première application du pessaire intra-utérin à l'hôpital Beaujon, il publia quelque temps après des observations qui tendaient à établir qu'on remédiait avec ce pessaire aux déviations de la matrice. Je me rendis à cette époque à l'hôpital Beaujon, et non-seulement M. Valleix me fit assister à ses opérations, mais il me mit à même d'examiner ses malades. Ayant reconnu que le maniement de cet instrument n'exigeait pas une grande expérience, j'essayai aussi à mon tour. Mes essais ont porté sur une vingtaine de femmes qui ont bien voulu s'y prêter. Le résultat a été qu'après six semaines ou deux mois de traitement au maximum ces femmes sont restées toutes dans le même état; je n'ai constaté chez aucune d'elles le redressement de l'utérus. Mais je dois dire que plusieurs d'entre elles étaient très manifestement soulagées. Je n'ai pas voulu m'en tenir là; j'ai prié plusieurs confrères d'examiner ces malades, et ils ont constaté les mêmes résultats. D'un autre côté, j'ai eu l'occasion d'être consulté par des femmes qui avaient été traitées par M. Simpson; je dois dire que chez toutes indistinctement j'ai trouvé l'utérus dévié. J'ai eu l'occasion de revoir depuis quelques-unes des malades de M. Valleix; chez toutes aussi j'ai trouvé un déplacement remarquable, très considérable même dans quelques cas. Parmi celles-ci, il en est une en particulier qui a été signalée dans le travail de M. Valleix comme guérie; c'est celle qui est le sujet de l'observation quatrième. Cette femme avait une antéversion. Après sa prétendue guérison elle avait encore une antéversion des plus considérables, et qui a été constatée par plusieurs médecins. J'ajouterai même que l'antéversion était plus prononcée qu'avant le traitement. Voici à quoi tenait cette différence. Lorsque cette malade était à Beaujon, en même temps qu'elle avait une antéversion, elle avait aussi une inflammation utérine. L'inflammation utérine ayant disparu depuis, l'antéversion était devenue plus facile à constater.

Les inflexions peuvent-elles être redressées? M. Jobert, à l'époque de la première discussion sur ce sujet, fit observer que les inflexions de la matrice se liaient à une altération particulière des parois de cet organe, que la paroi antérieure était plus courte, qu'elle avait moins de substance que la paroi postérieure, et que par conséquent ces sortes d'inflexions ne pouvaient être redressées.

Il est à ma connaissance encore que depuis cette époque M. Depaul a fait des observations dont les résultats sont entièrement conformes à celles de M. Jobert. Dans la dernière séance, M. Huguier a exprimé une opinion contraire; mais il a basé cette opinion sur un argument spécieux. Il a rappelé qu'on pouvait opérer le redressement d'un cal vicieux, ajoutant que, par suite des transformations nutritives qui s'opéraient dans le tissu osseux, l'os finissait par se développer dans la position redressée. Je ferai remarquer à M. Huguier qu'il a comparé des choses dissemblables. Il n'y a pas de parité entre un os mou et l'utérus. A mesure que l'os se redresse, il s'enveloppe d'une gangue solide qui se durcit et qui vient, à la longue, consolider définitivement le redressement. Rien de semblable n'a lieu dans l'utérus. Le redressement de cet organe n'est et ne peut être qu'un redressement temporaire.

Je vais exprimer des opinions en contradiction avec celles qu'on a exprimées jusqu'ici. Je désire qu'on prenne acte de cette opinion et qu'on la soumette à une enquête. Lorsqu'on ne sera plus sous l'influence de ce préjugé très général que les déviations de l'utérus ne sont suivies d'aucun accident, on reconnaîtra peut-être que j'ai eu raison. C'est la partie la plus difficile de ma tâche que je vais aborder; je vais toucher à une matière obscure en elle-même. Je n'ai fait aucune difficulté de dire que par l'application du redresseur on avait soulagé des malades, non-seulement d'une manière temporaire, mais même d'une manière définitive. Sur 108 observations rapportées par M. Valleix, il a constaté 78 fois la guérison définitive.

L'Académie comprendra très bien que je ne pourrais accepter cette assertion en tant que le mot de guérison s'appliquerait ici au redressement; mais s'il s'adresse au soulagement, je ne le trouve pas exagéré. On obtient une pareille proportion de soulagements par d'autres traitements. Je ne conteste ici que le fait du redressement. Comment ce soulagement a-t-il été obtenu? C'est ce qu'il est intéressant d'examiner.

M. Valleix a appliqué le pessaire intra-utérin chez des femmes qui éprouvaient des douleurs dans la région sacrée, dans les fosses iliaques, qui se plaignaient d'une sensation de pesanteur incommode, augmentant par la station et la marche, et chez lesquelles il existait en même temps une sensibilité assez vive des organes génitaux. A ces symptômes enfin se joignaient des déplacements de l'utérus, ou ce que l'on considère ainsi, ce qui n'a, au fond, rien d'extraordinaire. Mais ces symptômes n'appartenaient pas au déplacement, ils appartenaient à toute autre maladie. L'inflammation utérine s'accompagne de la sensation de pesanteur. Ne retrouve-t-on pas encore cette même sensation de pesanteur chez un grand nombre de femmes au moment où se fait la fluxion menstruelle. Ce symptôme, je le répète, appartient à plusieurs affections utérines. Il est difficile de dire d'une manière précise quelles sont ces affections.

Il y a des phlegmasies, ainsi que je viens de le dire; il y a un état nerveux, terme vague, mais qui n'en exprime pas moins un état spécial très réel. M. Valleix a-t-il appliqué son pessaire intra-utérin dans des cas de phlegmasie utérine? Oui sans doute. La malade dont je parlais tout à l'heure était précisément dans ce cas, et on se rappelle qu'elle a guéri ou du moins qu'elle a cessé de souffrir. Est-ce parce que son utérus a été redressé qu'elle n'a plus souffert? Pas du tout; vous avez vu que l'utérus n'avait pas été redressé. A quoi faut-il donc attribuer le soulagement qu'elle a éprouvé? A ce que, en élevant légèrement la matrice, on l'a soustraite à l'action de la pesanteur et on a fait cesser la traction opérée sur ses ligaments; il est arrivé dans cette circonstance ce qui arrive lorsqu'on soutient le testicule dont le poids cause un sentiment douloureux dans le cordon. D'une autre part, il n'est pas impossible qu'en redressant momentanément l'utérus on l'ait soustrait à une cause de fluxion fâcheuse, de sorte que le redressement dans ce cas n'aurait pas été inutile. Enfin, il n'est pas impossible non plus que l'action du redresseur fasse subir une modification particulière à l'état morbide de l'utérus; je ne suis même pas éloigné de croire qu'on a pu guérir quelquefois en ravivant une phlegmasie chronique et sourde qui, livrée à elle-même, n'eût jamais marché vers la résolution.

On comprend bien que je ne veux pas dire que c'est par tous ces moyens, par toutes ces modifications à la fois qu'a lieu la guérison; mais je veux dire que chacun d'eux peut, dans certaines conditions données, concourir à la guérison. Comme exemple à l'appui de ce que je viens de dire, je citerai une femme qui, après avoir subi le traitement de M. Valleix, vint me consulter; elle avait alors un gonflement inflammatoire assez intense de la matrice; je la soumis à un traitement antiphlogistique; elle vint me trouver quelque temps après, m'assurant qu'elle ne souffrait plus. Il s'était fait chez elle, sous l'influence du traitement mécanique, une transformation d'une phlegmasie chronique en une phlegmasie aiguë, qui avait marché avec beaucoup plus de rapidité vers son terme.

J'arrive à ce que j'ai appelé l'état nerveux. L'état nerveux se montre sous deux apparences différentes. Il se manifeste le plus habituellement par la douleur. Dans d'autres circonstances, il est caractérisé par l'aptitude qu'a la matrice à provoquer dans le système nerveux une surexcitation qui se traduit par des convulsions. C'est la forme hystérique.

L'état douloureux. J'ignore si l'on a décrit quelque part une maladie assez commune, que j'ai eu l'occasion de rencontrer assez fréquemment pour mon compte, et dont il n'est rien dit cependant dans nos traités classiques. Il n'est pas rare de voir des femmes qui éprouvent des douleurs très vives dans les parties génitales; on voit ordinairement dans ce cas, dans la région vulvo-vaginale, une petite rougeur. Cette hypéresthésie peut aller quelquefois plus loin, et dans quelques cas elle est portée au point de rendre tout rapprochement sexuel impossible et de devenir ainsi une cause de stérilité.

Dans ce cas, la douleur se propage jusque dans l'utérus; et sur quelque point du vagin que l'on porte le doigt, la malade y éprouve une vive douleur. Eh bien! cette affection produit chez certaines femmes exactement le même ordre de phénomènes dont j'ai parlé tout à l'heure, des douleurs de reins, des douleurs dans le bassin et la sensation de pesanteur. Ces douleurs ont quelquefois été soulagées par l'application du pessaire intra-utérin. Mais dans un certain nombre de cas il n'est pas supporté; tels sont ceux où l'hypéresthésie est générale. Dans les cas au contraire où l'hypéresthésie est locale et limitée à un point du col, par exemple, le redresseur est facilement supporté. Il n'est pas impossible, dans ce cas, qu'en soustrayant l'utérus à l'action de son propre poids ou par toute autre modification dont je parlerai tout à l'heure, le pessaire intra-utérin produise d'heureux résultats.

Mais c'est surtout dans la forme hystérique de l'état nerveux que l'emploi de ce moyen me paraît susceptible de produire de bons effets. C'est dans ce cas surtout que les femmes éprouvent une sensation de pesanteur très prononcée. Cet état peut dans quelques circonstances être très prolongé. J'ai connu une dame qui était dans cette situation depuis plusieurs années. Cette dame a été soumise à diverses opérations faites dans le but de la soulager; et, en effet, une de ces opérations a produit un soulagement marqué. C'est précisément dans ce cas que le pessaire intra-utérin produit beaucoup de soulagement comme modificateur de la sensibilité morbide de l'utérus.

Il est probable que les faits de ce genre ont dû grossir beaucoup la liste des guérisons de M. Valleix. C'est ce qui explique à mes yeux le grand nombre de ses succès. Mais j'ajouterai que je crois que M. Val-

leix sait cela aussi bien que moi; qu'il le sait par expérience et par réflexion. Cela est si vrai, qu'il emploie un peu moins souvent son pessaire depuis quelque temps, et qu'il lui a fait subir des modifications, entre autres celle qui a consisté à raccourcir la tige, qui est beaucoup trop courte maintenant pour pouvoir redresser l'utérus. Je sais enfin qu'il l'a appliqué à des femmes qui n'avaient point, et qu'il savait très bien n'avoir point de déviation; si bien que je l'ai vu dans quelques circonstances se borner à introduire l'instrument sans faire aucune tentative de redressement, qui eût été d'ailleurs parfaitement insuffisante.

Je ne dis pas ceci comme une critique; il n'entre pas dans ma pensée la moindre idée de blâme pour M. Valleix. Je ne ferai même aucune difficulté de convenir que dans les mêmes circonstances j'aurais agi comme lui. Si M. Valleix avait dit à ses malades qu'elles n'avaient point de déviation, aucune d'elles n'aurait consenti certainement à se laisser opérer. Si je cite ces faits, c'est donc uniquement dans le but d'éclairer la question. Si je me sers de cet argument, c'est pour montrer que le redresseur agit autrement qu'on ne l'a cru d'abord, qu'il agit non point en redressant, mais en modifiant l'état morbide de l'utérus.

Puisque le redresseur intra-utérin n'est pas un redresseur proprement dit, devra-t-il être conservé dans la pratique? Pour moi, je n'en doute pas; mais je n'hésite pas à déclarer qu'il rencontrera de nombreux concurrents. La curette de M. Récamier guérissait aussi; non pas, comme il le croyait, en retirant certains produits morbides de l'utérus, mais en modifiant la sensibilité de l'utérus. Cela est si vrai, qu'on a guéri des malades par la simple introduction de la curette. Les cautérisations feront aussi concurrence, et une concurrence redoutable, au redresseur. J'en pourrais dire autant des douches ascendantes.

Je ne crois donc pas que le redresseur doive être abandonné; et pour moi, je ne doute pas que M. Valleix ne soit dans une bonne voie. Mais on a fait dans cette discussion un oubli que je dois relever. On a omis de parler d'un moyen trop négligé généralement aujourd'hui, et dont M. Valleix a su tirer un utile parti. On sait que les femmes qui ont des affections de l'utérus finissent toujours par éprouver un trouble plus ou moins notable de la menstruation, qui n'est pas toujours un simple effet, mais qui devient souvent aussi à son tour cause de nouveaux accidents morbides. L'effet le plus ordinaire de cette perturbation de la menstruation est une chloro-anémie, qui complique d'une manière fâcheuse l'affection primitive. On a généralement le tort de borner le traitement aux moyens locaux et de négliger les moyens généraux que réclame cette chloro-anémie. On se prive par là d'un des principaux éléments de succès. C'est parce que M. Valleix a tenu compte de ces complications, et qu'il a fait marcher de front les moyens généraux de traitement avec les moyens locaux, que je m'explique les succès qu'il a obtenus.

M. Cazeaux a la parole. (Nous reproduirons son argumentation dans le prochain numéro.)

Calculs offrant une disposition insolite. — M. Larrey présente des calculs dont la disposition singulière s'est rencontrée chez un ancien officier affecté depuis longues années d'une maladie complexe des voies urinaires, soumis à une opération heureuse de lithotritie en 1842 par M. Le Roy-d'Etiolles; entré récemment au Val-de-Grâce pour la récidive de la même affection; puis atteint, sous une influence de refroidissement, d'un rhumatisme articulaire; et enfin par une métastase brusque d'une endo-péricardite suraiguë, à laquelle, malgré les secours les plus prompts et les conseils les plus éclairés, il a presque subitement succombé.

La mort, d'après l'autopsie, paraît s'expliquer par la formation d'un caillot fibrineux qui adhérait à l'orifice mitral en l'oblitérant.

Quant aux organes urinaires, à part un rétrécissement valvulaire de l'urètre à la base du bulbe et une hypertrophie considérable de la prostate, la principale altération résidait dans la vessie, un peu resserrée sur elle-même, avec épaississement très prononcé de ses parois, des anfractuosités de sa face interne et une excavation notable de son bas-fond. C'est dans cette poche que se trouvaient logés cinq calculs juxtaposés, de forme et de grandeur semblables, chacun représentant un tétraède régulier.

La section de l'un d'eux et l'analyse chimique ont démontré la formation de sels calcaires, urate et phosphate de chaux, phosphate ammoniaco-magnésien et un nucléole d'acide urique.

La disposition de ces calculs bien plus que leur composition nous a paru offrir assez d'intérêt pour communiquer ce fait à l'Académie de médecine ainsi qu'à la Société de chirurgie, et on pourrait en déduire des considérations utiles sur l'opportunité comparative de l'opération de la taille et de la lithotritie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 juin 1854. — Présidence de M. Combes.

Histoire de la découverte de la circulation du sang. — M. Flourens, en faisant hommage à l'Académie d'un exemplaire du livre qu'il vient de publier sous ce titre, donne une idée, dans les termes suivants, de l'objet qu'il s'est proposé dans ce livre :

« J'étudie successivement toutes ces découvertes merveilleuses de la circulation du sang proprement dite, des vaisseaux chylifères du réservoir du chyle, des vaisseaux lymphatiques. J'y suis les faits depuis Erasistrate et Galien jusqu'à Servet, depuis Servet et Césalpin jusqu'à Harvey, depuis Harvey jusqu'à Pecquet et Thomas Bartholin.

» Un point m'a particulièrement occupé. Je me suis appliqué à rechercher et, si je puis ainsi parler, à reconstruire tout l'ensemble des idées de Galien touchant la circulation de l'adulte et celle du fœtus, la formation du sang, la formation des esprits, la chaleur innée.

» J'examine dans un chapitre les prétentions de Sarpi à la découverte de la circulation du sang; et dans un autre, les opinions physiologiques de Servet, homme étrange qui eut du génie.

» Je termine par deux chapitres sur Guy-Patin, l'adversaire tout à la fois le plus spirituel et le plus obstiné qu'aient eu les idées modernes.

NOTE SUR LE TROU OVALE ET SUR LE CANAL ARTÉRIEL.

» 1° *Epoque où le trou ovale est complétement fermé :*

» Sur le cochon d'Inde, à douze jours;

» Sur le lapin, à seize jours,

» Sur le chien, à vingt-trois jours;

» Sur le veau, entre un an et deux ans;

» Sur l'homme, il ne l'est pas encore à dix-huit mois.

» 2° *Filaments du trou ovale.* — Ces filaments n'existent, parmi les animaux que j'ai pu examiner, que sur le veau et le cheval.

» Dans le veau, je les ai trouvés sur les plus petits embryons (deux mois) que j'ai vus.

» 2° *Comment sont disposés d'abord les filaments, et comment ensuite ils se réunissent pour amener l'occlusion du trou ovale.*

» Les filaments n'existent jamais seuls; ils se développent toujours en même temps qu'une membrane dont le bord adhérent s'insère au bord postérieur du trou ovale. Les filaments naissent, au nombre de douze ou quinze au moins, du bord libre de la membrane; mais ils se réunissent presque aussitôt les uns aux autres, se séparent ensuite pour se réunir de nouveau, et forment ainsi un réseau à mailles variées et de plus en plus larges, à mesure qu'on s'éloigne du bord de la membrane. Ce réseau, pour ainsi dire suspendu dans l'oreillette gauche, se termine par trois ou quatre filaments qui viennent s'insérer à la face gauche de la cloison des oreillettes, à un demi-centimètre à peu près du bord antérieur du trou ovale. Les filaments terminaux, au lieu de leur insertion à la cloison des oreillettes, forment comme des arches de pont, l'arche médiane étant plus large que les autres.

» A mesure que l'animal se développe, la membrane et le réseau des filaments s'épaississent; par suite de ce grossissement des filaments, les mailles diminuent d'étendue et finissent par disparaître.

» Les points d'insertion terminale des filaments restent toujours au même nombre et dans la même situation. Au bout d'un certain temps, il ne reste plus que trois ou quatre arches formées par le bord libre de la membrane et les filaments très raccourcis et très grossis. Ces arches disparaissent à leur tour par le même procédé, et il n'y a plus de communication entre les deux oreillettes. Avant que cette communication soit complétement fermée, il reste un canal très oblique qui s'étend de l'oreillette droite jusque dans l'oreillette gauche. Quelquefois ce canal persiste dans l'adulte (vache, mouton, etc.).

» Dans les animaux qui n'ont pas de filaments, le mécanisme est à peu de chose près semblable; c'est aussi par l'hypertrophie de la membrane et de ses insertions dans l'oreillette gauche que le trou ovale se ferme; et il y a aussi un canal très oblique qui peut persister dans l'adulte (chien, lapin, homme, etc.).

» 3° *Du canal artériel.* — Epoque où le canal artériel est complétement oblitéré :

» Sur le chien, il est oblitéré à trente-six jours;

» Sur le lapin, à vingt-six jours;

» Sur l'homme (je n'ai examiné le canal que sur des enfants de dix-huit mois à deux ans), il n'était pas encore complétement fermé.

» Le canal artériel paraît se fermer d'abord par sa partie moyenne. Les deux extrémités restent encore ouvertes assez longtemps après que le canal est oblitéré à sa partie moyenne. »

Action de la strychnine dans le choléra. — M. Abeille adresse une note sur l'action du sulfate de quinine dans le choléra bleu, ou période cyanique algide du choléra indien.

« Du 26 avril au 3 juin courant, dit M. Abeille, j'ai administré la strychnine à vingt-deux cholériques arrivés à la période cyanique algide, avec absence de pouls radial, ou pouls à peine perceptible. Or, voici ce qui en est résulté.

» Sur dix-neuf de ces malades, il est survenu une réaction progressive avec réapparition et ascension du pouls dans l'espace de quatre à vingt-quatre heures, à partir du moment de l'administration du médicament ou pendant son emploi.

» Les doses de strychnine ont varié de 0,015 à 0,030 deux fois par jour et en quatre prises dans quatre heures. Sur les trois malades restants, il n'y a pas eu de réaction, et la mort a été la terminaison. Dans la réaction, la circulation a pris parfois un tel degré d'activité, qu'il a fallu recourir à la saignée générale dans le double but de modérer son impulsion et de remédier aux hypérémies organiques.

» Un tel résultat dans cette période du choléra, où les cinq sixièmes peut-être des malades succombent sans que la circulation ait pu se rétablir librement, est quelque chose de fort remarquable, et témoigne de toute la puissance de la strychnine.

» Mais ce n'est pas tout que d'arracher les malades à cette terrible période du choléra, d'autres dangers les attendent pendant la réaction. Soit par suite d'hypérémie, soit par toute autre influence, beaucoup d'entre eux succombent dans l'état dit torpide. C'est ce qui est arrivé pour neuf de nos dix-neuf cholériques échappés à l'état cyanique algide.

» Au point de vue de la réaction prompte qu'elle entraîne dans la période cyanique algide, la strychnine possède donc une valeur qui nous a étonné, et qu'aucun autre moyen ne peut égaler.

» Quant aux résultats définitifs, c'est-à-dire au nombre de guérisons qu'elle procure (10 sur 22), le chiffre est supérieur à ceux obtenus jusque-là dans des conditions identiques. »

SUR LA CAUSE ORGANIQUE DE L'ALIÉNATION MENTALE avec paralysie générale;

Par M. le docteur Bayle, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Extrait du mémoire lu à l'Académie de médecine le 20 juin 1854.)

La *Gazette des Hôpitaux* a plusieurs fois entretenu ses lecteurs de la maladie qui fait l'objet de ce mémoire. M. le docteur Delasiauve, médecin des aliénés de Bicêtre, s'exprimait ainsi dans notre numéro du 25 juin 1853 : « La paralysie générale, qui figure pour l'énorme » proportion d'un quart dans les tables de nos asiles, n'est pourtant » connue que depuis un petit nombre d'années..... M. Bayle est le » premier qui dans sa thèse inaugurale en 1822, et sous le titre contro» versable peut-être de *méningite chronique*, ait décrit la paralysie » générale comme une forme séparée, distincte. Ce remarquable tra» vail, basé sur de nombreuses observations exactement recueillies, » présente de l'ensemble et de la marche des symptômes une analyse » si savante et si complète que les écrits ultérieurs n'en sont pour » ainsi dire qu'une paraphrase. »

La découverte de l'aliénation paralytique est certainement la plus belle conquête que la pathologie mentale ait faite dans le dix-neuvième siècle. Son histoire, quoique récente, est aussi complète que celle des maladies les mieux connues; tandis que les aliénations mentales essentielles continuent d'être comme autrefois l'objet de nombreuses discussions et controverses.

Le mémoire de M. Bayle se compose de trois parties. Nous citerons textuellement la première, et nous résumerons en quelques mots les deux autres, qui sont les plus étendues.

Quoique cette enceinte, dit M. Bayle, ait plusieurs fois retenti du nom de l'aliénation mentale avec paralysie générale, j'espère que vous permettrez à celui qui a le premier décrit cette maladie de venir à son tour vous en entretenir quelques instants.

Jusqu'en 1822 toutes les espèces de folie étaient considérées comme des névroses cérébrales, et les lésions que l'on rencontre assez souvent à l'ouverture des cadavres étaient regardées comme des effets ou des complications de la vésanie dont le malade avait été atteint pendant la vie. Esquirol, à qui l'on doit tant d'importants travaux sur les maladies mentales, avait remarqué que la paralysie se rencontre parfois dans les asiles d'aliénés; mais il en avait fait une complication de la démence, sans la rattacher ni au délire, ni aux altérations matérielles de l'encéphale : c'était pour lui un épiphénomène qui aggravait le pronostic, un accident, une terminaison d'une maladie nerveuse. Avant lui, Haslam avait déjà signalé en quelques lignes la paralysie comme une fâcheuse complication de la folie.

Attaché pendant plusieurs années comme interne à l'établissement de Charenton, je fus bientôt persuadé que le seul moyen de jeter quelque jour sur les causes organiques des maladies mentales, objet particulier que je m'étais proposé, c'était de les étudier autant que possible séparément et isolément, convaincu que l'habitude de les envisager et de les décrire dans leur ensemble ne pouvait conduire qu'à la confusion et à la contradiction, ce qui est vrai d'une espèce étant souvent faux lorsqu'il est appliqué à une autre espèce.

Je publiai en 1822, dans ma dissertation inaugurale (1), un résumé succinct de mes recherches, accompagné de plusieurs histoires particulières destinées à servir d'exemples.

Les points principaux de ce travail sont les suivants :

1° Il y a une espèce particulière d'aliénation mentale symptomatique parfaitement distincte des aliénations mentales essentielles et formant une maladie à part, une individualité morbide, qui a des causes qui lui sont propres, des symptômes et des caractères anatomiques bien tranchés qui ne permettent de la confondre avec aucune autre affection.

2° Ses causes ont pour effet commun de produire une congestion lente ou subite dans les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau.

3° Ses symptômes se réduisent à deux, qui commencent et marchent concurremment, savoir : une paralysie générale et incomplète, et un délire apyrétique avec un grand affaiblissement des facultés. Dans le cours de la maladie, la paralysie fait des progrès incessants et aboutit souvent à une privation presque entière de tous les mouvements volontaires. Le délire présente ce caractère singulier d'être ordinairement caractérisé par des idées dominantes d'ambition, de richesse et de grandeur, et de passer successivement par les formes de la monomanie, de la manie et de la démence; mais la manie manque souvent.

4° Ses caractères anatomiques sont ceux d'une inflammation primitivement chronique des méninges, de la convexité des hémisphères cérébraux et souvent de la superficie subjacente de la substance corticale du cerveau.

En 1825, je donnai plus de développement à ces idées en insistant d'une manière toute particulière sur le délire ambitieux, sur les lésions anatomiques et sur le rapport de ces lésions considérées comme causes avec les symptômes envisagés comme effets (2); enfin, en 1826 (3), je mis au jour un traité complet de l'aliénation mentale avec paralysie générale.

La plupart des résultats auxquels j'étais arrivé, contestés à leur origine, furent ensuite successivement admis, et il est aujourd'hui bien peu de médecins, surtout parmi ceux qui s'occupent spécialement des maladies mentales, qui ne les adoptent plus ou moins complétement. L'aliénation paralytique, qu'on désigne improprement sous le nom de paralysie des aliénés, a pris en quelque sorte rang de bourgeoisie dans les familles pathologiques comme maladie spéciale et indépendante de toute autre, avec les congestions, qui la provoquent et l'entretiennent, et le délire ambitieux, qui lui donne une physionomie si particulière.

Un seul point, mais un point capital, celui de la cause organique auquel j'attribue l'aliénation paralytique, n'a pas jusqu'ici obtenu la même faveur, et est mis en doute, ou même rejeté par quelques auteurs. C'est ce point que je viens discuter devant vous, vous soumettant les pièces d'un procès qui n'est pas sans importance, si l'on considère que la maladie dont il est question frappe aujourd'hui plus d'un quart des malheureux aliénés, qu'elle conduit à une mort presque certaine.

D'après les faits que j'ai observés, et que n'ont fait que confirmer les observations publiées depuis moi, l'aliénation mentale paralytique est le *symptôme d'une méningite chronique primitive à laquelle se joint très souvent une encéphalite consécutive de la substance corticale des circonvolutions cérébrales*.

Voici les preuves sur lesquelles ce point de doctrine me paraît établi de la manière la plus solide; je les tire de l'examen nécroscopique des cerveaux des paralytiques aliénés comparés aux cerveaux des individus non aliénés, et de l'analogie de cette maladie avec les autres phlegmasies des membranes séreuses.

Parmi les lésions que j'ai trouvées à l'ouverture de cent cadavres (4),

(1) *Recherches sur les maladies mentales.* Thèses de Paris, 1822.

(2) *Nouvelle doctrine des maladies mentales.* Paris, 1825, chez Gabon; et *Revue médicale*, 1825, t. I, p. 169.

(3) *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes.* Un vol. in-8° de 600 pages. Paris, 1826.

(4) *Traité des maladies du cerveau*, p. 486.

et que je considère comme les caractères anatomiques de la méningite chronique, les unes se sont rencontrées chez tous, les autres ont manqué chez un certain nombre. Les lésions constantes étaient l'opacité, l'épaississement, l'augmentation de résistance de l'arachnoïde, qui était souvent telle qu'on pouvait suspendre une grande partie ou la totalité de la masse encéphalique à un lambeau des méninges sans qu'il se déchirât; une forte injection sanguine de la pie-mère; l'épaississement de l'arachnoïde ventriculaire, qui était couverte de granulations; un épanchement considérable de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère, qui était infiltrée et œdémateuse; dans les ventricules, qui étaient souvent dilatés et distendus.

Les altérations suivantes étaient moins fréquentes : 51 fois sur 100 les méninges étaient adhérentes aux circonvolutions, avec injection et ramollissement superficiel de la substance grise; 38 fois sur 100 il y avait entre les deux feuillets de l'arachnoïde des fausses membranes ou du sang épanché; le feuillet arachnoïdien de la dure-mère était rouge ou injecté chez un quart; le cerveau était plus ferme que dans son état normal lorsque l'hydrocéphale était considérable; il était au contraire plus mou lorsque les adhérences des méninges à la substance grise étaient très étendues; mais chez le plus grand nombre des sujets il avait sa consistance naturelle.

En 1826, M. Calmeil publia, dans son livre sur la paralysie des aliénés, 47 observations avec ouverture de cadavres, où l'on trouve les mêmes altérations que j'avais déjà rencontrées, avec quelques différences seulement relativement aux proportions de ces altérations. Les faits de M. Calmeil sont d'autant plus favorables à la thèse que je soutiens, que l'auteur, n'attachant d'importance qu'à l'encéphalite chronique, critiquait vivement mon opinion sur l'influence que j'attribuais à la méningite chronique primitive et aux résultats matériels qu'elle entraîne.

Voilà donc 147 ouvertures de cadavres qui nous présentent tous les caractères physiques d'une inflammation chronique des méninges chez des individus qui étaient à la fois aliénés et paralytiques; et ce n'est pas la dixième partie de toutes celles qui ont été faites depuis, et qui n'ont fait que les confirmer.

Nierait-on que ces lésions puissent caractériser une phlegmasie chronique? Mais alors il faudrait rejeter aussi les altérations qu'on assigne à toutes les inflammations chroniques des membranes séreuses, telles que l'épaississement, l'induration, les adhérences pathologiques de ces membranes, les exsudations pseudo-membraneuses, les épanchements de sérosité et parfois de sang qui se forment dans leur cavité. Qu'on prenne pour point de comparaison une phlegmasie séreuse quelconque, la pleurésie chronique, par exemple, et l'on trouvera l'analogie la plus frappante, sous le rapport de l'anatomie pathologique, entre cette inflammation et la méningite.

Si l'on nous opposait les cas où la maladie étant légère, les lésions consistaient seulement dans l'injection de la pie-mère, l'épaississement de l'arachnoïde et des épanchements séreux, nous répondrions que cela s'observe d'une manière bien plus prononcée dans la pleurésie, puisque, suivant M. Andral : « Dans plusieurs cas de cette maladie » où les altérations de sécrétion sont le plus prononcées, la plèvre ne » présente dans sa texture aucune altération appréciable (1). »

Dirait-on qu'on rencontre souvent ces altérations méningiennes chez des individus qui n'étaient ni aliénés ni paralytiques? Si une assertion aussi générale n'était pas inexacte, il faudrait rejeter l'anatomie pathologique comme la science la plus fausse et la plus plus trompeuse. Mais cette opinion n'est pas fondée.

J'ai examiné, comme objet de comparaison, un grand nombre de cerveaux de sujets qui n'avaient jamais offert de dérangement de l'intelligence, et je n'ai jamais rien trouvé qui ressemblât à l'ensemble des altérations qui forment les caractères anatomiques de la méningite chronique. J'ai eu lieu de faire la même remarque en parcourant les autopsies qu'on trouve en si grand nombre dans les recueils d'observations que nous possédons. On voit parfois, il est vrai, quelques points de l'arachnoïde devenus opaques et une petite quantité de sérosité épanchée à la base du crâne ou dans les ventricules; mais ces légères altérations, résultats fréquents des derniers instants de la vie, ne sauraient présenter une analogie, même éloignée, avec les lésions anatomiques qui caractérisent la méningite chronique.

Les individus qui succombent aux maladies cérébrales autres que celle dont il est ici question présentent à l'autopsie différentes altérations qui leur sont propres, mais qui n'ont généralement aucun rapport avec l'inflammation chronique des enveloppes du cerveau et de la superficie de cet organe.

En résumé, j'ai toujours rencontré les mêmes altérations des méninges et du cerveau chez les aliénés paralytiques et jamais chez les individus qui avaient succombé à d'autres maladies cérébrales ou non cérébrales.

La conséquence naturelle que je devais en tirer, c'est que les altérations étaient la cause organique des symptômes observés pendant la vie; en d'autres termes, que l'aliénation avec paralysie générale était le résultat fonctionnel et le symptôme de l'inflammation chronique primitive des enveloppes du cerveau, à laquelle se joint très souvent une inflammation consécutive de la substance corticale subjacente aux méninges enflammées.

Ce point de doctrine étant pour moi incontestable, je ne crains pas de dire qu'il est peu conforme aux règles du langage médical de désigner cette maladie par un seul de ses symptômes et de l'appeler *paralysie des aliénés*, au lieu de tirer son nom de l'inflammation chronique qui lui donne lieu et d'en faire une individualité morbide à part. Cette dénomination a de plus le grave inconvénient de faire supposer que tous les fous sans distinction sont sujets à cette maladie, tandis qu'on n'a peut-être jamais vu un seul individu atteint d'un véritable délire exclusif bien tranché devenir paralytique. La maladie que j'ai décrite est la même depuis son début jusqu'à sa terminaison et ne change jamais de caractère. Appeler cette maladie paralysie des aliénés me paraît aussi peu logique que si l'on voulait nommer la pleurésie *point de côté* ou la pneumonie *crachement de sang*.

La seconde partie du mémoire de M. Bayle est consacrée à la réfutation de trois opinions émises sur la cause de la paralysie générale.

Cette maladie n'est pas l'effet d'un endurcissement général du cerveau, comme le veut M. Delaye, parce que cet endurcissement se rencontre à peine sur un cinquième des cadavres; elle n'est pas produite par une encéphalite chronique primitive, comme le prétend M. Calmeil (1), par plusieurs raisons : les caractères anatomiques de cette phlegmasie manquaient dans la moitié des cas observés par M. Bayle, dans un quart environ de ceux que rapporte M. Calmeil, dans un huitième de ceux qu'a vus M. Parchappe. M. Calmeil avoue qu'il n'a pu apprécier la modification que cette phlegmasie produit dans le cerveau et qu'il a observé cette inflammation sans paralysie générale. Enfin, si cette inflammation de la substance grise était la cause de la maladie en question, elle existerait souvent seule et sans méningite. Or, dit M. Bayle, il n'y a pas un seul fait de ce genre non-seulement dans mes observations, mais même dans toutes celles qui ont été publiées depuis moi.

Nous passons sous silence les preuves que rapporte M. Bayle pour établir que l'aliénation paralytique n'est pas une névrose.

La troisième partie du travail que nous analysons est relative à la pathogénie de l'aliénation paralytique. M. Bayle attribue la paralysie et le délire de la première période, ou période de monomanie ambitieuse, à la congestion cérébrale de la pie-mère et à quelques points de phlegmasie chronique dans les méninges, double lésion qui comprime à la fois et irrite le cerveau.

La deuxième période, ou période de manie, dépend d'une augmentation et d'une extension de cette inflammation; c'est alors surtout que se forment les fausses membranes. L'agitation excessive, les attaques épileptiformes et les autres mouvements convulsifs de toutes les formes qui surviennent dans cette période sont l'effet de l'encéphalite consécutive de la substance grise du cerveau.

La troisième période, ou période de démence avec paralysie générale très considérable, affaiblissement énorme des facultés intellectuelles, oblitération des idées, est le signe d'une forte compression du cerveau, qui dépend elle-même des progrès incessants de l'hydrocéphale consécutive à la méningite (sérosité infiltrée dans la pie-mère, épanchée dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux).

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 572.

(1) *De la paralysie générale considérée chez les aliénés.*

Obsèques de M. le docteur F. Fabre.

Lundi soir, à l'heure où ce journal était mis sous presse, nous allions rendre les derniers devoirs à notre cher maître et ami. Après la cérémonie religieuse, à laquelle se trouvaient seuls réunis la famille et les amis intimes, car cette mort si inattendue n'avait permis d'envoyer qu'un nombre très restreint d'invitations, le convoi s'est dirigé vers le cimetière du Sud.

Au moment où la terre allait se refermer sur la tombe de notre bien-aimé rédacteur, un homme que la *Gazette* s'honore d'avoir longtemps compté parmi ses collaborateurs les plus distingués, M. Marchal (de Calvi), s'est avancé, et, d'une voix que l'émotion rendait encore plus éloquente et plus sympathique, a improvisé ces paroles que nous sommes heureux d'avoir pu recueillir :

Messieurs,

Le coup qui frappe la médecine française, et plus particulièrement la presse médicale en la privant de son doyen, est aussi imprévu que douloureux. La plupart d'entre nous ignoraient ce matin encore que Fabre venait d'être subitement enlevé à leur attachement. Pour mon compte, j'avais ouï dire, aujourd'hui même, qu'un homme était tombé mort en lisant, dans une rue voisine de ma demeure, et j'étais bien loin de me douter que c'était celui-là même sous les auspices et avec les encouragements duquel je débutai, il y a bientôt quinze ans, dans la littérature médicale.

C'est dire assez que je n'étais aucunement préparé à prendre la parole dans cette triste circonstance; et croyez bien que si j'en fais la remarque ce n'est point pour mettre mon amour-propre à l'abri, ce qui serait en pareil lieu une bien misérable préoccupation. Non, je veux seulement exprimer le regret de ne pouvoir rendre un complet hommage à la vie si bien remplie de notre malheureux ami. J'aurais désiré avoir plus de temps pour pouvoir mieux dire, ou que cette cérémonie eût pu être reculée afin qu'un autre, plus autorisé et plus digne, eût été appelé à parler à ma place.

La presse ne faillira point à sa mission; elle dira ce qu'elle doit à Fabre. Ce n'est plus l'heure de la lutte, des divisions et des rivalités; c'est l'heure sacrée de la justice. Mais, en attendant, il ne se pouvait pas que cette tombe se fermât sans que quelques paroles d'adieu fussent prononcées sur cette dépouille, qui va y trouver l'éternel repos, le premier et le seul que notre ami ait connu.

Fabre était déjà docteur lorsqu'il arriva à Paris, à l'âge des longs espoirs. Il se fit connaître par un travail sur la méningite tuberculeuse (2), qui fut son coup d'essai et qui fut couronné par l'Académie des sciences. Il y avait dans ce mémoire assez de talent d'observation pour que l'on soit autorisé à dire, sans complaisance vis-à-vis d'une mémoire amie, que si Fabre avait suivi la carrière des hôpitaux, il y aurait certainement occupé un rang distingué. Mais la nature de son esprit l'appelait à d'autres destinées. Il était fait pour la lutte quotidienne au profit des idées. Il avait le mouvement, l'entrain, la flamme toujours vive, prompt à concevoir, à comprendre et à exprimer avec netteté ce qu'il avait conçu ou compris; en d'autres termes, il y avait un homme d'action dans cet écrivain. Il y avait aussi un poëte; il était né

Dans Marseille la grecque, antique et noble ville,
Blonde fille d'Homère.....

comme l'a dit un grand et glorieux poëte au sujet de Méry. Fabre était bien le compatriote, comme aussi il était le contemporain des deux poëtes marseillais. Il s'était développé, il avait grandi sous le même soleil...

Mais ce qui dominait en lui, comme je l'ai dit, c'était la passion de suivre chaque jour et pas à pas la marche de la science, en lui marquant la route quelquefois. Il était véritablement l'homme du progrès; non pas seulement pour en avoir l'idée ou la vaine aspiration, mais pour le servir en soldat, avec ferveur et sans trêve, pour le servir jusqu'à son dernier jour, jusqu'à sa dernière heure; et, vous l'avez vu, ce serviteur de la pensée a été frappé inopinément en pleine santé, en pleine vigueur, au milieu même d'une pensée.

(2) En collaboration avec Constant.

Avec ces qualités, Fabre devait être journaliste, et il créa le journalisme médical. C'est là son grand titre, c'est là le grand honneur attaché à son nom. Avant lui, il y avait des recueils de médecine; on avait même fait quelques tentatives pour étendre le cercle de la publicité médicale, mais ce n'était pas encore cette publicité qui frappe à coups pressés sur l'esprit des lecteurs et le tient constamment en éveil par la permanence de l'enseignement. Est-ce là un faible service que notre ami ait rendu à la science et à l'humanité? Qui oserait le dire, ou même le penser? On s'impatiente du contrôle des journaux, on s'en irrite; mais quand on a fait, à l'égard de la presse, même sévèrement, la part des inévitables écarts (et je ne prétends pas dire que Fabre, par un privilége inouï, ou même impossible, ait toujours su les éviter), on est encore forcé de reconnaître que la somme immense de ses avantages s'élève au point d'annuler pour ainsi dire ses faibles inconvénients. Si le médecin de campagne, au milieu des devoirs et des écrasants labeurs de sa profession, peut encore, d'un bout à l'autre de la France, suivre chaque jour l'enseignement des maîtres, se retremper aux anciens préceptes et s'initier aux nouveaux, à qui le doit-on? A a presse, disons mieux, au journalisme médical; et le journalisme médical, encore une fois, c'est Fabre qui l'a créé. Si la vie scientifique est générale dans la France médicale, au lieu d'être restreinte à quelques foyers; si chacun y participe comme s'il avait sa place au centre, à qui le doit-on encore?... Et n'a-t-il rien fait pour entretenir et développer l'émulation littéraire parmi les médecins, celui qui a ouvert une si large voie à la publicité médicale? Réfléchissez, messieurs, et demandez-vous ce que nous perdrions de travaux intéressants et utiles si notre publicité était réduite aux livres, ou même aux recueils, c'est-à-dire si les journaux proprement dits venaient à nous manquer tout à coup.

Vous le savez, messieurs, Fabre n'a point borné son activité à la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux*, qui eût suffi cependant à la vie d'un homme, même bien doué; il a conçu la pensée, tracé le plan et coordonné les matériaux de deux vastes encyclopédies, l'une plutôt scientifique, l'autre surtout pratique.

Vous avez tous nommé le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* et la *Bibliothèque du Médecin-Praticien*. Pas une ligne de ces immenses volumes, au nombre de vingt, qu'il n'eût lue avant l'impression et qu'il n'ait corrigée sur épreuve. Ceux qui savent ce que c'est que de publier des ouvrages se feront facilement une idée de ce qu'a dû être un pareil travail, joint surtout aux soins quotidiens, aux préoccupations, aux exigences très diverses d'une publication tri-hebdomadaire.

Fabre avait eu, bien jeune encore, la pensée de contribuer à doter la science d'un beau et durable monument, en rédigeant les leçons orales de Dupuytren, qui l'estimait, qui faisait cas de son opinion et le lui écrivait. D'autres ont rempli cette tâche et l'ont fait avec honneur; mais la première idée de cette publication, avant Dupuytren lui-même, c'est Fabre qui l'avait eue, et il était bon de le constater.

Parlerai-je maintenant de l'homme, après ces quelques mots trop rapides, trop imparfaits sur le savant et le publiciste?

Fabre avait l'abord sévère et froid, et il avait la bonté d'un enfant. Nous voyons souvent de ces contrastes. Tel qui fait métier de joie et de bouffonnerie en face du public est plein de tristesse et d'amertume quand il a déposé son masque. Tel autre qui sait se faire craindre la plume à la main a l'âme la plus tendre et la plus facile à l'amitié. Il y a quelques jours, Fabre disait à l'un de ses amis : « Je souffre davantage de mes reins, et je crains que cela ne change mon caractère; je » me sens disposé à l'emportement, et je suis obligé de faire effort pour » rester maître de moi-même. » Ceux qui ne l'ont connu que superficiellement seraient bien étonnés si on leur disait que cet homme, si ferme dans ses jugements et si âpre à l'atttaque, était non-seulement bon jusqu'à la bonhomie ou même jusqu'à la faiblesse, mais encore timide. Rien n'est plus vrai cependant; j'en appelle à vous tous qui l'avez bien connu, puisque vous l'avez aimé, et je suis sûr de n'être pas contredit.

Je n'ai plus que quelques mots à ajouter : Fabre, qui a été une puissance; Fabre, qui avait une plume redoutée dont il dépendait de lui de faire une plume vénale; Fabre, ce grand travailleur du jour et de la nuit, avec une vie simple, exempt de besoins, ennemi du faste et de l'ostentation, n'ayant aucune de ces passions par où se dissipent les fortunes; Fabre, qui aurait pu faire un métier de sa noble profession de journaliste, et à qui il aurait été si facile de s'enrichir; Fabre est mort pauvre, laissant à ses enfants désolés, pour tout héritage, l'estime dont il était entouré. Que ce soit du moins la consolation de ceux qui le pleurent, et que ce témoignage rendu à une vie si pure soit aussi notre suprême adieu !

Après cette éloquente improvisation, un vénérable ecclésiastique, dont nous regrettons de ne pas connaître le nom, a prononcé avec une vive émotion quelques paroles où respiraient les plus chauds sentiments d'amitié. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire cette touchante improvisation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 juin, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, l'Empereur a nommé M. Jobert (de Lamballe) professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. le docteur Roux, décédé.

— M. le professeur Forget (de Strasbourg) vient d'être nommé associé libre par la Société de médecine de Bordeaux.

Notice sur les Eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie, par le docteur J.-F. PAYEN, avec carte et vue. — A Paris, chez Jannet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28, et Dentu, Palais-Royal. Prix : 1 fr.

Le Gérant

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

N° 78. — SAMEDI 1er JUILLET 1854. (27e ANNÉE.) N° 78. — SAMEDI 1er JUILLET 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra-morbus.

Le choléra est toujours à peu près au même point où nous l'avons laissé dans notre dernier bulletin. Le nombre quotidien des cas nouveaux s'est élevé cependant depuis la semaine dernière, à en juger par les réceptions des hôpitaux du centre. La Maison de santé du faubourg Saint-Denis a vu aussi se développer quelques cas nouveaux. Il en est de même dans quelques communes du département de la Seine.

Le choléra vient de se montrer à Troyes et dans les environs, ainsi que nous l'apprend une lettre de M. le docteur Bédor, adressée à l'Académie de médecine. Cet honorable confrère signale dans cette lettre un fait qu'il rapproche des deux observations de variole et de choléra concomitants que nous avons rapportées dans notre dernière *Revue clinique;* c'est un cas de variole dont l'issue funeste aurait été précipitée par une complication d'accidents cholériques. Ce malade est mort le sixième jour de l'invasion de la variole.

M. Bédor signale encore un fait qui est de nature à provoquer une surveillance active de la part de l'autorité administrative. Tous les habitants de la maison où a eu lieu le premier décès cholérique ont été pris, le lendemain, d'accidents gastro-intestinaux plus ou moins graves, mais dont aucun heureusement n'a été mortel. M. Bédor ajoute d'ailleurs que cette maison était dans des conditions hygiéniques déplorables.

Nous n'avons rien appris de particulier sur la marche du choléra dans les départements où son apparition a été signalée. Dans la Haute-Marne cependant, nous savons que des mesures administratives ont été prises, et que des médecins de Paris sont partis pour porter les secours qui seraient nécessaires.

Grossesse compliquée de maladie du cœur; asphyxie par écume bronchique; mort imminente; effets remarquables du marteau Mayor; retour de la dyspnée; avortement provoqué sans accident; mort quatre jours après. — Apoplexie pulmonaire; double épanchement pleurétique; rétrécissement extrême de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Nous ne savons pourquoi on ne fait pas plus souvent usage du marteau de Mayor, ce moyen stimulant si énergique et d'un effet si prompt, qui semble donner un si puissant essor à l'économie, alors même que la vie est près de s'éteindre. Nul doute que ce moyen, dont les expériences de MM. Rayer et Hervieux ont si bien fait ressortir les curieux effets sur les agonisants, ne trouvât dans des circonstances moins désespérées plus d'une utile indication. Il nous suffirait au besoin, pour justifier cette espérance, de rappeler l'heureuse application qu'en a faite il y a quelques années un médecin belge dont le nom nous échappe en ce moment, chez un sujet qui était sur le point de succomber à un accès de fièvre pernicieuse. C'est surtout dans les cas d'asphyxie imminente par écume bronchique que les effets en ont paru le plus remarquables aux expérimentateurs que nous venons de citer. C'est aussi dans un cas de ce genre que M. Aran vient récemment d'appliquer ce moyen de la manière la plus heureuse sur une malade de son service ; et bien que le sujet n'ait pas bénéficié longtemps du bienfait de ce moyen, emporté qu'il a été quelque temps après par une autre affection, ce résultat thérapeutique n'en est pas moins acquis et ne mérite pas moins à ce titre d'être consigné ici. L'observation de M. Aran est trop intéressante d'ailleurs à d'autres égards, ainsi que son titre seul l'indique, pour que nous ne croyons devoir la rapporter dans ses principaux détails. Voici le fait.

Une femme de trente-sept ans était entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Aran, le 5 juin (salle Sainte-Thérèse, n° 21), pour une gêne de la respiration qui depuis trois mois l'empêchait de se livrer à aucun travail suivi. Cette femme était enceinte pour la quatrième fois, et enceinte de six mois environ. Les trois premiers mois de sa grossesse s'étaient parfaitement bien passés ; mais depuis trois mois elle avait été prise d'étouffements et de palpitations de cœur ; elle avait eu dans le courant du quatrième mois deux crachements de sang ; enfin, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise au milieu de la nuit d'un accès de suffocation très violent dans lequel elle avait rendu une grande quantité d'écume bronchique, et qui avait duré une heure et demie.

Ce n'était pas, du reste, la première fois que des accidents analogues s'étaient montrés chez cette femme; elle avait eu de nombreux accès de suffocation dans ses précédentes grossesses. Elle avait eu encore d'autres maladies, notamment une bronchite capillaire et une fluxion de poitrine. Naturellement gênée de la respiration, elle avait déjà été traitée pour une maladie du cœur; aussi sa constitution portait-elle l'empreinte d'une grande détérioration. Elle était très amaigrie, son teint était jaunâtre; la respiration était assez gênée; les battements du cœur précipités et les bruits voilés par des râles sibilants et sonores. Néanmoins, rien dans l'état de cette femme ne semblait indiquer l'invasion d'accidents aussi graves que ceux qui se montrèrent le lendemain.

Tout d'un coup elle fut prise d'anxiété respiratoire accompagnée de sécrétion de mucus écumeux dans les bronches, et en une heure elle remplit six énormes crachoirs d'une écume rougeâtre et sanglante. Bientôt, à la toux quinteuse et saccadée qui amenait l'évacuation de ce mucus, succédèrent les symptômes de l'asphyxie. A la visite du matin, une heure après le début des accidents, M. Aran la trouve assise dans son lit, la tête fortement relevée par des oreillers, la face et les extrémités froides et cyanosées, la respiration haute et précipitée, le pouls misérable et presque insensible ; une écume sanglante s'écoulait incessamment par l'une des commissures, par une espèce de régurgitation et presque sans aucun effort de la part de la malade. Les sinapismes et les maniluves avaient été employés sans succès. La sœur et les assistants la regardaient comme morte. La malade elle-même demandait d'une voix éteinte qu'on la laissât mourir, tant elle souffrait de son anxiété respiratoire.

Par une inspiration soudaine, M. Aran songea au marteau de Mayor. N'en ayant pas sous la main, il fit plonger dans l'eau bouillante trois gros marteaux de serrurier, et ces marteaux servirent à faire quinze brûlures sur la poitrine, à la région épigastrique et le long des attaches du diaphragme. La malade parut se réveiller, ouvrit des yeux grands et étonnés; le pouls redevint plus fin à la radiale, et la régurgitation sembla plus active. Une dose d'ipécacuanha et de tartre stibié (1,05 de l'un et 0,10 de l'autre), une potion vomitive au sulfate de cuivre (sirop d'ipéca, 150 grammes ; poudre d'ipéca, 4 grammes; sulfate de cuivre, 1 gramme) furent administrés dans les premières heures qui suivirent cette opération. Une seconde application des marteaux fut faite par l'interne du service quatre heures après, et quinze brûlures furent pratiquées ainsi sur la partie antérieure et postérieure de la poitrine. Nouvelle application du marteau et treize brûlures après la seconde. Chacune de ces applications fut suivie d'une amélioration marquée. Néanmoins, ce fut seulement à partir du moment où la malade eut rendu par les vomissements une grande quantité de mucus écumeux (à dix heures du soir) qu'elle fut véritablement hors de danger.

La nuit fut calme, et la malade put prendre un peu de repos. Aussi, le lendemain était-elle dans un état bien différent de celui de la veille ; la face était naturelle, la peau chaude, le pouls relevé, l'oppression médiocre. Cependant, comme il restait encore dans la poitrine des râles en abondance, M. Aran crut devoir prescrire un éméto-cathartique et un lavement purgatif. Ces moyens débarrassèrent les bronches, et le 9 juin la respiration était libre; il ne restait plus de râles. Malheureusement, les jours suivants la sécrétion se reproduisit, et malgré les vomitifs, les râles ne disparurent jamais que pour un jour ou deux; de sorte que la malade fut bientôt reprise de gêne de la respiration, et obligée de rester assise sur le bord de son lit pour pouvoir respirer, et surtout pour pouvoir dormir.

Le 13 juin, cette femme annonça à M. Aran que depuis quatre jours elle ne sentait plus remuer son enfant, et l'auscultation vint confirmer l'assertion de la malade, puisqu'on ne retrouvait plus les battements du cœur du fœtus, que l'on avait parfaitement entendus le lendemain de son entrée à l'hôpital. Dès ce moment, M. Aran songea à la nécessité de l'avortement provoqué; seulement il crut devoir attendre les efforts de la nature, tant que l'état de la malade n'inspirerait pas de craintes plus sérieuses. Cette circonstance lui parut se présenter le 22 juin. Dans la nuit précédente, la malade avait été très agitée, avait beaucoup toussé et expectoré des mucosités écumeuses en abondance ; la respiration était très précipitée, la poitrine remplie de râles, les membres inférieurs et la vulve fortement œdématiés. M. Aran procéda au décollement de l'œuf à l'aide d'une sonde utérine ordinaire.

Ce ne fut que le lendemain 23, vers dix heures du soir, après une journée assez inquiète et assez agitée, que les douleurs s'établirent, et à une heure du matin la malade avait avorté d'un fœtus

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques de médecine mentale faites à l'hospice de la Salpêtrière par M. FALRET, membre de l'Académie de médecine.

Depuis plus de dix ans, M. Falret, placé à la tête d'un des beaux services d'aliénés de la Salpêtrière, fait à ses élèves et à un petit nombre de médecins venus de la province et de l'étranger un cours théorique et clinique sur les maladies mentales. C'est ce cours, à de nombreuses séances duquel nous avons assisté, et dont nous avons pu apprécier par nous-même toute la valeur, tant sous le rapport des doctrines que sous celui de la clarté de l'enseignement, que, vaincu par les pressantes instances d'anciens élèves et d'amis dévoués, se décide aujourd'hui à publier le professeur, tout en nous avertissant dans l'avant-propos que ces leçons n'étaient pas destinées à être publiées. Disons tout de suite que cette publication est une véritable bonne fortune pour ceux qui s'occupent de l'étude de l'aliénation mentale, et qu'elle sera d'autant mieux goûtée des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, que déjà ils ont pu juger maintes fois, par les extraits insérés dans ses colonnes, de l'importance de l'enseignement de M. Falret et de sa portée pratique.

Le premier fascicule, que nous avons sous les yeux, est consacré tout entier à la symptomatologie générale des maladies mentales, laquelle comprend : les lésions des sentiments et des penchants, les troubles de l'intelligence, les illusions et les hallucinations, les lésions des mouvements, les altérations des fonctions organiques, la marche de la folie, c'est-à-dire l'évolution successive de ses différentes phases, considérée d'une manière générale.

L'ouvrage commence par un discours d'ouverture, véritable introduction, dont le sujet est la détermination de la direction qu'il convient d'imprimer à l'observation des aliénés. Pour atteindre ce but, M. Falret passe d'abord en revue les principaux procédés d'observation mis en usage jusqu'à présent, procédés qu'il divise en quatre classes : ceux des romanciers ou des littérateurs, des narrateurs, des somatistes, et enfin des psychologues. Le premier est tellement extrascientifique, qu'il ne peut supporter le moindre examen, sacrifiant tout à la forme, au dramatique, si l'on peut s'exprimer ainsi, et substituant le plus souvent des idées préconçues à l'observation exacte de la nature, la fiction à la réalité.

Le second procédé qui, ne se bornant plus à observer les individualités, porte son étude sur les types, et s'attache aux caractères communs, est de beaucoup préférable, en ce sens qu'en le suivant on cherche, comme dans toutes les autres sciences, à remonter des faits particuliers aux faits généraux. C'est celui qu'ont adopté jusqu'à présent la plupart des auteurs.

Restent les somatistes qui, important dans la médecine mentale les idées de la médecine ordinaire, ont voulu étudier dans l'aliénation la maladie cérébrale. On sait à quel résultat négatif les a conduits cette méthode, dans l'état actuel de la science ; et enfin les psychologues qui, puisant dans les divisions psychologiques existantes les éléments de leurs classifications de la folie, n'ont pas été plus heureux.

Ces quatre procédés, M. Falret les condamne comme exclusifs et incomplets, et ne conduisant qu'à créer des types artificiels et provisoires. Pour arriver à la connaissance des types naturels, il y a trois principes à suivre : c'est d'abord de changer son rôle passif d'observateur en rôle actif, et de faire jaillir en les provoquant des manifestations qui ne sont jamais spontanées, en raison de la direction d'esprit spéciale du malade; c'est ensuite de s'attacher à étudier et à caractériser l'individualité maladive, enfin de ne jamais séparer un fait de son entourage.

Ceci posé, M. Falret entre immédiatement en matière en faisant connaître le plan qu'il s'est tracé. Dans une étude comme celle-ci, on peut indistinctement se servir de deux méthodes essentiellement différentes, faire de la pathologie spéciale ou de la pathologie générale. Si la première adapte mieux les descriptions à la nature, elle oblige à des répétitions fastidieuses, et peut faire accorder trop d'importance aux différences individuelles au préjudice des caractères communs. La pathologie générale, plus philosophique et plus savante, a les mérites et les défauts de la généralisation; excellente si elle est réellement l'expression de tous les faits et si le fait particulier n'est pas sacrifié à un classement artificiel ou à une idée systématique, elle est erronée

bien développé, mais dont la mort était déjà ancienne, ainsi que l'indiquaient la coloration rouge brunâtre et le décollement de l'épiderme en plusieurs points.

Dès que l'utérus fut débarrassé du produit de la conception la malade se trouva soulagée, et elle put dormir deux heures couchée sur le dos. Néanmoins le lendemain elle avait repris sa position assise sur le bord de son lit.

A la visite du matin, le 24 juin, elle se trouvait très fatiguée; mais l'essoufflement était moindre, la face plus calme, et il y avait un mieux-être très sensible.

Le 25, cet état de calme se maintenait, et la malade commençait à avoir de l'appétit. Le sommeil reparaissait, et la gêne de la respiration était beaucoup moindre.

Dans la nuit du 25 au 26, la malade put dormir couchée sur le dos, et le lendemain elle était bien, sauf de l'accélération dans la respiration, de la fréquence et de la faiblesse du pouls.

Tout semblait par conséquent promettre une convalescence prochaine, lorsque dans la matinée du 26 elle fut prise d'un point de côté avec expectoration sanglante, et d'une gêne extrême de la respiration. Quatre heures après elle était morte.

L'autopsie vint donner la clef de cette brusque terminaison. Un double épanchement s'était fait dans les plèvres; séreux dans la plèvre gauche, séreux et pseudo-membraneux dans la plèvre droite. Le poumon droit présentait plusieurs gros noyaux d'apoplexie pulmonaire. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche était tellement rétréci, que l'index s'y engageait avec peine. L'utérus, qui était resté volumineux, était parfaitement sain, seulement un peu mou. Les sinus utérins étaient remplis de caillots noirâtres encore mous.

Des granulations du col de l'utérus.

Sur dix femmes atteintes de lésions du col de la matrice, il en est huit au moins qui présentent des granulations. C'est donc là une maladie bien fréquente et qui depuis longtemps a fixé l'attention des praticiens; et cependant, disait M. Velpeau dans une de ses dernières leçons, il existe encore à cet égard bien des opinions erronées qu'il est utile de combattre.

Presque partout, et bien à tort selon moi, on désigne cette maladie sous le nom d'ulcération du col de la matrice; mais en réalité il n'existe guère sur le col que des ulcérations cancéreuses ou syphilitiques, car celles que l'on a appelées dartreuses, scrofuleuses, scorbutiques sont infiniment rares et ne doivent être mentionnées qu'en passant. Dans les granulations du col il n'y a pas de perte de substance, et par conséquent aucune analogie avec le travail de l'ulcération; seulement la muqueuse est là dépourvue d'épithélium; elle est violacée, mamelonnée, comme dans la blépharite granuleuse: on dirait qu'une fraise étalée en membrane a été appliquée sur le col utérin.

Ces granulations occupent la surface du museau de tanche, surtout sa lèvre postérieure. Souvent encore, d'après M. Velpeau, elles se retrouvent dans la cavité du col et même dans la cavité du corps: c'est là ce que Récamier décrivait sous le nom de végétations du corps de l'utérus; à l'aide de sa curette, il allait gratter la muqueuse et amenait ainsi au dehors ces granulations dont l'aspect fongueux semblait justifier son opinion. D'autres appellent encore cette affection catarrhe utérin, reste de la doctrine de Broussais qui tendait à rapporter toutes les affections de la matrice à l'état inflammatoire et à ses dérivés; cette dénomination se comprend d'autant mieux que les pertes blanches constituent un des symptômes les plus fréquents de cette affection. Mais aujourd'hui l'examen clinique ne permet plus de méconnaître la cause première de tous ces phénomènes morbides, et il devient incontestable que les ulcérations bénignes du col, les végétations de la surface interne de l'utérus et le catarrhe utérin ne sont pas autre chose que des granulations.

Le traitement de cette affection est très simple et constamment suivi de succès. Aussi M. Velpeau ne craint pas de dire que la guérison peut être obtenue avec autant de certitude que celle des fièvres intermittentes au moyen du sulfate de quinine. Sans doute il pourra se rencontrer des cas rebelles, mais ils ne détruisent pas la loi générale.

Tout le traitement consiste à cautériser les parties malades. La plupart des caustiques réussissent. Ainsi on a obtenu des succès avec le nitrate d'argent, avec le fer rouge, dont on a tant abusé. Mais celui que je crois préférable à tous les autres, c'est le nitrate acide de mercure, parce qu'il est à la fois énergique et facile à manier. Mais pour bien l'appliquer il faut un pinceau convenable. Pour cela, on prend une tige de bois mince et solide; un faisceau de charpie en brins est appliqué sur l'un des bouts de ce manche, parallèlement à son axe, puis ramené du côté opposé, en passant au-devant de son extrémité. On fixe le tout à l'aide d'un fil que l'on amène jusqu'à l'extrémité de la tige, et l'on se garde bien de couper ou d'effiler la saillie arrondie du volume d'un pois à peu près que la charpie vient former au delà.

Une fois le col saisi à l'aide du spéculum, on absterge les mucosités, et avec le pinceau légèrement trempé dans l'acide on cautérise la surface du museau de tanche, et même l'intérieur du col, en le faisant pénétrer par de légers mouvements de rotation. Les parties blanchissent sous l'action du caustique. Puis on enlève les dernières traces de caustique en projetant de l'eau dans le spéculum, et l'opération peut être regardée comme terminée. Il suffit ensuite de quelques injections détersives, de bains fréquemment répétés.

Ces cautérisations seront répétées quatre ou cinq fois à huit jours d'intervalle. Au bout de ce temps, il faut se contenter des injections et des moyens accessoires. Quinze jours après, la maladie aura disparu sans laisser de traces. Il faut donc se garder, et c'est là un précepte important, de cautériser tant que persiste l'aspect granulé du col. Quelques praticiens, en suivant une méthode contraire, sont amenés à répéter ces cautérisations un nombre de fois exagéré, et à voir la maladie persister indéfiniment par suite du traitement irrationnel dirigé contre elle.

Erysipèle survenu pendant le cours d'une fièvre typhoïde et enrayé dans sa marche par l'application du collodion.

Nous avons eu l'occasion de dire récemment combien M. Trousseau envisageait différemment le pronostic et le traitement de l'érysipèle, suivant qu'il était spontané ou traumatique, simple ou compliquant une autre affection, telle qu'une fièvre grave ou une maladie chronique, suivant qu'il sévissait sur un adulte ou sur des enfants nouveau-nés. De fréquents exemples viennent journellement vérifier cette distinction et justifier la conduite toute différente que tient M. Trousseau dans ces diverses circonstances. On a pu voir naguère dans son service, à côté de ces érysipèles si graves et si fréquemment mortels des petits enfants, contre lesquels avaient été déployés sans succès les efforts les plus actifs de la thérapeutique, plusieurs sujets adultes ayant des érysipèles du visage qui ont suivi leurs phases régulières de développement et de déclin sans qu'on ait rien fait pour en troubler la marche et sans que la vie des malades en ait été un seul instant menacée. Dans ces sortes d'érysipèles, M. Trousseau veut qu'on reste dans une inaction complète, qu'on livre entièrement la maladie à elle-même. Mais il n'en est plus de même du moment où l'érysipèle se présente comme complication ou comme épiphénomène d'une autre maladie, d'une fièvre grave, par exemple. Non-seulement M. Trousseau est d'avis qu'il faut agir dans ce cas, mais il veut qu'on agisse avec énergie et de manière à enrayer le plus promptement possible la marche progressive et envahissante de l'érysipèle. Il a eu tout récemment l'occasion de joindre l'exemple au précepte, et en a profité pour soumettre à un nouvel essai l'usage du collodion.

Un malade, couché au n° 14 de la salle des hommes, était affecté d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne et dont la marche avait été assez simple jusqu'à la fin du troisième septenaire, lorsqu'un matin la fièvre vint à s'allumer, et le lendemain on vit apparaître un érysipèle à cheval sur le nez. M. Trousseau prescrivit immédiatement l'application du collodion. Dès le lendemain, l'érysipèle s'était arrêté net.

Huit jours après, l'érysipèle a reparu sur le même point; une nouvelle application de collodion l'a arrêté aussi promptement que la première fois, et il n'a plus reparu depuis.

Si l'on considère, d'une part, la gravité habituelle de ces érysipèles survenant dans le cours d'une maladie fébrile, et, d'autre part, l'inefficacité ou l'insuffisance constatée de la plupart des moyens préconisés jusqu'ici pour le combattre, on sera porté à attribuer dans cette circonstance une influence heureuse à l'application du collodion. S'il pouvait rester quelque doute encore à l'égard de l'action du collodion dans ce cas, il serait difficile de le conserver plus longtemps en présence de deux autres faits que M. Trousseau observait à quelque temps de là. Il s'agit de deux cas d'érysipèle chez des nouveau-nés, de ces érysipèles que l'on sait être si graves et si rebelles, et qui ont été enrayés, beaucoup moins rapidement il est vrai, mais enfin assez tôt pour prévenir une issue funeste, par l'application du collodion. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Kyste énorme de la région cervicale chez un enfant nouveau-né. — Évacuation par la ponction, et excision de la poche après suture préalable.

Un enfant nouveau-né a été présenté à la consultation de M. Nélaton, portant une tumeur énorme sur la région latérale droite du cou. Cette tumeur commence un peu au-dessous de la région mastoïde; de là, elle va s'élevant un peu au-dessus de l'oreille, pour se recourber et venir se terminer en bas en avant, un peu au-dessous de l'extrémité interne de la clavicule, de manière à recouvrir les insertions claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien; en dehors sur l'épaule, dont elle recouvre presque toute la région deltoïdienne. En avant, elle vient se confondre avec la peau du cou vers la région médiane, dans le voisinage du larynx et de la trachée; en arrière, elle recouvre également toute la moitié droite du cou, en se rapprochant de la ligne des apophyses épineuses cervicales. Cette tumeur, dont le volume est presque égal au tiers du volume total de l'enfant, adhère par un large pédicule, qui comprend ainsi une partie de la région mastoïdienne et des régions cervicale et scapulaire. La peau qui la recouvre paraît amincie; elle est d'une coloration gris bleuâtre, violacée dans quelques points, et comme ecchymosée. En l'examinant de près, on voit que cette coloration est due à ce que la peau, dans cette région, est parcourue par un réseau vasculaire extrêmement abondant. Il est probable aussi, d'ailleurs, que cette coloration ecchymotique est due en partie aux froissements qu'a dû subir cette tumeur pendant l'accouchement. On a appris en effet, par l'accoucheur qui a reçu cet enfant, que la dernière partie du travail avait été notablement ralentie à cause de cette tumeur, qui avait dû être soumise à des pressions très considérables de la part des parois du bassin. Cette tumeur présente en outre à sa surface quelques légères dépressions linéaires. Sa consistance est molle, sans résistance; elle est tremblotante, et cède à son propre poids. Par une exploration attentive on y reconnaît une fluctuation bien évidente, mais on n'y sent point d'ondulation et de transmission du choc d'une de ses extrémités à l'autre. Enfin, en explorant par voie de transparence, on n'a rien pu déterminer de plus précis sur la nature de cette tumeur et sur sa contexture.

On a cherché si cette tumeur était quelque peu réductible par la pression. Sans doute on ne pouvait compter que l'on parviendrait à réduire une tumeur dont le volume était presque le tiers du volume total de l'enfant; mais on eût pu obtenir par des manœuvres convenablement combinées une réduction partielle, une diminution momentanée de la tumeur. Rien de semblable; malgré les pressions les mieux ménagées, il fut impossible de faire rentrer la plus petite portion de la tumeur. Elle n'augmentait pas non plus pendant les cris et les efforts de l'enfant, qui était d'ailleurs vivace et bien portant.

La première pensée qui vint à l'esprit de M. Nélaton au simple

---

et dangereuse si elle masque la vérité des détails sous les apparences d'une généralité trompeuse.

Il n'adopte exclusivement ni l'un ni l'autre de ces principes, et se rallie à une méthode mixte qui réunit les avantages des deux précédentes sans en avoir les inconvénients.

Voici comme il procède:

Il commence par décrire les symptômes communs à toutes les espèces de folie et réserve pour la pathologie spéciale l'exposé des symptômes propres à chacune des formes en particulier. De cette façon, pense-t-il, il respecte tout à la fois la loi des analogies en réunissant dans une même description les phénomènes semblables et la loi des différences en décrivant séparément les faits qui offrent des caractères distincts. Cette méthode offre sans doute dans la pratique des difficultés d'exécution lorsqu'il s'agit de décider si un fait doit trouver plus de préférence dans la description générale ou spéciale; mais ces difficultés de détail ne doivent pas arrêter, car elles ne sont rien en comparaison des avantages considérables qu'il lui trouve. Toutes les fois qu'un fait n'est pas tellement tranché qu'il ne lui reste aucun doute sur la place qu'il doit lui assigner, l'auteur le renvoie toujours à la pathologie spéciale, persuadé que la pathologie générale ne doit renfermer que les faits évidemment communs à toutes les espèces d'aliénation.

On comprend dès lors que cette partie du cours est nécessairement abrégée et fort peu étendue, puisqu'elle n'est en quelque sorte qu'un préliminaire de l'histoire particulière des diverses formes, laquelle doit contenir tous les détails de la symptomatologie des maladies mentales.

Nous nous sommes un peu longuement étendu sur ces prolégomènes, parce qu'ils donnent, à notre avis, une idée de la pensée qui a présidé à la composition de l'ouvrage de M. Falret, de la philosophie de son livre, si nous pouvons nous exprimer ainsi.

Dans les dix leçons dont se compose le premier fascicule que nous analysons, l'auteur examine tour à tour les lésions des sentiments et des penchants, qu'il décrit non-seulement dans leurs manifestations saillantes et isolées, mais aussi dans leur ensemble, qui constitue le fond maladif sur lequel germe le délire prédominant; les troubles de l'intelligence, qu'il considère également dans leur état général, ainsi que dans les lésions particulières des facultés et dans l'évolution des pensées dominantes.

Puis il passe aux illusions et aux hallucinations, qu'à son avis on a trop différenciées et dont il fait ressortir les analogies. M. Falret croit que l'on a eu tort de les considérer comme des troubles des sensations et s'efforce d'en démontrer la nature tout intellectuelle. Les lésions des mouvements, trop négligées jusqu'ici, doivent devenir, suivant lui, l'objet de tout un système d'observation.

Sans accorder, à l'exemple de certains auteurs, une valeur prééminente aux altérations des fonctions organiques, c'est surtout au point de vue des phénomènes nerveux qui se produisent dans tous les organes chez les aliénés qu'il les envisage. Enfin, sous le titre de marche de la folie, il décrit la succession naturelle des divers symptômes qu'il a d'abord étudiés isolément, et il cherche à tracer un tableau général des différentes phases de la folie considérée dans son ensemble.

Terminons ici cette esquisse, bien incomplète, du travail du savant professeur de la Salpêtrière en disant que cette première partie fera impatiemment attendre la suite de son livre, et qu'il ne reste déjà plus aucun doute sur l'immense utilité qu'il aura pour ceux qui se livrent à l'étude de l'histoire, encore si souvent obscure, des désordres de l'intelligence.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie chirurgicale, ou De l'anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine opératoire; par M. J.-F. Jarjavay, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation, etc. — La 2e partie du tome II, contenant 420 pages, vient de paraître; elle complète l'ouvrage, dont le prix est de 14 fr. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 23.

aspect de cette tumeur, c'est que ce pouvait être une tumeur érectile veineuse. Mais l'exploration dont on vient d'exposer les résultats ne tarda pas à dissiper cette pensée. Les tumeurs veineuses sont réductibles; elles cèdent et s'effacent momentanément sous la pression des doigts, pour reparaître aussitôt qu'on cesse cette pression. Ici rien de semblable; c'est à peine si l'on pouvait aplatir un peu la tumeur, mais elle ne fuyait pas sous la main.

Il n'est pas très rare, comme on le sait, de voir se développer au moment de la naissance à la région occipitale des tumeurs qui ont quelque analogie avec celle que présente ce petit enfant. Ce sont des tumeurs qui ont une communication plus ou moins directe avec la cavité crânienne et qui renferment soit une portion des méninges, soit une portion du cervelet ou du cerveau lui-même; ce sont, en un mot, des hernies encéphaliques. Mais dans ce cas on distingue ordinairement très bien le point de la naissance de la tumeur, et on suit ses racines jusque dans l'intérieur du crâne. M. Nélaton a eu l'occasion, il y a quelques années, d'exciser une tumeur de ce genre sur un enfant nouveau-né, qui succomba au bout de seize jours, mais sans avoir présenté aucun symptôme d'encéphalite, ni aucun phénomène qui pût faire soupçonner qu'il y eût eu une réaction inflammatoire traumatique du côté des organes cérébraux. On a cherché avec soin s'il y aurait du côté de la fontanelle postérieure quelque hiatus, quelque perforation qui pût donner passage aux organes contenus dans le crâne et d'où cette tumeur prît son origine. L'exploration la plus attentive n'a rien fait découvrir de ce genre. Même exploration du côté de la région cervicale, même résultat négatif; cette région est parfaitement bien constituée dans toute son étendue.

Ce n'était donc pas à une hernie encéphalique, pas plus qu'à une tumeur érectile veineuse que l'on avait affaire.

Qu'était-ce que cette tumeur?

Quelques faits connus dans la science, mais en très petit nombre, et qui se rapprochent beaucoup, par l'ensemble de tous leurs caractères, de celui que présente ce petit enfant, permettaient de diagnostiquer ici avec une certaine assurance une de ces tumeurs kystiques ordinairement multiloculaires. En effet, un médecin anglais, Howkins, a rapporté avoir rencontré plusieurs fois des tumeurs de ce genre à la région cervicale chez des nouveau-nés; et d'après la description qu'il en donne, et qui concorde pour tous ces cas, ces tumeurs étaient constituées par plusieurs centaines de petits kystes contenant un liquide de couleur variable. Une observation semblable a été publiée par M. Lorain, actuellement interne du service de M. Nélaton, et ancien interne de la Maternité. (Nous en parlerons tout à l'heure.)

Enfin, on trouve trois ou quatre autres exemples semblables dans une thèse allemande.

Dans la présomption qu'il s'agit ici d'une tumeur de cette nature, que pouvait-on faire pour cet enfant? M. Nélaton a eu d'abord la pensée qu'on pourrait faire une ponction suivie d'une injection iodée. Toutefois, il a dû faire des réserves à l'égard de ce dernier moyen, et ne s'y décider qu'après le résultat de la ponction. Quant à pratiquer l'ablation de la tumeur, il n'y avait pas à y songer. D'abord, bien que très mobile, il pouvait bien se faire que la tumeur eût des racines profondes, ou tout au moins quelques connexions avec les muscles de la région du cou et les divers organes de cette région. Et quand bien même cette ablation n'eût dû présenter aucun obstacle ni aucune difficulté, elle eût exposé encore l'enfant à un danger des plus graves et presque infailliblement mortel. Quand on songe, en effet, que les enfants de cet âge ne supportent pas la plus petite perte de sang, que l'opération du bec-de-lièvre même, si elle donne lieu à une petite hémorrhagie, est suivie de mort, comment aurait-on pu penser à pratiquer les larges et profondes incisions qu'eût nécessitées l'ablation d'une semblable tumeur?

En définitive, M. Nélaton s'est arrêté à l'idée de pratiquer une ponction, sauf à décider après ce qu'il y aurait à faire.

En conséquence, l'enfant étant convenablement maintenu couché sur le dos, un petit trocart a été plongé à la partie supérieure de la tumeur (à son extrémité mastoïdienne) rendue un peu déclive par la position imprimée à l'enfant. Il est sorti aussitôt par la canule un jet non interrompu d'un liquide séro-sanguinolent assez fortement coloré, et en quantité suffisante pour remplir presque complétement deux bassins. (On a pesé plus tard ce liquide; il pesait 700 grammes). La tumeur s'est affaissée au fur et à mesure, et elle s'est trouvée presque entièrement vidée, à l'exception de la portion claviculaire, où il paraissait rester encore quelque peu de liquide, contenu probablement dans de petites poches distinctes et séparées de la grande poche principale.

En présence de cette immense poche, dans laquelle il eût fallu injecter une quantité considérable d'iode pour en obtenir l'inflammation adhésive, M. Nélaton a renoncé à son premier projet, et s'est arrêté à l'idée d'en pratiquer immédiatement la résection, après s'être d'avance prémuni contre toute éventualité d'hémorrhagie et de suppuration consécutive, à l'aide d'une suture préalable pratiquée dans toute la longueur du pédicule de la poche kystique. C'est ce qui a été fait séance tenante.

Grâce à cette précaution, la poche a pu être enlevée presque en totalité, à l'exception d'une petite portion inférieure contenant de petits kystes qui n'avaient pas été ouverts, et qui ne communiquaient pas avec la grande cavité principale, cette vaste poche a pu être enlevée, disons-nous, sans que l'enfant ait perdu une goutte de sang. Malgré la longueur de l'opération, l'enfant en a très bien supporté les suites. Dès le lendemain, l'adhésion paraissait exister déjà dans une partie de la longue plaie linéaire qui résultait de cette ablation. Le surlendemain l'état de l'enfant était parfait.

— Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher de ce fait l'histoire du cas analogue observé par M. Lorain, et dont nous pouvons, grâce à son obligeance, rappeler les principaux détails.

L'enfant observé par M. Lorain, à la Maternité, portait au-dessous de la face une tumeur d'un volume très considérable, et qui donnait une apparence monstrueuse à sa physionomie. Cette tumeur descendait jusqu'à la partie moyenne du sternum, au niveau des mamelles; elle s'implantait au-dessous de la face, effaçant la saillie du menton, remontant de chaque côté jusqu'aux apophyses mastoïdes; de telle sorte que les contours de la face n'étaient pas dessinés et que le visage semblait comme sculpté avec un faible relief au milieu de cette masse. La couleur de la tumeur était celle des tissus environnants; elle était molle, fluctuante, frémissante, non dépressible, non pâteuse. Elle était plus développée du côté droit que du côté gauche; on pouvait facilement la soulever, la déplacer, et passer la main entre elle et la partie inférieure du cou.

Cette tumeur ne paraissait pas nuire, d'une manière directe du moins, aux fonctions immédiatement indispensables à la vie. La respiration se faisait bien, l'enfant criait avec force, sa face n'était pas congestionnée, la tumeur ne se ressentait pas des mouvements respiratoires. Enfin l'alimentation paraissait possible; l'enfant exerçait facilement la succion sur le doigt qu'on lui présentait.

Cet enfant fut observé avec soin pendant les jours suivants.

Le lendemain et le surlendemain, la tumeur prit une teinte rouge vineux ecchymotique; elle paraissait aussi s'être un peu infiltrée depuis le moment de la naissance. La présence d'un liquide y était évidente, et cependant elle n'était pas transparente comme une hydrocèle; elle semblait cloisonnée, à en juger par la résistance qu'elle offrait en beaucoup de points et par la présence d'un grand nombre d'espaces où l'on percevait une fluctuation isolée. La respiration n'avait aucune influence sur la forme et la densité de cette tumeur; elle n'était point, comme les tumeurs érectiles, susceptible de diminution ou d'augmentation, suivant certaines manœuvres. Elle n'était point pulsatile; on pouvait la presser assez fortement sans que l'enfant parût éprouver de la douleur. Il y avait donc lieu d'ésiler entre un kyste multiloculaire dont le siége était indéterminé et une altération hypertrophique du tissu cellulaire.

L'enfant s'affaiblissant de jour en jour à cause de la difficulté qu'on éprouvait à l'alimenter, aucun traitement ne fut entrepris pour la cure de cette tumeur; on ne fit même pas de ponction exploratrice. Enfin il succomba le neuvième jour.

La tumeur ne s'était pas affaissée; elle avait, à peu de chose près, le volume indiqué plus haut.

Une large incision pratiquée sur la tumeur donna lieu à un écoulement assez considérable de liquide séro-sanguinolent. On vit alors qu'elle était composée d'un nombre considérable de kystes, dont quelques-uns avaient été ouverts par le fait de cette première incision: ils étaient au nombre de 80 à 100. Ces kystes avaient en moyenne le volume d'une grosse noisette. Les plus gros n'atteignaient point le volume d'une noix; les plus petits étaient comme un gros pois. Leurs parois étaient minces, transparentes. Ils étaient isolés, généralement uniloculaires, bien que quelques-uns fussent cloisonnés. Les uns étaient remplis d'un liquide séreux limpide, légèrement jaunâtre; les autres contenaient un liquide rosé; d'autres étaient noirs et remplis de sang liquide, au milieu duquel, dans quelques-uns, on trouvait des caillots.

Ces kystes paraissaient formés aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané et du tissu cellulaire intermusculaire. On les voyait pénétrer, en effet, jusqu'à une assez grande profondeur. On en trouvait entre les deux muscles sterno-hyoïdiens, entre les muscles hyoglosses et génio-hyoïdiens et sur les côtés du digastrique. Quant aux muscles sterno-thyroïdiens, thyro-hyoïdiens, ils sont complétement en dehors de la tumeur. La trachée, le larynx, les vaisseaux et les nerfs profonds du cou n'ont point été envahis par ces tumeurs.

Voici quel a été le résultat de l'examen microscopique de ces kystes fait par M. Robin. Ceux dont le liquide était transparent, incolore, ne contenaient que quelques rares globules sanguins et quelques globules granuleux, pâles, moins granuleux que ceux qu'on trouve dans beaucoup de kystes. Les kystes à liquide coloré offrent ces mêmes globules granuleux très rares et une grande quantité de globules sanguins. De ces derniers, les uns sont intacts; les autres présentent des dentelures à leur surface qui leur donnent l'aspect framboisé. Tels étaient les seuls éléments anatomiques en suspension dans le liquide des kystes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

ADDITION A LA SÉANCE DU 26 JUIN 1854.

Suite de la discussion sur le traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin. — Discours de M. Cazeaux.

M. CAZEAUX. Messieurs, si notre honorable rapporteur avait seulement démontré que les cas de mort communiqués à l'Académie par MM. Cruveilhier et Broca devaient être attribués aux complications qu'avait déterminées l'introduction de la sonde et du pessaire intra-utérin; si même, à propos de ces communications, il avait cherché à démontrer que ces faits n'étaient pas aussi isolés qu'ils paraissaient l'être, et qu'une foule d'autres observations, jusqu'à présent inédites, témoignaient du danger de la nouvelle méthode, il est infiniment probable que personne dans cette enceinte n'eût demandé la parole pour contredire ses assertions. Après avoir, en effet, entendu le très remarquable rapport de notre collègue, il me paraît impossible de ne pas rester convaincu que, même dans les cas en apparence les plus favorables, le redressement des déviations ou des inflexions utérines par le pessaire intra-utérin devient souvent la cause d'accidents très graves, et que dans plusieurs de ces cas ces accidents ont rapidement entraîné la mort de la malade. Les faits recueillis par M. Depaul ne laissent plus aucun doute à ce sujet, et je me plais à reconnaître qu'il a rendu un véritable service à la science en démontrant par des faits nombreux tout le danger d'une méthode dont jusqu'à présent on ne connaissait guère que les avantages et les prétendus succès.

Mais puisque M. Depaul, élargissant volontairement le terrain de la discussion, introduisait dans son travail des observations autres que celles communiquées à l'Académie, puisqu'il faisait, en un mot, une véritable enquête sur les résultats fournis par le nouveau redresseur, pouvait-il, niant ainsi tacitement les faits publiés par des confrères honorables, ne citer que des revers et ne rien dire des résultats favorables? Pour moi, je n'hésite pas à le dire, quelques-uns de ces résultats favorables sont tout aussi incontestables que les cas malheureux cités par notre collègue. Eh bien! c'est à l'interprétation de ces faits que notre honorable collègue aurait pu consacrer une partie de son travail.

Ce que vient de dire M. P. Dubois à ce sujet me dispense d'entrer dans de longs développements. J'ajouterai seulement que dans les cas de rétroversion légère le redresseur n'a eu d'influence heureuse qu'en corrigeant l'abaissement de la matrice. Il suffit, en effet, de réfléchir à la direction de l'axe pelvien pour comprendre que presque tous les abaissements se compliquent d'une rétroversion plus ou moins prononcée, et j'ai la conviction que bon nombre des observations de M. Valleix qui portent le titre de rétroversion seraient plus légitimement désignées sous celui d'abaissement. Cette erreur de diagnostic fait comprendre pourquoi les femmes ont été momentanément soulagées ou guéries par l'application de l'instrument, et pourquoi les symptômes primitifs se sont renouvelés peu de temps après le retrait du pessaire; on comprend enfin comment dans quelques cas rares où le pessaire a été conservé longtemps les malades ont pu être complétement guéries, les ligaments suspenseurs ayant repris pendant ce temps leur énergie première.

Après ce qu'ont dit plusieurs de nos honorables collègues, je n'insisterai pas davantage sur ce point; et je me hâte d'arriver à la partie théorique du rapport.

M. Depaul ne s'est pas contenté de prouver le danger du redresseur, il a été beaucoup plus loin; non-seulement il a cherché à démontrer par les observations de MM. Simpson et Valleix que leur méthode était mauvaise et dangereuse, mais encore qu'ils s'étaient trompés sur la cause et la nature des douleurs auxquelles ils ont voulu remédier.

Rentrant ainsi dans la discussion de 1849 et s'appuyant sur les idées professées à cette époque par M. P. Dubois, notre honorable collègue déclare que pour lui les déplacements et les inflexions n'ont qu'une influence très secondaire dans la production des accidents qu'on leur attribue, et que c'est uniquement aux affections concomitantes qu'il faut faire remonter la cause des troubles locaux ou généraux éprouvés par les malades.

La différence d'opinion sur ce point de pratique aussi simple en apparence me paraît surtout tenir à ce qu'on a pris l'habitude de grouper dans un même chapitre les déviations ou déplacements de la matrice et les inflexions ou incurvations du même organe. Je sais fort bien qu'anatomiquement on ne confond pas les deux altérations; mais je ne sais pourquoi, et M. le rapporteur lui-même n'a pas évité cet écueil, quand ou fait leur étiologie, quand on étudie leurs symptômes et leur traitement, on les réunit sans cesse. Pourtant, ce qui est vrai pour les déviations ne l'est pas pour les inflexions, *et vice versâ*. Et pour prendre un exemple dans le rapport lui-même, je serais assez disposé à accepter l'opinion de MM. P. Dubois et Depaul sur l'innocuité des inflexions *simples* et légères; et je la repousse complétement quand cette opinion s'applique aux antéversions et aux rétroversions, etc. Je vais chercher à justifier ma manière de voir en m'occupant d'abord de ces derniers déplacements.

Les déviations de la matrice connues sous les noms d'anté, rétro, latéroversions et d'abaissement sont-elles par elles-mêmes, et en dehors de toute autre altération, une cause de souffrance, une maladie, en un mot, qui réclame impérieusement les secours de l'art?

Pour avoir quelque chose de positif sur l'influence des déviations utérines, il faut, dit le rapport, rechercher:

1° Si parmi les femmes qui se portent bien il n'y en a pas un certain nombre dont la matrice est plus ou moins déviée;

2° Si chez celles qui ont simultanément une autre affection il ne suffit pas, le plus habituellement, de guérir celle-ci pour voir disparaître tous les accidents, même ceux qu'on attribuait à la déviation;

3° Si des affections utérines, sans aucun déplacement, ne produisent pas souvent tout le cortége des symptômes précédemment indiqués comme appartenant aux déviations.

Ainsi, parmi les femmes dont l'uterus est dévié, il y en a un certain nombre qui se portent parfaitement bien. Mais qu'est-ce que cela prouve? Est-ce qu'il n'en est pas de même de la plupart des affections utérines? Est-ce que les ulcérations, certains engorgements du col ne sont pas dans ce cas? En conclurez-vous qu'ils sont toujours sans influence sur la santé des femmes? Le cancer lui-même, qui se termine constamment par la mort, n'existe-t-il pas souvent depuis longtemps sans qu'aucun symptôme ait révélé son existence à la malade? Je pourrais citer plusieurs femmes qui sont venues me consulter pour ce qu'elles appelaient de simples écoulements, et chez lesquelles pourtant le toucher me faisait découvrir un vaste encéphaloïde qui, après avoir envahi tout le col, s'étendait encore à toute la cloison vésico-vaginale. C'est qu'en vérité l'utérus offre sous ce rapport de nombreuses bizarreries, et que la même altération de tissu, la même anomalie de position et de déviation déterminera chez une femme les troubles locaux ou généraux les plus variés et les plus violents, tandis qu'elle passera inaperçue chez une autre.

Mais, ajoute M. Depaul, chez les femmes qui ont simultanément une autre affection et un déplacement, il suffit de guérir la première pour voir disparaître le second, ou du moins les accidents qu'on est tenté de lui imputer. Et sur ce point, il fait appel à l'expérience *de tous*

Il serait facile de retourner l'argument contre notre collègue; car s'il a été assez heureux pour voir des déviations disparaître après la guérison de granulations ou de simples névralgies, ce qui, pour le dire en passant, me semble fort étonnant, M. Hervez et beaucoup d'autres, parmi lesquels je pourrais me citer, ont vu, après la réduction d'un utérus dévié, disparaître les engorgements et les ulcérations que le col de l'utérus offrait auparavant. Et si alors, apportant dans l'interprétation des observations cet esprit philosophique qui, suivant son expression, fait la gloire de notre époque, on venait lui dire : J'ai réduit l'utérus dans sa position normale; après cette réduction, tous les symptômes que vous imputez aux ulcérations, engorgements, etc., ont disparu, pourrait-il encore conclure que la déviation n'est rien ou peu de chose, et que les autres altérations étaient la cause unique des douleurs qui pourtant ont disparu, malgré la persistance de ces mêmes altérations?

Enfin, ajoute M. le rapporteur, les symptômes assignés aux déplacements se rencontrent dans une foule d'autres maladies non accompagnées de déviations. Je me plais à reconnaître la vérité de cette assertion. Dans la majorité des cas, et quelle que soit la nature de la lésion utérine, les symptômes accusés par la malade sont à peu près les mêmes, et il est bien souvent impossible de porter un diagnostic précis sur les renseignements fournis par elle. Le toucher et quelquefois même l'examen au spéculum sont pour cela indispensables. Mais quelle conclusion favorable à sa thèse M. le rapporteur croit-il pouvoir déduire de cette similitude de symptômes? Et puisque dans les altérations complexes de l'utérus il blâme M. Valleix de faire remonter aux déviations la cause des phénomènes morbides, je ne vois pas, en vérité, ce qui l'autorise à en trouver le point de départ dans une autre lésion. Si, en effet, M. Valleix a tort de ne tenir compte que des déplacements, M. Depaul est-il plus dans le vrai quand il les considère comme complétement insignifiants? Je ne le pense pas; et M. le rapporteur, qui a pu reprocher avec justice à M. Valleix d'être trop exclusif, s'est imprudemment exposé à ce qu'on lui adressât le même reproche.

M. Paul Dubois, sur l'autorité duquel s'appuie avec raison M. Depaul, n'a pas été tout à fait aussi explicite que M. le rapporteur, et, par une de ces sages réserves qui lui sont si familières, il repousse d'avance toute argumentation trop pressante. « Quant à l'abaissement et aux déviations, disait-il en 1849, je crois pouvoir leur prêter la même immunité qu'aux inflexions, *toutes les fois qu'elles ne sont pas exagérées;* et c'est le cas le plus commun. »

Après cet aveu, je ne comprends pas, en vérité, l'opposition qu'a soulevée l'opinion de mon savant maître, car tout le monde était d'accord. Personne, que je sache, si on en excepte quelques partisans exagérés du redresseur intra-utérin, n'a prétendu que toute altération, si petite qu'elle fût, dans la direction de l'utérus, devenait pour la femme la cause de vives souffrances. C'est certainement pour les déviations exagérées, et seulement pour celles qui portent une atteinte sérieuse à la santé de la femme; que M. Hervez et quelques autres ont proposé leurs nombreux pessaires.

Et puisque j'ai parlé du pessaire de M. Hervez, que l'Académie me permette une courte observation sur l'opinion exprimée par M. Dubois dans la dernière séance, opinion que du reste il avait déjà formulée en 1849. « Je crois, a dit notre très honorable collègue, que M. Hervez se fait illusion lorsqu'il affirme avoir remédié aux déviations de l'utérus avec les pessaires dont il se sert. Ces pessaires ne pouvant agir que sur la portion inférieure de la matrice, il me paraît impossible qu'ils puissent redresser complétement un utérus en rétroversion. »

Cette illusion, je le déclare, je la partage complétement, et je suis convaincu, comme M. Hervez, que dans la rétroversion en particulier son pessaire a guéri des femmes que rien n'avait pu soulager. Cette conviction, je l'ai puisée dans les faits de ma propre pratique.

Ab actu ad posse valet consecutio, dit-on en philosophie; et je ne crois vraiment pas qu'il soit facile de contester la possibilité de pareilles guérisons. Mais en dehors des faits, je n'ai pas très bien compris, je l'avoue, les raisons sur lesquelles M. P. Dubois appuie sa négation. Dans la situation normale de l'utérus, il est impossible en effet d'atteindre, soit avec les doigts, soit avec un pessaire quelconque, le fond de la matrice, et par conséquent il est impossible d'agir sur lui pour changer sa situation. Mais cette impossibilité n'existe plus dans la rétroversion, et surtout dans la rétroversion exagérée. Alors, en effet, le col est fortement porté en avant et en haut jusqu'au niveau du bord supérieur de la symphyse du pubis, et le fond de l'organe, fortement renversé en arrière, vient déprimer le cul-de-sac postérieur, et repose parfois sur la partie la plus reculée du plancher périnéal. Il suffit alors d'introduire les doigts pour sentir le fond de la matrice rétroversée, et on peut même quelquefois en opérer ainsi le redressement partiel ou complet. Je ne vois pas pourquoi un corps étranger, convenablement dirigé, et dont la forme s'adapte tout à la fois et à la concavité sacrée et à la convexité de la face postérieure de l'utérus, n'obtiendrait pas le même résultat.

Mais, dit M. Dubois, la longueur et l'extensibilité des parois vaginales ont des limites qui s'opposent à ce que vous redressiez complétement l'organe. Si par ces mots : redresser complétement, notre savant collègue veut dire que le pessaire lui-même ne pourra pas pousser le fond de la matrice à la hauteur convenable pour la placer dans la direction normale, il a parfaitement raison; mais je lui demande la permission de lui faire remarquer que cela n'est pas absolument nécessaire. Lorsque, en effet, le pessaire ou les doigts, car le fait est le même dans les deux cas, ont relevé l'utérus à une certaine hauteur, le redressement se complète spontanément, et les mêmes organes qui auparavant tendaient sans cesse à aggraver la déviation coopèrent maintenant à la réduction.

Cet incident vidé, je reviens au rapport. Je crois avoir prouvé que les raisons sur lesquelles se fonde M. Depaul pour croire à l'innocuité presque constante des déviations ne sont nullement probantes.

Voyons maintenant s'il en est de même des inflexions.

Sur ce point encore on se trouve en présence d'opinions complétement opposées. D'un côté, celle de M. Velpeau, qui voit dans les incurvations de l'utérus une cause fréquente de souffrances locales ou générales, et de l'autre, le sentiment exprimé par M. Dubois, qui les croit sans importance dans la pathologie de la femme.

Pour apprécier l'influence qu'elles peuvent exercer, il faut tenir grand compte, à mon avis, de leur origine et du mécanisme de leur formation.

Quant à leur origine, tout le monde admet qu'elles peuvent être congénitales ou ne se produire qu'à un âge plus ou moins avancé. Eh bien! qui ne voit dans cette distinction l'explication toute naturelle des résultats si différents qu'elles produisent? Les inflexions accidentelles, en effet, sont presque toujours la cause de gêne et quelquefois même de douleurs vives, tandis que les inflexions congénitales ne sont le plus souvent la cause d'aucune souffrance. Le rectum et la vessie se sont peu à peu habitués au voisinage d'un utérus mal conformé, et à part les douleurs de la dysménorrhée et l'obstacle que parfois ce vice de conformation oppose à la conception, la femme n'a pas autrement à s'en plaindre.

J'ai dit que beaucoup de ces inflexions étaient congénitales. Pour être plus exact, j'aurais dû dire que le plus souvent elles ne sont que la persistance d'une disposition presque constante chez la petite fille, et qui, suivant moi, tend à disparaître à mesure que se complète le développement de la jeune fille. J'admets donc, comme on le voit, à peu près complétement l'opinion de MM. Boulard, Follin, Verneuil, etc., sur la disposition de la matrice chez le fœtus et le très jeune enfant, opinion qu'a essayé de combattre M. le rapporteur.

Si un fait me semble donc démontré, c'est la presque constance des inflexions de la matrice au moment de la naissance. Eh bien! notre honorable collègue croit pouvoir s'inscrire en faux contre cette assertion, ou du moins il croit pouvoir considérer cet état comme purement cadavérique, et ne voit pas là la preuve que ces inflexions, constatées à l'autopsie, existaient avant la mort.

J'avoue ne pas comprendre la prétention de M. Depaul, et si elle était admise, il faudrait déclarer que nous ne savons rien en anatomie et qu'il faut recommencer nos études.

J'ai examiné l'utérus de trois femmes qui étaient vouées à une mort prochaine, dit notre collègue, et ayant très positivement constaté chez elles la direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, j'ai pu, au moment de l'autopsie, m'assurer que la matrice avait pris une direction toute différente, puisque dans un cas elle était antéfléchie, et dans les deux autres en rétroversion complète.

J'ai certainement la plus grande confiance dans le talent d'exploration de M. Depaul; mais enfin un toucher pratiqué chez des femmes mourantes offre bien quelques difficultés; les malades ne s'y prêtent qu'assez imparfaitement, et l'erreur, même de la part d'un praticien expérimenté, se conçoit facilement dans de semblables conditions. Mais l'examen eût-il été pendant la vie aussi complet que possible, je n'hésite pas à croire le diagnostic erroné quand il est démenti par l'autopsie.

Les faits de M. Gosselin, sur lesquels s'appuie M. Depaul, ne se rapportent nullement à l'état fœtal; et, comme le disait M. Gosselin lui-même, ils confirment plutôt qu'ils n'infirment la proposition que je soutiens, puisque sur 48 femmes adultes qui n'avaient jamais eu de grossesse, il a trouvé 27 fois l'utérus antéfléchi.

La mollesse du tissu utérin, qu'invoque encore notre collègue, n'est guère plus considérable quelques heures après la mort que pendant la vie, et l'examen a quelquefois été fait à un moment très rapproché. D'ailleurs, si l'extrême ramollissement était la cause de ces antéflexions fœtales, il serait facile d'infléchir l'utérus dans tous les sens. Eh bien! je m'en suis assuré, comme M. Verneuil l'avait fait avant moi, que si on tient entre deux doigts un utérus par son col, on peut facilement le redresser, mais si on veut l'infléchir en sens opposé, on rencontre une résistance qui proteste contre un ramollissement exagéré du tissu.

Je n'ai pas le temps de m'étendre plus longuement sur ce sujet; mais il me suffira de rappeler :

1° La différence de longueur du col et du corps chez le fœtus;

2° La position élevée de ce dernier;

3° L'inclinaison exagérée du détroit supérieur; enfin le poids de la masse intestinale qui presse inévitablement sur la seule partie mobile de l'organe, pour expliquer suffisamment l'antéflexion comme état normal pendant la vie intra-utérine.

Toutes ces dernières conditions, je m'empresse de le dire, disparaissent peu à peu à mesure que la petite fille se développe, et avec elles tend à s'effacer l'inflexion première dont elles avaient été la cause.

Quant aux *inflexions accidentelles*, leur origine est toute différente. Elles m'ont paru presque toujours consécutives à une autre lésion. Tantôt elles résultent d'adhérences vicieuses, tantôt d'une altération particulière du tissu utérin, le plus souvent elles sont causées par une antéversion ou une rétroversion préexistante. J'ai vu plusieurs fois ce dernier mécanisme se produire sous mes yeux en quelques semaines; le même utérus dont j'avais constaté et fait constater à plusieurs personnes le déplacement m'offrait peu de temps après une inflexion du col sur le corps.

L'étude étiologique à laquelle je viens de me livrer a une importance réelle dans l'étude de la symptomatologie et du traitement.

Parmi les inflexions accidentelles, les inflexions consécutives à une déviation sont à peu près les seules que nous puissions espérer guérir; en remédiant, en effet, à un déplacement primitif, on a quelque raison de penser qu'on fera cesser l'inflexion qu'il a causée. Quant aux adhérences vicieuses et aux altérations diverses du tissu, nous n'avons guère qu'à déplorer notre impuissance.

Indépendamment, en effet, des raisons invoquées par M. Paul Dubois pour prouver l'inutilité du pessaire intra-utérin, je demande à l'Académie de lui signaler une disposition anatomique qui m'a toujours éloigné de ce moyen.

J'ai examiné sept ou huit utérus infléchis, et tous m'ont présenté une des dispositions suivantes au niveau de l'angle d'inflexion : ou bien le tissu utérin était en ce point excessivement ramolli, et on pouvait à l'aide d'une légère pression rendre à l'organe sa direction normale; mais, aussitôt qu'on cessait de maintenir le fond de la matrice, il retombait par son propre poids, et la difformité reparaissait; ou bien, au niveau de ce même angle d'inflexion, le tissu utérin offrait une résistance et une dureté très grandes, à ce point que, saisissant d'une main le col et de l'autre le corps, il fallait déployer une force réelle et déchirer les tissus pour en opérer le redressement. Eh bien! n'est-il pas évident que dans le premier de ces cas tout redressement artificiel cessera dès qu'on retirera l'instrument, et que dans le second la déchirure presque inévitable des fibres utérines pourra être le point de départ d'accidents formidables?

Je crois donc pouvoir conclure de tout ce que je viens de dire que :

1° Le redresseur utérin est le plus souvent un instrument inutile, souvent dangereux;

2° Qu'il importe de distinguer les déviations des inflexions utérines;

3° Que les déviations simples, quelquefois innocentes, sont souvent la cause d'accidents sérieux;

4° Que la science possède des moyens de les guérir quelquefois, et que ces moyens soulagent presque toujours;

5° Que les inflexions utérines accidentelles, quand elles ne troublent ni la menstruation ni la conception, ne sont presque jamais accompagnées d'accidents et ne nécessitent aucun traitement;

6° Que, parmi les inflexions accidentelles, les seules dont on puisse tenter le redressement sont celles qui succèdent à un déplacement.

Je me proposais de parler encore du cathétérisme utérin, pour lequel M. Depaul m'a paru trop sévère; mais le temps me presse, et je me contenterai de dire qu'avec certaines précautions il est possible d'éviter les accidents signalés par notre collègue, et que, d'un autre côté, cette exploration me paraît pouvoir rendre des services réels.

Encore un mot : on a bien souvent, et dans le rapport et dans la discussion, invoqué la métrite comme expliquant une foule de souffrances éprouvées par les malades. La métrite est décrite partout comme une maladie très fréquente qui peut exister isolément et peut surtout être liée à d'autres inflammations. Or, à mon avis, cette phlegmasie du parenchyme utérin est excessivement rare.

> **Rien n'est plus commun que le nom,**
> **Rien n'est plus rare que la chose.**

Entendons-nous bien seulement.

Quand je parle de la métrite parenchymateuse, je mets de côté tout ce qui a été décrit sous les noms de phlegmon péri-utérin, de métrite catarrhale ou inflammation de la membrane muqueuse, péritonite partielle, phlébite et lymphite utérine. Je ne parle évidemment que de l'inflammation du tissu propre. Celle-ci, je ne l'ai jamais constatée anatomiquement. Je sais bien que l'inflammation peut exister sans suppuration; mais enfin, si la métrite était aussi commune, comment se ferait-il qu'on trouvât si rarement du pus dans les fibres musculaires de l'utérus, alors qu'à la suite des couches le pus se forme si facilement dans toute l'économie? Comment se fait-il que ce tissu utérin, qu'on dit être si souvent le point de départ de l'inflammation, n'en offre presque jamais de trace? Je n'ose pas dire jamais, mais j'affirme qu'après avoir fait un très grand nombre d'autopsies je n'en ai jamais vu.

Je n'ai pas le temps, vu l'heure avancée, d'insister plus longuement sur ce point, mais j'appelle instamment sur lui l'attention de mes confrères, et j'ai la conviction qu'après y avoir sérieusement réfléchi, après avoir examiné un très grand nombre de faits, on arrivera à cette conclusion que la métrite parenchymateuse, si rare dans l'état puerpéral, est encore plus rare dans l'état de vacuité, et qu'on a eu tort de lui attribuer des troubles locaux et généraux, qui, dans l'immense majorité des cas, trouvent ailleurs leur raison d'être.

Nous exprimions dans notre dernier numéro le regret de ne pas connaître le nom du respectable ecclésiastique qui avait pris, après M. Marchal (de Calvi), la parole sur la tombe de notre cher rédacteur en chef. Nous sommes heureux d'apprendre que ce vieil ami de notre excellent maître est un de nos confrères, M. le chanoine Clavel, qui, lui aussi, est médecin de la Faculté de Paris et un ardent propagateur des sciences médicales pratiques.

Nous ne nous étions pas trompé en disant que la perte de M. Fabre serait vivement sentie par les nombreux amis qu'il comptait dans toutes les classes du corps médical; de tous côtés, en effet, nous arrivent des témoignages de sincères et profonds regrets. Qu'on nous permette de citer ici les fragments des lettres qui nous sont arrivées aujourd'hui même de deux honorables confrères :

. . . . . Ses bontés pour moi me font un devoir de vous adresser l'expression de ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée. Si la gratitude d'un homme obscur peut être agréable à son âme, je lui offre la mienne de tout cœur. Dr Amédée Joux.

. . . . . Pour moi, qui dans mes trop courtes relations avec M. Fabre ai eu occasion d'apprécier les rares qualités de l'homme, du médecin et du journaliste, je ne saurais montrer trop d'empressement à vous faire parvenir l'expression de mes regrets. Puissent les témoignages d'estime, de reconnaissance et d'affection qui vont vous arriver en foule rendre moins amères les larmes du fils de cet homme de bien! E.-A. Ancelon.

A la suite du concours ouvert le 27 mars dernier pour le remplacement de M. Foucher, nommé prosecteur près l'amphithéâtre des hôpitaux, M. Dolbeau, interne à la Charité, vient d'être nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

— Les nombreuses nominations qui viennent d'être faites pour l'armée d'Orient ont enlevé les médecins d'un certain nombre de régiments et d'hôpitaux militaires. Des mesures ont été immédiatement prescrites pour que nos soldats malades n'aient pas à souffrir de l'éloignement momentané de leurs médecins habituels; et dans plusieurs villes de garnisons importantes, à Versailles, à Strasbourg, à Metz, à Lille, etc., des médecins civils partagent maintenant avec nos confrères de l'armée restés à leurs postes le service dans les hôpitaux militaires ou dans quelques corps de troupes.

— M. le docteur Salneuve, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la Société française de bienfaisance de New-York, vient d'être inopinément enlevé par une scarlatine maligne aux nombreux amis qu'il s'était faits dans sa nouvelle patrie. M. Salneuve, qui nous avait fait déjà plusieurs communications, avait tout récemment encore (le 13 mai dernier) publié dans ce journal un article fort intéressant pris dans le service des hôpitaux de New-York.

Le Sourd

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 3 JUILLET 1854.

Exercice de la médecine par les officiers de santé.

Arrêt de la cour de cassation.

Nous avons reçu il y a quelques jours d'un de nos abonnés, officier de santé dans un département assez éloigné de Paris, une lettre qui soulève plusieurs questions relatives à l'exercice de la médecine sur lesquelles son auteur nous demande notre avis et un conseil. La solution de ces questions nous paraît être des plus simples; mais, comme le sujet est de nature à intéresser un assez grand nombre de personnes qui se trouvent dans les mêmes conditions que notre correspondant, nous demandons la permission de reproduire sa lettre en substance et d'y joindre quelques réflexions.

M. X... a été reçu, il y a une quinzaine d'années, officier de santé dans un département où il s'est fixé. Le canton qu'il habite est situé sur la limite de ce département; depuis l'époque de sa réception, M. X... exerçait paisiblement sa profession, non-seulement dans son département, mais encore dans deux communes du département voisin, lorsque des jalousies et des rivalités de voisinage sont venues lui susciter des tracasseries sans nombre. On prétend même, nous dit-il, l'empêcher aujourd'hui de voir des malades dans les deux communes situées en dehors du département où il a été reçu et où il est fixé.

M. X... a sollicité à plusieurs reprises du préfet du département limitrophe au sien et duquel dépendent ces deux communes une autorisation de continuer à pratiquer dans ces localités; il n'a pu l'obtenir. Il s'est adressé au ministre de l'instruction publique, et toujours en vain. Ce refus du préfet l'étonne d'autant plus, ajoute-t-il, qu'un autre confrère reçu dans le même département que lui habite dans le département voisin et y exerce en vertu d'une autorisation préfectorale.

M. X... nous demande un avis sur la conduite qu'il doit tenir dans cette circonstance. Doit-il subir de nouveaux examens devant le jury médical du département voisin, ou peut-il continuer, comme il le fait depuis quinze ans, à exercer sans titre dans les deux communes en question ?

Nous disons qu'à ces demandes les réponses sont des plus simples.

Et d'abord l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI est formel : « *Les officiers de santé ne pourront s'établir que dans le département où ils auront été examinés par le jury.* » Le mot *s'établir* a été compris jusqu'ici par toutes les cours et par tous les tribunaux dans le sens du mot *exercer*, et sur ce point il ne peut rester le moindre doute. Un officier de santé est donc évidemment en contravention en pratiquant la médecine dans une ou plusieurs communes appartenant à un département autre que celui où il a été reçu. Par ignorance du fait, par tolérance, l'autorité aura pu fermer les yeux; mais elle est en droit de ne le point faire; il est donc prudent de rester dans la légalité.

Or, pour rentrer dans la lettre de la loi, la permission du préfet ne suffirait pas. En vain arguerait-on d'une situation pareille faite à un confrère par une permission préfectorale. Ceci constitue une tolérance; mais le jour où le ministère public exercerait des poursuites, la permission du préfet se trouverait invalidée, et l'officier de santé serait inévitablement condamné, ainsi qu'il résulte d'un arrêt rendu en audience solennelle par la cour de cassation le 1er mai dernier dans les circonstances suivantes :

M. Gauthier a été reçu officier de santé par le jury médical de Paris pour le département du Calvados, en vertu d'une autorisation du ministre de l'instruction publique. Poursuivi par le ministère public pour infraction à la loi de l'an XI, il triompha devant la cour de Caen, puis devant celle de Rennes, où il avait été envoyé par suite de la cassation du premier arrêt. Le procureur général près la cour impériale de Rennes s'étant pourvu de nouveau, la cour de cassation a prononcé conformément à son premier arrêt, et a condamné l'officier de santé.

Le défenseur de M. Gauthier avait soutenu que les dispositions relatives à la circonscription du jury médical étaient purement réglementaires, et avaient pu, comme telles, être modifiées par une décision ministérielle, ainsi qu'il résulte d'une pratique administrative constante; mais la cour, sur le rapport de M. le conseiller Glandaz et conformément aux conclusions de M. le procureur général de Royer, a rendu l'arrêt suivant :

« Vu les articles 16, 29 et 35 de la loi du 19 ventôse an XI;

» Attendu que de ces articles combinés il résulte que, dans chaque département, un jury est formé pour la réception des officiers de santé; que ce jury, dont les pouvoirs sont limités au département, qui en connaît les besoins au point de vue médical, a seul compétence pour examiner les candidats qui veulent s'y fixer comme officiers de santé;

» Que, par suite de cette compétence restreinte, à la différence des docteurs reçus par les écoles de médecine et qui exercent leur profession dans toutes les communes de l'empire, les officiers de santé ne peuvent s'établir que dans le département où ils ont été examinés par le jury;

» Qu'une seule exception a été admise par l'article 37 de l'arrêté du 20 prairial an XI, d'après lequel le préfet, lorsque le nombre des candidats est de moins de cinq, peut les autoriser à se présenter devant le jury le plus voisin; que cette exception, conçue dans le même esprit que la règle générale, ne saurait être étendue; que ces dispositions obligatoires pour tous, pour les citoyens comme pour l'administration, qui touchent tout à la fois aux principes sur les compétences et aux intérêts de la santé publique, doivent être soigneusement appliquées par les tribunaux;

» Attendu qu'il est constant, en effet, que Jacques Gauthier a, comme officier de santé, en 1853, visité des malades dans le département du Calvados; que Gauthier n'a été pourvu d'aucun diplôme, ni par le jury de ce département, ni exceptionnellement par le jury le plus voisin;

» Qu'il se prévalait seulement d'un titre de réception à lui conféré en 1834, pour le département du Calvados, par le jury médical du département de la Seine, en vertu d'une autorisation du ministre de l'instruction publique; mais que ce dernier jury, hors du département où il fonctionne, et sauf l'exception prévue par l'arrêté du 28 prairial an XI, ne pouvait pas habiliter Gauthier à exercer la profession d'officier de santé; que le ministre de l'instruction publique était également sans qualité pour conférer à ce jury une compétence et des droits que les dispositions expresses de la loi lui refusaient;

» Que dans la pensée de l'administration, révélée par sa correspondance officielle, l'autorisation ministérielle n'était et n'a pu être considérée par Gauthier lui-même que comme une mesure de tolérance, nécessairement transitoire, n'ayant de valeur que jusqu'à la réunion la plus prochaine du jury local devant lequel ce candidat devait se présenter dans le plus bref délai, et qui était seul compétent pour lui conférer un titre légal et définitif;

» Qu'ainsi la cour de Rennes, en se fondant sur ce titre de 1834 pour renvoyer Gauthier des fins de la prévention dirigée contre lui pour exercice illégal de la médecine, a faussement interprété les articles 16 et 29 de la loi du 19 ventôse an XI, et violé, par non-application, l'article 35 de ladite loi;

» La cour casse. »

La cour, comme on le voit, en présence des dispositions expresses de la loi, ne reconnaît pas au ministre de l'instruction publique qualité pour autoriser un officier de santé à exercer dans un département autre que celui où il a été reçu. Si le ministre n'a pas ce droit, à plus forte raison le préfet ne l'a-t-il pas.

Quant au conseil que nous demande notre correspondant, il ressort clairement de ce que nous avons exposé :

Que continuer à exercer, comme il le fait depuis quinze ans, dans deux communes étrangères au département où il a été reçu, c'est s'exposer à des poursuites que pourrait diriger contre lui l'autorité et qui évidemment seraient préjudiciables à sa réputation et à sa clientèle.

Le seul parti à prendre, à notre avis, c'est de se faire recevoir de nouveau dans le département voisin, ce qui lui donnera la faculté d'exercer sa profession à la fois dans l'un et dans l'autre département.

Dr A. FOUCART.

Le choléra continue toujours son mouvement ascensionnel. L'augmentation n'est ni très considérable, ni très rapide, mais elle est néanmoins assez sensible pour que de huit en huit jours on puisse en apprécier les progrès.

Voici les cbiffres constatés depuis le 23 juin jusqu'au 29. On verra, en comparant ces cbiffres avec ceux de notre dernier hulletin, qu'ils accusent une augmentation notable.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Décès.
Le 23 juin,	20	14	34	25
24 »	24	9	33	23
25 »	45	6	51	34
26 »	27	10	37	35
27 »	39	10	49	15
28 »	30	12	42	17
29 »	38	12	50	33
	223	73	296	182

L'Hôtel-Dieu est maintenant l'bôpital qui reçoit la plus grande proportion de cholériques. Les derniers cas que nous avons eu l'occasion d'y voir étaient très graves et promptement mortels. La Clinique a aussi le triste privilége de voir se déclarer des cas plus ou moins graves dans ses salles, particulièrement parmi les femmes récemment accouchées.

FEUILLETON.

Porto-Ferrajo. — Messine. — Malte. — Le Pirée. — Gallipoli.

En marine, on ne sait jamais positivement où l'on va, même quand on fait, comme notre navire, le service de courrier d'escadre. Aujourd'hui, vous croyez aller vers un point, demain le mauvais temps vous fait prendre une direction tout opposée. Cette partie de notre voyage en est un exemple. Nous n'avons jamais pu doubler le cap Corse; le mistral soufflait si fort qu'il eût été imprudent d'aller plus loin. Aussi le commandant fit-il mettre le cap sur le port voisin qui présentait le meilleur mouillage. C'est ainsi que nous sommes arrivés à Porto-Ferrajo, capitale de l'île d'Elhe, où la tempête nous consigna pendant quelques jours.

L'île d'Elhe, devenue à jamais célèbre par le séjour momentané d'un grand homme, est une charmante petite île admirablement bien cultivée, aux paysages toujours frais, au climat très salubre, et qui, par la richesse et l'importance de ses mines de fer, sera un jour très commerçante. Ce sont les bras qui lui manquent pour tirer parti des trésors renfermés dans son sein. Les habitants, qui ont conservé un bon souvenir des Français, sont les plus aimables et les plus hospitaliers des Italiens; aussi fûmes-nous reçus à bras ouverts par ces braves gens. Il n'est pas besoin de dire que nous avons visité la maison de campagne de Napoléon. Elle appartient aujourd'hui au prince Demidoff, qui y réunit dans un musée tous les objets qui ont servi à l'empereur. Sa maison de ville, qui est à Porto-Ferrajo, sert maintenant de résidence au gouverneur.

Porto-Ferrajo, jolie petite ville placée sur un langue de terre, est un véritable joujou. Les fortifications, construites en partie par Napoléon, sont d'un effet charmant. La ville est traversée par de larges rues qui permettent à l'air de circuler librement; aussi est-elle très salubre, et y observe-t-on très peu de maladies.

L'bôpital, qui est assez petit, ne voit jamais son personnel de malades au complet. Les médecins, qui sont en nombre restreint, ont très peu à faire dans la pratique civile.

Le climat de l'île d'Elbe, qui est très doux, conviendrait heaucoup mieux que celui de Nice à ces légions de malades du nord qui, à l'approche de l'hiver, viennent s'abattre sur cette dernière ville. Le sol, qui est d'une fertilité étonnante, suffirait aux besoins d'une nombreuse population, qui, par ce mouvement continuel entretenu par de nombreux voyageurs, gagnerait un bien-être inconnu à bon nombre d'entre eux. Néanmoins, s'il y a peu de fortune dans l'île, il y a aussi hien peu de pauvres; la misère n'y étale pas ses haillons comme dans les autres villes d'Italie. Ce n'est pas comme à Messine, où les mendiants louent des embarcations et viennent autour des navires pour demander l'aumône.

Nous quittâmes à regret cette île charmante, et arrivés près des côtes du Calabre, le Stromboli, cet immense géant de la mer de Sicile, nous apparut couronné de la fumée qui s'élance continuellement de son cratère. C'est un volcan encore en pleine activité, et qui tous les quarts d'heure lance d'immenses jets de flamme qui s'aperçoivent au loin pendant la nuit.

Enfin nous pénétrons dans ce magnifique détroit de Messine qui ne le cède en splendeur qu'au Bosphore, et hientôt nous mouillons dans le port où nous devons faire du charbon. Je ne connais pas de paysage plus beau que celui de cette gracieuse ville couchée au milieu d'une verte campagne dont la végétation presque tropicale produit un effet magique. La plaine dans laquelle est hâtie Messine, comme les autres côtes de Sicile, est d'une fertilité étonnante qui contraste péniblement avec l'aspect stérile de l'intérieur. Toute la vie de cette île, dont les grandes villes sont échelonnées sur la côte, s'est retirée de l'intérieur pour se porter du côté de la mer, et pourtant les Siciliens sont peu commerçants; mais ils sont encore moins agriculteurs. La seule industrie qui prospère est celle du marchand de vin; car le marsala, vin blanc sec qui se récolte aux environs de Messine, est très recherché, et à juste titre. La sobriété des Siciliens est remarquable. Tous les individus de la classe inférieure se contentent à leurs repas de quelques feuilles de salade. Leur santé ne paraît pas s'altérer sous l'influence d'une alimentation si peu nourrissante; tout au contraire, les visages présentent tous les traits d'une bonne constitution et d'une vigoureuse santé. Dans ces contrées du midi, où le soleil fait si bien sentir son action vivifiante, vous ne voyez pas de ces pauvres enfants scrofuleux, vieux avant l'âge, que l'on rencontre dans nos grandes

Nous annoncions dernièrement que plusieurs cas s'étaient montrés depuis quelque temps dans la Maison de santé du faubourg St-Denis. Ils s'y sont multipliés depuis. La plupart des fièvres typhoïdes, qui y sont en grand nombre, se compliquent de phénomènes cholériques ou se terminent par une attaque mortelle. On observe aussi un assez grand nombre de cas de choléra dans la maison de Saint-Lazare. Enfin, à notre connaissance, les cas de cholérine et de dérangement des fonctions digestives paraissent se multiplier sensiblement en ville.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistule vésico-utéro-vaginale comprenant toute l'étendue de la cloison. — Autoplastie par glissement. — Réunion presque complète. — Persistance de deux pertuis fistuleux au voisinage des angles de la perte de substance.

Il est en pathologie médicale un principe qu'il est important de ne pas perdre de vue, c'est que la douleur, quels qu'en soient d'ailleurs la nature, le siége et l'intensité, ne se trouve pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie, de même qu'en chirurgie le symptôme observé ne correspond pas forcément à l'étendue plus ou moins considérable de la lésion. Plusieurs fois déjà j'ai eu l'occasion de faire remarquer que dans les fistules vésico-vaginales en particulier on est à même de rencontrer l'application de ce principe fondamental, et que très souvent une fistulette presque imperceptible suffit pour permettre à la totalité du liquide urinaire de s'écouler par le vagin, ce qui se comprend d'ailleurs d'autant plus facilement que l'urine n'arrive dans l'intérieur de la vessie que goutte à goutte. Il résulte de là que lorsqu'après une opération autoplastique la guérison n'est pas complète, si l'on veut se rendre un compte exact de la valeur de la méthode chirurgicale, et surtout du bénéfice particulier qui a pu être la conséquence de l'opération, il est indispensable de procéder à un examen minutieux des parties, sans quoi l'on s'exposerait à faire des appréciations injustes et à tirer des inductions complétement erronées. Sans doute, au point de vue individuel de la malade, tout cela a peu d'importance pour elle. En effet, il n'existe qu'une seule chose, c'est l'infirmité qui la désole et le désir bien légitime qu'elle a de s'en débarrasser; mais si, au-dessus et avant la malade il y a l'humanité, au-dessus et avant la maladie il y a la science, qui exige que l'on enregistre avec impartialité tous les faits pathologiques, et qui souvent dans des résultats, même incomplets, découvre l'entière justification d'un procédé opératoire.

Ces réflexions générales ne s'appliquent pas, bien entendu, aux fistules vésico-vaginales en particulier. Le nombre des guérisons radicales et complètes est aujourd'hui assez considérable pour que l'efficacité de l'autoplastie par glissement ne puisse être révoquée en doute par personne; cependant, il faut bien le reconnaître, il en est quelques-unes dont il est très difficile d'obtenir l'oblitération complète; nous en avons cité des exemples il n'y a pas bien longtemps auxquels nous ajouterons l'observation suivante, où l'on remarquera que l'on peut et que l'on doit reporter ce qu'il y a d'incomplet dans la guérison à l'indocilité de la malade et à son peu de courage.

La nommée Léocadie Delporte, âgée de trente-huit ans, cuisinière, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 février. Cette femme, d'une constitution robuste, n'a jamais fait de maladie grave. Réglée à l'âge de seize ans, sans avoir éprouvé de dérangement dans sa santé, la menstruation s'établit de suite avec une parfaite régularité. A vingt-neuf ans, elle eut un premier enfant; la grossesse ne présenta rien de particulier; cependant, arrivée presque à terme, la malade fit une chute qui détermina un accouchement un peu prématuré. Le travail dura trente-six heures; l'enfant, très volumineux, arriva mort. Les suites de couches se passèrent bien, et dès le huitième jour l'accouchée put se lever. Au bout de six semaines ou deux mois les règles reparurent.

Cinq ans après, Léocadie devint de nouveau enceinte. Cette seconde grossesse fut plus pénible que la première. L'accouchement eut lieu trois semaines après le terme prévu; il fut extrêmement laborieux, dura environ trente heures, et ne put être terminé qu'au moyen du céphalotribe. L'enfant extrait ainsi pesait 9 livres (4 kil. 1/2).

Les suites de couches ne présentèrent rien d'extraordinaire, si ce n'est que le membre inférieur droit fut paralysé par suite de la compression qui avait été exercée sur le plexus sacré au moment de l'accouchement. Les jours qui suivirent, la malade urina seule, comme à l'ordinaire. Ce ne fut que quinze jours après, qu'ayant voulu se lever, elle sentit tout à coup le liquide urinaire s'écouler involontairement par le vagin. Cet écoulement fut accompagné de l'expulsion d'un lambeau membraneux qui avait à peu près la longueur du doigt. A partir de ce moment, les urines ont continué de sortir par le vagin. A la suite de cet accident, elle resta alitée pendant un mois, surtout à cause de la paralysie que je viens de mentionner, et dont elle conserva des traces pendant très longtemps. Lorsqu'elle fut complétement rétablie, on essaya d'obtenir l'oblitération de la fistule en maintenant dans la vessie une sonde à demeure pendant plusieurs jours. Cette tentative, renouvelée à deux reprises différentes, ne produisit aucune amélioration; ce fut alors que notre malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu; elle est dans l'état suivant:

1° Erythème des grandes et des petites lèvres, ainsi que du pourtour de l'anus; éruption pustuleuse autour de la fourchette et de l'anus.

2° Hémorrhoïdes douloureuses.

3° L'écartement des grandes et des petites lèvres fait voir une tumeur rouge, réductible, couverte de petites ulcérations offrant un aspect granuleux, augmentant par l'abaissement du diaphragme et quand la malade fait des efforts.

4° Cette tumeur, formée par une hernie de la totalité de la vessie, peut être réduite directement au moyen d'un instrument mousse ou en introduisant une sonde dans la vessie par l'urètre.

5° Le canal de l'urètre est conservé et est libre dans toute son étendue.

6° La cloison vésico-vaginale est complétement détruite, et l'étendue de la perte de substance est telle que l'on peut facilement faire pénétrer trois doigts de la main jusque dans la vessie.

7° Vers les angles de cette solution de continuité, on aperçoit les uretères.

Le 30 avril, M. Jobert pratique l'opération de la manière suivante:

Après avoir maintenu réduite la tumeur herniée à l'aide d'une sonde introduite par le canal de l'urètre et confiée à un aide, après avoir fait écarter suffisamment les parois latérales et la paroi recto-vaginale au moyen de leviers et d'un spéculum univalve, il ravive tout le pourtour de la fistule de manière à obtenir une surface saignante d'une étendue circonférentielle de 1 centimètre environ. Cela fait, les lèvres de la solution de continuité sont réunies au moyen de trois points de suture entrecoupée. Enfin, pour mettre les parties dans un relâchement complet, deux longues incisions sont pratiquées sur les côtés de la suture. L'opération étant terminée, un tampon d'agaric est introduit dans le vagin, et une sonde est mise à demeure dans la vessie.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, aucun accident ne survint; l'urine s'écoula en totalité par l'algalie.

Le 6 mai, la malade se plaint de ce que la sonde ne marche pas; de plus, elle se sent mouillée sous elle.

Le 7, M. Jobert examine l'état des parties et constate que l'un des fils a déchiré les tissus; mais la réunion est complète dans tout le reste de l'étendue de la fistule. Deux points de suture sont retirés.

Les 9, 10 et 11, la sonde marche assez bien.

Le 12, M. Jobert examine de nouveau la malade et constate que la cloison est complétement refaite; le dernier point de suture est enlevé. Le soir, la sonde n'a donné issue qu'à une petite quantité d'urine, la presque totalité s'est écoulée par le vagin.

Le 16, la sonde ne fonctionne que par moments.

Le 1er juin, la cicatrisation s'est maintenue et consolidée; toute l'étendue occupée par la fistule est remplacée par une cicatrice régulière; il ne reste plus que deux petits pertuis au voisinage des angles, ils sont touchés légèrement avec le nitrate d'argent. La vessie ne fait plus hernie.

Le 27 au soir, la malade se plaint de douleurs vives dans les parties génitales externes.

Le 28, M. Jobert constate sur la face interne de la grande lèvre gauche une plaque diphthéritique de la largeur d'une pièce de 50 centimes, laquelle est immédiatement touchée avec la pierre infernale; cette cautérisation occasionne des douleurs tellement vives que l'on est obligé pour les calmer d'avoir recours à une application de compresses trempées dans l'eau froide.

Le 2 juillet, la plaque diphthéritique a disparu.

Depuis cette époque, il n'est plus survenu aucun accident.

La malade est examinée un très grand nombre de fois, et chaque fois les deux pertuis fistuleux sont touchés avec la pierre infernale; ils se rétrécissent sous l'influence de ces cautérisations légères. Néanmoins la malade ne conserve pas ses urines.

Le 8 novembre, une des petites fistulettes est ravivée et un point de suture est appliqué. L'indocilité de la malade compromet la réussite de cette petite opération, et dans le mois de décembre elle sort, sur sa demande, de l'hôpital.

Bien qu'il soit regrettable que notre malade n'ait pas eu assez de résignation pour se soumettre à une nouvelle opération qui aurait infailliblement terminé sa guérison, ce fait n'en est pas moins une preuve nouvelle de l'efficacité de la méthode autoplastique de M. Jobert. Mais, comme je l'ai dit en commençant, pour bien apprécier le changement survenu dans les parties par le fait de l'opération, il est indispensable de les examiner au spéculum et de ne pas s'en rapporter exclusivement à la symptomatologie. Bien que la malade, en effet, continue de perdre involontairement la totalité de ses urines, l'énorme perte de substance dont elle était affectée ne s'en trouve pas moins réduite à deux petits fistulettes presque imperceptibles. L'amélioration qui résulte de l'opération est donc immense, considérée au seul point de vue de l'étendue de la perte de substance; elle l'est plus encore lorsque l'on réfléchit au volume énorme de la tumeur formée par la hernie de la vessie, aux douleurs dont elle était le siége, aux ulcérations dont sa surface était recouverte, enfin aux accidents qui auraient pu en être la conséquence. Tout cela a naturellement disparu, et malgré la persistance des deux pertuis fistuleux, on peut considérer la vessie comme réparée en totalité, et désormais la malade se trouve placée dans des conditions meilleures qui permettront d'obtenir la guérison complète le jour où elle deviendra assez raisonnable pour s'y soumettre.

A. ROZÉ.

ÉTUDES SUR LES DÉVIATIONS DE LA MATRICE (1);

Par M. le docteur SAUSSIER, médecin à Troyes.

A. DÉPLACEMENTS. — J'en ai énuméré cinq espèces: 1° l'antéposition; 2° la rétroposition; 3° la latéroposition; 4° l'élévation; 5° l'abaissement ou prolapsus. Il est rare, ai-je dit, que ces déplacements n'accompagnent pas les inflexions; mais il en est aussi qui se montrent seuls. Par exemple, j'ai quelquefois trouvé l'utérus non antéfléchi placé tout droit derrière la symphyse pubienne, et j'ai vu aussi, sans rétroflexion, le même organe porté tout à fait en arrière, jusque dans la concavité du sacrum; ses deux axes conservaient parfaitement leurs rapports normaux. J'ai constaté ces faits par un examen minutieux et plusieurs fois répété. Chez une des malades qui m'ont offert ces transpositions, la rétroposition n'est que la transformation d'une antéversion. Chez une autre, il a existé d'abord une antéflexion accompagnée d'antéposition, et plus tard, à la suite d'un séjour prolongé au lit, de violentes quintes de toux (la malade était phthisique) et d'un engorgement dans le ligament large du côté gauche, la matrice est allée tomber graduellement, et toujours antéfléchie, dans la concavité du sacrum.

En thèse générale, il n'est pas très rare de voir survenir de ces changements dans les antépositions, les latéropositions et les élévations de la matrice. On voit même le prolapsus se corriger, et l'organe se relever un peu lorsque l'engorgement a disparu. Il n'en est pas de même des inflexions; elles ne se transforment jamais.

Par ordre de fréquence relative, les déplacements se présentent dans celui sous lequel je les ai énumérés. Disons toutefois que l'abaissement porté à un faible degré est peut-être le plus commun de tous, parce qu'il accompagne presque toujours les engorgements de la matrice. Le prolapsus proprement dit se rencontre surtout avec la rétroflexion.

B. INFLEXIONS. — L'importance de ces dérangements est bien plus considérable que celle des déplacements simples. Ils sont de nature à commander vivement l'intérêt du médecin; ils exercent une grande influence sur la santé de la femme, principalement lorsqu'ils sont compliqués d'inflammation et d'engorgement de la matrice, ce qui est le cas le plus commun. Rien d'étonnant comme

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 juin.

---

villes du nord; aussi les enfants devenus adultes fournissent-ils de beaux hommes. On n'a pas à craindre pour les femmes ces accouchements si pénibles et souvent si dangereux, résultat de viciations du bassin, que l'on rencontre chez nous.

Comme conséquence naturelle, on voit peu de médecins accoucheurs en Sicile, et aussi très peu de chirurgiens, les accidents y étant très rares par suite du repos continuel qui devient forcé dans ces pays chauds. Comme toutes les villes italiennes, Messine possède un grand nombre d'églises; celles que nous avons visitées nous ont paru admirablement belles. Sa campagne est parsemée de petits bois d'orangers. La ville ressemble à une belle rose épanouie au milieu d'un bouquet de verdure.

Le point de ralliement pour les troupes que nous avions à bord était Malte, où devait se trouver toute la quatrième division de l'armée d'Orient. Nous trouvâmes en effet dans le port de Lavalette treize vapeurs français qui étaient à l'ancre, attendant que tous les navires de l'escadre fussent réunis pour partir ensemble.

Je mis à profit le temps que nous restâmes au mouillage pour visiter un peu Lavalette et l'intérieur de l'île. La cité Lavalette, comme toutes les villes anglaises, est très propre; elle a de plus l'avantage d'être très salubre. Il n'y a de vraiment remarquable que l'ancien palais des chevaliers de Malte, qui sert aujourd'hui de résidence au gouverneur de l'île, et la belle église Saint-Jean consacrée au patron de l'ordre. Elle est toute remplie de dorures, de belles statues de marbre et de mosaïques. Suivant moi, ce qu'il y a de plus intéressant dans l'île, c'est l'ancienne capitale Cita-Vecchia, qui fut d'abord le siége de l'ordre des chevaliers avant qu'ils eussent construit Lavalette. Cette petite ville, située dans l'intérieur, paraît placée comme une riante oasis au milieu d'une campagne nue et aride. C'est à Cita-Vecchia que les chevaliers de Malte ont laissé le plus de traces; il y a près de l'église d'immenses catacombes très curieuses où sont enterrés presque tous les chevaliers.

La population de l'île est presque entièrement catholique; aussi les Anglais, pour ne pas blesser la religion du pays, ont-ils eu soin de lui donner un gouverneur catholique.

Nous fûmes obligés de laisser à l'hôpital anglais de Lavalette plusieurs hommes qui, ayant contracté la syphilis à Toulon, avaient eu ensuite des bubons amenés par la fatigue du voyage. Pendant la première partie de la traversée, qui pourtant n'avait pas été longue, nous avions déjà été obligés de faire usage d'une grande quantité de liqueurs de Van Swieten et de Chopart pour toutes les véroles et les chaudepisses qu'avaient ces pauvres militaires.

A Malte, notre destination première, qui était Gallipoli, fut changée et nous dûmes aller en Grèce.

Le spectacle que l'on a de la mer lorsqu'on s'approche de la terre de Grèce est vraiment magnifique. On voit au loin, au premier plan, le Pirée, derrière lequel se dessine sur un fond bleuâtre l'Acropole surmontée du Parthénon, tout cela encadré par la chaîne du mont Hymette, dont les sommets, au lieu d'être taillés à pic comme les montagnes de la Calabre et de la Sicile, ont une forme arrondie et douce qui rappelle l'harmonieuse douceur de ce beau dialecte attique dans lequel sont écrits tant de chefs-d'œuvre.

Le Pirée, qui est le plus grand des trois ports d'Athènes et le seul aujourd'hui où s'abritent les navires, est assez vaste et peut contenir une escadre nombreuse. On voit encore à l'entrée les débris des piliers de Thémistocle qui servaient à soutenir la chaîne de fer qui fermait le port. La ville a la forme d'un croissant, et un grand nombre de maisons nouvellement bâties lui donnent un aspect assez riant. Comme curiosités, il n'y a pas grand'chose, si ce n'est un magnifique buste de Thémistocle placé sur une colonne de marbre blanc, du pied de laquelle jaillit une fontaine, et une petite église grecque d'assez pauvre apparence, mais qui renferme des peintures sur bois d'un très grand prix.

C'est au Pirée qu'est l'Ecole polytechnique fondée par le roi Othon. J'y ai vu deux pharmacies assez bien tenues, mais remplies surtout de remèdes secrets.

Les sangsues que l'on trouve au Pirée sont petites et mauvaises; elles meurent très vite; aussi les navires n'en prennent-ils que dans le cas d'extrême besoin, ce qui nous est arrivé; il faut en avoir 200 si on veut en trouver 50 qui mordent.

CORNET.

(La fin à un prochain numéro.)

la facilité avec laquelle la matrice s'infléchit sur elle-même. Tantôt c'est le corps qui se courbe sur le col, tantôt c'est le col qui se courbe sur le corps, tantôt enfin, et c'est l'altération la plus ordinaire, le col et le corps marchent par leurs extrémités opposées à la rencontre l'un de l'autre. D'autres fois, sans que le centre de position soit changé ni les axes infléchis l'un sur l'autre, la matrice exécute une culbute plus ou moins complète dans sa totalité, en avant, en arrière, sur les côtés. Ce sont les anté, rétro, latéro-versions, qui, comme nous l'avons vu, sont rarement isolées, et accompagnent presque toujours les inflexions.

J'admets, sous le nom d'*horizontoversion*, une disposition particulière de l'utérus que j'ai rencontrée quelquefois. L'organe est placé horizontalement d'avant en arrière, la direction des axes se confond, le col est droit sur le corps, en un mot l'utérus forme un tout rectiligne dirigé d'avant en arrière, avec ou sans obliquité.

Le degré de l'inflexion varie beaucoup. Après avoir passé de l'angle obtus à l'angle droit, les axes de la matrice peuvent se rapprocher sous un angle tellement aigu, que la face postérieure du corps devient antérieure, et l'antérieure postérieure.

S'il est vrai de dire que dans les inflexions la direction du col regarde en général en bas et en avant, j'ai observé pourtant dans quelques cas le col formant crochet sur le corps, retourné en haut et en avant dans l'antéflexion, en arrière et en haut dans la rétroflexion.

La disposition la plus importante est celle dans laquelle le col appuie par ses lèvres d'une manière perpendiculaire ou à peu près sur le plancher périnéal, la symphyse pubienne, le rectum ou les parties latérales du vagin, car on peut le trouver dans toutes ces positions. Être porté en arrière et appuyer sur le périnée, voilà la position la plus fréquente du col; c'est l'antéflexion qui la produit. La rétroflexion avec prédominance de rétroversion le porte quelquefois contre la symphyse du pubis. Si c'est la flexion qui prédomine, le col appuie contre le périnée, comme dans l'antéflexion. On verra plus loin que c'est à cette particularité, pression et frottement perpendiculaire du col contre une des parties du vagin, que j'attribue la production des ulcérations dont il est souvent le siége.

État anatomique des engorgements de la matrice et de ses annexes, et des ulcérations du col.

a. *Engorgements du corps et du col.* — Lorsque l'utérus a subi une déviation, le chirurgien constate souvent en même temps l'existence d'une augmentation de volume, soit dans le corps de l'organe, soit dans son col, soit dans ces deux parties à la fois.

Cette question de l'existence des engorgements utérins n'est pas résolue affirmativement par tous les praticiens. Pour moi elle n'est pas douteuse.

J'ai dit qu'à l'état normal le volume du corps égalait celui d'un petit œuf de poule, et que le col avait 2 centimètres d'épaisseur. Rien de plus commun que de trouver le corps aussi volumineux qu'un gros œuf de poule; il est même quelquefois aussi gros qu'un œuf de dinde. Si la maladie s'amende et marche vers la guérison, le retour aux dimensions normales s'opère à peu près complétement dans la majorité des cas; il est complet chez un petit nombre de malades. J'en conclus que l'utérus est susceptible de se gonfler, de s'engorger.

L'hypertrophie est presque toujours générale; mais on trouve parfois une des faces de la matrice plus développée que l'autre. Je pense cependant que ce fait est moins commun qu'on ne le dit, et que, n'ayant senti que la face inférieure (soit dans l'antéflexion, soit dans la rétroflexion), on s'est trop vite prononcé, et on a fait une induction fausse relativement à la face qui regardait en haut.

La nature de l'engorgement est purement congestive et inflammatoire. La structure de l'utérus n'est point altérée.

En même temps que le col de la matrice se dévie, il présente souvent (67 fois sur 102) des *ulcérations* qui occupent ses deux lèvres, ou l'une d'elles seulement, dans une portion ou dans la totalité de leur surface. D'autres fois les lèvres sont seulement rouges, boursouflées ou *granulées*. Les plaies peuvent pénétrer jusque dans l'orifice du col. Elles constituent ce qu'on a appelé la métrite ulcéreuse ou granulée. Elles n'acquièrent jamais une grande profondeur, et nous verrons plus loin que leur importance est faible.

Enfin la plupart du temps, lorsque la matrice est engorgée, lorsque le col est ulcéré, on trouve dans le vagin, sur le col et dans son orifice une quantité variable de mucosités plus ou moins claires, opaques, purulentes, dont l'abondance est en rapport avec le degré d'inflammation et l'étendue des ulcérations.

b. *Engorgements des annexes de l'utérus.* — Dans un certain nombre de cas de déviations utérines, si l'on palpe attentivement les côtés de l'hypogastre à travers la paroi abdominale et par le toucher vaginal, on trouve vers les ligaments larges un endolorissement, une rénitence, des duretés, des bosselures, des tumeurs qui, siégeant tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul, occupent la région de ces ligaments. J'ai vu des femmes chez lesquelles l'engorgement formait une tumeur plus volumineuse que le poing. Chez d'autres, il existe de petites nodosités transversalement disposées en forme de chapelet.

Ces lésions appartiennent aux ligaments larges, aux ovaires, aux trompes, ainsi qu'au tissu cellulaire environnant. Nous avons pu, dans un petit nombre de cas, constater sur le cadavre que l'ovaire était hypertrophié, transformé en kystes purulents à parois indurées fort épaisses, et que les ligaments et les trompes avaient subi une augmentation de volume et de densité remarquable. Ces kystes peuvent communiquer l'inflammation au péritoine, soit par continuité, soit par perforation. Cette dernière lésion avait produit la mort des malades qui nous ont fourni ces détails.

L'engorgement et l'inflammation qui surviennent dans la matrice et ses annexes ont pour effet d'engendrer une *diminution* plus ou moins grande *dans sa mobilité*. Dans quelques cas de rétroflexion, j'ai trouvé l'utérus à peu près immobile.

Étiologie.

Causes des déviations utérines. — Si nous nous reportons aux détails statistiques que nous a fournis le dépouillement de nos 102 observations, nous trouvons entre autres choses les trois faits suivants :

Premier fait. — C'est de 20 à 40 ans que les déviations se sont manifestées dans 89 cas. Je n'en cite qu'un exemple à 19 ans, 11 de 40 à 50 et 1 à 56 ans.

Deuxième fait. — Le coït s'était opéré chez toutes nos malades.

Troisième fait. — 81 de ces malades ont eu des enfants à terme ou avant terme.

Il ne sera pas difficile, surtout après les considérations que j'ai émises sur la position normale de l'utérus, de conclure de ses données que c'est le coït et la grossesse qui occasionnent les déviations de la matrice. Je ne prétends point qu'elles n'existent pas avant 19 ans; je sais que le coït s'exerce bien souvent avant cet âge. Mais, d'une part, le dérangement ne se produit pas immédiatement, et, d'autre part, la grossesse n'a lieu le plus fréquemment que dans la première ou la deuxième année qui suit la défloration. En fait, c'est de 20 à 30 ans, laps de temps pendant lequel les fonctions de reproduction sont surtout en activité, que les déviations s'observent.

Notons encore que les déviations, les engorgements, les ulcérations ne se voient presque jamais chez les religieuses.

Les tumeurs de toute nature, des lésions diverses peuvent aussi déranger la matrice, mais l'étude de ces causes n'entre point dans le cadre de ce travail.

Les variétés de déviations que j'ai admises ne reconnaissent pas toutes les mêmes circonstances étiologiques. L'âge en lui-même ne dispose point à telle ou telle variété, mais le coït et la grossesse possèdent un mode d'action qui diffère.

Le coït seul peut engendrer toutes les déviations en l'absence de la grossesse; toutefois, il ne les produit pas toujours. La grossesse n'amène jamais que les inflexions postérieures; l'obliquité même, lorsqu'on la rencontre très prononcée dans la gestation, existait avant la fécondation.

Sur nos 62 antéflexions, la grossesse a manqué 18 fois et seulement 3 fois dans les 29 rétroflexions. D'un autre côté, dans 3 cas de rétroflexion le rapprochement sexuel avait eu lieu, mais sans fécondation. Nous en concluons que ce genre d'inflexion est rare en dehors de cette circonstance. Comment le coït occasionne-t-il l'antéflexion et la grossesse la rétroflexion ? Voici l'explication qui me paraît la plus plausible.

Dans les premiers temps de la copulation, le pénis de l'homme s'introduit pendant l'action entre le col utérin et la paroi antérieure du vagin. Si le membre viril offre une certaine longueur, il pousse fortement le col en arrière et force le corps à basculer en avant. Plus l'acte se répète fréquemment, plus tôt la position accidentelle devient fixe, et l'antéflexion s'effectue. On peut par un toucher attentif, au moyen de l'indicateur, s'assurer de l'exactitude de cette observation, et, en tenant compte du redressement prononcé du pénis en érection, le fait devient encore bien plus évident.

J'explique les obliquités par une action de la verge qui s'exerce sur les côtés du col au lieu de le pousser directement en arrière.

La rétroflexion s'opère ou commence presque toujours dans les deux premiers mois qui suivent l'accouchement. C'est le poids du corps utérin qui l'entraîne en arrière. Les engorgements simples produisent encore le même effet, du moins n'aperçois-je que cette cause pour rendre compte des 3 cas de rétroflexion qui ont eu lieu sans fécondation. J'attribue également une influence marquée aux engorgements pour faire naître et surtout pour augmenter les autres inflexions.

Causes des engorgements. — Je n'en ai point observé chez des filles vierges; ils n'arrivent qu'après la défloration, et la plupart du temps sans que la fécondation ait eu lieu. C'est donc encore le coït qu'on doit regarder comme cause ordinaire de ces lésions. La cause efficiente, c'est le choc violent et répété du pénis contre la matrice. Plus le pénis est développé, plus la femme est menacée. Les fausses couches, toute cause qui entrave les suites de couches à terme, la marche, les fatigues, les chutes, les violences extérieures déterminent aussi, mais moins souvent que le coït seul, l'engorgement de l'utérus.

Les engorgements des annexes sont subordonnés aux mêmes agents que ceux de la matrice. Je les ai observés 40 fois sur 62 cas d'antéflexion et 15 fois sur 29 cas de rétroflexion.

(La suite au prochain numéro.)

DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE DU SYSTÈME SEXUEL

chez une petite fille.

Par M. Ch. WILSON, M.-D.

Mary-Ann G... naquit au mois de mars 1845. A sa naissance, elle avait les seins du volume d'un œuf de poule : ils grossirent rapidement, et à cinq mois ils avaient atteint le volume d'une jeune fille pubère.

A cette époque, la mère s'aperçut que les langes de l'enfant étaient tachés de sang, et elle put se convaincre que ce sang sortait des parties génitales. Cette perte durait deux jours. Les cinq mois suivants, la perte reparut et dura trois jours. Puis ce fut tous les trois mois, jusqu'à ce qu'ayant atteint l'âge de quatre ans elle ne les vit pas à l'époque accoutumée.

L'enfant devint souffreteuse et se vit en butte aux malaises des femmes privées de leurs règles. Elle prit divers remèdes; les règles reparurent le septième mois après la première apparition, et avec elles la santé primitive. Dès ce moment elle fut réglée tous les sept mois, et les pertes duraient cinq jours depuis plusieurs années, quand une nouvelle suppression me fit consulter. L'enfant, âgée de six ans, était si timide que sa mère me dit qu'elle ne pourrait la décider à se présenter devant moi; j'insistai sur la nécessité de voir et d'examiner cette enfant.

Son père me conduisit alors dans la chambre où dormait l'enfant, et la découvrit devant moi. C'était une enfant d'une taille un peu au-dessous de celle de son âge, mais grasse et grosse au delà de l'état normal. Ses seins étaient ceux d'une jeune fille adulte bien développée. Il me dit que d'abord fière de ses attraits, et en prenant un air fanfaron avec ses compagnes, elle était devenue ensuite sérieuse, et ne pouvait souffrir qu'on en parlât ou qu'on y fît la moindre allusion. Le pudendum était clairsemé de poils noirs, et elle avait entièrement l'apparence d'une fille après l'âge de puberté.

Son père n'a jamais remarqué qu'elle eût encore de prédilection pour l'autre sexe.

Après avoir recueilli ces intéressants détails, je fis mon ordonnance pour cette pauvre petite créature, et ne la revis plus, car ses parents quittèrent bientôt notre comté. (*The med. examiner.*)

SIROP DE FRAISES; HUILE ESSENTIELLE; HYDROLAT.

Par M. Stanislas MARTIN.

On met dans un vase, qui ne doit être ni en bois ni en métal, des couches superposées de fraises et de sucre pulvérisé. On dépose ce mélange à la cave; le lendemain on le jette sur un tamis en crin, au travers duquel le jus s'écoule. Ce jus est mis en bouteille et chauffé d'après le procédé Appert. Le sirop de fraises ainsi préparé est clair, d'une belle couleur, d'une odeur agréable; sa saveur rappelle celle de la fraise. Ce sirop peut être conservé d'une année à l'autre sans s'altérer.

On obtient l'huile essentielle de la fraise par le moyen suivant : on écrase le fruit, on l'exprime fortement pour en séparer le jus; on met ce jus dans un flacon avec de l'éther sulfurique rectifié. Après deux jours de contact, on décante; on mêle l'éther obtenu à du sucre pulvérisé. On répète cette addition un assez grand nombre de fois. Le sucre, ainsi parfumé, a une odeur suave. Il faut éviter de laisser dans le jus de la graine du fruit, car alors on obtiendrait un éther d'une odeur détestable, due à de l'huile fixe.

La fraise donne à la distillation un hydrolat qui ne devient agréable que lorsqu'il a vieilli cinq à six mois; il faut pour l'obtenir mettre dans l'eau de l'alambic quelques poignées de muriate de soude. L'hydrolat de fraises peut être employé comme parfum pour aromatiser des pastilles et des sirops. (*Bull. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 juin 1854. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

La Société procède aux élections pour le renouvellement du bureau et des commissions nommées pour l'année. (V. la *Gaz. des Hôp.* du 24 juin.)

Comité de publication : MM. Chassaignac, Cullerier et Gosselin.

Commission des congés : MM. Morel-Lavallée, Larrey et Giraldès.

La séance annuelle aura lieu le mercredi 5 juillet.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les journaux de la semaine.

Tumeur volumineuse de la cuisse. — M. DEMARQUAY présente à la Société, en son nom et en celui de M. Monod, une tumeur volumineuse développée sur la cuisse gauche d'un jeune homme de vingt ans. Cette tumeur a huit ans de date; elle s'est développée lentement sans faire souffrir le malade; elle avait son siége à 8 centimètres du sommet de la rotule, très mobile et recouverte de grosses veines. Les parois étaient dures, résistantes; une ponction exploratrice avait fait sortir un liquide roussâtre. Cette tumeur, avant d'être enlevée, avait 50 centimètres de circonférence, 29 centimètres de hauteur et 30 de largeur. Elle a été enlevée le 4 juin.

La dissection en a été facile dans toute son étendue, excepté à la base, qui adhérait fortement au muscle couturier.

L'aspect de cette tumeur est celui d'une tumeur fibreuse; le centre en est occupé par un liquide roussâtre.

Les parois de ce kyste sont très volumineuses, surtout dans la partie supérieure.

Le malade est guéri et va quitter la maison de santé.

Affection calculeuse de la vessie, compliquée de rhumatisme articulaire et d'endocardite suraiguë. Calculs disposés en rosace. — M. LARREY présente à la Société cinq calculs vésicaux dont l'arrangement singulier est figuré par le dessin très exact placé à la fin de l'article, et il résume de la manière suivante les principales circonstances de cette observation :

Un officier supérieur retraité, M. P..., âgé de soixante-dix ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament nervoso-sanguin, apoplectique, petit de taille et un peu chargé d'embonpoint, entre au

Val-de-Grâce dans les premiers jours de mai 1854, pour une maladie complexe des voies urinaires datant déjà d'une époque très éloignée.

Dès 1822 il a eu la gravelle, mais nulle autre affection notable, et pendant plusieurs années il a souvent rendu des graviers d'acide urique, dont quelques-uns assez developpés.

En 1842, il éprouve les symptômes de la pierre et consulte M. Le Roy-d'Etiolles, qui constate la présence de trois calculs et en opère le broiement. Dès lors la gravelle disparaît pendant huit années.

Mais en 1848, pour la première fois, des douleurs rhumatismales se font sentir vers la nuque, aux épaules, dans les reins et dans les articulations des membres inférieurs.

En 1852, la gravelle se reproduit sans faire cesser l'affection rhumatismale, qui se fixe plus particulièrement dans la hanche, la cuisse, le genou et le pied droits. L'usage de l'eau de Vichy transforme les graviers, qui, d'abord ronds et rouges, deviennent triangulaires et blanchâtres. Le cathétérisme, pratiqué à deux reprises vers la fin de la même année, fait reconnaître un rétrécissement de l'urètre et un engorgement considérable de la prostate, mais non la reproduction de calculs dans la vessie, et provoque une réaction inflammatoire des plus intenses, dont la guérison n'est obtenue qu'après trois mois de soins consécutifs.

C'est alors, dans le courant de 1853, que l'affection rhumatismale se fait sentir à l'avant-bras et à la main du côté droit, en alternant avec les douleurs symptomatiques de la maladie des voies urinaires.

Entré le 5 mai 1854 au Val-de-Grâce, M. P..., une fois accoutumé au régime de l'hôpital, est soumis à une exploration complète, non-seulement par moi, mais encore par M. Le Roy-d'Etiolles, que j'avais prié de revoir son ancien malade. Nous trouvons un rétrécissement valvulaire de l'urètre au niveau de la portion membraneuse, une constriction spasmodique du col vésical, une hypertrophie notable de la prostate et la présence de plusieurs calculs agglomérés dans le bas-fond de la vessie.

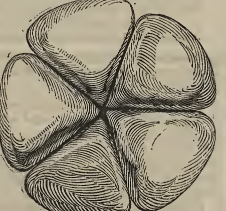
De légers accidents d'hématurie et de cystite nous obligent d'abord à différer toute opération sérieuse, et nous procédons ensuite à la dilatation progressive du rétrécissement, ainsi qu'au débridement du méat trop étroit.

L'état du malade devenait satisfaisant du côté des voies urinaires, lorsque dans les premiers jours de juin, et sous l'influence d'un refroidissement, l'affection rhumatismale reparaît et se fixe successivement dans les doigts de la main droite, dans le gros orteil du pied droit, dans les genoux, dans les cous-de-pieds, dans les poignets et dans les épaules avec assez d'intensité.

Rien n'annonce cependant que cette maladie intercurrente marche vers une terminaison funeste, lorsque, dans la nuit du 13 juin, les douleurs articulaires cessent ou diminuent tout à coup, pour faire place aux symptômes aussi rapides qu'alarmants d'une endo-péricardite suraiguë par métastase. Une consultation immédiate de M. l'inspecteur Alquié et de MM. les professeurs Lustreman et Champouillon ne nous laisse aucun doute à cet égard, et, malgré une médication active, le malade succombe quelques heures après l'invasion de ces redoutables accidents.

L'autopsie faite le surlendemain par notre aide de clinique, M. Cominal, démontre du côté du cœur un état de sécheresse du péricarde avec rougeur assez marquée à sa face interne, sans épanchement dans sa cavité, et une injection vive de l'endocarde avec formation d'un caillot fibrineux adhérent à l'orifice mitral qui se trouve ainsi oblitéré.

Quant aux voies urinaires, à part l'état examiné déjà de l'urètre et de la prostate, le siége de la maladie essentielle, ou la vessie, nous montre les altérations suivantes : Elle a un volume et une capacité moindres que dans l'état ordinaire, mais elle a acquis une épaisseur de parois mesurée à 7 ou 8 millimètres, et elle présente sur toute l'étendue de sa face interne des anfractuosités étroites produites par les reliefs de la membrane musculeuse. La muqueuse baignée par de l'urine et des mucosités purulentes n'offre rien de notable. Dans le bas-fond enfin existe une poche secondaire où se trouvent logés cinq calculs, ayant chacun la forme d'un tétraèdre régulier, de volume, de couleur, de poids semblables; et sans doute aussi de même composition, d'après la coupe de l'un d'eux soumis à l'analyse par M. Jaillard, préparateur de chimie au Val-de-Grâce, à savoir : un noyau central d'acide urique, et des couches stratifiées d'urate de chaux, de phosphate de chaux, de phosphate ammoniaco-magnésien et de carbonate de chaux. Mais la disposition de ces calculs nous paraît surtout curieuse à faire connaître : juxtaposés sur une surface concave comme celle où ils étaient placés dans la vessie, dans la paume de la main, par exemple, ils se mettent en contact les uns avec les autres par leurs facettes triangulaires, sommet au centre, base à la circonférence, et représentent ainsi une rosace composée de cinq parties égales.



Fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation de la tête du fémur, diagnostiquée pendant la vie. Autopsie un mois après l'accident. — M. Maisonneuve lit sur ce sujet la note suivante :

La fracture du rebord de la cavité cotyloïde s'observe assez rarement. Le déplacement de la tête du fémur qui l'accompagne en a d'ailleurs pu imposer dans bien des circonstances, et faire croire à une simple luxation. Aussi ces fractures ont-elles été plutôt mentionnées que décrites, et les symptômes indiqués par quelques auteurs sont-ils considérés dans les ouvrages de chirurgie les plus modernes comme déduits de vues théoriques.

Un cas de ce genre s'est récemment présenté à mon observation, et m'a fourni l'occasion d'en constater les véritables signes.

Il s'agissait d'un carrier surpris dans un éboulement, et amené à l'hôpital Cochin le 3 mai 1854, avec des lésions multiples : une fracture du bras droit compliquée de plaie, une fracture comminutive de la cuisse du même côté, et enfin une lésion complexe de l'articulation coxo-fémorale gauche qui fixa surtout mon attention, et qu'à l'aide d'un examen minutieux et sévère je ne tardai pas à reconnaître pour une fracture du sourcil cotyloïdien avec subluxation de la tête du fémur. La résolution du membre par le chloroforme rendait au reste les signes de cette affection assez nets et caractéristiques pour ne laisser aucun doute dans notre esprit.

Voici en quoi ils consistaieat : 1° une douleur vive existait au niveau de l'articulation; 2° la cuisse était raccourcie de 3 ou 4 centimètres environ; 3° le pied était dans la rotation en dedans, 4° le grand trochanter faisait saillie en avant et en dehors; 5° les mouvements imprimés au memhre donnaient lieu à une crépitation très manifeste; 6° une légère traction en bas produisait un soubresaut brusque et une véritable réduction qui se détruisait promptement dans le mouvement d'adduction du membre, et se maintenait, au contraire, si la cuisse était portée en dehors; 7° enfin, pendant cette réduction, il était facile d'imprimer au memhre les mouvements de flexion, d'abduction, et même de circumduction.

En présence de tels symptômes, il était évident qu'une lésion grave existait dans la hanche. Mais quelle pouvait être cette lésion? Etait-ce une fracture du col, une luxation, ou bien une fracture du sourcil cotyloïdien?

La fracture du col du fémur a pour symptômes une douleur vive dans la région de la hanche, l'impossibilité des mouvements volontaires, la crépitation, un raccourcissement de plusieurs centimètres que l'extension fait disparaître, et qui se reproduit quand on abandonne le membre à lui-même. Or tous ces signes existaient chez notre malade. Mais dans la fracture du col du fémur le pied est tourné en dehors; ici, au contraire, il était tourné en dedans. Dans la fracture, la réduction se fait sans secousses, et le raccourcissement se reproduit dans toutes les positions; ici la réduction produisait un bruit manifeste, et se maintenait quand on portait le membre dans l'abduction.

Ces derniers symptômes détruisaient donc les présomptions que faisaient naître les premiers, et ne me permirent pas d'admettre une fracture du col.

Etait-ce une luxation? Je dus d'abord exclure les luxations sus et sous-pubienne, qui l'une et l'autre s'accompagnent d'une abduction de la cuisse et de la rotation du pied en dehors.

Les symptômes de la luxation iliaque et de la luxation ischiatique se rapprochent davantage de ceux que nous avions sous les yeux. Dans l'une et l'autre de ces lésions, en effet, le membre est raccourci et dévié en dedans, comme chez notre malade. La réduction de même s'opère brusquement et avec hruit. Mais dans la luxation simple, il n'y a pas de crépitation; le membre, une fois ramené à son état normal, ne revient pas spontanément à sa position vicieuse. De sorte que je trouvais encore ici des symptômes contradictoires.

Au contraire, dans l'hypothèse d'une fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation incomplète en haut et en dehors, toute la série des phénomènes que j'avais constatés trouvait une explication facile, et le paradoxe disparaissait.

En effet, le raccourcissement du membre, la déviation du pied en dedans étaient une conséquence forcée du déplacement que la tête du fémur avait dû éprouver en haut et en dehors par suite de la fracture du sourcil cotyloïdien. Il en était de même de la réduction facile et accompagnée d'un ressaut appréciable, de la reproduction du raccourcissement quand la cuisse était écartée en dehors, de la crépitation, enfin de tous les signes que nous avions notés.

L'existence d'une subluxation du fémur accompagnée de fracture du sourcil cotyloïdien ne laissa donc aucun doute dans mon esprit.

Je procédai à la réduction en exerçant de légères tractions sur la cuisse; puis, afin de prévenir un nouveau déplacement, je plaçai le membre dans une position telle que la jambe était demi-fléchie et le genou fortement porté en dehors. Dans cette position, en effet, la tête du fémur, se trouvant dans l'axe de la cavité cotyloïde, n'exerçait plus aucune pression sur le sourcil de cette cavité.

Pendant quinze jours le malade resta dans un état assez satisfaisant; mais au quinzième jour une eschare située près du genou droit fut le point de départ de graves accidents. Dès que le foyer de la fracture et l'intérieur de l'articulation eurent été par cette plaie mis en contact avec l'air, des symptômes de la plus haute gravité se développèrent avec rapidité. L'amputation de la cuisse dut être pratiquée. Quelques jours après, le malade fut pris d'accidents d'infection purulente et succomba le 30 mai 1854.



Autopsie 24 heures après la mort. — Après avoir enlevé avec soin toutes les parties molles qui recouvraient l'articulation coxo-fémorale, je constatai les faits suivants :

La tête du fémur était parfaitement contenue dans la cavité cotyloïde; elle y exécutait tous les mouvements normaux. La capsule fibreuse, examinée par sa partie antérieure, était saine; il en était de même des parties osseuses correspondantes, c'est-à-dire de la partie antérieure de la cavité cotyloïde.

En arrière, au contraire, je trouvai les traces d'une fracture qui comprenait toute la partie postérieure du sourcil cotyloïdien, mais dont les fragments étaient déjà soudés. Ces fragments, ainsi qu'on le voit sur la pièce, sont au nomhre de trois. L'un, très large et si parfaitement réuni au corps de l'os qu'on a peine à le reconnaître, comprend la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien, l'épine ischiatique et se prolonge en écaille vers la tubérosité de l'ischion. Le périoste est resté intact à la pointe inférieure de ce fragment, dont il a empêché le déplacement. Un second fragment heaucoup plus petit comprend la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien. Un cal encore incomplet le maintient soudé à l'iléum, mais il reste un intervalle de 1 centimètre entre lui et le fragment précédent.

La capsule fibreuse offre au niveau de ces deux fragments les traces d'une déchirure longitudinale de 2 centimètres d'étendue. L'articulation se trouvait donc parfaitement reconstituée.

En portant le corps du fémur dans une forte abduction, j'ai rompu le cal qui faisait adhérer les fragments au corps de l'os. Ces fragments, entraînés par la capsule fibreuse, se sont écartés l'un de l'autre, et j'ai pu voir la tête du fémur se déplacer en arrière. Dans cette position la tête de l'os n'avait plus aucun contact avez le cartilage de la cavité cotyloïde; elle reposait par sa partie antérieure sur la surface fracturée de l'os iléum. Le ligament rond n'était qu'incomplétement rompu.

Si, dans cet état de choses, j'exerçais sur le fémur une légère traction en même temps qu'un mouvement d'abduction, la tête de l'os rentrait dans la cavité et les fragments reprenaient leur position normale.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs égards :

1° Elle est un exemple bien net de fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation;

2° Elle démontre la possibilité de reconnaître d'une manière précise cette lésion sur l'homme vivant au moyen des symptômes que l'on n'avait pas encore signalés;

3° Enfin elle fournit à la thérapeutique de cette affection des données utiles.

Tumeur fibreuse de la région cervicale. — Ablation. — M. Maisonneuve présente une tumeur fibreuse volumineuse enlevée dans la région cervicale. Cette tumeur était adhérente aux apophyses cervicales transverses. L'opération a été faite le matin même. M. Maisonneuve donnera cette observation en détail.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le mouvement des hôpitaux militaires de Paris ne s'est pas encore ressenti jusqu'à présent, comme on pouvait le craindre, de l'appel d'un grand nombre de jeunes soldats sous les armes, et les affections épidémiques de la saison s'y trouvent limitées dans les proportions les plus rassurantes, ainsi que M. le maréchal ministre de la guerre a pu s'en convaincre dans une visite qu'il a faite inopinément il y a peu de jours dans les hôpitaux du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou.

Après s'être arrêté auprès des malades, M. le maréchal n'a trouvé que des éloges à donner aux soins dont ils sont entourés. Il en a particulièrement remercié, au Val-de-Grâce, les médecins stagiaires qu'il a trouvés réunis, et, après s'être associé aux regrets que laissent à ces jeunes officiers la perte de deux de leurs camarades qui ont récemment succombé dans leur service, il s'est plu à leur annoncer que l'Empereur, satisfait de l'heureuse unanimité d'efforts des maîtres et des élèves, avait daigné nommer chevalier de la Légion d'honneur M. le professeur Godelier, dont la vie vient d'être menacée par une grave maladie.

M. le maréchal a su relever encore la valeur de cette distinction en allant lui-même la remettre à M. le docteur Godelier, retenu chez lui par sa convalescence. (*Moniteur.*)

— Malgré les brusques changements de température qui donnent au climat de la Roumélie beaucoup d'analogie avec celui de nos possessions africaines, la santé de nos troupes est excellente. On ne compte pas 5 hommes à l'hôpital sur 100 (1). Nos alliés d'outre-Manche souffrent davantage de la différence qui existe entre le climat de ce pays et le leur; ils ont 20 malades sur 100. Cela s'explique par cette raison qu'une grande partie de nos soldats sont habitués aux variations de l'atmosphère par un long séjour en Algérie, tandis qu'il n'en est pas de même chez les Anglais, habitués au ciel brumeux de la Grande-Bretagne. Du reste, les maladies sont sans gravité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament; commencé par MM. les professeurs A. Bérard et C. Denonvilliers, continué, à compter de la 8e livraison, par MM. C. Denonvilliers, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., et L. Gosselin, ex-chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, etc. La 12e livraison, contenant les *Maladies des yeux*, vient de paraître. — Prix : 3 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr. *franco* par la poste. Chez Labé, place de l'Ecole-de-médecine, 23.

(1) Ceci se rapporte aux troupes de Gallipoli. Les renseignements parvenus sur l'effectif général de l'armée d'Orient portent, à la date du 1er juin, le nombre des malades à 1/42 seulement de cet effectif, c'est-à-dire moins de 2 1/2 pour 100.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 80. — JEUDI 6 JUILLET 1854. (27e ANNÉE.) N° 80. — JEUDI 6 JUILLET 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 5 JUILLET 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

A mesure que la discussion sur les déviations utérines avance, elle s'agrandit et semble étendre de plus en plus le champ déjà assez large qui lui avait été tracé par le rapport. C'est là un résultat en quelque sorte forcé des difficultés et des obscurités inhérentes au sujet lui-même. Quelques efforts qu'aient faits plusieurs orateurs pour circonscrire la question et la ramener à son point de départ, c'est, en définitive, la pathologie utérine presque tout entière qui continue à être en cause. Et comment pourrait-il en être autrement, quand ce qui s'appelle déviation pour les uns s'appelle inflammation, engorgement, catarrhe ou névralgie pour d'autres, suivant le point de vue étiologique où chacun se place? Hier, c'était M. Paul Dubois, qui, d'accord sur ce point avec M. le rapporteur, niait l'influence attribuée aux déviations, et, développant une idée déjà jetée au milieu de la discussion, lui donnait toute l'importance d'un élément nouveau dans la question. Aujourd'hui c'est M. Velpeau qui vient restituer à la déviation le rôle qu'on lui conteste; c'est M. Gibert qui, prédisant aux déviations le même sort qu'ont eu successivement la métrite, les engorgements, les ulcérations, cherche à son tour à élever sur ces ruines une doctrine nouvelle qui subordonne les lésions de l'utérus à des états diathésiques généraux dont elles ne seraient que des manifestations locales peu importantes par elles-mêmes, et n'entraînant tout au plus que des indications thérapeutiques secondaires.

Nous sommes loin de nous plaindre du développement que prend cette discussion; mais on comprendra qu'en présence d'opinions aussi diverses, de faits aussi contradictoires, nous ayons besoin de recueillir nos impressions et nos souvenirs avant de chercher à leur assigner leur rang et leur valeur.

Il est toutefois un petit incident dans le discours de M. Velpeau, dont nous ne reproduisons aujourd'hui qu'une partie à cause de son étendue, que nous ne pouvons passer ici sous silence. Ancien maître de M. Valleix, et à ce titre ayant été mieux que qui que ce soit à même d'apprécier son caractère et son talent, M. Velpeau a, dans un langage chaleureux, atténué l'impression pénible que la critique un peu sévère du rapport avait pu produire dans l'opinion publique. Ce haut témoignage d'estime de M. Velpeau pour M. Valleix est un acte qui honore également et le maître et l'élève.

Nous avons reçu depuis plusieurs jours une lettre de M. le docteur Raciborski sur le sujet en discussion. La lettre de notre honorable confrère eût trouvé naturellement sa place ici; mais le défaut d'espace nous oblige à en renvoyer la publication au prochain numéro. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Leçons sur la variole (1).

Nous avons établi ce qu'il convient de faire contre la variose (virus de la petite vérole) et contre la variosémie (altération du sang consécutive à l'action du virus). Dans toutes les espèces possibles de varioses (maladies de nature variolique), ce traitement est applicable, excepté dans la vaccine, où il est inutile. Quand cette variosémie a fait son évolution, la variodermite apparaît; il survient une éruption dont nous connaissons la forme et les caractères.

Ces dermocélies se montrent ordinairement après vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures de fièvre. On a dit qu'elles commencent toujours par la face; mais cela n'est rien moins que constant, et leur ordre d'apparition n'a rien d'exact. L'éruption, plus ou moins abondante, suit une marche connue, mais son évolution est loin de se faire à jour fixe. Cela pourra varier de neuf à quatre jours. On a assigné pour caractère à la varioloïde la rapidité, et à la petite vérole la lenteur dans la marche de l'éruption. Il se forme d'abord de petites plaques rouges un peu saillantes, et dont la saillie peut s'apprécier au doigt et à la loupe. Ensuite le petit bouton grossit, s'aplatit, s'ombilique et prend une dimension qui peut aller jusqu'à celle d'un centimètre. Il contient de petites loges en nombre considérable, séparées par des cloisons et renfermant un liquide clair. Puis ce liquide prend l'aspect du pus, la pustule dermique s'entoure d'une aréole inflammatoire, les cloisons disparaissent, le tissu du derme sous-jacent se détruit. De là des cicatrices hideuses et ineffaçables.

Quels ont été les moyens opposés à la variodermite?

La saignée et les sangsues sont impuissantes à l'arrêter comme à la prévenir. Les émollients calment seulement la douleur; ils calment la douleur en détendant les parties, en pénétrant d'eau les tissus, en facilitant la circulation dans les vaisseaux où il y a des stases sanguines. Mais tout cela n'empêche pas l'éruption. La doctrine hippocratique professe qu'il faut se donner garde de l'arrêter, et que le virus a besoin de passer par la coction d'élimination. Quoique peu partisan des hypothèses, en voyant toute cette sérosité variolique sécrétée à la surface de la peau, nous pensons qu'il est salutaire de ne point s'opposer absolument à l'élimination, mais qu'il est formellement indiqué de mettre à l'abri des pustules les régions du corps où leur existence entraîne le plus de conséquences fâcheuses. C'est ainsi que la face doit être préservée de leur invasion, et parmi les différents points de la face, le pourtour des yeux, des lèvres, des oreilles et surtout des narines.

Quand le médecin assiste impassiblement aux ravages de la maladie, des pustules, puis des croûtes épaisses, peuvent se former dans ces points; le passage de l'air est intercepté; des désordres très graves peuvent se manifester si les narines se trouvent ainsi bouchées, surtout chez les jeunes enfants.

Des ulcérations de la conjonctive peuvent survenir et l'œil se vider. Nous avons vu, dans un cas où l'éruption était très confluente aux oreilles, des insectes déposer leurs œufs au milieu des croûtes, et un nombre considérable de vers y prendre naissance. Nous autorisons les amateurs de nosologie à nommer cette variété inédite variole vermineuse.

Parmi les moyens abortifs, le plus puissant peut-être consiste à appliquer sur la face un masque de diachylon. C'est nous qui le premier l'avons employé. Un de nos élèves, M. le docteur Chanu, étant atteint d'une variole excessivement grave, nous pensâmes à mettre en pratique l'idée d'Alibert, c'est-à-dire à mettre les pustules à l'abri de l'air et de la lumière. M. Roux employa peu après le même moyen pour le traitement des ulcères rebelles. La réussite ne fut que partielle. On arrêtait ainsi l'éruption quand l'emplâtre était très agglutinatif et qu'il était récemment préparé. Il fallait l'appliquer avec beaucoup de soins et le renouveler tous les deux ou trois jours. La condition indispensable du succès était l'adhérence parfaite du diachilon, M. Serres proposa ensuite l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, et il réussit, ainsi que M. Briquet, à faire avorter les pustules.

M. Briquet attribua tout le succès à l'action du mercure. Nous pensons, au contraire, que tout le mérite de l'emplâtre de Vigo est dans son adhérence facile. Il est beaucoup plus agglutinatif que l'emplâtre ordinaire. Et la preuve que le mercure n'est pour rien dans le résultat, c'est que des onctions mercurielles ne produisent aucun effet.

Nous avons employé aussi, mais sans obtenir de succès positif, le charbon finement pulvérisé et des lames de plomb moulées sur les concavités et les saillies de la face. Enfin, le collodion, dont nous fîmes l'essai presque aussitôt après son invention, donnait à la peau une roideur atroce et ne pouvait pas être supporté.

Depuis dix ans, voici à quoi nous nous sommes arrêté, et avec un succès constant :

Lorsque dans les premiers jours d'une petite vérole on recouvre la face d'une couche épaisse de graisse, les pustules sont arrêtées dans leur développement. Nous formulons une pommade avec 15 ou 30 grammes d'axonge de veau ou de mouton, et 15 grammes de beurre de cacao. Il faut en couvrir la face d'une manière continue et pour ainsi dire incessante. A mesure que la pommade s'enlève, il faut en appliquer une nouvelle couche. Quoiqu'elle soit déjà très consistante, il est souvent très utile d'y incorporer un peu de fécule. Voilà le traitement abortif qui nous paraît le meilleur.

Il en existe un autre, c'est la méthode ectrotique, dont M. Serres peut réclamer la priorité. M. Serres cautérisait avec le crayon d'azotate d'argent chaque pustule qui commençait à poindre; il se formait à la surface cautérisée une petite membrane qui agissait à la façon d'un obturateur en empêchant l'accès de l'air et de la lumière, c'est-à-dire absolument comme l'emplâtre. Comme méthode générale, celle-ci n'est pas applicable; mais elle est très utile pour faire avorter la variopharyngite (pustules varioliques existant dans le pharynx), ainsi que les pustules qui siégent sur l'œil et qui menacent d'amener la perte de cet organe. La cautérisation devra être renouvelée tous les jours.

Lorsqu'une variole confluente s'étend au pharynx et au larynx et se complique ainsi d'accidents qui entraînent presque nécessairement la mort, nous faisons appliquer sur la face un vaste vésicatoire, et nous sommes conduit par analogie à employer ce moyen qui est si puissant dans l'érysipèle; il a, en outre, l'avantage de prévenir la destruction du derme et les cicatrices qui en sont la conséquence.

Dans le premier traité de médecine pratique, nous avons développé cette idée fondamentale que toute pustule variolique doit être considérée comme un abcès et traitée comme telle. Le meilleur procédé de donner issue au pus quand l'éruption est discrète, c'est d'enlever le sommet des pustules avec des ciseaux; la lancette est moins commode. Si l'éruption est confluente, on applique sur la face une éponge imbibée d'eau, on l'humecte sans cesse, et quand tout est bien ramolli, on frotte avec un linge un peu rude. On empêche ainsi le pus d'imbiber les tissus et d'être résorbé soit en nature, soit après décomposition préalable; les cicatrices sont moins étendues et moins apparentes; la perforation du derme est prévenue, et l'inflammation tombe presque aussitôt.

La variole noire est caractérisée par l'aspect bleuâtre d'un certain nombre de pustules au sein desquelles s'est fait un épanchement sanguin; on les observe en général dans les cas les plus graves, et quand déjà il y a eu des saignements de nez ou des selles sanglantes. La variole noire est la conséquence de l'état scorbutique, c'est-à-dire de l'hypoplastémie (diminution dans les éléments solides du sang). Or les végétaux frais réussissent admirablement dans l'hypoplastémie; de là l'indication des sucs d'herbes dans la variole noire.

Il existe encore un grand nombre de praticiens qui ne font rien contre les croûtes consécutives aux pustules. Ces croûtes poussent indéfiniment tant que l'ulcération sous-jacente n'est pas cicatrisée, et nous avons vu dans un cas deux véritables cornes se former sur le front d'une jeune fille. Ces croûtes ou plutôt ces pyolithes (concrétions formées par du pus) perpétuent chez le malade l'existence du foyer d'infection. Il faut les faire tomber en faisant prendre au malade un bain prolongé et en les lavant à l'eau tiède.

L'ulcération mise à découvert cédera promptement à l'application des corps gras. Contre les abcès avec décollement de la peau qui ont pu se former, on conseillait autrefois l'excision; nous avons réussi à l'éviter en pratiquant dans les clapiers une injection de teinture d'iode.

Voilà le résumé de nos doctrines en ce qui touche le traitement de la variodermite. Passons à la variostomatite (éruption variolique ayant son siége sur la membrane muqueuse de la bouche) et à la variopharyngite (éruption variolique ayant son siége sur la membrane muqueuse du pharynx).

Peu de temps après l'établissement de la variodermite, on voit apparaître des taches rouges sur la langue, le voile du palais, la face interne des joues et le pharynx. Il y a là tuméfaction et saillie, mais rien qui ressemble à des pustules ombiliquées. Ces taches sont en nombre variable. Règle générale, l'intensité de la variostomatite est en rapport avec la gravité de la variodermite; mais ce rapport n'est pas constant. Il y a des cas perfides où le pharynx est bien plus malade que l'état de la peau ne le ferait supposer. Ces taches, qui sont de véritables pustules, deviennent ensuite des ulcérations, et s'entourent d'une teinte cramoisie très foncée. L'expuition est difficile; les mouvements de déglutition sont gênés; la salive s'accumule dans la bouche; le décubitus dorsal facilite son écoulement dans l'arrière-bouche; il se forme de l'écume dans le pharynx; l'accès de l'air est empêché; la respiration et l'hématose se font d'une manière incomplète. Voilà le triomphe des ingénieux partisans de la forme adynamique dans les maladies graves! Cette mystérieuse adynamie est tout simplement une asphyxie par obstacle mécanique à l'entrée de l'air! P.

ÉTUDES SUR LES DÉVIATIONS DE LA MATRICE (1);

Par M. le docteur SAUSSIER, médecin à Troyes.

Causes des ulcérations du museau de tanche et des écoulements

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juin.

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 juin et 4 juillet.

vaginaux. — Déjà j'ai laissé entrevoir mon opinion sur l'étiologie des ulcérations; mais j'insisterai davantage en ce moment.

Je ne pense pas que l'on puisse me montrer un seul cas d'ulcération du museau de tanche dans lequel cet organe est droit dans l'axe du vagin et n'appuie pas en frottant, soit contre le périnée, soit contre la symphyse pubienne, le rectum, les parois vaginales. Ces ulcérations, selon moi, consistent dans une véritable usure de la muqueuse du col par suite de pression et de frottement contre une partie plus ou moins résistante. Plus la matrice est lourde, plus, toutes choses égales d'ailleurs, on a chance de voir survenir une ulcération, ou des granulations prodromiques, ou seulement une rougeur d'intensité variable.

Si l'engorgement contribue à faire naître l'ulcération, de son côté l'ulcération, une fois formée, entretient ou occasionne l'engorgement, l'inflammation, la douleur. Combien de fois ne voit-on pas tous ces phénomènes notablement amendés par la disparition de la plaie sous l'influence de la cautérisation!

L'antéflexion est de toutes les déviations celle qui place le col utérin dans la position la plus favorable à la production de la métrite ulcéreuse. Il se trouve porté en arrière; il appuie et frotte contre le périnée. Aussi sur 67 cas d'ulcération en voyons-nous 56 dans l'antéflexion.

La grossesse, des tumeurs, en déplaçant la matrice, en la rendant plus lourde, agissent comme les causes précédemment énumérées. Rien de commun comme l'apparition d'une ulcération au col dans les premières semaines d'une grossesse.

Les écoulements utérins et vaginaux sont en rapport direct avec les ulcérations. Il est bien rare de trouver une leucorrhée abondante chez une femme qui cohabite avec un homme sans qu'il existe une usure du col de la matrice. Cependant il s'en rencontre : c'est alors une inflammation intense de la matrice et surtout du vagin qui les occasionne.

Somme toute, tel est l'enchaînement étiologique des déviations, des engorgements, des ulcérations de la matrice et des flueurs blanches qui les accompagnent :

1° Le coït figure comme cause principale, plus ou moins prochaine et déterminante de tous ces phénomènes;

2° L'engorgement peut produire, augmente et entretient la déviation et les ulcérations;

3° Les ulcérations peuvent aussi produire l'engorgement, l'inflammation et les flueurs blanches;

4° Des flueurs blanches âcres, abondantes sont susceptibles d'excorier le col et dans tous les cas entretiennent les ulcérations par suite d'une sorte de macération de cet organe;

5° La grossesse a déterminé des engorgements et des déviations, ou au moins ces lésions sont survenues immédiatement après l'accouchement, lorsque le coït n'en avait point encore amené.

Symptômes des déviations, des engorgements et des ulcérations de l'utérus. — Peu de maladies manifestent leur présence par autant de phénomènes symptomatiques. Elles ont un retentissement souvent extraordinaire et toujours marqué sur les organes de la génération, sur tous ceux du bassin, sur les organes digestifs, les systèmes musculaire et nerveux, circulatoire et respiratoire.

De toutes les variétés de déviations, l'antéflexion est celle qui fournit le plus grand nombre de symptômes réunis, à tel point que, pour donner une idée des désordres fonctionnels occasionnés par les dérangements de l'utérus en général, il suffirait de les étudier dans la variété dont il s'agit.

S'il est vrai qu'à une certaine époque de son existence une femme puisse porter une déviation sans qu'il en résulte de graves inconvénients pour sa santé, il n'est pas moins certain qu'à la naissance de la lésion le dérangement a une grande importance, parce qu'il est rarement exempt de complication inflammatoire et hypertrophique.

La preuve de ce fait, c'est que sur 62 cas d'antéflexion nous trouvons 54 fois de la douleur et 30 fois de l'engorgement, sans compter les accidents du côté des ligaments larges et les troubles plus ou moins prononcés qui apparaissent dans l'économie.

Voici l'ensemble des symptômes que peut présenter une femme atteinte d'antéflexion :

Douleurs d'estomac, crampes, serrements, faiblesses, maux de cœur, aigreurs, dyspepsie, appétit variable;

Douleurs dans le dos, le thorax, les bras, les lombes, les flancs, tout l'abdomen, les aines, le pénil, les lèvres de la vulve, dans les fesses, les cuisses, les jambes, marche et station fatigantes;

Envies fréquentes d'uriner, dysurie, douleurs et pesanteurs sur le fondement, mais moins souvent que dans la rétroflexion pour ces deux derniers phénomènes;

Douleurs de tête, étourdissements, ennuis, malaises, inquiétudes, envies de pleurer, vapeurs, palpitations, pandiculations, étouffements, oppressions, fièvre nerveuse, attaques de nerfs, hystérie, défaillances, syncopes;

Hyperesthésie utéro-vaginale, chaleur, écoulements quelquefois très abondants, purulents; toucher douloureux; coït douloureux la plupart du temps, souvent intolérable; l'introduction d'une canule à injection peut être impossible à cause de la souffrance;

Col porté en arrière et appuyant verticalement sur le périnée; ulcérations, mobilité utérine quelquefois diminuée; les mouvements imprimés à la matrice sont le plus souvent douloureux;

Engorgement de la matrice; son volume peut égaler celui d'un œuf de dinde;

Les *ligaments larges*, ovaires, trompes, etc., sont douloureux ou engorgés;

La *menstruation* est souvent dérangée; rarement des hémorrhagies, souvent dysménorrhée;

La *fécondation* peut avoir lieu; rarement elle manque pour longtemps;

La *nutrition* est généralement altérée; l'amaigrissement peut être considérable, mais le contraire aussi a lieu.

Les autres variétés de déviations occasionnent peu souvent des altérations aussi nombreuses dans l'économie; mais celles qu'elles engendrent ont aussi une grande importance dans une foule de cas, surtout dans la rétroflexion.

Marche, durée, pronostic et terminaison des déviations.

Ces maladies, accompagnées de leurs complications, font le désespoir du médecin et des pauvres patientes, soit par la longue durée d'une première série d'accidents, soit par la fréquence des rechutes. Le coït et la grossesse entretiennent ou reproduisent tous ces accidents.

On peut dire en général qu'une femme atteinte de déviation reste jusqu'à l'âge de cinquante ans sous le coup des perturbations qui la suivent ordinairement. Rien ne peut même faire préjuger la durée d'une première manifestation d'accidents, car rien n'est plus variable que cette durée; telle malade qui offre des symptômes très prononcés se rétablit en peu de temps sous l'influence d'un traitement approprié; telle autre, dans une situation en apparence plus avantageuse, reste pendant des années misérablement étendue sur un lit ou sur une chaise longue. Toutefois, la maladie dure d'autant moins, est d'autant plus bénigne que l'inflammation et l'engorgement de l'utérus et des annexes sont moins développés. L'engorgement des annexes en particulier est d'une grande opiniâtreté.

La durée et le pronostic des déviations varient encore beaucoup suivant le traitement employé et la docilité des malades. Si elles n'observent pas exactement les principales prescriptions, à savoir, le repos général, et surtout le repos absolu des organes génitaux, les rechutes sont imminentes et l'affection interminable.

La déviation est donc une maladie importante, d'autant plus sérieuse que les causes qui amènent ses complications, le coït et la grossesse, ne disparaissent qu'après les progrès de l'âge, lorsque cessent les fonctions de reproduction.

Parmi les différentes variétés de déviations, il en est dont la gravité est moins grande que dans d'autres espèces; ce sont celles qui s'accompagnent le moins souvent d'inflammation et d'engorgement. Notre relevé statistique les indique.

La terminaison des déviations est rarement fatale; cependant la mort peut être occasionnée par l'intensité des phénomènes inflammatoires et leur extension au tissu cellulaire du bassin ou au péritoine, même en l'absence de toutes manœuvres thérapeutiques. Les deux cas de péritonite mortelle survenue par suite de perforation de kystes ovariques ou de propagation inflammatoire que nous avons cités ne font point partie de notre relevé.

Je n'ai jamais vu la dégénérescence cancéreuse se produire sous l'influence des désordres qui accompagnent les dérangements de l'utérus.

En résumé, les déviations de la matrice sont des affections graves :

Parce qu'elles sont produites et entretenues par des causes qui sont toujours en action pendant une trentaine d'années;

Parce qu'elles se compliquent presque toujours de nombreux et importants désordres;

Parce qu'enfin leur longue durée, le repos prolongé de tout le corps, et des organes génitaux en particulier qu'elles nécessitent, enlèvent à une épouse, à une mère de famille sa santé, sa liberté physique, et à son ménage la tranquillité et le bonheur dont il avait pu jouir jusque-là. Le repos des organes génitaux, prescrit par le médecin ou réclamé spontanément par la femme pour cause de vive souffrance, la répugnance, les refus opposés aux caresses du mari ont bien souvent désuni pour toujours des époux heureux jusque-là!

(*La fin au prochain numéro.*)

DES TRANCHÉES UTÉRINES,

Par M. Liégard.

Tous les médecins connaissent les douleurs auxquelles sont généralement exposées les nouvelles accouchées, et qu'on désigne sous le nom de tranchées utérines; je ne m'arrêterai donc pas à en donner la description. Elles sont regardées par les physiologistes et les accoucheurs comme naturelles et presque nécessaires, et c'est à peine s'ils ont indiqué contre elles quelques remèdes assez insignifiants et dont l'expérience constate chaque jour l'inefficacité et l'impuissance. Mais si, dans la plupart des cas, ces douleurs sont modérées et pour ainsi dire renfermées dans leurs limites physiologiques, il n'en est pas de même chez un grand nombre de femmes, surtout celles qui sont d'une faible constitution et ont déjà eu plusieurs enfants. Il est malheureusement bien commun alors de les voir se prolonger pendant plusieurs jours avec une violence désespérante, et livrer ainsi tout épuisées les pauvres patientes à la fièvre de lait, qu'elles rendent plus pénible et plus grave.

Tous les accoucheurs ont remarqué que les primipares souffrent beaucoup moins de ces tranchées; il est même passé en proverbe chez les matrones qu'il faut les avoir *avant* ou *après*. Or, disent-elles, les femmes souffrent beaucoup plus avant leur premier accouchement qu'avant les suivants; voilà pourquoi elles souffrent moins longtemps après. Belle explication qui n'explique rien du tout!

Les accoucheurs et les physiologistes ont assigné à ces douleurs pour cause principale le resserrement du col utérin, qui s'oppose à la sortie des caillots. Mais comment comprendre que ce col se resserre plus après les troisième et quatrième accouchements qu'après les premiers? L'observation et le raisonnement démontrent, au contraire, que ce resserrement est d'autant moins considérable que le col utérin a été plus souvent relâché et distendu par la sortie du fœtus. Quelques auteurs ont aussi admis le défaut de contraction des fibres utérines, mais ils n'ont pas tiré les conséquences de ces prémisses : ils n'ont indiqué dans ce cas aucun moyen qui pût rendre à ces fibres relâchées leur énergie et leur contractilité.

Quoi qu'il en soit, cette dernière explication est parfaitement conforme à la saine physiologie et à l'expérience. Pourquoi, en effet, les primipares éprouvent-elles après l'expulsion du placenta des douleurs beaucoup moins fortes et moins prolongées? C'est que les parois de l'utérus, n'ayant encore été distendues que par une seule grossesse, ont conservé beaucoup plus d'énergie que lorsque plusieurs parturitions successives leur ont fait perdre leur ressort, leur contractilité, et que, revenant alors puissamment sur elles-mêmes, elles se dégorgent facilement et expulsent de leur cavité le sang *avant même qu'il s'y accumule et forme des caillots*. Mais dans les accouchements suivants, surtout, comme nous l'avons dit, chez les femmes lymphatiques et de faible constitution, et tout spécialement dans les *couches doubles*, ce qui vient bien à l'appui de cette théorie, les fibres utérines ne jouissent plus que d'une contractilité très faible; le sang s'accumule dans la matrice; il y forme des caillots dont l'expulsion se fait péniblement et lentement : de là la violence et la persistance des *tranchées utérines*.

Si donc le chirurgien avait alors en son pouvoir des moyens assez puissants pour restituer au corps de l'utérus affaibli son énergie et sa contractilité, il épargnerait certainement à la femme ces longues et pénibles douleurs qui jettent tant d'amertume sur des moments qui pourraient être si doux pour elle, et qui la privent du calme et du repos dont elle aurait un si pressant besoin.

Or, ces moyens sont précisément ceux que nous avons indiqués dans la première partie de ce travail, et qui réussissent parfaitement et toujours lorsqu'on veut prévenir une *perte imminente après l'accouchement*; je veux dire le seigle ergoté donné immédiatement avant l'expulsion de l'enfant, et surtout les *injections froides dans la veine ombilicale*, pratiquées pour opérer le décollement du placenta.

Les causes qui produisent l'hémorrhagie après l'accouchement étant aussi celles qui disposent aux *tranchées utérines* et les entretiennent, il semble qu'*à priori* on devait indiquer et mettre en pratique, dans le deuxième cas, les moyens qui avaient si bien réussi dans le premier. J'avouerai néanmoins que l'observation seule m'a conduit à cette découverte précieuse, et que je l'ai faite en poursuivant mes expériences sur les moyens préservatifs de ces hémorrhagies. Voici d'abord le fait qui y a donné lieu; je pense qu'il ne sera pas inutile d'en rapporter ensuite très brièvement quelques autres, pour démontrer l'efficacité, la certitude et les avantages de ces excellents moyens.

Obs. I. — Le dimanche 11 avril 1847, à cinq heures du soir, on vint me chercher pour aller donner des soins à la femme du garde du passage Bellivet, qui depuis deux heures éprouvait les douleurs de l'enfantement. Elle était au terme d'une neuvième grossesse. Elle me dit que tous ses accouchements avaient été faciles et heureux, mais que tous, et *surtout les derniers*, avaient été suivis, immédiatement après la délivrance, de pertes sanguines considérables et de douleurs violentes pendant deux ou trois jours, avec expulsion de caillots de sang qui l'avaient extrêmement fatiguée et laissée faible pendant cinq ou six semaines. Les eaux avaient commencé à couler dès la veille au soir; la tête se présentait l'occiput en avant; le col était entièrement dilaté, mais les douleurs étaient faibles et éloignées, et pendant une heure elles ne changèrent nullement l'état des choses. J'administrai 1 gram. 50 centigr. de seigle ergoté en poudre; un quart d'heure après les douleurs devinrent plus énergiques, et à sept heures la tête était sur le point de franchir la vulve. Je donnai une dose pareille de seigle ergoté; quelques minutes après l'enfant, fort et bien portant, était expulsé. L'utérus resta contracté sur le placenta; ce ne fut qu'une demi-heure après que quelques légères douleurs alternatives se firent sentir; des tractions sur le cordon restèrent néanmoins sans résultat. J'injectai alors de l'eau froide dans la veine ombilicale, et presque aussitôt une sensation de fraîcheur se manifesta dans l'utérus, qui se contracta fortement, et deux minutes après une légère traction sur le cordon entraîna le placenta sans aucune résistance. Le resserrement continu de la matrice persista longtemps; la nuit fut très bonne et le lendemain une moiteur générale existait; le pouls était dans l'état naturel; la mère allaitait son enfant et mangeait deux soupes. Mais ce qui, me dit-elle, la surprenait et l'émerveillait le plus, c'était la nullité presque complète de ses tranchées utérines. Elle s'est relevée le septième jour.

De cette observation à la théorie et à la pratique indiquées ci-dessus il n'y avait qu'un pas; il fut bientôt franchi... Après avoir réfléchi mûrement sur toutes les circonstances de ce fait, après l'avoir rapproché de plusieurs autres semblables dans lesquels les mêmes moyens avaient été suivis des mêmes résultats, je pris la résolution de provoquer ainsi à l'avenir les contractions utérines, non-seulement *pour éviter l'hémorrhagie imminente après la sortie du placenta*, mais encore *pour empêcher ou diminuer beaucoup les tranchées utérines*.

On a remarqué, comme je l'ai indiqué plus haut, qu'une double parturition était suivie de tranchées plus longues et plus doulou-

reuses; mais on n'a pas cherché, que nous sachions, à en expliquer la cause... M. le docteur Windris rapporte dans le numéro de décembre 1849 du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* un fait fort intéressant de superfétation : Il s'agit d'une dame qui accoucha le même jour de deux enfants, dont l'un était à terme et l'autre à sept mois; et il ajoute : « Quoique ce fût un premier accouchement, la mère eut des tranchées très fortes, qui duraient encore quinze heures après... Expulsion de caillots; lochies abondantes... » Ainsi ce médecin constate deux choses: 1° tranchées plus longues et plus douloureuses après une double parturition; 2° douleurs ordinairement moins longues après un premier accouchement, ce qu'il reconnaît implicitement par l'étonnement que lui cause la prolongation de ces tranchées. Mais il ne recherche pas la cause de ce phénomène.

Obs. II. — A la fin de novembre 1847, Mme D... accoucha naturellement, et après quinze heures de travail, d'un garçon bien constitué et qui se porte encore très bien. L'utérus demeura ensuite très développé; il contenait manifestement un deuxième enfant, mais les contractions utérines restèrent suspendues pendant douze heures. Alors, après un nouveau travail de trois heures, une nouvelle poche des eaux devint très saillante; elle fut ouverte, et bientôt un fœtus fut expulsé. Il portait tous les signes d'une mort remontant à huit jours environ. Cette dame nous raconta qu'en effet, huit jours auparavant, elle avait fait dans son escalier une chute dans laquelle le côté droit du ventre avait été fortement frappé. Ainsi, pendant tout ce temps, l'utérus a pu contenir un enfant mort et un enfant très bien portant. Mais ce qu'il nous importe de constater ici, c'est que les tranchées utérines présentèrent une persistance et une violence tout à fait extraordinaires; elles ne cessèrent que le troisième jour, malgré les applications émollientes et narcotiques employées avec persistance et à haute dose.

Obs. III. — Le 16 avril 1847, la femme Etienne, rue Coupée, venait d'accoucher (à neuf heures du soir) de son septième enfant. Dans ses autres accouchements, le placenta s'était détaché lentement et difficilement, à cause de la faiblesse des contractions utérines, et son extraction avait toujours été suivie d'une perte de sang assez considérable et de tranchées très pénibles et très prolongées; dans les deux derniers surtout, elles avaient duré trois jours et trois nuits, pendant lesquels cette pauvre mère n'avait pu goûter ni repos ni sommeil... Vingt-cinq minutes après la sortie de l'enfant, le placenta étant toujours adhérent, je pratiquai une injection d'eau froide dans la veine ombilicale. Une sensation de fraîcheur se manifesta dans l'utérus, et presque aussitôt cet organe se resserra; sa contraction augmenta peu à peu, et le placenta sortit à l'aide d'une légère traction. Il s'écoula ensuite quelques cuillerées seulement d'un sang rouge et fluide... Cependant la matrice resta contractée d'une manière continue, sans relâche, sans tranchées; et, sous l'influence de cette contraction prolongée et non pénible, le volume de cet organe diminua de plus en plus, le sommeil fut paisible : à peine quelques douleurs très éloignées et très faibles furent-elles perçues vers le matin, elles disparurent entièrement dans le courant de la journée. Cette femme, qui a nourri son enfant, s'est relevée le cinquième jour (21 avril), et ses forces et sa santé ont été immédiatement rétablies.

Dans ce cas, nous avons à constater également un double succès: l'absence de l'hémorrhagie et celle des tranchées utérines, double accident que les accouchements précédents nous présageaient infailliblement. Notons aussi qu'ici les injections froides ont suffi seules pour nous mettre à l'abri de ces dangers.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1854. — Présidence de M. Rostan.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet : 1° quatre rapports de M. Dauvin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Pol, sur des épidémies de fièvre typhoïde et scarlatine qui ont régné dans les communes d'Aubigny, Hernicourt, Vielbesdin et Lesouich.

2° Un rapport de M. le docteur Balme du Garray, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Puy, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Étienne du Vigan.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet : 1° une brochure que M. le docteur Rérolle, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), vient de publier sur ces thermes. (Commission des eaux minérales.)

2° Une demande d'avis sur l'opportunité d'accorder l'autorisation de fabriquer des eaux minérales et limonades gazeuses, etc. (Même commission.)

Rhumatisme aigu. — 3° Un mémoire présenté par le docteur Jobert, de Guyonvelle (Haute-Marne), sur le traitement du rhumatisme aigu et fébrile.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine. — M. Delaporte, médecin de l'hospice de Vimoutiers, adresse un rapport sur la variole et la vaccine dans le canton de Vimoutiers en 1853.

Mèche vaginale. — M. Tournemine (de Créteil) adresse un porte-mèche et une mèche vaginale destinés à faciliter le traitement local de la vaginite. (Commissaires : MM. Huguier, Gibert.)

Sur le mode de propagation du choléra. — M. le docteur A. Legrand expose dans cette note qu'étant le 24 juin dernier à Auneau (Eure-et-Loir), il fut engagé par M. le docteur Delor, médecin du pays, à venir visiter une maison où un vieillard de 75 ans était mort la veille après une maladie de peu d'heures, et où il y avait un enfant de huit ans malade de la même façon. Il lui suffit d'entrevoir cet enfant pour reconnaître le choléra-morbus asiatique! L'enfant succomba le soir.

M. Delor lui montra dans la même maison un enfant de vingt-huit mois qui, dans les journées qui avaient précédé la mort du vieillard, avait eu un dévoiement assez abondant avec altération de la face, mais qui dans le moment allait fort bien. La mère de l'enfant atteint du choléra algide au moment de cette visite était là, tenant dans ses bras un nourrisson qu'elle avait ramené le 18 de Paris, où elle avait été le chercher, emmenant avec elle son propre enfant âgé de huit mois, et qui le lendemain de son retour avait eu aussi une diarrhée abondante, qui avait cependant cédé avec la plus grande facilité.

De sorte qu'en suivant la filiation qu'a suivie la maladie, on voit que l'enfant au sein est venu contracter le choléra à Paris, qu'il l'a donné à son jeune frère; que de celui-ci il est passé à l'aïeul, puis au fils aîné de la maison, et que tous deux ont succombé. Le lendemain 26, deux autres enfants venus entre ce fils aîné et celui de vingt-huit mois étaient atteints d'une cholérine qui heureusement n'annonçait pas devoir être grave. Le 1er juillet, ils étaient tous entrés en convalescence. Tous les membres de cette famille avaient été successivement atteints. Père, mère, enfants, aucun n'avait été épargné; mais tous, à l'exception des deux victimes signalées plus haut, se sont rétablis, et depuis, ni dans leur voisinage, ni dans aucune autre maison d'Auneau, M. Delor n'a eu connaissance d'aucun cas nouveau.

Traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin.

M. Gibert. Sans vouloir rentrer dans la question générale dont il a été fait mention incidemment, soit dans le rapport de M. Depaul, soit dans les discours de MM. Malgaigne, P. Dubois et Cazeaux, l'orateur demande la permission de dire quelques mots à l'appui d'un changement de rédaction qu'il propose dans les deux premières conclusions du rapport.

La discussion de 1849, dit M. Gibert, a prouvé, comme celle de 1854, que la plus grande divergence d'opinions pouvait se produire entre les hommes les plus éminents et les plus éclairés, même à l'occasion de lésions matérielles appréciables à la vue et au toucher.

Les déviations de l'utérus, à peine mentionnées dans la discussion académique de 1849 et contestées à cette époque, niées même par quelques-uns de nos collègues, du moins comme espèces pathologiques de nature à engendrer le cortége de symptômes signalés chez un si grand nombre de femmes, sont devenues le point culminant de la discussion de 1854.

Or, si nous nous rappelons l'importance prédominante attachée tour à tour depuis une trentaine d'années par divers chirurgiens d'abord à la métrite chronique, puis aux ulcérations du col de l'utérus, un peu plus tard aux engorgements du col ou même du corps de la matrice, aux granulations de sa face interne, enfin en dernier lieu aux déviations de l'organe, on peut prédire que ces dernières n'occuperont pas longtemps non plus le rang élevé où l'on s'est efforcé de les placer dans la pathologie utérine.

D'autre part, si l'on réfléchit aux graves et désastreuses conséquences qui suivent dans la pratique ces théories étiologiques plus ou moins hasardées qu'adoptent avec empressement et qu'appliquent avec quelque légèreté bien des praticiens forcés de s'en rapporter à l'expérience spéciale de ceux qu'ils peuvent à bon droit regarder comme des maîtres de l'art, on sentira l'utilité de quelques paroles d'avertissement sanctionnées par un corps aussi éclairé que le vôtre.

Quand on a vu, en effet, de grands chirurgiens se laisser entraîner à des illusions telles que l'*amputation* du col de l'utérus a pu être proposée ou même pratiquée à des femmes qui n'avaient *aucune lésion* ou du moins aucune lésion sérieuse de la matrice (et M. Gibert en cite des exemples); que chez d'autres femmes les simples commencements d'une grossesse ordinaire et naturelle ont été regardés comme les indices d'une maladie grave de l'utérus contre laquelle on ne craignait pas de proposer les médications les plus énergiques; quand on a rencontré si souvent de prétendues malades qui, après avoir été soumises aux cautérisations, aux pessaires, à la ceinture hypogastrique, au repos absolu et quelquefois à tout l'arsenal de la pratique spéciale de Lisfranc, ont continué de souffrir jusqu'à ce qu'elles aient eu la sagesse de renoncer à la fois à leurs craintes peu fondées et à toute espèce de traitement chirurgical, on est bien obligé de reconnaître qu'il s'est introduit d'énormes abus dans le traitement des maladies des femmes et que signaler ces abus devient pour une Compagnie comme la vôtre un droit, peut-être même un devoir.

Mettre en garde les savants contre leurs propres illusions, désabuser les ignorants qui ajoutent une foi trop aveugle aux théories que les premiers cherchent à faire prévaloir, indiquer au charlatanisme l'écueil contre lequel il peut venir se briser, enfin prévenir le public lui-même contre les dangers auxquels peut l'exposer trop de crédulité, voilà le but multiple que je cherche à atteindre en proposant ce changement de rédaction dans les termes de la première conclusion générale du rapport.

« On a considérablement exagéré *de nos jours* l'influence des déviations *ainsi que celle de beaucoup d'autres lésions utérines, telles que ulcérations, engorgement, granulations*, etc., sur la santé des femmes. »

Pour mettre en harmonie la seconde conclusion avec la première, je me borne à supprimer les deux mots qui la terminent; elle se trouve ainsi réduite aux termes suivants :

« Dans beaucoup de cas, les accidents qu'on a fait remonter jusqu'à ces lésions sont produits par un autre état pathologique. »

Il serait trop long de mentionner ici tous les faits sur lesquels je pourrais appuyer cette proposition ainsi généralisée.

Je me bornerai à signaler les *diathèses nerveuse*, *lymphatique* ou *strumeuse*, *dartreuse*, *syphilitique*, *rhumatismale*, *goutteuse*, *hémorrhoïdale*, comme étant celles qui engendrent le plus souvent les divers accidents attribués aux lésions utérines qui avaient fixé particulièrement l'attention de Lisfranc et de ses élèves... lésions qui, lorsqu'elles existent réellement, deviennent ainsi purement secondaires.

En pareil cas, sans doute, très fréquemment, je le reconnais, une lésion locale coexiste avec la diathèse générale; la plus ordinaire est le *catarrhe utérin*, auquel viennent incidemment s'ajouter des rougeurs, des ulcérations superficielles, des tuméfactions, des congestions passives du col de l'utérus, surtout chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants... et c'est ce qui peut expliquer en partie les illusions et les abus que nous n'avons fait que rappeler très sommairement.

Mais rien de plus variable que le degré d'importance qui doit être attribué à ces lésions, soit temporairement, soit d'une manière durable. Cette importance, en effet, tient à une foule de circonstances locales et générales; dans plusieurs cas même, elle relève uniquement de l'influence du moral sur le physique. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte de certaines guérisons obtenues par les moyens les plus bizarres et les plus variés. C'est encore ainsi qu'on voit la cessation de quelque phénomène local qui suffisait à entretenir chez la femme ce que j'appellerai la *monomanie utérine* être bientôt suivie de la disparition de tous les accidents nerveux provoqués par cette monomanie. A ce propos M. Gibert cite l'observation d'une dame qui, par le seul fait de l'action passagère d'un pessaire astringent (orange verte de M. Devilliers) qu'elle ne conserva en place que quatre à cinq jours, vit cesser les douleurs qu'elle éprouvait, et notamment un écoulement de sang presque habituel et qui lui causait les plus vives inquiétudes. Dans beaucoup de cas de ce genre, M. Gibert a cru devoir attribuer en grande partie la cessation de l'état maladif à la réaction morale qui s'opère par suite du retour du calme de l'imagination qui cesse d'être fixée d'une manière constante et habituelle sur l'utérus.

Il ne faut pas oublier (ajoute en terminant M. Gibert) qu'il y a vingt ans à peine l'amputation du col de l'utérus était pratiquée pour de simples *ulcérations* (voir le livre de M. Pauly), et que si cette opération n'avait pas entraîné des conséquences désastreuses aussi immédiates, quelques chirurgiens sans doute la pratiqueraient encore.

Or, nous avons sous les yeux aujourd'hui des femmes qui se sont refusées jadis à cette opération, et qui depuis la cessation naturelle des fonctions utérines ont vu cesser aussi toutes les incommodités éprouvées à une époque antérieure.

On en est arrivé maintenant au *redressement intra-utérin*; j'espère que ce procédé, dont plusieurs de nos savants collègues, et notamment notre habile rapporteur, nous ont si bien signalé les dangers, sera abandonné à son tour... Mais, en attendant, je persiste à croire qu'il y a utilité et opportunité à donner un avertissement salutaire au public médical en signalant les abus de la pratique chirurgicale au sujet des affections utérines en général, et c'est pourquoi je propose la mention de ces diverses affections dans la conclusion du rapport qui s'applique si judicieusement aux *déviations* seules de l'utérus.

M. Velpeau. J'aurais besoin peut-être de demander à l'Académie quelques excuses pour avoir eu l'air de ne pas répondre à son appel; mais je rappellerai qu'à la suite de l'excellent rapport de M. Depaul, personne ne s'étant fait inscrire, j'ai trouvé dangereux de laisser les questions qu'il traitait sans discussion aucune; et si j'ai dit alors que j'en avais long pour mon compte, c'était autant pour empêcher de voter sur-le-champ les conclusions du rapport que par envie de traiter moi-même la question. Me sera-t-il permis d'ajouter qu'ayant sur ce rapport plusieurs opinions en cause et une certaine part de responsabilité, je n'étais pas fâché de savoir ce qui serait dit pour ou contre les propositions émises ou défendues par moi depuis longues années. Aujourd'hui je viens prendre part à la discussion avec le désir d'entrer dans des détails assez étendus. Et d'abord je me permettrai de faire remarquer que, par pure présomption, je me sens peu disposé à accepter ce qui s'est dit de contraire à la pratique, aux méthodes d'un confrère souvent mis en jeu. Il y a en effet deux ordres de faits dans ce qui a été discuté jusqu'ici.

Le fait communiqué par M. Broca, fait qui a été le point de départ, avec celui de M. Cruveilhier, de tout ce mouvement, de tout ce bruit que vous voyez autour de vous, mais qui se sont bientôt perdus, au point d'être à peu près oubliés aujourd'hui; puis les faits tirés de la pratique de M. Valleix, de M. Simpson, de M. Gaussail, de M. Piachaud et de quelques autres.

Or, pour ce qui est de M. Valleix, j'avoue que, le connaissant, j'ai peine à admettre qu'en pareil cas ses jugements, les résultats qu'il annonce n'aient pas plus de valeur que ceux de n'importe qui, que ceux même de l'honorable rapporteur.

Je connais M. Valleix depuis trente ans, je l'avais pour élève alors; je ne l'ai jamais perdu de vue depuis, et j'ai, par conséquent, été à même, autant que qui que ce soit, d'apprécier la loyauté, la droiture de son esprit et son extrême probité scientifique. Tout le monde sait, en outre, que c'est une intelligence très étendue, un observateur rigoureux et distingué autant que capable, un des médecins les plus estimables de notre temps, en un mot. Si M. Depaul, au lieu de prendre les quelques faits malheureux qui lui ont été communiqués, avait cru pouvoir suivre la pratique de M. Valleix lui-même, et examiner avec ce confrère les différents cas, bons ou mauvais, qui se rapportent au redresseur intra-utérin, je lui accorderais le droit de nous donner ici son jugement, ses interprétations. Mais, vous le savez tous, ce n'est point ainsi que les choses se sont passées. Je crains donc de n'avoir entendu à ce sujet qu'une partie de la vérité, et qu'on n'ait déroulé sous nos yeux qu'une des faces du tableau. C'est ce que j'ai l'intention d'examiner.

La question qui s'agite devant vous est vaste; elle comprend une grande partie de la pathologie de l'utérus; elle ne la comprend pas tout entière, sans doute; il est bien clair qu'il ne s'agit pas ici des ulcères, des cancers, des tumeurs petites et grosses, des dégénérescences diverses de l'utérus; mais avec les seules déviations la question renferme déjà une catégorie très riche de lésions qui ont dû être toutes touchées par le rapporteur, par la raison qu'elles sont pour la plupart connexes et qu'il est presque impossible de traiter de l'une sans s'occuper aussi des autres. Ainsi, avec les déviations il faut aussi songer aux déplacements. Les déplacements et les déviations touchent plus ou moins à de certaines irritations, à de certains écoulements, à de certaines altérations des organes voisins. J'aurais voulu, pour ma part, que d'une manière générale on parlât des déplacements plutôt que des déviations dans cette discussion. En effet, les déviations sont ordinairement accompagnées d'abaissement, quoique l'abaissement puisse exister sans qu'il y ait déviation.

Pour les déviations elles-mêmes, il est difficile de ne pas les séparer en deux classes : les déviations par rapport à l'axe du bassin et les déviations par rapport à l'axe de la matrice.

C'est ici que je commence à avoir besoin de quelques explications eu égard au travail de M. Depaul, travail dans lequel je vois une foule de choses que j'accepte très volontiers, qui concordent parfaitement avec

mes propres opinions, mais dans lequel j'en remarque aussi qu'il ne me paraît pas possible d'adopter.

Je commence par les premières propositions ou premières conclusions qui découlent assez logiquement l'une de l'autre.

La proposition porte, en effet, qu'on s'est trompé (p. 34) en attribuant aux déviations de l'utérus des accidents qui ont habituellement une tout autre origine, et la première conclusion porte qu'on a considérablement exagéré l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes. Eh bien ! je demanderai d'abord qui s'est ainsi trompé, qui a exagéré de la sorte ? Et puis pour quelle espèce de déviation ces exagérations-là sont-elles indiquées ? S'il s'agit des déviations par rapport à l'axe de l'utérus, des inflexions, je me trouve mis en cause, et j'ai besoin de donner à l'Académie quelques renseignements.

J'ai dit sous ce rapport le pour et le contre, et je le maintiens. M. Malgaigne paraît croire et a dit dans son remarquable discours que contrairement à Lisfranc, qui attribuait tout aux engorgements, je rapportais presque tout, moi, au contraire, aux déviations de l'utérus, et M. Cazeaux m'a prêté ou à peu près la même opinion mardi dernier. Ceci pourtant n'est rien moins qu'exact, et en voici la preuve : les inflexions de matrice n'étaient guère connues, on le sait, avant que j'eusse appelé sur elles l'attention des médecins; ce sera pour moi une occasion de faire plaisir, j'en suis sûr, à notre collègue M. Malgaigne, qui se plaignait l'autre jour de ce que la pathologie utérine n'avait pas fait un pas depuis la dernière discussion en 1849.

Cette question a si bien marché, qu'alors l'Académie montra une incrédulité assez marquée quand j'annonçai que les inflexions de la matrice étaient très fréquentes; que c'étaient elles qui en avaient imposé pour les engorgements, qui servaient depuis tant d'années de base à toute la doctrine de Lisfranc. M. Malgaigne tout le premier, surpris de ma proposition, dit qu'il n'avait jamais vu d'exemple de ces inflexions. Bientôt après il vint à cette tribune annoncer, il est vrai, qu'en y regardant de plus près il en avait déjà rencontré quelques exemples. Eh bien ! qui doute aujourd'hui de l'existence, de la fréquence même de ces sortes de flexions? Non-seulement elles sont admises par tout le monde, mais encore on en est arrivé à prétendre qu'elles existent toujours, chez toutes les femmes; que c'est une difformité en quelque sorte naturelle.

Notez bien que cette opinion extrême n'est pas la mienne. Mais il est arrivé là ce qui arrive souvent, ce qui arrive à tous les hommes qui vieillissent en suivant le mouvement de la science, c'est que leurs opinions sont reprises par des élèves qui vont beaucoup plus loin que le maître. Ainsi c'est M. Boulard, que j'avais pour interne il y a une dizaine d'années, qui est maintenant prosecteur à la Faculté, un jeune chirurgien des plus distingués en un mot, qui, par des recherches nombreuses et variées sur le cadavre, a signalé ce résultat. D'après lui donc l'utérus est à peu près constamment et naturellement coudé sur sa face antérieure. Il est vrai que M. Depaul, qui a repris ces expériences, explique le fait d'une autre façon, et l'attribue à une réaction cadavérique, à la pression que la distension du ventre porte les intestins à exercer sur la matrice après la mort. Mais sans admettre comme M. Boulard que toutes les matrices sont aussi infléchies dans le jeune âge, je ne crois pas non plus que les observations de cet anatomiste, non plus que celles de M. Verneuil, qui plaident dans le même sens, soient un simple phénomène cadavérique. J'ai pour vérifier le fait, ou savoir à quoi m'en tenir, touché un grand nombre de femmes qui n'avaient point de symptômes de déviation utérine, et j'en ai certainement trouvé une assez forte proportion parmi celles qui étaient encore vierges ou qui n'avaient point eu d'enfants, et dont la matrice était parfaitement droite. J'ai constaté la même chose sur des cadavres de femmes mortes d'affections étrangères au système utérin, quand j'ai pu les examiner peu de temps après la mort ou quand le cadavre n'avait subi aucun travail de décomposition notable du côté du bas-ventre. Après tout, que ces inflexions soient très fréquentes ou seulement assez communes, toujours est-il que leur existence comme lésion ordinaire n'est plus contestable aujourd'hui. Comme je le disais en commençant, sous ce point de vue au moins la question des maladies de l'utérus a donc marché, et donc en progrès véritable.

Maintenant est-il vrai que j'ai rattaché à ces déviations une foule d'accidents qui ne leur appartiennent point? Il y a bien près de trente années que ce genre de lésion m'occupe, que j'en parle une ou deux fois par semaine à ma clinique, que j'en parlais alors que personne ne paraissait y songer, car je n'en ai vu qu'un seul exemple, avant 1830; c'est celui qu'on trouve dans la thèse de M. Anceline (thèses 1827, nº 55). Encore est-ce un fait que lui avait communiqué Mme Boivin, et qui avait été recueilli sur le cadavre d'une jeune fille. Or voici quelques passages tirés d'articles publiés dans les journaux et extraits de mes leçons à l'hôpital, entre autres par M. Pajot. « Bon nombre de praticiens, disais-je en 1845 par exemple (*Gazette des Hôpitaux*), bon nombre de praticiens les ignorent, ces sortes de déviations, parce que ce sont souvent des dérangements sans gravité, dont les conséquences sont ordinairement subordonnées à la constitution, à la condition, et surtout au caractère des femmes qui en sont atteintes. » Cette dernière remarque, comme on le voit, est déjà corroborée par ce que vient de dire notre honorable secrétaire, M. Gibert. « Cette maladie, disais-je en 1839 (*Clinique*, t. III, p. 458), c'est-à-dire cette difformité est très commune; beaucoup de femmes l'ont sans s'en plaindre. Cela se voit surtout dans les classes pauvres, où les femmes n'ont pas le temps de se plaindre de symptômes légers, d'une gêne peu grave de ce côté. Il n'en est pas de même des femmes du monde, qui prennent souvent au sérieux des phénomènes insignifiants, qui s'alarment d'autant plus que les médecins qu'elles consultent leur annoncent facilement une maladie qui n'existe réellement pas. » J'ajoute un peu plus loin : « D'ailleurs les accidents que les femmes éprouvent alors ne sont pas d'une nature bien formidable; elles s'y habituent peu à peu, et finissent par oublier cet état, qui à la longue ne les gêne plus. Des moyens simples doivent être employés, moins peut-être pour guérir que pour diminuer un état morbide d'ailleurs fort supportable. »

On le voit donc, je ne faisais pas, et je n'ai jamais fait des inflexions de l'utérus une maladie très grave, la source d'accidents qu'il fallait attribuer à autre chose. Mais s'ensuit-il que, comme deux de nos collègues, je sois disposé à regarder les déviations de l'utérus comme incapables de faire naître des accidents réels, et qu'il soit raisonnable d'accepter la première proposition de notre honorable rapporteur? Je ne le crois pas. Rien ne prouve, selon moi, que les médecins prudents, parmi ceux qui se sont occupés de la question, aient exagéré outre mesure l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes.

Qu'est-ce donc après tout que l'on a pu rapporter aux déviations et qui tiendrait en fait à autre chose? Quel est donc cet état pathologique dont on n'a pas tenu compte et auquel il faudrait rapporter les accidents généralement attribués aux déviations?

J'avoue qu'il y a là pour moi un certain degré d'obscurité dans le rapport. En dehors des maladies malignes, des maladies organiques, des cancers, des tumeurs, des ulcères, des inflammations aiguës et subaiguës, dont il ne peut être question ici, je ne vois guère comme maladie de l'utérus que les écoulements, les irritations chroniques de la membrane muqueuse, puis cet état du col *intus* et *extra* de la cavité même de l'utérus qui se présente sous l'aspect de granulations rougeâtres, que beaucoup de praticiens englobent sous le titre d'ulcérations superficielles et que je distingue sous celui de granulations simples. En dehors donc de ces états, de l'état catarrhal selon quelques autres, de l'hypertrophie ou de l'engorgement, je ne vois pas ce qui pourrait donner le change. Mais qui pourra s'y tromper et attribuer aux déviations ce qui appartient aux écoulements, par exemple quand il y a un écoulement utéro-vaginal? En ce qui me concerne du moins, c'est à lui qu'on s'adresse d'abord et non à la déviation si elle existe concurremment. Il en est de même évidemment des granulations, du catarrhe utérin, des hémorrhagies, et jamais par personne ces accidents n'ont été donnés, que je sache, comme une dépendance formelle des déviations ni traitées comme telles. D'ailleurs quel est le praticien qui pour son diagnostic s'en rapporte alors au dire des femmes? Est-ce que avant d'établir son opinion on n'explore pas la matrice de toutes façons de manière à s'assurer qu'elle est ou non déviée? Ce n'est donc pas par là que la confusion me paraît possible. Cet état qu'on sous-entend dans la deuxième proposition ne doit être que de l'hypertrophie, de la métrite chronique ou de l'engorgement.

Mais voyez à ce sujet un autre pas qu'a fait la pathologie utérine depuis la discussion rappelée par M. Malgaigne. Je vins soutenir alors dans cette enceinte, comme j'essaye de le démontrer depuis vingt-cinq ans à l'hôpital, qu'il n'y a point d'engorgement, que l'engorgement dont on parlait tant et partout, qui semblait constituer à lui seul la moitié des maladies de l'utérus, était très rare, et que partout où on croyait l'avoir trouvé il s'agissait de déviations, de simples inflexions de la matrice. Je ne craignis pas de dire en terminant, dès cette époque, que la discussion à laquelle nous venions de nous livrer serait, eu égard aux engorgements de la matrice, le plus puissant résolutif qu'on eût jamais vu; que cette discussion avait mille fois plus d'influence dans l'avenir sur ces prétendus engorgements que toutes les préparations iodées du monde.

Eh bien ! voyons où nous en sommes aujourd'hui. On n'ose même plus en prononcer le nom. Personne jusqu'ici n'en a eu le courage dans la discussion actuelle; et si on l'aperçoit poindre quelque part dans une ou deux des phrases du rapport de M. Depaul, c'est avec une humilité telle, qu'il n'ose pas le laisser voir sous son véritable nom, et qu'on est obligé de le deviner, en quelque sorte. N'est-ce pas là un progrès, un véritable progrès, que d'avoir fait disparaître une maladie qui passait pour être si commune, et qui en réalité n'existe pas?.... N'existe pas; entendons-nous toutefois. Quand j'ai soutenu qu'il n'y avait point d'engorgement, j'ai voulu dire et j'ai dit que là où l'on trouvait journellement des engorgements il n'y avait que des déviations; et je n'ai jamais eu la pensée, on me fera bien la grâce de me croire, de nier la possibilité ni même l'existence des engorgements de l'utérus. Voici la preuve que telle a toujours été ma pensée.

Dans les articles que j'ai déjà rappelés, et qui datent de dix, quinze et vingt ans, je m'exprimais comme il suit : « Ce que je viens de dire des déviations utérines congénitales ou acquises ne doit pas faire croire que je nie l'existence des engorgements chroniques dans le corps de l'utérus; j'ai voulu simplement montrer que ces maladies ne sont pas aussi fréquentes qu'on l'a soutenu dans ces derniers temps, et faire pressentir l'inutilité des traitements auxquels sont soumises beaucoup de femmes qui, en définitive, n'ont rien ou presque rien. » Dans cet autre passage, je dis : « On ne trouve pas d'exemple sur le cadavre de ces prétendus engorgements, des engorgements purs et simples, bien entendu, c'est-à-dire une hypertrophie constituant un état pathologique, mais seul, sans dégénérescences, sans maladie notable de l'organe. » Certes, de ceux-là on n'en trouve pas un sur cent.

J'insiste sur ce fait, parce qu'il est si difficile à ceux qui l'entendent de prendre dans les expressions d'un homme son opinion pure, de ne pas la rendre dans un sens ou dans un autre plus absolu qu'elle n'est, qu'on arrive souvent à faire dire aux gens le contraire de ce qu'ils pensent. C'est ce qui m'est arrivé souvent. Ainsi jadis j'ai soutenu que le sang s'infectait par le pus, soit par absorption directe, soit par la phlébite. Eh bien ! presque tout le monde crut et presque tous ceux qui ont parlé depuis du phénomène ont écrit que je n'admettais l'infection purulente que par le fait de l'absorption directe du pus; si bien que, pour me donner tort, on a soutenu dans une foule d'écrits que l'empoisonnement purulent tenait à la phlébite. C'est ainsi, avec un des faits avancés par moi, fait dont on s'est emparé sans me le rapporter, que l'on me combat comme si j'avais soutenu qu'il n'existe pas. J'ai dit à une autre époque que la lithotritie, en dehors d'un certain cercle que je lui ai tracé, n'était guère moins dangereuse que la taille; et voilà que l'on m'a toujours combattu comme si j'avais dit que la taille est toujours préférable à la lithotritie. Une autre fois je disais, eu égard à la mort par l'entrée de l'air dans les veines, que les observations invoquées n'étaient pas concluantes, et depuis lors on m'a partout donné comme niant la possibilité de la mort par l'entrée de l'air dans les veines. On voit ici comment j'entends les engorgements de la matrice; cela n'empêchera pas les partisans de cette affection de me combattre comme si j'en avais nié d'une manière absolue la possibilité. Mais, qu'il existe ou non, toujours est-il qu'il ne peut pas donner lieu à des méprises réelles en regard des déviations utérines. Avant que j'eusse fixé l'attention sur les inflexions de matrice, les méprises étaient à la rigueur possibles. Touchant par le vagin, on portait le doigt sur le col, autour du col, et bientôt on rencontrait, soit en arrière, soit en avant, soit sur les côtés, une partie saillante, une tumeur. Avec les doctrines du temps, il n'en fallait pas davantage, on avait un cas d'engorgement sous les yeux. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi. L'éveil étant donné, on examine l'utérus par le vagin et par l'hypogastre en même temps. On peut, en s'y prenant bien, saisir ainsi la matrice entre les deux mains, en apprécier l'épaisseur, la direction, la forme, tous les caractères physiques, en un mot, avec la même certitude que si on l'avait sur la table simplement enveloppée de linges ou de tissus souples. Il suffit pour cela, la femme étant couchée, de lui faire fléchir les cuisses, de lui mettre les muscles dans le relâchement. Le doigt porté dans le vagin et soulevant la matrice la pousse en avant, à droite, à gauche, en arrière même, l'amène bientôt vers les doigts de l'autre main, qui, appuyée et promenée sur l'hypogastre, plonge en déprimant les parois du ventre au-dessus du pubis, dans le petit bassin, dans les régions iliaques, jusqu'au bas du sacrum, et de manière à ne laisser aucun doute sur tout ce qui concerne l'état matériel de l'utérus.

Tout ce qu'on peut objecter, c'est qu'il est certaines femmes dont l'organisation se refuse à un pareil examen. Ce sont les femmes grasses ou replètes, les femmes dont les parois du ventre sont épaisses, roides ou trop fermes pour se laisser déprimer. Mais, croyez-le, le nombre de ces cas exceptionnels est fort restreint, surtout aux époques de la vie qui peuvent réclamer ce genre d'exploration, chez les femmes qui ont eu des enfants surtout. A une époque déjà éloignée, j'avais entrepris une statistique à ce sujet; je me suis arrêté au chiffre de 400, et sur ce nombre je n'avais trouvé que 100 cas réfractaires, et encore ne l'étaient-ils pas d'une manière absolue. Il est donc permis d'affirmer que ce genre d'exploration donnera des résultats complets chez les trois quarts au moins des femmes. Ainsi voilà 75 femmes sur 100 chez lesquelles il n'est pas possible de prendre un engorgement, une hypertrophie, une métrite chronique, en supposant qu'il y en ait, des tumeurs de diverses sortes pour une déviation de la matrice. Après cela, je me demande où sont donc ces états capables de faire naître les symptômes, les accidents qu'on attribue aux déviations.

Maintenant voyons si les déviations sont de nature par elles-mêmes à faire naître des accidents.

Pourquoi l'a-t-on nié? Parce que pour les abaissements, par exemple, on a vu des femmes avec une matrice en état de prolapsus ne rien éprouver de fâcheux, ou d'autres femmes avec une antéflexion ou rétroflexion, une antéversion ou rétroversion, des déviations très prononcées enfin, et ne pas avoir l'air de s'en douter.

Mais tout le monde a vu de ces faits, cela se voit pour toute autre maladie; il n'y a pas de maladie ordinairement grave même qui n'existe quelquefois sans être accompagnée de son cortége ordinaire d'accidents, et personne cependant n'en conclut que les accidents qui les caractérisent en soient l'accompagnement ordinaire. Il y a des organismes ainsi faits : rien ne les trouble, rien ne les dérange. Mais ce n'est pas une raison pour qu'il en soit de même partout. Les déviations de matrice peuvent faire naître des accidents. Le raisonnement le fait prévoir et l'explique sans peine; l'observation d'ailleurs le démontre tous les jours. Que la matrice soit infléchie, se coude sur son axe; si la courbure est légère ou allongée, il se peut qu'aucun trouble n'en soit la conséquence, à l'exception toutefois de la fonction menstruelle et de la fécondité peut-être.

A ce sujet, j'aurais beaucoup de choses à dire; mais la stérilité est une question si délicate que j'ose à peine la signaler en passant comme une dépendance de certaines déviations de matrice. Si, au contraire, cette inflexion est portée plus loin, il en résultera deux choses : coudée à angle, la matrice n'est plus libre dans le canal qu'elle parcourt; puis elle est nécessairement déplacée; des tractions, des tiraillements sont alors exercés sur les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments de l'ovaire, tous les replis qui entourent l'utérus. Ces organes sont tout remplis de filets nerveux qui appartiennent au grand sympathique, qui se continuent avec les nerfs du mésentère, des intestins, des reins, de tout le ventre enfin. Qu'y a-t-il dès lors d'étonnant qu'une lésion pareille soit le point de départ de troubles dans l'innervation de la femme, dans les fonctions digestives ou des différents organes de l'abdomen? Puis dans les déviations, quelle qu'en soit l'espèce, n'y a-t-il pas des frottements, des pressions inusités? Le fond de l'utérus, appliqué contre la vessie derrière les pubis, sur le rectum du côté du sacrum, pressant, tiraillant les plexus nerveux du bassin, ne va-t-il pas troubler plus ou moins et le cours des urines et la défécation? N'est-il pas tout simple que les femmes éprouvent alors des besoins fréquents d'uriner, de la constipation, des douleurs hémorrhoïdaires, de la pesanteur dans le bassin, des douleurs dans les reins, des tiraillements dans les aines? Et avec ces présomptions, si l'on arrive à l'observation directe, comment conserver des doutes !

Une femme vous consulte; elle indique qu'un jour, il y a un, deux, dix ans, à l'occasion d'un effort soit pour atteindre un objet, soit pour soulever son enfant, soit pour élever les bras, etc., elle a senti quelque chose s'opérer dans le bas-ventre et bientôt les phénomènes que je viens de signaler. Depuis lors elle ne marche qu'avec peine, qu'avec douleur. Elle se couche, et à l'instant tout disparaît; elle se lève, et tous les accidents reviennent. Cette succession, je l'ai rencontrée une infinité de fois. Au toucher, vous constatez la déviation. On parvient à redresser la matrice, et la femme se sent aussitôt soulagée. L'utérus retombe, les mêmes angoisses, les mêmes difficultés renaissent. Peut-on trouver quelque chose de plus concluant, de plus mathématique? Et quel besoin a-t-on alors d'aller chercher la forme des accidents éprouvés par la femme dans de prétendues métrites, catarrhes, hypertrophies, engorgements, dans des états névralgiques dont on nous a beaucoup parlé, que je ne nie pas sans doute, mais qui me paraissent bien rares et avoir été peut-être inventés un peu pour n'être pas obligé d'admettre, ce qui me paraît la vérité à moi, à savoir, les inconvénients réels des déviations utérines.

(Nous renvoyons la fin de ce discours au prochain numéro.)

Une médaille commémorative de l'organisation du service des médecins cantonaux opérée sous son administration dans le Loiret, vient d'être offerte à M. Dubessey, ancien préfet de ce département.

Le Sourd

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

État sanitaire. — Choléra. — Acrodynie.

Nous n'avons rien à ajouter aux derniers renseignements que nous avons donnés sur la marche du choléra. L'épidémie, à quelques légères oscillations près, paraît stationnaire. D'après les chiffres des derniers jours, on pourrait même apercevoir une légère tendance à la diminution; mais l'expérience nous a appris à être réservé sur ces sortes de pronostic.

Notre dernier bulletin s'arrêtait au 29 juin inclusivement; il donnait pour une semaine (du 23 au 29) une moyenne de 43 cas par jour pour les hôpitaux. Voici les chiffres relevés du 30 juin au 5 juillet inclusivement :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Décès.
Le 30 juin,	29	7	36	24
Le 1er juillet,	38	11	49	22
2 »	34	13	47	22
3 »	32	14	46	28
4 »	24	9	33	22
5 »	22	11	33	19
	179	65	244	137

Ces chiffres donnent, comme on le voit, à peu près la même moyenne que pour la semaine précédente; la légère diminution que nous signalions ne porte que sur les derniers jours.

Voici le mouvement général au 5 juillet :

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		3,199
Sorties.	1,166	2,854
Décès.	1,688	
Restant en traitement.		345

Les journaux du Midi annoncent que le choléra a fait invasion dans quelques-uns des départements de cette contrée et qu'il y a fait déjà des ravages considérables dans quelques localités. Nous n'avons encore reçu aucun document précis à cet égard.

— Une lettre d'un de nos honorables correspondants, M. le docteur Ancelon, nous apprend qu'il règne en ce moment à Dieuze (Meurthe), concurremment avec des fièvres intermittentes quotidiennes et tierces, une affection qui présente des caractères tout à fait insolites.

Cette affection, peu ou point fébrile, dit notre correspondant, est caractérisée par des vertiges, des fourmillements et des douleurs aiguës dans les membres, surtout au lit et pendant la nuit; par de l'agitation et des sueurs intermittentes; suivant les idiosyncrasies, il y a vomissement, diarrhée ou constipation avec douleurs abdominales. Cet état dure en général huit, dix et même douze jours; souvent il débute par un peu de douleur dans la gorge et s'accompagne alors d'une toux férine; chez tous les sujets, il est suivi d'une faiblesse extraordinaire et prolongée.

L'opium à doses relativement assez élevées, uni au beurre de cacao, a supprimé la toux immédiatement et fait cesser les douleurs des membres, sans paraître toutefois abréger en rien la pénible convalescence de cette singulière indisposition. Dans deux cas le sulfate de magnésie, donné à dose purgative au début de l'invasion des vertiges, en a arrêté le développement.

Nous serions assez disposé à considérer cette affection, avec M. Ancelon, comme une épidémie analogue, sinon entièrement semblable, à l'épidémie singulière qui a régné à Paris en 1828 et 1829, et qu'on a désignée sous le nom d'acrodynie. Il est certain, du moins, d'après les descriptions qui en ont été faites dans le temps, qu'elle rappelle assez bien quelques-uns des principaux caractères de cette épidémie.

Il serait certainement intéressant d'étudier les diverses phases de cette affection, si elle venait à prendre un plus grand développement. Il est surtout un point capital sur lequel nous appellerions dans ce cas l'attention de notre honorable correspondant, c'est la recherche des causes possibles ou probables de cette bizarre affection. L'étiologie de l'acrodynie a beaucoup occupé les médecins qui ont suivi et étudié l'épidémie de 1828. Ils l'ont alternativement attribuée à une mauvaise qualité des aliments, à des influences insalubres locales, aux vicissitudes atmosphériques, etc. ; elle a mis en défaut toute leur sagacité. Mais on sait combien, en général, toutes les questions qui se rattachent à l'étiologie et au mode de propagation et de transmission des épidémies sont difficiles à résoudre dans un centre de population tel que Paris, où l'origine et la trace des maladies sont presque toujours impossibles à saisir. Il n'en est pas de même dans des localités plus restreintes où les conditions communes de la vie, les influences hygiéniques sont beaucoup mieux connues et plus faciles à apprécier de la part du médecin, et où il lui est beaucoup plus aisé aussi de suivre la filiation des faits. Nous recommandons ce genre de recherches à l'attention de M. Ancelon et de ceux de nos confrères qui seraient à même d'observer la même affection.

Hématurie mortelle causée par une varice ouverte du col de la vessie.

Un malade entré dans le service de M. le professeur Laugier à l'Hôtel-Dieu pour une affection du fémur, une exostose périostale, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir plus tard, a été pris, après quelques jours de séjour à l'hôpital, d'une hématurie abondante. Le sang était noir et pur, sans mélange d'urine. En palpant la région hypogastrique, on trouva la vessie distendue et remontant très haut. L'hémorrhagie avait lieu par regorgement. Le cathétérisme ne fit constater aucune lésion appréciable; point de rétrécissement, point de tumeur ni de fongosités dans la région prostatique.

Il est bon de rappeler, pour expliquer ce défaut de contraction de la vessie, que le malade a eu quelque temps auparavant une myélite accusée par de vives douleurs de reins, avec paraplégie, lesquels symptômes persistaient encore à un léger degré en ce moment. Bref, depuis ce jour l'hématurie n'a cessé de se reproduire par intervalles, et quelquefois avec une extrême abondance, sans que les applications froides et divers autres moyens employés avec persévérance aient pu l'arrêter. Le malade, graduellement affaibli par ces pertes de sang réitérées, a fini par tomber dans une prostration extrême, à laquelle il n'a pas tardé de succomber.

A l'autopsie, on a constaté l'existence de varices volumineuses au col de la vessie. L'une de ces varices était ulcérée et largement ouverte. C'est par cet orifice béant qu'avait eu lieu l'hémorrhagie urétrale incoercible. On comprend l'impuissance de la thérapeutique dans ce cas.

Cette observation n'est pas tout à fait sans précédent dans les annales de la science; on en trouve un certain nombre d'exemples dans Bonnet, Morgagni, Chopart, Desault et quelques autres auteurs. Mais ces exemples diffèrent en général de ce fait, en ce que les varices y existaient rarement seules, qu'elles étaient presque toujours compliquées de l'existence d'une autre lésion qui avait pu contribuer à les produire ou à les entretenir. Ainsi, dans la plupart des observations empruntées aux auteurs que nous venons de citer, il existait en même temps des calculs vésicaux ou des tumeurs prostatiques. Desault et Chopart rapportent, il est vrai, quelques cas d'hématuries sans corps étrangers dans la vessie. Il s'agit dans ces observations de sujets qui, après un séjour prolongé aux Antilles, étaient rentrés en France affectés d'hématuries provenant de varices. Desault prétend les avoir guéries par le séjour permanent d'une sonde dans la vessie, agissant comme corps compresseur. M. Laugier considère ces guérisons comme douteuses, ou du moins, sans en contester la réalité, c'est à une autre circonstance que la compression par la sonde qu'il les attribue, notamment à l'ensemble des moyens coïncidemment employés, et surtout aux changements de régime et d'habitude, et à la cessation des excès et de l'abus des excitants si communs dans les pays chauds.

Ici il n'y avait rien de semblable : ni calculs, ni autres corps étrangers dans la vessie, ni tumeur, ni fongosités de la prostate; rien autre chose, en un mot, que des varices. On concevra aisément, en présence d'une semblable lésion, combien il devait être difficile de porter un diagnostic précis et rigoureux, et combien surtout la thérapeutique était désarmée.

Nous avons dit que ce malade présentait une autre affection intéressante, une tumeur osseuse de la cuisse, qui était l'affection principale pour laquelle il était entré à l'hôpital; nous aurons à revenir à ce sujet sur ce malade.

Application du collodion comme moyen résolutif des engorgements testiculaires consécutifs à l'opération de l'hydrocèle par injection.

Bien que l'engorgement du testicule qui suit habituellement l'injection iodée dans la tunique vaginale ne constitue que rarement un accident assez grave par lui-même pour nécessiter l'emploi d'une médication quelconque, et que le temps seul et le repos suffisent le plus ordinairement pour qu'il se dissipe de lui-même,

FEUILLETON.

Porto-Ferrajo. — Messine. — Malte. — Le Pirée. — Gallipoli (1).

Entre le Pirée et Athènes s'étend une assez grande plaine d'une lieue d'étendue, qui par sa fraîcheur contraste singulièrement avec l'aspect dénudé des montagnes environnantes. Cette plaine, arrosée par le Céphyse et l'Ilissus, devient pendant l'hiver un marécage qui se dessèche l'été, et donne lieu à l'automne à des fièvres intermittentes assez graves qui présentent presque toutes le type tierce. Tous les misérables habitants de cette plaine pestilentielle sont atteints de cette cachexie paludéenne qui abâtardit si vite les populations. A l'extrémité de la plaine, au pied de la chaîne du mont Hymèthe, s'étend Athènes, qui déploie ses faubourgs de chaque côté de l'Acropole. C'est une ville un peu plus vaste que le Pirée, qui n'a plus guère de remarquable que son magnifique Parthénon, dont les colonnes de marbre sont encore presque entièrement debout.

Si Athènes et le Pirée, privés de leurs belles ruines, ne présentent rien de pittoresque, en revanche le costume des habitants du pays est quelque chose d'assez curieux. Les hommes, en costume pallikare, avec cette fustanelle blanche simulant des jupons, ressemblent tous à de superbes masques d'opéra. C'est le costume que porte de préférence le roi Othon.

C'est en Grèce que certains produits de l'Orient commencent à apparaître; je veux parler du mastic et du rahat-lokoum. Le mastic est une espèce de liqueur très en usage dans l'Orient; le meilleur vient de l'île de Chio. Il consiste en alcool dans lequel on a fait dissoudre une sorte de gomme parfumée. On boit ce mastic mélangé avec de l'eau, qu'il rafraîchit et blanchit comme de l'eau de Cologne. C'est l'absinthe de l'Orient. Son abus prolongé produit sur l'organisme des effets aussi désastreux que l'opium. Le rahat-lokoum est de la confiture sèche; c'est une espèce de pâte transparente, colorée diversement, faite avec de la fleur de farine, du sucre et des amandes ou des pistaches. C'est un mets assez bon, mais un peu fade cependant. Le meilleur est celui qui se prépare au village turc situé près du second château des Dardanelles, en Asie.

Au port de Munychie, aujourd'hui abandonné des navires, il y a un assez joli établissement de bains de mer où les gens riches du pays viennent chaque soir. Nous allâmes aussi en prendre. C'était, je puis l'assurer, un grand délassement après les fatigues d'une traversée par une mer toujours mauvaise et un encombrement assez considérable de troupes.

On ne débarqua au Pirée qu'une partie des troupes, qui établirent de suite leurs camps. Ces camps, qui sont au nombre de deux, sont bien placés pour observer le Pirée et Athènes, et recevoir la brise de la mer, qui par sa fraîcheur tempère un peu la chaleur étouffante du jour. Les nuits, en revanche, y sont très froides.

Nous quittâmes, non sans quelque peine, cette belle terre de Grèce, et doublâmes le cap Sunium, où on voit les débris du magnifique temple de marbre consacré à Minerve Suniade. Il y a encore debout onze colonnes de marbre blanc, dont huit sont situées dans un plan parallèle à la mer, et les trois autres dans un plan perpendiculaire au premier.

Enfin nous touchions au but de notre voyage, à Gallipoli, où nous devions débarquer nos troupes.

L'aspect de la ville avait un peu changé depuis notre dernier voyage. Les ouvriers du génie avaient percé quelques rues, nivelé et assaini quelques autres; ils en avaient fait une ville habitable. Nous y trouvâmes les frégates de l'escadre française de la mer Noire, dont les chirurgiens nous donnèrent quelques détails sur l'armée turque. Il paraît que les hôpitaux et les ambulances sont le service le mieux organisé de cette armée. Ils ont vu, entre autres, celui de Varna, qui les a étonnés par le confortable dont jouissent les pauvres malades. Seulement une coutume singulière, qui est une loi du Koran, celle de se laver plusieurs fois dans la journée, fait de nombreuses victimes parmi les malades. Qu'un homme ait une pleurésie ou une pneumonie, il ne s'en lève pas moins pour faire ces ablutions d'eau froide sur tout le corps; vous devez penser comme cette prescription, excellente dans l'état de santé, devient funeste dans ces maladies inflammatoires.

En revenant, nous descendîmes sur la côte d'Asie, au château des Dardanelles, près duquel est établi un hôpital français dans un endroit remarquable par sa salubrité. Les villes turques d'Asie, moins envahies par la civilisation que celles d'Europe, présentent un cachet particulier que l'on ne retrouve plus guère dans les autres villes de la

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 juillet.

les chirurgiens ne s'en sont pas moins préoccupés cependant de temps à autre de rechercher un moyen d'abréger la durée de cet engorgement. On a dans le temps préconisé dans ce but la compression circulaire des bourses à l'aide de bandelettes de diachylon, de diapalme, de vigo. Mais la difficulté d'exercer avec ces agents emplastiques une compression méthodique et uniforme, les accidents qui sont résultés quelquefois d'une compression inégale, de l'étranglement du testicule et de son refoulement contre l'anneau, ont fait presque généralement abandonner ce moyen.

De nouveaux essais de ce genre viennent d'être repris récemment par M. le professeur Velpeau, mais cette fois avec une substance merveilleusement appropriée au but qu'on se propose, avec le collodion, — le collodion qui se moule avec une si grande facilité sur les tissus et qui a la double propriété d'exercer une compression énergique, égale et uniforme, et d'agir en même temps à la manière des résolutifs.

On se rappelle qu'il y a quelques semaines à peine l'Académie de médecine et le public ont été entretenus des bons effets de l'application du collodion dans le traitement des orchites. De là à l'application du collodion pour la résolution des engorgements testiculaires consécutifs à l'opération de l'hydrocèle, la transition était toute naturelle. Aussi cette idée n'a-t-elle pas échappé à la sagacité ordinaire de M. Velpeau, qui d'ailleurs, si nous ne nous trompons, avait fait quelques tentatives de ce genre avant qu'il fût question de l'orchite.

Quoi qu'il en soit, les malades affectés d'orchite, ainsi que les opérés d'hydrocèle dans les salles de la Charité, sont actuellement soumis à l'application du collodion.

Or, voici ce qui en est résulté en ce qui concerne ces derniers, les seuls dont nous ayons à nous occuper pour le moment.

Chez quatre ou cinq malades récemment opérés d'hydrocèle par la méthode ordinaire (la ponction et l'injection iodée), M. Velpeau a fait appliquer le collodion à partir du troisième ou quatrième jour, et chez quelques-uns même un peu plus tard. Chez tous, l'intensité et la durée de l'engorgement inflammatoire ont été très notablement amoindries. Chez l'un d'eux notamment, qui est sorti de l'hôpital le 24 juin dernier, la résolution a été complète au bout de vingt-quatre heures de cette application.

Si, au lieu d'appliquer le collodion trois ou quatre jours après l'opération, on l'appliquait immédiatement après, n'y aurait-il pas lieu d'espérer que cet engorgement pût être prévenu, tout en ne portant aucun obstacle par-là au travail adhésif de la tunique vaginale? Les faits que nous venons de citer sembleraient justifier cet espoir. C'est, du reste, ce dont M. Velpeau se propose de s'assurer par l'expérience.

Un effet de foudre.

Les médecins et les élèves qui suivent habituellement les visites de l'Hôtel-Dieu ont pu voir dans le service de M. Requin, salle Sainte-Anne, un homme qui a été frappé par la foudre pendant le grand orage qui a éclaté sur Paris il y a huit jours. Cet homme est l'un des deux individus frappés sur le quai Saint-Bernard, près du Jardin des Plantes, et dont on a entretenu le public. Le premier a été tué sur le coup. Celui dont nous voulons entretenir nos lecteurs a été labouré par le fluide électrique; voici de quelle manière. La foudre l'a frappé sur le bras gauche d'abord, où elle a produit une brûlure qui ressemble assez bien à un vésicatoire; de là elle a gagné le flanc gauche, où elle a fait une large brûlure; puis elle a contourné en partie le bassin, a frappé les bourses et l'extrémité de la verge, et de là a gagné la jambe droite, vers l'extrémité de laquelle elle para[illegible] avoir terminé sa course. Elle a ainsi sillonné obliquement presque tout le corps de haut en bas et de gauche à droite. Mais voici une particularité assez singulière qui explique cette obliquité du trajet de la foudre.

Ce sujet, affecté d'une hernie inguinale du côté gauche, portait un bandage. Or le fluide électrique, qui semblait d'abord se diriger verticalement depuis la partie moyenne du bras, la première frappée, jusqu'au bassin, arrivé à ce point, où il trouvait un conducteur naturel dans le ressort du bandage, a perforé la garniture du ressort, et a suivi ce ressort jusqu'à la pelote; de là il est ressorti en pratiquant une seconde perforation plus grande que le trou d'entrée, comme cela a lieu ordinairement pour les balles, et après avoir fondu en partie l'un des boutons qui servent à fixer les courroies. C'est en sortant par ce point que le fluide électrique a frappé les bourses et l'extrémité de la verge, pour gagner ensuite de là le membre droit. Au-dessous du bandage, la peau est parfaitement intacte; il y a dans toute la région qui en était recouverte une interruption de la traînée de brûlures.

Quant aux phénomènes généraux éprouvés par cet homme, voici ce qu'il nous en a raconté. Il n'a senti d'abord qu'un coup violent et presque simultané sur le bras et sur les parties génitales; il est tombé aussitôt et a perdu connaissance. A son réveil il n'a pu se lever, il était paralysé des deux membres inférieurs; mais cette paraplégie n'a été que de courte durée (cinq ou six heures environ): elle s'était dissipée d'elle-même peu de temps après l'arrivée du blessé à l'hôpital. Enfin un dernier phénomène dont on ne s'est aperçu que depuis, c'est une perforation de la membrane du tympan du côté gauche, du côté où a été reçue la foudre.

En résumé, il ne reste aujourd'hui d'autres traces de ce coup de foudre qu'une traînée de brûlures au premier et au deuxième degrés sur une grande partie du côté gauche du corps, sur les parties génitales et sur la jambe droite, enfin la perforation du tympan. L'état général de ce malade est d'ailleurs parfait.

Dr Brochin.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Vin diurétique.

Par M. Granel, pharmacien.

Squames de scille coupées. . . .	8	grammes
Feuilles de digitale préparées. . .	8	—
Cannelle fine.	12	—
Acétate de potasse.	15	—
Vin de Madère.	500	—

Faire macérer pendant huit jours.

La dose est d'une cuillerée à soupe le matin à jeun.

On peut augmenter progressivement jusqu'à quatre cuillerées par jour; deux le matin et deux le soir, trois heures au moins après le dernier repas.

Pilules toniques et antispasmodiques contre l'hydropisie.

Par le même.

Savon amygdalin.	8	grammes
Extrait de rhubarbe.	4	—
Extrait de fumeterre.	4	—
Castoréum.	2	—
Camphre.	2	—

Mêlez. Pour des pilules de 10 centigrammes.

On emploie ces pilules dans les cas où il y a débilité chez les personnes nerveuses, à la dose de deux le matin et deux le soir, en augmentant jusqu'à quatre le matin et quatre le soir.

Préparation du collodion.

Par M. Ortlieb, pharmacien.

Voici une observation sur la préparation du collodion : elle consiste à substituer à l'acide sulfurique du commerce dit anglais, qui a rarement le degré de concentration voulu (66 degrés), celui fumant de Nordhausen à l'équivalent d'eau.

Par cette substitution, le coton imprégné une seule fois dans un mélange d'azotate de potasse et d'acide précité se dissout rapidement dans l'éther additionné d'un peu d'alcool absolu. L'opérateur n'a jamais besoin de recommencer l'imprégnation.

(*Répert. de pharm.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 JUILLET 1854.

Suite de la discussion sur le traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin. — Fin du discours de M. Velpeau.

Si rien dans d'autres états pathologiques ne permet de confondre les accidents des déviations avec une maladie différente, serait-ce donc dans les complications qu'il faudrait chercher la source de cette confusion? Mais là encore je ne nie qu'un praticien expérimenté puisse s'y méprendre. Qu'est-ce qui peut compliquer, en effet, les déplacements de matrice? Des inflammations, des tumeurs, des adhérences, des gonflements, etc. Ce que j'ai dit déjà du diagnostic permettra-t-il jamais de ne pas distinguer ces états morbides d'une déviation simple? Et qui donc attribuerait à la déviation les accidents après avoir constaté l'existence ou d'une inflammation, ou d'une tumeur, ou d'adhérences et de brides appartenant à l'utérus? Puis ces complications elles-mêmes sont-elles la cause, sont-elles l'effet de la déviation? Pour moi, je ne doute pas que ce puisse être tantôt l'un, tantôt l'autre. Il est certain, et il suffit d'énoncer le fait pour que tout le monde l'accepte, il est certain, dis-je, qu'un corps fibreux, qu'un kyste, qu'une tumeur quelconque développée dans le bassin, dans le tissu ou autour de l'utérus sont de nature à faire naître des déplacements, des déviations de la matrice. Qu'une inflammation partielle, aiguë ou lente s'établisse dans le péritoine pelvien, et après la guérison des adhérences, des brides allant d'un organe à l'autre pourront dévier, déplacer l'utérus dans divers sens. Qu'une inflammation sourde se soit établie dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans le ligament large, dans l'un des ligaments quelconque des organes génitaux de la femme, et il en résultera un raccourcissement tel des tissus après la guérison que là encore se trouvera la source de certaines déviations.

Ainsi, toutes sortes de maladies peuvent être la cause comme la complication des déplacements utérins. Mais ces déplacements, à leur tour, sont évidemment de nature à produire la plupart de ces lésions. Est-ce que le fond de l'utérus frottant, pressant contre la vessie, le rectum ou un point quelconque du péritoine, ne peut pas devenir aussi la source d'inflammations qui seront suivies d'adhérences, de brides, de suppuration, d'épaississement, de tumeurs même?

Reste, il est vrai, la question des épaississements de l'utérus, et c'est là que reviendraient les engorgements.

En admettant, en effet, avec quelques-uns de nos collègues que la matrice soit le siége d'un engorgement partiel, d'une sorte d'hypertrophie locale, on trouverait tout simple que, plus volumineuse et plus lourde dans ce point que partout ailleurs, la matrice fût ainsi entraînée dans un sens plutôt que dans l'autre et déviée de son axe. Alors il faudrait donc attribuer à l'engorgement les accidents qu'on rapporte aux déviations de la matrice. Mais, outre que ce genre d'engorgement, d'hypertrophie pure n'a point été constaté d'une manière évidente, il n'y aurait pas de raison, s'il existait, de l'attribuer aussi bien à la déviation elle-même que de l'en regarder comme la cause. Et, encore une fois, il ne s'agit point dans tout ce que je dis des déviations de symptômes, d'accidents qui se rapportent aux complications dont elles peuvent être accompagnées, mais bien d'accidents chez des femmes qui n'ont que des déplacements simples de l'utérus. La preuve, au surplus, que les accidents dont on parle ne tiennent ni aux complications des déviations utérines, ni à des maladies étrangères à ces déviations, c'est que chez les malades mortes avec ces accidents ou de maladies intercurrentes tout à fait différentes on n'a rien trouvé sur le cadavre que la déviation proprement dite.

Permettez-moi de rappeler ici l'un des premiers faits qui m'aient ouvert les yeux à ce sujet et que j'ai dès longtemps signalé dans mes leçons (*Gazette des Hôpitaux*, 1845).

Une dame de la connaissance du professeur Pelletan, et qui me consulta en 1828, avait été traitée depuis dix à douze ans par une foule de praticiens de la capitale. Elle était atteinte, selon quelques-uns, d'une affection organique de la matrice; pour d'autres, c'était un simple engorgement. Le plus grand nombre la disaient affectée d'un gonflement de matrice et de névropathie générale. Je la crus moi-même en proie aux conséquences d'un engorgement utérin notable, par la raison que j'avais trouvé chez elle, en la touchant par le vagin et par le rectum, une tumeur notable derrière le col de la matrice. Cette dame, d'ailleurs vive et d'une impressionnabilité extrême, finit par succomber.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes aucune lésion dans les viscères, et au lieu d'engorgement il ne fut possible de constater dans l'utérus aucune altération quelconque, si ce n'est une rétroflexion complète. La matrice était littéralement en double, et c'était sa paroi antérieure et son fond proéminent vers la paroi recto-vaginale qui nous en avaient imposé pour un engorgement.

Il est donc parfaitement exact de dire que les déviations utérines causent par elles-mêmes une série d'accidents, et qu'à la longue elles peuvent même entraîner de véritables dangers; accidents et dangers qui varient naturellement selon une foule de circonstances, selon l'impressionnabilité, la constitution plus ou moins nerveuse des femmes. Là-dessus, et pour prouver à M. Gibert que ce qu'il dit aujourd'hui n'est point négligé par les chirurgiens, il me suffira de rappeler ce que j'en dis moi-même depuis vingt ou vingt-cinq ans. Voici, en particulier, un passage tiré de mes leçons d'il y a longtemps :

« Il ne faut pas oublier que chez beaucoup d'entre elles (les femmes) l'imagination joue un rôle qui vient s'ajouter aux véritables douleurs physiques. Chez celles qui, comme on le dit vulgairement, ne s'écoutent pas, l'inflexion ne donne presque aucun signe de son existence; chez les autres, soit par organisation, soit par désœuvrement, le besoin de l'examiner, d'étudier ce qui se passe en elles est irrésistible; celles-là s'écoutent vivre, pour ainsi dire, et s'exagèrent la moindre souffrance. Quand ces femmes en sont arrivées à se persuader qu'elles sont ainsi malades, si l'on vient à parler devant elles de cancer, de tumeurs, d'ulcères, plus elles vont, plus s'enracine en elles la croyance d'un état sérieux. »

Puis je termine par une proposition générale :

« D'une manière absolue, sans aucun doute, hors l'état de grossesse et dégagées des troubles exagérés de l'imagination, les inflexions pures de l'utérus sont d'un pronostic peu grave; mais en y joignant le rôle joué par le cerveau, elles amènent des dangers réels. »

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ne sont-ils pas de nature à faire disparaître en grande partie la nécessité des quatre premières conclusions du rapport?

Arrivons maintenant à un point plus essentiel, à ce qui concerne la thérapeutique des déplacements utérins.

Il a été dit dans cette discussion que dans un très grand nombre de cas il suffit de faire disparaître les complications pour que la déviation n'exerce plus sur la santé aucune influence fâcheuse. Ceci me paraît d'abord facile à dire et ramener à l'une des questions déjà discutées, la question de savoir si les accidents qu'on observe dépendent de la déviation ou de tout autre état pathologique. Je l'ai déjà dit : s'il y a des complications et qu'on ait pu les constater, personne ne nie qu'il ne soit rationnel de les combattre, de les détruire d'abord, si on le peut. Mais encore un coup, c'est de la déviation et de ses accidents qu'il doit être question quand on parle du traitement des déviations. Or, M. Depaul a dit et soutient qu'à ce sujet la science, la pratique sont loin d'être désarmées, qu'elles ont des moyens de guérison nombreux et variés. Voyons donc où en sont nos richesses sous ce rapport. Par ce que j'ai vu, par ce que je sais, il me semble pourtant qu'on ne parvient guère à guérir les déviations de matrice, et j'avoue même ne point comprendre comment on peut guérir les inflexions en particulier.

Une rétroflexion, par exemple, à angle droit ou à angle aigu qui date de plusieurs années ne me semble guère susceptible de guérison. Notre collègue M. Malgaigne nous a bien dit qu'il en avait vu disparaître en quelque sorte spontanément et d'un jour à l'autre. C'est là un fait que je n'oserais point nier, que je ne sais point expliquer, pourtant auquel je crois, puisque M. Malgaigne affirme l'avoir vu; mais je

---

Turquie. Là tout est encore vraiment musulman, et il n'y a pas jusqu'aux chiens des bazars qui grognaient à l'approche de nos chiens, les considérant sans doute comme des intrus. Les chiens, qui fourmillent dans les villes turques, paraissent tous appartenir à la même race, même forme, même robe, d'une couleur jaune fauve ressemblant un peu à celle du chacal.

Notre traversée n'a été signalée par aucun fait médical bien saillant. Nous avons eu parmi les militaires passagers un assez grand nombre de cas d'héméralopie, qui ont été traités avec quelque succès par le foie de bœuf; et beaucoup de cas de syphilis, un bubon, entre autres, qui a présenté cela de remarquable, que, pendant le ramollissement de la tumeur et la formation du pus, l'inflammation s'était propagée à toute la région inguinale, qui était devenue le siége d'un phlegmon considérable, et un peu au péritoine, ce qui faisait dire au pauvre soldat qu'il avait la *vérole dans le ventre*.

Nos marins n'ont eu à souffrir que d'une maladie assez bénigne, mais qui s'est étendue à tout l'équipage; je veux parler d'ulcérations atoniques de la bouche qui se communiquaient quand on allait boire au charnier. Il a suffi de donner de l'eau vinaigrée pour voir tous ces accidents disparaître. On leur faisait ensuite nettoyer les dents avec une espèce de brosse très en usage chez les nègres du Sénégal; c'est tout simplement un morceau de bois tendre que l'on mâche et avec lequel on se frotte les dents. Seulement les nègres se servent d'un bois astringent, ce qui produit un certain effet sur les gencives; nous l'avons remplacé par du quinquina.

Cornet.

ne puis m'empêcher d'ajouter que si je l'avais vu moi-même, il me serait difficile de ne pas conserver quelques doutes sur sa réalité.

Quelles sont d'ailleurs ces armes si puissantes? Dans un temps, à une époque qui n'est pas encore très éloignée, les praticiens ne trouvaient rien de mieux que de tenir les femmes couchées pour redresser leurs matrices; couchées sur le ventre en cas de rétroversion, sur le dos pour les antéversions, et couchées ainsi pendant des mois, des années même, ainsi que j'en ai vu un certain nombre. Mais franchement est-ce là un traitement, que de condamner une pauvre femme à rester ainsi immobile pendant plusieurs années, et qui en général ne sera pas plus guérie à la fin qu'au commencement, qui retrouvera sa déviation à la moindre marche, au moindre effort qu'elle fera en sortant de son lit? Cette invention du repos associé aux petites saignées répétées, aux pilules de ciguë, aux lavements froids, aux bains prolongés qui faisaient la base de la thérapeutique de Lisfranc, et qui à la rigueur se comprenaient avec l'idée d'engorgement, ne serait-elle pas ridicule aujourd'hui, que chacun sait qu'il s'agit de déviation de matrice?

Les moyens généraux sur lesquels vient encore d'insister M. Gibert; mais les moyens généraux sont un accessoire ou un traitement à part, qui ne s'applique point évidemment à la déviation, mais à d'autres états, à la constitution de la malade ou à des complications de la maladie. Est-il besoin d'ajouter d'ailleurs que ces moyens généraux ne sont perdus de vue par aucun praticien raisonnable, et que si nous n'en parlons point dans nos discussions, c'est qu'il est parfaitement inutile de refaire un traité de pathologie générale à l'occasion de chaque question spéciale, et quand il est bien entendu, comme ici, qu'on s'occupe uniquement de la thérapeutique locale des déplacements de la matrice.

Parlons donc des moyens locaux, et en particulier des moyens mécaniques. Or de tout temps on a fait usage, à ce dernier titre, des instruments connus sous le nom de pessaires; mais ces pessaires, depuis la simple pomme de reinette inventée par quelques paysannes ou les pommes d'orange signalées tout à l'heure, jusqu'aux pessaires en caoutchouc vulcanisé, que font-ils, si ce n'est de pallier en partie la maladie? Est-ce qu'ils guérissent définitivement les inflexions ou même les simples déviations? A quelques exceptions près, non. Ils soulèvent, ils soutiennent la matrice, ils l'immobilisent dans certains cas; ils la redressent quelquefois. C'est quelque chose sans doute. On est heureux de les avoir; mais ce n'est pas tout, et ils laissent évidemment beaucoup à désirer. Ils ont d'ailleurs des inconvénients sérieux. D'abord ils ne sont pas eux-mêmes sans danger. Est-ce qu'ils n'ont pas été cent fois la source d'inflammations, d'irritations de toutes sortes, d'écoulements ichoreux, d'ulcérations? est-ce que je ne les ai pas vus perforer la cloison recto-vaginale ou la cloison vésico-vaginale? est-ce qu'on n'est pas parfois obligé de pratiquer des opérations graves pour les retirer des organes? est-ce que toutes les femmes peuvent les supporter? Et puis la malade a-t-elle lieu d'être satisfaite d'un pareil remède, même quand il la soulage et semble la guérir? Comment! voilà une femme jeune encore, qui a 20, 25 ou 30 ans, et qui ne pourra marcher, prendre part à la vie commune qu'à la condition de porter indéfiniment dans le vagin un corps étranger, un pessaire, et cela pendant un grand nombre d'années, toute la vie peut-être!

Pour se contenter d'un pareil remède, il faut, convenez-en, n'être pas difficile à satisfaire. Pourtant je suis loin de proscrire les pessaires; ils rendent de véritables services; ils peuvent même, quoiqu'on ait soutenu le contraire dans cette enceinte, redresser et retenir droite la matrice dans certains cas; non pas dans les inflexions, il est vrai, mais dans les antéversions ou rétroversions; non pas toutes les matrices, mais celles dont le col est un peu long et d'un certain volume; non pas tous les pessaires indistinctement, mais quelques-uns d'entre eux.

Ainsi le pessaire en gimblette, les pessaires en cupule ou en bilboquet, les pessaires en virole que préconise surtout M. Chomel, les pessaires en cuillère ou en bourrelet, etc., de M. Hervez de Chégoin embrassent souvent assez bien le col de la matrice, que la pression des viscères y enfonce de plus en plus après le redressement, pour que la déviation y trouve un appui suffisant, un obstacle très efficace. Mais avec tous ces avantages le pessaire n'en est pas moins un pis-aller et ne mérite d'être employé que faute de mieux.

On a parlé de moyens mécaniques portant sur l'intestin, sur le rectum ou sur la vessie. Mais est-ce sérieusement que l'on vante comme une médication utile de tenir un bouchon dans le rectum d'une femme pour que ses matières stercorales, retenues pendant huit, quinze et trente jours, redressent la matrice? Quel est donc ce traitement qui consiste à recommander à la malade de n'uriner que toutes les douze ou vingt-quatre heures, afin que l'urine accumulée dans la vessie repousse la matrice en arrière? Mais non, ce ne sont pas là des moyens sérieux; et si la science n'en avait pas de meilleurs, celui qui est en cause aujourd'hui ne mériterait que bien peu de reproches.

Agir par le rectum, beaucoup de praticiens y ont pensé, soit avec des vessies, soit avec des sacs de linge, soit avec des poches de caoutchouc. Avant qu'il en fût question de nouveau, j'en avais même essayé un que j'ai signalé en 1849. Je portais dans le rectum, à une certaine hauteur, un long cylindre d'éponge préparée et déficelée, enveloppée d'une large chemise de mousseline. Cette éponge s'imbibant se gonflait sur place, faisait assez bien disparaître les rétroversions et les rétroflexions; mais la plupart des femmes ne supportaient pas ce corps étranger dans l'intestin; il les fatiguait, il causait des douleurs, il provoquait des envies d'aller à la garde-robe. Bref, la plupart d'entre elles refusaient de s'y soumettre; et l'on conçoit, après tout, qu'il serait encore cent fois plus pénible de garder une sorte de pessaire dans le rectum que dans le vagin.

Tourmenté, comme tous les praticiens un peu répandus, du besoin d'agir autrement contre les déviations utérines, j'ai imaginé, depuis près de vingt-cinq ans aujourd'hui, la ceinture dite hypogastrique; cette ceinture qui porte principalement sur l'hypogastre, de manière à relever le bas-ventre au moyen de plaques, de bourrelets ou de coussins particuliers. Je ne sais si l'invention de ces ceintures m'appartient réellement; ce qu'il y a de sûr, c'est que j'en ai popularisé, généralisé l'emploi plus que personne; c'est que j'en faisais usage dès 1835, avant que l'on connût, je crois, la ceinture de M. Hull, ainsi que celle de Bienaimé, de Béchard et de quelques autres qui ont été construites depuis à mon instigation. Ce qu'il y a de sûr encore, c'est que je donnais le dessin de l'une d'entre elles dans ma *Médecine opératoire* de 1839, et que personne encore n'en faisait mention dans la pratique. Eh bien! ces ceintures, qui rendent de véritables services aux femmes, qui en soulagent un très grand nombre, un si grand nombre, que dans une statistique où je me suis arrêté au chiffre de 200, je trouve 165 femmes qui s'en sont bien, très bien trouvées. Ces ceintures, que j'emploie journellement et de plus en plus, sont pourtant loin encore de me satisfaire pleinement. D'abord, et d'une manière générale, elles ne guérissent pas, elles ne redressent pas la matrice; elles ne font, comme les pessaires, que pallier; en second lieu, elles sont un embarras, une sujétion, une source d'ennuis qu'il n'est pas possible de nier, d'autant plus que les malades sont obligées de les porter, comme les pessaires, presque indéfiniment. Puis il est une certaine proportion de femmes qui ne veulent pas s'y astreindre ou qui ne peuvent pas les supporter. Moi-même, qui parviens à les faire supporter plus souvent que d'autres praticiens, j'accorde qu'elles ne conviennent pas partout, qu'il faut y renoncer quelquefois.

Qu'elles agissent en soutenant les viscères, en soustrayant l'utérus à la pression des organes contenus dans le ventre, comme je le crois, malgré la dénégation de certains confrères, ou bien en contribuant à l'immobilisation de la matrice, peu importe; elles soulagent, elles redonnent de la vie, de la force aux femmes affectées de déviations, de déplacements de l'utérus. Comme elles n'agissent, comme elles ne portent qu'à l'extérieur, elles sont sans danger réel. A ce titre, elles n'ont pas l'inconvénient des pessaires, elles doivent leur être préférées; elles peuvent même, dans certains cas, leur être utilement associées. Mais, je le répète, ce n'est pas encore là une arme dont on doive être pleinement satisfait; c'est un moyen à employer uniquement faute de mieux.

C'est parce que j'avais senti ce vide de la science ou de la pratique que je m'étais évertué, il y a une vingtaine d'années, à trouver un redresseur direct de la matrice, ce redresseur à l'examen duquel nous voici enfin arrivés.

Voici celui que j'avais imaginé. J'ai eu beaucoup de peine à le retrouver; il était perdu depuis longtemps. Mais on a enfin remis la main dessus en nettoyant le coin d'une vieille armoire de l'hôpital. C'est une moitié de disque surmontée d'une tige un peu flexible et creuse, longue de 4 à 5 centimètres. Je portais cette tige dans la cavité utérine, et le disque, moitié de pessaire, devait être tourné en avant pour remédier aux rétroversions et rétroflexions, en arrière pour les déviations contraires. Mais ne voulant pas ou n'osant pas pénétrer de force avec cette tige dans la cavité utérine, je commençais par dilater les isthmes de l'organe au moyen de sondes ou de bougies, comme pour les rétrécissements de l'urètre. Voici une sorte de mandrin à brisure articulée qui, près de son extrémité, se courbe ou se redresse à volonté par le moyen d'une vis de rappel. Ce mandrin, armé d'une sonde élastique, porté courbe dans l'utérus infléchi, redresse très bien l'organe dévié. Il me servait de même pour l'introduction de mon pessaire à tige, qu'introduisais ainsi courbé, et que je pouvais dès lors redresser sur place et laisser ainsi dans les organes.

Je ne sais si je m'abuse, mais cet instrument, imaginé bien avant que M. Simpson et les autres eussent parlé du redresseur intra-utérin, vaut au moins ceux qu'on lui a substitués. Il est souple et non métallique; sa tige peut être introduite courbe et redressée ensuite; abandonné dans le vagin et l'utérus, il ne gêne guère plus qu'un pessaire, et ne fait pas courir les mêmes risques, ce me semble, que le redresseur de M. Simpson ou de M. Valleix.

Peut-être me permettra-t-on cette petite tendresse paternelle pour un instrument dont je suis loin cependant de méconnaître les défauts, et dont je me suis si peu exagéré l'utilité, qu'après cinq ou six mois j'ai cessé d'en faire usage. J'ai cessé d'en faire usage parce que toutes les objections qu'on a faites ici au redresseur intra utérin, je me les étais faites moi-même. Je craignais d'irriter ainsi l'intérieur de l'utérus; d'excorier, d'ulcérer le tissu de cet organe; de faire naître des métrites, des péritonites. Une première fois quelques-uns de ces accidents survinrent, sans être très graves toutefois. Une deuxième fois la malade s'en trouva très bien. Chez une troisième des douleurs et de l'impatience de la malade m'empêchèrent d'insister. Dans un quatrième cas l'instrument soulagea beaucoup, mais la femme voulut retourner chez elle au bout de quelques jours; je la perdis de vue. Dans deux autres cas le résultat fut si peu concluant, que je n'insistai pas davantage. D'ailleurs, pour essayer un moyen avec quelque suite, il faut avoir la conviction qu'il doit être bon. Or cette conviction me manquait, j'étais arrêté par cette pensée: Supposons, me disais-je, que la matrice soit ainsi tenue redressée; tant que l'instrument restera en place la femme sera guérie. Mais il ne sera pas possible de le laisser indéfiniment dans le vagin et les organes, et quand il sera enlevé, qui empêchera l'utérus de tomber dans son état de déviation primitive? Voilà pourquoi, sans y renoncer absolument, j'avais en quelque sorte oublié cette médication des déviations de la matrice.

J'ajouterai un mot pour qu'il n'y ait point de confusion dans l'évolution de cette thérapeutique. Ma pensée n'était point la même que celle de M. Amussat, qui dès 1827 introduisait, lui aussi, une sonde, une tige dans la cavité utérine pour remédier aux déviations, et qui paraît avoir renoncé bien vite de son côté à l'usage de ce moyen. M. Amussat, en effet, me paraît n'avoir songé qu'aux antéversions et rétroversions et s'être contenté d'une tige fixée à l'extérieur. Mon instrument à moi était imaginé surtout en vue des inflexions, et se composait d'une simple moitié de pessaire surmontée d'une broche souple, broche susceptible d'être courbée et redressée à volonté par un instrument particulier.

Nous voilà donc maintenant en présence du système pur de M. Valleix. Qu'a-t-on dit de ce système, en définitive, pour en demander la proscription absolue? Qu'il est inutile, qu'il est dangereux; qu'après avoir réussi même, il n'empêche pas le mal de revenir. Inutile, je ne puis l'admettre; nous venons de voir que ces armes dont on gratifie la science laissent en réalité beaucoup à désirer et qu'il y a lieu de rechercher quelque chose de mieux. Il y a donc sous ce point de vue un vide véritable à remplir. Le redresseur utérin sous ce rapport-là n'est donc pas à dédaigner. Il est inutile, parce que, dit-on, il ne redresse pas même la matrice.

Vous avez entendu notre honorable collègue M. P. Dubois soutenir qu'il ne peut pas redresser l'utérus, attendu que la tige de l'instrument de M. Valleix n'a plus que 3 centimètres, et que 3 centimètres ne suffisent pas pour pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine; ce qui est vrai.

Mais il y a là une erreur matérielle. La tige employée par M. Valleix a généralement 4 à 5 centimètres; il n'en emploie point qui aient moins de 3 centimètres 1/2, 4 centimètres: c'est qu'en effet avec 3 centimètres la tige n'occuperait que le col, et elle s'en échapperait même bientôt. Il est inutile, parce que, dit-on, même alors qu'il semble avoir guéri, ce n'est point en redressant la matrice qu'il réussit. Ceci ne me paraît nullement démontré. M. Valleix possède une infinité de faits, il en a publié un grand nombre; il affirme, lui qui les a examinés de très près, que le redressement a été opéré franchement, complétement par son instrument chez bon nombre de femmes. M. Dubois, qui semble le contester, racontait l'autre jour une observation qui a paru impressionner vivement l'Académie, et au fond de laquelle il m'a cependant semblé, à moi, je lui en demande pardon, apercevoir autre chose que ce qu'il y a vu. La malade qu'il cite avait une déviation très prononcée. Elle se soumet au redresseur, et les accidents qu'elle éprouvait disparaissent; elle le dit, on la croit guérie. M. Dubois l'examine de nouveau, et il retrouve la déviation; mais, ajoute-t-il, une déviation moins facile à constater que la première fois, la matrice étant plus élevée et moins inclinée. Eh bien! si la matrice était plus élevée et moins penchée qu'avant le traitement, il s'était donc opéré là un changement mécanique dans le rapport des organes. Et qui dit que l'utérus ait besoin d'être mis absolument droit pour cesser de troubler l'organisme, quand il a été longtemps et fortement dévié? Pour moi, je suis persuadé, pour l'avoir constaté bien des fois, qu'il suffit de dégager une matrice dont le fond appuie fortement derrière les pubis ou sur le rectum, et de la remonter au-dessus du détroit, pour que la plupart des accidents disparaissent. Si donc le redresseur amenait au moins ce résultat, il serait loin d'être inutile; et il n'y aurait pas lieu pour ce motif d'en rejeter l'emploi. Le redresseur de la matrice est si loin d'être inutile, que tous les praticiens ont été à même d'en constater au moins momentanément l'efficacité.

A qui n'est-il pas arrivé un grand nombre de fois de replacer pendant une simple exploration une matrice déviée dans la position normale et de constater qu'à l'instant même les femmes se sentent soulagées, et de s'assurer presque aussitôt que la gêne et les embarras reparaissent au moment où on laisse la matrice retomber dans la déviation première? Ces faits sont d'ailleurs si vulgaires, si bien connus qu'il serait parfaitement superflu d'insister sur leur possibilité.

Presque toutes les observations de M. Valleix témoignent de l'utilité de son redresseur. Voyez, au surplus, on ne le conteste pas, seulement on l'interprète autrement. Au lieu d'attribuer les guérisons au redressement de l'organe, on les attribue, à quoi? Au repos, aux moyens accessoires, à l'immobilisation de l'organe, que sais-je? à la disparition de certaines névralgies, à tout enfin, excepté à la cause réelle, je crois, de ces améliorations; car, si ce n'était pas au redresseur, comment s'expliquer ces guérisons subites, pour ainsi dire instantanées? Est-ce que c'est une inflammation, une hyperthrophie, un engorgement, un état catarrhal qui pourraient disparaître comme une vapeur par le fait d'un agent mécanique, si la déviation n'avait pas été la cause des accidents et si la cessation de cette déviation n'était pas l'explication de ces guérisons parfois comme miraculeuses? Non, non, il n'est pas possible que le redresseur utérin n'agisse pas d'une manière utile, au moins dans un certain nombre de cas.

Quant au danger que l'on a attribué à l'usage du redresseur utérin, voyons sur quelles preuves il repose. *A priori*, et d'après les quelques essais auxquels je m'étais livré, j'avais moi-même pensé que le redresseur utérin pouvait faire naître des douleurs, des inflammations, des ulcérations utérines. Mais c'est par l'observation et l'expérience que de pareilles questions pouvaient être jugées. Interrogée à ce sujet par M. Depaul, l'expérience a prouvé, j'en conviens, que dans quelques cas au moins l'instrument pouvait causer de graves accidents, et même la mort. Mais en réfléchissant que ces cas malheureux sont au fond en petit nombre; que dans la pratique de M. Valleix on n'a pu en trouver que deux ou trois de bien authentiques, j'ai peine à concevoir que ce soient là des résultats bien effrayants, attendu que deux, trois ou même cinq cas malheureux sur cent soixante observations que possède aujourd'hui l'auteur sont en définitive une très faible proportion. Ce qui me rassure encore, c'est que ces faits malheureux pourraient bien tenir autant à des erreurs de pratique ou de diagnostic, à un défaut d'habitude ou de précaution de la part du praticien, qu'à la nature même de la médication. Ce n'est, je crois, faire injure à personne, que de soupçonner un peu d'inexpérience et la possibilité de quelque erreur, de quelque maladresse passagère chez ceux qui emploient une telle ressource alors qu'on est encore au commencement d'une méthode pareille. Je suppose, par exemple, que la tige de l'instrument, tige métallique, inflexible, ait été introduite dans le col d'une matrice infléchie au lieu d'une matrice simplement déviée, n'est-il pas possible que rencontrant le coude de l'organe, que, poussée avec peu de ménagement, elle ait heurté contre le tissu de l'organe au point d'irriter, d'excorier, d'ulcérer ou de perforer même les tissus? Ne conçoit-on pas aussi que, poussée trop loin dans le corps de la matrice; que, tenue trop longtemps dans le corps de cet organe, elle soit devenue cause d'accidents réels; et alors est-ce à la méthode qu'il faut s'en prendre de ces résultats fâcheux, plutôt qu'à ceux qui l'ont mal appliquée?

On a cité des cas d'avortement provoqué par elle. Mais, en vérité, qu'est-ce que cela prouve contre l'instrument? Est-ce la faute du redresseur, si on l'applique là où il ne convient pas, pour toute autre chose que des déviations? Qui me dit qu'on ne l'a pas appliqué aussi dans des cas de déviations compliquées déjà ou d'inflammation, ou d'adhérences, ou de quelque autre maladie du voisinage de l'utérus? Qui oserait affirmer enfin que ces différents cas malheureux ne peuvent pas être rapportés soit à des erreurs de diagnostic quelconques, soit à une mauvaise manœuvre dans l'application du redresseur?

Pour moi, il me semble probable que sur un chiffre de 160 cas,

M. Valleix lui-même aurait bien pu commettre quatre ou cinq erreurs de ce genre, sans qu'on fût en droit d'en accuser la médication proprement dite. Chacun de nous ne sait-il pas que dans toutes médications mécaniques, qui sont si complétement subordonnées aux soins qu'on leur accorde, à la main qui les dirige, il y a toujours une part d'inconvénients qui dépendent du chirurgien et non du moyen en lui-même, de telle façon que le même instrument ou le même appareil produira d'excellents résultats entre les mains ce celui-ci, et des résultats mauvais sous la direction de celui-là ? Ne savons-nous pas tous aussi que dans les expérimentations il se mêle toujours quelques faits de négligence. Ainsi on essaye un appareil nouveau dans le traitement des fractures, je suppose; une fois, deux fois, vingt fois le chirurgien y met toute l'attention, toute la surveillance nécessaire; mais à la longue il s'oublie un instant; il néglige quelques précautions, puis un accident arrive; et qui oserait nier que chacun de nous n'y a pas été pris, ne se soit pas dit dans son for intérieur : tel accident, tel malheur qui vient de m'arriver, je l'aurais évité si je n'avais point omis telles ou telles précautions, si j'avais surveillé de plus près ce qui devrait être réellement surveillé.

Quand je vois, d'un autre côté, un si grand nombre de femmes être soulagées ou guéries, n'éprouver aucun inconvénient sérieux de l'emploi du redresseur utérin, je suis, je l'avoue, fort tenté de supposer que les accidents dont on nous a parlé auraient, à la rigueur, pu être évités, et qu'avec un connaissance plus approfondie de la méthode, avec plus de réserve ou plus de prudence dans son emploi, ils pourront être évités à l'avenir.

On m'accordera bien au moins qu'il est aussi raisonnable de prendre la question à ce point de vue qu'au point de vue où s'est placé le rapporteur, et que de ce côté au moins il n'y a pas de quoi faire proscrire le redresseur.

Sortant d'ailleurs des observations de M. Valleix, je puis invoquer aussi ma propre expérience, et des expériences d'un autre ordre, quoiqu'elles aient avec les précédentes une grande analogie. Si je n'ai tenté qu'un petit nombre de fois le redressement de l'utérus par le pessaire que je viens de mettre sous les yeux de l'Académie, cela ne m'a pas empêché de pénétrer très fréquemment dans le canal utérin pour remplir d'autres indications.

Avant 1840 et depuis, j'avais entrepris de traiter les rétrécissements de l'isthme qui sépare la cavité du col de la cavité du corps de la matrice comme l'on traite les rétrécissements de l'urètre. J'y ai donc porté des bougies, des sondes, soit en gomme élastique, soit en métal, à titre de simples dilatateurs, comme j'y ai porté des crayons de nitrate d'argent, des pinceaux chargés de nitrate acide de mercure. Avec ces intruments ou ces objets, je suis allé dans la cavité du col, dans l'orifice interne du col, dans la cavité même de l'utérus, soit pour cautériser, soit pour dilater, soit pour injecter, certainement plusieurs centaines de fois. Je puis affirmer pourtant, et je ne crains pas qu'aucun fait puisse me démentir, n'avoir jamais produit de la sorte d'accidents véritablement graves. Trois ou quatre fois les femmes ont éprouvé des coliques, quelques angoisses, des nausées, des apparences de péritonite, accidents qui ont fini par se calmer et qui n'ont amené la mort de personne.

Une seule fois une dame, qui habite la rue d'Arcole, et à laquelle je pratiquais la dilatation avec une sonde, une algalie à urètre de volume ordinaire, fut prise quelques heures après une troisième séance d'accidents assez vifs pour que la famille envoyât chercher des médecins de tous côtés. Quand j'y arrivai, deux confrères s'y étaient déjà rendus. La malade éprouvait de violentes douleurs dans l'hypogastre et les flancs; son ventre était d'une sensibilité extrême; elle avait des nausées, jetait des cris et ne pouvait rester en place. Mais le pouls était tranquille; il n'y avait ni soif, ni chaleur anomale de la peau.

Les confrères étaient fort alarmés et parurent convaincus que nous avions sous les yeux le début d'une péritonite générale. Sans être très rassuré moi-même, je ne partageai pourtant point assurément leur terreur. Une potion laudanisée, de petits lavements de même nature et des bains généraux ramenèrent bien vite le calme, et dès le lendemain tout était rentré dans l'ordre.

Ce n'est pas moi seulement qui puis invoquer des résultats semblables. Je sais qu'une foule de praticiens de la ville portent ainsi journellement des corps étrangers jusqu'au fond du col de l'utérus et quelquefois même du corps de l'utérus, soit pour y faire des injections, soit pour en cautériser la surface, et qu'en agissant ainsi ils occasionnent rarement des accidents graves. Qui ne connaît à ce sujet la pratique de Récamier? On sait que ce praticien n'y allait pas de main morte; que non-seulement il introduisait de vive force ses longues curettes dans la cavité de l'utérus, mais encore qu'arrivé là il distendait l'organe, en râclait violemment la surface, au point de le récurer pour ainsi dire à la manière d'une casserole. Des malheurs ont suivi quelquefois cette pratique, je le sais; mais aussi avec quelle imprudence n'a-t-elle pas été souvent employée! et qui peut nier aussi que, malgré tout, elle restait souvent sans en produire, sans entraîner la moindre suite sérieuse?

Tout cela ne prouve-t-il pas que l'utérus est en réalité très patient, qu'il supporte avec une extrême facilité l'action des corps étrangers, les actions mécaniques en général? Qui ne sait, d'un autre côté, qu'il jouit d'une assez faible sensibilité, qu'on peut le couper, l'inciser, le brûler, le cautériser avec les substances chimiques, avec le fer rouge, le morceler, le torturer en quelque sorte de toutes façons, sans qu'il ait pour ainsi dire l'air de s'en apercevoir? Et que ne lui a-t-on pas fait subir sous ce rapport depuis moins d'un demi-siècle! C'est qu'en effet, les anatomistes l'ont démontré, le tissu de l'utérus, le col de cet organe en particulier, renferme une assez faible proportion de nerfs, de nerf rachidiens surtout, et que dès lors il ne doit pas jouir d'une grande sensibilité, être très impressionnable à l'action des violences qu'on exerce sur lui.

De toutes ces remarques, il me semble naturel de conclure que la question des dangers du redresseur utérin a été notablement exagérée dans cette discussion, et qu'elle a besoin d'être examinée de nouveau avant d'être jugée définitivement. Reste donc la question de savoir si après l'emploi de cet instrument les guérisons sont réelles et persistantes. On l'a nié, comme chacun sait, et tout le monde semble le nier ici. Mais comment l'a-t-on nié? A peu près comme je l'ai fait moi-même; *à priori*, par la théorie. On s'est dit que cela était impossible; que, débarrassée de la tige à redressement, la matrice retomberait d'elle-même. Ceci, je l'ai toujours craint, et je le crains encore; mais par l'observation nous ne le savons réellement pas. Les quelques faits invoqués par M. Depaul, par M. Paul Dubois ne me paraissent point concluants, surtout en présence des faits si nombreux que rapporte M. Valleix, mieux en mesure, je le répète, que tout autre pour décider une pareille question. Un fait me frappe, et frappera tout le monde, quoi qu'on puisse dire, c'est qu'une foule de femmes traitées de cette façon ont été débarrassées des accidents qu'elles éprouvaient. Et il est bien difficile que dans ce nombre il n'y en ait pas plusieurs dont l'utérus soit resté redressé.

Il en résulte donc qu'à mon sens cet instrument ne doit pas être proscrit; qu'il a manifestement été utile; qu'il a rendu des services à beaucoup de malades déjà; que mieux appliqué, mis en usage avec plus de réserve, avec plus de prudence et d'après un diagnostic préalable plus précis, il sera possible de le débarrasser dans l'avenir des quelques dangers qu'on lui a reprochés. Je ne voudrais pas, pour ma part, qu'on l'appliquât avant d'avoir traité les écoulements, les granulations, l'état catarrhal, les symptômes d'irritation ou d'inflammation, quand il en existe chez les femmes atteintes de déviation ou de déplacement de l'utérus. Avant d'en faire usage, je voudrais en outre qu'on se fût assuré qu'il n'y a en même temps avec la déviation ni adhérences, ni gonflements, ni tumeurs, ni lésions matérielles d'aucune sorte de l'utérus. Je voudrais aussi qu'au lieu de se servir d'une tige droite, fixe ou métallique, on procédât plutôt au redressement de la matrice par degrés avec une tige élastique légèrement flexible, en caoutchouc ou en baleine, par exemple; en un mot, avec un instrument susceptible de se courber ou de se redresser sous la main du chirurgien, et agissant à peu près dans le sens de l'instrument que je viens de montrer à l'Académie. Je voudrais enfin que cette tige ne fût pas laissée longtemps en place, qu'on la retirât de temps en temps, quitte à la réappliquer plusieurs fois, afin d'éviter les irritations qu'elle pourrait faire naître.

Malgré tout ce que je viens de dire au profit du redresseur intra-utérin, il ne faudrait pas croire cependant que dans mon esprit c'est là le *nec plus ultra* de la thérapeutique des déviations utérines. Loin de là, je dis que, comme la plupart des pessaires, cet instrument ne sera encore, je le crains bien, qu'un moyen palliatif. C'est toujours avec regret, avec le désir de trouver quelque chose de mieux, que je vois les chirurgiens réduits à laisser ainsi dans les organes un corps étranger qui doit être porté longtemps, qui cause au moins de la gêne, qui doit inspirer une véritable répugnance aux malades, qui met les femmes, on est bien forcé d'en convenir, dans un état tout particulier, et qui ne leur permet point à elles-mêmes de se croire revenues à la santé.

En somme, ce que l'on pourra retirer de cette médication, personne, selon moi, ne pourra mieux le dire que M. Valleix. Ce praticien a toute la science, toutes les qualités nécessaires pour apporter dans cette question les éléments d'un bon jugement. Ce n'est point pour lui une spécialité lucrative; personne n'a plus d'expérience que lui à ce sujet; personne n'a pu mieux en saisir, en étudier le bon et le mauvais. Qu'on le laisse faire donc; et, connaissant sa loyauté, sa probité scientifique, je suis parfaitement sûr qu'il fera connaître sans réserve la vérité sous ce rapport.

Me sera-t-il permis, en terminant, de faire remarquer que les conclusions du rapport en discussion ne me semblent guère de nature à être discutées ou votées par l'Académie. De quoi l'Académie a-t-elle été saisie en effet? De deux faits communiqués, l'un par M. Broca, l'autre par notre collègue M. Cruveilbier. Or on ne vote pas sur les faits que communiquent les membres de l'Académie, et les conclusions du rapport sont étrangères à l'observation de M. Broca. Elles portent donc sur une méthode qui n'a point été soumise à notre jugement. Mais enfin je suppose qu'il y ait eu à juger la méthode, l'Académie est-elle en mesure de le faire? Qui donc parmi nous pourrait dire avec une certitude complète qu'il est plus apte à la juger que M. Valleix? Toutes choses étant égales, loyauté, bonne foi, probité, capacité, talent, qui peut le mieux décider d'un fait, de celui qui l'étudie depuis cinq ans, qui l'a vu, examiné, tourné et retourné sous toutes ses faces un grand nombre de fois, ou de celui qui l'a à peine entrevu, qui ne peut en avoir aperçu que quelques-uns des éléments? Et quand vous aurez décidé que le redresseur utérin ne vaut rien, est dangereux, croyez-vous que les praticiens convaincus du contraire cesseront d'en faire usage? Votre jugement une fois porté y a-t-il une puissance qui vous permettra d'en défendre l'application? Non. Il faut prendre garde à ces sortes de jugements; ils compromettent les académies. Nous discutons ici les questions scientifiques, nous émettons nos opinions, et le public qui nous écoute, ici ou ailleurs, se décide d'après les impressions qu'il reçoit de nos discours. Mais il n'attend pas de nous des jugements; et en définitive, quand on parle des opinions de l'Académie, cela veut dire tout au plus l'opinion de tel ou tel membre.

Pour éviter tout embarras de ce genre, je voudrais donc que les conclusions de ce rapport fussent supprimées, qu'on laissât à M. Valleix le soin de poursuivre ses recherches, d'étudier avec tout le zèle dont il est capable la médication qu'il a mise en vogue, et qu'on l'engageât à en faire connaître en temps opportun le résultat définitif. En place de toutes ces conclusions j'en accepterais une seule qui serait relative à l'observation de M. Broca, et que l'on rédigera dans un sens que je laisse à M. le rapporteur le soin de formuler.

M. Depaul. Je demanderai la permission à M. Velpeau de lui faire remarquer qu'il s'est mépris sur la portée et le sens des conclusions de mon rapport. Ces conclusions ne sont que des propositions qui résument le contenu du rapport. J'aurai à soumettre, après cette discussion, au vote de l'Académie, d'autres conclusions qui seront l'expression de l'opinion de la commission tout entière.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez publié, dans le numéro du 9 février dernier de votre estimable journal, un article que j'ai eu l'honneur de vous adresser, intitulé *Considérations sur le cathétérisme utérin en général, et en particulier sur son application au traitement des déplacements utérins.*

J'ai vu avec une grande satisfaction que les propositions formulées par moi dans cet article sur le rôle des déplacements antéro-postérieurs de l'utérus dans la production des symptômes qu'on leur attribue généralement s'accordent parfaitement avec les idées émises par l'illustre professeur de clinique obstétricale M. P. Dubois, dans l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine. Si j'avais pu avoir le moindre doute encore sur l'inefficacité du redresseur utérin dans le traitement de ces dispositions plus ou moins anomales de l'utérus, le poids d'une pareille autorité aurait suffi pour que je reste inébranlable dans mon opinion. Aussi plus que jamais suis-je persuadé aujourd'hui que toutes les guérisons attribuées au *redresseur*, et sur lesquelles je ne puis avoir un instant de doute dès qu'elles ont été annoncées par un confrère aussi distingué et honorable que M. Valleix, n'étaient pas dues au *redressement* de l'utérus, mais à la disparition de certaines conditions dynamiques analogues à celles qui doivent accompagner les souffrances nerveuses ou nervoso-rhumatismales des autres organes. Comme ailleurs, ces conditions offrent cela de particulier dans l'utérus que, si parfois elles sont rebelles à bien des moyens le plus rationnellement indiqués, un rien suffit d'autres fois pour les anéantir complétement ou les faire déplacer sur un autre organe.

Ce que nous venons de dire n'est pas du tout pour condamner particulièrement le redresseur utérin, c'est une remarque déduite d'une suite d'observations que nous appliquons à tous les pessaires en général. Je ne crains pas de le dire, je ne connais pas un seul de ces instruments qui remplisse son but quand on a la prétention de maintenir par ce moyen l'utérus ramené de l'antéversion ou de la rétroversion à sa direction normale, et à plus forte raison quand on prétend pouvoir *guérir* ces dispositions de l'utérus à l'aide de son application. Je dirai mieux, le pessaire qui semblerait réunir le plus de conditions mécaniques pour remplir ces indications serait celui que je serais le plus disposé à rejeter d'avance comme devant offrir nécessairement à mes yeux plus de dangers que l'état contre lequel on voudrait l'employer. Ceci ne veut pas dire cependant que je veuille condamner les pessaires d'une manière absolue comme des instruments inutiles ou dangereux; telle n'a pas été ma pensée. Je me hâte même d'ajouter que, dans le grand nombre des pessaires fabriqués jusqu'à ce jour, il y en a incontestablement qui peuvent rendre et qui nous ont rendu à nous-même d'immenses services dans le traitement des souffrances des organes sexuels. Mais au moins, comme nous ne les regardons point comme des instruments de contention, nous sommes sûr d'avance, en les appliquant, que la persistance de la déviation ne viendra jamais nous affliger après le traitement, notre ambition étant satisfaite dès que nous avons fait disparaître les souffrances.

Les idées que nous venons d'exposer ne datent pas d'aujourd'hui, elles sont le fruit d'une observation attentive des faits. Il y a deux ans encore, désespéré de l'inefficacité des pessaires comme moyen de contention dans les antéversions et les rétroversions, conservant encore quelques restes des croyances professées généralement à leur égard, nous avons eu l'idée de saisir une des lèvres du museau de tanche avec une grosse serre-fine à un fort ressort, munie d'un anneau à son extrémité libre, et d'exercer ainsi tous les jours quelques tractions sur l'utérus à l'aide de rubans en caoutchouc que l'on attachait à une ceinture abdominale par-devant ou par derrière, dans le sens opposé à celui de la déviation. Mais nous n'avons pas tardé à nous apercevoir de l'inutilité de nos efforts. L'utérus avait beau se rapprocher de sa direction normale, les souffrances des organes sexuels restaient toujours les mêmes. Dès lors notre opinion a été faite.

Agréez, etc.

Raciborski, d.-m.-p.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial en date du 5 juillet, M. Lefèvre (Amédée), premier médecin en chef de la marine, a été nommé directeur du service de santé à Rochefort.

— Par décret du même jour, M. Frère (Louis-René), ancien pharmacien aux ambulances de la garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Plusieurs villes du Midi sont maintenant atteintes par le choléra. M. le professeur Dupré (de Montpellier), qui s'est transporté à Avignon, s'est assuré qu'il y avait eu déjà dans cette ville 120 cas, dont 28 suivis de mort. Il semblerait que depuis quelques jours on n'a pas observé de cas nouveaux. En revanche, l'épidémie paraît s'être déclarée avec une certaine intensité dans la ville d'Arles (Bouches du-Rhône).

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

— L'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, va être prochainement augmenté d'un vaste bâtiment voisin. Il est toujours question d'ajouter à cet hospice, que la population sans cesse croissante de l'agglomération lyonnaise rend de jour en jour plus insuffisant, l'ancien couvent des Chazeaux, actuellement affecté au dépôt de mendicité.

D'un autre côté, un nouvel hôpital d'environ 600 lits sera bientôt construit à la Croix-Rousse.

— On a saisi chez M. Accault, pharmacien, rue de la Paix, 14, une liqueur et des pilules antigoutteuses. Il résulte du rapport de l'expert chargé d'examiner ces préparations qu'elles constituent des remèdes secrets. M. Accault soutient que le pharmacien ne prépare pas un remède secret quand il exécute la formule donnée par un médecin. Or, il déclare qu'il tenait cette formule d'un médecin.

Ces faits ont motivé une poursuite pour contravention à la loi sur la pharmacie tout à la fois contre le pharmacien et contre le médecin. M. Accault a été condamné à 25 fr. d'amende. Le médecin a été renvoyé des fins de la plainte.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

N° 82. — MARDI 11 JUILLET 1854. (27e ANNÉE.) N° 82. — MARDI 11 JUILLET 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 » — Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

HOTEL-DIEU. — M. Laugier.

Fracture du rocher du côté gauche. — Écoulement de sérosité par la narine gauche. — Hémiplégie faciale et perte de l'ouïe de ce côté. — Mort.

Le nommé Valez (Désiré), âgé de trente-huit ans, est entré le 3 juin à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 6.

Cet homme nous raconte qu'il est tombé à la renverse sur la tête, le 1er juin, à dix heures du soir, en descendant de l'impériale d'une voiture publique. La région pariétale gauche a porté la première sur le pavé. Là existe une plaie longitudinale, cicatrisée en partie, qui présente une étendue de 4 à 5 centimètres environ. Cet homme est resté plusieurs heures sans connaissance.

Le lendemain, 2 juin, un médecin fut appelé ; le malade fut saigné, on pansa la plaie et on fit appliquer sur la tête des compresses trempées dans l'eau froide.

Il a perdu d'abord, dit-il, du sang par l'oreille gauche et par la narine gauche, puis bientôt à l'écoulement de sang succéda l'écoulement d'une sérosité sanguinolente.

L'écoulement de sérosité par l'oreille a persisté seulement jusqu'au 3 juin ; il s'est arrêté dans la matinée. Quant à l'écoulement de sérosité par la narine, il existe encore maintenant.

Pendant toute la journée du 2, le malade a beaucoup souffert de la tête, a eu des nausées fréquentes et même plusieurs vomissements. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juin, à deux heures de l'après-midi. Voici ce que nous constatons :

Prostration, somnolence ; pouls lent, assez ample, assez plein ; écoulement abondant de sérosité sanguinolente par la narine gauche. Cet écoulement se fait d'une manière intermittente, et quand il a lieu les gouttes de sérosité se succèdent très rapidement.

Nous trouvons dans toute l'étendue du conduit auditif gauche du sang coagulé, indice certain d'un écoulement sanguin par ce conduit. De plus, il y a hémiplégie faciale de tout le côté gauche ; la bouche est fortement déviée à droite, l'orbiculaire des paupières est complétement paralysé ; le malade ne peut pas fermer les paupières de ce côté. La sensibilité est conservée, et l'œil exécute bien tous ses mouvements. Depuis que le malade a recouvré la connaissance, il voit moins bien. Il lui semble qu'un nuage léger voile les objets ; de plus il accuse une surdité complète de l'oreille gauche. Il parle facilement, et nous donne très clairement tous les renseignements que nous lui demandons. Il se plaint d'une céphalalgie très vive s'irradiant dans toute la tête, mais surtout à gauche. Langue chargée ; bouche mauvaise, amère ; plus de nausées. — Saignée de 4 palettes, sinapismes, infusion de tilleul.

Le 4, pouls lent, moins ample, moins plein ; le malade se plaint beaucoup de la tête. L'écoulement de sérosité sanguinolente par la narine gauche a continué toute la nuit ; on en a recueilli une petite quantité. — 12 sangsues derrière chaque oreille.

Le 5, le pouls est le même ; céphalalgie toujours intense, langue très chargée. L'écoulement par la narine a continué toute la journée du 4 et toute la nuit du 4 au 5 ; on en a recueilli une assez grande quantité (40 grammes environ). La sérosité est claire, limpide, citrine. — Eau de Sedlitz.

Le 6, le pouls est moins lent ; il est plein et ample. Céphalalgie toujours intense. L'écoulement a cessé de se faire par la narine dans la soirée du 5, mais le malade, qui est resté constamment dans le décubitus dorsal, sent l'écoulement se faire dans l'arrière-bouche, et il accuse une saveur salée très prononcée et très désagréable. Quand il incline la tête en avant et quand il reste dans cette position quelque temps, l'écoulement reparaît par la narine gauche. — Eau de Sedlitz.

Le 7, à la visite du matin, pouls un peu fréquent, plus développé, plus plein. Le malade cependant se sent mieux ; il a un peu reposé la nuit. Céphalalgie toujours intense. L'écoulement continue de se faire dans l'arrière-bouche quand le malade est dans le décubitus dorsal, et se fait par le nez quand la tête est inclinée en avant. Saveur salée. La figure est moins déviée ; le malade peut fermer un peu l'œil gauche. La surdité est toujours aussi complète.

Le malade est pris tout à coup, à midi, de frissons, de vertiges ; il se plaint d'une céphalalgie très intense, porte constamment les mains à la tête, s'agite et se remue sans cesse ; subdélirium, rêvasseries ; langue très chargée, nausées, vomissements ; pouls large, plein et lent. Il est évidemment atteint de méningite. — Saignée de 4 palettes, sinapismes. Sang très couenneux et caillot très rétracté.

A quatre heures, l'état du malade est toujours le même ; les vomissements ont cessé. — Lavement purgatif avec 60 grammes de miel de mercuriale ; nouvelle saignée de 4 palettes à huit heures du soir. Sang très couenneux ; caillot rétracté. Le malade a eu le délire toute la nuit ; il a voulu se lever plusieurs fois.

Le 8, le malade paraît plus tranquille. Quand on lui adresse vivement quelques questions, il répond ; mais si on le pousse trop, il cesse de répondre et divague. Il se plaint beaucoup de la tête. Soif très vive, pouls moins ample et moins plein, subdélirium. — 8 sangsues derrière chaque oreille ; application permanente de la glace sur la tête ; sinapismes ; 1 gramme de calomel en 10 prises.

Le délire a continué toute la journée.

Le 9, délire toute la nuit. Le malade porte constamment les mains à la tête. Strabisme ; quelques mouvements convulsifs. — Application de la glace ; calomel.

Le soir, même état. — Lavement purgatif.

L'écoulement de la sérosité ne se fait plus par la narine ; le malade est dans un décubitus dorsal complet. Délire toute la nuit.

Le 10, vers quatre heures du matin, au délire a succédé un état comateux. Le malade est insensible à toutes les excitations ; sensibilité générale anéantie, respiration pénible ; à chaque expiration, distension de la joue du côté paralysé, de telle sorte que le malade semble fumer. La pupille est dilatée ; strabisme ; l'œil est renversé en haut. Pouls lent et dépressible. La figure est pâle et exprime la stupeur. — Deux larges vésicatoires aux cuisses.

A la visite du soir, figure violacée ; respiration très pénible, stertoreuse ; résolution complète des membres.

Le malade meurt à onze heures du soir.

Autopsie trente heures après la mort.

Voici ce que nous avons constaté à l'autopsie :

Il existe une vaste suffusion sanguine entre l'aponévrose épicrânienne et le péricrâne. Cet épanchement en nappe occupe toute la moitié gauche du crâne ; il s'étend de la suture lambdoïde à l'arcade sourcilière et va du conduit auditif externe jusqu'à la suture sagittale.

Nous constatons un épanchement sanguin entre la dure-mère et la portion écailleuse du temporal. Cet épanchement a subi des modifications notables ; il semble qu'il ait perdu la majeure partie de sa sérosité. Actuellement nous trouvons un véritable caillot d'un rouge brunâtre foncé ; ce caillot est consistant et paraît un peu desséché ; il est aplati et présente à sa partie moyenne plus de 1 centimètre d'épaisseur. Ce caillot s'est moulé sur la face interne de la portion écailleuse du temporal gauche, dont il égale l'étendue. Il est en rapport en bas avec la fracture de la paroi supérieure du conduit auditif externe. Il repose sur elle. Il est très probable que la sérosité du sang a filtré par cette fracture. La dure-mère est décollée dans une étendue assez considérable.

Nous enlevons le cerveau, et nous trouvons une injection générale des vaisseaux qui rampent sur toute sa périphérie ; ces vaisseaux sont gorgés de sang.

Il existe une infiltration de pus dans tout le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la base de l'encéphale ; cette infiltration est surtout prononcée à la face inférieure du cervelet et dans l'espace sous-arachnoïdien postérieur.

Nous trouvons également les ventricules latéraux, le ventricule moyen, l'aqueduc de Sylvius et le ventricule du cervelet remplis d'une sérosité très purulente.

Il est évident que le malade a été atteint d'une méningite de la base de l'encéphale.

Il existe encore d'autres altérations ; ainsi nous constatons :

Une contusion de toute la partie moyenne de la partie latérale droite du lobe sphénoïdal droit.

Nous trouvons au point le plus contus des épanchements sanguins miliaires nombreux. Si l'on pratique une coupe du cerveau en ce point, on constate que la contusion est peu profonde et qu'elle n'intéresse que les couches les plus superficielles de la substance blanche.

A l'endroit même de la contusion, la substance cérébrale est ramollie et d'un rouge vineux ; la substance blanche environnante présente à la coupe un léger sablé rouge.

Du côté gauche, il y a également un peu de contusion du lobe sphénoïdal à la partie moyenne de sa face latérale. De ce côté, la contusion est plus limitée que celle du côté opposé ; elle présente l'étendue d'une pièce de 1 franc, mais elle altère plus profondément la substance cérébrale.

La substance blanche environnante présente également un sablé rougeâtre.

Lésions des parties dures. — Une fracture commence au niveau de la bosse pariétale gauche, descend verticalement en bas et arrive jusqu'à la base de l'apophyse pétrée du temporal gauche. Elle traverse en diagonale la face supérieure du rocher ; elle est dirigée obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans ; elle vient aboutir au conduit auditif interne, dont elle divise complétement la paroi supérieure. La fracture au niveau du rocher présente un écartement assez prononcé (1 millimètre environ), surtout en dehors ; là elle intéresse dans toute son épaisseur toute la paroi supérieure du conduit auditif externe et fait communiquer par conséquent l'intérieur du crâne avec ce conduit.

Du conduit auditif interne, dont elle intéresse également la paroi inférieure, la fracture se porte verticalement en bas au trou déchiré postérieur, où elle s'arrête.

La fracture présente un embranchement un peu en dehors de l'hiatus de Fallope. Cet embranchement se dirige en avant et en dedans, en suivant exactement le bord inférieur de la face supérieure du rocher, et arrive au trou carotidien, où il se perd.

Entre cet embranchement et la fracture elle-même existe un fragment osseux mobile correspondant à l'hiatus de Fallope. Ce fragment contient dans son intérieur une partie de l'aqueduc de Fallope et par conséquent une portion du nerf facial qui parcourt ce canal dans toute son étendue.

Or c'est en ce point, au niveau de ce fragment, que le nerf facial a été contus et lésé, ce qui a déterminé l'hémiplégie faciale que nous avons observée.

Il existe deux autres fractures qui vont se rendre à la moitié gauche du trou occipital.

L'une siége au niveau de l'éminence jugulaire gauche ; elle part du trou déchiré postérieur et se rend à la partie antérieure du trou occipital. Elle paraît continuer la fracture du rocher.

L'autre est complétement isolée ; elle commence au niveau de l'extrémité inférieure du sinus latéral gauche et va se rendre à la partie postérieure du trou occipital.

Ces deux fractures sont incomplètes ; elles n'intéressent que la lame interne des os.

Nous avons examiné très attentivement la lame criblée de l'ethmoïde et le corps du sphénoïde, et nous n'avons pas constaté de fracture.

Le prolongement envoyé dans le conduit auditif interne par l'arachnoïde est déchiré.

La membrane du tympan est également rompue. Une injection poussée par le conduit auditif interne sort par le conduit auditif externe et par la trompe d'Eustache.

La fracture a établi une communication entre l'oreille interne et l'oreille moyenne ; il y a désorganisation de ces différentes parties ; le nerf auditif a été contus et lésé, ce qui explique la surdité que nous avons constatée de ce côté.

Il y a un fait dans cette observation qui mérite surtout de fixer l'attention, c'est l'écoulement de la sérosité par la narine gauche. Contrairement à ce qui se passe le plus ordinairement, nous constatons dès le jour même de l'entrée du malade que l'écoulement séreux se fait exclusivement par la narine gauche. Or presque toujours dans les fractures du rocher l'écoulement s'opère par le conduit auditif externe.

Le malade nous a bien rapporté que, pendant toute la journée du 2 juin, un écoulement de sang pur d'abord, puis de sérosité sanguinolente s'était simultanément effectué par la narine gauche et par le conduit auditif externe du même côté ; mais dès la matinée du 3 l'écoulement s'opérait exclusivement par la narine. L'écoulement exclusif de la sérosité par la narine semblait indiquer une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde, mais l'autopsie a démontré qu'il n'en existait pas.

Pourquoi l'écoulement n'a-t-il pas continué par le conduit auditif ? Il est probable que la déchirure du tympan a été obstruée par un caillot qui a rempli l'office d'un bouchon. Alors l'écoulement s'est fait uniquement par la trompe d'Eustache, et suivant que le malade avait la tête renversée en arrière ou inclinée en avant, le liquide tombait dans l'arrière-bouche, et occasionnait une saveur salée dont le malade se plaignait beaucoup ; ou bien la sérosité tombait de la trompe dans la fosse nasale gauche, pour sortir par la narine de ce côté.

Quelle est la nature du liquide ? En tenant compte des lésions constatées par l'autopsie, on peut rapporter l'écoulement séreux à l'épanchement incessant du liquide céphalo-rachidien, qui s'opérait par la déchirure du prolongement de l'arachnoïde dans le conduit auditif interne.

D'ailleurs l'analyse chimique confirmera ou infirmera cette interprétation.

E.-A. Bonfils,
interne du service.

UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL.

M. Richard Neale, M.-D., etc.

Hémorrhagie intestinale survenue trente-cinq heures après la naissance. — Mort.

Le 24 février 1854, je fus appelé auprès de Mme A. B., qui allait accoucher de son second enfant. Le travail, facile et naturel, dura trois ou quatre heures, et vers cinq heures de l'après-midi elle mettait au monde un enfant du sexe féminin très bien portant. L'enfant criait beaucoup. Le cordon fut lié quand les battements eurent cessé. Sa première toilette terminée, le nouveau-né prit immédiatement le sein de sa mère.

Le lendemain, à midi, l'enfant et la mère allaient bien. Le lait avait suffi pour évacuer complétement les intestins du petit enfant. Vers quatre heures, le même jour, sa mère est vivement alarmée par la perte soudaine de sang que l'enfant rend en nappes par l'anus. Jusqu'à dix heures l'hémorrhagie continue plus ou moins abondante, sans cesser un seul instant, et la mère me dit avoir vu dans le sang comme un long ver rouge (probablement du sang coagulé).

Je ne fus averti de cet accident que vers dix heures du soir. Je pensai à employer l'acide gallique. Mais pendant que le père de la pauvre enfant courait chez moi, à la distance de trois ou quatre milles, la petite malade devenait si faible qu'elle ne put prendre la dose la plus légère, et elle expira à deux heures du matin, dix heures après le début de l'hémorrhagie.

J'appris que peu de temps après avoir vu l'enfant, à midi, on l'avait trouvée sans mouvement, et que pour l'exciter un peu on lui avait donné une cuillerée d'eau de gruau claire. Aucun autre symptôme n'avait précédé l'hémorrhagie subite, qui s'était déclarée à quatre heures.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Corps bien formé et bien proportionné. Ni taches ni décoloration, si ce n'est à la plante des pieds, où l'application de briques chaudes avait laissé des traces pendant la vie. Rigidité cadavérique bien prononcée.

A l'ouverture thoracique et abdominale, pas de sang; organes à leurs places respectives, mais blancs comme le reste du corps.

A l'ablation du cœur, la section des veines pulmonaires et des artères donne un peu de sang pâle.

Cœur et poumons à l'état normal. Foie blanc, mais bien constitué, ne donnant pas de sang sous l'incision. Estomac contenant de l'eau de gruau et du lait un peu coagulé, mais non décoloré. Côtes saines. Intestins, tant grands que petits, remplis de sang tantôt liquide et tantôt coagulé et se moulant fort bien dans l'enveloppe intestinale. Les portions de coagulum n'excédaient pas le volume d'une petite plume d'oie. Le sang, liquide, était noir, sans odeur, quittant avec difficulté la membrane muqueuse, retenu qu'il était sur cette dernière par un mucus qui la teignait d'une couleur d'œillet clair.

J'examinai avec le plus grand soin toute l'étendue du canal digestif, et je n'y pus découvrir la moindre trace d'une lésion organique.

RÉFLEXIONS. — De semblables faits sont assez rares. M. Valleix, dans son *Guide du médecin-praticien*, dit : « Quelques auteurs, et parmi eux Billard, supposent que les nouveau-nés peuvent avoir des hémorrhagies intestinales. Pour moi, je n'ai jamais vu survenir, après la naissance, un cas d'hémorrhagie intestinale bien marquée. » J'ai lu dans le numéro du mois de juillet 1853 (p. 114) du *British and Foreign med. chir. Review* un travail de M. Hugues Willshire sur cette affection peu commune, et cette lecture m'a permis de diagnostiquer et de pronostiquer fatalement. Quelles prédispositions assigner à cette hémorrhagie? Je me bornerai à constater que pendant tout le cours de sa grossesse et de son travail la mère souffrait d'une toux asthmatique assez inquiétante; mais je ne puis y voir la cause de l'hémorrhagie intestinale qui a causé la mort de son enfant. (*Dublin hosp. gazette.*)

ÉTUDES SUR LES DÉVIATIONS DE LA MATRICE (1);

Par M. le docteur SAUSSIER, médecin à Troyes.

Diagnostic des déviations.

On reconnaît ces affections à deux ordres de phénomènes :

1° Les renseignements fournis par la malade, maux d'estomac, de dos, envies fréquentes d'uriner, pesanteur sur le fondement, douleurs dans les membres inférieurs, les névropathies, etc., accusent presque à coup sûr une déviation.

Les maux de dos et les envies fréquentes d'uriner caractérisent surtout les inflexions antérieures; les douleurs de reins et les pesanteurs sur le rectum, les inflexions postérieures.

Les écoulements un peu abondants par le vagin indiquent l'existence des ulcérations au col de l'utérus; le catarrhe utérin et la vaginite sont rares en dehors de la métrite ulcéreuse.

2° C'est à l'aide des signes recueillis par le médecin dans l'examen direct des organes génitaux que s'établit le diagnostic positif des déviations de la matrice et de leurs complications.

Le *spéculum*, le *toucher* avec le doigt et la *palpation abdominale* sont les moyens employés pour arriver à la connaissance de ces affections. Dans ces derniers temps, on y a joint le cathétérisme utérin.

A l'aide du spéculum, on aperçoit les écoulements, les granulations, les ulcérations, les déplacements du col.

Le toucher par le vagin ou le rectum et la palpation à travers les parois abdominales constituaient jusqu'à ces dernières années les pratiques les plus sûres pour arriver à la constatation des déviations. Aujourd'hui je les trouve encore parfaitement suffisantes; seulement il faut qu'elles soient exécutées d'une certaine manière et dans des conditions convenables.

En commençant par la palpation abdominale, je dirai que l'obésité, une résistance particulière des parois et de la malade rendent dans certains cas ses résultats douteux; mais lorsque le ventre n'est que médiocrement développé, qu'il est souple et que la malade s'abandonne à l'examen, cette opération fournit un contrôle et un adjuvant presque indispensables au toucher par le vagin. Dans les inflexions postérieures, le résultat est négatif; mais sans la palpation, on distingue mal les inflexions antérieures et plus mal encore les engorgements de l'utérus et des annexes.

Le toucher par le rectum est un mauvais moyen d'exploration, parce que, à moins d'un prolapsus considérable, il est presque toujours impossible de sentir le corps de la matrice avec le doigt introduit dans l'anus. Hors ce cas de prolapsus, on ne sent de l'utérus que son col, qu'on prend la plupart du temps pour le corps en rétroflexion, lors même et d'autant mieux qu'il est le plus fortement en antéflexion.

Le toucher par le vagin, associé à la palpation abdominale, fournit dans l'immense majorité des cas tous les renseignements désirables.

Il est rare, lorsqu'une femme se trouve dans les conditions ordinaires de docilité, d'abandon et d'embonpoint, qu'on la quitte sans être complétement édifié sur l'état de sa matrice.

La femme étant disposée comme pour l'examen au spéculum, on introduit l'indicateur droit en supination sous le col, on le soulève et on pousse toute la masse utérine vers l'extrémité de la main gauche, qui presse et explore l'abdomen. La matrice étant saisie entre les deux mains, il est facile de constater ses inflexions antérieures, ses engorgements et ceux des annexes. Le toucher vaginal isolé fait aussi reconnaître les inflexions postérieures. Le doigt, poussé fortement en arrière, sent le corps renversé ou bien l'angle rentrant à sinus postérieur qu'il forme avec le col. On peut encore, en poussant le col d'avant en arrière, arriver à fixer, à enclaver toute la matrice entre le doigt et la concavité du sacrum. Dans ce cas-là, il existe encore, à n'en pas douter, une inflexion postérieure. La direction seule du col suffit souvent pour établir un diagnostic que l'exploration poussée plus loin vient justifier.

Mais pour que le toucher vaginal possède toute son efficacité, il est nécessaire qu'au moment où l'observateur le pratique son coude soit appuyé contre la partie interne de la cuisse droite, un peu au-dessus du genou, pendant que le pied du même côté s'appuie lui-même sur un corps élevé, un bâton de chaise, par exemple. Cette condition me paraît presque indispensable pour un examen facile et sûr. De cette manière, le doigt peut vaincre sans fatigue toutes les résistances, celle du périnée, entre autres, pénétrer plus profondément, faire mouvoir l'utérus en tous sens, le porter contre la main gauche, apprécier sa chaleur, sa sensibilité, son volume, ses inflexions, en restant à la volonté du chirurgien dans une position fixe.

Autre observation importante. Afin de se reconnaître, au bout de quelques mois, de quelques années, dans les différentes modifications qu'éprouve parfois une déviation antérieurement constatée, il est utile de décrire séance tenante la position reconnue. On sera étonné parfois, comme je l'ai déjà dit, des changements qui peuvent survenir dans certaines variétés de dérangement.

Le cathétérisme utérin, pratiqué en vue du diagnostic des déviations, me paraît inutile, superflu, mais non exempt d'inconvénients sérieux. Je ne dis pas que dans certains cas rares, difficiles et douteux, il ne puisse apporter quelque degré de lumière, mais je crois qu'il vaut mieux s'en passer. J'ai eu occasion de l'employer chez trois malades dont le genre de déviation n'était pas douteux, pour opérer un redressement, et je n'ai pas eu à m'en louer.

Traitement des déviations.

Première indication. — Avant tout, faire cesser l'action des causes qui produisent les déplacements et leurs complications, prescrire le repos des organes sexuels et le repos général, recommander à la malade de marcher le moins possible, ou même interdire tout à fait la marche, qui du reste est parfois impossible; lui recommander aussi de ne point se tenir debout sans marcher. L'interdiction du coït sera plus ou moins absolue, suivant la gravité des cas. Dans certaines circonstances on le permettra pour calmer une irritation nerveuse, un agacement, des désirs qui ne feraient qu'augmenter par la privation.

Deuxième indication. — Détruire s'il se peut l'inflexion, le déplacement; empêcher leur reproduction, maintenir la matrice dans l'immobilité. C'est ici que se place la question des ceintures, des pessaires, des redresseurs, des adhésions provoquées.

Lorsque le ventre est proéminent, une ceinture hypogastrique est quelquefois utile; elle soutient les viscères. Mais aucune espèce de ceinture ne redresse la matrice. Les pessaires peuvent procurer du soulagement dans certains cas difficiles à déterminer. En général, plus il y a de douleur et d'inflammation, moins ils réussissent. On ne risque pas grand'chose en les essayant; s'ils gênent, on les enlève. Ils agissent en immobilisant la matrice.

Le redressement et les redresseurs ne me semblent pas appelés à un avenir aussi brillant que certaines personnes l'ont cru d'abord. J'admets qu'ils produisent parfois une amélioration momentanée dans la santé de la femme et une guérison passagère de la déviation. Mais le traitement une fois abandonné, on ne tardera pas à voir la maladie reparaître sous l'influence du coït, de la grossesse, de la marche et des efforts de toute nature. L'amendement qu'il aura procuré ne compensera pas les dangers qu'il aura fait courir. Pour mon compte, j'ai essayé le redressement dans trois cas de déviation; il survint des douleurs, une inflammation, des hémorrhagies qui me forcèrent à y renoncer. Il est vrai que l'utérus était déjà douloureux, enflammé, engorgé à un certain degré. Mais si ces phénomènes n'existaient pas, le redressement serait inutile la plupart du temps. Parvenues à l'âge où le coït ne s'exerce plus, les femmes portent encore et porteront toujours leur déviation jusqu'à un certain point; mais alors les phénomènes inflammatoires, nerveux, hypertrophiques disparaissent, la santé des malades se rétablit, et il n'existe plus aucune indication à traiter le dérangement de l'utérus.

Les adhérences artificielles provoquées pour fixer le col utérin dans le vagin me paraissent aussi manquer leur but. Pour qu'elles réussissent, il faudrait empêcher le vagin de suivre les mouvements de la matrice; or c'est ce qui ne peut avoir lieu.

Troisième indication. — Détruire l'inflammation, l'engorgement, les ulcérations. Si l'inflammation est vive et récente, on peut employer avec succès les émissions sanguines, surtout les émissions locales sur le ventre, les aines, quelquefois même, mais avec peu de chances de réussir, sur le col utérin. Règle générale, si la maladie dure depuis quelque temps, il faut être sobre d'émissions de sang, parce que ce liquide n'a que trop de tendance à perdre ses éléments reconstituants, et que dans la plupart des cas il survient une chloro-anémie.

Les ulcérations du col doivent être cautérisées soit avec la pierre infernale, soit avec le nitrate de mercure. Je n'ai jamais eu besoin de recourir à d'autres moyens. Les astringents seuls et le caustique actuel me semblent inutiles. Avec la pierre infernale, j'ai rarement fait plus de cinq à sept cautérisations, à huit, dix, douze, quinze, vingt jours d'intervalle; souvent j'en ai fait moins. Avec le nitrate de mercure, il faut éloigner les cautérisations de quinze à vingt jours, quelquefois de trois semaines à un mois; sans cette précaution, on reproduit la plaie à chaque cautérisation.

Il est certain que si le redressement réussissait, on éviterait par cette opération le retour des ulcérations, puisqu'elles sont occasionnées par le changement de position du col, ainsi que je l'ai démontré. Mais il faudrait qu'il réussît.

L'engorgement étant toujours inflammatoire, le traitement adressé à la congestion sanguine s'adresse pareillement à lui.

Après les émissions sanguines se placent les injections émollientes, astringentes, toniques, etc. Les premières agissent surtout suivant la durée qu'on leur donne. Citons comme adjuvants plus ou moins énergiques les cataplasmes extérieurs ou intérieurs, les bains généraux simples ou composés, puis enfin les bains d'eaux minérales naturelles, chaudes, alcalines, sulfureuses, les bains de mer, et enfin l'hydrothérapie.

Les sources de Plombières me procurent des améliorations rapides et fréquentes. Toutes les eaux chaudes alcalines ou sulfureuses sont indiquées aussi. Mais les bains de mer me paraissent d'autant moins avantageux que les malades sont plus affaiblies; la réaction s'opère mal, et en général le résultat est peu satisfaisant, au moins dans les cas un peu graves.

Viennent en dernier lieu les révulsifs proprement dits : vésicatoires sur les reins, qui enlèvent souvent la douleur des lombes; cautères sur les côtés du ventre, surtout vers les ligaments larges.

Quatrième indication. — Traitement interne. — Il consiste dans l'emploi d'un régime substantiel et tonique en général; dans l'usage des préparations de fer et de quinquina. Les calmants et les antispasmodiques sont souvent indiqués.

CONCLUSIONS. — 1° La matrice occupe à l'état normal une position fixe dans le bassin.

2° La matrice est fréquemment atteinte de déplacements et de déviations, dont les causes sont presque toujours le coït et la grossesse.

3° Le coït produit surtout les inflexions antérieures, et la grossesse les inflexions postérieures.

4° Pendant toute la durée des fonctions reproductives les déviations sont des maladies graves, parce que leurs causes sont toujours en activité et qu'elles se compliquent d'engorgements, d'inflammations et d'ulcérations.

5° C'est encore le coït et la grossesse qui occasionnent les engorgements et les inflammations dans les déviations utérines.

6° C'est le frottement du col en ligne perpendiculaire sur le périnée, quelquefois aussi sur d'autres points de la surface vaginale, qui produit les ulcérations du col.

7° Les ulcérations du col coïncident le plus souvent avec l'antéflexion, qui place cet organe dans la position la plus favorable pour que le frottement ait lieu.

8° Les déviations utérines guérissent rarement, quels que soient les moyens qu'on emploie pour les combattre; mais leurs complications sont susceptibles de disparaître complétement.

DE L'EMPLOI DES PAPIERS COLORÉS

avec des substances toxiques.

MM. Chevallier et Duchesne, membres du conseil d'hygiène publique et de salubrité, ont publié sur ce sujet, dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène*, un article dont on ne lira pas sans intérêt l'analyse qui suit :

La médecine légale s'est souvent émue des nombreux accidents causés par l'usage de papiers colorés avec des substances toxiques. Les confiseurs de Paris, qui s'en servaient beaucoup pour entourer leurs bonbons, soumis à des visites, ont dû se décider à abandonner ces dangereuses enveloppes. Mais si les visites domiciliaires ont fait disparaître en grande partie le mal dans la ville de Paris, il n'en est pas ainsi pour la banlieue et pour la province, qui, n'étant soumises à aucune surveillance, reçoivent les papiers refusés à Paris; aussi voyons-nous se reproduire ces empoisonnements qui, au milieu des fêtes, viennent jeter le deuil dans les familles. Le papier toxique sert non-seulement à envelopper les bonbons, mais on en fait aussi des allumettes de salon, et, si l'on jette les yeux sur les étalages des épiciers, des fruitiers, des chocolatiers, des charcutiers, des marchands de pâtes et de comestibles, on voit presque chez tous des substances alimentaires enveloppées ou en contact avec ces papiers.

(1) Fin. — Voir les numéros des 27 juin, 4 et 6 juillet.

Ces réflexions ont conduit MM. Chevallier et Duchesne à se poser les questions suivantes, qu'ils ont cherché à résoudre :

I. *Y a-t-il lieu d'empêcher la fabrication des papiers toxiques?*

Si ce papier ne servait qu'à envelopper des substances alimentaires, peut-être trouverait-on le moyen d'empêcher le mauvais usage qu'en font les confiseurs et autres marchands de comestibles. Mais les papiers jaunes (obtenus : 1° avec le chromate de plomb, 2° avec le massicot, 3° avec la gomme-gutte), les papiers verts (les plus dangereux sans contredit, obtenus avec des composés d'acide arsénieux et d'acétate de cuivre) et les papiers oranges (obtenus avec le minium) ont une multitude d'emplois journaliers et inoffensifs.

La Prusse, les duchés de Bade et de Hesse-Cassel se sont montrés si exclusifs qu'ils ont défendu l'usage de ces couleurs toxiques pour les stores, les rideaux de croisée, les papiers de tenture, etc.

Cette question de la fabrication des papiers toxiques a été étudiée au ministère de l'agriculture et du commerce par la *commission de l'arsenic*, qui a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'empêcher cette fabrication ; mais il a été reconnu indispensable de prendre une mesure générale pour empêcher la vente de ces papiers aux confiseurs.

MM. Chevallier et Duchesne adhèrent à cette conclusion.

II. *Y a-t-il lieu d'empêcher la transformation des papiers toxiques en papiers disposés pour les confiseurs et d'en défendre la vente?*

Il est excessivement difficile d'empêcher cette préparation de papiers pour les confiseurs. En effet, la mesure de prohibition ne s'étendant pas aux confiseurs établis hors de Paris, Metz, Lille et quelques autres villes, les fabricants de ces papiers reçoivent des demandes des confiseurs de toutes les autres parties de la France, parce qu'ils préfèrent ce genre d'enveloppes à cause de son éclat;

Par conséquent, jusqu'à ce qu'un décret frappe de prohibition *pour toute la France* la fabrication et la vente de ces papiers, les mesures locales et les arrêtés préfectoraux ne pourront — et c'est le vœu du conseil d'hygiène — qu'entraver ce commerce si dangereux pour la santé publique.

Quant aux autres commerçants qui se servent de ces papiers reconnus dangereux dans les conditions suivantes : 1° si le papier formant sac ou enveloppe est mal collé ; 2° s'il est en contact avec des produits humides ; 3° si on laisse tomber un liquide sur le sac, ce sont eux seuls qui doivent être mis en cause ; car ces papiers, achetés même en fabrique, sont livrés de manière que le marchand peut et doit ignorer souvent l'usage qu'on en veut faire.

Voici, du reste, une instruction sur les procédés à suivre pour reconnaître la nature chimique des papiers colorés interdits aux confiseurs :

« Les papiers d'enveloppe lissés à la céruse et les cartes dites *porcelaine* donnent lieu, quand on les brûle, à la production de globules de plomb; de plus un cercle jaune entoure les parties de carte où le papier est en combustion.

» Le carbonate de plomb et les papiers ou cartes qui sont lissés avec ce corps ou avec des matières colorantes contenant du plomb brunissent quand on les touche avec de l'eau de Baréges non altérée (ce qui se reconnaît à ce qu'elle dégage l'odeur d'œufs pourris).

» Les papiers colorés avec le vert de Schweinfurt, de Schéele ou métis, qui sont des arsénites de cuivre, se décolorent au contact de l'ammoniaque; une goutte suffit pour blanchir le papier dans le point qu'elle touche, et elle prend instantanément la couleur bleue. Enfin ces papiers, en brûlant, dégagent l'odeur d'ail, et les cendres qu'ils laissent ont une teinte rougeâtre, et sont constituées en grande partie par du cuivre métallique.

» Les feuilles de chrysocalque, contenant du cuivre et du zinc, et interdites aux liquoristes, se dissolvent peu à peu dans l'ammoniaque, qui se colore promptement en bleu. »

III. *Y a-t-il lieu d'étendre cette prohibition des couleurs et papiers toxiques à d'autres objets?*

Cette question, qui depuis longtemps a fixé l'attention des magistrats chargés de la police de Paris, fut d'abord soulevée par l'arrêté du landgrave de Hesse-Cassel, qui défendait (en 1801) dans ses États la vente des jouets d'enfants dans lesquels il entre des préparations de cuivre et de plomb.

Cet arrêté éveilla l'attention à Paris, et le préfet de police en saisit la Faculté de médecine, qui demanda la prohibition des jouets d'enfants colorés par le cuivre, le plomb, et surtout l'orpiment.

Des difficultés matérielles ont empêché et empêcheront longtemps encore l'administration de suivre l'avis donné par l'École de médecine, mais nous croyons qu'il est de toute nécessité d'empêcher l'emploi de substances colorantes toxiques pour les sifflets et trompettes, jouets destinés absolument à être portés à la bouche.

La même défense devrait être prononcée contre les oxydes de cuivre, l'orpiment, la céruse, la gomme-gutte, etc., qui, placés dans les boîtes de couleurs des enfants, sont pour eux autant de causes d'empoisonnement.

Pareille prohibition doit être maintenue pour la coloration des pains à cacheter, de certaines cires à cacheter et de quelques bougies colorées avec des matières minérales toxiques.

IV. Enfin, après avoir dénoncé encore les dangers des feuilles de chrysocalque et les préparations fulminantes ou cosaques, qui offrent encore des sources de danger et d'insalubrité, MM. Chevallier et Duchesne formulent les conclusions suivantes, qu'on ne saurait trop approuver :

1° Les prohibitions énoncées dans l'ordonnance de police du 28 février 1853 doivent être étendues aux différents objets principalement spécifiés dans ce travail;

2° Dans l'intérêt de la salubrité publique, il est *indispensable* d'étendre *à toute la France* les bienfaits de ladite ordonnance.

EMPOISONNEMENT PAR L'ABSORPTION DE L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Mort de M. Deshayes, médecin vétérinaire.

A côté des praticiens ruraux accoutumés à la dure et à l'abnégation, travailleurs de jour, travailleurs de nuit, que la rigueur des saisons, l'inclémence du temps, ni l'heure ne sauraient arrêter dans l'exercice de leurs devoirs sacrés, sont les médecins vétérinaires, autre espèce de sentinelles perdues luttant jusqu'à la mort pour le service du public trop souvent ingrat.

C'est l'histoire de l'un de ces hommes au cœur simple et dévoué que je vais retracer ici.

Le 8 juin, M. Anatole Deshayes, élève distingué de l'école d'Alfort, médecin vétérinaire à La Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne), âgé de vingt-sept ans, d'une constitution athlétique, est allé chez le sieur Prosper Simon, cultivateur, à trois heures du matin, étant à jeun, pour faire prendre le bain n° 2 de Teissier contre la gale invétérée des moutons. On trouve la formule de ce bain dans le *Traité d'histoire naturelle et médicale des substances employées pour la médecine des animaux domestiques*, par O. Delafond et J.-L. Lassaigne (édit. 1841, p. 505).

Il est ainsi composé :

R. Acide arsénieux.	1	kilogramme.
Protosulfate de fer.	10	—

Mettez ces deux substances dans une chaudière avec environ 94 litres d'eau, faites bouillir jusqu'à réduction au tiers, remettez autant d'eau qu'il s'en est évaporé, laissez bouillir un instant.

Retirez et versez dans un cuvier, pour un bain qui ne doit être employé qu'avec beaucoup d'attention (Teissier, *Instructions sur les bêtes à laine*, p. 214).

M. Deshayes versa-t-il dans l'eau l'acide arsénieux sans prendre toutes les précautions nécessaires, et inspira-t-il les particules les plus ténues de la poudre d'arsenic en quantité notable? On ne peut l'affirmer; quoiqu'il ait avalé plusieurs blancs d'œufs dans la ferme avant son retour.

Toujours est-il que le même jour il baigna lui-même quatre-vingts moutons; que cette opération dura au moins trois heures, et qu'il eut pendant ce temps les bras plongés dans le mélange jusqu'aux coudes. Notons que la peau de ces parties avait été macérée la veille par de longues manœuvres faites sur une vache pour aller chercher un placenta à la suite d'un vêlage laborieux.

Jusqu'au mercredi 14, c'est-à-dire pendant six jours, il n'y eut rien de bien remarquable, ou du moins M. Deshayes ne se plaignit peu; mais ce jour-là, à quatre heures du matin, étant parti pour Paris et ayant bu un verre de rhum deux heures après son départ, il fut pris de douleurs épigastriques et de violents vomissements qui durèrent toute la journée.

Le lendemain jeudi, à midi, il revint chez lui. On m'appela le soir, et je constatai la continuation des vomissements; la langue, épaissie, était rouge sur ses bords, et le pouls, quoique faible, battait 90 pulsations. Il n'y avait pas de selles; le ventre avait l'aspect normal.

Je combattis cet état, que je crus être la suite d'une mauvaise digestion, par l'eau de Seltz, les lavements anodins et les bains. Le samedi 16, je vis une augmentation notable dans le volume du foie, en même temps que l'hypocondre droit présentait de la sensibilité; je fis appliquer quinze sangsues sur ce point, et comme il y eut un mieux notable, le lendemain j'en fis apposer douze autres au siége, qui produisirent aussi un bon effet.

M. et Mme Deshayes, qui connaissent M. le docteur Vernois, médecin de l'empereur, désirèrent que je lui écrivisse. Je l'informai des accidents éprouvés par le malade et du mieux qui avait suivi les moyens que j'avais employés; je croyais avoir eu affaire à une gastro-hépatite simple pour lors en voie de guérison.

L'amendement ne fut pas de longue durée; la fréquence du pouls ne tarda pas à revenir; quelques vomissements des plus pénibles eurent encore lieu pendant deux jours; il y eut une constipation indomptable; la langue continua à se charger et à devenir de plus en plus sèche, le malade éprouva une sensation gutturale pénible; les extrémités se refroidirent par moments; bref, je vis que j'avais affaire à quelque chose de grave dont j'ignorais le principe.

Je fis demander mon confrère M. le docteur Lavigne, dont le savoir égale la modestie; il partagea l'avis qu'il y avait une mauvaise anguille sous roche, et nous fîmes une sévère enquête pour savoir de quoi il s'agissait.

C'est alors que nous apprîmes positivement du malade lui-même ce que j'ai rapporté au commencement de cet article; ceci se passait le mardi 20.

Nous comprîmes tout le danger que courait le malade, et nous donnâmes de suite à boire un mélange de 1 gramme de peroxyde de fer hydraté dans une demi-bouteille d'eau sucrée. M. Deshayes ne put jamais endurer une dose plus forte, à cause de l'insipidité du médicament et du dépôt de la poudre dans l'arrière-bouche.

Nous ne nous dissimulions pas combien était insignifiante l'action du médicament que nous donnions, en raison :

1° De la faiblesse de la dose, puisque l'on doit en administrer des masses dans les empoisonnements par l'arsenic;

2° Parce que le toxique n'avait pas été ingéré dans l'estomac, mais bien absorbé directement et porté dans le torrent de la circulation, où nous étions impuissants à le combattre.

Pour moi, je comparais ce cas à celui d'un homme et d'une femme que j'avais soignés sans succès de charbons venus à la suite de l'usage prolongé des viandes de moutons morts du sang de rate; en effet, ces manifestations charbonneuses externes et les symptômes généraux qui les accompagnaient étaient au-dessous des ressources de mon art; puisqu'ils résultaient d'un empoisonnement de tout l'organisme.

Les symptômes les plus redoutables marchaient toujours; la langue, devenue très sèche, s'embarrassait en articulant les mots; les vomissements avaient cessé; mais jusqu'au vendredi 23 la constipation avait persisté, lorsqu'enfin le malade eut des selles assez nombreuses, sans doute sous l'influence de deux gouttes d'huile de croton tiglium administrées deux jours avant.

Le refroidissement des mains et des avant-bras devint continuel; les 22 et 23, la respiration fut plus fréquente, le pouls radial disparut, les battements du cœur étaient faibles comme de simples frémissements; l'intelligence était toujours nette.

M. Deshayes éprouvait une sensation de chaleur générale et des secousses électriques très fréquentes qui le fatiguaient beaucoup. Il nous disait qu'il ne nous voyait plus; ses yeux étaient ternes, les pupilles dilatées, l'iris insensible, le nez aminci et froid.

Le plus pénible de ce triste état était une agitation générale avec besoin de remuer continuel, joints à une indicible impatience et à une anxiété extrême.

Le samedi 24, à cinq heures du soir, M. Deshayes expira. Ce fut en ce moment qu'il me fut permis de constater par la vue et par le toucher que les artères carotides continuèrent de battre cinq minutes au moins après que la respiration eut cessé.

Vingt-quatre heures après la mort, je pris 500 grammes du foie, l'estomac tout entier, 50 centimètres d'intestin grêle et une portion d'épiploon pesant 125 grammes.

J'examinai avec la plus scrupuleuse attention la membrane muqueuse de l'estomac et celle de l'intestin, sans pouvoir y trouver la plus légère altération.

Je divisai mes pièces en deux parties; je mis d'un côté l'estomac et l'intestin avec les liquides qu'ils contenaient, de l'autre la portion de foie et d'épiploon.

Ces matières furent soumises à l'analyse chimique par M. Buirat fils, interne en pharmacie à l'hôpital de la Pitié et préparateur adjoint du cours de chimie de l'École polytechnique. Je rapporte textuellement ici la relation du travail de ce jeune savant :

« Après nous être assuré de la pureté de nos réactifs, nous avons opéré d'abord sur l'estomac et l'intestin.

» Le charbon obtenu par la décomposition de ces matières en présence de l'acide sulfurique arrosé d'acide nitrique, puis évaporé à siccité, fut traité à deux reprises par l'eau bouillante, et la liqueur ainsi obtenue introduite dans l'appareil de Marsh nous donna en avant de la partie chauffée du tube un anneau métallique tellement friable, qu'après son traitement par l'acide azotique, l'azotate neutre d'argent ne donna que quelques traces du précipité rouge caractéristique de l'arsenic.

» Le foie et l'épiploon furent traités de la même manière; mais cette fois l'anneau métallique miroitant qui se déposa en avant du tube chauffé ne nous permit plus de douter de la présence de l'arsenic dans les matières soumises à l'analyse. Chauffé dans un courant d'hydrogène, cet anneau changea de place; chauffé dans un courant d'air, il donna lieu à un sublimé blanc d'acide arsénieux. Celui-ci, transformé en acide arsenique par quelques gouttes d'acide azotique évaporé à sec pour chasser l'excès de ce dernier, donna, par une solution bien neutre d'azotate d'argent, un précipité rouge, abondant d'arséniate d'argent.

» Ces caractères suffisent pour témoigner de la présence de l'arsenic dans ces viscères. »

Voici donc un empoisonnement par absorption pure et simple ayant été seize jours pour anéantir la vie.

Ne nous en étonnons pas; Laffarge n'a succombé que le douzième jour, et sa fin a, dit-on, été hâtée par l'administration intempestive d'une énorme dose de colcotar.

L'aquitta employée par les Borgia, qui n'était autre chose qu'une dissolution d'acide arsénieux dans de l'eau pure, agissait lentement.

Telle fut la fin de ce jeune médecin plein de séve et de courage. J'ai publié son observation afin que ses confrères, qui sont aussi les nôtres par le savoir, se tiennent en garde contre les conséquences de l'emploi de l'acide arsénieux. Je les invite à n'employer le bain n° 2 de Teissier qu'avec la plus extrême prudence, et mieux encore à ne jamais faire usage de cette mortelle préparation. Amédée Joux.

EMPLOI DU MARTEAU DE MAYOR.

L'article que nous avons publié dans notre numéro du 1er juillet nous vaut la communication suivante, que les praticiens liront assurément avec intérêt.

Le 1er avril 1847, je suis appelé à minuit, à la campagne, auprès du nommé Pierre Faure, âgé de vingt-cinq ans. Arrivé près de lui, je trouve un prêtre qui me dit : « Docteur, on vous a appelé trop tard; le malade est sans ressource. » J'interroge la mère du malade, et j'en obtiens les renseignements suivants :

Le père de famille est mort depuis quelques mois; le blé se vend 40 francs l'hectolitre, il n'y a pas de pain à la maison; le pays est marécageux, la fièvre paludéenne fréquente. Le malade, qui est l'aîné de la famille, a eu longtemps la fièvre intermittente, ce qui ne l'a pas empêché d'aller dans des ateliers de terrassement; mais son travail se ressentant de son état maladif, il a été renvoyé de l'atelier; dès lors plus de pain à la maison, mais du chagrin, de la tristesse. Il se présente au bureau de bienfaisance, des secours lui sont refusés. Enfin il rentre chez lui, accablé de fatigue et d'humiliation; il mange une mauvaise soupe et se met au lit. Sur les dix heures, il vomit son souper; il a des bâillements, des frissons, et peu après il perd connaissance. J'arrive deux heures après, et son état n'a point changé.

Le malade est pâle; la peau est froide, insensible; les membres sont paralysés, les paupières fermées, la pupille dilatée; la respiration est presque nulle, le pouls nul, les battements du cœur petits et rares. Aussitôt je demande un marteau de fer; je le plonge dans l'eau bouillante et je l'applique successivement sur l'épigastre, sur les hypocondres et sur la région précordiale. Les premières applications ne sont d'abord pas perçues par le malade; mais aux dernières applications le malade répond par des mouvements désordonnés, puis enfin par des cris: le malade est sauvé. Je lui fais prendre quelques cuillerées de vin chaud sucré, et avant un quart d'heure il a repris toute sa con-

naissance. Dans la journée je le revois ; craignant une fièvre intermittente pernicieuse, je lui administre un gramme de sulfate de quinine, et les accidents ne se sont plus reproduits. Huit jours après, le malade a pu venir me voir chez moi.

— La veuve Berthéol-Chatagner est âgée de 60 ans ; depuis longtemps, elle a une bronchite chronique qui plusieurs fois s'est accompagnée d'anasarque. Je suis appelé près d'elle le 2 février dernier à deux heures du matin ; elle allait assez bien la veille au soir et avait soupé comme d'habitude ; elle s'était couchée fort tranquille à neuf heures, mais vers minuit elle avait appelé ses enfants en disant qu'elle mourait.

A mon arrivée, elle est assise sur son lit, appuyée sur un de ses enfants ; la peau est froide et insensible, pas de pouls ; deux respirations seulement, mais très profondes, par minute ; les yeux sont fermés, la bouche entr'ouverte ; j'ai beau interroger la malade, je ne puis en obtenir le moindre signe de connaissance. Aussitôt, comme dans l'observation précédente, j'applique le marteau de Mayor tout autour de l'épigastre ; mais la sensibilité tarde à se montrer ; cependant un quart d'heure ne s'est pas encore écoulé, et la malade gémit, se plaint, elle parle ; le pouls et la respiration ont repris leur rhythme normal, et la malade se remet aussi bien que sa bronchite chronique peut le lui permettre ; depuis cette époque, j'ai revu plusieurs fois la malade, mais dans l'unique but de combattre l'anasarque.

Voilà bien certes deux cas désespérés et dans lesquels on ne peut refuser les honneurs de la cure au traitement employé ; je m'étonne que ce moyen ne soit pas plus souvent mis en usage ; je l'ai vu échouer fréquemment, mais dans des cas aussi désespérés l'on est très heureux de trouver un moyen qui compte encore quelques guérisons. D[r] MAVEL (d'Ambert).

BOUILLON FORTIFIANT.

Dans son dernier numéro, la *Gazette hebdomadaire* contient un article de M. Verdeil sur un nouveau bouillon dont parle la *Gazette de Cologne*. En voici la substance :

Deux médecins distingués de Munich, MM. Gielt et Pfeufer, ont donné l'hiver dernier à leurs malades, soit dans les hôpitaux, soit dans leur pratique privée, un nouveau bouillon dont la formule a été donnée par M. le professeur Liebig :

Viande (bœuf ou poule) d'un animal fraîchement tué.	540 grammes.
Eau distillée.	400 —
Acide chlorhydrique pur.	4 gouttes.
Sel marin.	45 grammes.

On mêle bien, on laisse reposer pendant une heure et on fait égoutter sur un tamis. Lorsque le liquide est écoulé, on arrose ce qui reste sur le tamis avec 480 grammes d'eau versée par petites portions. La liqueur claire qui s'écoule est bue à froid.

Un obstacle à l'emploi de ce bouillon fortifiant pendant l'été est sa prompte altération dans les grandes chaleurs. Aussi est-il indispensable de le conserver dans un endroit très frais et d'avoir de la viande également très fraîche.

Pour juger de l'importance de cette nouvelle préparation alimentaire, il suffit d'étudier la composition du bouillon ordinaire, et de la comparer à celle du bouillon fortifiant.

Le bouillon ordinaire est formé de deux parties bien distinctes. Quand on lave avec de l'eau la chair musculaire coupée en petits morceaux, celle-ci devient blanche et perd sa saveur. Cette partie solide de la vianda e la composition chimique du blanc d'œuf, du gluten, de la caséine, et sert à l'accroissement des tissus. La partie qui se dissout dans l'eau est formée au contraire de sels, surtout de phosphates, et de principes immédiats qu'on retrouve en partie dans le sang. Les substances qui sont contenues dans le bouillon sont toutes destinées à être dédoublées, décomposées et rejetées par les excrétions ; elles ne peuvent donc servir à l'accroissement des tissus. De là on a dit : Le bouillon soutient et ne nourrit pas.

Quel serait donc le grand avantage du bouillon qui pourrait présenter des propriétés vraiment réparatrices et en même temps d'une digestion facile ? Le bouillon dont nous avons donné la composition résout le problème. Il est plus riche que les autres bouillons, car outre les principes ordinaires de ce liquide nutritif, il contient en dissolution de l'albumine qui sert à la formation et à la régénération des tissus, puis de la matière colorante du sang dans un état que nous croyons propre à l'assimilation ; quant à l'acide chlorhydrique, on sait que plusieurs médecins l'emploient pour faciliter la digestion.

Tout le monde comprend les services que rendraient des aliments de ce genre dans certaines maladies à caractère dépressif et dans les altérations graves du tube digestif.

Nous aurons bientôt à revenir sur ce bouillon et sur ses avantages à propos d'essais qui viennent d'être faits pour solidifier les principes nutritifs contenus dans le sang des animaux de boucherie. Si nos renseignements sont exacts, on serait déjà parvenu à faire, avec les principes de ce sang uni à de la fleur de farine, des pains, des gâteaux, des biscuits qui pourraient être conservés pendant longtemps et sans la moindre altération.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 juin 1854. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE.

M. BROCA, secrétaire de la commission nommée pour mettre en ordre et publier les œuvres chirurgicales de Roux, dépose sur le bureau le premier volume. (Des remercîments sont adressés à M. Broca.)

— La Société reçoit les divers journaux de médecine de la semaine.

Commissions. — On procède à la nomination par le sort de deux commissions :

La première, pour l'examen des comptes de l'année, est composée de MM. Deguise, Gosselin, Guérin, Monod et Larrey ;

La deuxième, pour l'examen des archives et de la bibliothèque, est composée de MM. Denonvilliers, Danyau et Maisonneuve.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire. — M. LE PRÉSIDENT, aux termes du règlement, après avoir consulté la Société, déclare vacante une place de membre titulaire. L'élection aura lieu dans un mois.

De l'écoulement aqueux par l'oreille dans les fractures du crâne. M. ROBERT, après avoir rappelé les discussions qui ont eu lieu dans la Société à propos de l'écoulement d'un liquide aqueux, soit par l'oreille, soit par le nez, dans des cas de fracture du crâne, annonce qu'il a actuellement dans son service un malade qui présente un écoulement de ce genre.

Il m'a paru, dit M. Robert, que malgré les discussions on n'était pas encore très fixé sur la nature du liquide qui s'écoule ainsi, et un fait dernièrement signalé par M. Richet démontre la justesse de cette appréciation.

Sur le malade dont je viens vous entretenir, j'ai pu me livrer à quelques expériences qui me paraissent ne devoir laisser aucun doute sur la source de cet écoulement.

Il s'agit d'un maçon qui fit une chute sur le côté gauche de la tête. Quand cet homme fut apporté dans mon service, il présentait une hémorrhagie par l'oreille ; mais le liquide qui s'échappait ainsi était assez peu coloré. L'état général du malade était mauvais ; il y avait un coma profond auquel succéda un violent mal de tête. Un traitement approprié fut appliqué. Après deux jours, le liquide, qui continuait à s'écouler, perdait peu à peu toute coloration, et il était assez abondant pour qu'il ait été possible d'en recueillir en moins d'une heure environ 30 grammes.

Depuis cinq jours que l'accident a eu lieu, l'écoulement n'a pas cessé, et il est actuellement tout à fait limpide, ainsi que vous pouvez le voir.

Vous connaissez, messieurs, les diverses opinions qui ont été émises sur la source de ce liquide. Celles de MM. Laugier et Chassaignac, quoique offrant de la différence quant au point de départ du liquide, ont cependant ceci de commun qu'elles le considèrent comme le produit d'une décomposition du sang ; il serait en effet formé par le sérum, soit qu'il provienne d'un épanchement sanguin, soit qu'il filtre à travers une éraillure produite dans les parois des sinus veineux, éraillure suffisante pour laisser passer la partie incolore du sang.. Si le liquide était en effet formé par le sérum, il devrait se coaguler par la chaleur ; mais il n'en est pas ainsi. Je lui ai fait subir une ébullition prolongée, et il n'en a pas moins conservé toute sa limpidité ; tandis que sur du sérum provenant du sang d'une saignée vous pouvez voir la consistance déterminée par l'ébullition.

D'après cette épreuve, il me paraît incontestablement établi que l'on ne peut avoir affaire qu'à la périlymphe ou au liquide céphalo-rachidien. Nous excluons le premier comme trop peu abondant pour fournir un écoulement assez considérable ; et par voie d'exclusion, nous arrivons au dernier, et dès lors aussi la présence de cet écoulement indique la déchirure des méninges au niveau du cul-de-sac arachnoïdien qui plonge dans le conduit auditif interne.

M. RICHET fait remarquer que dans l'observation qu'il a rapportée on ne peut admettre l'explication de M. Robert ; car la fracture passait loin du trou auditif interne, le liquide ne pouvait venir que du labyrinthe ou du golfe de la jugulaire, qui était en rapport avec la fracture.

M. CHASSAIGNAC ne trouve pas suffisamment probante l'observation de M. Robert. Pour moi, dit M. Chassaignac, tant qu'avec une pièce anatomo-pathologique on ne m'aura pas montré bien évidemment la déchirure du cul de-sac arachnoïdien, je ne serai pas disposé à admettre que l'écoulement provient du liquide céphalo-rachidien. En l'absence de cette démonstration rigoureuse, je persiste à penser que le liquide peut être fourni par les éraillures faites aux parois des sinus veineux. L'observation de M. Richet semble, du reste, confirmer mon appréciation.

Quant aux preuves empruntées à l'analyse chimique, on ne doit pas les considérer comme sans réplique. Ne peut-on pas admettre, en effet, que le liquide obtenu subit des modifications profondes et par le fait de la maladie, et mécaniquement par le fait de sa filtration à travers des tissus vivants.

M. GOSSELIN demande à M. Robert de vouloir bien dire ce qu'il pense au point de vue du diagnostic de l'écoulement du liquide. Est-on fondé également à admettre qu'il y a fracture quand cet écoulement a lieu, soit en petite quantité, soit, au contraire, en grande quantité ?

Quand j'ai eu à répondre à la question adressée sur ce sujet à la Société par M. Fleury, j'ai pensé qu'on ne devait admettre l'écoulement comme signe certain de fracture que lorsqu'il était abondant.

M. ROBERT. Je crois que l'écoulement du liquide aqueux peut cliniquement d'abord offrir un caractère diagnostique des plus importants. Ainsi, quand il est abondant, il ne peut venir que du liquide céphalo-rachidien. Jamais, en effet, ni le labyrinthe, ni le sérum du sang n'en pourraient fournir une grande quantité ; et dans ce cas il est l'indice d'une fracture.

J'ai vu un individu, à la suite d'un violent soufflet appliqué sur l'oreille, avoir une déchirure de la membrane du tympan et un peu d'écoulement ; mais cet écoulement était peu abondant, et il était tari après quelques jours.

L'écoulement peut, en outre, par l'analyse de ses éléments, offrir un autre caractère non moins précieux, et je ne puis concevoir comment la filtration de ce liquide pourrait en modifier la composition. Il n'y a donc pas besoin, pour avoir une opinion arrêtée, d'attendre, comme le veut M. Chassaignac, la production d'une pièce anatomo-pathologique démonstrative.

M. CHASSAIGNAC. Je persiste à admettre que la filtration d'un liquide à travers des parties vivantes, surtout au milieu de phénomènes morbides modifiant sensiblement l'organisme, peut imprimer une altération dans sa composition chimique. Ne voit-on pas, en effet, que dès qu'une plaie a été faite il se forme immédiatement une sécrétion nouvelle tout à fait spéciale. Aussi, sans tenir à ma théorie d'une façon absolue, je la maintiens jusqu'à production de faits irrécusables. La texture anatomique des parties montre, du reste, combien est difficile la déchirure nécessaire pour que le liquide céphalo-rachidien puisse s'écouler. Il faut, en effet, que la dure-mère qui, en arrivant au fond du canal qu'elle parcourt pour accompagner le nerf auditif, se confond avec le périoste, soit décbirée, et de plus, avec elle, les deux feuillets de l'arachnoïde.

M. DENONVILLIERS appuie l'opinion de M. Robert, et il ne peut être admissible que le liquide obtenu ait été modifié, comme le dit M. Chassaignac, par la filtration. On pourrait peut-être, à la rigueur, admettre que la filtration enlève quelques-uns de ses éléments à l'écoulement, mais à coup sûr elle ne saurait rien y ajouter. Et la grande proportion de muriate de soude qu'il contient peut faire apprécier qu'il est bien produit par le liquide céphalo-rachidien.

Quant à la déchirure, que M. Chassaignac trouve très difficile à obtenir, il faut reconnaître qu'elle peut être facilitée par l'extrême amincissement de la dure-mère au point où elle se continue avec le périoste.

LECTURE.

M. VERNEUIL donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Jules Roux sur les amputations du pied. La discussion est renvoyée à une prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibreuse du maxillaire supérieur. — M. CHASSAIGNAC rend compte à la Société d'une amputation de l'os maxillaire supérieur, opération qu'il a dû pratiquer pour enlever une tumeur fibreuse considérable développée au centre de l'os maxillaire.

Le procédé opératoire auquel on a eu recours consiste à diviser successivement avec la scie à chaîne :

1° La région malaire ;

2° L'apophyse montante ;

3° La voûte palatine.

On a dû rejeter en dernier lieu la section de la voûte palatine, par la raison que, les muqueuses palatine et nasale devant être coupées avec l'instrument tranchant, avant de faire passer le trait de scie antéro-postérieur, il est plus avantageux, au point de vue de l'hémorrhagie, de terminer les sections osseuses par celle qui doit fournir le plus de sang.

Il y a encore un autre avantage à agir ainsi, attendu qu'indépendamment de la perte de sang considérée en elle-même, l'écoulement de ce liquide dans la gorge est surtout imminent pendant la section de la voûte palatine.

La tumeur se compose d'un tissu fibreux du type le plus pur. Elle est assez régulièrement ovoïde, ayant son grand diamètre dirigé d'avant en arrière.

Son extirpation a été tellement complète, qu'elle ne présente à sa surface aucune entamure, et se trouve aussi régulièrement enkystée par ses couches superficielles que le sont habituellement les corps fibreux de l'utérus.

La seule ligature importante à laquelle l'amputation du maxillaire supérieur ait donné lieu est celle de la maxillaire supérieure, qui fournissait un jet de sang volumineux dans le fond de la gorge, où elle était retombée après la complète séparation de l'os.

La malade, arrivée au huitième jour de l'opération, n'a pas présenté le plus léger accident.

M. BROCA fait remarquer que ce genre de tumeur peut affecter deux formes différentes : ou elle est circonscrite et développée dans l'os même, dont elle refoule les parois, alors elle guérit radicalement par l'opération ; ou, au contraire, elle se développe au-dessus de l'os, qu'elle englobe et qu'elle détruit, alors la récidive est fort à craindre.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

CORRESPONDANCE.

Aix-les-Bains (Savoie), le 8 juillet 1854.

Monsieur le rédacteur,

Plusieurs personnes m'ont écrit de Paris pour me demander s'il es vrai que le choléra est à Aix.

Afin de tranquilliser les familles qui ont ici des parents, comme pour rassurer ceux qui ont l'intention d'y venir, je vous prie d'insérer ces quelques mots :

Le choléra n'est point à Aix. J'ai consulté tous les membres formant la commission médicale de l'établissement thermal, et je puis affirmer qu'il n'y est jamais venu, et qu'à l'heure actuelle il reste limité dans les provinces méridionales de la France, à plus de soixante lieues de distance de notre vallée.

Le président de la commission médicale,
DAVAT, D.-M.-P.

Les nouvelles que nous recevons aujourd'hui du midi annoncent qu'un assez grand nombre de cas se sont manifestés à Aix en Provence, à Marseille, mais surtout à Arles. Avignon continue à compter des victimes. Quelques cas isolés se sont également produits dans plusieurs des départements du centre comme dans ceux de l'est. Les environs de Paris n'ont pas été complètement à l'abri des atteintes de l'épidémie. Ainsi, à Choisy, à Thiais, à Corbeil, on a compté jusqu'à la semaine dernière un assez grand nombre de cas ; mais depuis cette époque ils ont à peu près disparu.

Le shah de Perse vient d'envoyer la décoration du Lion et du Soleil de 1re classe à M. le professeur Jules Cloquet, chirurgien consultant de l'Empereur, comme un témoignage de son estime pour les services qu'il a rendus aux sciences médicales et à l'instruction des sujets de Sa Majesté qui se livrent à l'étude de la médecine et des sciences naturelles.

La Gérant
Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 12 JUILLET 1854.

Séances des Académies.

La discussion sur les déviations utérines approche de son terme; il ne reste plus à entendre qu'un ou deux orateurs inscrits, après quoi M. Depaul présentera son résumé. La séance d'hier a été occupée par M. Amussat et par M. Malgaigne. M. Amussat, mis en demeure de se prononcer sur ce qu'il a fait et vu l'un des premiers en fait de cathétérisme utérin, est venu ajouter un chiffre de plus au nécrologe déjà assez élevé du redresseur, dont il a jugé prudent de proscrire l'usage à l'avenir; et il a saisi cette occasion pour exposer sa méthode de traitement des rétroversions à l'aide de la cautérisation comme moyen de produire une inflammation adhésive qui soude le col de l'utérus au vagin et le maintient ainsi dans une immobilité persistante.

Quant à M. Malgaigne, il a maintenu contre les affirmations contraires son premier dire, savoir : que la question des affections utérines n'avait point fait un pas depuis la discussion de 1849, et que le diagnostic différentiel en est aujourd'hui tout aussi obscur et la thérapeutique tout aussi incertaine qu'il y a cinq ans... ; à cela près toutefois des lumières qu'il a portées lui-même au milieu de ces ténèbres, en dotant le diagnostic d'un signe nouveau qu'il a fait connaître dans sa première argumentation.

Nous aurons probablement à reprendre et à apprécier l'ensemble de cette discussion la semaine prochaine.

L'Académie des sciences a reçu plusieurs communications dont nous nous bornerons aujourd'hui à indiquer l'objet principal, renvoyant pour de plus amples détails au compte rendu que nous publierons dans le numéro prochain.

Nos lecteurs se rappellent sans doute les recherches intéressantes de M. Baizeau sur le développement et la régénération du tissu osseux dans le jeune âge. M. Th. Herpin (de Genève) vient de rapporter à l'appui de la loi formulée par M. Baizeau un fait de physiologie pathologique que plusieurs praticiens avaient déjà eu l'occasion d'observer, mais qui n'en est pas moins resté inconnu jusqu'ici de la plupart des médecins : c'est le retour à leur longueur naturelle, en un temps assez court, des os raccourcis à la suite des fractures chez les enfants.

Le système osseux a été l'objet d'une étude d'anatomie philosophique de la part de M. le professeur Lavocat (de Toulouse). M. Lavocat s'est proposé de démontrer, en s'appuyant sur l'anatomie comparée autant que sur des considérations empruntées à l'ordre des causes finales et des besoins fonctionnels, que l'os du bras (l'humérus) n'est pas tordu, comme le pense la généralité des anatomistes, mais qu'il y a simple inversion des parties qui se correspondent dans les rayons supérieurs des membres thoraciques et des membres pelviens, sans par conséquent que la loi des connexions ait été violée.

La communication la plus digne d'intérêt pour nous est celle de M. Alvaro Reynoso, qui a étudié l'action exercée par un certain nombre d'agents chimiques sur le *curare,* dans le but de chercher parmi ces substances un antidote de ce subtil poison. On verra que plusieurs substances, et notamment le chlore et le brome, peuvent être considérées comme des antidotes du *curare,* dont ils altèrent entièrement les propriétés primitives; et que d'autres agents, tels que l'iode, l'hypochlorite de soude, la potasse caustique, en ralentissent ou en atténuent considérablement les effets en apportant obstacle à son absorption.

Il nous reste enfin à mentionner une nouvelle communication sur les prétendus esprits frappeurs. C'est un exposé de la théorie du bruit produit par les déplacements tendineux ou osseux présentée sous le patronage de M. Rayer, par M. Austin Flint, professeur de médecine à Louisville (Etats-Unis).

Dr Brochin.

EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR LES OFFICIERS DE SANTÉ.

Un officier de santé reçu dans plusieurs départements peut-il exercer dans ces départements ou seulement dans un seul ?

Une lettre que nous avons reçue d'un honorable confrère de la Vendée, à l'occasion de notre article du 4 juillet, nous engage à reprendre la plume. Voici cette lettre :

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro du mardi 4 juillet courant de votre estimable journal, vous voulez bien donner à un officier de santé qui veut exercer dans plusieurs départements le conseil de se faire recevoir successivement par le jury de chacun de ces départements, ce qui lui donnera, dites-vous, la faculté d'exercer sa profession à la fois dans l'un et l'autre département. Je crois, monsieur le rédacteur, qu'en donnant ce conseil vous n'êtes pas du tout dans l'esprit de la loi; car un corollaire de la loi du 19 ventôse an XI dit que dans le cas où les officiers de santé ont été autorisés à se faire recevoir par le jury médical d'un département autre que celui où ils doivent exercer, leurs diplômes indiquent toujours pour quel département ils ont été reçus. A mon avis donc, un officier de santé ne peut exercer que dans un seul département qu'il choisit à son gré; et s'il quitte le département où il résidait pour aller exercer dans un département limitrophe, il perd le droit d'exercer dans le premier; car sans cela un officier de santé pourrait, à son gré, étendre son rayon d'exercice, et si le gouvernement autorisait une pareille manière de faire, ce serait protéger, au détriment des docteurs, un ordre de médecins déjà beaucoup trop nombreux, et que je regrette vivement, monsieur, de vous voir couvrir de votre protection, tandis que la presse médicale devrait, selon moi, en demander la suppression complète.

Nous allons répondre à chacun des points contenus dans cette lettre.

Et d'abord, notre confrère pense que nous ne sommes pas dans l'esprit de la loi. Que nous ne soyons pas dans l'esprit de la loi, la chose est discutable; mais nous affirmons que nous sommes dans la lettre de cette loi.

« Un corollaire de la loi de ventôse an XI, écrit-il, dit que dans » le cas où les officiers de santé ont été autorisés à se faire recevoir » par le jury médical d'un département autre que celui où ils doi- » vent exercer, leur diplôme indique pour quel département ils » ont été reçus. »

Notre confrère se trompe. La loi de ventôse n'a ni *corollaire* ni article additionnel; elle se borne à dire, article 29 : « Les officiers » de santé ne pourront s'établir que dans le département où ils au- » ront été examinés par le jury; » et la cour de cassation, comme nous l'avons dit dans notre premier article, vient encore de décider que personne, pas même le ministre de l'instruction publique, ne pouvait accorder d'autorisations semblables à celles dont il parle.

Nous pensons qu'il a tout simplement voulu dire : un *commentaire.* Nous sommes d'autant plus porté à le croire, qu'il ajoute : « A mon avis *donc*, un officier de santé *ne* peut exercer *que* dans » un seul département qu'il choisit à son gré, et s'il quitte ce dé- » partement pour aller exercer dans un autre département limi- » trophe, il perd le droit d'exercer dans le premier. »

Ce raisonnement n'est, je crois, pas logique. De ce que la loi demande une épreuve nouvelle à l'officier de santé qui veut exercer dans un département autre que celui où il a été reçu primitivement, il ne s'ensuit nullement qu'elle supprime un droit déjà acquis dans un premier département par les épreuves que l'officier de santé a subies sous sa protection et sous sa garantie. La conséquence, je le répète, n'est pas logique, et le commentaire n'est fondé ni en droit, ni en justice.

On invoque l'esprit de la loi. Si cette intention eût été dans l'esprit du législateur, il l'aurait exprimée. Tenons-nous en donc simplement à la lettre de cette loi. Qu'on la lise attentivement, on n'y trouvera rien qui puisse justifier cette interprétation.

Il n'y a pas d'article de la loi de ventôse qui défende à un officier de santé de se faire recevoir dans plusieurs départements. Elle lui défend d'exercer dans un département où il n'a pas été reçu; mais s'il se fait recevoir dans deux, dans dix, dans vingt départements, il pourra exercer sans conteste dans ces deux, dix, vingt circonscriptions.

Si, sortant de la lettre de la loi, nous voulions admettre les commentaires, les interprétations, nous compterions des autorités dont personne ne récuserait la compétence, en faveur d'une acception bien plus large du mot *s'établir* que renferme l'article 29. MM. Adelon, Velpeau et Ollivier (d'Angers) ont exprimé (*Ann. de méd. lég.*, 1841) l'opinion que la prohibition de *s'établir* hors du département où il a été reçu ne s'opposait pas à ce qu'un officier de santé allât *exercer* sa profession partout où l'appelle la confiance d'un malade, mais seulement *à ce qu'il fixât sa résidence* hors du département.

Dans notre opinion, et malgré cette imposante autorité de noms justement célèbres, cette interprétation de MM. Adelon, Velpeau et Ollivier (d'Angers) est en opposition avec la loi, et nous croyons qu'il n'est pas un tribunal qui ne condamnât, et avec raison, l'officier de santé qui visiterait des malades hors de son département et sans diplôme du jury de ce département voisin.

« Un officier de santé, dit encore notre confrère, pourrait ainsi » à son gré étendre son rayon d'exercice, et le gouvernement ne » pourrait autoriser une pareille manière d'agir sans porter préju- » dice aux docteurs. »

Cette faculté, la loi ne la refuse pas à l'officier de santé, et le gouvernement n'a point à intervenir en présence d'une loi qui n'a pas été abrogée ou modifiée par une autre. La loi a peut-être tort; ce n'est pas à nous à l'apprécier; nous devons nous y soumettre et l'accepter tant qu'elle est en vigueur.

La question que soulève notre confrère n'est, du reste, pas nouvelle. Il y a quelques jours à peine qu'elle se trouvait, incidemment il est vrai, traitée par deux organes de la presse médicale. Cette discussion indique peut-être qu'il y a une lacune dans la loi de ventôse; ce n'est pas à nous à la remplir; mais il n'en est pas moins vrai que la solution à laquelle nous nous arrêtons est la seule qui soit soutenable dans l'espèce, et nous sommes persuadé que tous ceux qui auront étudié la question avec attention y répondront dans le même sens.

La lettre à laquelle nous répondons se termine par un reproche que nous ne pouvons accepter. Notre confrère nous reproche de couvrir de notre protection les officiers de santé, dont, dit-il, la presse médicale devrait demander la suppression complète.

S'il s'était donné la peine de consulter la collection de la *Gazette des Hôpitaux* depuis son origine, et en particulier les années 1845, à l'époque où elle publiait les procès-verbaux du congrès médical, et 1847, au moment où elle rendait compte de la discussion sur la loi présentée à la chambre des pairs sur l'organisation de la médecine, il aurait pu se convaincre qu'elle n'a jamais varié dans sa manière de voir, et qu'elle a toujours demandé, chaque fois qu'elle en a trouvé l'occasion, la suppression de deux ordres de médecins.

Il y a, et nous en connaissons, parmi les officiers de santé des hommes très honorables et très instruits; mais en dehors de toute considération de personnes, et comme question de principe, nous soutenons qu'il ne devrait exister qu'une seule classe de médecins, comme il n'y a qu'une seule classe de malades.

Un mot encore.

Si notre confrère trouvait l'occasion de soulever officiellement et judiciairement la question qu'il nous a fait l'honneur de nous soumettre, tout en l'engageant à procéder avec la plus grande réserve, car, à notre avis, la lettre de la loi est contre lui, peut-être ferait-il bien de la saisir, afin de fixer définitivement la législation sur ce sujet. En portant une cause pareille devant qui de droit et épuisant tous les degrés de juridiction, il rendrait au corps médical tout entier un service dont on lui saurait gré. — Dr A. Foucart.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

De l'eczéma (1).

Si nous passons maintenant aux variétés suivant le siége, nous trouvons les formes suivantes, dont quelques-unes offrent une grande importance pour le praticien.

1° *Eczema pilaris.* — Il est, comme l'indique son nom, borné aux parties couvertes de poils, mais plus particulièrement à l'aisselle et au pubis. Souvent ici on voit un poil s'élever du milieu de chacune des petites ulcérations arrondies qui s'observent là comme dans les autres formes de l'eczéma. Le pronostic offre une certaine gravité, en ce sens que la maladie est ordinairement très rebelle, surtout quand c'est l'aisselle qui en est affectée.

2° *Eczema* ou *impetigo capitis.* — La variété qui nous occupe envahit très souvent le cuir chevelu chez les jeunes enfants. La sécrétion séreuse est habituellement alors très abondante, et il se

(1) Fin. — Voir les numéros des 6 et 20 juin.

forme des croûtes assez épaisses, surtout quand la maladie revêt la physionomie impétigineuse. Dans ce cas, les cheveux sont agglutinés et la tête est comme coiffée d'une calotte croûteuse jaunâtre ou verdâtre. Le liquide qui suinte incessamment des surfaces rouges et ulcérées que revêtent ces croûtes mouille et empèse assez fortement les linges, les bonnets dont on couvre la tête des enfants. La maladie se présente quelquefois sous un aspect différent. Les croûtes, au lieu d'être en masse confluente, sont séparées en grains de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un très petit pois, qui agglutinent de petits pinceaux de cheveux. C'est là ce que, dans le vulgaire, on appelle des *galons*, et que les dermatologistes désignent sous le nom d'*impetigo granulata*. Cette variété d'eczéma est ordinairement très opiniâtre, et il n'est pas rare de voir survenir la chute des cheveux au niveau des parties envahies; mais il ne faut pas s'en effrayer, car il n'en est pas de cette chute des cheveux dans l'eczéma comme de celle qui succède au *favus*, et qui est suivie d'une calvitie irremédiable. Dans l'eczéma granuleux, les poils qui tombent ne tardent pas à repousser aussi épais qu'auparavant. Un accident assez commun dans la première forme, celle qui s'accompagne d'une inflammation plus vive et d'un flux abondant, c'est l'engorgement des ganglions situés autour de la base du crâne, engorgement quelquefois suivi d'abcès, notamment chez les sujets lymphatiques.

3° *Eczema* ou *impetigo larvalis*. — L'éruption se fait à la face; les deux joues sont symétriquement envahies; d'autres fois c'est le front seulement. Enfin, tout le visage peut être recouvert d'un masque croûteux, comme l'indique l'épithète latine qui sert à caractériser cette affection. L'eczéma de la face offre comme phénomène distinctif une grande tendance à envahir l'orifice des différentes cavités qui s'ouvrent à la face. Ainsi, il gagne souvent l'ouverture antérieure des fosses nasales, et la muqueuse qui revêt ces ouvertures est le siége d'ulcérations, de suintement séreux, et par suite de croûtes comme le tégument externe. Les lèvres sont habituellement atteintes, et longtemps après la guérison de la maladie principale elles restent fendillées et recouvertes de squames minces, sèches et foliacées. La muqueuse buccale peut être elle-même le siége d'une sorte de stomatite de nature véritablement dartreuse, et qui est due à l'extension de l'affection cutanée. Enfin, le mal peut encore atteindre les yeux; la conjonctive est rouge, injectée; elle sécrète une matière séro-purulente; il y a là, en un mot, une ophthalmie eczémateuse.

4° *Eczéma des oreilles*. — Il coïncide souvent avec les deux formes précédentes; ou bien, s'il débute par les oreilles, il peut s'étendre plus ou moins loin aux environs, soit sur la face, soit sur le cuir chevelu. Cette éruption présente quelques caractères particuliers : les oreilles sont très notablement augmentées de volume, tendues, écartées du crâne, rouges, fendillées, couvertes de croûtes ou de squames, suivant la période à laquelle le mal est arrivé. Le conduit auditif externe est souvent rempli de concrétions croûteuses, et les squames qui leur succèdent persistent souvent fort longtemps après la guérison. Enfin, l'inflammation dartreuse peut filer le long de ce conduit jusqu'à la membrane du tympan, qui, atteinte à son tour, s'épaissit, devient dure et sèche. Il en résulte nécessairement une obtusion plus ou moins considérable de l'ouïe du côté altéré, et même une surdité complète et permanente quand les désordres sont très considérables. De là la nécessité de traiter avec beaucoup de soin et d'énergie les eczémas de l'oreille.

5° *Eczéma du sein*. — Il attaque surtout le mamelon, autour duquel il forme une sorte d'auréole plus ou moins étendue, rouge, sécrétante, croûteuse, mais le plus souvent squameuse et fendillée, et pouvant persister pendant très longtemps dans ce dernier état. L'eczéma du sein a souvent une conséquence très fâcheuse pour les femmes, et que ne présentent que très rarement les eczémas des autres parties du corps, je veux parler des inflammations phlegmoneuses auxquelles il peut donner naissance. Tantôt cette inflammation est très étendue et occupe tout le sein : c'est une véritable mammite; tantôt elle est circonscrite et étroitement limitée. Il en résulte des abcès plus ou moins considérables, suivant l'étendue du phlegmon. Cette dartre se montre surtout chez les nourrices et les femmes enceintes; on la voit aussi très souvent coïncider avec la gale, dont elle constitue alors un accident secondaire.

Aussi, dans les cas de gale chez les femmes, alors que le diagnostic est difficile et qu'il faut réunir le plus grand nombre possible d'éléments pour arriver à une solution, doit-on prendre en grande considération l'existence de l'eczéma du sein. C'est là une circonstance sur laquelle j'appelle fortement votre attention.

6° *Eczéma de l'ombilic*. — On le rencontre surtout chez les personnes grasses. Quand l'eczéma occupe le ventre, même dans les conditions ordinaires, il est très commun de le voir persister au nombril après la guérison de la plus grande partie du mal.

7° *Eczema genitalis*. — Très commun dans les deux sexes. Chez l'homme, il affecte le scrotum, très rarement la verge; les parties malades sont le siége d'une sécrétion séreuse très abondante, et elles se recouvrent de squames plutôt larges qu'épaisses; plus tard ces squames, sèches, larges et parcheminées, se fendillent et se séparent; les démangeaisons sont ordinairement très vives. La maladie tend à persister avec une grande opiniâtreté.

Chez la femme, l'eczéma occupe les grandes et les petites lèvres; la sécrétion est également très abondante et les démangeaisons souvent atroces. Rien de plus commun que de voir l'inflammation s'étendre jusque dans le vagin, y déterminer un flux séreux et un prurit très considérable, et persister à l'état de vaginite dartreuse après la guérison de l'affection externe. Cette vaginite est quelquefois très difficile à distinguer de la vaginite blennorrhagique, d'autant plus qu'elle est parfois contagieuse par le coït. On ne peut guère se fonder pour séparer les deux affections que sur l'existence intérieure de la dartre, dont il reste assez souvent des squames ou des furfures à l'extérieur, sur la vivacité des démangeaisons et sur la moralité de la personne malade.

A côté de l'*eczema genitalis* se place naturellement l'*eczéma de l'anus*, qui peut devenir très douloureux à cause des crevasses qui s'y forment ordinairement. Ces douleurs sont surtout très vives pendant l'acte de la défécation : les démangeaisons sont souvent d'une violence extrême; le malade se gratte avec fureur et provoque ainsi une sécrétion séreuse, à la suite de laquelle il se trouve soulagé. Rien de plus commun ici encore que de voir la phlegmasie dartreuse envahir la partie inférieure du rectum.

8° *Eczéma des membres*. — Il affecte à peu près également le côté interne et le côté externe; mais il est beaucoup plus commun sur les membres inférieurs que sur les membres supérieurs. Les varices jouent ici un rôle très marqué, et la preuve que ce n'est pas une simple coïncidence, c'est que, si les varices n'existent qu'à une seule jambe, la dartre se développe précisément sur la jambe malade, et non symétriquement sur les deux membres correspondants, comme il arrive le plus souvent dans les conditions ordinaires. Ces eczémas sont, on peut le dire, incurables, puisqu'ils se lient à l'existence des dilatations veineuses, incurables elles-mêmes. Les ulcérations sont plus profondes; elles prennent l'aspect particulier qui caractérise les ulcères variqueux.

Diagnostic. — Rappelons d'abord les caractères de l'eczéma, qui fondent ce que j'appellerai son diagnostic absolu : nous verrons ensuite à le séparer des maladies qui peuvent s'en rapprocher. Ces caractères distinctifs sont une rougeur vive, ponctuée, de petites ulcérations arrondies, une sécrétion séreuse qui empèse le linge et se concrète en croûtes jaunâtres plus ou moins épaisses, des squames molles, jaunâtres, s'enlevant avec facilité et sous lesquelles est la surface rouge ponctuée ou criblée d'ulcérations; plus tard des squames minces, sèches et furfuracées; enfin des démangeaisons plus ou moins vives.

Les maladies qui pourraient être confondues avec l'eczéma sont l'herpès, le lichen, le psoriasis et le pityriasis.

L'herpès ressemble à l'eczéma par la rougeur, la sécrétion séreuse et les petites ulcérations. Mais dans l'herpès les vésicules sont grosses, globuleuses, groupées sur une très petite surface; loin d'être éphémères, elles durent pendant plusieurs jours; ces vésicules se vident quelquefois par résorption sans se rompre; souvent aussi la sérosité qu'elles contiennent devient trouble et purulente; dans les cas où la rupture a lieu, l'ulcération est plus large, plus profonde; enfin, il ne se forme pas de squames, et, chose capitale, la marche est essentiellement aiguë; en huit ou quinze jours tout est fini; si la maladie se prolonge, c'est par des éruptions successives, dont chacune suit la marche aiguë propre à l'herpès.

Le lichen, caractérisé par de petites papules pleines et sèches, par la rugosité et l'épaississement de la peau, ne saurait, dans les cas ordinaires, être confondu avec l'eczéma. Mais il est une variété dans laquelle les papules ulcérées donnent lieu à une sécrétion qui se concrète et forme de petites croûtes. C'est le *lichen agrius*. Si les papules sont très rapprochées et confluentes, les croûtes se confondront et offriront une certaine largeur qui les fera ressembler à celles de l'eczéma, bien qu'elles soient moins épaisses, plus sèches et plus dures. Autre caractère fort important : dans le lichen, on voit à l'entour des croûtes de papules parfaitement reconnaissables et un épaississement, un état chagriné de la peau qui ne se rencontrent pas dans l'eczéma. Il y a cependant des cas embarrassants dans lesquels les deux affections semblent réunies; c'est à des cas de ce genre que M. Devergie a réservé le nom d'*eczéma lichenoïde*. Nous voyons là une véritable complication.

Des plaques rouges, élevées, recouvertes de squames épaisses, imbriquées, sèches, nacrées, tels sont les caractères du psoriasis. Assurément ces lésions ne sont pas celles de l'eczéma, et cependant il arrive quelquefois que celui-ci dans ses dernières périodes est revêtu de croûtes sèches et blanches qui ressemblent à celles du psoriasis. Alors, pour séparer ces deux maladies, il faut surtout remonter aux antécédents. Le psoriasis a toujours été sec, l'eczéma a toujours eu une période de sécrétion séreuse.

C'est aussi la sécheresse de la surface et l'existence d'une desquamation furfuracée qui distinguent le pityriasis. Mais ces caractères se rencontrent habituellement vers la guérison de l'eczéma, et l'on peut dire que cette maladie se termine par un pityriasis; mais si l'on remonte aux phénomènes qui ont précédé cet état, on reconnaît que la sécrétion séreuse avec squames larges et molles a existé à une certaine époque dans le cas d'eczéma.

M. Devergie a décrit sous le nom de *pityriasis rubra* une affection cutanée dont les lésions offrent une notable ressemblance avec l'eczéma. En effet, suivant M. Devergie, ce *pityriasis rubra* a pour symptômes une coloration rouge de toute la surface de la peau, qui est en même temps recouverte de squames de la grandeur d'une pièce de 1 franc, lesquelles se détachent et se roulent sur leurs bords, et une sécrétion séreuse analogue à la sueur, qui mouille le linge sans l'empeser. Vous devez voir à l'avance les caractères qui distinguent cette affection de l'eczéma : l'universalité de l'efflorescence et la nature de la sécrétion. Mais, disons-le en passant, ce n'est pas là un pityriasis : c'est un pemphigus foliacé; on ne saurait le méconnaître. Les symptômes que nous avons énoncés sont précisément ceux de l'affection que je viens de nommer, et une preuve bien convaincante, c'est que sur les quatre cas que cite M. Devergie deux fois des bulles se sont manifestées vers la fin de la maladie. M. Devergie pense que c'était là un pemphigus terminal; pour nous, c'était la révélation de la maladie à laquelle le développement des bulles venait donner son caractère pathognomonique.

Pronostic. — L'eczéma est une maladie peu grave, mais éminemment rebelle, et qui, par sa ténacité et les démangeaisons qu'elle occasionne, fait souvent le désespoir des malades. Chez les vieillards, la guérison est très rare; et, de plus, comme l'éruption dartreuse est souvent accompagnée chez eux d'une affection gastro-intestinale avec diarrhée, il en résulte un épuisement qui ne leur permettrait pas de réagir contre une maladie intercurrente un peu grave qui viendrait à se déclarer. D'autres fois, au lieu d'une diarrhée, c'est un catarrhe bronchique, un asthme qui alternent avec l'éruption et s'opposent à ce que l'on tente la guérison de celle-ci; il faut alors se borner à l'emploi des calmants.

Quelques mots maintenant sur l'*étiologie*. Ce que nous avons dit des causes des dartres trouve parfaitement ici son application. Ainsi l'eczéma se montre surtout chez les très jeunes sujets, au renouvellement des saisons, au printemps et à l'automne; sur les sujets d'un tempérament lymphatique, sous l'influence de l'hérédité; chez des individus exposés par le fait de leur profession à une température très élevée (les forgerons, les fondeurs, les boulangers), ou bien à passer plusieurs nuits consécutives, etc. Parmi les causes occasionnelles, nous citerons les excès de boissons, une nourriture trop succulente ou composée d'aliments trop excitants, les émotions vives, les applications irritantes, etc..... La contagion est tout à fait nulle. Ajoutons que l'eczéma peut se développer en dehors de ces causes, et que par elles seules elles ne seraient pas suffisantes pour lui donner naissance, puisqu'il résulte d'une diathèse.

Traitement. — Ce que nous avons dit du traitement des dartres en général (*Gazette des Hôpitaux*, 20 mai dernier) s'applique ici dans toute sa rigueur; il ne faut pas se borner au traitement de l'état local (manifestation de la diathèse), il faut encore détruire celle-ci en agissant sur tout l'organisme à l'aide du traitement général et du régime diététique.

Pendant la première période, alors que l'inflammation présente une certaine acuité, je fais prendre pour la modérer des boissons aqueuses et rafraîchissantes en abondance, et j'ai recours aux applications locales émollientes, aux cataplasmes de fécule de pomme de terre ou de farine de riz; aux bains fréquents et prolongés, tous les jours et même, s'il le faut, deux fois par jour, bains rendus émollients par l'addition d'eau de son ou par la solution d'amidon.

Relativement aux moyens généraux, je vais vous faire connaître celui auquel je me suis arrêté, et auquel j'ai dû de nombreuses guérisons. Je place en tête l'emploi répété des purgatifs, et après avoir essayé de différentes substances laxatives, j'ai adopté la préparation suivante : c'est l'infusion de séné que je fais prendre tous les jours, quelquefois pendant six semaines et même deux mois consécutifs, quand l'état des voies digestives me le permet. Voici la formule que j'emploie : Fleurs de pensée sauvage, 10 à 15 grammes; follicules de séné, 6 à 8 ou 10 grammes, dans 500 grammes d'eau bouillante. On fait infuser pendant une heure et l'on passe. Sucrez avec du miel. Cette infusion, à la dose d'un seul verre, purge quelquefois très abondamment : il faut alors l'accommoder à la disposition, à la susceptibilité particulière des individus, augmenter ou diminuer la quantité du liquide de manière à obtenir une purgation permanente de deux ou trois selles par jour.

Quand la sécrétion est très abondante, et surtout dans le cas d'eczéma de la face et de la tête, j'emploie habituellement avec avantage la poudre d'amidon qui me sert à saupoudrer les parties malades. Plus tard, quand la sécrétion a été modérée, que les surfaces sont plus sèches, il s'agit de modifier la constitution. Quand j'ai affaire à des tempéraments mous et lymphatiques, j'ai recours à l'huile de foie de morue, et j'en retire d'excellents résultats. Ces résultats sont surtout appréciables chez les jeunes sujets placés dans les conditions que je viens d'énoncer.

Les sulfureux administrés à l'intérieur et à l'extérieur sont très avantageux dans les circonstances ordinaires. Les eaux d'Enghien peuvent rendre ici de très grands services. On peut aussi faire des bains sulfureux artificiels par l'addition de 125 grammes de sulfure de potasse dans l'eau du bain. Quand la position de fortune du malade lui permet d'aller prendre les eaux naturelles à leur source, on conseillera de préférence les eaux de Barèges, de Luchon et d'Uriage. Il faut bien se rappeler que les *iodures* ne conviennent point contre l'eczéma. Les préparations iodurées, et même l'iodure de potasse, si utile dans d'autres circonstances, ont ici plus d'inconvénients que d'avantages. Je regarde également comme mauvais les sudorifiques vantés par beaucoup de personnes.

Si nous revenons maintenant sur l'emploi des topiques, nous verrons qu'une foule de préparations et de formules ont été prônées par leurs inventeurs comme autant de moyens infaillibles. La plupart des pommades ont pour base les mercuriaux, et c'est particulièrement à l'*onguent citrin* que les empiriques ont dû quelques cures heureuses. Le calomel est aussi très employé, et à juste titre, dans beaucoup de cas. J'en dirai autant du deuto-chlorure de mercure à la dose de 25 ou 50 centigr. pour 30 grammes de mercure. Le proto-nitrate de mercure est très utile surtout pour calmer les démangeaisons; les doses doivent en être très faibles, 25 centigr. dans 30 grammes d'axonge. Contre les démangeaisons, quand elles sont très vives, agaçantes, on peut encore recourir avec avantage

à la pommade au cyanure de potassium ; elle convient particulièrement dans l'eczéma des parties génitales chez les deux sexes.

Comme lotions contre ces mêmes démangeaisons, nous indiquerons les simples lotions d'eau blanche, les lotions de sublimé (10 à 15 ou 20 centigrammes de sublimé pour 100 grammes d'eau); les dernières sont quelquefois mêlées en parties égales à du lait d'amandes.

D'après tout ce que nous avons dit de l'étiologie, on comprend le rôle que la diététique doit jouer ici ; il suffit de passer en revue les causes énumérées plus haut pour savoir ce qu'il faut éviter.

DIAGNOSTIC DU CROUP ET DE L'ANGINE GANGRÉNEUSE.

Par M. le docteur A. MARCHANT (de Charenton), médecin adjoint de l'École vétérinaire d'Alfort.

Le but qu'un médecin doit avant tout s'efforcer d'atteindre, c'est d'établir un diagnostic exact. Cette première base posée, il choisit dans les divers traitements celui qu'il juge le plus efficace.

La certitude du diagnostic existe pour un certain nombre de maladies, grâce aux travaux de la science moderne; mais lorsque cette dernière a voulu reviser les belles recherches que les médecins du commencement de ce siècle ont faites sur le croup, elle a fait fausse route, et n'a pu détruire les résultats acquis par les observations faites par les maîtres de l'art. Ces médecins, profonds observateurs, connaissaient parfaitement toutes les maladies qui ont leur siége dans les fosses nasales, l'arrière-bouche, le larynx et ses dépendances; ils avaient pris un soin tout particulier à bien décrire les signes diagnostiques du croup, de manière à ne le confondre avec aucune autre maladie, pas même avec l'angine gangréneuse. Leurs descriptions se recommandent par une grande simplicité et une conformité parfaite. Le croup était pour eux une maladie qui avait ses caractères propres, et qui ne devait être confondue avec aucune autre; ses symptômes pathognomoniques avaient été bien indiqués. On a vraiment de la peine à comprendre comment cela a pu être modifié.

Les symptômes du croup, d'après la dernière description, selon les idées des anciens, qui ait paru dans la science, sont : « Les alternatives de froid et de chaud, les lassitudes, de la tristesse, de » la somnolence ; des symptômes de rhume, de coryza, de catarrhe » pulmonaire, quelques quintes de toux dans la première moitié » de la nuit précèdent ordinairement le développement du croup; » dans quelques cas l'invasion est subite.

» Les symptômes caractéristiques du croup sont :

» 1° La raucité de la voix;

» 2° Le son particulier de la toux qu'on a nommé croupal, et » qu'on a comparé au cri d'un coq, à l'aboiement d'un chien, à » un sifflement, au son d'un instrument à vent, etc.;

» 3° La gêne de la respiration, d'abord passagère, puis conti» nuelle, et portée par degrés au point de déterminer la contrac» tion convulsive de tous les muscles qui servent à cette fonction, » surtout dans les derniers temps, où l'inspiration devient sifflante;

» 4° L'expectoration d'une matière d'abord simplement mu» queuse, dans laquelle on distingue ensuite des flocons de matière » opaque, visqueuse, et même des fragments de fausse membrane, » lesquels ont quelquefois la forme de tubes ou de portions de » tube qui représentent la cavité du larynx ou celle de la trachée» artère;

» 5° Une douleur au larynx et à la trachée-artère. Ce dernier » symptôme manque dans quelques cas. A ces signes locaux » se joint dès le début un mouvement fébrile qui de jour en jour » devient plus prononcé.

» Les premiers symptômes du croup se montrent ordinairement » pendant la nuit. Tout à coup, au milieu du sommeil, la respira» tion devient pénible et bruyante; la toux fréquente, avec un son » extraordinaire; la voix est rauque, le visage rouge, la peau brû» lante. L'enfant se réveille en sursaut; il est agité et se plaint » de douleur à la gorge et dans la région du larynx. A ces symp» tômes, qui durent peu, succède le calme; le sommeil recom» mence, et quelquefois il n'est plus interrompu jusqu'au matin. » Dans ce moment le malade paraît bien; il ne lui reste qu'un peu » d'accélération dans le pouls et de raucité de la voix.

» Mais le soir, dans le premier sommeil, il revient un nouvel » accès plus violent; la respiration est sifflante, sonore; il y a me» nace de suffocation; l'enfant porte ordinairement la main au cou, » comme pour éloigner un obstacle; la voix est plus rauque, la » toux plus bruyante, la rougeur de la face et des yeux plus mar» quée, la fréquence du pouls plus considérable; la toux est ac» compagnée de l'expectoration de matière muqueuse mêlée quel» quefois de stries sanguinolentes.

» Après l'accès le sommeil recommence, mais il est interrompu » par un ou plusieurs autres accès dont la violence égale ou sur» passe même celle des accès précédents.

» Tels sont les phénomènes qui marquent la première période » de la maladie.

» Dans la seconde, qui paraît correspondre à la formation de la » fausse membrane dans le conduit de la respiration, les accès de» viennent plus fréquents et plus forts; l'enfant conserve au mo» ment de la rémission plus de malaise et plus de dyspnée; la voix » est rauque, la toux perçante, la respiration sifflante, l'oppression » extrême. Au moment des accès, il se manifeste une agitation ef» frayante; la figure est livide, les lèvres sont violettes, le visage » est couvert de sueur, le pouls serré, très fréquent; la toux et les » vomissements amènent des mucosités épaisses et filantes mêlées » de quelques fragments membraneux.

» Cette deuxième période dure de deux à quatre jours.

» Dans la troisième, les accès sont presque continus; à peine y » a-t-il quelques moments de rémission. L'inspiration est convul» sive; l'enfant jette la tête en arrière, et il est dans un danger » imminent de suffocation; la voix est supprimée, la toux et l'ex» pectoration sont presque nulles; le visage est pâle, les yeux sont » éteints; une sueur froide et visqueuse couvre la figure; la fai» blesse et l'abattement ont succédé à l'agitation et aux mouve» ments convulsifs; le pouls devient inégal, intermittent, insensible; » le malade éprouve beaucoup d'anxiété; les urines deviennent » blanches et troubles; *la déglutition est libre, l'haleine est inodore;* » il y a suspension progressive de toutes les fonctions. Cependant » l'intelligence reste jusqu'au dernier moment. Tantôt le calme » précède la mort; d'autres fois elle arrive au milieu des plus vives » angoisses.

» Telle est la marche ordinaire du croup; mais cette marche, » ainsi que l'invasion de la maladie, l'intensité de ses symptômes, » sa durée et ses terminaisons présentent beaucoup de variétés.

» L'affection catarrhale qui précède ordinairement le croup est » tantôt peu marquée, tantôt vive et forte; elle dure deux ou trois » jours, et rarement six, huit ou dix jours avant que le croup soit » caractérisé. Dans quelques cas, celui-ci se manifeste subitement » avec l'ensemble de ses symptômes propres; dans quelques cir» constances rares, il débute par des convulsions ou par le tétanos. » Quelquefois les symptômes de cette cruelle maladie se soutien» nent, s'exaspèrent graduellement sans interruption, et avec plus » ou moins de rapidité ; d'autres fois ils offrent des intermissions, » ou même un rétablissement apparent, pour reparaître ensuite » avec plus de violence. »

La description qu'on vient de lire est tirée du *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer (1); elle est postérieure aux travaux de M. Bretonneau, puisque Boyer parle de l'heureux succès de la trachéotomie sur Mlle de Puységur (2). Tout le monde sait combien cet illustre chirurgien était profond observateur et combien peu il se laissait influencer par les diverses opinions qui s'agitèrent autour de lui pendant sa longue pratique. Cependant il ne suffit pas que cette description ait été tracée par Boyer. Il faut encore voir si les symptômes qu'elle contient correspondent bien exactement avec ceux observés sur les malades; alors seulement on pourra la juger d'une façon convenable.

Deux symptômes invariables et constants dans le croup le séparent d'une manière absolue de l'angine gangréneuse :

1° La déglutition est libre ;

2° L'haleine est inodore.

1° *La déglutition est libre.* — La liberté de la déglutition a été remarquée par tous les anciens auteurs, et parmi les modernes M. Vauthier a fait la même observation, puisqu'il dit : « Si une » fonction nous a paru intacte, c'est la déglutition dans le » croup (3). » Cette intégrité de la fonction suppose de toute nécessité l'absence de toute lésion dans les organes chargés de la remplir; de sorte que si la déglutition est libre pendant tout le cours du croup, on peut assurer sans crainte que toute l'arrière-bouche est exempte d'altération, car il suffit d'une rougeur très circonscrite de cette partie pour rendre la déglutition douloureuse; et si les enfants ne savent pas toujours l'indiquer par leurs paroles, du moins ils le font paraître par l'expression de douleur que prend leur physionomie pendant cet acte.

On a d'abord cru que le croup commençait toujours par les amygdales, que c'était là sa loi de développement. L'observation a fait justice de cette orgueilleuse prétention; on a bientôt été forcé d'admettre qu'il n'en était pas toujours ainsi, on a fait une espèce particulière de croup appelé *croup ascendant* ou *d'emblée*, qui est le croup des anciens, pendant la durée duquel il n'y a nulle gêne dans la déglutition.

Il y a dans les descriptions les plus modernes une incertitude qu'on ne peut s'expliquer. Ainsi, le croup est une maladie composée d'un certain nombre de symptômes, à laquelle tous les auteurs consacrent un article. D'un autre côté, ils décrivent une autre maladie, angine pseudo-membraneuse, qui devient le croup lorsqu'elle envahit le larynx; mais cette marche n'est pas constante, puisque les malades peuvent mourir sans avoir eu le croup, c'est-à-dire sans avoir eu de gêne dans la respiration. Le croup, selon cette manière de voir, est à la fois une maladie, c'est-à-dire une réunion de plusieurs symptômes, et un symptôme de maladie; il est à la fois un tout dans la maladie et une partie dans le symptôme. En continuant ce raisonnement, on voit que l'angine, à son tour, devient un croup lorsque la fausse membrane se propage au larynx, ou bien reste angine si cette propagation n'a pas lieu. Les impossibilités de cette théorie deviennent bien évidentes; pour s'en assurer, il suffit de la comparer à l'ancienne, dans laquelle tout s'explique naturellement et sans effort en se servant des données qui ont cours dans la science.

2° *L'haleine est inodore.* — L'absence de toute putridité dans l'haleine des enfants atteints de croup est un *fait constant* et d'une grande valeur ; il tient à ce que l'exsudation croupale ne subit aucune altération appréciable dans sa composition. La matière organique qui la compose en partie (fibro-albumine) ne se décompose pas dans le peu de temps que dure la maladie ; elle devient seulement plus ou moins épaisse, selon que le croup est plus ou moins ancien. Ce fait a singulièrement embarrassé quand on a voulu prouver l'identité du croup et de l'angine maligne ; il a fallu alors convertir l'escbare de l'angine en une production couenneuse simulant la gangrène, mais qui n'en était pas une. Cela supposé pour instant vrai, il reste à savoir comment il se fait que dans une même maladie une seule et même producion est à la fois inodore et putride, que les conditions restant toujours les mêmes, sa couleur ne change pas ou très peu dans le croup et subisse une série de changements qui la font passer du gris au noir dans l'angine ; il faut que ces deux productions, qui se comportent dans des conditions en apparence identiques, d'une manière si différente entre elles, soient de nature différente : par conséquent elles appartiennent à deux maladies essentiellement distinctes.

La fétidité de l'haleine, qui manque toujours dans le croup, n'apparaît pas au début de l'angine ; on ne la perçoit que lorsque les tissus mortifiés commencent à entrer en putréfaction, dont cette fétidité même est l'indice ; elle n'est plus appréciable lorsque les eschares se sont détachées et ont été rejetées au dehors, quand la maladie doit se terminer par la guérison. On dit alors: il n'y a pas eu de gangrène, ni de perte de substance, parce qu'il n'y a pas de cicatrice. S'il faut en croire Béclard (1), il est inutile d'en chercher, car il se forme promptement, et avec tous les caractères de l'ancienne, une membrane nouvelle dans les endroits détruits : ainsi il ne peut y avoir de cicatrice ; la perte de substance est de toute évidence ; la luette disparaît entièrement (2). Lorsqu'elle a été atteinte par la maladie, le bon sens indique que la gangrène, s'étant mise sur un organe si petit, a dû l'envahir dans son entier et le détruire. Il ne peut pas y avoir d'autre explication de ce fait ; mais dans les pertes de substance qui m'intéressaient par une partie des piliers, du voile du palais, des amygdales, il a fallu, contre toute vérité, invoquer une atrophie impossible qui serait la suite du contact de la prétendue production couenneuse. Ainsi, pour soutenir une opinion que tout vient contredire, on a été obligé de dénaturer les faits les plus évidents.

Comparant maintenant les théories de 1807 à celles de 1826, on voit que dans les premières l'expérience et le raisonnement se prêtent mutuellement assistance et se corroborent l'un par l'autre ; que, pour faire valoir les secondes, on est forcé de fausser toutes les notions acquises depuis des siècles par la science. On peut donc dire en toute vérité :

1° Que le croup est une maladie spéciale qui a ses caractères propres ;

2° Que l'angine gangréneuse ou maligne ne devient jamais le croup, alors même qu'elle envahit les voies aériennes;

3° Que la diphthérite, ayant tous les caractères des gangrènes, doit être considérée comme une véritable affection gangréneuse, et que la production diphthéritique, subissant les mêmes changements et dans le même ordre que les eschares gangréneuses, doit être regardée non pas comme une production nouvelle s'appliquant sur des tissus vivants, mais comme ces tissus eux-mêmes privés de vie et constituant une eschare.

(1) Tome V, p. 467 et suiv.

(2) *Idem*, p. 475.

(3) A. Vauthier, *Archives générales de médecine*, 4e série, tome XVII.

DE LA PRÉPARATION DU SIROP DE FEUILLES DE NOYER.

Un pharmacien distingué, M. Lhermite, conseille la formule suivante, comme donnant les meilleurs résultats dans la préparation du sirop de feuilles de noyer :

Feuilles fraîches de noyer. . . . . q. s.

Pilez les feuilles et exprimez-les.

Pilez le résidu avec le quart de son poids d'eau et exprimez de nouveau. Mêlez les liqueurs et chauffez-les pour coaguler l'albumine; laissez refroidir et filtrez. Prenez :

Liqueur filtrée. . . . . q. s.
Sucre. . . . . q. s.

Faites fondre au bain-marie, laissez refroidir et passez.

Ce sirop est très aromatique, et nullement comparable au sirop de feuilles de noyer préparé avec l'extrait ou bien avec les feuilles sèches.

M. Lhermite ajoute que pour obtenir le brou de noix des confiseurs, il suffit d'ajouter à ce sirop une quantité suffisante d'eau-de-vie. (*Journ. de chim. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet quatre rapports de M. le docteur Danvin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais), sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Déviations utérines. — M. le docteur Gaussail (de Toulouse) adresse les documents cliniques imprimés sur les déviations utérines dont il a annoncé l'envoi dans l'une des précédentes séances.

Choléra. — M. Isid. Bourdon dépose sur le bureau au nom de

(1) Béclard, *Anat. gén.*, 1852, page 203.

(2) Gendron, *Propositions sur le croup* (Journal des Connaissances médico-chirurgicales, t. III, p. 177). — Desruelles, *Traité du croup*, page 251, 2e édition (1824).

l'auteur, M. le docteur Macloughlin, correspondant de l'Académie à Londres, une brochure ayant pour titre : *Résultat d'une enquête concernant l'existence invariable de la diarrhée comme prodrome du choléra.* (Nous reviendrons sur ce document.)

M. Bédor (de Troyes) adresse un relevé sommaire des cas qui ont été reçus à l'Hôtel-Dieu de Troyes. Ce relevé va du 23 juin au 7 juillet; il comprend onze cas, tous suivis de mort.

M. Gauthier (de Nogent-sur-Seine) adresse la nouvelle formule complétée du traitement qu'il a institué contre le choléra, et dont le capsicum fait la base.

M. Pons, de Bez, près le Vigan (Gard), adresse une note sur la cause et la nature du choléra.

(Toutes ces communications sont renvoyées à la commission du choléra.)

— M. le président annonce que M. le docteur Warren (de Boston) est présent à la séance.

Traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin.

M. Amussat, après un court préambule dans lequel il expose l'historique de la question et la part qu'il a prise aux premiers essais de la méthode de redressement, s'exprime en ces termes :

L'utérus, par sa destination, devait être très mobile et très peu fixé dans le fond du bassin ; par conséquent, une foule de causes que je n'ai pas besoin d'énumérer devaient l'exposer à être repoussé et refoulé soit dans un sens, soit dans un autre.

De là les déviations, les abaissements si fréquents de cet organe, appelé à remplir des fonctions importantes et difficiles.

Et il ne faut pas croire que ces états pathologiques de l'utérus soient plus fréquents qu'autrefois. On en parlait peu, sans doute, parce qu'ils étaient peu étudiés et peu connus.

Aussi, avant les connaissances acquises sur les divers déplacements de l'utérus, on n'opposait à ces affections que des ceintures et des pessaires seulement qu'on appliquait indistinctement dans tous les cas. Mais depuis l'appréciation exacte des diverses espèces de déviations, on est enfin entré dans une voie thérapeutique plus rationnelle.

Et cependant que de tentatives, la plupart inefficaces, ont été faites pour remédier d'une manière permanente aux déviations ! A ce sujet, je demande à l'Académie la permission d'exposer brièvement devant elle le résultat de mes recherches sur ce sujet.

La première idée d'introduire des tiges dans le col de l'utérus pour agir contre les déviations de cet organe me fut suggérée en 1826 par le cathétérisme utérin que j'avais vu pratiquer par notre célèbre et ingénieux Récamier pour établir le diagnostic de certaines affections de l'utérus. Encouragé par cette idée nouvelle, je fis d'abord avec tâtonnement quelques essais timides ; puis je me hasardai à placer dans l'utérus des tiges à demeure.

Après avoir vaincu les difficultés de les placer et de les maintenir, je constatai qu'en général elles pouvaient être temporairement assez bien supportées. Mais chez une jeune femme atteinte d'une antéversion très forte et très gênante, et chez laquelle j'avais plusieurs fois pratiqué sans accidents le cathétérisme utérin, je fus loin d'être aussi heureux. Je me décidai, chez elle, à placer dans l'utérus une tige d'ivoire à demeure. Je la laissai marcher avec cet instrument redresseur. La course était un peu longue. En arrivant chez elle elle était très fatiguée et souffrait déjà beaucoup dans le bassin ; des accidents inflammatoires se développèrent, et malgré tous les soins dont elle fut entourée, elle succomba promptement.

On comprend tout le regret que me causa cet événement, et alors je me reprochai mon excès de confiance dans l'innocuité apparente des tiges placées à demeure dans l'utérus.

A dater de ce malheur je renonçai à ce moyen, et après y avoir beaucoup réfléchi, je compris ce que j'avais déjà soupçonné, c'est-à-dire que l'utérus n'était pas un organe creux analogue à la vessie, au rectum, etc.; que c'était un organe à part, dont la membrane interne tient le milieu entre une muqueuse et une séreuse, et surtout qui a des rapports directs par les trompes avec le péritoine.

Je me bornai donc pendant longtemps à des essais de redressement de l'utérus en dehors de la cavité de cet organe, c'est-à-dire en agissant seulement sur ses parois.

J'employai à cet effet de grands pessaires en cône, puis des espèces de ventouses en ivoire. Ces derniers moyens attiraient l'utérus et le redressaient, mais ils étaient douloureux et produisaient une sensation d'arrachement. D'ailleurs, on le comprend, ils convertissaient en un abaissement plus supportable la déviation, qui redevenait plus forte dès qu'on retirait cet instrument.

Enfin, après beaucoup d'autres essais tout aussi peu satisfaisants, et puisés toujours dans les moyens mécaniques les plus variés, j'étais, je dois le dire, entièrement découragé, et je déplorais le manque de moyens efficaces à opposer aux déviations si fréquentes que j'observais, lorsque enfin je constatai par hasard et successivement plusieurs cas de guérisons spontanées de déviations de l'utérus survenus consécutivement à des inflammations locales, à des ulcérations légères suivies d'adhérences solides entre le col et le vagin, soit par le fait de cautérisation du col pour détruire des granulations ou des ulcérations, soit par le séjour prolongé de pessaires ou d'éponges imbibées d'une forte solution d'alun ou d'acétate de plomb.

En présence de ces faits, que j'étudiai avec la plus grande attention, je me demandai alors si on ne pourrait pas avec avantage chercher à imiter la nature en provoquant par une cautérisation légère et méthodique de la partie postérieure du col des brides et des adhérences capables de redresser d'une manière permanente l'utérus dévié. Plusieurs essais de ce genre d'opérations m'ayant fourni des résultats satisfaisants, je l'appliquai ensuite à un grand nombre de cas de rétroversions dans l'état de vacuité, et les résultats que j'en ai obtenus ont dépassé mes espérances.

J'ai déjà publié un certain nombre de faits qui ne laissent aucun doute sur la guérison durable obtenue par ce moyen nouveau, exempt d'ailleurs de toute espèce d'accident actuel ou consécutif, et beaucoup de nos honorables collègues ont pu constater la permanence des résultats, MM. J. Cloquet, Bouillaud, Mélier, Roche, etc. Je suis donc autorisé à indiquer ce moyen comme préférable à tous ceux qui ont été imaginés jusqu'à présent.

Ce que je viens de dire rend trop explicitement ma pensée sur les déviations de l'utérus pour que je veuille entrer dans de plus grands développements, qui fatigueraient l'attention de l'Académie, sur un sujet qui a déjà été discuté longuement devant elle.

Je laisse de côté ce qui regarde le diagnostic, ainsi que le pronostic, et je me bornerai à donner en abrégé quelques observations sur les déviations.

Voici le sommaire de ces observations :

Obs. I. — *Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. — Accidents graves au troisième mois. — Réduction difficile causée par des adhérences péritonéales au rectum, par des brides dans le fond du bassin. — Grossesse et accouchement sans accidents. — Nouvelle grossesse. — Avortement. — Récidive de la rétroversion plus insupportable qu'avant. — Redressement par des adhérences de l'utérus au vagin déterminées par la cautérisation de la partie postérieure du col avec le caustique de Vienne solidifié. — Guérison.*

(Le sujet de cette observation est présent, et M. Amussat prie quelques-uns de ses collègues de l'examiner après la séance.)

Ce fait offre un grand intérêt au triple point de vue :

a De la réduction de la rétroversion dans l'état de grossesse ;

b De la reproduction de cet état après l'accouchement ;

c De la guérison complète de ce déplacement dans l'état de vacuité.

Malgré les adhérences péritonéales qui existaient entre l'utérus et le rectum, la rétroversion a pu disparaître à trois ou quatre mois de la grossesse, et cette femme a été soustraite ainsi aux accidents graves qui auraient nécessairement compromis l'existence de son enfant et peut-être la sienne, comme on en connaît des exemples.

Quant à la rétroversion dans l'état de vacuité, qui s'est reproduite après les deux grossesses avec un cortége de symptômes fâcheux, on a vu le résultat heureux et permanent qui est survenu par la cautérisation de la face postérieure du col.

Cette malade a été examinée ces jours derniers par plusieurs confrères, qui ont constaté les brides formées derrière le col. La santé est excellente.

Obs. II. — *Ulcération et engorgement de l'utérus compliqués d'une très forte rétroversion méconnue pendant longtemps. — Symptômes graves. — Santé profondément altérée, marche très difficile. — Redressement de l'utérus au moyen de la cautérisation de la partie postérieure du col avec le caustique solidifié de potasse et de chaux. — Guérison permanente.*

Cette malade a été traitée de concert avec MM. Chassaignac et Mélier.

Ce dernier fait est plus simple que le précédent; il ne s'agit ici que d'une rétroversion dans l'état de vacuité; mais il est aussi très concluant en faveur de la cautérisation de la partie postérieure du col, dans le but de provoquer des adhérences capables de redresser l'utérus.

J'aurais pu citer un plus grand nombre de faits du même genre dans lesquels j'ai obtenu des résultats aussi complets; mais j'aurais craint d'abuser de l'attention de l'Académie.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que de la rétroversion. Je dois cependant dire quelques mots des autres déviations pour compléter mon opinion et pour indiquer ce que je fais dans ces cas.

Les autres espèces de déviations sont l'antéversion et les latéroversions. Elles sont moins douloureuses et moins graves que la rétroversion, et ne peuvent pas se guérir par le même moyen, par celui que j'ai décrit et dont j'ai cité des exemples.

Les déviations en avant, ou les antéversions, sont moins gênantes pour les femmes et beaucoup plus supportables que la rétroversion ; elles sont aussi beaucoup moins graves. Mais, il faut le dire, les degrés d'antéversion et d'obliquité de l'utérus directement en avant ou obliques sur les côtés influent beaucoup sur les symptômes. C'est là ce qui explique les opinions si opposées qui existent sur l'importance de ce genre de déviations.

Les moyens anciens, les pessaires destinés à redresser l'utérus, tendent à augmenter la déviation.

Les nouveaux moyens, les tiges intra-utérines, ne sont, en général, que palliatifs ; ils sont dangereux, comme j'en ai cité un exemple.

La cautérisation de la partie antérieure du col ne m'ayant plus réussi pour l'antéversion comme la cautérisation de la partie postérieure pour la rétroversion, j'ai eu recours à un autre moyen, qui consiste à placer l'utérus dans un petit pessaire en gobelet et le faire basculer en arrière pour le remettre à sa place. De cette manière, on parvient à vaincre la rétraction des ligaments ronds, mais bientôt la matrice revient en antéversion. Alors il faut convertir l'antéversion en latéroversion, en forçant l'utérus à rester à gauche ou à droite. Dès qu'on y est parvenu, on obtient une grande amélioration. Les déviations simples à droite ou à gauche, ou les latéroversions, sont encore beaucoup plus supportables que l'antéversion, puisque, comme je viens de le dire, ne pouvant maintenir l'utérus fixé directement en arrière, je convertis l'antéversion en latéroversion, parce qu'il est plus facile de vaincre un des ligaments ronds que les deux.

Quelquefois la rétroversion et l'antéversion sont compliquées de latéroversion. Alors j'emploie les mêmes moyens que pour les antéversions et les rétroversions. J'en ai observé quelques exemples.

En résumé, la discussion actuelle mérite une très sérieuse attention, et tous nos collègues l'ont compris ainsi. Elle servira, j'espère, à fixer l'opinion médicale sur une classe d'affections encore peu étudiées et en général mal appréciées. En effet, quelques chirurgiens, et c'est le plus grand nombre, pensent que les déviations de l'utérus ne méritent aucune importance par elles-mêmes, qu'elles produisent peu ou point d'accidents, et que les symptômes qu'on leur attribue sont dus le plus souvent à des complications. D'autres au contraire, en plus petit nombre, accordent peut-être une importance trop exclusive aux déviations. Comme on le voit, c'est par un examen approfondi qu'il faut chercher à établir la limite entre ces deux opinions contraires.

Enfin pour ce qui regarde la thérapeutique, je pense que le traitement établi primitivement sans distinguer les différentes espèces de déviations, et qui consistait dans l'usage des pessaires, tendait en général plutôt à augmenter la maladie qu'à la diminuer.

Quant au traitement nouveau par les tiges intra-utérines, il ne peut donner que des résultats temporaires dans le plus grand nombre des cas, et il est dangereux dans quelques-uns.

Le redressement de l'utérus par les moyens que j'ai indiqués est exempt de danger, et les résultats sont permanents, excepté après la grossesse.

M. Moreau. M. Amussat a dit, dans la partie historique de son travail, que les déviations de l'utérus étaient très peu connues il y a quelques années, et que c'est à Récamier que revient l'honneur de les avoir fait connaître. La connaissance de ces maladies remonte beaucoup plus haut; elle remonte à Grégoire, qui est réellement le premier qui les ait fait connaître en France, et à William Hunter. Depuis cette époque on s'est toujours beaucoup occupé des déviations utérines. Je demande que cette petite rectification soit faite.

M. Amussat fait remarquer qu'il a dit que c'était depuis Récamier *surtout* qu'on s'était occupé des déviations utérines, mais il n'a pas prétendu dire qu'on ne s'en fût occupé que depuis cette époque.

M. Malgaigne s'excuse de prendre la parole pour la seconde fois dans cette discussion ; mais il se voit dans la nécessité de relever quelques-unes des réponses qui lui ont été faites, non pas au point de vue personnel, mais pour rétablir des faits plus généraux.

M. Malgaigne a émis cette idée que depuis la discussion de 1849 la question n'avait pas fait un pas. Il a été relevé à ce sujet par M. Depaul et par M. Velpeau. M. Depaul a dit qu'il avait beaucoup gagné à cette discussion. M. Malgaigne ne conteste pas cela, il convient y avoir beaucoup gagné lui-même, surtout à ce qu'a dit à cette époque M. Velpeau ; mais il maintient que depuis lors la question n'a pas fait un pas. La preuve, c'est que chaque orateur vient répéter aujourd'hui ce qu'il a dit en 1849.

En effet, la doctrine que M. Hervez de Chégoin est venu exposer est toujours la même; il attribue tout aux déviations, et, comme conséquence pratique, il voit toujours la nécessité de recourir à l'usage des pessaires. M. Hervez de Chégoin est dans le vrai, sans doute, lorsqu'il affirme que le plus souvent les accidents du côté de l'utérus sont dus à des déviations ; mais en reconnaissant que c'est là la cause la plus fréquente, il admet implicitement qu'il y a d'autres causes. Or, sur ces autres causes, M. Hervez n'est pas plus avancé qu'il ne l'était il y a cinq ans.

M. Gibert a raison aussi lorsqu'il attribue à certaines diathèses une influence sur les affections de l'utérus et qu'il en déduit les indications d'un traitement général. Mais il est des cas qui échappent à l'influence de ces diathèses, ce sont ceux où la lésion est toute locale. Or quels sont ces cas? M. Gibert est entièrement muet à cet égard ; on ne trouve pas dans tout ce qu'il a dit une apparence de diagnostic. Même obscurité, même confusion qu'il y a cinq ans.

M. P. Dubois, qu'on regrette de ne pas entendre plus souvent, a dit des choses très justes sur un état nerveux spécial de la matrice ; mais il est regrettable qu'il n'ait pas cru devoir en étudier le diagnostic.

Enfin, M. Depaul lui-même, malgré sa prétention d'avoir établi le diagnostic différentiel, ne l'a pas fait en réalité. On le chercherait en vain dans son rapport; et lorsqu'il affirme qu'on a tort d'attribuer les accidents aux déviations, il ne manque à cela qu'une chose, la démonstration.

M. Huguier a soutenu aussi l'influence désastreuse des déviations, et il a cherché à en donner les signes. Mais il a suppléé au défaut d'expérience par le raisonnement. Il a fait une théorie plus belle que nature. Il n'est pas vrai, comme il l'a avancé, que les déviations prononcées donnent seules lieu à des symptômes morbides, tandis que les déviations légères ne seraient suivies d'aucun accident. L'expérience démontre souvent le contraire. Il en est à cet égard comme des hernies: ce sont souvent les plus petites qui occasionnent le plus de désordres. On en peut dire autant des symptômes que M. Huguier a attribués aux diverses sortes de déplacements. C'est là, en quelque sorte, un tableau de fantaisie dont l'exactitude est souvent démentie par l'observation.

M. Cazeaux a avoué que les versions seules de la matrice étaient cause d'accidents, que les inflexions étaient parfaitement innocentes, étant le plus souvent congénitales. Cela n'est pas plus vrai. Il y a des accidents produits par les inflexions, comme il y en a qui reconnaissent pour cause les déviations.

Enfin, répondant à quelques-uns des arguments de M. Velpeau, auquel il reproche également de n'avoir pas suffisamment établi le diagnostic, M. Malgaigne termine en insistant sur l'importance des signes différentiels qu'il a fait connaître dans sa première argumentation, signes qu'il déduit de la persistance ou de la non-persistance de la douleur pendant le décubitus, et sur les bons effets palliatifs de la ceinture hypogastrique dans les cas de déviation pure.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur les Eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie, par le docteur J.-F. Payen, avec carte et vue. — A Paris, chez Jannet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28, et Dentu, Palais-Royal. Prix : 1 fr.

Il Metodo di curare le malattie orinarie, del dottor Caponata, da Messina, dimostrato vittorioso sulle censure del Dr Mercier da Parigi, sembra preferibile a conseguire il premio di 12,000 franchi. Osservazioni del dottor Paolo Sergi. (Estrato dal giornale l'Eco Peloritano.) — Prix : 50 c. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

De la folie et du délire; par Joseph Tissot, ancien fondateur et directeur d'hospices d'aliénés. — Un vol. in-8°. Prix : 1 fr. Chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

Le chiffre des réceptions dans les hôpitaux de Paris a sensiblement diminué dans ces derniers huit jours. Il s'est maintenu pendant toute la semaine à une moyenne de 30 par jour environ, moyenne inférieure de 13 à celle que nous avions constatée la semaine dernière. Voici les chiffres qui établissent cette proportion :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Décès.
Le 6 juillet,	21	8	29	15
Le 7 »	21	11	32	16
8 »	25	8	33	14
9 »	21	11	32	20
10 »	19	4	23	13
11 »	17	9	26	14
12 »	19		27	10
	143	59	202	102

Mais tandis que le relevé des hôpitaux constate cette diminution pour Paris, nous apprenons que le nombre des cas se multiplie notablement dans la banlieue. C'est même la banlieue qui a fourni une bonne partie des réceptions des hôpitaux, ce qui réduit, comme on le voit encore, la proportion pour la ville. Les contrées de la banlieue qui paraissent avoir été le plus frappées jusqu'à présent sont : Saint-Denis, la Chapelle, les Batignolles, Boulogne, etc.

Voici la situation générale pour les hôpitaux au 12 juillet :

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		3,401
Sorties.	1,270	3,060
Décès.	1,790	
Restant en traitement.		341

Pour la ville, nous pouvons donner le relevé des décès cholériques depuis le 27 juin jusqu'au 6 juillet :

Le 27 juin.	33
28 —.	39
29 —.	35
30 —.	53
Le 1er juillet.	30
2 —	36
3 —	34
4 —	32
5 —	54 (dont 17 dans la banlieue)
6 —	30

D'après les nouvelles de la province, le choléra se serait montré dans vingt-deux départements, qui sont : l'Aisne, l'Aube, les Bouches-du-Rhône, la Côte-d'Or, l'Eure, Indre-et-Loire, le Loiret, la Marne, la Moselle, la Nièvre, l'Oise, la Haute-Saône, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Deux-Sèvres, Somme, Vaucluse, Vendée et Vosges.

Le seul département d'où nous ayons eu des renseignements très détaillés est le département de l'Aube, où les cas ont été, à l'Hôtel-Dieu de Troyes, sinon très nombreux, du moins d'une gravité extrême, puisqu'on y comptait, au 10 juillet, 11 décès sur 11 cas.

Paralysie traumatique des muscles de l'épaule et du bras, suite d'une chute sur l'épaule. — Pronostic différentiel et traitement à l'aide de l'excitation électro-musculaire.

M. le professeur Nélaton a présenté dans l'une de ses dernières leçons cliniques deux malades qui ont eu une même lésion produite par une même cause, une paralysie traumatique des muscles de l'épaule et du bras, suite d'une chute sur l'épaule, mais chez lesquels la marche ultérieure des accidents et l'influence des moyens thérapeutiques mis en usage ont présenté des différences qu'il est du plus grand intérêt de constater au double point de vue du pronostic et du traitement.

Bien que rien, au premier aspect et à ne s'en rapporter qu'aux signes et aux moyens d'exploration ordinaires, n'eût pu faire pressentir d'avance cette différence dans la marche de cette maladie, chez l'un de ces deux malades la paralysie a guéri au bout de quelques semaines; tandis que chez l'autre non-seulement la paralysie a persisté plus longtemps, nonobstant l'emploi persévérant des moyens de traitement les plus actifs, mais il s'y est joint bientôt une atrophie des muscles paralysés, si bien qu'aujourd'hui, environ un an après l'accident, la nutrition et le mouvement commencent à peine à renaître. Mais hâtons-nous de dire que l'événement avait été prévu pour les deux cas, que le pronostic avait été fait, grâce à un signe nouveau et d'une grande valeur dû aux persévérantes recherches électro-physiologiques et pathologiques de M. le docteur Duchenne (de Boulogne). Ce signe, qui permet d'apprécier immédiatement l'étendue et la gravité de la lésion nerveuse, et de prédire le retour prochain de la motilité ou d'annoncer que la récupération des fonctions musculaires n'aura lieu qu'après que les muscles auront passé par les périodes successives d'atrophie et de régénération nutritive, dont la durée ne saurait être moindre de plusieurs mois, ce signe c'est la persistance ou l'abolition temporaire de la contractilité musculaire électrique.

Voici la relation de ces deux faits qu'on nous permettra, en raison de leur intérêt, de rapporter avec quelques détails.

Le premier de ces malades est un homme d'environ trente-cinq ans, qui est entré à la Clinique dans les premiers jours d'avril 1853. Cet homme avait fait trois semaines auparavant (en février 1853) une chute sur l'épaule, chute de sa hauteur seulement, l'épaule ayant porté sur le pavé. Bien qu'il n'eût point ressenti de douleur vive au moment de la chute, il fut surpris, après s'être relevé, de ne pouvoir plus ni éloigner le bras du corps, ni lui imprimer le moindre mouvement soit en avant, en arrière ou en dehors. La flexion de l'avant-bras sur le bras était également impossible. La sensibilité tactile comme la sensibilité de la peau était intacte. Après trois semaines de traitement à son domicile sans résultat, cet homme, ainsi que nous venons de le dire, entra à l'hôpital de la Clinique dans le service de M. Nélaton. Un mois après environ (deux mois du début), M. Duchenne, sur l'invitation de M. Nélaton, examina ce malade. Voici les phénomènes qu'il constata : Perte complète de tous les mouvements exécutés par le deltoïde; l'élévation de l'épaule du côté malade était possible, assez puissante même, mais évidemment moins énergique que du côté opposé. Dans le mouvement des épaules en avant et en dehors, l'omoplate droite restait en place; tandis que du côté sain elle exécutait son mouvement normal. La flexion de l'avant-bras sur le bras était perdue complétement; dans les efforts que faisait le malade pour exécuter ce mouvement, on ne sentait se contracter aucun des muscles fléchisseurs, pas même le long supinateur, le seul qui fût paralysé à l'avant-bras. Extension de l'avant-bras sur le bras en partie conservée, mais très faible; mouvements de rotation en dehors de l'omoplate complétement perdus; conservation de la rotation de l'humérus en dedans.

En résumé, ce malade présentait une paralysie datant de deux mois et siégeant dans les muscles de l'épaule et du bras. Mais ces données ne pouvaient suffire pour établir le pronostic. M. Duchenne eut recours à l'exploration électro-musculaire, et voici les phénomènes qui furent constatés chez ce malade en présence de M. Nélaton et de ses élèves :

Abolition de la contractilité électrique dans les muscles deltoïde, biceps, sous-épineux, petit rond et long supinateur, et diminution seulement de cette propriété dans les muscles triceps, brachial et grand pectoral; sensibilité de la peau partout normale; sensibilité, à peu de chose près, abolie dans les muscles privés de contractilité électrique.

M. Duchenne porta, en conséquence de cette constatation, le diagnostic et le pronostic suivants : paralysie atrophique de quelques muscles animés par les plexus cervical et brachial. Les mus-

---

FEUILLETON.

LETTRE DU PROFESSEUR FORGET (DE STRASBOURG)

au docteur BALLY, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris,

SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

« Mala et inepta verborum impositio miris
» modis intellectum obsidet. »
BACON (*Nov. organ., aphor.* 43).

Vénérable maître,

Dans les sciences, comme en politique, il est des époques de confusion où tous les esprits semblent frappés de vertige, où l'effervescence des passions pervertit les idées, où la rumeur populaire étouffe la voix de la raison. Telle est, à mon avis, depuis vingt ans, la situation morale du monde médical à l'endroit de cette grave maladie désignée sous le nom de fièvre typhoïde. Ce ne sera pas une des moindres singularités de notre histoire contemporaine que ce chaos d'opinions disparates et cette négation de la logique introduits et fomentés même par les hommes les plus éminents de notre époque en ce qui concerne la dénomination, la pathogénie et la thérapeutique de cette malencontreuse affection.

Dès les premières années de ce siècle, les travaux de Prost et ceux des élèves de l'Hôtel-Dieu (1) avaient fait pressentir l'unité des diverses fièvres essentielles des auteurs en mettant en relief la similitude et la constance des lésions intestinales, lorsque M. Louis, par ses belles recherches sur la gastro-entérite, vint confirmer cette admirable synthèse. Nul doute que dès lors la lésion des follicules intestinaux n'eût servi à caractériser et à dénommer les fièvres essentielles, comme déjà l'avaient fait les élèves de l'Hôtel-Dieu, en leur donnant le nom très expressif de *fièvres intestinales*, si cette désignation n'eût été la consécration du système de la localisation et de la gastro-entérite qui soulevait alors une formidable opposition. Quoi de plus naturel, en effet, que d'accepter le nom avec la chose, ainsi qu'on l'a fait pour la *variole*, par exemple, sauf à discuter, comme pour celle-ci, la nature primitive ou secondaire de ce qu'on appelle la lésion anatomique? Mais, encore une fois, cela ne faisait pas le compte des puissances coalisées pour *écraser l'infâme*, comme disait Voltaire; de là cette série de faux-fuyants et d'inconséquences qui ont si profondément perverti l'esprit médical de la génération actuelle.

(1) La *maladie muqueuse* de Rœderer et Wagler, la *fièvre mésentérique* de Baglivi, la *fièvre entéro-mésentérique* de Petit et Serres, tout en perfectionnant certains points de l'histoire des fièvres, ne firent que retarder la fusion en présentant ces affections comme des maladies distinctes des autres fièvres.

Et d'abord, pour neutraliser l'importance de la lésion intestinale, on a commencé par nier sa constance, en admettant une ou deux exceptions pour cent; mais il a fallu reconnaître que ces exceptions n'étaient, en fait, que des erreurs de diagnostic, si bien que M. Chomel, par exemple, déclare aujourd'hui que jamais, depuis longtemps, cette lésion ne lui a fait défaut, toujours sauf erreur, et que maintenant on récuse nettement pour fièvre typhoïde toute affection qui ne comporte pas l'altération des plaques de Peyer, témoin le *typhus fever* des Anglais et la fièvre grave paludéenne de l'Algérie.

Donc il est reconnu que la lésion intestinale est le caractère constant de la fièvre typhoïde.

On n'en continue pas moins à désigner la maladie sous le nom de fièvre typhoïde, et c'est là que gît l'inconséquence que nous déplorons. En effet, il est bien avéré qu'il existe des fièvres typhoïdes sans accélération du pouls, sans chaleur à la peau, c'est-à-dire des *fièvres sans fièvre*. On a si bien compris cette logomachie qu'on a proposé le nom d'*affection* typhoïde; mais ce n'était éluder que la moitié de la difficulté, car il n'est pas moins avéré qu'il existe aussi des affections typhoïdes sans hébétude, sans prostration, sans délire, surtout au début, c'est-à-dire des *affections typhoïdes sans état typhoïde*. Incohérence manifestée d'ailleurs par l'observation séculaire qui a créé les fièvres inflammatoires, bilieuses, muqueuses, très distinctes des fièvres putrides et malignes, qui seules répondent à notre état typhoïde. Peut-être a-t-on espéré trancher cet autre nœud en imaginant les *fièvres graves*; mais l'on n'a fait qu'augmenter l'imbroglio, car nous avons vu que la fièvre n'existe pas toujours; puis il est clair que les fièvres typhoïdes ne sont pas toujours *graves*, témoin les cas *légers* et *moyens*.

Que reste-t-il donc de ces désignations classiques? Rien que de pitoyables non-sens qu'il serait si facile d'éviter en prenant pour base de la nomenclature le caractère constant et palpable de la maladie, la lésion intestinale; de même, encore une fois, que vous prenez pour caractère indicateur de la variole l'éruption cutanée, bien que pourtant vous admettiez des *variolæ sine variolis* (1).

S'il est, en effet, un principe incontestable, c'est celui qui prescrit de désigner les maladies par leur caractère le plus constant. A ce sujet, un honorable critique, auteur ainsi que moi d'un traité de la fièvre typhoïde, se récriait en ces termes : « Que dirait M. F..., si on » lui proposait de désigner les fièvres intermittentes par la lésion de la » rate? » Je dirais que cette désignation a été faite par notre savant ami M. le professeur Piorry, et qu'ensuite il y a un caractère plus constant des fièvres intermittentes..... c'est l'intermittence.

(1) Ces *exanthèmes* fébriles *sans exanthèmes* qu'on met si volontiers en avant, comme de lourdes machines de guerre, pour défendre l'essentialité des fièvres, sont un peu comme les revenants auxquels tant de gens croient sans en avoir jamais vu. Pour ma part, depuis trente-six ans que j'observe des malades, j'en suis encore à rencontrer les *variolæ sine variolis, morbilli sine morbillis*, etc ; mais, en revanche, j'ai vu bon nombre de *fièvres éruptives sans fièvre*.

cles qui ont perdu leur contractilité électro-musculaire s'atrophieront inévitablement, quoi qu'on fasse, et, lorsque l'influx nerveux leur sera rendu (au bout de quelques mois), on pourra y rappeler les contractions et les mouvements par l'électrisation localisée.

Ce pronostic a été effectivement vérifié; les choses se sont passées comme l'avait pronostiqué M. Duchenne. Malgré l'application des boutons de feu au niveau des plexus cervical et brachial, malgré des galvanisations répétées et énergiques, les muscles privés de la contractilité et de la sensibilité électrique se sont rapidement atrophiés, au point qu'au bout de quelque temps il était devenu impossible d'en constater l'existence; ceux au contraire dont la contractilité n'était pas abolie, mais seulement diminuée, recouvrèrent presque immédiatement leur force et leurs usages. Les choses en restèrent à ce point jusqu'au neuvième mois, et alors apparurent pour la première fois depuis l'accident des phénomènes de sensibilité dans les muscles atrophiés sous l'influence de l'agent électrique. C'était là le signe précurseur du retour de la nutrition. En effet, on vit reparaître peu à peu la fibre musculaire dans le deltoïde et le biceps, et en ce moment, ainsi qu'ont pu le constater toutes les personnes qui assistaient à la clinique de M. Nélaton, ces muscles, qui étaient réduits à un état membraneux, ont déjà acquis une épaisseur suffisante pour pouvoir être aisément saisis entre les doigts et former relief sous la peau. Le mouvement n'est pas encore rétabli, mais les faits précédents analogues que M. Duchenne a eu l'occasion de voir ne lui permettent pas de douter du retour prochain de la contractilité volontaire sous l'influence des excitations électriques répétées.

— Le second malade est un jeune homme de vingt ans, qui, le 5 octobre 1853, tomba sur l'épaule droite de la hauteur d'un wagon. Ne pouvant plus se servir de son membre, dans lequel il éprouvait de fortes douleurs, il entra immédiatement à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Jobert (de Lamballe).

A cette époque, le volume de l'épaule était considérablement augmenté; la pression y déterminait une douleur vive, surtout à la partie antérieure. Les mouvements spontanés de ce membre étaient impossibles. L'exploration la plus attentive ne put découvrir aucun des symptômes dus soit à la luxation de l'épaule, soit à la fracture de la clavicule.

Au bout de quelques jours, le gonflement avait disparu, mais la paralysie subsistait. Six semaines après le début de la maladie, M. Duchenne constata que ce malade avait complétement perdu l'usage du deltoïde, des rotateurs en dehors de l'humérus et des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras.

A l'examen électro-musculaire, M. Duchenne reconnut que les muscles n'avaient perdu qu'une faible partie de leur contractilité électrique. Il en déduisit un pronostic favorable, et annonça que non-seulement les muscles ne s'atrophieraient pas, mais que très probablement ils allaient recouvrer leurs mouvements volontaires assez rapidement par la faradisation localisée.

Après avoir vigoureusement excité chacun des muscles avec un courant à intermittences rapides pendant huit à dix minutes, le deltoïde se contracta volontairement, faiblement il est vrai, mais d'une manière très notable. Les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras ne paraissaient avoir rien gagné. Quelques jours après (19 novembre) l'élévation du bras se faisait encore mieux, et le malade commençait à fléchir l'avant-bras sur le bras. Il fut encore faradisé trois fois à quelques jours d'intervalle, et on constata alors que sa guérison était complète. Ce malade, présenté en même temps que le précédent, jouit en effet aujourd'hui de toute la plénitude de ses mouvements.

Ainsi, l'exploration électro-musculaire a permis d'établir, commè on le voit, le pronostic différentiel dans ces deux cas de paralysie traumatique au même degré en apparence, et qu'aucun autre signe n'aurait pu faire distinguer l'un de l'autre. (On eût pu même, en s'en rapportant aux circonstances différentes de la chute dans les deux cas, et aux apparences des désordres plus considérables qui furent constatés chez le second malade immédiatement après l'accident, porter un pronostic inverse de celui qui a été porté dans cette circonstance, et que l'événement a si bien justifié.) Elle apprend en outre, ce qui est le point le plus important au point de vue pratique, que tandis que le traitement par les excitations électriques pourra être mis en usage avec fruit dès le début même de la paralysie dans les cas d'intégrité de la contractilité électrique, il serait tout à fait superflu d'y recourir dans les cas où cette contractilité est abolie, avant qu'on ait constaté le retour de la nutrition dans les muscles paralysés.

Chorée. Paralysie choréique. — Loi de coïncidence de la chorée et du rhumatisme.

Une jeune fille de seize ans, mal réglée, est entrée récemment dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, présentant depuis deux ou trois semaines des accidents de chorée avec hémiplégie droite caractérisée par la diminution de la motilité et de la sensibilité à la fois. La première question que M. Trousseau a adressée à cette jeune malade est celle-ci : Avez-vous eu des douleurs rhumatismales? La réponse a été négative; mais elle ne détruit en rien la valeur du fait en vue duquel était faite cette question. Pour en comprendre de suite la signification, rappelons cette observation, qui a été faite par plusieurs praticiens, constatée et décrite par Brigth, érigée en loi par M. Sée; à savoir, que le rhumatisme et la chorée sont deux maladies habituellement coïncidentes.

On sait que M. Sée a développé dans un travail spécial cette idée, qu'il existe une loi de coïncidence entre le rhumatisme aigu, les affections du cœur et la danse de Saint-Guy; puis, comme il arrive souvent en pareil cas, et lorsqu'on pousse jusqu'à leurs dernières limites les conséquences d'une idée qu'on a longtemps poursuivie, il est allé jusqu'à confondre les deux faits entre lesquels il n'avait vu d'abord qu'une coïncidence, et il a fait de la chorée une des formes du rhumatisme.

Sans adopter jusque-là l'opinion de M. Sée, qui lui paraît au moins exagérée, M. Trousseau admet comme un fait d'observation dont il a eu souvent l'occasion de vérifier l'exactitude que dans un grand nombre de cas les choréiques ont eu des rhumatismes articulaires. Le rhumatisme articulaire constitue donc, à ses yeux, une prédisposition à la chorée, et cette prédisposition est d'autant plus imminente que le rhumatisme articulaire aura déjà retenti sur le cœur et qu'il se sera compliqué d'endocardite ou de péricardite.

Sur trois enfants qui ont un rhumatisme aigu, dit M. Trousseau, on peut être à peu près certain que deux auront la danse de Saint-Guy; et lorsqu'au rhumatisme aigu se joint une affection du cœur, il ne faut plus dire que le développement ultérieur de la chorée est probable, mais qu'il est certain.

En résumé, M. Trousseau formule en ces termes sa proposition :

Lorsqu'un enfant a un rhumatisme articulaire, surtout avec affection du cœur, on peut pronostiquer presque avec certitude la manifestation ultérieure de la chorée; et *vice versa*, un enfant choréique et qui n'a pas encore de rhumatisme en sera tôt ou tard affecté. Mais c'est surtout sur la première proposition qu'il insiste le plus, comme la plus fondée et la plus importante.

La conséquence pratique à laquelle conduit la connaissance de ce fait, c'est que la chorée n'est point une maladie aussi simple et aussi inoffensive que le pensent le plus grand nombre des praticiens, que le pronostic qu'on en porte habituellement doit être modifié, et le traitement rendu par conséquent plus énergique, la surveillance plus active en raison des complications et des coïncidences dont il vient d'être question.

Appareil très simple (tube en verre recourbé en siphon) destiné à faire inspirer aux phthisiques les vapeurs d'iode.

La méthode des inspirations, ou inhalations médicamenteuses, qui tend de jour en jour à se généraliser davantage pour le traitement des affections des voies respiratoires, a déjà fait imaginer plusieurs appareils dans le but d'en faciliter l'administration. Mais ces appareils, plus ou moins compliqués, plus ou moins dispendieux, sont nécessairement d'un usage restreint. Inventer un appareil simple, peu coûteux, facile à manier, et qui peut être mis à la disposition des malades de toutes les classes, c'était, quelque minime qu'en soit l'objet en apparence, rendre un service réel à la pratique. Tel est le but que s'est proposé M. le docteur Henri Jacquart, et qu'il nous paraît avoir atteint, sauf la sanction définitive de l'expérience. Nous ne croyons pouvoir mieux faire, pour exposer le mécanisme et le mode d'emploi de ce petit appareil, que de reproduire textuellement la note que notre confrère M. Jacquart a bien voulu nous confier.

« Chez un phthisique âgé d'une vingtaine d'années, qui avait épuisé tous les moyens thérapeutiques usités, j'avais obtenu une amélioration notable en lui faisant aspirer les vapeurs d'iode à l'aide de l'appareil Danger, lorsque je fus appelé par une malade qui ne pouvait acheter cet appareil d'un prix trop élevé. Je cherchai donc à en construire un plus simple, et voici celui que j'imaginai :

» C'est un tube en verre ou en cristal recourbé en un siphon, dans la courbure duquel on a introduit quelques fragments d'iode. L'une des branches se continue à angle obtus avec un prolongement dont l'extrémité libre a été aplatie à la lampe; c'est par là que le malade aspire les vapeurs d'iode. L'autre branche est verticale. Près de l'extrémité de cette branche verticale est une boulette de coton en carde, assez peu tassée pour que l'air puisse la traverser. On peut aussi introduire près de l'orifice de la branche coudée un peu de coton, qu'on supprime si on veut rendre plus facile l'abord des vapeurs d'iode dans les voies aériennes.

» M. Moreau, pharmacien à la Chapelle-Saint-Denis, qui a bien voulu diriger la confection de cet appareil, a eu l'idée, je crois assez heureuse, de faire à la partie convexe du siphon une petite poche destinée à contenir l'iode, mais on peut, à la rigueur, se passer de ce renflement.

» Pour se servir de cet appareil, on plonge dans un vase plein d'eau chaude le siphon convenablement garni d'iode, et pour que l'eau ne pénètre pas par l'extrémité de la branche par où on l'a introduit, il faut que cette extrémité s'élève de plusieurs centimètres au-dessus du niveau de l'eau.

» Le malade aspire pendant cinq ou dix minutes et plus, une, deux ou trois fois dans la journée, suivant sa susceptibilité.

» L'administration du bureau de bienfaisance du onzième arrondissement a bien voulu, sur ma demande, faire confectionner dix de ces tubes pour servir aux phthisiques de la section dont je suis chargé.

» J'ai cru devoir faire connaître cet appareil si simple et si peu coûteux pour vulgariser l'emploi des vapeurs d'iode dans l'affection tuberculeuse.

» Il ne fonctionne pas avec la précision de l'appareil compliqué de M. Danger; mais cette précision est-elle indispensable? Est-il bien nécessaire que l'iode arrive en vapeurs sèches et brûlantes dans les voies aériennes? D'un autre côté, il a sur l'appareil Danger l'avantage de la simplicité et du bon marché.

Ceci posé, comprend-on, vénérable maître, que vous et moi soyons à peu près les seuls en France qui osions désigner hautement la fièvre typhoïde par la lésion intestinale (1)? Et pourtant vous l'avez dit, vous de qui la voix est plus autorisée que la mienne; vous avez dit, il y a quelques années, à propos d'un congrès provincial, que la confusion la plus déplorable régnera dans les mots, dans les idées et, qui pis est, dans les actes, tant qu'on refusera de désigner les fièvres graves par la lésion de l'intestin.

Arrivons au grand argument de nos adversaires : « La lésion intes-
» tinale, disent-ils, n'est qu'un effet (on n'ose plus dire un accident)
» d'une cause générale qui réside dans le sang... Non pas, dit un
» autre; elle réside dans les nerfs. » Admettons avec le plus grand nombre qu'elle réside dans le sang. « La lésion du sang consiste dans
» une infection miasmatique... Non pas, dit un autre; elle consiste
» dans une altération de la fibrine. » Vous plairait-il, messieurs, de vous mettre d'accord? Mais alors désignez donc la maladie par cette lésion, si vous la croyez fondamentale et constante; faites comme M. Piorry, qui l'appelle bravement *septicémie*; appelez-la, vous autres, *hypofibrinie*. Du moins vous serez conséquents. Mais, hélas! vos dissentiments prouvent déjà l'incertitude de vos théories. La septicémie n'est pas facile à démontrer; l'hypofibrinie, vous en convenez, n'est ni constante ni primitive, tandis que notre lésion intestinale, primitive ou non, est au moins palpable pour tous.

Il y a plus : étant avérée telle ou telle lésion du sang, quelles conséquences thérapeutiques en déduirez-vous? Vous, partisans de l'infection, quels avantages avez-vous retirés des désinfectants : chlore, acides minéraux, etc.? Vous, partisans de l'hypofibrinie, essayez de médicamenter vos malades avec du bœuf ou du mouton, tandis que la lésion intestinale est un élément avec lequel il vous faut compter, bon gré, malgré, ne serait-ce que lorsqu'elle se termine par perforation!

Donc, sous tous les points de vue, en théorie comme en pratique, la lésion intestinale réclame la préférence.

Nous nous sommes renfermé jusqu'ici dans le cercle de la fièvre typhoïde proprement dite, comme si cette fièvre avait des caractères propres, distincts, isolants de toute autre affection; mais il n'en est pas ainsi, et nous touchons au côté le plus vulnérable des idées classiques. Pour quiconque a vu quelques malades sans idée préconçue, il est avéré que la fièvre typhoïde n'est qu'un symptôme, un accident qui peut se manifester à l'occasion des maladies les plus diverses, depuis le panaris jusqu'à la méningite, depuis la courbature jusqu'à l'infection purulente. Cela est si vrai, que lorsque vous avez constaté la fièvre continue, vous vous mettez en devoir de préciser les lésions viscérales concomitantes avant de prononcer le mot fièvre typhoïde. Si vous constatez un érysipèle, une pneumonie, une péritonite, une phlébite, ce n'est plus une fièvre typhoïde essentielle, c'est une fièvre symptomatique secondaire. Mais si vous constatez la lésion intestinale, oh! alors la fièvre est essentielle, primitive; la vraie fièvre typhoïde, en un mot. Dans tous les cas il y a lésion matérielle et locale; mais il suffit que cette lésion occupe l'intestin pour que la maladie diffère *toto cœlo* de toutes les autres localisations fébriles. Bref, à l'intestin seul vous refusez le privilége de produire la fièvre; l'intestin seul ne s'affecte jamais que secondairement! En vérité, je vous le dis, nos neveux ne voudront pas y croire!

L'intestin seul ne s'affecte que secondairement; soit! Mais convenez du moins que votre fièvre typhoïde est un pur élément de hasard, un accident banal, un leurre véritable, puisqu'elle se rencontre dans tant de cas divers autres que la lésion de l'intestin. Cessez d'en faire une maladie concrète; dites au moins : *fièvre typhoïde avec lésion intestinale*, et l'on vous comprendra, et vous n'égarerez plus les néophytes. Mais faites mieux encore; dites : *entérite folliculeuse* (ou tout autre synonyme) *avec ou sans fièvre, avec ou sans état typhoïde*; car la fièvre et l'état typhoïde peuvent manquer, car telle est l'expression réelle des faits dégagés de toute théorie.

Lorsque vous ne constatez aucune localisation appréciable, vous en induisez que c'est la lésion intestinale latente qui existe, et vous avez posé en loi que « toute fièvre sans localisation apparente qui dure
» plus de huit jours est une fièvre typhoïde, » c'est-à-dire avec entérite folliculeuse, sinon avec typhus. Voilà le diagnostic réduit à sa plus grande simplification; diagnostic négatif, il est vrai, mais que l'observation justifie. Eh bien! si vous supposez l'entérite folliculeuse comme condition essentielle, veuillez donc l'exprimer.

(La suite au prochain numéro.)

(1) La dothinentérie de M. Bretonneau, quoique frappée au coin de la spécificité, n'a eu qu'un succès éphémère; elle sentait trop la localisation. Quant à l'entéro-mésentérite de M. Bouillaud, son auteur ne l'a pas franchement dégagée de l'élément typhoïde, et elle n'a pas trouvé d'écho.

Jusqu'à présent, on n'a tiré aucun profit du fruit du prunellier (*prunus spinosa*) qui croît spontanément dans tous les lieux incultes, et dont la saveur est des plus acerbes. Un membre de la Société d'horticulture de la Seine a trouvé cependant que ce petit fruit fournit une liqueur des plus agréables, et qui ressemble, pour le goût, à un bon ratafia de cerises.

Voici comment on obtient ce résultat : on fait macérer pendant quelques semaines 500 grammes de prunelles dans un litre d'eau-de-vie; on passe ou on filtre ensuite, et on sucre convenablement. On doit avoir soin de prendre les fruits bien mûrs et s'il est possible après qu'ils ont été exposés à l'action d'une légère gelée. Dans le cas où la liqueur serait trop forte en fruit, on y ajoute de l'eau-de-vie. L'auteur de ce procédé dit que l'on obtient un résultat plus satisfaisant encore en broyant les fruits et surtout les noyaux.

» Il n'est pas de médecin qui ne puisse en fabriquer un lui-même s'il veut le réduire à sa forme la plus simple, c'est-à-dire supprimer le renflement qui loge l'iode et l'aplatissement de l'extrémité buccale du tube. Cette simplification ne l'empêchera pas de bien fonctionner.

» Il m'a paru d'un usage facile, et je pense que les praticiens qui voudront en faire l'essai me sauront gré de l'avoir fait connaître. » — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Guersant.

Engorgement chronique et excision des amygdales.

L'engorgement chronique des amygdales ne constitue pas une affection grave en ce sens qu'elle compromette la vie, mais extrêmement gênante en raison des connexions de la tonsille. Ces glandes, logées entre les piliers du voile palatin, ont des rapports avec l'ouverture postérieure des fosses nasales, la trompe d'Eustache, le voile du palais, l'isthme du gosier, etc., et si leur volume vient à augmenter, il en résulte un obstacle à l'accomplissement régulier des fonctions affectées à chacune des parties que je viens de désigner.

En avançant l'une vers l'autre, les amygdales rétrécissent l'isthme du gosier, qui se trouve souvent réduit à une fente verticale; la déglutition et la respiration sont rendues très difficiles; l'enfant a de la peine à avaler les liquides et les solides. Il respire la bouche ouverte; celle-ci est même presque toujours béante. Les sujets qui ont les amygdales hypertrophiées font entendre en dormant un ronflement très prononcé. Comme pendant le sommeil la cavité buccale est tenue ouverte et exposée à l'air extérieur, les mucosités s'y sèchent, ce qui le matin donne à l'haleine une odeur assez forte. Ces petits accidents s'exagèrent au point de devenir inquiétants lorsqu'une phlegmasie aiguë s'ajoute, comme il arrive fréquemment, à l'engorgement chronique. Alors la déglutition est à peu près totalement impossible, et la respiration très gênée. Il ne peut en être autrement, puisque les deux voies d'entrée de l'air sont en partie oblitérées, l'ouverture postérieure des fosses nasales par le développement des amygdales en haut, et l'isthme par la saillie des deux glandes qui se sont avancées l'une vers l'autre presque au point de se toucher.

La voix subit différentes modifications. Elle manque toujours de la pureté, de la fraîcheur qu'on lui connaît dans l'enfance; elle est un peu éraillée, voilée; dans quelques cas elle a un timbre guttural; d'autres fois les enfants parlent du nez. Sans pouvoir expliquer physiquement ces modifications d'une manière rigoureuse, on s'en rend compte en considérant le pharynx comme une cause de retentissement, et ses différentes parties comme faisant subir aux sons des modifications importantes. Ainsi n'est-il pas douteux que la voix nasillarde est due à ce que le voile du palais comprimé, refoulé en avant, ne remplit plus ses fonctions par rapport à l'ouverture des fosses nasales.

Bon nombre de malades ont l'ouïe dure; d'autres n'entendent presque plus, soit des deux côtés, soit d'un seul, et ce résultat doit être attribué à l'obstruction de la trompe d'Eustache, que l'on peut expliquer par la compression qu'exercerait l'amygdale tuméfiée, ou par une sorte de phlegmasie chronique dépendant par continuité de temps de celle de la tonsille.

Parlerai-je de la dépression des côtes et de la saillie du sternum attribuées par Dupuytren à l'influence de l'engorgement chronique des amygdales sur la respiration? Ces dispositions, quand elles existent, tiennent à la constitution des sujets qui sont plus ou moins rachitiques, et c'est pour n'avoir pas tenu compte de cette origine plus générale que Dupuytren les a rapportées à l'engorgement avec lequel elles se trouvent en coïncidence. Est-ce à dire que chez un enfant rachitique la gêne que l'hypertrophie des amygdales apporte à la respiration ne puisse exercer une influence sur les changements de forme de la cage thoracique et en activer la production? Je ne le conteste pas, et je me rangerais volontiers à l'opinion de Dupuytren ainsi modifiée.

En regardant l'intérieur de la gorge, on y aperçoit deux corps ovoïdes, à grand diamètre vertical, sortant d'entre les piliers du voile du palais et s'avançant vers la ligne médiane, d'un rose pâle, présentant à leur surface des cryptes ou petits enfoncements dans lesquels existent souvent des grumeaux d'une matière grisâtre concrétée. Ce sont les amygdales hypertrophiées; elles sont quelquefois également volumineuses, mais le plus souvent le volume de l'une d'elles (droite ou gauche) l'emporte sur celui de sa voisine. Outre la projection vers la ligne médiane, la tonsille peut en affecter deux autres principales, suivant la partie où s'est surtout montrée l'hypertrophie, en bas, par exemple, ou en haut; c'est quand le développement s'est fait dans ce dernier sens que l'on observe la faiblesse de l'ouïe et la surdité. Ainsi peut s'expliquer l'irrégularité de ce phénomène morbide, qui n'a pas de raison d'exister quand l'amygdale se développe par en bas; on comprend encore comment il existe quelquefois d'un seul côté, quand de ce côté seulement l'hypertrophie s'est portée en haut. Chez un assez bon nombre de sujets, le voile du palais se trouve repoussé en avant, où il bombe, et avec cette disposition existe la voix nasonnée à son plus haut degré. Chacune de ces dispositions, avec l'expression fonctionnelle qui s'y rattache, a été observée par M. Guersant; il en a, en outre, signalé une autre qui rend l'excision des amygdales plus difficile, et pourrait de prime abord en faire méconnaître l'hypertrophie. Les glandes se sont développées dans tous les sens, et ont pour ainsi dire entraîné avec elles les piliers du voile entre lesquels elles sont comme enchatonnées; elles ne font pas de relief, en sorte qu'on ne saisit pas de suite la cause de l'étroitesse de l'isthme où toutes les parties ont conservé leurs rapports. Les amygdales ainsi enchatonnés donnent lieu aux mêmes inconvénients que dans les formes ordinaires, et de plus on éprouve assez de peine pour les exciser.

L'hypertrophie des amygdales se montre le plus souvent chez les enfants pâles, lymphatiques, qui ont la peau fine et sont très sensibles aux impressions atmosphériques. Dans ces conditions ils ont de fréquents maux de gorge, et c'est après plusieurs angines que les amygdales commencent à sortir de leurs limites, où ne peuvent plus les faire rentrer ni les scarifications, ni les astringents, ni aucun des moyens qu'on a employés dans cette espérance; il s'établit alors une sorte de cercle vicieux pathologique, l'engorgement de la glande devenant une cause d'angine et celle-ci augmentant l'engorgement. Les choses vont ainsi jusque vers la puberté, où d'ordinaire commencent un temps d'arrêt et une période de retrait; de sorte que si on avait atteint cette époque sans qu'il eût été urgent de recourir à l'excision, il serait médical d'attendre et de compter sur le temps pour rendre l'opération inutile.

Le diagnostic est si sûr qu'il est presque superflu d'établir une comparaison entre l'hypertrophie des amygdales et quelques autres tumeurs qui peuvent se montrer dans l'arrière-gorge. Ainsi les abcès rétro-pharyngiens, qui forment une tumeur unique, fluctuante, procédant d'arrière en avant, s'accompagnent le plus souvent d'arthrite cervicale, d'engorgements du cou. Pour les polypes du pharynx, dont le point d'implantation est facile à reconnaître par le toucher, ce mode d'exploration établira le diagnostic d'une manière indubitable. Si on a commis des méprises dans ces circonstances, il faut les attribuer à l'indocilité des enfants ou au défaut d'habitude du médecin à examiner l'arrière-gorge.

Les accidents que nous avons rattachés à l'existence de l'engorgement chronique suffisent pour motiver l'excision des amygdales lorsqu'ils sont portés à un haut degré, puisqu'ils gênent d'une manière grave des fonctions importantes. De plus, les enfants sont souvent inhabiles à se livrer aux études que comporte leur âge soit à cause de la surdité, soit à cause des troubles de la voix qui les empêchent de parler distinctement.

Enfin, les autres moyens sont souvent impuissants à produire le retrait des glandes, tandis que l'opération enlève presque toujours sans danger la cause de tous les inconvénients. Nous avons dit que vers la puberté il y avait habituellement une diminution de l'hypertrophie ou qu'au moins elle n'augmentait pas; il est donc permis de temporiser quand on est consulté à cette époque, tandis que chez les petits enfants il faut agir s'il y a lieu et les débarrasser en un instant d'une affection qui ne ferait qu'augmenter.

Quel procédé opératoire faut-il préférer? M. Guersant fait ressortir les difficultés, la gêne inhérentes à l'opération pratiquée à l'aide du bistouri. Qu'on se serve de la pince de Museux ou d'une érigne pour attirer l'amygdale hors de sa loge, il faut au moins deux aides, l'un qui tienne l'abaisse-langue, l'autre le bouchon placé entre les dents, ce qui devient très gênant quand il faut manœuvrer dans un espace aussi petit que la bouche d'un enfant. Si le chirurgien fait la section de haut en bas et que pour une cause ou une autre elle s'opère brusquement, le bistouri peut venir couper la base de la langue; si, au contraire, il la fait de bas en haut, ce qui est préférable, il risque dans ce cas d'aller blesser le voile du palais. Ces deux accidents étant évités, il en reste encore un possible, c'est la lésion des piliers, dans le cas surtout où les amygdales sont enchatonnées. Si au lieu du bistouri on emploie les ciseaux, comme quelques chirurgiens l'ont fait, l'opération est laborieuse, mais offre moins de dangers. En somme, cette section est longue, laborieuse, présente quelques dangers et doit être abandonnée en faveur de l'emploi du tonsillotome de Fahnestoch.

M. Guersant met sous les yeux de son auditoire toutes les variétés de tonsillotomes qui ont été imaginées depuis l'apparition du premier de ces instruments; ils ne diffèrent que par des modifications peu importantes; on en remarque un fabriqué récemment par M. Charrière qui est assez commode en ce qu'on peut le manœuvrer d'une seule main.

M. Guersant donne la préférence à l'instrument ordinaire, dont il a fait modifier la lunette de façon que, très étroite d'avant en arrière, elle présente son grand diamètre vertical. Cette forme, plus en harmonie avec les dispositions anatomiques, permet de la faire pénétrer entre les piliers, ce qui est un très grand avantage dans le cas où les amygdales sont enchatonnées.

M. Chassaignac veut qu'on se serve de deux tonsillotomes et qu'avant d'opérer la section on les ait mis tous les deux en place. Après avoir saisi et embroché une amygdale avec le premier, on le confie à un aide et on place le second de la même façon, après quoi on fait rapidement les deux sections. Ce mode opératoire a semblé motivé par l'hémorrhagie qui survient aussitôt après la section de la première amygdale et peut empêcher de saisir la seconde quand on ne se sert que d'un seul instrument. De plus, on a dit qu'il était quelquefois impossible de faire ouvrir la bouche après la section de la première tonsille.

M. Guersant répond qu'il est très difficile de placer deux tonsillotomes dans l'arrière-gorge d'un petit enfant, que l'hémorrhagie ne masque jamais assez la seconde amygdale pour empêcher de la saisir, qu'en effrayant les enfants par la crainte de la suffocation ou autrement il est toujours parvenu à leur faire ouvrir la bouche; par conséquent, il donne le conseil de n'employer qu'un seul instrument.

A l'aide de l'amygdalotome on peut conserver la glande en totalité, et la quantité qu'on en retranche dépend de l'étendue du mouvement de bascule qu'on a fait opérer à la fourchette. Il n'y a jamais d'inconvénient à presser fortement sur celle-ci, puisqu'elle n'entraîne dans le champ de la lunette que les tissus bons à couper, tandis que l'anneau repousse en dehors toutes les parties qui doivent être respectées. Quelquefois on ne fait qu'ébarber les amygdales, et c'est probablement dans des cas analogues qu'on a cru à la reproduction de ces glandes qui, sous l'influence de la disposition générale, ont continué à s'hypertrophier. Quand l'une des amygdales est beaucoup plus volumineuse, c'est par elle qu'il faut commencer, et l'enlever en totalité, de sorte que si malgré tout il devenait impossible de faire ouvrir de nouveau la bouche à l'enfant, on aurait suffisamment dégarni l'isthme. Règle générale, il est préférable d'enlever une quantité considérable des amygdales, pour n'avoir pas à y revenir.

L'hémorrhagie qui suit immédiatement l'opération ne constitue pas d'habitude un accident; elle s'arrête au bout de quelques minutes. Il faut pourtant faire une distinction. M. Guersant ne l'a jamais vue assez considérable pour être inquiétante chez les jeunes enfants; mais chez les adultes elle est abondante, et constitue quelquefois un véritable accident. M. Guersant croit pouvoir expliquer cette différence par celle qui existe dans le calibre des vaisseaux de l'amygdale, qui sont plus petits et peut-être plus rétractiles chez les enfants que chez les sujets arrivés à la puberté. Quelle que soit l'explication, il est important de tenir compte du fait, pour le pronostic et les soins consécutifs. Ainsi, tandis qu'on rend les petits enfants à leur famille quelques instants après l'opération, on garde pendant quelques jours à l'hôpital ceux qui ont quatorze ou quinze ans. Quand l'hémorrhagie doit s'arrêter, les sujets, au lieu de cracher du sang pur, rejettent des mucosités sanglantes. Le sang continue au contraire à être rejeté seul et abondamment quand l'hémorrhagie continue. Quelquefois il en est avalé une certaine quantité qui provoque un vomissement, et est rejetée d'un seul coup, au grand effroi des malades.

Les soins, dans les cas simples, consistent dans l'usage de gargarismes froids acidules, le repos au lit pendant cinq ou six jours, le silence, l'usage d'aliments d'une déglutition facile. Si l'hémorrhagie se prolonge, on peut tenir sur les plaies, avec les pinces de Museux, des morceaux de glace, comme l'a fait M. Chassaignac. M. Guersant a fait faire en caoutchouc vulcanisé une espèce de mentonnière qu'il remplit de glace pilée et applique sur les parties latérales du cou, vers l'angle des mâchoires, avec beaucoup d'avantage.

Si l'hémorrhagie persistait, il ne faudrait pas hésiter à cautériser directement la plaie, comme l'a fait plusieurs fois M. Guersant, avec un cautère nummulaire coudé rougi à blanc. On pourrait encore essayer préalablement l'application du perchlorure de fer porté sur de l'amadou ou un tampon de charpie. Quand la cautérisation est faite avec précaution, elle n'expose à aucun danger; il en résulte une eschare blanche qui se détache vers le sixième ou le septième jour. A ce moment, et sous l'influence d'une diathèse, ou au moins d'une prédisposition à l'hémorrhagie, on voit celle-ci quelquefois se reproduire. Indépendamment de cette eschare, on voit dans tous les cas, après l'opération, la plaie se recouvrir d'une couche blanchâtre semblable à une fausse membrane, dont la chute brusque, quelle qu'en soit la cause, peut amener l'hémorrhagie.

M. Guersant a vu deux ou trois fois une perte de sang se produire consécutivement sous l'influence d'une quinte de toux, qui probablement déchirait la cicatrice. Il faudrait opposer à cette forme d'hémorrhagie le même traitement qu'à la forme primitive.

E. A.

FONCTIONS DU FOIE ET DE LA RATE.

Selon Liebig, la bile est un produit qui sert à transformer certains éléments du corps en eau et en acide carbonique.

Si cela est vrai, les animaux à qui on a ôté le foie doivent, dans un temps donné et proportionnellement à leur poids, céder moins d'acide carbonique que ceux qu'on a laissés intacts.

M. Moleschott (de Heidelberg) enlève aux grenouilles leur foie de manière que le tiers de ces animaux puissent vivre encore trois et jusqu'à cinq jours. Il les place alors dans un appareil qui, tout en permettant à l'air extérieur de subvenir aux besoins de la respiration, absorbe l'acide carbonique expiré dans un appareil de Liebig et le change en carbonate de potasse.

M. Moleschott expérimenta, la première fois, sur un certain nombre de grenouilles pleines de santé et pesant en bloc 100 grammes; ce poids de grenouilles céda 430 milligrammes d'acide carbonique en vingt-quatre heures. Le même poids de grenouilles privées de leur foie ne donna que 192 milligrammes dans le même temps. M. Moleschott essayait d'expérimenter, autant que possible, sur les animaux de même âge, de même sexe, etc.

L'influence de la rate se fait moins sentir que celle du foie.

Chez les grenouilles privées de rate, l'expiration d'acide carbonique pour un temps donné était à l'acide carbonique expiré par les grenouilles saines comme 1 : 2/5.

M. Moleschott a aussi observé que chez les grenouilles privées de foie le sang ne contenait pas de sucre, et il donne ce résultat comme preuve de cette opinion émise par M. Cl. Bernard, « que dans la production du sucre le foie ne joue pas le rôle d'un simple

organe de sécrétion séparant le sucre du sang, comme le rein sécrète l'urée. » (*Muller's archiv.* et *Dublin hosp. Gaz.*)

FORMATION DE PRODUCTIONS CONFERVOÏDES SOUS LES ONGLES.

Il y a longtemps qu'on sait que l'épiderme, aussi bien que les muqueuses des voies digestives et aériennes, est souvent le siége de végétations analogues aux conferves. M. Meisner (de Göttingen) donne la description d'une semblable production observée sous les ongles d'un homme de quatre-vingts ans.

Les ongles de cet individu étaient très recourbés, épais d'une ligne, jaunâtres et entièrement opaques. L'ongle de l'index de la main droite était seul dans son état normal.

En plaçant quelques portions de cet ongle préalablement traitées par la potasse caustique sous le microscope, on put découvrir un riche réseau de filaments confervoïdes dans les cellules qui constituent la substance de l'ongle. Cette végétation avait de la ressemblance avec le *porrigo lupinosa* et le *pityriasis versicolor*.

(*Archiv. fur phys. Heilkunde.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 juillet 1854. — Présidence de M. COMBES.

Considérations d'anatomie philosophique sur la torsion de l'humérus. — M. A. Lavocat communique sous ce titre un mémoire dont l'objet principal est de démontrer que, contrairement à l'opinion généralement admise, l'os du bras n'est pas tordu.

L'os du bras, dit l'auteur, est généralement considéré comme tordu. L'anatomie philosophique invoque cette disposition pour expliquer la situation inverse de la rotule et de l'olécrâne. L'anatomie descriptive l'admet aussi en désignant la fosse humérale externe sous le titre de *gouttière de torsion*. Mais cette torsion n'est pas démontrée, et elle ne saurait l'être, parce qu'elle n'est qu'apparente.

Dans l'hypothèse de la torsion, on reconnaît que, pour la moitié supérieure de l'humérus, rien n'est changé : la tête est interne, comme au fémur correspondant; la grosse tubérosité est externe, comme le trochanter, et la surface deltoïdienne est parfois représentée au côté externe du fémur par une éminence que l'on est convenu d'appeler trochanter. Par conséquent la moitié inférieure serait seule modifiée : on suppose qu'elle a décrit une révolution complète autour de son axe, de telle sorte que sa partie antérieure est devenue postérieure et sa partie externe est devenue interne.

Mais rien ne prouve la réalité de cette inversion, si ce n'est la situation opposée de l'olécrâne et de la rotule, que l'on cherche ainsi à expliquer.

Si rien ne démontre la torsion de l'humérus, il est au contraire facile de prouver que cette torsion n'existe pas. Il suffit pour cela de bien établir qu'il y a analogie de conformation pour l'extrémité inférieure de l'humérus et du fémur, ou simplement qu'il y a identité de la partie externe de l'une et de l'autre surface osseuse.

C'est ce que l'auteur cherche à démontrer en s'appuyant sur l'anatomie comparée. Il démontre, en effet, que la surface articulaire inférieure de l'humérus est constituée comme celle du fémur : le condyle, externe dans l'une, est externe aussi dans l'autre. Il n'y a donc pas de torsion. Seulement ce qui est antérieur ici est postérieur là. Et c'est une des principales causes de l'erreur à laquelle a contribué l'application trop absolue du principe des connexions.

Sans perdre de vue ce principe, l'auteur veut que l'on tienne compte de la loi de destination.

A l'aide de ces deux modes d'interprétation, on peut obtenir, dit-il, des résultats exacts. Et laissant de côté la torsion humérale, qui n'est pas admissible, on trouve une explication plus rationnelle relativement à la situation inverse de l'olécrâne et de la rotule.

On reconnaît tout d'abord que le principe des connexions est respecté; l'olécrâne et la rotule sont en contact avec la trochlée à l'humérus et au fémur, et, l'une de ces deux pièces osseuses devant être postérieure et l'autre antérieure, la surface trochléenne a subi une légère modification semblable soit en arrière, soit en avant.

L'auteur conclut, en résumé, que par suite des besoins fonctionnels il y a simple inversion des parties qui se correspondent dans les rayons supérieurs des membres thoraciques et pelviens. Mais, si les parties antérieures ici ont pu devenir postérieures là, dans aucun cas une partie externe n'est devenue interne. Par conséquent l'inversion s'est produite tout en conservant les connexions et sans qu'il y ait eu torsion de l'humérus. (Commissaires : MM. Serres et Geoffroy Saint-Hilaire.)

Sur le retour à leur longueur naturelle des os raccourcis à la suite de fractures chez les enfants. — M. Th. Herpin (de Genève) adresse la note suivante à l'occasion d'une communication récente de M. Baizeau sur ce sujet :

Il y a plus de vingt ans, au milieu d'un hiver rigoureux, je fus appelé le même jour dans deux familles différentes auprès de deux enfants, un petit garçon et une petite fille, l'un de cinq, l'autre de six ans environ, qui en glissant sur la glace s'étaient fracturé le fémur dans son tiers supérieur.

Après avoir réduit la fracture chez mes deux blessés, je mis le membre en demi-flexion sur un oreiller, un lacs fixé au pied du lit maintenait tant bien que mal l'extension. Le petit garçon fut docile, et son membre garda bien la position; la petite fille remuait sans cesse, et il fallait à chaque visite replacer l'appareil.

Après la consolidation, je constatai un raccourcissement de près de 3 centimètres chez la petite fille, un peu moindre chez le petit garçon; tous les deux boitèrent quand ils purent marcher.

Je les avais perdus de vue depuis plus d'un an, quand, ayant été appelé dans la famille de mon indocile cliente, j'appris avec surprise qu'elle ne boitait plus du tout; je m'en assurai de mes propres yeux; mais, soupçonnant qu'elle dissimulait adroitement sa claudication, je la fis mettre nue sur un lit, et je constatai par un examen minutieux que le membre fracturé avait exactement la même longueur que l'autre. Si ma mémoire ne me trompe pas, on sentait encore la difformité du cal. J'eus hâte de vérifier le fait chez le petit garçon, et le même examen me fournit le même résultat.

M. le docteur Olivet, ayant une nombreuse clientèle d'enfants, m'a appris que le résultat qui me surprenait était un fait général : il avait constamment vu les raccourcissements suite de fractures dans l'enfance disparaître assez vite dans le cours de l'année. (Commissaires : MM. Velpeau, Flourens et Rayer.)

Expériences pour servir à l'histoire de l'empoisonnement par le curare. — M. Alvaro Reynoso communique sur ce sujet des expériences dont voici les principaux résultats :

L'auteur s'est proposé d'étudier les procédés propres à ralentir l'absorption du curare, de manière à empêcher qu'une trop grande proportion de poison pénètre dans l'économie et à permettre à celle-ci de l'éliminer au fur et à mesure, afin qu'il ne s'accumule jamais en quantité suffisante pour déterminer la mort de l'animal. Les moyens qu'on peut surtout employer sont la ligature, les caustiques et les ventouses.

M. A. Reynoso a pratiqué une ligature sur la cuisse d'un cochon d'Inde et introduit sous la peau, au-dessous de la ligature, 0,060 de curare. Pendant trois quarts d'heure, l'animal n'éprouva rien; il défit alors la ligature, et huit minutes après le poison commença à agir; l'animal mourut douze minutes plus tard.

M. Reynoso a fait ensuite des expériences avec l'iode, proposé déjà comme contre-poison du curare par MM. Brainard et Greene.

Il ressort de ces expériences que l'iode ne détruit pas le curare, mais qu'il l'altère, et, de plus, que la même proportion de ce corps est plus efficace lorsqu'elle est dissoute dans l'alcool qu'en dissolution aqueuse à la faveur de l'iodure de potassium.

M. Alv. Reynoso a successivement essayé l'hypochlorite de soude, l'hyposulfite de soude, le chlore, le brome, etc.

Voici les résultats constatés :

L'hypochlorite de soude n'altère pas le curare, mais il retarde sensiblement l'absorption.

Le chlore, soit à l'état naissant, soit à l'état de liberté, détruit complétement le curare. Le sel commun, qui se forme dans ces réactions, n'empêche pas l'absorption du curare.

Le brome détruit complétement le curare comme le chlore, et il présente sur ce dernier l'avantage d'être d'une conservation et d'un emploi faciles. Son action est bien réellement décomposante. En effet, dans les substitutions régulières du chlore, du brome et de l'iode à l'hydrogène des composés organiques, les corps résultant possèdent le même volume, la forme, la couleur, la capacité de saturation, le même pouvoir, et les propriétés chimiques fondamentales ne changent pas. De plus, comme l'a prouvé M. Laurent pour la strychnine chlorée, l'espèce résultant de la substitution agit sur l'économie animale à égale dose de la même manière que l'alcaloïde normal. Il paraît donc probable que la curarine, principe actif du curare, n'a pas éprouvé un simple remplacement de l'hydrogène par le chlore ou par le brome, car elle aurait dû rester vénéneuse. M. Reynoso pense qu'on pourrait employer le brome probablement avec avantage, et bien certainement avec autant de succès que tout autre moyen, pour cautériser les plaies où des venins auraient été déposés.

L'acide sulfurique n'altère pas le curare.

L'acide nitrique altère un peu le curare.

La potasse caustique, qui empêche la rapide absorption du curare et retarde ou prévient ainsi l'empoisonnement, altère aussi un peu ce poison. L'eau de chaux retarde très peu, ainsi que l'ammoniaque, l'absorption du curare.

Enfin il existe des sels qui, sans être de véritables caustiques, retardent l'action du curare.

Ainsi l'iodure et le bromure de sodium ont une action très faible sur l'absorption, tandis que le bromure et surtout l'iodure de potassium la retardent même pendant vingt minutes. Et ce qu'il y a de curieux, c'est que l'iodure de potassium, à partir de 1 gramme, produit les mêmes effets, quelle que soit la quantité employée, la dose du curare restant la même (0,06 gr.). L'auteur pense que ce retard dans l'empoisonnement provient d'un effet local, et non pas d'une réaction générale; car l'iodure de potassium introduit préalablement dans l'économie ne retarde pas l'action du curare.

Esprits frappeurs. — M. Rayer communique l'extrait suivant d'une lettre que lui a écrite M. Austin Flint, professeur de médecine à Louisville (Etats-Unis).

Dès l'année 1851, M. A. Flint a eu l'occasion d'étudier les bruits que produisaient les soi-disant esprits frappeurs, et s'est convaincu que ces bruits étaient déterminés par le déplacement volontaire de certaines parties osseuses ou tendineuses.

Ses recherches furent entreprises à l'occasion des deux jeunes filles Fox (de Rochester), qui disaient pouvoir mettre les vivants en relation avec les morts au moyen des esprits frappeurs.

A la même époque, M. Austin Flint vit une dame qui avait la faculté de produire volontairement et sans douleur sur elle-même des bruits tout à fait semblables, par leur nature et leur intensité, à ceux que faisaient entendre les jeunes filles Fox. Ces bruits se passaient dans l'articulation du genou, à la suite d'un contraction musculaire. Quelque temps après, il observa sur une autre femme le même phénomène physiologique. Pour produire les frappements, ces deux personnes devaient avoir le pied fixé ou arc-bouté contre le sol. Suivant M. Flint, les frappements s'opéraient par le même mécanisme chez les jeunes filles Fox; car elles ne pouvaient les produire lorsque le pied n'avait pas un point d'appui suffisant.

M. Auguste Flint a vu, comme M. Schiff, un cas dans lequel les frappements étaient déterminés par le tendon du muscle long péronier latéral.

En résumé, l'observation des faits a conduit M. Austin Flint à penser que les soi-disant esprits frappeurs sont des bruits de frappement produits par des déplacements brusques de parties osseuses ou tendineuses.

— M. Leriche adresse un mémoire sur le traitement des hydropisies du ventre et de la poitrine par les injections iodées.

— M. Delarue adresse un mémoire sur les tumeurs blanches et les heureux résultats obtenus de la compression dans le traitement de ces tumeurs.

La *Gazette hebdomadaire* publie ce matin la lettre suivante :

Paris, le 13 juillet 1854.

Monsieur le rédacteur,

Plusieurs journaux de médecine, faisant allusion aux améliorations qui vont être introduites dans l'institution des officiers de santé, ont avancé qu'elles auraient pour conséquence d'affranchir les médecins du second ordre de l'obligation de subir de nouveaux examens quand ils voudraient s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils se seraient fait recevoir. Il est bien vrai qu'on s'occupe d'imposer aux candidats pour le titre d'officier de santé une scolarité plus sérieuse et des examens plus forts que par le passé ; mais je suis autorisé à affirmer que les réformes projetées ne touchent en rien aux conditions actuelles de la pratique médicale. Elles ne pourraient donc conférer aux officiers de santé un privilége que la loi réserve aux docteurs en médecine : celui d'exercer l'art de guérir sur tous les points du territoire français.

BÉRARD,
Inspecteur général de l'enseignement supérieur.

Nous sommes heureux de voir que dans la solution des questions que nous avons examinées dans nos numéros du 4 et du 12 juillet nous avons été en parfaite conformité d'idées avec l'honorable M. Bérard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La section d'anatomie pathologique a présenté, dans le comité secret tenu par l'Académie de médecine à la fin de sa dernière séance, la liste suivante des candidats à la place vacante dans cette section : 1° M. Barth; 2° M. Beau; 3° M. Moreau (de Tours); 4° M. Sestier; 5° M. Ménière; 6° M. Bayle.

— La séance annuelle de la Société de chirurgie a eu lieu le 5 juillet; la plupart des membres honoraires y assistaient. Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, M. Verneuil, au nom de la commission chargée d'examiner les mémoires adressés pour le prix fondé par M. le docteur Verrier (de Bar-sur-Aube), sur le traitement des varices et des hémorrhoïdes par le perchlorure de fer, a donné connaissance des conclusions du rapport.

Le prix a été remporté par M. Desgranges, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. La Société a décidé, en outre, que ce travail serait imprimé dans ses Mémoires. La commission, qui avait eu quatre mémoires à examiner, a demandé qu'une mention honorable fût accordée à M. le docteur Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. Denonvilliers a donné ensuite la parole à M. Marjolin, secrétaire général de la Société, chargé de rendre compte des travaux de la Société pendant l'année écoulée et de faire l'éloge de M. le docteur Pravaz. Ces travaux, que nous publierons prochainement, sont dignes du talent reconnu de M. Marjolin.

Cette lecture terminée, M. Denonvilliers, avant d'installer le nouveau président, a fait en quelques mots l'historique de la Société pendant cette année.

Ses relations scientifiques se sont étendues. La bibliothèque, par suite des dons et des échanges, s'est considérablement augmentée, et les publications ont continué avec la même activité.

Il a terminé en ajoutant que la Société donnerait dans une des prochaines séances les deux sujets de prix pour l'année 1855-1856.

Il a ensuite installé le nouveau président, M. Huguier, qui, après avoir remercié la Société et fait voter des remercîments pour le bureau sortant, a levé la séance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, par M. P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon). Ouvrage qui a remporté le prix (médaille d'or) au concours de Bordeaux ouvert par la Société de médecine de cette ville. — Un vol. in-8°. Prix : 7 fr. Chez Victor Masson, 17, place de l'Ecole-de-Médecine.

Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie, des Sciences accessoires et de l'Art vétérinaire de P.-H. NYSTEN. Dixième édition entièrement refondue par E. LITTRÉ, de l'Institut de France, de la Société d'histoire naturelle de Halle, de la Société de biologie de Paris, de la Société médicale d'Athènes, etc.; CH. ROBIN, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre des Sociétés de biologie, anatomique, etc.
Ouvrage augmenté de la synonymie grecque, latine, anglaise, allemande, espagnole et italienne, et suivi d'un vocabulaire de ces diverses langues, publié en deux parties. Un vol. grand in-8° de 1,400 pages à deux colonnes, illustré de 400 figures intercalées dans le texte. — 1re partie, comprenant les lettres A-G, grand in-8° sur papier jésus de 608 pages, avec 206 figures. Prix de l'ouvrage complet : 14 fr. La 2e et dernière partie sera publiée en novembre prochain. — A Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille; à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent street; à New-York, chez H. Baillière, 290, Broadway; à Madrid, chez C. Bailly-Baillière, Calle del Principe, 11.

Hygiène de la vue, suivie d'appréciations pratiques sur la cataracte; par M. le docteur MAGNE, oculiste de S. A. le prince Murat. 2e édition; in-8°. Prix : 6 fr. — Chez J.-B. Baillière et Victor Masson.

Manuel d'hirudiculture ou de l'élève des sangsues, par Léon BUSQUET, secrétaire général du comice agricole central des éleveurs de sangsues du département de la Gironde. In-8° de 180 pages. Prix: 3 fr. 50. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 17 JUILLET 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

Parmi les communications qu'a reçue l'Académie des sciences dans sa séance du 10, il en est une qui mérite une mention spéciale, bien qu'elle émane d'une personne étrangère aux sciences médicales. Un honorable ecclésiastique, M. l'abbé Le Cot, qui paraît s'être inspiré du souvenir de l'illustre bienfaiteur des sourds-muets, s'est proposé de chercher à développer le sens de l'ouïe chez ceux de ces infortunés qui ne sont pas entièrement dépourvus de la faculté d'entendre quelques sons. Le moyen employé par M. Le Cot consiste à placer entre les dents du sourd-muet la petite extrémité d'un porte-voix ordinaire, tandis que, plaçant la bouche au centre du pavillon, on articule les sons distinctement et sans effort. Ce moyen n'est pas nouveau, et M. Le Cot le reconnaît lui-même. Itard en avait eu l'idée et l'a décrit dans son ouvrage ; et quoiqu'il ne paraisse pas en avoir obtenu de résultats bien satisfaisants, à en juger par l'abandon qu'il en a fait ensuite, le principe sur lequel il repose, savoir, que le son est transmis d'une manière bien plus énergique par les corps solides que par les gaz ; ce principe, disons-nous, fait aujourd'hui la base de plusieurs modes de traitement de la surdi-mutité, dont les académies et le public ont été souvent entretenus, notamment à l'occasion de la discussion qui a eu lieu l'année dernière à l'Académie de médecine.

Quoi qu'il en soit de l'analogie plus ou moins grande de ces méthodes et de la priorité de leur invention (qui n'est d'ailleurs nullement en cause ici, M. Le Cot ne paraissant avoir nulle prétention à une invention), toujours est-il que les faits rapportés dans sa lettre à l'Académie sont dignes d'attention, et que nous joignons volontiers nos vœux aux siens pour que les commissaires nommés sur sa demande veuillent bien se mettre en mesure de constater les résultats déjà obtenus, ou indiquer les expériences qu'ils jugeront utile de faire pour apprécier la valeur de cette méthode.

L'Académie a entendu quelques autres communications, parmi lesquelles nous mentionnerons deux mémoires importants sur la botanique ; l'un de M. Lestiboudois, sur la carpographie anatomique, que le savant botaniste s'efforce de ramener à des lois constantes et uniformes ; le second de M. Chatin, sur la famille des tropéolées considérée dans son organographie, son anatomie, son organogénie et ses propriétés médicales. Le seul fait qui puisse avoir pour nous un intérêt immédiat dans la communication de M. Chatin, c'est la constatation dans les tropéolées de l'existence d'une huile essentielle sulfo-azotée semblable à celle que l'auteur a retirée des limnanthées, et qui se forme dans la plupart des crucifères. Cette huile correspond aux propriétés antiscorbutiques communes aux crucifères, aux tropéolées et aux limnanthées.

Dr Brochin.

DU TRAITEMENT RATIONNEL DE LA CONGESTION ET DE L'APOPLEXIE

par les alcalins, et en particulier par le bicarbonate de soude,

Par le docteur Ed. CARRIÈRE.

Nous trouvons sous ce titre, dans le dernier fascicule des *Annales médico-psychologiques*, un mémoire de M. le docteur Carrière qui, par la nouveauté des faits et des aperçus qu'il renferme sur le traitement de l'apoplexie, autant que par la distinction avec laquelle l'auteur a traité cet intéressant sujet, nous a paru mériter d'être examiné et résumé ici d'une manière toute spéciale.

« Quelque connue que soit une maladie dans la plupart de ses » caractères, tous lui manque, dit avec beaucoup de raison l'au- » teur, quand elle n'a pas de thérapeutique rationnelle. »

Rien n'est plus vrai, en effet, au point de vue pratique, et c'est surtout pour la maladie qui fait le sujet de ce mémoire, pour l'apoplexie, que cette vérité devient encore plus évidente. Peu de maladies ont été aussi attentivement étudiées que l'a été l'apoplexie dans ces trente dernières années ; il en est peu qui soient aussi bien connues dans leurs conditions anatomiques, et dont le diagnostic et le pronostic laissent moins à désirer. Mais ouvrez les livres classiques les plus complets et le plus justement accrédités, consultez les dictionnaires, lisez les monographies les mieux faites, rappelez-vous les meilleurs leçons de vos maîtres, et dites-moi si vous vous trouvez satisfaits de ce que l'on écrit, de ce que l'on dit et de ce que l'on fait tous les jours et partout en fait de traitement de l'apoplexie. La saignée et les révulsifs, voilà à peu près toute la thérapeutique. Mais la saignée, l'agent le plus actif, sans contredit, de ce traitement et le plus généralement mis en usage, moyen qui rend d'ailleurs de si incontestables et de si grands services au moment de l'attaque, et lorsqu'il s'agit surtout de dériver le cours du sang et de combattre l'effort qui tend à renouveler l'hémorrhagie, la saignée est-elle toujours suffisante, est-elle toujours utile, est-elle toujours efficace, même dans ce cas? Et si nous nous plaçons à un autre point de vue qui n'est pas moins important pour la pratique, celui de la prophylaxie, la saignée est-elle encore le moyen le plus sûr de combattre l'hyperémie cérébrale et de prévenir une hémorrhagie imminente ?

Il y a dans cette question générale trop de questions subsidiaires à examiner, pour que dans un article, fût-ce même dans un mémoire d'une certaine étendue, on puisse se flatter de les aborder et de les résoudre toutes. Mais il est un point plus particulièrement qui domine par son importance tous les autres éléments de la question, car s'il était résolu jamais de manière à ne laisser aucun doute dans l'esprit, la thérapeutique ainsi que la prophylaxie de l'apoplexie s'en déduiraient naturellement. Ce point, c'est l'étiologie de la congestion cérébrale. C'est sur ce point principalement que porte le travail de notre honorable confrère.

M. Carrière a pensé, et avec raison, que le tempérament dit apoplectique, c'est-à-dire le tempérament pléthorique, semblant par sa nature prédisposer aux congestions et aux hémorrhagies, ainsi que les causes occasionnelles si nombreuses et si variées que l'on trouve complaisamment énumérées dans les auteurs, ne pouvaient constituer une notion étiologique suffisante pour servir de base à l'institution d'une médication rationnelle. Il a cherché à se rendre raison des causes qui, indépendamment de celles-là, ou antérieurement à elles, constituent la prédisposition organique primitive, réelle, de la congestion et de l'hémorrhagie cérébrales ; et ces causes, il croit qu'on doit les placer dans la constitution du sang.

On connaît, par les travaux des physiologistes et des chimistes, l'influence qu'un degré plus ou moins grand d'alcalinité exerce sur la fluidité du sang. Cette seule circonstance a paru à M. Carrière capable de donner à la fois la clef de l'étiologie de l'apoplexie et des moyens prophylactiques et curatifs qu'il convient de lui opposer. C'est à la prédominance relative des éléments acides, ou plutôt à l'abaissement du degré d'alcalinité du sang, effet habituel d'une alimentation trop substantielle et d'un régime trop excitant, qu'on doit attribuer un certain degré d'épaississement du sang, l'embarras et le défaut d'équilibre qui en résultent dans la circulation cérébrale. C'est par conséquent dans l'usage d'une médication alcaline convenablement dirigée et surveillée de manière à ne point dépasser le but, c'est-à-dire à ne point exagérer la fluidité du sang jusqu'à constituer à son tour une disposition aux hémorrhagies passives, c'est, disons-nous, dans l'usage modéré des alcalins que M. Carrière croit trouver le principal moyen prophylactique et curatif de la congestion et de l'apoplexie cérébrale.

Cette théorie ingénieuse est appuyée, dans le mémoire de

FEUILLETON.

LETTRE DU PROFESSEUR FORGET (DE STRASBOURG)

au docteur BALLY, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris,

SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1).

Si cette définition eût été calculée dans le but de réunir le plus grand nombre de partisans, on n'eût pu mieux faire. *Omnis homo piger*, dit la sagesse. Or, quoi de plus favorable à la paresse et de plus flatteur pour la médiocrité que d'arriver avec une telle facilité à poser un diagnostic? Un malade s'offre-t-il avec un peu de malaise, de courbature, un léger mouvement fébrile, fièvre typhoïde! dût-il n'exister qu'un peu d'embarras gastrique ou de fièvre catarrhale. De là tant de succès par toutes les méthodes. Dans les cas plus graves, du moment où il y a fièvre avec torpeur, fièvre typhoïde! existât-il derrière une pneumonie, une méningite, une péritonite, une colite, une hépatite, une infection purulente, etc. (2) ; et l'on a raison, car il est clair qu'il y a fièvre avec état typhoïde. Que si la localisation méconnue se révèle à l'autopsie, c'est une localisation secondaire, un accident, dût l'entérite folliculeuse ne pas exister, car vous avez dit jadis qu'elle peut faire défaut ; ce sont même ces cas-là que l'on proclame en témoignage de l'essentialité. Oui, messieurs, c'est votre détestable nomenclature qui a grevé la science d'une foule d'observations fausses et mensongères servant de passe-port aux médications les plus abstruses, et de preuves aux dogmes les plus fallacieux. Et cette situation peut durer longtemps, car, encore une fois, elle est tout en faveur de l'ignorance et de la paresse, qu'elle dispense de rechercher péniblement le mobile des symptômes extérieurs ; sans compter qu'elle abrite merveilleusement la responsabilité du praticien, car le public n'ignore pas les dangers inhérents à la fièvre typhoïde.

On insiste et l'on dit : La fièvre et l'état typhoïde peuvent exister, il est vrai, dans des maladies fort différentes ; mais la fièvre typhoïde proprement dite a des caractères particuliers qui la différencient. Sans parler de la fièvre et de la stupeur, il y a la généralisation des phénomènes morbides : gonflement de la rate, bronchite typhoïde, etc. ; puis l'altération du sang, les eschares gangréneuses, les sudaminas et surtout les taches rosées lenticulaires.

Mais la généralisation des phénomènes morbides n'est pas constante, puisque déjà la fièvre, la stupeur peuvent manquer. La bronchite typhoïde est inconstante. Le gonflement de la rate est secondaire, et de plus passager ; il apparaît après le début, et disparaît avant la terminaison ; je le soupçonne même de n'être pas constant, et il est peu facile à constater pendant la vie. Quant à l'altération visible du sang, déjà Dehaën en a démontré l'inconstance, et j'en démontre tous les jours la fausseté. La noirceur et la diffluence du caillot, la couenne molle, muqueuse, *morveuse* manquent souvent, et ne sont pas exclusives à la fièvre typhoïde ; je les fais constater journellement dans les cas les plus divers, voire même dans les phlegmasies les plus franches. Quant à la diminution de la fibrine, son illustre inventeur, M. Andral, dit et répète qu'elle manque parfois, et que toujours elle est secondaire. Les eschares gangréneuses? Mais qui donc ignore aujourd'hui qu'elles se produisent toutes les fois que le même décubitus est prolongé : dans les paralysies, les fractures et toutes les maladies qui entraînent l'immobilité ? Les sudamina, quoi qu'on en dise, sont un effet purement physique de la diaphorèse ; on les rencontre dans le rhumatisme, la péritonite puerpérale, la scarlatine, chez les phthisiques, et dans la suette surtout.

Restent les taches rosées lenticulaires. Il est vrai que ce signe est un des meilleurs. J'ai cru pendant longtemps qu'il était caractéristique de l'entérite folliculeuse. Cependant quelques faits exceptionnels avaient suscité des doutes dans mon esprit, lorsque l'observation qu'on lira plus loin est venue dissiper toute incertitude, et me prouver péremptoirement l'insuffisance de ce caractère, lequel d'ailleurs est secondaire et inconstant.

Je ne parle pas des fuliginosités buccales, communes à tous les états typhoïdes, surtout chez les vieillards ; ni de l'enduit nacré des gencives, phénomène physique qui se produit toutes les fois que la bouche est sèche et immobile ; ni de l'état pulvérulent des narines, qui résulte tout simplement de la manière de respirer, et qui se rencontre même en santé ; ni des ecchymoses produites par les piqûres de sangsues, qui se produisent toujours et dans toutes les affections ; ni même de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, qui manquent parfois et qui résultent d'un état morbide quelconque de cette région, le gargouillement d'un mélange de gaz et de liquides dans cette partie de l'intestin, mélange qui s'observe dans l'entérite simple, et même dans l'état sain.

La plupart de ces symptômes prétendus spécifiques sont de véritables mystifications dont je ne conçois pas que la crédulité des praticiens se soit laissé leurrer pendant si longtemps, tout en reconnaissant les probabilités qui découlent de leur association.

Mais il y a plus : l'entérite folliculeuse elle-même comporte des degrés et des formes qui demandent explication.

Les formes que j'appelle rudimentaires, les plaques pointillées et les plaques réticulées (plaques molles), n'ont point de signification abso-

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

(2) Tous les jours nous recevons sous la rubrique de fièvre typhoïde des embarras gastro-intestinaux, des diarrhées, des grippes, des pneumonies. Un habile professeur de clinique nous a transmis sous ce nom un simple panaris ; un autre nous envoyait l'an dernier, comme fièvre typhoïde, une résorption purulente. J'ai traité moi-même comme fièvre typhoïde un abcès du foie, des tuberculisations aiguës, etc. Enfin, je faisais remarquer récemment à mes élèves un convalescent de bronchite qui présentait un véritable facies typhoïde : regard hébété, lèvres sèches, dents luisantes, enduit nacré des gencives, narines pulvérulentes, etc.

M. Carrière, de faits et de preuves à l'appui qui lui donnent un caractère un peu moins spéculatif et plus pratique que ne le laisserait supposer au premier abord l'exposé rapide que nous venons d'en faire. Mais ces faits et ces preuves ne sont encore ni en assez grand nombre, ni surtout assez rigoureusement constatés dans leurs rapports avec les enseignements de l'observation empirique qui ne sauraient ici être négligés, pour que nous croyions devoir garantir à cette théorie une pleine vitalité. Mais il suffit qu'elle réveille dans l'esprit un sujet de recherches et d'expérimentation, dont l'utilité ne peut être douteuse dans aucun cas, pour que nous ayons dû la signaler à l'attention de nos lecteurs.

Voici en peu de mots en quoi consiste la méthode de traitement préconisée par M. Carrière, et sur le compte de laquelle les praticiens pourront aisément se faire avec le temps une opinion motivée :

« La situation une fois constatée, il faut agir à faible dose pour les affections circonscrites, à doses plus élevées pour les plus étendues et les plus graves. La manière la plus simple de les administrer est la meilleure, et le médicament qui doit avoir la préférence sur tous les autres est le bicarbonate de soude. Loin d'exclure les eaux minérales alcalines, je les recommande au contraire. Loin de rejeter l'ammoniaque, je crois qu'il est utile aussi dans les cas ou dans les moments pressés. Ces règles générales une fois posées, je passe aux détails.....

» Lorsque l'économie présente des symptômes généraux de congestion et que le danger paraît encore éloigné, les chances sont favorables pour commencer le traitement. Il est de tous les temps, il est vrai, mais l'effet successif produit par les alcalins ne s'improvise pas; j'ai à peine besoin de répéter qu'il faut un délai pour qu'une transformation profonde s'opère dans les qualités chimiques du sang et dans celles d'autres humeurs.

» Ainsi à cette époque surtout, où les violentes secousses ne sont pas encore à craindre, on peut compter sur une grande amélioration, et peut-être sur un succès complet, au moyen du bicarbonate de soude. On commencera par 1 gramme dans de l'eau et du sirop simple, et l'on arrivera progressivement jusqu'à 2, et même plus baut, sans trop élever la dose. C'est dans la mesure que gît l'efficacité de médication. En interrompant au bout de deux, trois semaines ou un mois l'administration régulière de la potion, on pourra mieux juger la valeur réelle des effets et conserver au médicament son action, en restant dans les limites des doses modérées.

» Dans un état plus avancé, c'est-à-dire à la veille ou au moment d'une congestion simple, comme d'une congestion apoplectique, c'est à l'ammoniaque qu'il faut avoir recours, à l'imitation de MM. Page et Gavarret. La dose de 25 gouttes dans un demi-verre d'eau pendant les attaques me paraît assez forte; mais comme ce mélange s'administre par intervalles, on peut l'admettre, et on peut même augmenter, suivant les cas, les proportions de l'élément actif. Après l'attaque, au lieu de donner 5 gouttes toutes les beures dans un demi-verre d'eau, il serait préférable, à mon avis, de rapprocher l'action en donnant 2 gouttes toutes les demi-heures dans la même quantité de liquide. »

Ce traitement, bien entendu, n'exclut pas la saignée, remède dirigé contre un phénomène secondaire du mal; mais il la domine, parce qu'il s'adresse à la cause et non pas à un de ses phénomènes consécutifs.

HOPITAL BEAUJON. — M. Bouley.

Anévrisme de la crosse de l'aorte.

Au n° 30 de la salle Sainte-Eulalie, à Beaujon, est couchée la nommée Joséphine Landrin, journalière, âgée de soixante-trois ans. Cette femme, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, a toujours joui d'une santé parfaite. Elle ne se rappelle point avoir eu de maladie grave, si ce n'est une attaque de choléra en 1832; elle n'a jamais eu de rhumatisme ni d'affections aiguës du côté du cœur. Sa profession l'expose à des travaux pénibles, mais elle les a toujours supportés facilement; elle mène habituellement une vie sobre et régulière, et n'a jamais fait d'excès d'aucun genre. Il est donc impossible de trouver dans les antécédents de cette femme quelque chose qui puisse expliquer les accidents dont elle est atteinte aujourd'hui.

En novembre dernier, Joséphine Landrin ressentit à la partie supérieure et latérale gauche de la poitrine une douleur sourde, qui ne l'inquiéta que par sa persistance. Elle attribuait d'ailleurs cette douleur à un coup qu'elle reçut dans cette région, et qui paraît avoir laissé pendant un assez long temps une large ecchymose. La malade rapporte qu'à cette époque déjà on voyait au niveau du troisième espace intercostal une légère saillie qui était le siége de battements incommodes. Inquiète, elle appelle un médecin. Celui-ci, sans doute par inadvertance, paraît avoir méconnu la nature de la tumeur; s'en laissant probablement imposer par le coup qu'avait reçu la malade et par l'ecchymose qui en était l'indice, il prescrivit une application de sangsues. Loin de diminuer, les douleurs augmentèrent. La tumeur prit une dimension plus considérable, et les pulsations devinrent plus violentes. Cependant la malade put encore continuer à travailler. Comme elle n'éprouvait d'ailleurs aucun autre accident, elle commença à se rassurer.

Quelques mois après néanmoins, voyant que son état était toujours le même, elle appela de nouveau un médecin. Cette fois la maladie paraît avoir été reconnue, à en juger du moins par le mode de traitement qui fut suivi. Plusieurs saignées successives furent pratiquées aux deux bras, mais elles n'amenèrent aucun résultat favorable.

Les choses en étaient là, lorsqu'il y a trois semaines Joséphine Landrin ressentit tout à coup dans la tumeur une douleur vive et déchirante qui la força de se mettre au lit. Elle éprouvait en même temps des étourdissements, de la gêne dans la respiration, de la céphalalgie et une grande faiblesse générale. C'est alors seulement qu'elle se décida à entrer à l'hôpital, où elle fut admise le 25 juin dernier.

Le lendemain matin, à la visite, on trouva les symptômes suivants : la malade garde dans son lit une attitude normale; elle ne paraît point gênée, et sa face n'exprime nullement la souffrance. Les pulsations des carotides sont à peine perçues. La tumeur anévrismale siége au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux; ses dimensions sont, dans le sens transversal de la poitrine, de 0,09 centimètres environ, et de 0,05 dans le sens longitudinal. A la simple inspection de la tumeur, on constate facilement qu'elle est le siége d'un double mouvement de dilatation et de retrait correspondant à la systole et à la diastole du cœur. Si on la palpe, on a la sensation de mouvements brusques et saccadés qui soulèvent la main. En la comprimant doucement on peut facilement la réduire, de manière à la faire disparaître.

Les deuxième et troisième côtes paraissent offrir moins de résistance qu'à l'état normal. La percussion donne un son mat dans toute la région précordiale. Toute cette même région est le siége de douleurs vives qu'exaspère la moindre pression. Si l'on ausculte, voici ce que l'on trouve : les battements du cœur sont modérément forts, un peu sourds, mais réguliers; le premier temps est suivi d'un bruit de souffle se prolongeant jusqu'à la moitié du silence.

Lorsque l'on porte l'oreille au niveau de la tumeur, on constate que les battements dont elle est le siége sont beaucoup plus forts et plus tumultueux que ceux du cœur; on découvre facilement au premier temps (dilatation de la pocbe) un bruit de souffle sec et râpeux. Au second temps (retrait de la poche), si l'on ausculte attentivement en faisant abstraction de tous les autres bruits morbides qui se produisent, *on distingue un autre bruit de souffle*, mais beaucoup plus court et plus moelleux que le premier. Le pouls est faible, petit et facilement dépressible; ces caractères sont un peu plus marqués à gauche qu'à droite. Les douleurs ressenties dans la poitrine s'irradient dans l'épaule gauche et dans le bras du même côté. La malade perçoit des battements dans la région dorsale, sur le trajet de l'aorte. Il y a un peu d'œdème au bras gauche. La respiration est assez libre quand la malade demeure tranquille, mais au moindre mouvement un peu énergique elle devient anxieuse et précipitée. L'appétit est conservé; l'état général n'offre rien à signaler.

Le traitement ne peut évidemment être que palliatif. On prescrit 2 pilules de digitaline de 0,001 cbacune; une portion; pas de vin; repos au lit.

Le lendemain, on donne 3 pilules. La malade refuse de s'astreindre à un régime sévère et réclame deux portions.

Les jours suivants on augmente successivement la dose de la digitaline.

Depuis son entrée, on a toujours observé les mêmes phénomènes que précédemment; il n'y a aucun signe d'amélioration; tous les symptômes sont restés les mêmes, si ce n'est la douleur qui a un peu augmenté.

Dans cette observation, nous voyons un anévrisme de la crosse de l'aorte succéder à une contusion du thorax chez une femme habituellement bien portante et n'ayant jamais eu ni rhumatisme ni affections cardiaques. N'est-ce là qu'une simple coïncidence? La contusion a-t-elle été la cause de l'anévrisme? Je l'ignore. Je laisse à de plus éclairés le soin de résoudre cette question; je me contente seulement de rapporter les faits.

J'appellerai aussi un instant l'attention sur un signe auquel M. Gendrin attache avec raison une grande importance et qu'il regarde comme pathognomonique des anévrismes : c'est le bruit de souffle se passant dans la poche et après le second temps. S'il était constant, en effet, il serait souvent d'un grand secours, puisque lui seul dans les cas douteux suffirait pour permettre de diagnostiquer sûrement un anévrisme.

Nous remarquerons encore combien peu dans ce cas la digitale a été efficace, même comme traitement palliatif, puisque après plusieurs jours de traitement les battements du cœur n'ont encore rien perdu ni de leur violence ni de leur activité.

DISPENSAIRE ROYAL D'ÉDIMBOURG.

M. le professeur J.-M. Duncan.

Observations de chorée partielle dans la grossesse.

De toutes les affections nerveuses qui peuvent compliquer la grossesse, la chorée est une de celles qui présentent le plus grand intérêt. Le plus souvent elle se déclare dans l'enfance; mais lorsqu'elle atteint une fille adulte, on la trouve fréquemment unie à la grossesse. Lever, Meissner, Romberg et les auteurs qui ont écrit sur ce sujet donnent de nombreux exemples de cette complication.

L'intérêt des observations suivantes repose sur ce que : 1° les attaques, quoique violentes, sont partielles et limitées aux membres inférieurs, et 2° les attaques ont un caractère périodique. Les mouvements ont lieu le soir ou après un premier sommeil. Dans l'autre observation ils durent toute la nuit.

On a été frappé de la fréquence de cette chorée dans les membres inférieurs, et on a voulu l'expliquer par la pression de l'utérus sur les parties voisines; mais on ne peut admettre cette pression comme cause directe, car un grand nombre d'observations présentent cette affection limitée, pendant la grossesse, aux membres supérieurs. D'un autre côté, de larges tumeurs fibreuses ou ovariennes ont le même résultat que l'utérus à l'état de plénitude, et peuvent arrêter la circulation.

Dernièrement j'eus à traiter une jeune servante non mariée, qui vint me consulter pour un gonflement des membres inférieurs. Les veines étaient dans un état variqueux avancé, larges, roulées, proéminentes à la partie supérieure de la cheville. Elle accusait une tumeur abdominale, et n'avait pas eu ses règles depuis sept mois. Je constatai les battements du cœur du fœtus. L'utérus se développait transversalement; la tête de l'enfant reposait dans une fosse iliaque, le corps dans la partie opposée. Cette femme s'était très violemment comprimé l'abdomen pour en cacher le développement. De là une position anomale de l'enfant dans l'u-

---

lue; on les rencontre dans une foule d'affections diverses qui ne sont pas l'entérite folliculeuse proprement dite, témoin le choléra. Un fait très remarquable révélé par M. Louis, c'est que, lorsqu'une maladie quelconque revêt la forme typhoïde, on rencontre presque toujours une altération plus ou moins prononcée des plaques de Peyer. Mais rarement cette lésion dépasse les formes rudimentaires.

La forme gaufrée (plaques dures) paraît être le caractère le plus commun de l'entérite folliculeuse ou fièvre typhoïde proprement dite.

La forme pustuleuse, ou mieux fongueuse, qui a donné faussement lieu à ce malheureux parallèle avec la variole, paraît appartenir aux formes les plus graves de la fièvre typhoïde.

La forme gangréneuse, dont on s'est autorisé pour établir la nature essentiellement septique de la maladie, n'est pas constante, ainsi qu'on a pu le croire, mais elle est très commune et résulte de la mortification des plaques gaufrées et des plaques fongueuses.

La forme ulcéreuse est l'aboutissant des formes précédentes, qui passent assez souvent à l'ulcération d'emblée, c'est-à-dire sans traverser la forme gangréneuse, ainsi que M. Chomel et moi l'avons démontré.

Quant à l'affection des follicules isolés, que j'ai appelée psorentérie, mot emprunté à M. Serres, c'est aussi, comme les formes rudimentaires de l'altération des plaques, un caractère banal qui s'observe dans beaucoup de maladies.

Ce n'est pas tout : il est une maladie qui donne lieu à l'ulcération des plaques de Peyer, ulcération qu'à première vue il serait facile de confondre avec la forme ulcéreuse de l'affection typhoïde : c'est la tuberculisation intestinale si souvent concomitante de la phthisie pulmonaire. C'est encore M. Chomel et moi qui avons établi les caractères distinctifs de ces deux genres d'ulcération des plaques de Peyer, et ce n'est pas là une des moindres difficultés du diagnostic anatomique de l'entérite folliculeuse.

C'est ici le lieu de produire cette autre objection, accueillie encore aujourd'hui avec tant ne faveur; à savoir, que non-seulement l'entérite folliculeuse n'est pas primitive, mais encore qu'elle n'est pas inflammatoire. Oui, l'on a soutenu que la muqueuse intestinale rouge, gonflée, ulcéreuse, suppurante, douloureuse, accompagnée de fièvre, n'est pas enflammée! C'est une altération *sui generis*, septique, gangréneuse, que sais-je? Puis l'hypofibrinie est venue fortifier l'illusion; car, disait-on, l'inflammation augmente la fibrine du sang; or, la fibrine est en moins dans l'entérite folliculeuse; donc, etc. Admirez les conséquences de ce victorieux argument! Les caractères de l'inflammation ne sont plus rougeur, tumeur, douleur, suppuration, fièvre; son caractère essentiel, c'est l'byperfibrinie! Dût la peau tout entière être transformée en un vaste phlegmon, comme dans la variole, du moment où la fibrine est en moins, la dermite est comme non avenue (1). Voilà, vous en conviendrez, de terribles logiciens! Cela ne vous produit-il pas l'effet d'un rêve incohérent, d'un bizarre cauchemar? Heureusement le maître est venu mettre le holà. M. Andral a dit : « L'byperfibrinie est *un des caractères* de l'inflammation, cela est » vrai; mais l'entérite folliculeuse n'en est pas moins intrinsèquement » une inflammation, quoiqu'elle coïncide avec l'hypofibrinie; c'est là » une des singularités de la fièvre typhoïde. » On commeuce donc à se résigner à l'inflammation, sauf à la qualifier de spécique. Soit; nous ne voulons pas discuter sur ce point, il y aurait trop à dire.

Cette inflammation spécifique est secondaire; soit encore. Seulement faisons observer que les symptômes gastro-intestinaux sont presque toujours les premiers en date dans l'évolution de la maladie; que parfois ils constituent à eux seuls toute la maladie, et qu'enfin, aussi près du début qu'il ait été donné d'autopsier des malades, au quatrième, au troisième jour, la lésion intestinale s'est manifestée.

Autre point de vue; il existe une tendance actuelle à considérer toutes les phlegmasies dites spontanées ou de cause interne comme le produit d'une diathèse, d'un état général occulte, y compris même la pneumonie. Nous le voulons bien, si cela vous oblige, ainsi que de raison, à considérer l'entérite folliculeuse comme secondaire au même titre que la pneumonie, et à vous occuper de la première comme de la seconde.

Le profond mépris qu'on affecte pour la lésion intestinale et le parti pris de lui dénier toute valeur font qu'on n'en tient nul compte, non-seulement comme cause, comme symptôme, mais encore comme marche, comme pronostic, comme indication thérapeutique. Par exemple, tout le monde convient de la durée quasi fatale de la fièvre typhoïde confirmée, mais on attribue cette longueur au *génie* de la maladie, tandis qu'elle s'explique si naturellement par la lenteur obligée de l'évolution des lésions intestinales; car des ulcères avec perte de substance ne se forment pas et ne se cicatrisent pas en deux jours. Lorsque le mal revêt beaucoup de gravité, on ne se demande pas si la lésion de l'intestin n'y serait pas pour quelque cbose, c'est toujours l'intensité de l'intoxication sanguine que l'on accuse. Les complications elles-mêmes pèsent peu dans la balance, elles sont l'effet de l'altération humorale; et la preuve, dit-on, c'est qu'il y a des fièvres graves avec des lésions intestinales légères. Oui, comme il y a des exceptions à toute règle, comme une piqûre d'épingle peut produire le tétanos. Vous supprimez l'idiosyncrasie. Il y a plus : vous produisez des cas de mort où l'intestin est cicatrisé. Mais ces escbares gangréneuses, ces vastes suppurations, ces résorptions purulentes, ces engouements pulmonaires, ces pleurésies, ces pneumonies ultimes, etc., etc., pour quoi les prenez-vous? Sans doute l'intestin est guéri, comme est guérie la piqûre du tétanique, la morsure de l'hydrophobe. Les effets survivent à la cause, et voilà tout. (*La fin au prochain numéro.*)

(1) On a soutenu dernièrement à la Faculté de Strasbourg une thèse où l'on prétend que la variole n'est autre chose qu'une *hypertrophie de l'épithélium!* Cette théorie, dont on ne contestera pas l'originalité, est un produit du microscope, instrument précieux qu'on semble prendre à tâche de discréditer

térus, et la pression puissante sur le bord du bassin empêchant le retour du sang.

Dans ce cas, aucun désordre nerveux.

Romberg dit que « jamais les extrémités inférieures ne sont » seules atteintes par la chorée ; » mais les faits contredisent cette assertion, et M. Grisolle, dans sa *Pathologie interne* (t. II, p. 611), a écrit : « Nous l'avons vue une fois limitée aux membres infé- » rieurs, mais plus marquée du côté gauche. »

Voici du reste mes observations :

Obs. I. — Mme H... n'a été réglée qu'à dix-huit ans. Elle avait seize ans quand elle eut sa première attaque de chorée. D'abord faible et bornée aux chevilles du pied, elle s'étendit bientôt aux deux jambes, aux mains et aux avant-bras. Après avoir marché en s'aggravant jusqu'à l'été, l'affection diminua insensiblemeut jusqu'au commencement de 1850, époque à laquelle elle disparut presque entièrement.

Mme H... se maria en 1850, à l'âge de trente-deux ans, et continua à se bien porter jusqu'au milieu de sa première grossesse, qui se termina en juillet 1851 par la naissance d'un garçon.

La première moitié sa grossesse s'était passée heureusement, mais bientôt elle commença à souffrir de mouvements choréiques, principalement dans le membre inférieur du côté gauche. Ces secousses étaient très fatigantes, surtout la nuit, quand elle reposait dans le décubitus dorsal. Lorsque les douleurs étaient plus vives, les mains et les avant-bras étaient eux-mêmes sous le coup de l'affection.

Tel avait été l'état de la malade pendant les six mois qui avaient précédé ma consultation. Elle ne se plaignait pas autrement. Le malaise du matin n'était pas journalier. Elle avait l'apparence d'une femme délicate, dyspeptique ; peau pâle, sèche et rude ; langue blanchâtre et portant des fissures dans toutes les directions ; pas d'embarras gastrique ; urine naturelle. J'ordonnai 10 grains de carbonate de fer trois fois par jour ; une dose légère de laudanum à prendre en se couchant ; diète rigoureuse ; bonne bière.

Après quelque temps de ce traitement, la malade put s'endormir sans laudanum. La diète et le fer continués quelque jours encore, la malade se vit un mois avant son accouchement délivrée de tous mouvements choréiques ; ses couches furent naturelles ; seulement pendant l'administration du chloroforme la chorée reparut. Il n'y eut aucune suite fâcheuse, si ce n'est un abcès dans une glande mammaire. Elle nourrit son enfant.

A la fin de 1852, elle redevint grosse dans les meilleures circonstances, et depuis sa première grossesse elle n'a eu aucun accident digne d'être mentionné.

Obs. II. — Mme R... voyageait en Ecosse pendant l'été. Elle était enceinte, et, sa santé allant toujours de plus en plus mal, elle l'attribuait à son état. Elle vint à Edimbourg en rentrant en Angleterre.

Mme R... a toujours eu très bonne santé ; jamais de chorée ; mère de plusieurs enfants, dont le dernier fut mort-né. Elle est aujourd'hui dans le sixième mois de sa grossesse ; elle semble ordinairement jouir d'une bonne constitution ; mais dans ce moment elle est maigre et maladive. Pouls variable, jamais rapide, mais faible ; peau sèche et couverte de boutons. Elle accuse une chaleur très vive dans les mains et les pieds ; langue chargée, vomissements douloureux après chaque repas ; aucun dérangement dans la circulation et dans la sécrétion des reins. Perte muco-purulente abondante par le vagin, qui est humide et très dilaté ; le col de l'utérus est enflé et abrasé. Le soir, mouvements involontaires des membres inférieurs, qui ne cessent que lorsque la malade se met au lit. Alors assoupissement bientôt interrompu ; nouveaux accidents choréiques qui durent des heures entières jusqu'à ce qu'elle tombe de sommeil. Le matin, absence de convulsions jusqu'au soir.

Même traitement que dans le cas précédent, plus deux cautérisations du col de l'utérus avec le nitrate d'argent, en laissant trois jours d'intervalle entre chaque opération ; lotion astringente d'une décoction d'écorce de chêne avec borax ; injection de 3 onces matin et soir.

Ces moyens arrêtent la leucorrhée. Pour l'irritation de l'estomac, emplâtre de belladone sur l'épigastre ; beaucoup de soulagement. En quinze jours la chorée avait disparu, et ma malade quittait Edimbourg avec une santé satisfaisante.

Réflexions. — L'état d'albuminurie que les auteurs indiquent dans ces sortes d'affections nerveuses n'a pas existé chez mes malades. Ni affection du cœur, ni rhumatisme. Mes deux malades, d'une classe élevée de la société, étaient par conséquent bien nourries et bien soignées, et avaient des influences morales favorables. Mais chez toutes les deux il y avait un état d'asthénie caractérisé par la pâleur de la surface du corps, la faiblesse du pouls, la sécheresse de la peau et les autres signes généraux d'une mauvaise santé ; et chez l'une les premiers accidents de chorée formaient une grande prédisposition.

Le traitement employé a été simplement celui des symptômes. L'asthénie, le sang qui ne donnait aux lèvres et à la surface du corps qu'une teinte pâle m'indiquèrent l'emploi du fer. Mais je suis porté à donner dans ces cures une grande importance aux opiacés. Mes deux malades étaient privées de sommeil et s'en plaignaient ; de faibles doses de laudanum furent mises à leur portée avec conseil d'en user si les convulsions ne leur permettaient pas le repos. Peu de temps s'écoula, et le sommeil vint sans le laudanum.

Outre le fer et le laudanum, il y eut différentes indications pour tenir le ventre libre, pour pallier les douleurs et pour suivre les autres incidents. Dans un de ces cas, une leucorrhée demandait un traitement. La cautérisation du col de l'utérus avec le nitrate d'argent, l'injection firent cesser l'écoulement, et ce résultat était très favorable pour la guérison.

Les auteurs ont souvent remarqué que la chorée survenant pendant la grossesse ne disparaissait qu'après l'accouchement ; cependant mes deux malades étaient guéries après quelques semaines de traitement. (*The Edinburg med. and surg. Journ.*)

ANESTHÉSIE LOCALE.

Par M. le docteur Jobert (de Guyonvelle).

Dans les mois de décembre et janvier derniers, j'ai opéré un certain nombre de malades atteints de kystes de diverses espèces et de panaris ; j'ai pratiqué plusieurs fois aussi l'extirpation d'ongles incarnés.

Parmi ces malades, cinq ont été opérés après l'usage ou application locale du chloroforme, selon la formule et dans les circonstances suivantes :

De ces cinq malades, trois étaient atteints de panaris ; le quatrième avait un kyste volumineux sur le dos de la main ; le cinquième avait un ongle entré dans les chairs.

Un cataplasme fut préalablement appliqué sur la partie malade, et laissé en place jusqu'à macération du tissu dermoïde. Le cataplasme fut enlevé alors, et la partie malade recouverte immédiatement, toutefois après l'avoir bien essuyée, d'une épaisse pelote de coton imbibé de 4 à 6 grammes de chloroforme.

Deux aides armés chacun d'un bon soufflet soufflèrent sur le coton, qui fut promptement desséché. En ce moment les malades furent opérés, et trois d'entre eux sans aucune douleur.

L'anesthésie a donc été complète trois fois sur cinq. Reste à savoir si elle n'était que locale et superficielle, ou si, au contraire, elle était générale et profonde ?

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 juillet 1854. — Présidence de M. Regnault.

Emploi d'extraits de viande de bœuf pour la préparation du bouillon gras. — M. Eug. Bellat adresse un mémoire sur ce sujet. Dans sa lettre d'envoi, M. Bellat appelle l'attention de l'Académie sur les applications qui peuvent être faites des extraits de viande à l'alimentation de notre marine et de nos armées en campagne, ainsi qu'aux classes ouvrières et eucore à toute la population dans les contrées où la viande de bœuf est insuffisante pour la préparation du bouillon gras. Il indique le moyen d'y suppléer par l'exploitation des viandes qui se perdent aujourd'hui en si grande quantité dans l'Amérique du Sud, l'Australie, la Russie du Nord, etc. On utilisera ces viandes en les transformant en extraits qui, transportés en France au plus bas prix possible, pourraient être appliqués à la préparation du bouillon gras.

En opérant sur les viandes de France, l'auteur prépare des extraits aromatiques se conservant bien, avec lesquels il confectionne des bouillons très agréables au goût. (Commissaires : MM. Chevreul, Payen, M. le maréchal Vaillant.)

Transmission des sons par l'intermédiaire des corps solides ; application de ce fait à l'éducation des enfants atteints de surdité incomplète. — M. l'abbé Le Cot, curé de Boulogne-sur-Seine, écrit à l'Académie que, frappé depuis longtemps de la difficulté qu'éprouvent les sourds-muets à se faire comprendre dans les usages ordinaires de la vie, et considérant qu'ils peuvent presque tous entendre quelques sons, il a cherché le moyen d'utiliser cette aptitude en profitant de ce phénomène connu, que le son est transmis d'une manière bien plus énergique par les corps solides que par les gaz. Le résultat, dit-il, a dépassé ses espérances.

Voici en quels termes M. Le Cot décrit le moyen qu'il emploie :

« Je prends un porte-voix ordinaire, fait en zinc ou en fer-blanc ; j'en fais saisir entre les dents par le sourd-muet l'extrémité à petit diamètre et j'articule les sons distinctement, mais sans effort, en plaçant ma bouche au centre du pavillon. »

L'auteur a essayé ce procédé déjà sur un assez grand nombre d'enfants, et presque tous ont immédiatement répété les sons qu'on leur faisait entendre ; mais trois enfants pauvres ont été spécialement l'objet de ses efforts.

Le premier, Aimée Rollet, jeune fille âgée de dix ans, sœur de trois autres sourds-muets, sourde de naissance, n'ayant reçu aucune espèce d'instruction et n'articulant aucun son, a été soumise à ce procédé au mois de février dernier ; aujourd'hui elle épelle, écrit tous les mots qu'on lui dicte et prononce un bon nombre de mots usuels ; l'intelligence de cette enfant s'est considérablement développée depuis le commencement de ces exercices ; le sens de l'ouïe s'est tellement amélioré, qu'on peut aujourd'hui lui faire entendre tous les mots qu'elle connaît sans l'aide du porte-voix, et qu'elle perçoit des sons tout à fait inattendus, tels que celui d'une sonnette éloignée.

Le deuxième, Hérit, garçon de dix ans, également sourd de naissance, dans les mêmes conditions d'instruction que le premier, soumis au mois de mars dernier à ce procédé, m'a donné les mêmes résultats ; il parle mieux que le précédent, mais écrit moins bien, ce qui paraît tenir à ce qu'il a moins d'intelligence.

Enfin le troisième, Eugène Rollet, âgé de huit ans et demi, frère du premier sujet, a commencé à suivre les exercices à la fin de mai ; aujourd'hui il lit l'alphabet et articule déjà un certain nombre de mots.

M. Le Cot n'a pas la prétention de parvenir ainsi à faire entendre des enfants absolument sourds ; mais il croit fermement qu'on peut par ce moyen considérablement développer le sens de l'ouïe, et qu'on parvient, après un certain temps, à faire entendre, sans le secours du porte-voix, des phrases entières à des enfants qui d'abord paraissaient ne percevoir aucun son.

Si je ne m'abuse pas sur la valeur du procédé que j'emploie, dit l'auteur en terminant, il pourrait, entre les mains des personnes exercées dans l'art si difficile d'instruire les sourds-muets, venir puissamment en aide aux méthodes actuellement en usage, et abréger considérablement le temps des études ; mais, de plus, il peut être appliqué par les personnes les plus étrangères à l'éducation des sourds-muets, de sorte que la mère peut commencer elle-même l'éducation de son enfant et l'instituteur primaire la continuer. (Commissaires : MM. Rayer, Velpeau et Claude Bernard.)

Famille des tropéolées. — M. Chatin lit un mémoire *sur la famille des tropéolées, considérée dans son organographie, son anatomie, son organogénie, sa tératologie, ses propriétés médicales, sa géographie botanique et ses affinités.* (Renvoyé à l'examen de la section de botanique.)

Développement des acéphales lamellibranches. — M. Lacaze-Duthiers présente un mémoire sur ce sujet. (Commissaires : MM. Milne Edwards, Valenciennes et de Quatrefages.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance annuelle du 5 juillet 1854. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Ad. Richard écrit pour annoncer qu'il se porte candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante devant la Société.

— M. le docteur Ph. Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, envoie à la Société la nouvelle édition du *Traité des maladies chirurgicales*, en demandant le titre de membre honoraire. (Commission : MM. Larrey, Denonvilliers et Cullerier.)

— M. Forget demande un congé pour cause de santé. (Renvoi à la commission des congés.)

— M. Debout fait hommage du XLVIe volume de son *Bulletin de Thérapeutique*. (Remercîments.)

LECTURE.

M. Verneuil lit un rapport au nom de la commission chargée de juger les mémoires envoyés pour le prix Verrier sur l'*action du perchlorure de fer dans le traitement des varices et des hémorrhoïdes.*

Les conclusions de la commission sont :

1° Que le prix soit accordé à l'auteur du mémoire qui porte pour devise : « *La critique est aisée.* »

2° Qu'une mention honorable soit accordée à l'auteur du mémoire qui porte pour devise : « *Ita res accendunt lumina rebus.* »

Ces propositions ayant été adoptées, les paquets cachetés ayant été ouverts, on reconnaît que l'auteur du mémoire couronné est M. le docteur Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et l'auteur du mémoire à qui est décernée la mention honorable est M. le docteur Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La Société décide, en outre, que le travail de M. Desgranges sera imprimé dans ses Mémoires.

M. le président donne ensuite la parole à M. Marjolin, secrétaire général pour lire le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1854, et une notice biographique sur Pravaz, membre correspondant, décédé en 1853.

Messieurs et chers collègues,

Lorsqu'une année touche à sa fin, quel est celui d'entre nous dont l'esprit ne s'est jamais reporté vers le temps qui vient de s'écouler? Ce retour sur le passé, si naturel à l'homme, toute société bien organisée doit le faire chaque année dans un but de perfectionnement. Dans cet instant de repos, d'un seul coup d'œil l'esprit, embrassant tout ce qu'une année a produit, signale et les progrès et les lacunes, et indique à l'avance les points vers lesquels devront converger les recherches.

L'année dernière, lorsque dans un compte rendu très succinct j'essayais de réunir l'ensemble de tous les travaux de la Société de chirurgie depuis sa fondation, j'ai dû sacrifier tous les détails et m'attacher surtout à démontrer que pendant ces dix années il était bien peu de points de la pathologie externe qui n'eussent fait le sujet de vos recherches. Moins pressé aujourd'hui, il me sera permis de vous présenter un résumé, sinon complet, au moins plus détaillé, de vos travaux pendant cette onzième année, qui marquera autant par la gravité des questions agitées que par le soin et la persévérance que vous aurez mis à les étudier.

Puissé-je par ce simple exposé prouver que la Société de chirurgie a rendu quelques services, c'est là toute mon ambition ; puissé-je trouver dans ce sentiment assez de force pour remplir dignement la tâche difficile et honorable que votre amitié a bien voulu me confier !

Cette année, les questions générales de l'anesthésie, de la syphilis, de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes et des varices ont occupé un si grand nombre de séances que souvent nous avons été privés d'entendre des communications intéressantes, et que plusieurs rapports terminés n'ont pu être livrés à la discussion. Si, malgré tous vos efforts, ces questions importantes ne sont pas encore résolues, du moins il vous a été donné de fixer l'état actuel de la science sur certains points et de réunir en un seul faisceau bien des éléments épars.

De l'anesthésie. — De tous les sujets que vous avez abordés, celui qui a occupé la plus grande place dans vos discussions c'est certainement l'anesthésie. Lorsque cette question vous fut soumise, nous étions tous sous une triste impression ; plusieurs malades avaient succombé après l'emploi du chloroforme administré par des praticiens prudents et instruits. D'un côté, en invoquant des conseils pour prévenir de nouveaux accidents, et, de l'autre, on faisait en quelque sorte appel à votre équité pour savoir jusqu'à quel degré le médecin peut être responsable des accidents de l'anesthésie. C'était une question doublement grave, à laquelle vous avez répondu avec un zèle et une impartialité que chacun s'est empressé de reconnaître. Quelque délicate que soit ma tâche de revenir sur l'ensemble d'une discussion si vaste, je vais faire en sorte de vous en retracer fidèlement les points principaux.

A peine le monde savant était-il informé des succès obtenus en Amérique à l'aide de l'éther, que chacun voulut jouir de ce bénéfice. Une voie nouvelle était ouverte, chacun s'y précipita sans guide ni boussole. Qu'avait-on à craindre ? la douleur n'existait plus. Ce ne fut que lorsque des milliers d'individus eurent constaté par eux-mêmes ce nouveau bienfait de la science qu'il y eut de l'hésitation ; cette foule, qui naguère courait au-devant des opérateurs, s'arrêta. Que se passait-il donc ? C'est que la mort s'était montrée ; c'est que tel qui n'avait osé affronter une douleur de quelques secondes avait été re-

porté mort chez lui : quelques instants avaient suffi pour transformer en un cadavre un être qui présentait toutes les apparences de la santé.

Dans les premiers temps, l'application de l'anesthésie avait devancé son étude ; on avait presque joué avec l'éther et le chloroforme, on s'en était amusé dans le monde, et ce qui est vraiment inouï, c'est que, malgré tant d'imprudences, il ne soit pas arrivé d'accidents.

Pour des hommes de l'art habitués à envisager les phénomènes vitaux, l'absence de la pensée, la paralysie du sentiment, cette espèce de léthargie, étaient un état trop sérieux pour ne pas éveiller leur attention ; aussi chaque opération redoubla leurs anxiétés. Malgré leur imperfection, les expériences sur les animaux avaient prouvé que l'anesthésie a ses limites, et qu'il ne fallait qu'un instant pour causer la mort. Plus les recherches se multipliaient, plus les craintes augmentaient, et ce fut un jour hien pénible pour tous lorsqu'on vint annoncer les premiers accidents ; chacun sentit bien qu'il n'était pas à l'ahri d'un semblahle malheur.

Chacun de nous désirait voir la question de l'anesthésie à l'ordre du jour, et personne n'osait l'aborder ; il ne fallut rien moins que deux de ces accidents terribles pour la faire en quelque sorte surgir de force. Consultée sur la marche à suivre pour prévenir les accidents, consultée sur la question de responsabilité médicale, la Société de chirurgie nomma une commission dont M. Robert fut l'organe. Le premier rapport qu'il vous soumit souleva de nombreuses objections, auxquelles il répondit dans un savant mémoire qui lui valut de votre part des remerciments unanimes ; ajoutons, et cette récompense a dû être hien douce à notre collègue, quelque précipitation qu'il ait mise dans son premier travail, il a puissamment contribué à sauvegarder la responsabilité médicale dans cette grave question.

Il y a eu dans l'histoire de l'anesthésie deux périodes hien distinctes : celle de l'éther et celle du chloroforme. La première n'a été en quelque sorte que passagère, si on la compare à la seconde, et le nombre des praticiens restés fidèles à cette méthode est aujourd'hui tellement restreint, que ce n'est que par comparaison, et non comme méthode généralement employée, qu'on a cité l'éthérisation.

Le premier point auquel M. Robert s'est attaché a été l'étude des causes des accidents ; pour cela il a répété toutes les expériences antérieurement faites, afin de se rendre compte des diverses théories émises, et c'est après toutes ces recherches, jointes aux résultats de son observation, qu'il s'est demandé si, outre les causes de danger déjà signalées, il n'existait pas chez quelques individus une aptitude particulière, une sorte d'idiosyncrasie. Après un examen très impartial de tout ce qui peut faire naître les accidents, il a discuté avec une grande netteté la part séparée ou collective que prend dans les circonstances fâcheuses chacun de ces grands centres d'action de l'organisme que Bichat a si justement nommés le trépied vital, et a exposé ensuite tous les signes indiqués comme avant-coureurs d'une fin prochaine.

Tous ces points étaient d'autant plus importants à faire connaître, que des opinions diamétralement opposées s'étaient produites, et qu'il fallait sortir du doute ; or aujourd'hui il est bien démontré que toutes les fois qu'on a recours à l'anesthésie il faut toujours surveiller attentivement l'état du pouls et de la respiration assez longtemps encore après qu'on a cessé les inhalations du chloroforme. En suivant ces précautions sera-t-on à l'abri de tout danger ? Malheureusement non, car les faits semblent démontrer que chez quelques personnes il existe réellement une prédisposition fatale qui les précipite vers la mort d'une manière si hrusque, si insidieuse, que l'opérateur le plus attentif peut à peine en saisir le moindre indice.

M. Rohert avait d'ahord recherché les accidents qui se rattachent à une cause purement physiologique ; plus tard il a abordé ceux qui tiennent au chloroforme lui-même ou au mode d'inhalation. Doit-on revenir à l'éther ? est-il nécessaire que le chloroforme réunisse certaines conditions chimiques ? faut-il le mélanger avec de l'éther ou de l'alcool ? les autres liquides anesthésiants sont-ils préférahles ? Toutes ces questions, il les a non-seulement présentées, mais étudiées avec grand soin, et réduites à leur véritable valeur.

C'était bien quelque chose d'être sur la trace des causes des accidents, mais il fallait plus, il fallait les moyens de les combattre avec succès ; si la mort était foudroyante, le secours devait être instantané. Les moyens ne manquaient pas ; ils affluaient. Etaient-ils bons ? dans quel ordre devait-on les employer ? C'étaient de nouvelles questions à élucider. Basés pour la plupart sur l'idée qu'on s'était faite de la nature des accidents, ces moyens devaient avoir un caractère tout aussi opposé ; aussi avons-nous vu lors de la discussion les mêmes adversaires soutenir avec la même fermeté les moyens qu'ils proposaient, comme ils avaient soutenu la cause de l'asphyxie ou de la syncope.

Il était hien impossible, après de semblahles déhats, de pouvoir formuler une proposition. Mais il fut avéré pour tout le monde que suivant la nature des accidents il y avait des remèdes préférahles ; que ces remèdes devaient se succéder dans un ordre déterminé, et que plusieurs pouvaient être employés simultanément sans se nuire.

On s'est étonné de la longueur de cette discussion. Pouvait-il en être autrement, lorsque dans une question de pure pratique personne ne s'accordait sur la manière d'administrer le chloroforme, et que les opinions différaient sur le degré d'anesthésie qu'on devait atteindre ? Fallait-il se borner, comme l'a conseillé M. Baudens, à obtenir l'insensibilité sans la résolution des muscles ? Mais il est évident que si on suivait ce conseil l'anesthésie serait plus nuisible qu'utile, et on s'exposerait, comme l'a dit M. Sédillot, à voir un malade tout couvert de sang s'échapper des mains de l'opérateur. Pour que l'anesthésie profite, il faut autant que possible obtenir une résolution complète ; c'est aujourd'hui un fait hien reconnu.

Cela étant admis, on est arrivé au meilleur mode d'inhalation. Là il n'y a pas un accord aussi général. Tout a été dit sur les avantages et les inconvénients de chaque méthode, tous les appareils ont été étudiés ; et chacun est resté avec ses convictions. Il en sera ainsi tant qu'on n'aura pas un moyen précis de mesurer les quantités de chloroforme absorbées ; il en sera ainsi tant que chacun de nous n'aura pas eu d'accidents avec le procédé qui lui a toujours réussi.

Certes ce n'était pas trop de près d'une année pour étudier une semblable question, quand on pense qu'on était sur le point de repousser comme funeste l'anesthésie, ce nouveau bienfait de la science qui, après avoir été entrevu dès l'époque de Théodoric, ne reparaissait sous une nouvelle forme que pour faire mettre en cause la responsabilité médicale.

Pour réhabiliter en quelque sorte l'anesthésie, il a fallu établir la faible proportion entre le nombre des morts accidentelles et le nombre des personnes chloroformées, et prouver par des chiffres que depuis cette découverte les insuccès dans les grandes opérations étaient moins fréquents que par le passé. Alors seulement on a repris courage, sans toutefois oublier que ce moyen est d'autant plus dangereux qu'il est plus puissant. Devait-on maintenant rendre le chirurgien responsable des malheurs qui peuvent arriver ? Si on eût accepté cette jurisprudence, désormais il aurait fallu renoncer à toute idée de progrès. Il était trop important pour le magistrat de savoir à quoi s'en tenir sur ces accusations trop souvent suscitées par d'indignes passions, et de pouvoir prononcer un arrêt basé sur l'opinion d'hommes compétents. Ce résultat, vous l'avez obtenu, car pour quiconque lira votre discussion il est évident que le chloroforme, employé même par la personne la plus prudente, peut exposer le malade à des accidents mortels.

De l'anesthésie locale. — Le trouble qu'avait fait naître dans la pensée des plus fermes toute la discussion sur l'anesthésie générale, ces craintes que quelques-uns n'osaient avouer dans un vote, mais qu'ils partageaient réellement, devaient donner une importance manifeste à l'anesthésie localisée ; aussi la Société a-t-elle accueilli avec empressement la communication de M. Richet.

Notre collègue, ayant exposé le résumé des recherches expérimentales faites en France et à l'étranger, nous a fait connaître ce qu'il avait observé lui-même.

Après avoir employé sans succès sur huit malades la liqueur hollandaise vantée par M. Nunneley (de Leeds), il avait eu recours au chloroforme, qui ne lui avait pas mieux réussi ; peu encouragé par ces tentatives, il les avait abandonnées, lorsque les essais de M. Hardy (de Dublin), confirmés par M. Moissenet et les observations de M. Guérard, lui firent faire de nouvelles recherches. Cette fois il ne se servit pas de vapeurs de chloroforme, comme MM. Hardy et Moissenet, il versa de l'éther sulfurique sur la partie malade, et, à l'exemple de M. Guérard, il activa son évaporation par un courant d'air continu.

Les observations faites sur ce sujet par notre collègue sont d'autant plus intéressantes que malheureusement il s'est trouvé dans le cas d'en faire sur lui-même. Ayant été obligé de s'ouvrir un abcès de la main suite d'une piqûre, il a pu se rendre compte de toutes les sensations qu'il éprouvait ; de plus, sur une autre malade, il a pu également vérifier la remarque communiquée par notre honorable collègue M. J. Roux (de Toulon), c'est que le contact de l'éther sur les surfaces traumatiques n'est pas douloureux.

Maintenant que ce soit par absorption ou à l'instar des réfrigérants que l'action de l'éther ait lieu, ce qui est constant c'est que l'anesthésie locale a été obtenue par M. Richet et quelques autres praticiens. Toutefois il faut ajouter que les mêmes essais, répétés avec soin par plusieurs membres de la Société, n'ont pas présenté des résultats aussi satisfaisants. Il y a donc sur ce sujet d'intéressantes recherches à faire ; car, si on ne peut obtenir dans tous les cas une anesthésie locale complète, ce serait déjà beaucoup de pouvoir amoindrir la douleur.

Anesthésie obstétricale. — Le résumé de vos travaux sur l'anesthésie serait incomplet si je ne vous disais quelques mots de la discussion sur l'anesthésie obstétricale soulevée par le mémoire très recommandable de notre collègue M. le docteur Houzelot. M. Laborie, chargé du rapport, a saisi l'occasion de développer devant vous cette importante question d'obstétrique, presque entièrement délaissée en France depuis la communication faite à l'Académie de médecine par M. le professeur P. Dubois.

M. Laborie, après s'être demandé pourquoi les accoucheurs français avaient montré si peu d'empressement pour une pratique aujourd'hui si largement acceptée en Angleterre, s'est efforcé de démontrer que les craintes qu'avait fait naître la réserve du savant professeur d'accouchements n'étaient peut-être pas justifiées et qu'il n'y avait pas d'inconvénient à admettre l'anesthésie pour atténuer les douleurs de l'accouchement. Ce n'est, en effet, qu'à dose atténuante que notre collègue conseille l'emploi du chloroforme ; il considère cette pratique comme bienfaisante, non-seulement parce que, diminuant les douleurs, elle soustrait les femmes aux conséquences funestes qui en sont la suite lorsqu'elles sont excessives ou qu'elles se prolongent, mais parce que, suivant lui, dans certains cas le travail peut se modifier avantageusement. Seulement il veut que les inhalations soient intermittentes, comme la douleur, et qu'elles n'aillent jamais au delà de l'atténuation de la sensibilité.

Après avoir entendu ce rapport très consciencieux, la Société désirait beaucoup connaître l'opinion de celui de ses membres dont les connaissances obstétricales sont si justement appréciées. M. Danyau a dit de suite que sur certains points son opinion se rapprochait de celle de M. Laborie, mais il s'est montré bien plus réservé dans ses conclusions. Il lui a suffi de quinze cas observés par lui-même à la Maternité pour que son opinion fût arrêtée, et vous avez dû concevoir comment notre collègue s'est contenté d'un si petit nombre, c'est qu'aucune des circonstances à noter n'a échappé à son attention. Ayant à appliquer un moyen dangereux dans le but de diminuer les douleurs d'un acte naturel, il a tenu compte de toutes les plus petites circonstances normales ou anomales, et, après les avoir pesées dans sa prudence éclairée, il a pu vous dire : Oui, c'est vrai, les malades ont été heureuses de cette délivrance, et il ne s'en est suivi rien de fâcheux pour elles ou pour leurs enfants ; mais ce que j'ai pu faire dans un hôpital entouré d'aides intelligents, vous sera-t-il donné de le faire en ville ? Si deux fois sur quinze les mouvements involontaires des membres, revenant à chaque contraction utérine, ont été très gênants pour la personne chargée de soutenir le périnée, comment fera-t-on quand on sera tout seul ? Et enfin si deux fois, malgré l'emploi de l'appareil de M. Charrière, modifié par M. Robert, et une surveillance de chaque instant, l'anesthésie atténuante a été dépassée, dès lors ne sera-t-on pas exposé à tous ses accidents si funestes ?

On conçoit les justes appréhensions de notre collègue, lorsqu'on se rappelle le fait cité par M. Boinet dans la discussion générale de l'anesthésie ; aussi, en posant des conclusions très sages, il les a terminées par cette phrase qui résume on ne peut mieux le fond de sa pensée :

« Des essais dans le sens que je viens d'indiquer peuvent être encouragés, mais seulement chez les femmes qui en feront la demande expresse et, hien entendu, en l'ahsence de toute contre-indication. »

Maintenant que j'ai fait en sorte de reproduire les principales phases de ce déhat, faut-il dire qu'on aurait dû ajourner la discussion et attendre ? Nullement, c'était une question d'urgence, et, malgré toutes les lacunes qu'il reste à comhler, soyez bien certains que vous avez déjà prévenu hien des accidents.

Syphilis. — A l'époque où la Société de chirurgie condamnait justement l'idée de la syphilisation, un médecin instruit, placé à la tête du service du Syphilocome de Turin, publiait sous le titre suivant le résultat de ses recherches : *De la syphilisation considérée comme méthode curative et comme moyen prophylactique dans les affections vénériennes.* Cet ouvrage important, que M. Sperino vous a adressé, a été examiné par M. Cullerier, qui, tout en rendant hommage au caractère de l'auteur, a su dire toute la vérité sur cette triste innovation.

Revenant, dans son rapport, sur ce que la Société de chirurgie avait déjà pensé d'un premier essai, il a dit avec raison que dans la science elle n'admettait pas les votes de sentiment, et que lorsqu'elle avait repoussé cette doctrine comme épouvantable, elle avait agi avec pleine et entière connaissance, et qu'en cela, loin de s'opposer aux progrès de la science, elle ramenait dans une voie saine quelques esprits trop prompts à s'égarer.

Après ce déhut, notre collègue a insisté sur la différence qui sépare la syphilisation de l'inoculation faite dans le seul but d'éclairer le diagnostic, tandis que M. Sperino tend à les confondre et à couvrir en quelque sorte sa méthode de l'autorité du nom de Hunter.

Plus un ouvrage a eu de retentissement, plus il est nécessaire, lorsqu'il contient des erreurs, de les mettre en évidence. Aussi notre collègue n'a pas craint de démontrer comhien le médecin piémontais s'écartait des doctrines généralement adoptées en France, et d'attaquer son opinion, qui attrihue aux diverses méthodes thérapeutiques reçues des lésions qui sont, au contraire, la conséquence du principe syphilitique.

Il y a un point sur lequel M. Cullerier a insisté, c'est la prétention inqualifiahle que les syphilisateurs ont de mettre en parallèle le prétendu traitement de la syphilisation avec les traitements réguliers par le mercure ou l'iodure de potassium. En analysant toutes les observations, il a prouvé que dans près de la moitié des cas cités de guérisons ohtenues par la syphilisation, il y avait toujours eu, à une époque quelconque, un traitement fait par les préparations mercurielles ou iodées ; et cependant, pour notre confrère de Turin, l'iodure de potassium est toujours insuffisant pour guérir radicalement la syphilis. Quant au mercure, la série des accidents qu'il lui attribue dépasse tout ce qu'on peut imaginer.

Reste donc le véritable moyen curatif, la syphilisation. Chose étrange ! M. Sperino lui-même doute de sa puissance ; il le dit en termes formels : *si quelquefois il y a immunité*, ce qui est encore à prouver, *elle n'est que temporaire.*

Peut-on maintenant qualifier d'immunité le triste privilége dont semblent jouir pendant quelque temps des filles dont le nom, à une certaine époque, disparaît des relevés de police ? Ne peut-on pas croire qu'avec l'âge, et à leurs dépens, elles ont acquis de l'expérience, et qu'elles s'exposent plus rarement à une contagion évidente ? Pour obtenir si peu, fallait-il s'exposer à un traitement cent fois plus grave que le mal ? Au commencement, M. Sperino n'avait pas craint d'employer la syphilisation même dans les cas les plus simples ; mais à la fin son opinion s'est modifiée ; il la réserve pour quelques cas de syphilis constitutionnelle. Du reste, hâtons-nous de le répéter avec M. Cullerier, jamais il n'a inoculé la syphilis sur des sujets sains ; il va même plus loin, il condamne d'une manière absolue la syphilisation préventive.

Notre collègue avait à juger un travail sérieux, il l'a fait avec talent et sans prévention ; et son rapport a été justement apprécié non-seulement ici, mais à l'étranger, où il a eu les honneurs de la traduction.

L'idée de la syphilisation a conduit à un autre rêve. Vous savez tous ce que l'on dit dans les maladies incurables, qu'il ne faut jamais se rebuter, qu'il faut essayer de tout ; c'est peut-être ce qui a engagé un de nos collègues étrangers à appliquer la syphilisation à la cure du cancer. Il faut lui pardonner sa théorie en faveur de l'intention. Si je cite ce travail, c'est seulement au point de vue historique, et pour que personne ne soit jamais tenté de le remettre à l'étude. L'addition d'une triste maladie à une autre plus cruelle encore ne sera jamais un moyen de traitement rationnel.

La syphilis est-elle héréditaire dans toutes ses périodes ; et, en admettant qu'elle le soit, quelle est l'influence prédominante du père ou de la mère dans l'hérédité ? telle est l'importante question qui vous a été soumise tout récemment par M. Cullerier, qui vous a fait part de son opinion sur ce sujet, dans un mémoire aussi sérieux que spirituel. Quelque difficile que soit la solution de ce problème, qui peut avoir de l'importance au point de vue médico-légal, vous avez dû voir par la discussion que c'est plus qu'une question de théorie, et qu'il y a là une responsabilité médicale bien grande dans les conseils à donner. Vous comprenez enfin toute la réserve qu'il faut apporter dans ses réponses lorsqu'on est consulté sur l'origine de la maladie de la mère ou des enfants, car il ne s'agit de rien moins que de conserver l'honneur et la santé d'une famille.

Trop d'arguments, trop de doutes se sont produits pour que je puisse les résumer ; mais, comme l'a fort bien dit M. Michon à la fin de la discussion, il y a là tout un élement de recherches nouvelles, et quelle que soit la difficulté pour arriver à la vérité, il faut vérifier toutes les assertions qui se sont produites de part et d'autre, non plus s'en tenir à des souvenirs parfois un peu vagues, mais tenir un compte exact de de tous les faits nouveaux.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 19 JUILLET 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre pour remplir la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. Le résultat était prévu ; et s'il a attendu quelque temps, M. Barth doit, ce nous semble, en être dédommagé aujourd'hui par le brillant succès qu'il a obtenu. Le choix de l'Académie était, on peut le dire, sanctionné d'avance par l'opinion publique.

Avant l'élection, l'Académie a entendu une lecture intéressante de M. Blache sur le traitement de la chorée par la gymnastique.

On verra au compte rendu combien les succès obtenus par cette méthode, récemment introduite à l'hôpital des Enfants par M. Laisné, ont été remarquables, et ce que l'on peut espérer à l'avenir de l'association des exercices gymnastiques avec les bains sulfureux. Toutefois, la combinaison de ces deux ordres de moyens, qui répond si bien à la première indication formulée dans le travail de M. Blache : rendre à la volonté son empire sur les contractions musculaires, ou autrement dit régulariser les mouvements, ne doit point faire perdre de vue les moyens propres à remplir la seconde indication, qui se déduit de la constitution générale des choréiques. Cette seconde indication est d'autant plus importante, que la chorée est une des maladies les plus sujettes à récidive. Se borner à combattre l'état convulsif et à maîtriser l'action musculaire ne serait qu'accomplir la moitié de la tâche du médecin, et l'on courrait le risque de voir la maladie récidiver, si l'on ne s'attachait en même temps à combattre et à modifier l'état constitutionnel, cause première des accidents choréiques et qui tend incessamment à les reproduire. C'est ce que l'auteur a parfaitement compris. Mais cette seconde indication ne pouvait être formulée qu'à la condition de rechercher préalablement à quelles modifications organiques se lie le plus ordinairement le développement de la chorée. Les recherches de M. Blache sur ce sujet l'ont conduit à considérer la chloro-anémie et l'hydroémie comme la cause la plus commune de ces accidents nerveux, et à baser par conséquent le traitement général sur cette donnée, ce que confirment d'ailleurs les bons résultats obtenus par les méthodes empiriques, dans lesquelles les ferrugineux, les toniques et les analeptiques jouent le principal rôle.

M. Blache a examiné, à cette occasion, quelques points accessoires d'étiologie qui ont déjà été l'objet de recherches dont les résultats ne lui ont pas paru entièrement conformes à ceux qu'il a constatés lui-même. Ainsi on a fait jouer un rôle important à l'établissement difficile de la puberté comme cause de la danse de Saint-Guy. Or, il résulte de ses recherches statistiques que le plus grand nombre des jeunes filles choréiques avaient moins de dix ans, et qu'elles étaient par conséquent en dehors de cette influence.

On sait encore, et nous appelions tout récemment l'attention de nos lecteurs sur ce point, le rôle qu'on a fait jouer au rhumatisme articulaire dans la production de la chorée. Pour M. Blache, les douleurs articulaires que l'on a prises pour des rhumatismes ne seraient qu'un effet de la croissance. Ce qui l'a surtout confirmé dans cette opinion, c'est la prompte disparition de ces douleurs par les exercices gymnastiques, et la rareté du rhumatisme dans l'enfance. C'est là un point qui nous paraît réclamer encore de nouvelles études avant que nous nous croyions fondé à prononcer définitivement dans le sens de l'une des deux opinions adverses que soutiennent des autorités également respectables.

L'Académie a repris après l'élection la suite de la discussion sur le rapport de M. Depaul. Des trois orateurs inscrits, elle n'en a pu entendre qu'un. M. Bonnafont, que sa position officielle n'a pas empêché de diriger ses observations vers des objets fort différents de ceux qui l'occupent journellement, a apporté à la discussion un fait qui vient militer en faveur du redresseur, mais en montrant la nécessité d'y introduire d'importantes modifications. C'est un élément dont il y aura lieu de tenir compte dans l'appréciation générale de la méthode. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face (1).

OBS. II. — *Teigne tonsurante de la face, du cou et de la région sternale, où les plaques sont encore accompagnées d'anneaux herpétiques.*

(Note recueillie par M. DEFFIS, au dispensaire de l'hôpital.)

Le 3 février 1854, a été admis au traitement externe le nommé Bouvy, âgé de trente ans, charpentier, demeurant rue du faubourg Saint-Martin, n° 226.

Il est malade depuis trois mois, et n'a fait aucun traitement, si ce n'est qu'il a pris six bains de vapeur qui lui avaient été prescrits un mardi à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Bouvy est persuadé que cette maladie lui a été communiquée par le rasoir dont se servait le barbier qui lui faisait la barbe.

Les parties affectées sont recouvertes d'une desquamation furfuracée, blanche. La plupart des poils de la barbe sont rompus à 1 ou 2 millimètres au-dessus du niveau de la peau et entourés d'une gaîne blanche, ce qui donne aux parties malades un aspect rugueux, chagriné. On traite ce malade par l'épilation suivie de l'application d'un solutum de sublimé.

OBS. III. — *Teigne tonsurante de la face et du cou, entourée de cercles herpétiques.*

(Note recueillie au dispensaire par M. DEFFIS.)

Le 17 février 1854, a été admis au traitement externe le nommé Jamet (Nicolas), vigneron, âgé de quarante-quatre ans, demeurant à Colombes, près Paris. L'affection dont il est atteint depuis deux mois a débuté sur la joue gauche par un petit bouton, gros comme une tête d'épingle, qui s'est étendu tous les jours du centre à la circonférence. Ce bouton était le siége de démangeaisons, surtout quand Jamet s'échauffait par l'action du travail. Quelque temps après la joue droite a été atteinte de la même façon.

Toute la joue gauche, le dessous de la mâchoire et la partie supérieure du cou sont recouvertes d'une desquamation furfuracée, blanche, adhérente à la peau, se détachant assez difficilement. Les poils de la barbe ne paraissent pas rompus. Toute la partie malade est entourée d'un large cercle herpétique qui part en avant de la partie supérieure de la joue, passe sur le bord externe de la pommette, à la commissure des lèvres, traverse le menton, le dessous du menton jusqu'à l'os hyoïde ; de là il remonte sur le cou jusqu'à la naissance de l'oreille. A la joue droite, toute la partie recouverte de squames furfuracées est également entourée d'un cercle herpétique large comme une pièce de 5 francs. Un autre cercle herpétique plus petit existe encore sur la partie latérale du cou, au-dessous de la barbe.

OBS. IV. — *Teigne tonsurante du menton. Eruption pustulo-mentagreuse de la lèvre supérieure et inférieure.*

Le nommé Prud'homme, âgé de quarante-cinq ans, maçon, travail-

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 et 29 juin.

FEUILLETON.

LETTRE DU PROFESSEUR FORGET (DE STRASBOURG) au docteur BALLY, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1).

Que si quelque formidable accident intestinal vient à se produire, une hémorrhagie, une perforation, oh ! alors il vous faut bien confesser la réalité, l'importance de l'entérite folliculeuse. Mais, dites-vous, c'est un malheur, un hasard qui n'est pas dans l'ordre des prévisions, et vous voilà consolés, et l'idée ne vous vient pas que ce malheur puisse être de votre fait.

Ecoutez les prôneurs de remèdes ; comptez combien il en est qui prennent en considération la lésion intestinale. Presque tous considèrent l'intestin comme un tube inerte, invulnérable et le farcissent des ingrédients les plus agressifs ; c'est reçu, c'est de mode ; le plus osé dans ce sens est le plus applaudi. Et, comme la nature est parfois plus forte que la maladie et le médecin réunis, on argüe de l'impunité pour proclamer l'excellence de la méthode, pour prouver que l'inflammation est un mythe et pour s'encourager à faire mieux encore. Ceci n'est qu'une hallucination de l'esprit de système à laquelle nous sommes tous sujets ; ce qui va suivre est autre chose que je voudrais pouvoir qualifier courtoisement.

Vous êtes en face d'une fièvre typhoïde grave confirmée, c'est-à-dire en face d'un intestin criblé d'ulcérations ; mais vous ne voulez pas le voir. Si l'on vous y rappelle, vous répondez que peut-être la lésion n'existe pas, qu'elle est légère, que d'ailleurs c'est un effet, un accident de la maladie, et que dans tous les cas l'intestin, comme on vient de le voir, est de bonne composition. Donc vous voilà travaillant à modifier directement, à juguler l'entité mystique fièvre typhoïde, les uns par la saignée (ce sont les plus rares), les autres par les purgatifs, par le calomel, le sulfure de mercure, le sulfate de quinine, le musc, l'acétate d'ammoniaque, le chlore, le camphre, voire même par la teinture d'iode et la vératrine. Jamais, il est vrai, vous ne réussissez à enrayer le mal ; toujours, si la mort n'arrive, le mal se prolonge plus ou moins longtemps. Vos cas de prompt succès sont ceux où vous avez pris la maladie au déclin, ou même ceux où l'entérite folliculeuse n'existait pas. Eh bien ! je le demande, comment qualifieriez-vous le praticien qui se ferait fort de juguler une variole suppurée et ulcérée, qui prétendrait la traiter sans avoir égard à l'éruption, sous prétexte que celle-ci est secondaire ? Vous ne récuserez pas le parallèle, car il est de votre choix ; vous aimez à répéter que l'entérite folliculeuse est une variole interne. Je ne vous demande pas si vous enduisez la peau des variolés de substances irritantes, vous pourriez répondre que l'intestin n'est pas irritable comme la peau ; les physiologistes décideront (1).

Ne pensez-vous pas, vénérable maître, que de pareilles énormités répugnent trop à la nature humaine pour durer indéfiniment ? Les révolutions sont des crises dont la violence explique, si elle n'absout, les excès ; mais la raison reprend ses droits, et le moment arrive où l'esprit humain rougit de ses erreurs, les abjure..... et les oublie. Ce moment me paraît approcher en ce qui concerne l'histoire des fièvres, et les plus modérés commencent à comprendre que l'ulcération intestinale est quelque chose qui mérite considération. Déjà dans les journaux, dans les discussions académiques, on voit des praticiens tenir compte de l'entérite folliculeuse, avec timidité sans doute, car il faut du courage pour braver le ridicule des opinions isolées ; mais il n'y a que le premier pas qui coûte, et, si Dieu nous prête vie jusqu'au jour de la réhabilitation, nous serons consolés de vingt ans d'ostracisme.

J'arrive au fait qui sert de base à cette discussion et de prétexte à la liberté que je prends de vous adresser cette épître.

J'établissais il y a quinze ans, dans le *Traité de l'entérite folliculeuse*, que, d'une part, celle-ci manquait de signes pathognomoniques et se déduisait d'un ensemble de symptômes, et que, d'autre part, cet ensemble de symptômes pouvait se produire à propos d'affections très variées. Je citais, entre autres, la tuberculisation aiguë, et j'en produisais des exemples. Or il y a deux ans qu'un observateur distingué, traitant des difficultés du diagnostic de la fièvre typhoïde, eut l'idée (son siége étant fait) de parcourir mon livre, où il trouva quantité de choses qu'il croyait nouvelles. Il eut la probité rare, et dont je le remercie, d'ajouter à son travail la *note* suivante :

« Je viens de lire l'ouvrage de M. F... (de Strasbourg). Sans partager toutes ses idées sur la fièvre typhoïde, je ne puis me dispenser de rendre hommage à son talent comme observateur. Pourquoi faut-il que son livre ne soit pas plus connu parmi nous ! il en résulte qu'en observant au même point de vue, je me suis rencontré plus d'une fois avec lui sans m'en douter le moins du monde. Toutefois il lui reste l'avantage de la priorité. Ainsi ce gargouillement tout spécial sur lequel je viens d'appeler l'attention, M. F... le décrit sous le nom très juste de *crépitation intestinale*. D'autre part, M. F... a eu le mérite d'avoir su reconnaître cette extrême rareté de coïncidence entre la fièvre typhoïde et la phthisie ; de plus, il a cité un cas curieux de cette coïncidence. » (*Union médicale*, 6 mars 1852.)

Depuis lors, le même observateur a décrit la *péritonite sans perforation dans la fièvre typhoïde*. Or il s'est trouvé que j'avais également signalé cette complication avec une belle observation à l'appui (*Union médicale*, 30 juillet 1853). Singulière destinée d'un livre accueilli avec tant de dédain et qui se trouve contenir tout ce qu'on imagine avoir inventé depuis quinze ans sur la matière (1) !

(1) Fin. — Voir les numéros des 15 et 18 juillet.

(1) Cela ne veut pas dire que certaines médications actives ne soient quelquefois indiquées, notamment les purgatifs et les toniques ; mais ces médications répondent à certains éléments accidentels ; nous parlons ici en thèse générale.

(1) Un critique habile, qui fit une vive opposition au *Traité de l'entérite folliculeuse* lors de son apparition, écrivait quatre ans après :

lant à l'hôpital Saint-Louis, se présente à notre consultation le 26 octobre 1853.

L'affection qu'il porte à la figure a débuté il y a six semaines. Le malade l'attribue à ce qu'il aurait été soumis aux exhalaisons d'une odeur fétide en creusant une fosse d'aisance.

Un petit groupe de pustules s'est d'abord montré sur la lèvre supérieure, au-dessous de la sous-cloison du nez. D'autres poussées pustuleuses n'ont pas tardé à apparaître sur les parties latérales, puis sur la lèvre inférieure. Çà et là sur le menton se rencontrent un assez grand nombre de boutons pustuleux et furonculaires; puis, dispersées dans la barbe, sur le menton et sous la mâchoire, de petites plaques furfuracées, blanchâtres, variables en étendue d'une pièce de 50 centimes à celle de 1 franc. Les poils, sur ces plaques, sont rompus et entourés d'une petite gaîne blanche, farineuse, pareille à celle qu'y produirait, par une journée d'hiver, le contact d'une atmosphère congelée. Il n'y a pas de démangeaisons.

Prud'homme a été traité par l'épilation plusieurs fois répétée, et suivie chaque fois de l'application d'une solution de sublimé.

Aujourd'hui la barbe est très fournie, noire, très belle, d'une couleur franche. Le malade est radicalement guéri.

Obs. V. — *Teigne tonsurante compliquée de mentagre pustuleuse et furonculaire de la face.*

(Observation recueillie et rédigée par M. L'Honneur, interne du pavillon Saint-Mathieu, à l'hôpital Saint-Louis.)

Pinçard, boulanger, âgé de trente-neuf ans, entré à l'hôpital Saint-Louis le 28 avril 1854.

D'un tempérament sanguin, fort, ordinairement bien portant, Pinçard n'a eu d'autre affection cutanée qu'un érysipèle de la face il y a dix ou douze ans. Il a eu une blennorrhagie il y a vingt ans, mais aucun autre accident syphilitique.

Il est boulanger de son état; il a, par conséquent, la face fréquemment exposée à une vive chaleur, et à peu près toujours couverte de farine.

Il ne paraît point faire abus de boisson. Il croit avoir gagné sa maladie à cette circonstance de s'être fait raser après un individu atteint de la même affection. C'est, en effet, cinq ou six jours après cette barbe qu'il vit apparaître sur la joue droite une plaque rouge large comme une pièce de 5 francs, dont le centre, pâle, était le siége d'une desquamation légère, farineuse, et où il éprouvait des démangeaisons assez vives.

D'autres plaques de dimensions variables se sont formées peu à peu sur les limites de la première, et ont envahi successivement le menton et la joue gauche.

Pinçard prit des tisanes amères, se fit des applications de pommades, mais le mal ne disparut point.

Il y a huit ou dix jours, il vit apparaître çà et là de petits boutons rouges, violacés, reposant sur des indurations plus ou moins étendues, devenant assez rapidement purulentes au sommet.

L'éruption pustuleuse a envahi en même temps la moitié gauche de la lèvre supérieure.

Etat actuel. — Toutes les parties de la face occupées par la barbe sont rouges, violacées, couvertes d'une desquamation abondante. Sur les limites de la rougeur, on voit encore des débris des cercles de l'herpès circiné qui paraît avoir été le début du mal.

La barbe est longue de 3 à 4 millimètres, elle n'a pas été faite depuis quinze jours. Jusque-là Pinçard avait continué de se faire raser tous les huit jours.

Sous le menton, les poils sont évidemment altérés et se présentent comme enveloppés d'une gaîne gris-blanchâtre, opaques; ils sont très cassants. Ces poils existent sur une plaque large de 2 centimètres environ.

La joue droite est sensiblement épaissie. Une plaque indurée de 5 à 6 centimètres de diamètre en occupe la partie médiane; la peau qui la recouvre est violacée, adhérente. Cette plaque présente quelques pustules à sommet purulent.

La joue gauche présente une induration analogue, mais large comme une pièce de 5 francs.

Sur le devant du menton on observe une éruption assez confluente de pustules, petites, en partie suppurées, reposant sur un fond induré. La peau de cette région est partout sensiblement épaissie.

La lèvre supérieure, épaissie dans sa moitié malade, présente les mêmes caractères.

Le malade accuse à peine quelques démangeaisons passagères.

Les poils, du reste, paraissent tenir assez au bulbe; leur avulsion est douloureuse. — Epilation; lotions de sublimé.

L'épilation a été suivie d'une éruption pustuleuse abondante; mais ces pustules ecthymatiques ou impétigineuses, petites, suppurées promptement, ont à peine laissé une croûte mince, jaunâtre.

Le 7 mai, la rougeur des parties malades a diminué considérablement; il ne reste plus de pustules, mais les indurations persistent encore.

Obs. VI. — *Teigne tonsurante précédée d'herpès circiné et suivie d'éruption pustulo-mentagreuse.*

(Observation recueillie et rédigée par M. L'Honneur, interne à l'hôpital Saint-Louis.)

Houpin, âgé de trente ans, garçon marchand de vin, rue des Marais, 24, né à Baronville (Moselle), entre à l'hôpital le 27 janvier 1854. Il est couché au n° 84 du pavillon Saint-Mathieu.

C'est un garçon fort et vigoureux, ordinairement bien portant. Il est atteint d'une affection cutanée de la face qui date de quinze jours. Aucun membre de sa famille ne paraît avoir eu de maladie de peau; quant à lui, il n'a jamais eu d'autre maladie que, il y a environ un an, une blennorrhagie pour laquelle il est resté quinze jours à l'hôpital des Vénériens (service de M. Ricord). Il vit dans d'assez bonnes conditions hygiéniques, mais fait de fréquents abus de boissons.

C'est après un excès de ce genre que le mal pour lequel il entre à l'hôpital paraît avoir débuté. Déjà, antérieurement, il avait eu à la face quelques dartres légères, apparaissant au printemps ou après des excès, et disparaissant sans traitement. A la suite d'un écart de régime de quelques jours, il ressentit cette fois de violentes démangeaisons à la joue gauche; ces démangeaisons furent suivies de l'apparition de plaques rouges circulaires un peu saillantes, de la largeur d'une pièce de 1 franc. Il avait en même temps les jambes enflées. L'œdème des membres inférieurs disparut sous l'influence de quelques bains; mais malgré l'application des pommades alcalines, l'éruption, apparue d'abord à la joue gauche, s'est étendue au menton, aux lèvres et à la joue droite.

Aujourd'hui sur ces parties on observe des anneaux rouges, enflammés, légèrement saillants, d'une largeur variant entre 75 millimètres et 1 centimètre, circonscrivant un espace où la peau est normale et paraît conséquemment déprimée. Ces anneaux, en général circulaires, dont quelques-uns sont ovales, sont les uns couverts de squames légères, d'autres de croûtes jaunes brunâtres très minces (on observe surtout ce dernier caractère sur le menton où la barbe est épaisse); d'autres enfin présentent encore des vésicules très petites, confluentes, contenant un liquide plus ou moins transparent, visibles surtout à la loupe.

Comme je l'ai déjà fait observer, le centre de ces anneaux paraît déprimé. La peau y présente ses caractères normaux; pourtant dans les cercles dont le diamètre ne dépasse pas un centime le centre est un peu enflammé.

Sous le menton, dans la région sus-hyoïdienne, on observe plusieurs anneaux concentriques à la période de desquamation; ils forment une plaque de 3 ou 4 centimètres de diamètre. Sur la joue droite, il existe cinq ou six plaques à divers degrés de développement et d'étendue; sur la joue gauche, il existe seulement quatre plaques, mais larges, s'étendant sur toute la région parotidienne et se confondant dans plusieurs points par leur circonférence.

Ces plaques ne sont la plupart le siége d'aucune démangeaison. Le malade se plaint seulement de picotements dans quelques anneaux étroits très rouges, paraissant au début.

Le malade n'a fait jusqu'à ce jour que des applications de pommades alcalines; il a continué de se raser toute la figure, à l'exception de la lèvre supérieure et d'une petite partie de la lèvre inférieure. Les parties non rasées ne sont point atteintes par l'éruption. Etat général excellent. — Tisane de houblon; lotions alcalines sur les parties malades; bains alcalins.

Le 4 février, après six jours de traitement, Houpin peut sortir. Les parties malades étaient le siége d'une desquamation légère, mais on n'observait plus ni rougeurs, ni démangeaisons.

Sorti de l'hôpital, Houpin reprit son état de garçon marchand de vin et ses habitudes d'intempérance. Au bout de quinze jours les démangeaisons reparurent sur les points primitivement affectés, avec de la rougeur et de la chaleur. Des boutons apparurent sur les joues et le menton. Ces boutons, à sommet purulent, reposant sur une base indurée, paraissent s'être développés sur les cercles herpétiques.

Admis au traitement externe, il fut épilé et rentra à l'hôpital le 7 avril.

On observait alors une éruption pustuleuse assez confluente occupant les deux favoris et le menton. Chaque pustule, traversée par un poil, en partie seulement suppurée, reposait sur une induration profonde et ressemblait à un petit furoncle. Dans plusieurs points, ces indurations sous-cutanées forment des espèces de tubercules arrondis, élevures assez confluentes pour constituer des plaques de la largeur des cercles herpétiques, mamelonnées à la surface, recouvertes par une peau violacée, adhérente.

L'épilation commencée au traitement externe fut complétée. Les poils paraissaient tenir assez; l'extraction en était quelque peu douloureuse. Des lotions de sublimé furent faites après l'épilation et répétées les jours suivants.

Le 17 avril, une des plaques indurées sur le côté droit du menton s'abcéda et fut ouverte par une ponction.

Le 27, Houpin put sortir. On observait encore des indurations sous-cutanées couvertes d'une peau un peu enflammée, mais moins adhérente. Les poils de la barbe repoussaient sans pustules.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MOYEN TRÈS SIMPLE D'ADMINISTRER LES VAPEURS D'IODE.

Chacun sait la difficulté qu'on a de porter les vapeurs iodées dans les voies respiratoires. L'astriction brûlante produite dans l'arrière-gorge du malade et la toux provoquée par cet agent sont de véritables difficultés pour son emploi.

Frappé de ces inconvénients et convaincu des heureux effets de cette médication dans la tuberculisation pulmonaire et les catarrhes chroniques, M. Barrère, ex-prosecteur de l'Ecole de médecine de Toulouse, a dirigé ses travaux sur ce sujet, et envoyé à la *Gazette médicale de Toulouse* une note sur un procédé simple, facile, commode même d'opérer les inhalations.

Il fait priser à ses malades de la poudre de camphre imprégnée, saturée de vapeurs d'iode.

On obtient le camphre iodé en plaçant dans une tabatière la poudre de camphre et un sachet de mousseline contenant la centième partie en volume d'iode officinal. En agitant de temps en temps, on obtient au bout de quelques heures, surtout si le dégagement des vapeurs d'iode est activé par la chaleur de la main, une saturation de camphre dont la couleur se rapprochera de celle de l'iode.

Le camphre iodé provoque l'éternument, il cause même un peu de cuisson aux narines s'il est concentré; mais lorsqu'il est arrivé dans les voies aériennes, le sujet éprouve une sensation de fraîcheur bienfaisante, agréable, qui l'engage à respirer largement. Le camphre iodé une fois connu est recherché avec avidité par beaucoup de personnes et préféré au tabac à priser.

Le camphre par sa vertu anaphrodisiaque peut être d'ailleurs dans certains cas un heureux adjuvant, puisque les désirs vénériens sont une cause puissante du développement de la phthisie.

Parmi les faits nombreux de maladies variées qui peuvent *mentir* la fièvre typhoïde, le suivant est certainement un des plus curieux et des plus féconds en enseignements dogmatiques et pratiques.

Fièvre typhoïde modèle simulée par une phthisie aiguë.

(Recueillie par M. Medez, aide de clinique.)

« Une fille de vingt-cinq ans, offrant les apparences d'une belle constitution, ouvrière en tabac, est apportée à la clinique le 8 avril 1854. Elle paraissait jouir d'une bonne santé, lorsqu'il y a quinze jours elle fut prise de diarrhée fréquente; ce qui ne l'empêcha pas de travailler pendant huit jours encore. Depuis lors le mal s'est encore aggravé, et et nous constatons l'état suivant :

» Bouche desséchée; langue blanche au centre, rouge et pointillée sur les bords; soif vive, anorexie; selles nombreuses, involontaires. Crépitation dans la fosse iliaque droite, sans beaucoup de douleur à la pression. Pouls à 120, peu développé, assez résistant. Exacerbation fébrile le soir. Toux modérée, peu de crachats, râles disséminés dans le thorax. Vertiges, tendance au coma, sommeil agité par des rêvasseries. Bourdonnements d'oreilles, dureté de l'ouïe; peau sèche, brûlante; frissons passagers; nombreuses taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. — Solution de gomme, lavement de guimauve et de pavot.

» Les jours suivants, même état, sauf la cessation de la diarrhée.— Même traitement.

» Le 12, délire pendant la nuit; coma plus prononcé.

» Les jours suivants, délire moindre, coma persistant, météorisme abdominal plus prononcé; quelques selles liquides. — Solution de gomme, demi-lavements avec laudanum 10 gouttes.

» Le 17, somnolence, urines involontaires sans distension de la vessie, diaphorèse. — Même traitement.

» Le 20, un peu de délire nocturne, somnolence, peu de diarrhée, pouls toujours à 120, diaphorèse. — Julep avec sirop diacode 30 grammes, vésicatoire à la nuque. Nous essayons des lavements de quinquina : 30 grammes d'écorce dans 700 grammes de décoction pour deux lavements.

» Le 22, point de délire, peu de coma, facies meilleur, point de diarrhée, fièvre persistante, diaphorèse, nombreux sudamina sur tout le corps; les taches rosées se dissipent. — Solution de gomme, lavements de quinquina avec laudanum, 10 gouttes.

» Les jours suivants la convalescence paraît s'établir, mais toux fréquente, crachats floconneux, submatité sous les clavicules, râles disséminés; un érythème gangréneux se déclare au coccyx. — Solution de gomme, looch, lavements de quinquina, lotions d'eau blanche et emplâtre adhésif au coccyx.

» Le 27, fièvre persistante, un peu de somnolence, diaphorèse, toux vive, point de côté. — Looch avec sirop diacode, vésicatoire *loc. dol.*

» Les jours suivants, même état.— Sirop de morphine, une cuillerée à café le soir.

» Le 2 mai, l'état général paraît s'aggraver; point de côté persistant. Nous constatons : matité; râle crépitant abondant, avec souffle tubaire et bronchophonie à la partie postérieure gauche du thorax (pneumonie); crachats toujours floconneux, diaphorèse. L'abdomen est dans un état satisfaisant.—Potion avec tartre stibié, 20 centigr.; eau, 120 grammes; sirop diacode, 15 grammes. Une cuillerée de deux en deux heures.

» Les jours suivants l'émétique est toléré; la pneumonie persiste au même degré; exacerbation fébrile le soir. — Tartre stibié, 25 centigrammes; 20 ventouses sèches sur le thorax.

» Les symptômes s'aggravent, la malade s'affaisse et succombe le 5 mai au soir, quarante jours après l'invasion de la maladie.

» *Nécroscopie quarante heures après la mort.*

» Émaciation, ulcères gangréneux au sacrum.

» *Thorax.*— Poumon gauche hépatisé en rouge foncé dans toute son étendue en arrière, induré, friable. A la coupe, on reconnaît que le parenchyme hépatisé est farci de granulations tuberculeuses, et parsemé du haut en bas d'une douzaine de petites cavernes remplies de matière tuberculeuse ramollie. Au poumon droit il n'existe qu'un gros noyau de tubercules secs, au sommet. Bronchite généralisée. Cœur peu volumineux.

» *Cavité abdominale; intestin grêle.* — Sur la valvule iléo-cœcale et au-dessus, plusieurs ulcérations rapprochées, irrégulières, à bords déchiquetés, épais et rouges. Sur le fond, inégal, et sur les bords de ces ulcérations existent de petites granulations blanches, sébacées, formées de granules amorphes (au microscope), évidemment tuberculeuses. Quelques-unes des ulcérations paraissent cicatrisées en tout ou en partie. D'autres ulcérations du même aspect, présentant aussi des granulations tuberculeuses, se rencontrent sur l'intestin grêle, jusqu'à 30 ou 40 centimètres au-dessus du cœcum. Point de traces d'eschares, de plaques pointillées, réticulées, ni de psorentérie.

» Le gros intestin présente quelques rougeurs aux environs du rectum.

» Quelques glandes mésentériques volumineuses, rouges, friables, non tuberculeuses. — Foie et rate à l'état normal.

» Rien de particulier dans les autres organes. »

Commentaires. — Il s'agit d'une jeune fille offrant les apparences d'une belle santé avant l'invasion de la maladie actuelle, bien qu'elle portât déjà des tubercules latents, la chose est évidente.

« En 1841, parut le *Traité de l'entérite folliculeuse* du professeur F.... Cet » ouvrage ne fit pas la sensation qu'on devait attendre d'un livre largement » pensé, rempli d'une érudition bien choisie, écrit avec pureté et élégance, » parfois entraînant, remarquable par une grande habileté à présenter les » preuves, et émané d'une profonde et respectable conviction. La raison du » retentissement médiocre de cette œuvre, c'est, à notre sens, la localisation et » le solidisme trop exclusifs que professe son auteur à une époque où les » esprits ont une tendance toute contraire.

» Les journaux de Paris ne consacrèrent généralement que des notes bibliographiques un peu lestes, il faut bien le dire, à cet ouvrage de réelle valeur. » (*Gazette médicale*, 16 anût 1845.)

SUR LA CONTAGION DU CHOLÉRA.

Un honorable confrère, M. le docteur Bayard, bien connu de nos lecteurs pour ses opinions sur la vaccine et la variole, nous adresse la note suivante sur la contagion du choléra. Nous l'insérons sans l'accompagner d'aucune réflexion, nous contentant de faire nos réserves et de déclarer que nous sommes loin de partager toutes les doctrines de notre confrère (1).

Le savant M. Castel allait trop loin en voulant s'obstiner à voir la variole dans le choléra et en regardant ces maladies comme *identiques*.

Il y a un choléra *varioleux* comme il y a un typhus *varioleux*, tous les deux contagieux en raison de la combinaison, tous les deux sévissant *plus fortement* du 1er avril au 1er novembre, comme toutes les maladies *à semence*; mais il y a un typhus et un choléra *élémentaires*, non contagieux, connus de tout temps, sévissant plus particulièrement en automne dans la saison des fruits (2).

Par les grands froids toutes les contagions s'arrêtent, comme les semences. Le choléra varioleux et la dothinentérie s'arrêtent; mais le typhus marche, ainsi que le choléra non contagieux, qui s'en rapproche beaucoup. En un mot, ce *quelque chose* de contagieux que signale M. Piorry dans le choléra, et qu'il nomme *indoloïose*, ne vient pas de l'Inde, par la raison très simple qu'il n'en venait pas avant 1817. En effet, le savant professeur a dit que c'était le vent de nord-est qui nous amenait ce miasme contagieux de l'Inde.

A cela je réponds:

1° Qu'avant 1817 les miasmes contagieux existaient dans l'Inde tout comme aujourd'hui, *s'ils existent*;

2° Que le vent du nord-est n'a pas commencé à souffler depuis 1817, et que cependant le choléra *contagieux* était inconnu en Europe avant cette année 1817.

Nos anciens médecins savaient parfaitement que la fièvre putride était contagieuse, et que le choléra humide, fréquent en Angleterre *en automne*, ne l'était pas. Buchan s'exprime clairement sur ce point (*Médecine domestique*, t. II, p. 472). Quant au choléra *sec*, il dit qu'il est, en Europe, excessivement rare et vient par les grandes chaleurs.

La variole est en médecine un élément qui s'unit à tous les autres éléments morbides, de même qu'en chimie l'oxygène s'unit à tous les corps simples: voilà ce qu'il ne faut jamais perdre de vue. — « La » petite vérole, dit Stoll, *se joint* très facilement aux autres fièvres, » aux populaires surtout, et par cette *union seule* elle offre du danger.» (Aphorisme 524.) — « Le traitement consiste à empêcher *le mélange* » d'une autre fièvre quelconque, surtout la fièvre dominante avec la » fièvre varioleuse. » (Aphorisme 533.)

— « Il est des maladies épidémiques qui donnent leur nom à toute » la constitution de l'année. Les petites véroles *s'accommodent* au ca- » ractère de la maladie dominante, qui les tient pour ainsi dire sous » sa dépendance. » (Sydenham, p. 9.)

Le choléra humide avec dévoiement, etc., est évidemment la fièvre bilieuse de Stoll dont *notanda est cum variolis complicatio*, et qui, suivant le même auteur, « se dissipe spontanément, *sponte solvitur*, » par le vomissement, par les selles, par le choléra. » (Aphorisme 341.)

Voilà donc notre choléra d'aujourd'hui devenu *contagieux*, *meurtrier* (3) par la complication varioleuse, comme le typhus; mais le contage, encore une fois, ne vient pas du Gange, puisque le vent ne l'apportait pas avant 1817. Le contage varioleux est le véhicule, le locomoteur du choléra indien; voilà tout.

Le choléra *sec*, sans diarrhée, est devenu plus fréquent *en été* par la cause épidémique et contagieuse que la vaccine a laissée *intacte* dans l'organisme humain (1).

Telle est toute l'histoire de la maladie; mais qu'on ne répète pas ici l'objection de MM. Barth et Bally; car celui qui a eu la petite vérole peut avoir le choléra, comme il peut avoir le typhus et en mourir; mais il ne peut avoir ni la dothinentérie ou typhus *varioleux*, ni l'indoloïose de M. Piorry ou choléra *varioleux*. Le choléra atteint donc variolés et vaccinés, mais n'est pas contagieux chez les premiers; là est la différence.

COROLLAIRE. — *Les maladies intestinales ont acquis depuis la vaccine une gravité insolite.* A. BAYARD, D.-M.-P.

(1) Nous ne sommes pas les seuls qui ne partagions pas les idées de M. Bayard relativement à la vaccine. Nous lisions en effet, il y a peu de jours, dans un journal de médecine que le roi des îles Sandwich, Honolulu, à la séance de rentrée de son parlement, le 8 avril dernier, avait prononcé un discours dans lequel on trouve ce passage:

« Je vous invite également à voter d'urgence les lois destinées à rendre la » vaccine obligatoire dans toutes les îles de mon royaume, et à établir un » comité permanent de salubrité, lois qui vous seront prochainement » soumises. »

(2) Sydenham, Tissot, Buchan classent le choléra dans la famille des maladies *épidémiques*; ils le regardent comme *non contagieux*, *plus fréquent* en automne que dans les autres saisons de l'année, ce qui fait dire au premier qu'il arrive presque aussi souvent à la fin de l'été et aux approches de l'automne que les hirondelles au commencement du printemps.

(3) « Malgré les symptômes les plus *formidables* qui accompagnent le cho- » léra, il est rare que les malades en meurent » (Tissot). Buchan dit lui-même avoir été deux fois aux portes de la mort par les atteintes du choléra. *Quantùm mutatus !*

(1) « Tous les préservatifs des maladies de l'enfance, a dit un illustre mem- » bre de l'Institut, M. Villermé, en supprimant une cause de maladie, donnent » plus d'*activité* aux autres. La vaccine n'a fait que déplacer la mort. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 juillet 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet:

Trois rapports de MM. Allard, Godefroy et Gaillard, médecins des épidémies du département de l'Isère, sur des fièvres typhoïdes et des grippes qui ont régné dans plusieurs communes de ce département pendant l'année 1853;

Le rapport final de M. le docteur Sclafer, médecin des épidémies du canton de Sarreguemines, sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Wittring depuis le mois de décembre 1853 jusqu'au mois de mai dernier.

Eaux minérales. — Le même ministre envoie des échantillons d'eaux minérales de Saultzbach (Haut-Rhin), de Sarcey (Rhône) et d'Alet (Aude), avec demande d'analyses, etc.

Remèdes secrets. — Une recette des pastilles composées avec le suc de *gallium mollugo*, employées dans le traitement de l'épilepsie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hygiène publique. — M. Chevallier adresse un paquet cacheté, relatif à des applications à l'hygiène publique et à la toxicologie, pour lesquelles il désire prendre date.

Traitement des accès d'asthme. — M. Frary, de Tracy (Oise), soumet à l'Académie un moyen qu'il croit avoir trouvé pour soulager promptement les malades affectés d'asthme. Ce moyen consiste dans l'emploi du *datura stramonium*, qu'il fait fumer d'une manière particulière.

Choléra. — M. Goupil, correspondant à Nemours, annonce à l'Académie que la ville de Nemours (Seine-et-Marne) est prise pour la troisième fois d'une épidémie de choléra. Telle elle s'était montrée en 1832 et en 1849, telle elle se montre encore aujourd'hui, avec la même symptomatologie, le même dénoûment, la même bizarrerie dans les localités affectées, et la même inefficacité dans le traitement.

— M. Naudier, pharmacien à Fays-Billot (Haute-Marne), annonce également que le choléra vient d'apparaître dans le pays qu'il habite; mais il ne lui semble pas avoir le caractère de malignité qu'il présentait en 1832 et en 1849.

Plessimètre dit tympanoïde. — M. Lecouppey soumet à l'examen de l'Académie un plessimètre modifié, auquel il propose de donner le nom de tympanoïde, et qui a pour objet de renforcer les sons obtenus par la percussion, et de rendre plus sensibles, plus tranchées, et par conséquent plus faciles à apprécier, les différences observables dans leur timbre et leur intensité.

Demande de commission. — M. Le Roy-d'Étiolles prie l'Académie de nommer une commission qui aurait mission de prononcer sur les questions en litige élevées entre lui et M. Mercier.

Candidatures. — M. Sestier écrit qu'il retire sa candidature pour la place vacante dans la section pathologique. Il s'efforcera, dit-il, de conquérir par de nouveaux travaux les suffrages de l'Académie.

— M. Bayle retire également sa candidature.

LECTURE.

Traitement de la chorée par la gymnastique. — M. Blache lit sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les passages suivants:

Deux indications nous semblent surtout dominer la thérapeutique de la danse de Saint-Guy, dit l'auteur. Il faut: 1° rendre à la volonté son empire sur les contractions musculaires, ou, autrement dit, régulariser les mouvements; 2° refaire en quelque sorte la constitution des enfants choréiques.

La première de ces indications est d'une extrême simplicité. Quant à la seconde, on ne la saisit pas aussi bien, faute d'avoir réfléchi sur la constitution la plus habituelle des choréiques, dont la grande majorité est manifestement atteinte d'anémie ou de chloro-anémie.

C'est surtout à la première indication que satisfait le traitement par la gymastique, dont M. Blache résume en ces termes les effets:

108 cas de chorée ont été soumis au traitement de la gymnastique; sur ce nombre, 100 étaient de première attaque, 8 seulement en récidive.

Les enfants mis en traitement étaient tous (sauf dans quelques cas où la chorée étaient chronique) au début de l'affection et fortement pris. On peut cependant les diviser en deux catégories d'après l'intensité de la maladie: 34 cas d'intensité moyenne, 74 où l'agitation était aussi violente que possible. Les 34 cas de la première classe ont tous guéri, sans exception, dans une moyenne de 26 jours et de 18 séances. Sur les 74 cas plus graves, 68 ont également guéri en 45 jours et 31 séances. Restent donc, sur le total de 108, 6 cas qui peuvent être considérés comme des insuccès, bien qu'il s'agisse de chorées chroniques, dont la guérison a fini par être obtenue, mais en 122 jours seulement et 73 séances.

Quelle est la valeur thérapeutique de la gymnastique comparée aux autres modes de traitement, et en particulier aux bains sulfureux? Cette dernière médication, administrée dans des conditions particulières à l'hôpital des Enfants, a donné depuis longtemps des résultats fort remarquables et qui, il faut le dire, balancent ceux que fournit la gymnastique. Il ressort, en effet, des statistiques que sur 135 malades traités par ces bains il y a eu 18 insuccès, proportion un peu plus considérable que le chiffre de 6 pour 108. Mais, d'un autre côté, il paraîtrait que, lorsqu'ils agissent, les bains sulfureux le font plus rapidement qu'aucun autre moyen.

Mais d'autres considérations prises en dehors de la statistique doivent faire mettre la gymnastique au premier rang. Les exercices gymnastiques sont applicables à tous les cas et ne comportent aucune contre-indication, à l'exception de quelques complications rares d'affections organiques du cœur. Il n'en est pas ainsi des bains; la dose de sulfure de potasse reconnue nécessaire étant fort élevée, il arrive assez souvent qu'il survient à la peau une petite éruption à laquelle on est convenu de donner le nom de poussée et qui force d'en interrompre l'emploi. Même empêchement lorsque la peau est dépouillée de son épiderme en quelques points. Loin qu'ils amènent du calme dans les premiers jours, il n'est pas rare de les voir occasionner une assez vive excitation générale sous l'influence de laquelle les mouvements choréiques s'exaspèrent d'une manière fâcheuse; tandis que, au contraire, les exercices passifs calment dès le principe les désordres des organes musculaires. C'est surtout l'état général de la constitution après chaque mode de traitement qu'il faut prendre en considération pour juger l'un et l'autre. Certainement l'appétit devient meilleur, la circulation plus active et la nutrition plus complète par l'usage des bains sulfureux. La force musculaire gagne de l'énergie, la peau et les membranes muqueuses se colorent, les bruits artériels disparaissent. Mais ces modifications, auxquelles il faut attribuer la plus grande part dans la guérison, sont surtout dignes de remarque après le traitement par la gymnastique. Ne serait-il donc pas très avantageux de combiner ces

---

invasion par une entérite simple en apparence, puisque la malade continue de travailler pendant huit jours.

Puis apparition d'un cortége *complet* de symptômes typhoïdes: fièvre vive, bouche caractéristique, crépitation iliaque, selles involontaires, râles pectoraux, vertiges, coma, délire, bourdonnements, surdité, taches rosées nombreuses, abondance de sudamina, eschares gangréneuses. Aucun trait ne manque au tableau.

La convalescence paraît vouloir s'établir à la fin du quatrième septénaire, mais il existe des symptômes suspects qui nous font redouter une de ces tuberculisations qui éclatent parfois à la suite des fièvres typhoïdes. Bientôt surgissent des symptômes évidents de pneumonie, produits sans doute sous l'influence de la constitution régnante; pneumonie ultime que nous prévoyons devoir être funeste, et qui enlève la malade en quelques jours.

A l'autopsie, le double diagnostic pulmonaire se vérifie: tubercules anciens au sommet, poumon gauche hépatisé et criblé de granulations tuberculeuses récentes mêlées à des tubercules ramollis.

Mais voici qui devient plus intéressant: dans l'intestin, entérite folliculeuse ulcérée. Si nous nous étions borné à un examen superficiel, nous aurions conclu à une entérite folliculeuse ordinaire à forme ulcéreuse, en nous félicitant de l'exactitude du diagnostic; mais nous avons coutume d'y regarder de plus près, et nous avons appris de longue main à distinguer plusieurs sortes d'ulcérations des plaques de Peyer. Or celles-ci ne sont nullement celles de la fièvre typhoïde ou de l'entérite folliculeuse proprement dite; c'est tout autre chose: ce sont des ulcérations tuberculeuses pures, bien et dûment caractérisées; ulcères irréguliers, déchiquetés, à fond inégal, présentant en eux et autour d'eux le tubercule lui-même, visible à l'œil, contrôlé au microscope. Rien qui puisse donner le change et faire supposer, comme dans d'autres cas, une complication d'entérite folliculeuse vraie; point de vestiges de plaques gangrénées, pointillées, réticulées, gaufrées; pas même de psorentérie.

Voici le fait positif, complet, incontestable, vérifié par tout un auditoire de clinique devant lequel j'en ai fait la démonstration et l'analyse.

Raisonnons maintenant.

Pendant la vie, l'appareil typhoïde était si complet que l'erreur était inévitable. C'était une fièvre typhoïde modèle pour tout le monde; l'entérite folliculeuse coulait de source. Or l'autopsie révèle bien une entérite folliculeuse ulcérée, mais non pas celle qu'on suppose: c'est une entérite folliculeuse tuberculeuse. Donc, et c'est là une vérité banale, l'appareil typhoïde parfait peut se greffer sur tout autre chose que l'entérite folliculeuse vraie. Mais voici d'autres conséquences:

1° On ne niera pas, j'espère, qu'ici l'appareil typhoïde fût secondaire à la lésion intestinale, car il s'est développé plusieurs jours après l'invasion des symptômes intestinaux; donc l'appareil typhoïde peut être secondaire, et la lésion intestinale qui le provoque peut être primitive.

2° Il ne viendra dans l'esprit de personne que ce bel appareil typhoïde et encore moins la lésion intestinale fussent le produit de l'intoxication miasmatique du sang; donc l'appareil typhoïde peut naître d'autre chose que d'une infection miasmatique.

3° Personne ne contestera l'existence des taches rosées, des sudamina, des eschares constatés par toute une école; donc ces caractères n'ont rien d'absolument spécifique et n'accusent pas nécessairement l'intoxication miasmatique, putride, gangréneuse du sang.

Mais, dira-t-on, pourquoi l'ulcération tuberculeuse de l'intestin ne produit-elle pas toujours cet appareil typhoïde? Par la raison que l'entérite folliculeuse elle-même ne produit pas toujours l'appareil typhoïde. C'est que l'appareil typhoïde, quelque fréquent qu'il soit, n'est qu'un accident, même dans l'entérite folliculeuse, laquelle, je le répète, peut être simple, c'est-à-dire sans état typhoïde (fièvre inflammatoire, bilieuse, muqueuse) et même sans fièvre. C'est pourquoi fièvre typhoïde et entérite folliculeuse ne sont pas synonymes. Voilà ce qu'on ne veut pas comprendre.

Or si l'entérite folliculeuse peut exister sans état typhoïde et même sans fièvre, force est de reconnaître qu'elle peut être primitive, et que la fièvre et l'état typhoïdes qui surviennent peuvent être secondaires. Je ne prétends pas pourtant qu'il en soit toujours ainsi, témoin le vrai typhus qui commence évidemment par l'infection et où se révèle l'entérite folliculeuse (Gauthier de Claubry). Il en résulterait que l'entérite folliculeuse peut se produire sous l'influence de causes diverses, infectieuses et autres.

Que de choses dans un menuet! disait Marcel; que de choses dans un seul fait! pourrions-nous dire.

Eh bien! vénérable maître, si l'on vulgarisait beaucoup de faits de cette espèce, observés avec le même soin, sous les mêmes garanties, exposés avec la même droiture, analysés avec la même indépendance, ne pensez-vous pas que cette malheureuse fièvre typhoïde pourrait sortir enfin des ténèbres, du chaos et des logomachies où l'esprit de système la tient plongée? C'est ce qui doit arriver, je le répète, car la vérité finit toujours par triompher. Ce n'est qu'une question de temps; ne désespérons pas du sens médical et soutenons la lutte en nous disant avec un penseur moderne: « Toutes les vérités ont toujours quelque pauvre saint Jean précurseur qui marche hors de la voie, prêche dans le désert et meurt à la peine. »

A Dieu ne plaise, vénérable maître, que je prétende vous imposer toutes les opinions émises dans cette longue homélie. Une pensée commune nous rapproche, c'est la seule pour laquelle j'ose me réclamer de vous; c'est aussi celle qui fait le principal objet de ce travail; le reste est accessoire: cette pensée, c'est la nécessité de désigner les états typhoïdes par les lésions matérielles qui les caractérisent, alors que ces lésions sont constantes dans l'espèce, c'est l'entérite folliculeuse ou l'iléo-dyclidite; pourvu que le mot exprime la chose et ne fausse pas les idées, peu importe la synonymie.

Agréez l'expression des sentiments respectueux de votre dévoué confrère. Prof. FORGET.

deux modes de traitement? C'est en effet une question que l'expérience nous a permis de résoudre affirmativement, sinon toujours, du moins dans le plus grand nombre des cas.

De tout ce qui précède M. Blache tire les conclusions suivantes:

1° Aucun des modes de traitement appliqués à la danse de Saint-Guy n'a donné un nombre de guérisons aussi considérable que la gymnastique, soit seule, soit associée aux bains sulfureux.

2° La gymnastique peut être employée dans presque tous les cas, sans qu'on soit arrêté par les contre-indications qui se présentent à chaque pas dans l'usage des autres médications.

3° La guérison est obtenue dans un nombre moyen de jours à peu près égal à celui que réclame l'emploi des bains sulfureux, mais elle semble plus durable, et la sédation se montre dès les premiers jours.

4° En même temps que le désordre des mouvements disparaît, la constitution des enfants s'améliore d'une manière très sensible, et les malades sortent guéris non-seulement de la chorée, mais encore de l'anémie qui l'accompagne le plus souvent.

5° Les exercices gymnastiques, que l'on pourrait de prime abord croire périlleux, surtout eu égard à l'état des enfants qui s'y livrent, n'offrent aucune espèce de danger, et de plus ils peuvent être mis en œuvre sans inconvénient dans toute saison, avantage que n'ont pas les bains.

6° Il est fort important, pour comprendre le mode d'application, de diviser, comme nous l'avons fait, les exercices en deux catégories: 1° les exercices dits *passifs*, qui peuvent être seuls employés dans la période de l'affection où la volonté n'a pas de prise sur les puissances musculaires; 2° les exercices *actifs*, que les enfants exécutent d'eux-mêmes avec ou sans l'aide de machines. (Commission déjà nommée: M. Bouvier, rapporteur.)

Élection. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

La liste de candidature portait dans l'ordre suivant: MM. Barth, Beau, Sestier, Moreau (de Tours), Ménière et Bayle. MM. Sestier et Bayle s'étant retirés, les candidats restants sont MM. Barth, Beau, Moreau et Ménière.

Nombre des votants, 73; majorité, 37.

M. Barth.	64 voix.
M. Beau..	5 —
M. Moreau.	2 —
M. Ménière..	1 —

M. Barth, ayant réuni la majorité, est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— L'Académie passe à la suite de la discussion sur les déviations utérines. La parole est à M. Bonnafont.

M. Bonnafont. Les quelques observations que je vais avoir l'honneur de soumettre à l'Académie porteront spécialement sur un seul point important qui a été à peine effleuré dans cette discussion; je veux parler:

1° Du redresseur intra-utérin et de son mécanisme;

2° Du changement que subit l'utérus soumis à cette application;

3° Enfin de la nécessité de modifier la construction de cet instrument afin de rendre son action plus physiologique et plus rationnelle.

Si les savants praticiens qui ont pris part à ce débat avaient adopté la dernière conclusion du rapport, celle par laquelle l'honorable rapporteur condamne franchement comme dangereux et inutile l'emploi du redresseur intra-utérin, je me serais bien gardé d'abuser des instants de l'Académie; mais comme il n'en a point été ainsi, et que deux orateurs surtout, dont le savoir égale la prudence, ont déclaré, contrairement à cette conclusion, que le redresseur pouvait, dans bien des cas et entre des mains habiles, rendre de grands services, il importe donc d'apporter à cet instrument tous les perfectionnements qui peuvent rendre son application plus avantageuse.

Et d'abord, l'instrument tel qu'il est ei construit de manière à garantir le succès? Je déclare formellement non, et je suis étonné que les médecins qui l'emploient depuis longtemps ne lui aient pas fait subir quelques modifications qui, selon moi, auraient prévenu une grande partie des accidents que le redresseur Simpson doit produire très fréquemment. Quand il s'agit de maintenir un organe déplacé au moyen d'un appareil mécanique qui doit rester plusieurs jours en place, tous les praticiens savent, en effet, que les résultats dépendent le plus souvent de la perfection de l'instrument ou de l'appareil contentif. Mais avant de faire connaître les changements qu'on doit faire subir au redresseur, je vais relater succinctement l'observation qui m'a permis de constater ces défectuosités.

Il s'agit d'une dame qui depuis plus de cinq ans avait une maladie de la matrice qui l'obligeait à rester couchée plus de la moitié du temps, et pour laquelle elle avait déjà subi plusieurs traitements, tant généraux que locaux, sans aboutir à aucun résultat satisfaisant.

M. Bonnafont reconnut une antéversion considérable de l'utérus avec abaissement de cet organe.

Séduit par les heureux résultats du redresseur utérin, dont il avait eu connaissance, il se proposa d'y avoir recours.

Après m'être bien assuré, dit-il, qu'il n'existait aucune complication morbide, j'introduisis la sonde utérine dans le col, à une profondeur de 4 centimètres et demi environ. Cette introduction s'étant opérée sans douleur aucune, je maintins moi-même l'instrument pendant un quart d'heure.

Le lendemain je recommençai la même opération, et la sonde put rester en place sans provoquer aucune douleur pendant vingt minutes. Les jours suivants, jusqu'au huitième, elle fut supportée aussi facilement pendant une demi-heure.

Le dixième jour je me décidai à appliquer le redresseur, qui fut laissé cette fois en place quatre heures environ, et toujours en produisant un soulagement de plus en plus prononcé.

Mais le quatrième jour les choses ne se passèrent pas aussi bien: l'utérus était remonté; le col, qui jusque-là avait pu être saisi facilement avec l'indicateur, était très haut placé dans la concavité du sacrum, et j'eus assez de peine à le saisir et à le ramener en bas. En outre, la charnière qui unit la sonde utérine avec la tige horizontale du redresseur se pliant constamment par la simple résistance que le petit pessaire opposait à l'introduction de l'instrument, tout cela rendit cette séance pénible pour moi et agaçante pour la femme. Je parvins cependant à mettre l'instrument en place; mais une heure après on vint me chercher en toute hâte. La malade éprouvait une douleur très vive qui lui rendait l'instrument insupportable, et il lui semblait, me dit-elle, qu'il avait été *mal placé*. Après avoir enlevé tout l'appareil, je constatai par le toucher qu'il n'y avait rien qui pût me faire comprendre la cause des douleurs que la malade avait éprouvées.

Le huitième jour, aucun accident n'étant survenu, je réappliquai l'instrument, et les difficultés que j'avais trouvées au quatrième jour furent plus prononcées, c'est-à-dire que l'utérus me parut plus élevé, le col plus difficile à saisir et l'introduction de l'instrument beaucoup plus laborieuse; une heure et demie après son introduction, les mêmes douleurs se produisirent.

Comme j'avais réfléchi sur une des imperfections de l'instrument et sur la cause probable des douleurs qu'il avait produites, j'examinai les parties pendant que la femme souffrait sans déranger l'appareil; le toucher me donna aussitôt la certitude que ces légers accidents étaient produits uniquement par la sortie de la canule du col et par le contact de son extrémité sur les parois vaginales.

J'enlevai l'appareil et le réappliquai immédiatement après en rencontrant toujours les mêmes difficultés; mais une circonstance digne d'attention et qui s'est produite deux ou trois fois en ma présence, c'est que, lorsque la canule était bien placée dans le col, elle ne faisait éprouver que peu ou point de douleur; tandis qu'aussitôt qu'elle était sortie le redresseur, on le comprend, devenait intolérable.

Les choses en étaient là depuis une quinzaine de jours, la malade se trouvant du reste beaucoup mieux, lorsque l'idée me vint de modifier le redresseur utérin et de le mettre plus en rapport avec les changements survenus dans l'organe malade. Il était évident pour moi que depuis la première application de l'instrument les conditions de l'utérus s'étaient profondément modifiées; car, soit par la contraction des ligaments suspenseurs, soit par l'action de l'instrument ou par ces deux causes réunies, le corps de cet organe s'était relevé de 1 centimètre et demi au moins, ce qu'il était facile de juger par la difficulté qu'éprouvait le doigt pour aller à la recherche de son col. Par suite de cette élévation, la canule du redresseur, qui dès le début pénétrait de 3 à 4 cent. dans l'intérieur du col, ne pouvait plus s'engager que de 1 cent. et demi à 2 centimètres; alors la matrice, ne se trouvant pas suffisamment maintenue, pouvait s'infléchir, et, pour peu que l'appareil vînt à éprouver quelques balancements, la canule quittait complétement le col. Dans le premier cas, son extrémité portant sur la courbure de l'utérus et dans le second sur le cul-de-sac utéro-vaginal, elle pouvait ainsi donner lieu à des douleurs plus ou moins vives et provoquer à la longue de graves accidents si on ne s'empressait d'y remédier. Pour moi, je suis convaincu que c'est à cette cause qu'il faut attribuer la plupart de ceux qui ont suivi le plus fréquemment l'emploi de cet instrument.

La canule intra-utérine a donc cet inconvénient, qu'ayant une longueur déterminée, elle ne saurait suivre les différentes évolutions qu'éprouve l'utérus par l'usage répété du redresseur. Cette canule sera presque toujours ou trop longue ou trop courte. Trop longue lorsque la matrice est très près de l'anneau vulvaire; trop courte, au contraire, lorsque l'organe s'est relevé. Dans le premier cas, son extrémité peut exercer une pression trop forte sur la surface intérieure de la matrice; dans le second, au contraire, elle sera susceptible de s'échapper du col, et son extrémité exercera des frottements dangereux sur les parois du vagin.

J'ai cherché à obvier à cet inconvénient en ajoutant entre la branche horizontale et la canule une tige dont la longueur est en rapport avec le degré d'élévation de la matrice. Cette tige doit être mobile, et susceptible d'être remplacée à volonté par d'autres tiges de différentes longueurs, pour suivre l'utérus dans son élévation. J'ai substitué en outre au petit pessaire en ivoire un pessaire en caoutchouc. J'ai remarqué que lorsque l'instrument est introduit et que l'utérus porte de tout son poids sur le pessaire en caoutchouc, il devenait très difficile de le distendre par l'insufflation. J'ai dit aussi au commencement que la charnière qui réunit la tige horizontale avec la canule était trop mobile, et rendait l'introduction de l'instrument très difficile. J'ai aussi obvié à cet inconvénient en y faisant adapter un coulant mobile qui rend cette articulation fixe pendant l'introduction, et qu'on ôte aussitôt après pour permettre de la fléchir. J'ai trouvé dans cette modification une grande facilité pour introduire l'instrument.

Le redresseur ainsi modifié fut réappliqué, et cette fois il resta six heures en place sans occasionner aucune douleur. Encouragé par ce résultat, j'engageai Mme X... à marcher; ce qu'elle fit le lendemain et les jours suivants, pendant quinze jours. Elle éprouvait bien de temps en temps quelques douleurs produites par le ballottement de l'instrument dans le vagin et l'utérus, mais qui n'ont jamais été assez vives pour en rendre la continuité de l'application impossible.

Lorsque après une suspension forcée de dix à douze jours, je réappliquai l'appareil, je remarquai que l'utérus était encore un peu plus élevé, mais il y avait très peu de différence dans son inclinaison. Le col fut encore, à cause de son élévation, très difficile à saisir; mais une fois entouré par l'indicateur, il cédait au plus léger effort pour le ramener en bas.

L'appareil étant appliqué, je voulus m'assurer si la canule était bien dans le col, et si celui-ci reposait sur le pessaire. Je remarquai alors qu'il y avait une distance de près d'un centimètre entre eux. Or, la tige verticale ayant déjà 4 centimètres et demi de longueur, et la canule intra-utérine 4, il s'ensuit que l'utérus était à 5 centimètres du pubis, et qu'une canule qui n'aurait eu que 5 centimètres, comme celle des redresseurs ordinaires, partant de ce dernier point, n'aurait fait qu'effleurer le col, et n'aurait pu y rester engagée un instant. C'est là je crois l'inconvénient des redresseurs en général, et je m'étonne que cette particularité n'ait pas frappé l'esprit des praticiens qui emploient fréquemment ce mode de traitement.

Le traitement fut continué pendant un mois environ sans qu'il survînt aucun accident.

Cette dame ayant dû quitter brusquement Paris, un dernier examen me fit reconnaître que l'utérus avait été fort peu redressé, mais que, comparé à ce qu'il était avant le traitement, il s'était relevé de 2 centimètres et demi environ. Cette élévation, en changeant les rapports de la matrice avec les organes voisins, comme la vessie, etc., avait suffi pour faire disparaître les accidents entretenus par son abaissement. Circonstance contraire à l'opinion exprimée par M. Depaul sur l'innocuité des déviations; mais il est juste d'ajouter que les souffrances de Mme X... étaient entretenues beaucoup plus par l'abaissement de l'utérus que par la déviation.

Dans ce cas comme dans les faits cités par M. Paul Dubois, l'instrument aurait agi moins comme redresseur que comme releveur. Tout autre traitement mécanique aurait-il produit les mêmes résultats? Il est permis d'en douter; car il ne doit pas être indifférent, pour faciliter l'élévation de la matrice ainsi que la contraction des ligaments ou autres tissus qui doivent la soutenir, de remettre cet organe dans une position qui rétablisse le plus possible ses rapports normaux avec les organes qui l'environnent, ainsi qu'avec la cavité qui la contient. Aucun pessaire autre que le redresseur intra-utérin ne saurait remplir cette double indication et redresser la matrice et la soulever graduellement.

Il est encore une autre lacune sur laquelle nous désirons appeler l'attention de l'Académie. Règle générale, quand on veut obvier au déplacement ou à la déviation d'un organe mobile à l'aide d'un appareil contentif, il est indispensable, pour rendre l'action de cet appareil plus favorable, qu'il prenne son point d'appui sur une partie solide du corps; sans cela, l'instrument, influencé par les efforts de l'organe déplacé, ne remplirait que très imparfaitement le but qu'on se propose.

A-t-on rempli ces conditions dans l'emploi du redresseur utérin? Evidemment non. En effet, une fois que la canule est introduite, on fixe la plaque sur les parois de l'abdomen au moyen de simples rubans de fil, dont les uns entourent le bas-ventre et les autres les cuisses. L'appareil ainsi placé, ses deux extrémités sont: l'une dans le col, organe essentiellement mobile; l'autre, représentée par la plaque, sur les parois de l'abdomen, parties plus mobiles encore. Qu'arrive-t-il de là? C'est que si le bas-ventre est distendu au moment où l'on applique l'instrument, et qu'il vienne ensuite à se distendre, la plaque sera relâchée, et dès lors elle pourra exécuter des mouvements plus ou moins étendus, lesquels, se communiquant jusqu'à la tige intérieure, y provoqueront des oscillations toujours nuisibles pour les tissus environnants. Les mêmes phénomènes se produiront dans les conditions inverses, où pourra se trouver la cavité abdominale.

Il serait donc, je crois, nécessaire de remplacer cette plaque, qui est trop faible, par un bandage en acier, lequel, prenant son point d'appui sur le bassin et la région lombaire, comme les bandages herniaires, présenterait à la partie antérieure deux crochets où viendraient s'articuler deux branches verticales adaptées au redresseur.

Je terminerai par deux mots relativement à l'observation qui a provoqué le savant rapport de M. Depaul et amené ensuite cette discussion. Je veux parler de l'observation de M. Broca, à laquelle on a donné peut-être plus d'importance qu'elle ne méritait.

Lorsqu'il s'agit d'introduire un instrument quelconque dans un conduit ou dans une cavité, la première condition doit être que l'organe qui est destiné à subir son contact ne présente aucune altération morbide, laquelle, en bonne pratique, doit constituer toujours, et dans ce cas surtout, une contre-indication à ce mode de traitement.

M. Broca s'est-il mis dans ces conditions avant d'employer le redresseur? On n'a qu'à lire le premier paragraphe de son observation pour trouver la réponse. Il y est dit que le col était gros, *granuleux*, et que son orifice laissait écouler une quantité notable de matière glaireuse et *purulente*.

Mais si du pus s'échappait par le col, il y avait donc une lésion organique soit dans l'utérus même, soit dans le col, et cette lésion aurait dû être, comme elle le sera pour tous les praticiens prudents, une contre-indication absolue à l'emploi du redresseur.

Maintenant, s'il m'était permis de formuler une conclusion, je dirais, comme M. Velpeau, que l'Académie ne me paraît suffisamment édifiée ni sur les avantages, ni sur les inconvénients du redresseur pour porter un jugement définitif sur l'emploi de cet instrument. De nouvelles expériences deviennent donc nécessaires, soit avec le redresseur tel qu'il est, soit en y apportant les modifications que je viens d'indiquer ou toutes autres qui seront jugées meilleures; puis, comme je l'ai déjà dit, il y a plus d'un an, à l'honorable rapporteur dans une séance de la Société médicale d'émulation, bien que les modifications que j'ai indiquées tendent à diminuer sensiblement les inconvénients inhérents à l'emploi de ces appareils, je suis bien d'avis qu'il devra rester limité aux cas seulement où ces affections existeront sans aucune complication.

— La séance est levée à cinq heures.

Sur la demande du député de la Haute-Marne, M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'envoyer dans ce département notre collaborateur et ami M. le docteur Foucart pour donner ses soins aux habitants des communes atteintes par la suette.

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier met au concours pour 1855 la question suivante, proposée par la section de médecine: « *Des paralysies qui paraissent indépendantes de toute lésion » appréciable des centres nerveux.* » Les concurrents apprécieront la valeur réelle des faits par lesquels on a cherché à établir l'existence de ces maladies. Ils en traceront un historique raisonné, signaleront leurs formes, et déduiront les conclusions diagnostiques et thérapeutiques qui intéressent plus spécialement la pratique médicale.

Le prix consistera en une médaille d'or de 500 fr.; il pourra être divisé.

Les mémoires devront être adressés *franco* à M. le docteur Rousset, secrétaire général de l'Académie, à Montpellier.

— La Société d'hydrologie médicale de Montpellier est définitivement constituée. Elle a formé son bureau ainsi qu'il suit: président, M. Boyer: vice-président, M. Dupré; secrétaire général, M. Bourdel; secrétaire des séances, M. Saurel; trésorier, M. Farrat.

La séance du 12 juillet a été consacrée à la discussion et à l'adoption du règlement. Une commission a été chargée de poser les questions à mettre à l'étude, et qui feront l'objet des travaux de la Société pendant l'année 1854-1855.

Le Sécré

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

Le choléra continue à diminuer à Paris pendant qu'il gagne, s'étend et va en augmentant dans les départements. Nous ne connaissons, pour Paris, les chiffres des hôpitaux que jusqu'au 16 inclusivement. Notre dernier bulletin, s'arrêtant au 12, donnait pour la semaine une moyenne de 30 cas par jour, moyenne inférieure à celle des semaines précédentes. Nous n'avons, pour les quatre jours suivants, qu'une moyenne de 15.

Voici, du reste, les chiffres :

13 juillet.	22 cas nouveaux,	8 décès.
14 —	13 —	10 —
15 —	13 —	11 —
16 —	13 —	9 —

Depuis le 16 jusqu'à ce jour, tout nous porte à présumer que ce chiffre aura encore diminué. L'Hôtel-Dieu, où les réceptions sont ordinairement le plus nombreuses, n'a reçu aucun malade depuis deux ou trois jours. Il ne paraît pas, jusqu'à présent du moins, que l'élévation subite et assez considérable de la température de ces trois derniers jours ait interrompu la marche progressivement décroissante de l'épidémie, malgré les prévisions et les appréhensions que nous avons entendu exprimer bien souvent autour de nous. Dans quelques jours il nous sera facile d'en juger.

Quant aux départements, voici les documents qu'il nous a été possible de recueillir.

Le choléra paraît avoir éclaté depuis notre dernier compte rendu dans les départements de l'Yonne, du Finistère, de l'Hérault et du Var. Quelques cas seulement ont été signalés dans les départements du Nord et du Rhône. La maladie paraîtrait tendre à diminuer dans le département de Vaucluse. D'après les dernières nouvelles, et à en croire même une feuille du Midi, elle aurait presque disparu à Avignon, mais non sans y avoir fait assez de ravages (1).

Le département des Bouches-du-Rhône continue, au contraire, à être frappé très fortement. L'épidémie y fait surtout de nombreuses victimes à Marseille et à Arles. A Montpellier, où il n'y avait eu jusqu'ici que quelques cas parmi les militaires de la garnison, on comptait au 14 juillet 41 cas dans les hôpitaux, dont 16 suivis de mort. Le département du Gard paraît jusqu'à présent jouir d'une immunité parfaite ; et la ville de Beaucaire, qui à cette époque de l'année est, comme tout le monde le sait, le centre d'une très nombreuse agglomération de commerçants, n'a heureusement eu jusqu'ici aucun cas dans ses murs.

Nous avons reçu au sujet du choléra plusieurs communications qu'il ne nous est pas possible, à cause de leur nombre et de leur étendue, de publier intégralement. Mais nous en résumerons le contenu dans les articles spéciaux de la revue que nous continuerons de consacrer à l'épidémie.

(1) D'après un journal du Midi on compterait 80 cas de mort par le choléra dans l'asile d'aliénés d'Avignon ; 217 cas, dont 113 suivis de mort à l'hôpital, et 100 décès environ en ville.

Contractures des nourrices.

Une femme couchée au n° 13 de la petite salle des nourrices, dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, présente une affection peu connue, qui n'est point décrite dans les traités classiques, et sur laquelle il n'a été publié jusqu'ici que très peu de travaux spéciaux. M. le professeur Trousseau a saisi cette occasion pour en tracer l'histoire générale, nous allons en reproduire les principaux traits. L'histoire particulière de la malade qui a fait le sujet de cette petite dissertation se trouvera naturellement fondue dans ce tableau général.

Quelquefois sans cause appréciable, dans d'autres circonstances à la suite d'une exposition au froid ou à la pluie, après une nuit passée à la belle étoile, par exemple, et surtout à la suite d'un refroidissement survenu après une transpiration, dans quelques cas enfin après une diarrhée accompagnée de sueur, on voit survenir une contracture des membres qui a des caractères tout à fait particuliers. Les malades se présentent dans l'état que voici :

Le pouce est à demi fléchi dans la paume de la main, la main est elle-même à demi fléchie et portée un peu dans l'adduction, les doigts légèrement recoquillés. Les bras et les avant-bras sont également contracturés. Les jambes se prennent aussi à leur tour. Quelquefois la contracture commence par une main, puis elle s'étend de là au bras, gagne le bras du côté opposé, et successivement les membres inférieurs, d'abord d'un côté, puis de l'autre. D'autres fois elle se montre simultanément des deux côtés et sur tous les membres en même temps.

Lorsque la contracture est très prononcée, elle s'accompagne d'une sensation de fourmillement et d'un certain degré d'obtusion de la sensibilité.

Cette contracture se manifeste par accès. Les accès ne durent quelquefois que quelques minutes, parfois plusieurs heures. Dans le premier cas, il n'est pas rare de voir ces accès se reproduire dix, quinze, vingt fois dans les vingt-quatre heures.

Chez quelques malades la contracture gagne les muscles du visage, les muscles moteurs du globe oculaire. Il en est chez qui les muscles de la langue se prennent, et qui ne peuvent plus parler. La femme du n° 13 est dans ce cas. Cette roideur de la langue s'accompagne dans quelques circonstances d'une difficulté de déglutition. Enfin, et c'est encore le cas de cette femme, il survient une roideur des muscles laryngés, qui donne lieu à des accès d'orthopnée dont la durée est heureusement très courte.

Ces phénomènes coïncident d'ailleurs avec une intégrité parfaite de l'intelligence. La motilité elle-même n'est empêchée que pendant la durée de la contraction; sitôt l'accès de contracture passé, les malades se lèvent et marchent. Chez quelques-unes cependant il reste après l'accès une hyperesthésie prurigineuse excessive.

Chez la plupart de ces malades, la contracture s'accompagne d'une légère excitation fébrile avec sueurs quelquefois profuses.

Le hasard a fait naître sous la main de M. Trousseau l'occasion de produire à volonté ces accès de contracture. Ayant à donner ses soins à l'un des premiers sujets atteints de cette affection qu'il ait eu à observer, et dans la pensée (qui est encore la sienne actuellement) que cette contracture était de nature rhumatismale, il se proposait de pratiquer une saignée. Mais il n'eut pas plutôt appliqué la bande autour du bras qu'il survint immédiatement un accès. La ligature, enlevée et appliquée à l'autre bras, y produisit également la contracture. Même résultat sur les membres inférieurs. Et depuis, toutes les fois que M. Trousseau a voulu répéter cette expérience, il a constamment observé le même phénomène. Enfin, voulant s'assurer d'où il pouvait dépendre, si c'était de la compression des vaisseaux ou de celle des nerfs, il a essayé de comprimer uniquement l'artère humérale au pli du coude, et le résultat a été le même. Il était donc évident dès ce moment que la contracture artificielle était déterminée par l'interruption momentanée de la circulation artérielle.

Cette maladie abandonnée à elle-même paraît dépourvue de toute gravité. La vie organique n'en reçoit aucune atteinte et ne paraît nullement troublée, sauf un léger mouvement fébrile. Il n'y a donc aucune inquiétude à en concevoir pour l'avenir des malades. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, la contracture atteint un tel degré d'intensité qu'on se trouve dans la nécessité d'y opposer des moyens actifs. Tel a été le cas d'une nourrice chez qui cette affection, durant depuis trois ou quatre mois avec une intensité extrême, ne céda qu'à une médication très énergique.

Si l'on n'était pas prévenu de l'existence des faits que nous venons de faire rapidement connaître, on pourrait se laisser aisément imposer par la gravité apparente de ces accidents et s'en alarmer comme de symptômes qui accuseraient quelque lésion grave de la moelle. Il est aisé de voir par la mobilité et la fugacité de ces phénomènes qu'ils ne sauraient dépendre d'une lésion organique profonde et permanente, et qu'ils n'ont d'analogue dans le cadre pathologique que les symptômes si variés et si mobiles de l'affection rhumatismale à laquelle M. Trousseau croit devoir les rattacher.

Quel traitement opposer à cette affection ? Aucun dans le plus grand nombre de cas, car elle guérit à peu près invariablement d'elle-même. Cependant, quoiqu'elle n'ait en soi aucune gravité, il

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Des substances alimentaires et des moyens de les améliorer, de les conserver et d'en reconnaître les altérations; par A. Payen, membre de l'Institut (1).

Time is money ! Ce proverbe américain ne peut mieux être expliqué que par l'idée de la *Bibliothèque des chemins de fer*, dont fait partie le livre que nous allons examiner. Autrefois on se contentait, dans un long voyage, d'admirer les vues pittoresques, d'interroger les souvenirs des villes et des campagnes qu'on traversait, et, selon ses talents, de coucher sur ses tablettes les matériaux d'un *Voyage sentimental* ou d'*Impressions de voyages* plus ou moins intéressantes. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi ; les longs voyages ne sont plus, la vapeur rapproche les distances, et cependant on trouve le temps si précieux, on en a si peu à dépenser, qu'on veut l'employer le plus utilement possible. Le littérateur demande quelques pages aux littératures française et étrangères; l'historien veut consulter ses grands souvenirs historiques; il n'est pas jusqu'à l'homme de science qui ne réclame, lui aussi, ces feuillets détachés d'études sérieuses pour occuper les loisirs du railway. Ce besoin, cette soif d'apprendre de plus en plus, suffit pour faire comprendre le succès d'une bibliothèque de chemins de fer, surtout quand elle est l'objet d'un choix éclairé et qu'elle a pour collaborateurs des hommes du plus haut mérite.

Chargé par le gouvernement d'un cours d'hygiène et de salubrité au Conservatoire des arts et métiers, M. Payen vit ses leçons suivies avec le plus grand empressement. C'est une partie de ces leçons que le savant professeur consigne sous le titre *Des substances alimentaires.*

Je n'ai pas besoin de dire tout l'intérêt des matières qui y sont traitées. Ce livre renferme des chapitres qui nous intéressent, nous autres médecins, de plus ou moins loin; mais il en est d'autres qui méritent sérieusement notre attention. Je veux parler de tout ce qui a rapport aux falsifications, et principalement d'un joli chapitre que je réserve pour la plus grande édification de mes lecteurs, et où tout le voile dont se couvrent certains charlatans est soulevé de la façon la plus curieuse.

Après avoir posé en principe que pour être complet un aliment doit contenir ce qui entre dans la composition de nos organes, outre ce qui se détruit par la respiration, ce qui se perd dans la transpiration, et ce qui forme les résidus liquides et solides de la digestion, l'auteur démontre l'insuffisance de la production en France de la viande et des autres produits animaux; insuffisance telle, que la population de la France étant évaluée à 35,000,000 d'individus, on voit que la quantité moyenne de viande, y compris son équivalent en autres substances azotées provenant des animaux, ne dépasse pas 28 kilogrammes par an, ou 76 grammes 71 centigrammes par jour. Cette quantité est insuffisante pour une bonne alimentation, et cependant l'habitant des campagnes est loin de l'avoir, à cause de l'affluence de ces denrées alimentaires vers les villes.

Suivent des études pleines d'intérêt sur les viandes, leurs modes de conservation, les produits comestibles des animaux ; les substances grasses alimentaires provenant des animaux; les aliments sucrés, féculents, les graines des plantes légumineuses que nous verrons jouer leur rôle dans le dernier chapitre. Arrive enfin un travail sur le pain, dont l'usage, de première nécessité, a fait travailler l'imagination des falsificateurs ; aussi les pages consacrées aux fabrications des diverses sortes de pain, à leurs différentes altérations et falsifications méritent-elles une attention particulière.

L'auteur reprend sa marche à travers ce vaste champ d'études et nous initie successivement à la connaissance de la valeur alimentaire des fruits sucrés, des légumes herbacés, des céréales, du chocolat, du café, du thé, etc. Enfin, sous le titre général de Boissons, M. Payen étudie le rôle de l'eau dans l'alimentation ; les variétés d'eaux, leurs altérations, l'eau de Seltz ; les vins, cidres, bière, alcool et liqueurs. Vient ensuite une théorie de l'alimentation et les dernières mesures prises par le gouvernement pour le régime alimentaire des lycées.

Mais j'ai hâte d'arriver au chapitre des révélations, chapitre qui regarde le médecin, car c'est en général au convalescent que la quatrième page des journaux offre ces diverses préparations qu'on ne saurait payer trop cher.

Commençons l'exécution par le palamoud des Turcs.

Je lis : « Sous le nom de *palamoud*, nom très peu significatif et très peu connu sans doute des Turcs, on trouve un mélange de glands doux torréfiés légèrement, et de faibles quantités de chocolat et de sucre, et en outre de la farine de maïs ou de blé de Turquie (c'est peut-être là l'origine de son nom). Il a une saveur participant des quatre matières, et une légère odeur également mixte.

» Sans doute le *palamoud des Turcs* peut être ajouté sans inconvénient à toute alimentation complète, mais on ne saurait admettre en lui d'éminentes qualités nutritives.

» La fécule de palamoud offre la même composition que le palamoud ordinaire, sauf la petite quantité de chocolat, supprimée probable-

(1) Un vol. petit in-8°. Prix : 2 fr. 50 c. Librairie de L. Hachette.

peut y avoir toujours de l'utilité et de l'intérêt pour les malades qu'on en abrége la durée. Si donc la contracture tend à se montrer quelque peu persistante, on aura recours à la saignée. C'est le moyen qui a toujours le mieux réussi entre les mains de M. Trousseau. Il n'en a vu aucun autre guérir aussi rapidement cet état. Le sulfate de quinine serait au besoin un excellent adjuvant de la saignée. Il s'est bien trouvé même dans quelques cas de l'avoir employé d'emblée.

Cette singulière affection, et c'est là un de ses traits les plus caractéristiques, ne s'observe guère que chez les femmes, et particulièrement chez les femmes nourrices ou nouvelles accouchées; c'est ce qui lui a fait donner par M. Trousseau le nom que nous avons pris comme titre de cet article.

Kyste hydatique énorme du foie et du poumon droit ayant simulé pendant la vie une phthisie pulmonaire. — Hématémèse survenue pendant les derniers jours de la maladie.— Ulcération chronique de l'estomac.

Nous devons à l'obligeance de M. Devers, l'un des élèves les plus distingués du service de M. Rostan, la communication du fait suivant, qui, en même temps qu'il offre un très grand intérêt au point de vue anatomo-pathologique, montre combien dans quelques cas, rares il est vrai, il peut être difficile de distinguer une phthisie tuberculeuse d'avec toute autre lésion organique du poumon se traduisant par un même ensemble de phénomènes généraux et par des phénomènes locaux d'auscultation à peu près semblables.

Le 2 juillet 1854, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 24 (service de M. Rostan), une femme âgée de quarante-cinq ans. Il y a six mois, sa santé, bonne jusqu'alors, s'est altérée peu à peu; elle n'a fait, du reste, jusqu'ici aucun traitement. A son entrée à l'hôpital, on constate un état avancé de décrépitude. L'émaciation est extrême, les yeux brillants, la peau chaude et d'un jaune-brun foncé. Soif peu vive, appétit nul, langue blanche, nausées, douleurs à l'épigastre, dévoiement. Du côté des organes respiratoires : dyspnée très marquée (30 respirations), voix faible, toux sèche, opiniâtre; quelques crachats nummulaires, opaques, verdâtres; douleurs sourdes à la base de la poitrine, à droite et en arrière. En ce point, matité absolue, souffle tubaire très prononcé, broncho-égophonie. Dans les autres points, le poumon paraît sain; on n'y entend çà et là que quelques râles muqueux. La malade dit n'avoir jamais craché le sang. Elle a des sueurs nocturnes. Mouvement fébrile continu. Rien au cœur. Intelligence parfaite.

Malgré le siége insolite de la lésion pulmonaire, on diagnostique une affection tuberculeuse. Le traitement est dirigé en conséquence. — Tisanes pectorales; juleps expectorants; lavements opiacés; diète.

Le 3 juillet au matin, la malade va plus mal; pour la première fois elle a vomi du sang en quantité considérable, ce qui l'affaiblit considérablement. Le sang est noir, épais, mêlé de matières alimentaires. Les crachats ne contiennent pas de sang. On est d'abord dans le doute sur la question de savoir si ce sang vient du poumon ou de l'estomac. Mais la pression sur la région épigastrique fait percevoir un bruit de crépitation manifeste qui lève toute incertitude à cet égard.

Nouvelle hématémèse le 4, accompagnée de selles presque exclusivement composées de sang noir et grumeleux. Les accidents thoraciques vont en s'aggravant. La dyspnée est extrême (35 respirations); fièvre plus intense; douleurs thoraciques plus vives. La malade est d'une faiblesse telle qu'elle ne peut plus parler, ni se remuer.

Elle succombe dans la journée.

Voici ce que révèle l'autopsie faite avec le plus grand soin par M. Devers, en présence du chef de clinique et de plusieurs élèves.

A l'ouverture de la poitrine, la plèvre et le poumon paraissent à l'état normal. Mais en décollant le poumon droit de la paroi thoracique, on sent tout à coup les doigts s'enfoncer dans la substance pulmonaire, et un flot de sérosité purulente contenant un grand nombre d'hydatides flétries s'échappe au dehors. On détache aisément la partie supérieure du poumon; mais quant à la partie inférieure, les adhérences avec la paroi thoracique en arrière et le diaphragme en bas sont tellement intimes qu'il est impossible de l'enlever en totalité. Le lobe inférieur gauche est seulement représenté à l'extérieur par une couche mince de tissu pulmonaire. Tout son intérieur est occupé par une cavité anfractueuse, avec des brides allant d'une paroi à l'autre, parois qui sont formées par le parenchyme lui-même ramolli et infiltré de pus. Il n'y a pas de membrane kystique. Cette cavité est remplie par des détritus organiques réduits en bouillie grisâtre, par de la sérosité roussâtre et purulente et par des hydatides flétries en grande quantité. Celles-ci sont plissées sur elles-mêmes et d'une couleur jaune verdâtre. Il en est quelques-unes qui ont dû avoir le volume d'une grosse pomme; d'autres sont plus petites. Deux d'entre elles sont encore vivantes; elles sont ovoïdes, transparentes et tremblotantes comme de la gelée. Cette cavité correspond à une perte de substance du diaphragme de la grandeur d'une pièce de 5 francs, à bords taillés à pic. Le doigt pénètre à travers ce trou jusque dans l'intérieur du foie. Rien à noter dans le sommet du poumon droit, ni dans le poumon gauche, qui est sain dans sa totalité. La surface interne des bronches est légèrement injectée; mais il n'y a nulle part de perforation; on ne trouve nulle part, non plus, la moindre trace de tubercules.

En incisant le diaphragme au niveau de sa perforation et la face convexe correspondante du foie à une profondeur de quelques centimètres, on arrive dans un vaste kyste du volume de la tête d'un enfant nouveau-né et qui occupe tout le lobe droit. Le lobe de Spigel et le lobe gauche sont intacts. Le foie tout entier est hypertrophié et d'une couleur jaune paille; il se laisse facilement déchirer par le doigt. Rien dans la vésicule et dans les conduits biliaires.

Le rein droit est uni au foie par des adhérences intimes; la capsule surrénale fait partie du kyste.

Cet énorme kyste est également plein de pus et d'hydatides flétries. En pressant sur le foie, on les fait passer à travers la perforation du diaphragme dans l'intérieur du poumon, d'où ils sortent ensuite par l'ouverture artificielle que les doigts ont faite à la plèvre. Le nombre des hydatides contenus tant dans le foie que dans le poumon est si considérable que la table d'autopsie en est complétement couverte.

Les parois du kyste sont formées par une membrane épaisse, résistante et jaunâtre, doublée par des plaques cartilagineuses épaisses et tellement confondues en quelques points avec le péritoine et la paroi abdominale qu'il est impossible de les en détacher.

On vient de voir les détails de cette autopsie qui sont relatifs aux symptômes thoraciques et aux phénomènes d'auscultation et de percussion constatés pendant la vie; on va voir maintenant l'explication des phénomènes qui ont eu lieu dans les derniers jours de la maladie.

En ouvrant la cavité abdominale, on était frappé de suite de la coloration noirâtre que les intestins laissaient apercevoir par transparence. Les intestins étant fendus, la membrane muqueuse a été trouvée tapissée d'une couche épaisse de matière noire et grumeleuse; cette matière enlevée, on a pu constater l'intégrité parfaite des intestins dans toute leur longueur. L'estomac était rempli d'un liquide semblable, mais un peu plus fluide, qui n'était autre chose que du sang altéré. Par suite d'une légère traction opérée sur cet organe pour le dégager d'au-dessous du foie, qui le recouvrait presque entièrement, il se rompit en un point par où tout le liquide s'échappa dans le péritoine. Au niveau de cette perforation, qui correspondait à la petite courbure, existait une ulcération comprenant toute l'épaisseur de la membrane muqueuse dans un espace grand comme la paume de la main. L'ulcération présente une largeur moins considérable au niveau des autres tuniques et va toujours se rétrécissant à mesure qu'elle s'approche du péritoine, qui, dans un espace grand comme une pièce de 2 fr., constituait à lui seul la paroi de l'estomac, et où l'on trouve la trace de la perforation artificielle dont il vient d'être parlé.

On remarquait, enfin, quelques vaisseaux sanguins dont la cavité avait été ouverte par l'ulcération, et qui étaient remplis et obstrués par des caillots récents.

Rien dans la rate, ni dans le pancréas, ni dans les reins. Les organes de la circulation et de l'innervation étaient également à l'état normal.

Il y avait, comme on le voit, dans ce fait deux lésions également graves et parfaitement distinctes et indépendantes l'une de l'autre: le kyste hydatique, qu'il avait été d'autant plus difficile de reconnaître pendant la vie, qu'il n'y avait eu aucune tumeur apparente à l'extérieur, qu'on n'avait pu par conséquent constater le frémissement caractéristique, et que la malade n'avait jamais rendu par aucune voie ni hydatides ni débris d'hydatides; en second lieu, la lésion de l'estomac, dont l'existence ne s'est manifestée que vers la dernière période de la maladie, par des symptômes qui n'ont pas permis de la méconnaître.

Rein mobile (luxation du rein de M. Rayer).

Une femme est entrée ces jours derniers à la Clinique, service de M. Nélaton, n° 9 de la salle des femmes, présentant un exemple d'une lésion assez rare, mais qu'il importe de bien connaître, ne fût-ce que pour éviter aux praticiens des erreurs de diagnostic toujours fâcheuses, et aux malades des traitements dont le moindre inconvénient serait d'être inutiles.

Cette femme éprouvait depuis longtemps des douleurs dans l'abdomen avec ballonnement du ventre, douleurs vagues, d'un caractère mal défini, et variant d'intensité d'un moment à l'autre. Un jour, cette malade reconnut, en se palpant le ventre, l'existence d'une tumeur dans l'hypocondre gauche. Elle n'avait rien fait jusque-là. La découverte de cette tumeur fut pour elle une phase nouvelle. Vivement préoccupée de ce que son état pouvait avoir de grave, elle alla consulter un médecin qui, partageant la même préoccupation, prescrivit l'emploi de divers moyens résolutifs très énergiques. Après avoir subi longtemps un traitement actif et parfois douloureux (vésicatoires, moxas, etc.) sans aucun résultat avantageux, cette malade se décida à entrer à l'hôpital.

Voici ce qu'un examen attentif fit immédiatement reconnaître à M. Nélaton : une tumeur dans l'hypocondre gauche, ainsi que cela avait déjà été constaté, mais une tumeur mobile, flottante, pouvant être en quelque sorte saisie entre les mains, ramenée en avant, puis refoulée en arrière ou sur les côtés; en un mot, se déplaçant avec une extrême facilité. Or, que pouvait être une semblable tumeur dans cette région?

Il n'y avait ici à hésiter qu'entre une tumeur de la rate ou une tumeur formée par le rein. A moins qu'on ne supposât quelque dégénérescence, quelque tumeur de l'épiploon, ce qu'on ne pouvait guère admettre ici, vu l'absence de toute trace de cachexie cancéreuse et le bon état général de la malade. Une tumeur de la rate? Cela n'était pas admissible. Une tumeur de la rate n'aurait jamais cette mobilité; elle serait plus adhérente, et d'ailleurs plus volumineuse. En outre, la percussion permettait de lever toute incertitude à cet égard; car si l'on percutait sur la région qu'occupe cet organe pendant qu'on maintenait la tumeur en avant, on percevait la matité habituelle. La tumeur était donc constituée par le rein. Mais, d'un autre côté, il n'existait aucun symptôme qui révé-

---

ment en raison de l'emploi de cette fécule pour confectionner des potages au bouillon. » Et d'un!

PATE NUTRITIVE; SIROP NUTRITIF; PASTILLES D'OSMAZÔME.— « La pâte nutritive, recommandée sur les prospectus aux orateurs, aux professeurs, aux voyageurs, aux enfants et aux personnes convalescentes comme une nourriture légère et fortifiante, est un mélange de gélatine, de sucre et de gomme qui n'a rien d'insalubre, mais qui diffère beaucoup d'un aliment complet.

» Le sirop nutritif est une composition analogue, mais liquide et sirupeuse.

» Les pastilles d'osmazôme, capables, dit-on, de réparer les forces durant les voyages, après les maladies, etc., sont formées d'une sorte de pâte translucide composée de sucre, de gélatine, d'un peu d'extrait de bouillon. On peut les considérer plutôt comme un bonbon que comme un véritable aliment, tant à cause de leur composition trop simple que des faibles doses que l'on en prend. » Et de deux!

Passons à l'ERVALENTA WARTON.

« Très nutritive et rafraîchissante, capable, *disent les prospectus*, de guérir certaines maladies tout en soutenant et en développant les forces, cette préparation paraît nous être venue de Londres. Elle est fort simple, car elle se compose uniquement de lentilles décortiquées mises en poudre. (Et on vend cela 4 fr. le kilogramme!) Son nom se rapporte d'ailleurs à cette origine jusqu'à un certain point. Le nom botanique de la plante est *ervum lens*; de là sans doute le mot composé *erva-lenta*. Il est douteux que la plupart des consommateurs devinent cette étymologie. Le nom de farine de lentilles serait mieux compris; mais peut-être irait-on l'acheter ailleurs. Nous devons ajouter toutefois que cette simple préparation n'a pas toutes les propriétés des lentilles, car l'arome spécial et une certaine action rafraîchissante résident dans les pellicules que la décortication enlève. »

Voici venir la tant célèbre REVALENTA ARABICA du docteur Barry du Barry.

« C'est encore une substance alimentaire dont nous sommes redevables à un docteur anglais; il la désigne sous la dénomination de délicieuse farine restaurative, provenant, dit-il, d'une plante étrangère qui ressemble au chèvrefeuille. Il lui attribue les plus merveilleuses propriétés curatives dans une foule de maladies. La commission sanitaire de Londres s'en est préoccupée et l'a soumise à un examen attentif, soit sous le microscope, soit à l'aide des procédés dont la chimie dispose. En l'examinant de mon côté par les mêmes moyens, je suis arrivé à des résultats semblables. On peut en conclure que cette préparation a pour base, comme la précédente, la farine de lentilles décortiquées. Mais on y rencontre de plus en proportions variables des farines de pois, de maïs, de sorgho, qui ont *un peu moins de valeur*; enfin du gruau d'avoine et d'orge, le tout additionné d'un centième de sel marin. Il est inutile d'ajouter que toutes les propriétés merveilleuses qu'on attribue à ce mélange sont imaginaires. »

Il y a mieux encore que la *revalenta*.

« Cependant on est parvenu à les exagérer encore par un procédé facile, qui consistait à la vendre sous le nom de REVALENTA DOUBLEMENT RAFFINÉE ET CONCENTRÉE; et, sans doute pour donner plus de créance à l'utilité du prétendu raffinage, on a doublé le prix du produit (16 fr. le kilogramme), que l'on peut se procurer, comme le précédent, à Londres et à Paris. »

« Parlerai-je de la SEMOULE D'IGNAME, faite, par économie, avec la pomme de terre, et néanmoins vendue 4 fr. 80 c. le kilogramme? ou bien de la SOLANTA, dont le nom est aussi une allusion transparente pour qui se rappelle le nom botanique de la pomme de terre, le *solanum tuberosum?* Probablement tous ne l'ont pas présent à l'esprit lorsqu'ils payent ce produit quatre fois plus cher que s'ils l'achetaient ailleurs sous le nom moins sonore de fécule. »

Je terminerai par le CHOCOLAT BINUTRITIF.

« Il a reçu ce nom parce qu'il contient des aliments alibiles empruntés au jus de poulet, etc., dit le prospectus. Ce produit, breveté, n'aurait pas évidemment une propriété nutritive double parce qu'il contiendrait un jus quelconque, et, en supposant même que ce jus n'eût pas été partiellement privé de ses facultés alimentaires par les *procédés particuliers* qui, suivant l'annonce, lui ôtent toute odeur; rien d'ailleurs ne garantit jusqu'à ce jour la présence, que je n'ai pu découvrir moi-même, du jus de poulet dans cet aliment. Si un mélange semblable était conseillé par nos habiles praticiens, le plus sûr moyen et le plus économique serait de le préparer soi-même avec du bouillon de poulet non privé de son arome spécial et avec du chocolat de bonne qualité; en tout cas, il n'aurait point, à poids égal, une propriété nutritive double. »

Quelles conclusions tirer de ce chapitre si digne d'éveiller l'attention de l'homme de l'art, sinon que ces aliments, parfois légers et agréables (nous ne parlerons pas du prix), ne pourraient suffire, et au contraire pourraient dans une foule d'occasions inspirer une sécurité trompeuse, prolonger et compromettre les convalescences, au lieu de hâter avec le retour des forces le rétablissement de la santé.

Pour tout dire, en un mot, ce livre, rempli de si précieux documents, est plus qu'un bon livre, c'est une bonne action. Dr PETIT.

---

tât une lésion des fonctions de cet organe. On avait donc affaire à un de ces cas de déplacement du rein dont M. Rayer a le premier tracé l'histoire, et qu'il a décrit sous le nom de rein mobile, ou de luxation du rein.

En effet, en rapprochant ce fait de ceux qu'a fait connaître M. Rayer, on y retrouve, à quelques particularités près et d'assez peu d'importance, les mêmes caractères. Les douleurs, le malaise qu'éprouve cette femme sont-ils le résultat de ce déplacement du rein, ou bien les symptômes de quelque autre affection concomitante dont on aurait à rechercher le siége et la nature? Cette dernière hypothèse serait encore admissible, M. Rayer ayant constaté l'absence de tout symptôme sur plusieurs des femmes affectées de luxation du rein dont il a rapporté l'histoire; car c'est uniquement chez des femmes que cette lésion a été constatée jusqu'à présent. C'est, du reste, un fait qui pourra être éclairci ultérieurement. M. Nélaton se propose, en effet, d'appliquer à cette malade un bandage contentif qui maintienne le rein dans un état d'immobilité, d'après le conseil donné par M. Rayer, qui borne à cela d'ailleurs toute sa thérapeutique. Si les douleurs cessent par le fait seul de cette application, la question sera aisément résolue. C'est ce dont nous aurons à nous informer par la suite.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, ce fait n'en est pas moins digne d'être signalé à l'attention des praticiens, ne fût-ce, nous le répétons, que pour prévenir des méprises fâcheuses et pour apprendre à éviter des traitements pénibles, longs, douloureux et inutiles. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Paralysie complète du membre thoracique. — Douleurs cérébrales de cause inconnue.

Un homme entrait à l'hôpital il y a quelque temps dans les conditions suivantes : depuis plusieurs mois une douleur l'avait saisi à la tête. D'abord légère, errante et fugace, elle s'était définitivement fixée à l'un des côtés du crâne, et s'y maintenait avec opiniâtreté. Progressivement, elle s'était développée, et enfin elle prit un caractère d'intensité tel, que cet homme, par moments, en avait le délire et de véritables convulsions. Un jour il s'aperçut que le membre thoracique du côté opposé à la douleur était embarrassé dans ses mouvements : en peu de temps il était paralysé complétement. Du reste, il n'y avait aucun autre phénomène appréciable; la santé générale était bonne, la digestion s'accomplissait d'une manière normale, et cette douleur, si vive qu'elle fût, une fois son moment passé, disparaissait en entier et laissait au malade un repos absolu.

Il s'était présenté dans le mode d'apparition de ces douleurs cérébrales des phénomènes dignes de la plus grande attention, et qui semblaient devoir jeter du jour sur la nature du mal et sur son pronostic. Irrégulières dans le principe, elles venaient, s'effaçaient à intervalles inégaux et inattendus; mais peu à peu le malade les avait senties se concentrer dans un espace de temps qui revenait toujours à la même heure chaque jour, durait chaque fois autant, et pendant lequel enfin elles acquéraient leur summum d'intensité. C'est alors qu'elles plongeaient le malheureux patient dans un état indéfinissable; il poussait des cris lamentables, s'agitait dans son lit, donnait enfin le spectacle de la plus violente excitation cérébrale. Quand cette crise était passée, il redevenait promptement calme et tranquille.

Ainsi qu'il a été dit, il n'y avait au dehors aucune apparence de maladie, aucune déformation qui pût éclairer sur la nature de l'affection. La douleur était profonde, le malade avait la sensation qu'elle venait de loin, on ne l'exaspérait pas notablement par la pression. Tout indiquait donc qu'elle devait occuper la substance même de l'encéphale. Mais quelles étaient sa nature et son origine, et comment la combattre?

Le cerveau est sujet à tant d'affections douloureuses diverses, qu'il est presque impossible d'y déterminer la nature d'un mal d'après l'étude seule de la douleur qui s'y fait ressentir.

Ici on pouvait avoir un épanchement, un ramollissement, etc.; ce pouvait être une affection syphilitique ou une tumeur, une production quelconque dans la masse encéphalique. Mais ce n'étaient pas les formes ordinaires des prémices de ces maladies; quant à une affection syphilitique, non-seulement le malade la repoussait, mais encore on ne trouvait sur sa personne aucune cicatrice qui pût en être l'indice. Mais ces douleurs disparaissant ainsi absolument pour reparaître fixes et terribles par moments et sur un point donné, surtout pendant le jour, sont parfaitement dans les errements, dans les allures des affections cancéreuses.

Déjà dans plusieurs circonstances M. Trousseau avait été à même de vérifier la valeur d'un tel signe. Une fois c'était chez une dame de Soissons; elle éprouvait depuis plusieurs mois à l'utérus des douleurs qui étaient devenues atroces, sans qu'il y eût d'ailleurs aucune déformation, aucune lésion appréciable par le toucher, et sans qu'il se manifestât d'autre désordre qu'un très léger écoulement sanguinolent apparaissant à intervalles, et durant d'ailleurs peu de temps. Mais les douleurs revenaient à époques fixes, à des heures déterminées; elles avaient leur durée et leur habitude d'apparition parfaitement semblables, plus semblables qu'on ne trouve à l'occasion d'aucune autre affection, et la malade bientôt fut emportée par une affection carcinomateuse arrivée à sa dernière période.

Une autre fois c'était chez une femme qui pour tout symptôme avait seulement de ces douleurs périodiques et fixes dont nous venons de parler, sans lésion, sans autre signe appréciable. Mais Récamier, explorant la cavité utérine avec la curette qu'il avait imaginée, ramenait de la surface de la muqueuse des végétations commençantes de cancer.

Enfin, une dame, à qui M. le docteur Lasègue donne des soins actuellement et qui doit périr d'un cancer utérin arrivé à sa dernière période de ramollissement, n'a présenté pendant très longtemps pour symptôme unique qu'une douleur fixe périodique à heures réglées, en tout semblable, en un mot, à celle que nous venons de citer.

Pour en revenir au malade qui fait le sujet de la leçon, comme il fallait, malgré l'absence de tout symptôme, trouver une cause au moins approximative à ses souffrances, il était permis de se demander par analogie si la fixité, la régularité des douleurs ne devaient pas les faire rapprocher des douleurs utérines au début des affections cancéreuses. Il y avait donc lieu de porter sur la situation de cet homme un pronostic des plus redoutables; on pouvait craindre qu'il ne fût atteint d'une maladie à la fois constamment mortelle, et l'une de celles où la mort ne s'achète en quelque sorte qu'au prix des plus effroyables douleurs. Toutefois on ne pouvait préjuger de rien d'une manière absolue. Les moyens d'investigation étaient si faibles, les inductions si peu précises; on avait si peu de raisons suffisantes pour s'arrêter à une idée définitive qu'il était permis d'espérer que les présomptions qu'on s'était formées étaient peut-être mensongères, et d'ailleurs, à cause de la désespérante abstention à laquelle on est condamné par la certitude d'un cancer, on devait chercher autour de soi toute autre pensée qui offrît plus de ressources et s'y attacher.

Cet homme, a-t-on dit, ne portait aucune trace de syphilis; mais quel reproche aurait-on pu encourir pour l'avoir en dépit de tout soumis à la médication antivénérienne? Il paraissait voué à une mort certaine. C'était une tentative désespérée qui ne pouvait avoir aucune conséquence bien regrettable. Il y fut donc procédé immédiatement.

Le malade fut soumis successivement au mercure et à l'iodure de potassium; on amena avec précaution une salivation modérée; elle fut soutenue avec la plus attentive réserve, et au bout de quelque temps les douleurs commençaient à diminuer, la paralysie du membre thoracique s'effaçait en proportion, et à présent cet homme ne souffre presque plus, bien que ses douleurs aient conservé leur type de régularité; il commence à se servir de son bras, qui pendant si longtemps avait été perclus, et selon toute apparence une persistance convenable dans le traitement amènera la guérison définitive.

Cette observation montre une fois de plus la réserve qu'on doit apporter dans le diagnostic, surtout quand il peut résulter de trop de précipitation des conséquences aussi graves. Il y a quelques années, un colon de l'île Maurice vint à Paris pour se faire traiter d'une sarcocèle énorme. Dupuytren, Antoine Dubois, Lisfranc et d'autres chirurgiens encore vivants, consultés successivement, donnèrent tous le même avis; ils conclurent à l'ablation du testicule malade : il fallait amputer au plus vite, sous peine de voir le mal prendre rapidement la plus redoutable extension. Le malade avait pour l'opération la plus profonde répugnance; il déclara qu'il préférait se détruire. Avant d'en venir à ce moyen extrême, un de ses amis, simple praticien à Paris, lui conseilla d'essayer à tout hasard d'un traitement antisyphilitique. La médication par le calomel et les frictions fut organisée, et au bout de quelques mois le testicule menacé avait repris toutes ses fonctions et ses conditions normales. Enfin, chez notre malade, les douleurs ostéocopes apparaissaient le jour au lieu d'être nocturnes, ainsi que cela se voit habituellement. C'est là une anomalie rare assurément, mais qui se présente encore quelquefois, et à laquelle il faut s'attendre par conséquent, sous peine d'être souvent induit en erreur.

Et peut-être, si l'on étudiait davantage sous ce point de vue, trouverait-on la clef de bien des affections dont la nature et le traitement rationnel resteut inconnus; peut-être trouverait-on souvent le moyen de guérir certaines névralgies en particulier, qui restent rebelles et résistent avec opiniâtreté. Une femme publique de la rue Saint-Marc, à Paris, fut traitée pendant longtemps et vainement pour une névralgie qui occupait un des côtés de la tête, revenant le jour à un instant connu, réglé et durant chaque fois autant de temps. On avait essayé tous les calmants, tous les antipériodiques sans arriver à rien. Par un hasard assez surprenant, malgré la position spéciale de cette femme, on n'avait pas encore songé pour elle à une affection vénérienne, quand survinrent aux cuisses et aux jambes de ces pustules ulcéreuses aux bords érodés à pic, à auréoles violacées qui sont si caractéristiques. L'indication fut saisie avec empressement. On appliqua un traitement mercuriel; la salivation modérée fut maintenue pendant quelque temps, et, finalement, on obtint la guérison complète à la fois des ulcérations et des douleurs de la tête, lesquelles disparurent sans retour.

Dr Faure.

HOSPICE DES ENFANTS-TROUVÉS.

M. Morel-Lavallée.

Remarques pratiques sur une série d'amauroses guéries par un traitement fort simple.

Ce travail, que vient de publier M. Morel-Lavallée, repose sur huit cas d'amaurose complète dans lesquels il a obtenu six guérisons; résultat extrêmement remarquable dans une maladie aussi rebelle. Ce qui fait la nouveauté du traitement employé par ce chirurgien, c'est la combinaison et surtout l'énergie des moyens; c'est l'application dans l'amaurose de ce qu'on peut appeler la méthode à haute dose.

Voici cette méthode :

Le premier jour, une saignée;

Le deuxième jour, sangsues derrière les oreilles;

Le troisième jour, un séton à la nuque;

Le quatrième jour, un purgatif, une bouteille d'eau de Sedlitz;

Les jours suivants, ce purgatif répété deux ou trois fois par semaine.

Ces moyens ont été presque absolument les mêmes dans tous les cas; ils ont seulement été gradués suivant le tempérament et l'intensité des symptômes. Mais cette modification a été si légère, qu'on peut dire que le traitement a toujours été essentiellement le même, quelle que fût la forme de l'amaurose. C'est ce qui a naturellement porté l'auteur à se demander si la division de l'amaurose en sthénique et asthénique est bien fondé en pratique. On a établi cette distinction sur les causes, les symptômes et les résultats du traitement.

Examinant successivement ces trois bases, M. Morel-Lavallée dit, à propos des *causes*, que s'il y a des amauroses qui semblent prendre naissance dans l'épuisement du sujet, il se peut qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence, ou que sous des influences spéciales un travail fluxionnaire *local* s'empare de l'appareil nerveux optique au milieu de la débilité générale de l'organisme, etc.

« Les *symptômes*, continue l'auteur, offrent-ils une signification moins douteuse? Nous ne le pensons pas. On peut, en effet, sous ce rapport, former trois groupes d'amauroses, fondés en quelque sorte sur la dégradation des symptômes.

» Le premier groupe se caractérise souvent, surtout au début, par de la photophobie, du larmoiement, de la rougeur dans la conjonctive, un resserrement de la pupille. Ces cas, qui prendraient tout aussi bien le nom d'iritis ou de rétinite, constituent la forme la mieux accusée de ce qu'on a appelé l'amaurose sthénique.

» Dans le deuxième groupe, il n'y a plus que des sensations lumineuses, des scintillations, des corpuscules brillants, des bandes, des anneaux colorés : c'est une autre variété de l'amaurose sthénique.

» Le troisième groupe n'offre même plus de phénomènes lumineux; au lieu de corpuscules brillants, ce ne sont plus que des mouches noires, des teintes obscures : c'est l'amaurose asthénique.

» Cette dégradation des symptômes d'un groupe à l'autre n'indique-t-elle pas moins une différence dans la nature de la lésion que des nuances dans ses manifestations? Ne retrouve-t-on pas ces variétés dans les autres maladies? Est-ce que le point de côté, la dyspnée, etc., sont les mêmes dans toutes les pleurésies d'ailleurs analogues? Est-ce que ces symptômes ne sont pas d'une intensité extrême dans certains cas, tandis qu'ils sont à peine marqués ou manquent absolument dans d'autres? Et, pour ne pas nous éloigner de l'œil, est-ce que la photophobie est au même degré dans tous les iritis d'ailleurs d'une égale intensité, dans toutes les ulcérations scrofuleuses de la cornée? Ne l'y voit-on pas extrême, nulle ou modérée? Pourquoi en serait-il autrement de l'amaurose? Sa faible intensité ou même l'absence de la photophobie ou des sensations lumineuses excluraient-elles sa nature sthénique?

» Quant au résultat favorable d'une *thérapeutique* excitante, il n'est pas autant en opposition avec l'existence de l'élément phlegmasique qu'il pourrait le paraître au premier abord. Parmi les excitants qui ont réussi, prenons tout de suite le plus énergique, le galvanisme. Est-il inadmissible que cet agent puissant imprime à l'appareil optique des modifications vitales qui en dissipent l'engorgement? Ce résultat serait-il plus difficile à comprendre que l'action résolutive du fer rouge sur une tumeur blanche? Enfin, plusieurs de nos propres malades qui ont guéri par les antiphlogistiques offraient la forme asthénique. Cette forme asthénique, si elle est réelle, serait donc beaucoup plus rare qu'on ne le pense généralement. »

Quoi qu'il en soit du côté théorique de la question, de quelque façon qu'on explique les succès obtenus par M. Morel-Lavallée, ces succès recommandent sa méthode thérapeutique à l'attention des chirurgiens.

De quelques modifications apportées dans le traitement du choléra par le sulfate de strychnine.

Par M. Abeille, médecin de l'hôpital du Roule.

Depuis que nous avons adressé à l'Académie des sciences une note sommaire sur notre méthode de traitement du choléra par la strychnine, appuyée des résultats de notre clinique, un certain nombre de confrères de Paris nous ont suivi dans cette voie.

Un professeur de la Faculté de médecine aurait eu dans sa clinique, à l'Hôtel-Dieu, si nous sommes bien informé, des résultats au moins égaux aux nôtres.

Avec la propagation de l'épidémie dans certains départements, il est hors de doute que nos confrères de province voudront essayer cette nouvelle méthode qui se présente avec d'aussi sérieuses garanties de succès. Dans cette prévision, et en attendant que nous puissions lire devant l'Académie notre travail complet, nous croyons

devoir appeler l'attention sur quelques modifications que nous avons fait subir à notre méthode.

Au moment où nous écrivions à l'Académie, nous n'avions employé la strychnine que dans des cas de choléra algide. C'est sur des cas de même nature que se fait en ce moment la contre-expérimentation.

Dans cet état d'algidité, la circulation et les fonctions d'hématurie sont profondément atteintes, les malades sont menacés d'asphyxie. Le sang est alors à son maximum d'altération ; le sérum est diminué dans une fort grande proportion, et les globules sont portés relativement à un chiffre très élevé. La fibrine elle-même, quoique ne variant point en quantité, a perdu de sa cohésion ; elle est plus diffluente. Avec de semblables conditions du sang, la circulation, déjà si gravement atteinte, devient impossible dans les capillaires qui se trouvent gorgés par le tassement des globules rouges. Les organes principaux de la vie sont hyperémiés passivement. Supposons un instant que, dans cet état de choses, un agent médicamenteux, la strychnine, par exemple, ait la puissance de stimuler l'action du cœur, d'imprimer une certaine activité à la circulation, que doit-il arriver ? Du moment que l'impulsion du cœur augmente, cet organe relance, dans un moment donné, une plus grande quantité de sang dans l'arbre circulatoire. Avec les conditions que nous connaissons à ce liquide, le premier effet de ce surcroît d'activité du cœur est de pousser dans les capillaires, qui ne peuvent se désemplir, une nouvelle quantité de globules qui viennent se tasser derrière ceux qui les gorgent déjà.

Cette accumulation de globules continuant, il peut y avoir rupture des parois des capillaires par suite de la pression, et cela précisément dans les organes où les capillaires trouvent dans les tissus qui les entourent une faible résistance, dans les poumons, par exemple. Si la déchirure s'effectue, on a des foyers apoplectiques, et ces foyers sont un mal sans remède, en raison de leur multiplicité. Alors le médicament, qui est si précieux par son action sur la circulation, peut devenir funeste aux malades. Nous avons dû chercher à éviter cet écueil.

Lors donc que nous donnons la strychnine dans la période algide, nous nous hâtons de faire un vide dans la circulation capillaire. La saignée générale est impuissante pour atteindre ce but, puisqu'on n'obtient pas de sang par la veine. Nous faisons appliquer 30 à 40 sangsues, suivant la force des sujets, à la base de la poitrine, sur les points correspondants aux bases des poumons. A mesure que sous l'influence de la strychnine la circulation se rétablit, et qu'il se montre de la réaction, nous réitérons l'application de sangsues, nous ouvrons même alors la veine, pour vider en partie les vaisseaux et donner plus de liberté au cours du sang.

Un peu plus tard, nous faisons plonger les malades dans un bain chaud, avec la précaution de leur tenir de la glace ou de l'eau froide sur la tête. L'action du bain, dans ce cas, facilite la circulation autant par l'imbibition des tissus, par la pénétration de l'eau dans le sang par voie d'endosmose, que par l'élévation de la température cutanée.

Ces deux points nous ont paru de la plus grande importance, et nous les signalons. On s'abuserait étrangement si l'on pensait que la strychnine n'a d'action que dans la période algide, qu'elle ne tend qu'à relever la circulation affaissée. Ce n'est que dans ces cas désespérés que, consciencieusement, nous avons dû la donner d'abord ; ce n'est que dans ces cas que la contre-expérimentation officielle se fait en ce moment.

Mais elle a une propriété bien autre, et que nous prouverons facilement plus tard dans notre travail.

Ainsi dans le choléra non algide, où la chaleur est encore conservée, où la circulation se fait assez librement, qui se caractérise par les selles et les vomissements blancs, les crampes, un léger degré de cyanose, la suspension de la sécrétion urinaire ; dans ces cas la strychnine fait diminuer rapidement tous ces symptômes, et son action est bien autrement prompte et décisive.

Dans quelques cas de ce genre, nous n'avons donné que la strychnine et les boissons chaudes, et les malades qui ont guéri dans les cinq sixièmes des cas sont arrivés promptement à la convalescence.

Ce médicament nous a paru ne pas produire moins d'effet chez les femmes que chez les hommes, et sur les enfants que sur les adultes.

Depuis qu'il a été nettement établi que le choléra est précédé de diarrhée dans l'immense majorité des cas, son traitement est devenu plus simple, plus facile.

Quand les phénomènes cholériques éclatent, la strychnine administrée aussitôt les modifie avantageusement et avec rapidité, parce qu'elle agit sur le système.

Si les malades sont arrivés à la période algide, le même médicament suscite une réaction plus ou moins prononcée, 19 fois sur 23, et procure la guérison 10 fois sur 23 ; résultat bien supérieur à celui que donne le sulfate de quinine dans les accès pernicieux algides.

La strychnine doit être administrée à l'état de sulfate, dans 60 grammes de solution de gomme, à la dose de 0,015 à 0,03, en quatre heures, par quart de la potion. Chez les enfants les doses doivent être de moitié. Nous avons donné 0,01 en vingt-quatre heures chez un petit malade de douze ans.

Pour empêcher que les malades ne la rejettent par le vomissement, il est important de leur faire avaler un morceau de glace après. S'ils ne vomissent pas avant dix minutes, le médicament a eu le temps d'être absorbé ; s'ils vomissent de suite, il ne faut pas craindre de répéter la dose.

Les doses indiquées du médicament sont répétées le matin et le soir.

Quand le pouls et la chaleur reparaissent il faut diminuer, et ne plus donner qu'une dose par jour, et s'arrêter définitivement dès que la réaction est établie.

Il reste alors à continuer les boissons chaudes aux malades, et à les surveiller pour combattre les phénomènes typhoïdes qui ne se montrent que trop souvent dans le choléra pendant la période de réaction. Ces phénomènes, qui se traduisent par une tendance au sommeil, le coma, sont le résultat de l'hyperémie cérébrale d'abord passive, puis active sous l'influence de la réaction. Chacun sait la manière dont il convient de les attaquer.

CONGÉLATION DES DEUX EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES

suivie de gangrène. — Amputation des deux jambes. — Guérison.

Par M. Sonrier, médecin aide-major à Batna (Algérie).

Les médecins militaires de nos possessions africaines n'ont que trop fréquemment l'occasion d'observer des cas graves de congélation des membres suivie de gangrène. En 1846, à la suite de la désastreuse expédition de Bou-Thaleb, dans la province de Constantine, un chirurgien distingué, le docteur Sbrimpton, chargé de la direction en chef de l'ambulance active de cette province, a tracé un tableau aussi intéressant qu'exact des malheurs qui ont été le résultat de cette campagne, et a présenté d'utiles considérations pratiques sur les effets du froid, les congélations générales et partielles, leur traitement, et les amputations nécessitées par les gangrènes qui en furent la suite.

Rappelons en passant que M. Shrimpton a démontré par des faits nombreux que chez beaucoup de sujets ç'a été moins à l'intensité excessive du froid (pendant toute l'expédition le froid, dans les montagnes de Bou-Thaleb, n'a pas dépassé 3 ou 4 degrés centigrades au-dessous de zéro) qu'à sa continuité et au contact prolongé des extrémités inférieures avec le cuir des chaussures, rendu humide par la neige fondante et devenu par cette circonstance meilleur conducteur du calorique, qu'ont été dus la plupart des accidents observés. Une des principales preuves qu'il en a données, c'est d'une part le petit nombre de congélations des parties saillantes du visage, du nez, des oreilles, parties qui par les grands froids sont les premières atteintes ordinairement. Une autre non moins convaincante, c'est la fréquence extrême des congélations des pieds ; fréquence telle, que le nombre de ces congélations a été dans l'expédition de Bou-Thaleb de 325 sur 355 malades, tandis que l'on n'a observé que 6 congélations des mains, 6 des oreilles et 1 du nez. Il a démontré également que les asphyxies partielles sont d'autant plus promptement produites par le froid que les sujets se trouvent dans des conditions plus défavorables d'abstinence prolongée, d'excès de fatigue, de privation de sommeil, etc. Tous ces faits trouvent une nouvelle confirmation dans l'observation suivante, qui nous est transmise par M. le docteur Sonrier, aide-major à Batna. On remarquera que l'Arabe dont il est question, et qui a si heureusement échappé à l'inclémence du climat et à la gravité d'une double amputation, s'est trouvé exactement dans les mêmes conditions que nos malheureux soldats pendant l'expédition que nous rappelons ici. Dr A. F.

Mohamet, trente-deux ans, Arabe du Sahara, constitution sèche, tempérament nerveux, est apporté à l'hôpital le 29 janvier dernier pour congélation des deux extrémités inférieures.

Il raconte que, parti avec un camarade des oasis situées à 80 lieues au sud de Biskra, où règne pendant l'hiver un doux printemps, ils avaient été assaillis en entrant dans les hautes montagnes du Tell (Auress) par une neige tellement épaisse que tout chemin disparut, puis qu'ayant perdu son compagnon, il resta seul sans provisions. Pendant neuf jours il erra dans des montagnes abruptes, profondément ravinées, n'ayant pour tout vêtement qu'un mince bernous, pour chaussure des sandales en peau de mouton rattachées au-dessus des malléoles ; rien que l'eau pour tout aliment, la neige pour repos, le ciel glacé pour abri. Chaque jour il s'épuisait à faire 4 lieues à peine ; ses pieds étaient tuméfiés, endoloris ; enfin, il rencontra un Arabe qui lui donna du pain, dont il ne put manger, et le fit transporter à Lambessa, où il resta encore dix-sept jours sans soins. Mais, voyant que son état devenait alarmant, que des phlyctènes et un cercle inflammatoire s'étaient formés autour de ses pieds, il se décida à entrer à l'hôpital de Batna.

On constate les désordres suivants :

Eschare noirâtre, circulaire au point où s'attachent les sandales ; tissu cellulaire profondément mortifié. Les muscles et les tendons sont disséqués ; le tendon d'Achille détruit du côté gauche ; les articulations tibio-tarsiennes sont mobiles et ouvertes en un point ; pieds froids et insensibles ; odeur, *sui generis*, repoussante. Un peu de fièvre, affaissement.

Traitement. — Toniques, légers excitants sur les parties gangrenées pour y ramener la vie, et le troisième jour on se décide à faire dans la même séance l'amputation des deux membres pelviens. L'infortuné Saharien l'accepte comme une triste fatalité à condition qu'on l'*endormira*.

Le pouls, à 70 avant l'inhalation du chloroforme, tombe à 40 pendant que M. Strauss, médecin en chef par *interim*, ampute la jambe, puis à 35, chiffre autour duquel il a oscillé pendant l'ablation du deuxième membre que notre camarade nous a prié de pratiquer ; nous avons remarqué, en outre, que le sang, devenu plus noir, jaillissait à peine des artères quand l'anesthésie a été complète.

Autopsie des membres. — Tous les organes sont tombés en *deliquium*. Les cartilages articulaires sont ramollis, sanieux. Entièrement détruites au niveau des désordres signalés, les artères tibiales postérieures se trouvent, au-dessus du cercle inflammatoire, être augmentées de volume et remplies par un caillot gélatiniforme purulent, mais poursuivies à 5 ou 6 centimètres au-dessus ; le caillot, moins consistant, se nuance de rouge ; un peu plus haut, le sang reparaît avec ses caractères artériels. Notons aussi que les parois des vaisseaux, enflammées, épaissies, un peu ramollies, ont tellement perdu de leur calibre intérieur, qu'au niveau de la suppuration on n'aperçoit plus qu'un faible pertuis, double cause d'hémostase.

Le 3 février, peu de sommeil ; légère douleur dans les moignons ; le pouls, lent et mou la veille, se relève.

Le 4, amélioration ; trois heures de sommeil ; douleur moins vive ; pouls à 90, assez développé. — Décoction de café.

Le 6, premier pansement. Suppuration lie de vin. Etat assez satisfaisant.

Le 16, la ligature du membre gauche tombe. Amélioration soutenue. On n'a fait qu'une ligature sur le membre gauche, amputé très près de l'articulation.

Le 19, les ligatures du membre droit sont enlevées. Un peu de tuméfaction avec suppuration de bonne nature.

Le 12 mars, la jambe gauche est guérie, la droite en pleine suppuration. L'état du malade est excellent.

Le 20 mai, injections iodées dans les clapiers du moignon droit frictions d'iodure de potassium sur les cicatrices indurées. Amélioration.

Le 15 juin, le malade est enfin complétement guéri.

L'alimentation a varié avec l'état général de l'amputé, chez leque nous n'avons eu, du reste, à constater aucun des accidents consécutifs toujours si graves à la suite de semblables mutilations.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser à MM. les recteurs la circulaire et l'arrêté suivants relatifs aux examens de première année dans les facultés de médecine : .

Monsieur le recteur, le règlement du 7 septembre 1852, relatif au baccalauréat ès sciences, dont les étudiants en médecine doivent justifier dès la première inscription, ayant élevé de beaucoup le niveau des connaissances exigées des candidats, en ce qui concerne la chimie, la physique et l'histoire naturelle, j'ai pensé que l'instruction déjà acquise par les étudiants dans ces diverses branches de sciences accessoires devait faire modifier l'enseignement de la première année d'études médicales, et exigeait des modifications correspondantes dans le programme de l'examen qui termine cette année. En effet, les cours de physique, de chimie et d'histoire naturelle peuvent désormais prendre dans ces Facultés un caractère plus positif d'application à la médecine ; et les étudiants qui les suivent, déjà pénétrés des principes de ces sciences, sont en état d'aborder immédiatement les études les plus importantes pour l'avenir de leur carrière : celles qui concernent l'anatomie et la physiologie. C'est pour rendre ces études obligatoires dès la première année qu'il m'a paru nécessaire de joindre aux matières du premier examen de sortie certaines parties de l'anatomie et les prolégomènes de la physiologie, indépendamment des connaissances de physique, de chimie et d'histoire naturelle, considérées dans leurs applications à la médecine, qui constituaient seules ce premier examen.

Le conseil impérial de l'instruction publique ayant émis un avis favorable sur ce projet, j'ai pris, sous la date du 8 juillet courant, un arrêté dont je vous transmets ampliation, et qui détermine le programme des examens conformément aux observations qui précèdent.

Je vous prie, monsieur le recteur, etc., etc.

ARRÊTÉ.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'arrêté du 7 septembre 1846, relatif aux examens de fin d'année dans les Facultés de médecine ;

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

ART. 1er. Le premier examen de fin d'année dans les Facultés de médecine aura pour objet : 1° la physique, la chimie et l'histoire naturelle, considérées dans leurs applications à la médecine, conformément aux programmes des leçons professées dans le courant de l'année par les professeurs de la Faculté ;

2° Les premières parties de l'anatomie (ostéologie, articulations, myologie) et les prolégomènes de la physiologie. L'anatomie et la physiologie, dans toutes leurs parties, continueront d'être la matière du second examen de fin d'année.

ART. 2. MM. les recteurs des Académies départementales de la Seine, du Bas-Rhin et de l'Hérault sont chargés d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 8 juillet 1854. H. FORTOUL.

N. B. Les dispositions de cet arrêté ne sont exécutoires qu'à partir du 15 juillet 1855.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

PARIS, LE 24 JUILLET 1854.

DU TRAITEMENT DES POLYPES FIBREUX DE LA BASE DU CRANE, dits naso-pharyngiens.

Les polypes fibreux naso-pharyngiens ont été depuis quelques années l'objet d'une étude spéciale et très attentive, qui a conduit à préciser beaucoup mieux qu'on n'avait pu le faire jusque-là l'indication des manœuvres opératoires nécessaires pour en obtenir la guérison. C'est à M. le professeur Nélaton surtout, comme tout le monde le sait, qu'on doit la plus grande partie de ces résultats et les plus beaux succès en ce genre. Nous avons déjà rapporté plusieurs opérations faites d'après la méthode opératoire instituée par cet habile chirurgien ; il en a fait récemment encore une nouvelle et heureuse application en présence des élèves de la clinique.

Les faits sont assez multipliés aujourd'hui pour rendre possible une appréciation comparative des méthodes usitées jusqu'ici et de celle que M. Nélaton s'efforce depuis plusieurs années de faire prévaloir.

Un jeune médecin portugais, élève distingué de M. Nélaton, M. le docteur d'Ornellas, vient d'entreprendre ce parallèle dans une très bonne thèse qu'il a soutenue tout récemment à la Faculté (11 juillet 1854), et dans laquelle il a réuni tous les documents anatomiques, anatomo-pathologiques et cliniques de l'histoire de ces polypes. Ces documents viennent corroborer sur tous les points les principes et la méthode de son maître.

Nous croyons ne pouvoir mieux faire connaître l'état de la question sur cette importante opération qu'en résumant ici les résultats des recherches de notre jeune confrère sur ce sujet.

Pour M. d'Ornellas, comme pour M. Nélaton, il n'y a qu'un seul mode d'insertion, toujours le même pour les polypes naso-pharyngiens ; c'est l'insertion à la base du crâne, sur l'apophyse basilaire (à la partie supérieure de la face inférieure de cette apophyse) et à la partie du corps du sphénoïde qui s'articule avec elle, dans les parties supérieures des fosses ptérygoïdiennes et des ailes internes des apophyses ptérygoïdes. Ces insertions se font dans l'étendue comprise, d'un côté, entre la partie postérieure de l'articulation sphénoïdale du vomer et les insertions du muscle grand droit antérieur de la tête (1 à 2 centimètres), et, d'un autre côté, d'une fosse ptérygoïdienne à l'autre : c'est là la seule insertion vraie, l'insertion primitive ; elle se fait sur le périoste, très solide et très épais en ce point, de l'apophyse basilaire.

Les autres insertions ne se font jamais que d'une manière consécutive ou secondaire ; elles sont plus ou moins récentes. On se rend assez bien compte de la formation de ces adhérences consécutives par la série des phénomènes suivants : le polype s'ulcère, soit par le fait des frottements, par la compression qu'il subit, ou par toute autre cause ; il s'enflamme, ainsi que la muqueuse de la paroi contiguë, et le résultat ordinaire de cette inflammation est une adhérence entre le polype et cette paroi molle. Ces dernières adhérences sont, en général, peu résistantes et faciles à détruire.

Ces faits sont appuyés sur des autopsies et sur l'analyse de tous les faits connus. Il résulte, en effet, des recherches de M. d'Ornellas et de l'analyse rigoureuse à laquelle il s'est livré, tant des faits observés par lui-même que des observations publiées dans les divers recueils de médecine, que la plupart des observations données par les auteurs comme des cas de polypes naso-pharyngiens s'insérant soit sur les parois des fosses nasales, soit dans les sinus frontaux, sphénoïdaux ou maxillaires, n'étaient en réalité que des cas de polypes muqueux (polypes mous), ou d'encéphaloïdes ; tandis que toutes les fois, au contraire, que l'on avait eu affaire à un véritable polype fibreux, l'insertion vraie, originelle, a toujours été trouvée sur le point indiqué, les insertions signalées sur d'autres points étant toujours dans ce cas-là des insertions secondaires.

La constance de ce fait, bien qu'elle soit difficile à expliquer par une raison anatomique ou étiologique quelconque, n'en est pas moins importante à constater, parce qu'elle conduit en pratique à une indication des plus utiles, et qu'elle tend à introduire et à généraliser un mode opératoire uniforme pour tous les cas de polype naso-pharyngien et plus simple que la plupart de ceux qui avaient été mis jusque-là en usage. C'est sur la connaissance de ce fait que repose en effet la méthode opératoire de M. Nélaton.

On sait combien sont nombreuses et variées les opérations qui ont été proposées dans le but de détruire les polypes naso-pharyngiens. Tous les procédés imaginés pour leur destruction, quels qu'ils soient, cautérisation, arrachement, ligature, excision, broiement, compression, nécessitent une opération préalable qui est sans contredit le temps le plus grave du traitement, c'est celle qui a pour objet de mettre à découvert le polype. C'est donc sur elle que porte l'indication principale. On a fait dans ce but l'incision de la narine ou seulement de l'aile du nez en enlevant les os propres de cet organe et l'apophyse montante du maxillaire supérieur gauche, la résection partielle du maxillaire supérieur, l'ablation totale de cet os. De ces diverses opérations, les unes sont insuffisantes, les autres entraînent une mutilation inutile.

La méthode de M. Nélaton a à la fois pour but et pour résultat d'assurer l'ablation ou la destruction complète du polype jusqu'à son insertion primitive, tout en ménageant le plus possible les parties sur lesquelles on agit.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les détails du manuel opératoire de l'opération préliminaire qui constitue le premier temps de cette méthode. On sait qu'elle consiste à pratiquer la résection de la voûte palatine au lieu d'enlever le maxillaire supérieur, comme l'avaient fait jusque-là la plupart des chirurgiens. Or ce qu'il importe, c'est d'apprécier comparativement les résultats tant immédiats qu'éloignés de ces deux modes opératoires. C'est ce que M. d'Ornellas a cherché à faire à l'aide des observations assez nombreuses maintenant de part et d'autre pour avoir des éléments suffisants de comparaison.

Voici en substance ce qui ressort de ce parallèle.

En ce qui concerne le manuel opératoire, la résection de la voûte palatine est moins effrayante pour les malades et plus facile à exécuter. Il n'y a ni os à articulations fixes et profondes à désarticuler, ni vaisseaux difficiles à lier ; on n'est point obligé de se servir de la scie à chaînette, de la gouge et du maillet. Enfin, il n'y a qu'une simple résection d'une lame osseuse à faire, ce qui n'expose le malade à aucun danger immédiat.

Quant à la voie qu'elles offrent à l'ablation ou à la destruction consécutive des polypes, ce qui est le but principal de cette opération préliminaire, sans doute elle est plus large par l'ablation totale du maxillaire supérieur, mais elle est plus directe par la résection de la voûte palatine, qui met mieux à jour le point d'insertion originaire du polype.

Enfin, pour ce qui est des résultats pathologiques et physiologiques des deux opérations, il résulte encore de ce parallèle que la résection de la voûte palatine l'emporte sur l'ablation du maxillaire supérieur. L'expérience a démontré que la destruction des polypes naso-pharyngiens était aussi facile et aussi sûre par la première opération que par la seconde ; on compte sous ce rapport des succès aussi complets et aussi beaux de l'une que de l'autre part. Mais c'est surtout sous le point de vue physiologique que les avantages de la résection de la voûte palatine ressortent davantage, cette opération conservant des parties importantes que sacrifie nécessairement l'ablation du maxillaire.

Quant à l'opération définitive, c'est à la destruction lente du polype par la cautérisation potentielle, adoptée par M. Nélaton, que l'expérience conduit également à donner la préférence.

En résumé, les conclusions que M. d'Ornellas tire de son travail, et qui nous paraissent en découler légitimement, sont les suivantes :

1° Les polypes fibreux naso-pharyngiens proviennent de la base du crâne, où ils ont leur implantation osseuse, et peuvent se prolonger dans toutes les cavités voisines.

2° Les polypes fibreux appartenant aux fosses nasales seules sont extrêmement rares.

3° Il n'existe pas jusqu'aujourd'hui d'exemple bien démontré de polypes fibreux ayant leurs insertions sur les parois osseuses des cavités des sinus frontaux, sphénoïdaux et maxillaires.

4° La méthode de M. Nélaton doit être adoptée comme méthode générale pour le traitement des polypes fibreux de la base du crâne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Développement de la hernie crurale. — Comment se forme la hernie crurale ? Se montre-t-elle brusquement, ou met-elle un certain temps à parcourir son trajet pour se montrer au dehors ? Si l'on interroge les malades, ils vous répondront presque tous invariablement que leur hernie est venue à la suite d'un effort et qu'elle est sortie brusquement. C'est une erreur. Il a déjà été démontré que c'était une erreur pour la hernie inguinale ; c'en est une également pour la hernie crurale. La hernie crurale ne peut pas se produire ainsi brusquement, l'anneau crural étant soutenu bien plus fortement que l'orifice inguinal interne, et la portion de l'anneau par où se fait la hernie offrant une résistance assez grande, par suite de l'existence en ce point du *septum crural*, qui est placé en travers de l'anneau. Comment, avec un semblable moyen de protection, la hernie crurale pourrait-elle se former tout d'un coup et sous l'influence d'un simple effort ? Astley Cooper professait que la hernie crurale diffère surtout de la hernie inguinale en ce que la première suit, en général, une marche plus lente et plus graduelle, de telle sorte qu'elle n'aurait jamais lieu par rupture. C'est la vérité ; la hernie crurale ne procède jamais par rupture ; elle se fait toujours, au contraire, par degrés, comme la hernie inguinale ; avec cette différence, toutefois, qu'elle ne suit pas aussi régulièrement que celle-ci les diverses phases de son évolution. Elle passe quelquefois brusquement du premier au troisième degré.

La hernie crurale ne se montre donc jamais d'une manière brusque et instantanée ; elle commence par déprimer les tissus fibro-celluleux qui recouvrent et masquent l'anneau crural ; c'est ce que l'on appelle la *pointe de la hernie crurale ;* c'est le premier degré. Chez un sujet sain, qui n'a point de hernie crurale, on ne sent point dans cette région le péritoine. Si, appliquant chez un pareil sujet le bout de l'index sur l'anneau crural, vous le faites tousser, vous ne sentirez point le choc des viscères. Mais chez un sujet qui a un commencement de hernie, c'est-à-dire alors que les parois abdominales ont été vaincues par l'effort de la pointe de hernie crurale, le doigt, appliqué sur l'anneau, sentira très distinctement, pendant les efforts de toux, l'impulsion des viscères. On a été très longtemps sans se douter de l'existence de cette pointe de hernie crurale ; elle est cependant très commune, et on la découvre souvent, en se livrant au mode d'exploration que je viens d'indiquer, chez les sujets qui se plaignent de douleurs dans les aines, et chez lesquels on n'eût pas soupçonné sans cela l'existence d'une hernie crurale.

La hernie reste longtemps à l'état de pointe ; plus tard elle s'enfonce graduellement et pénètre de plus en plus dans le canal crural, et elle devient alors *hernie interstitielle.* C'est le deuxième degré. Elle est alors tantôt allongée en travers, parallèlement à l'arcade ; tantôt allongée de haut en bas, suivant la direction du canal ; d'autres fois on la trouve arrondie ou conoïde à base supérieure, ou bien enfin piriforme à base inférieure.

Plus tard encore la hernie, progressant toujours, sort du canal ; c'est la *hernie complète*, ou la hernie du troisième degré. La hernie du troisième degré présente de nombreuses variétés. Quelquefois elle sort par un petit trou du ligament de Gimbernat, situé tout près de son bord externe. Cette variété est extrêmement rare ; elle n'a été signalée jusqu'ici que sur le cadavre, où elle a été observée par MM. Laugier et Cruveilhier. La hernie se fait d'autres fois en dehors du ligament de Gimbernat, par un des trous que présente le *fascia cribriforme* presque immédiatement au-dessous du ligament de Fallope. On pourrait, à cause de cette disposition, l'appeler hernie de Gimbernat. Celle-là est de beaucoup la plus commune. Il y a d'autres hernies crurales qui descendent un peu plus loin, et qui sortent par quelqu'un des autres trous du fascia cribriforme. Dans quelques cas rares on a vu une hernie sortir par plusieurs trous à la fois. Ainsi, M. J. Cloquet a rapporté l'exemple d'une hernie sortie par deux trous, et Hesselbach en a vu une sortie par cinq trous. Quelquefois enfin la hernie ne sort par aucun de ces trous ; elle parcourt toute la longueur du canal crural, et arrivée à l'extrémité de ce canal, elle en sort par l'orifice qui livre passage à la veine saphène interne. On s'est même demandé si les choses ne se passaient pas toujours ainsi. Quelques chirurgiens ont prétendu que la hernie crurale enfilait toujours le canal crural dans toute sa longueur, et en sortait par le trou de la veine

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février ; 7, 28 mars ; 4, 11 avril ; 2, 9 et 30 mai.

saphène. C'est au moins une exagération; loin que cela arrive toujours, c'est au contraire le cas le plus rare. C'est Béclard qui a le premier signalé l'existence de cette variété de la hernie crurale; aussi pourrait-on, pour la distinguer des autres, la désigner sous le nom de *hernie crurale de Béclard*. Il existe enfin une autre variété de hernie crurale qui a été décrite par M. J. Cloquet; c'est celle dans laquelle la hernie sort par l'un des trous dont est percée aussi la paroi postérieure du canal, et vient se loger dans la gaîne du muscle pectiné. C'est sur le cadavre que M. Cloquet a découvert ce genre de hernie, et ce n'est que sur le cadavre du reste qu'il est possible de la rencontrer, car il serait à peu près impossible de la reconnaître sur le vivant.

Ainsi, en résumé, on peut admettre quatre degrés ou quatre variétés principales dans la hernie crurale :

1° La pointe de la hernie crurale, sensible au doigt seulement;
2° La hernie interstitielle, occupant le canal;
3° La hernie complète, ou hernie de Gimbernat;
4° La hernie de Béclard, sortant par l'orifice de la veine saphène.

Diagnostic de la hernie crurale. — Les chirurgiens de notre temps ont commis à cet égard les erreurs les plus complètes. Astley Cooper, par exemple, enseigne que pour distinguer la hernie inguinale de la hernie crurale, il faut suivre le ligament de Poupart avec le doigt. Si le col de la tumeur, dit-il, est situé au-dessus de ce ligament, la hernie est inguinale; est-il au-dessous, la hernie est crurale. Dans le premier cas la tumeur est en dedans de l'épine du pubis; dans le second elle est en dehors. Nous ferons remarquer d'abord qu'on ne sent pas toujours le col de la hernie, notamment dans les petites hernies réductibles; dans les hernies crurales irréductibles, le col est caché souvent par la tumeur elle-même. D'un autre côté, rien n'est difficile comme de suivre chez certains sujets le ligament de Poupart, soit à cause de l'embonpoint, soit à cause de la laxité même de ce ligament. Enfin, il est facile de confondre ce ligament avec le pilier supérieur de l'anneau inguinal. On ne saurait non plus trouver de données plus certaines dans la situation respective de l'épine du pubis et de la tumeur, car il n'est pas rare de voir des hernies inguinales dont le col est situé en dehors de l'épine du pubis.

Les chirurgiens français, en général, n'ont pas été beaucoup plus heureux non plus qu'Astley Cooper dans l'établissement de leur diagnostic différentiel. Ainsi nous voyons Pelletan ne donner que des signes tout à fait insuffisants. Boyer indique bien les signes qui peuvent faire distinguer dans le plus grand nombre de cas la hernie crurale de la hernie inguinale, tels que leur position dans le pli ou au-dessus du pli de la cuisse, leur direction directe ou oblique, leur forme ovalaire ou pyramidale de haut en bas, etc., mais il a oublié dans ce parallèle les signes propres à faire distinguer la hernie crurale de la hernie interstitielle.

Dupuytren définit ces deux sortes de hernies à peu près dans les mêmes termes que Boyer; il n'est pas plus explicite à l'égard des cas où les signes communs sont insuffisants pour distinguer les variétés les plus difficiles à diagnostiquer.

M. Amussat se borne à indiquer comme signe différentiel la situation de la hernie au-dessus ou au-dessous d'une ligne fictive tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Les hernies qui sont au-dessus de cette ligne sont inguinales, celles qui sont au-dessous sont crurales. Ces données sont évidemment insuffisantes. De plus, il y a dans cette détermination une grande erreur, la hernie pouvant dans certains cas remonter au-dessus du ligament de Fallope par le fait de son développement, et se trouver ainsi tout à la fois au-dessus et au-dessous de cette ligne.

Le diagnostic différentiel des hernies inguinales et des hernies crurales doit reposer sur deux ordres de considérations : sur la considération du point de sortie de la hernie et sur celle de son trajet. Lorsque la hernie est au deuxième ou troisième degré, la considération de son trajet suffit ordinairement à elle seule pour en faire reconnaître la nature. Ainsi lorsque la hernie est dans le scrotum, on ne peut mettre en doute qu'il s'agit d'une hernie inguinale. On n'hésitera pas davantage à reconnaître une hernie crurale lorsque la tumeur sort par l'orifice de la veine saphène interne. Mais la hernie remplit-elle tout le canal, au lieu d'être arrondie et transversale; est-elle allongée verticalement suivant la longueur du canal, avec une base large, il peut y avoir doute. Dans ce cas le trajet ne suffit plus pour décider la question; il faut examiner le point de départ, chercher d'où naît et d'où sort la hernie. Du moment où elle a son col au-dessous du ligament de Fallope, on ne saurait hésiter, c'est à une hernie crurale que l'on a affaire.

Si la hernie sort par deux ou trois trous, on peut être certain encore que c'est une hernie crurale; car jamais une hernie inguinale ne s'est montrée sous cette forme multiple. Il est aisé d'en comprendre la raison.

Mais nous avons supposé jusqu'à présent des hernies au deuxième ou au troisième degré. Si la hernie est au premier degré, sa direction ne suffit plus pour en établir le diagnostic; il faut alors s'assurer du point de sortie, chercher à reconnaître les anneaux qui livrent passage à la hernie. Or, tout le monde sait que l'anneau crural est situé plus en dehors que l'anneau inguinal, que ses limites sont, en dehors l'artère crurale, en haut le ligament de Fallope, en bas le pubis. Il est facile de le reconnaître d'ailleurs en portant l'extrémité du doigt au-dessous du pli de l'aine, en dedans de l'artère crurale. L'anneau inguinal est limité en haut et en bas par les deux piliers; on a en outre pour se guider le cordon spermatique chez l'homme, et dans les deux sexes l'épine du pubis.

Cependant, dans quelques circonstances, ces préceptes seraient encore insuffisants; tels sont, par exemple, les cas où il s'agit d'une hernie irréductible placée à cheval sur le ligament de Fallope, de manière que celui-ci ne puisse être senti, surtout si la hernie soulève la peau de telle façon que le doigt ne puisse arriver sur les anneaux. Dans ce cas, on ne peut parvenir à reconnaître le point d'origine de la hernie qu'en refoulant fortement la peau au-dessous de la partie supérieure et interne de la hernie, de manière à arriver jusque sur l'épine pubienne. On peut reconnaître alors si l'anneau inguinal est libre ou non; enfin on reconnaîtra, dans les mêmes circonstances, l'anneau crural en refoulant en sens inverse, c'est-à-dire par en bas, la peau qui recouvre la tumeur.

Il est un cas plus difficile encore; c'est celui où l'anneau inguinal serait tellement éraillé, et le ligament de Fallope tellement relâché, que le doigt plongeant dans cet anneau sentirait battre l'artère à son côté, ou bien qu'il arriverait sans difficulté jusque sur le pubis. On comprend que dans ce cas il serait très facile de se méprendre, l'anneau inguinal présentant en apparence les caractères de l'anneau crural, et réciproquement. Il arrive quelquefois enfin que des hernies inguinales interstitielles dépriment tellement le ligament de Fallope, que le doigt, placé au-dessous de ce ligament, reçoit l'impulsion imprimée par la toux comme s'il s'agissait d'une hernie crurale. Et d'un autre côté, il est telles hernies crurales dans lesquelles le ligament de Fallope est soulevé au point que la tumeur fait saillie au-dessus de manière à simuler une hernie inguinale. On distingue, dans ce cas, les deux sortes de hernies l'une de l'autre en plaçant le pouce en travers du canal inguinal pendant qu'on relève le plus possible l'aponévrose du grand oblique et le ligament de Fallope, de manière à fermer l'anneau inguinal interne, en laissant libre l'anneau crural. Faisant alors tousser le malade, si rien ne sort et que le doigt ne sente aucune impulsion, on est certain d'avoir affaire à une hernie inguinale. Dans le cas contraire, c'est une hernie crurale.

SOLUTION IODÉE CAUSTIQUE

contre les congestions, les érosions et les ulcérations du col de l'utérus.

Par M. Churchill.

Iode pur.	30 grammes
Iodure de potassium } Eau distillée. . . . } Esprit-de-vin rectifié }	de chaque 60 —

M. Churchill commence le traitement par l'application de l'acide nitrique ou du nitrate acide de mercure. Au bout de quelques jours il passe à l'emploi de sa solution iodée, dont il barbouille le col avec un pinceau.

Cette application est renouvelée une fois ou deux au plus par semaine. Sous l'influence de cet agent le col diminue de volume, perd de sa sensibilité; les érosions diminuent d'étendue. Dans les cas où la congestion est très grande, deux mois suffisent généralement pour arriver à la guérison. M. Churchill continue pendant un certain temps les applications d'iode, en les éloignant de plus en plus. (*Répertoire de pharmacie.*)

NOUVEL EXTRAIT DÉSOPILATIF ANTISCROFULEUX.

Cet électuaire, formé par des substances ayant une action sur le système glandulaire, est employé avec succès par le docteur Nappi (de Milan), qui le recommande même dans les maladies syphilitiques, déjà traitées par les mercuriaux et surtout par le sublimé corrosif. En voici la formule :

Faites un extrait bien condensé avec des feuilles et de l'écorce de noyer. Ajoutez une solution de muriate de chaux (40 grammes de muriate pour 500 grammes d'extrait) et 125 grammes de savon médicinal. Dissolvez avec une petite quantité d'eau bouillante le savon, jusqu'à ce que vous obteniez une écume épaisse, que l'on verse sur l'extrait en remuant le tout avec force.

Après avoir retiré l'extrait du feu et lorsqu'il sera refroidi, on y ajoute dans chaque 500 grammes d'extrait 32 grammes d'iodure de potassium et 48 grammes d'extrait hydro-alcoolique de salsepareille dissoute d'avance dans une solution de colle d'amidon allongée, en conservant le tout dans un vase fermé et en lieu sec et frais, surtout en été.

Un homme adulte, à la fin du traitement, prendra 48 à 50 grammes d'extrait; pour les jeunes gens la moitié suffirait. On n'en donne pas aux enfants, à cause de sa trop grande activité. On le prend de la manière suivante :

Faites dissoudre l'extrait (une petite cuillère à café) dans une petite quantité d'eau très chaude; ajoutez un peu de sucre et un demi-verre de lait très chaud aussi. A boire en une seule fois.

On l'emploie aussi pour usage externe en le rendant mou avec quelques gouttes d'eau chaude, et en s'en servant pour frictionner les tumeurs glandulaires.

Pour les herpès, on ne conseille que le traitement intérieur. (*Gazetta med. lomb.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 juillet 1854. — Présidence de M. Combes.

Sur l'emploi de l'arséniate de fer dans le traitement des dartres furfuracées et squameuses. — M. Duchesne-Duparc lit sur ce sujet un mémoire dont nous reproduisons une courte analyse.

Parmi les maladies de la peau sur lesquelles la thérapeutique a le moins de prise se placent les dartres furfuracées et squameuses, qu'on désigne le plus ordinairement par les noms de *pityriasis*, *psoriasis*, *lepra vulgaris*, *ichthyose*, *dartre lichénoïde*, *dartre squameuse centrifuge*.

L'inefficacité constante contre ces affections, des moyens que la thérapeutique ordinaire dirige avec succès contre la plupart des autres dermatoses, a depuis longtemps appelé l'attention sur les modificateurs les plus énergiques de l'économie; c'est à ce titre que l'arsenic ou plutôt quelques-uns de ses composés ont dû leur introduction dans le domaine de la thérapeutique. Des succès nombreux et inespérés ont paru d'abord sanctionner leur emploi; mais bientôt des accidents graves et multipliés vinrent inspirer aux médecins des craintes justement fondées qui firent reculer beaucoup d'entre eux devant l'administration de ces agents trop énergiques. M. Duchesne-Duparc, pensant que les inconvénients signalés tenaient surtout à la forme sous laquelle l'arsenic était employé, s'est livré à des expériences nombreuses pour trouver une combinaison qui, jouissant de l'activité favorable de l'arsenic, ne produisît pas les accidents reprochés aux substances arsenicales employées. Le résultat de ces expériences l'a convaincu que l'art possède dans l'arséniate de fer un agent précieux dont l'efficacité ne le cède en rien à celle des autres préparations arsenicales, et qui a sur ces dernières l'immense avantage d'une complète innocuité.

L'auteur résume dans les propositions suivantes le résultat de ses recherches sur ce sujet :

1° L'arséniate de fer possède, à l'instar des autres préparations arsenicales, d'incontestables propriétés curatives applicables au traitement et à la guérison des affections furfuracées et squameuses de la peau.

2° Cette substance présente, en outre, le précieux avantage de pouvoir être administrée à doses suffisantes sans provoquer aucun des accidents justement reprochés aux liqueurs de Person, teinture de Fowler, pilules asiatiques, etc.

3° L'arséniate de fer, donné seul ou combiné avec d'autres substances, doit toujours être administré à doses graduées, en débutant par 1/20e, 1/10e ou même 1/5e de grain, selon l'âge, la constitution, surtout l'état des voies digestives.

4° Des faits nombreux rigoureusement observés m'autorisent à conclure qu'une dose quotidienne de 0,20 d'arséniate de fer, répétée sans interruption pendant le temps nécessaire, suffit chez l'adulte à la guérison d'une dartre furfuracée ou squameuse, quelle que soit son étendue et son ancienneté.

5° La durée d'un traitement antiherpétique par l'arséniate de fer n'a rien d'absolu, et varie en raison de l'âge, de la constitution, de l'étendue et de la gravité du mal, plus encore peut-être du degré de tolérance que présentent les organes digestifs pour ce médicament.

6° Un traitement antiherpétique par l'arséniate de fer n'exclut en aucune façon l'emploi des topiques reconnus utiles contre les dartres, et trouve un adjuvant précieux dans l'usage interne ou externe de certaines eaux minérales sulfureuses thermales. (Commissaires: MM. Serres, Andral et Rayer.)

Sur les plaies pénétrantes de poitrine par coups de feu. — M. Guyon adresse sur ce sujet la note suivante :

« Les plaies pénétrantes de poitrine par coup de feu sont, dit M. Guyon, considérées généralement comme de la plus grande gravité. Ce n'est pourtant pas ce qui résulte de mes observations sur ce genre de blessures pendant le long séjour que j'ai fait à Alger....

» Mon opinion sur ces sortes de blessures est le résultat de trente-neuf observations dont les sujets ont parfaitement guéri. Le cas que je vais rapporter, et que je choisis seulement parce que j'ai pu plus tard observer l'état des parties qui avaient été traversées, montrera quelles sont les ressources de la nature dans les blessures de cette espèce.

Plaie pénétrante de poitrine par coup de feu, projectile perdu dans le poumon. — Guérison; puis mort dix-huit mois après d'une maladie étrangère à la blessure.

» Binard, soldat au 2e bataillon léger d'Afrique, est atteint le 7 juin 1836, aux avant-postes de Bougie, d'un coup de feu dont la balle, après avoir traversé l'avant-bras gauche (entre le radius et le cubitus, près de l'articulation radio-carpienne), va se perdre dans la partie supérieure du poumon droit. Conduit tout de suite à l'hôpital du lieu, il y reçut tous les secours que réclamait son état; il en sortit quelques semaines après n'éprouvant qu'un peu de gène dans la respiration, ce qui ne tarda pas à se dissiper. Aussi Binard reprit bientôt son service et toutes ses occupations accoutumées.

» Dix-huit mois s'étaient écoulés depuis sa sortie de l'hôpital, lorsqu'il s'y présenta de nouveau, et cette fois pour une maladie fébrile, qu'on diagnostiqua sous le nom de *gastro-entérite* et à laquelle il succomba.

» Le souvenir de sa blessure était encore tout récent dans l'établissement. Aussi les médecins qui en avaient été les témoins ne négligèrent-ils pas dans la nécropsie qu'ils firent du sujet de soumettre à un examen attentif les parties qui en avaient été le siége. Cet examen fut fait par MM. Viton, Mautrey et Ytasse. Le premier, alors chirurgien en chef de l'hôpital, avait soigné Binard lors de sa blessure.

» Voici le résultat de leur examen :

» Plèvre et poumon du côté gauche très sains; plèvre et poumon du côté droit adhérents entre eux sur plusieurs points.

» Poumon de ce dernier côté, moins volumineux que l'autre, paraît fort sain, si ce n'est à la face antérieure du lobe supérieur, où existe une légère dépression de forme circulaire, du diamètre d'un pouce environ et sans adhérence *aucune* avec la plèvre costale. C'est la surface de la cicatrice laissée par le projectile et qui est représentée par un tissu blanchâtre et lisse.

» Au-dessous de ce tissu, et parfaitement isolé, est un kyste ou poche membraneuse dense et recouverte à l'intérieur d'une matière pulpeuse, d'un gris blanchâtre, qui paraît être le produit d'une sécrétion de la poche. Ce produit enveloppe de toutes parts, comme pour garantir de leur choc la dernière, une balle de plomb de calibre ordi-

naire, deux esquilles et deux sortes de tissu, l'un de toile et l'autre de drap.

» Ces deux sortes de tissu provenaient, sans qu'il soit besoin de le dire, des vêtements du blessé, et les deux esquilles d'une côte que le projectile avait effleurée dans son parcours. »

M. Duméril dit à cette occasion que la nature présente assez souvent de semblables et d'aussi admirables résultats : il cite le cas d'une balle qui avait pénétré dans le sommet du crâne d'un militaire, lequel, longtemps après sa réforme, exerçait à Beauvais le métier de cardeur de laine; mais, cet état déterminant chez lui de violentes douleurs de tête, il entra plusieurs fois à l'hôpital.

Au bout d'une quinzaine d'années, il succomba, et on eut l'heureuse idée de rechercher la cause des douleurs si vives que produisaient chez lui les moindres mouvements de la tête. On trouva dans le lobe moyen du cerveau une poche membraneuse suspendue par un très faible pédicule, produit de la méninge, qui soutenait comme dans une sorte de hamac une poche fibreuse et solide contenant et enveloppant une balle de plomb d'un assez gros calibre.

Dans une autre circonstance, M. Duméril faisait au Muséum avec G. Cuvier l'anatomie d'une autruche : ils trouvèrent à la partie inférieure du cou dans un sac fibreux adhérent au tissu de l'œsophage, mais dans une cavité cernée de toutes parts, une masse de graisse noire, une sorte de cambouis, qui recouvrait un très long clou de charrette, dont la surface, rongée par de profonds sillons, était attaquée et dissoute en partie par la matière graisseuse, qui aurait très probablement favorisé ensuite l'absorption complète de ce gros morceau de fer.

M. Velpeau. Le fait que signale M. Guyon est fort intéressant sans doute, mais les annales de la science en renferment un très grand nombre d'analogues. Il n'y a peut-être pas de viscère, de région, d'organe dans le corps de l'homme où des projectiles, plomb, chevrotines, balles, etc., n'aient été trouvés après y avoir séjourné sans inconvénient sérieux pendant cinq, dix, quinze, vingt et jusqu'à cinquante ans.

Sur l'absence d'absorption chez les cholériques. — M. Duchaussoy rend compte d'observations qui ont été faites récemment sur des cholériques admis à l'hôpital Necker.

M. Vernois, médecin de cet hôpital, ayant administré à un assez grand nombre de malades atteints du choléra les médicaments dont l'absorption peut être le plus facilement constatée, les résultats ont conduit M. Duchaussoy, qui a suivi ces malades, à conclure que « dans le choléra intense il existe une période pendant laquelle l'absorption par l'estomac, le gros intestin et la peau est ou absolument nulle, ou tellement faible, qu'on ne peut compter sur elle pour obtenir une action thérapeutique. Cette perte de la propriété d'absorber persiste dans les derniers instants de la vie, alors même que les évacuations ont cessé.

» Ces faits, ajoute l'auteur de la lettre, rendent compte à la fois et des prétendus succès obtenus par des remèdes doués de propriétés différentes, ou même opposées, et de l'inefficacité si tristement avérée des médications les plus énergiques dirigées contre le choléra à cette période. Dans l'un et l'autre cas, il n'y a pas eu d'absorption réelle. »

Candidatures. — M. Guyon prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour une place vacante de correspondant de la section de médecine et de chirurgie. A cette demande est joint un exposé de ses travaux et de ses publications. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

— M. Lebert adresse de Zurich une semblable demande, et rappelle à cette occasion les distinctions dont il a été l'objet de la part de l'Académie. (Renvoi à la même section.)

Ligature du cordon spermatique chez le cheval. — M. Nisme-Dubort communique la description d'un procédé qu'il a imaginé pour la ligature du conduit spermatique chez le cheval; opération qui n'a pas, suivant lui, les inconvénients que présente la castration exécutée par les moyens ordinaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

FIN DE LA SÉANCE ANNUELLE DU 5 JUILLET 1854.

Suite du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1853-54.

De l'emploi du perchlorure de fer en chirurgie. — En abordant cette troisième question si importante de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes ou des varices, notre souvenir se reporte vers le collègue que nous avons perdu et dont le nom est désormais intimement uni à cette belle découverte.

A peine Pravaz avait-il fait connaître ses expériences, que les observations les plus curieuses affluaient de toutes parts et témoignaient hautement par leurs résultats de la nécessité de poursuivre avec soin l'étude de ce nouvel agent; c'est ce que vous avez fait en accueillant et en discutant avec réserve les faits qui vous étaient soumis et en vous livrant à de nombreuses expériences sur les animaux. Certes, si une découverte devait susciter de l'enthousiasme, c'était bien celle qui menaçait de bouleverser une partie de la médecine opératoire; il n'en fut cependant rien, il n'y eut ni enthousiasme ni prévention : vous avez examiné les faits heureux et malheureux, en vous gardant bien de qualifier d'expériences des tentatives prudentes que de nombreux succès ont suffisamment justifiées.

De cette manière, dans l'espace seul d'une année, vous avez pu recueillir assez d'observations pour savoir qu'il suffit de quelques gouttes de perchlorure de fer introduites dans un sac anévrismal pour amener une cure radicale, qu'une injection semblable dans les veines variqueuses peut en déterminer l'oblitération partielle; et, de plus, vous avez constaté l'utilité de ce moyen dans le traitement des tumeurs érectiles et des hémorrhagies traumatiques ou morbides.

Lorsque la question du perchlorure de fer est venue en quelque sorte surprendre les chirurgiens, y a-t-il eu de l'inconvénient à examiner de suite les premiers faits et à les discuter; en un mot, les discussions qui se sont élevées sur ce sujet étaient-elles prématurées? Nullement. Les sciences d'observation ne pouvant avancer que par l'étude et l'analyse des faits, dès lors il était tout naturel que de suite et dès la première communication on se soit demandé en examinant l'artère injectée comment agissait ce nouvel agent : Y a-t-il un caillot dans l'endroit injecté? quelle est sa consistance, sa forme, son étendue? est-il entraîné dans le torrent circulatoire? est-il résorbé, ou contracte-t-il des adhérences avec les parois du vaisseau? Y a-t-il des lésions graves à craindre pour l'artère ou le tissu cellulaire environnant? enfin, l'action de cet agent chimique réagit-elle d'une manière fâcheuse sur l'économie générale? Que trouvez-vous donc de prématuré dans toutes ces demandes? n'étaient-elles pas nécessaires? Que maintenant des doutes se soient élevés sur quelques points, que des craintes très légitimes se soient manifestées, rien de plus naturel.

Ce qui a fait de cette question si récente une question déjà très avancée, c'est qu'au lieu de vous perdre dans des théories sans fin, vous vous êtes contentés de la simple observation des faits; c'est qu'au lieu de qualifier d'expériences des tentatives très rationnelles, vous les avez acceptées avec cette prudente réserve dont il ne faut jamais se départir : en cela, la Société a tenu une conduite aussi sage que profitable pour la science.

Dire maintenant que cette méthode n'a pas compté des insuccès; mais quelle est donc la méthode toujours heureuse? quelle est l'opération la plus simple qui n'expose pas à des dangers parfois mortels? quel est même le médicament le mieux connu dont l'action est infaillible? En vérité, après l'examen impartial des faits, on est bien tenté de croire que le plus grand tort de cette méthode c'est de n'avoir pas été découverte par ses adversaires.

Pardonnez-moi, mes chers collègues, si j'insiste sur cette question; mais c'est que cette découverte a été léguée à votre sollicitude; c'est que Pravaz mourant vous a chargés de veiller sur son enfance et de la diriger dans cette voie si difficile qui mène au véritable succès; c'est que, grâce à vos louables efforts, elle a grandi et a pris un rang considérable dans la thérapeutique chirurgicale.

Il y aurait de l'injustice à ne pas remercier tout d'abord de leur zèle et de leurs expériences MM. Debout et Giraldès; à peine ce dernier était-il remis d'un terrible accident qui faillit lui coûter la vie, qu'il s'empressa de reprendre ses recherches sur les animaux et de vous faire part de ses précieuses observations.

En même temps un habile chimiste de Lyon, M. Burin-Dubuisson, mettait à votre disposition des sels de fer semblables à ceux que Pravaz avait employés, et ce ne fut que lorsque le résultat de ces diverses expériences fut bien connu que plusieurs membres de la Société commencèrent à en faire l'application à l'homme.

Ces applications comprennent trois catégories.

A la première appartiennent les tentatives faites pour guérir les anévrismes; comme MM. Raoul-Deslongchamps, Lenoir, Soulé (de Bordeaux) et Valette (de Lyon) vous en ont cité des exemples. Dans ces cas, on ne peut pas dire que les succès aient été constants; mais ceux qu'on a obtenus indiquent assez qu'une fois cette méthode régularisée, elle pourra être très utile.

La seconde catégorie, qui est considérable par le nombre des faits observés, renferme toutes les opérations pratiquées sur le système veineux; et d'après les succès nombreux obtenus par MM. Giraldès, Chassaignac et Follin, il est permis d'espérer que désormais les opérations que réclament certaines affections du système veineux seront moins dangereuses. Déjà au sein de la Société de nombreuses recherches avaient été faites sur ce point, lorsque le prix proposé par M. le docteur Verrier a stimulé le zèle de plusieurs de nos confrères et agrandi encore le cercle de la question.

Enfin la dernière catégorie comprend tous les cas dans lesquels le perchlorure de fer a été employé comme agent hémostatique.

Si je me suis contenté de constater les résultats obtenus, c'est qu'une analyse succincte de chaque fait eût demandé un temps considérable et que j'aurais craint d'abuser de votre attention.

Sur quelques maladies observées chez de très jeunes sujets. — Dans les comptes rendus de ce genre, habituellement on est contraint de suivre les divisions classiques. Y a-t-il de grands inconvénients à se soustraire un peu à cet usage et à réunir ensemble quelques maladies très différentes observées au même âge? Je ne le pense pas.

Le hasard ayant voulu que cette année les communications faites sur les maladies des enfants fussent assez nombreuses pour en faire un chapitre séparé, au lieu de les disséminer et de les caser chacune dans leurs sections respectives, je n'ai pas hésité à les réunir, pensant que ce serait une des meilleures preuves des avantages de ce travail fait en commun.

Comme se rattachant aux questions générales, vous avez eu les renseignements précieux de MM. Guersant et Morel-Lavallée sur l'anesthésie chez les enfants. M. Charrier, interne de M. Danyau, vous a fait voir un enfant atteint de pemphigus syphilitique, et M. Chassaignac vous a parlé de tumeurs érectiles guéries par le perchlorure de fer. S'agit-il des injections iodées, je trouve dans le travail de M. Brainard des cas d'injections iodées employées avec succès dans le traitement du spina bifida.

Après ces communications, celles qui vont suivre forment en quelque sorte le complément de travaux déjà commencés. Ainsi, M. Guersant a complété son travail sur la trachéotomie, en nous indiquant dans quels cas, huit ou dix jours après l'opération, il est nécessaire de débarrasser le larynx des fausses membranes qui l'obstruent.

Au nombre des faits intéressants communiqués par notre collègue, nous citerons l'observation d'un jeune garçon présentant une tumeur de l'orbite développée dans l'espace de deux mois, et envahissant un peu plus tard toute la tête et la partie supérieure du tronc. L'observation suivante puise un nouvel intérêt dans les communications qui ont été faites sur ce sujet et les discussions qu'elles ont soulevées. Il s'agit d'un jeune garçon de quinze ans qui portait une tumeur volumineuse à la partie supérieure du pharynx, refoulant en avant le voile du palais, pénétrant dans les fosses nasales et faisant saillie dans la fosse zygomatique. Dans ce cas les avis furent très partagés sur le procédé qu'il fallait employer.

Dans un autre ordre, appartenant aux vices de conformation, nous trouvons une communication de M. Didot (de Liége) sur un nouveau procédé anaplastique destiné à prévenir la reproduction de la difformité après la séparation des doigts palmés.

Mais de toutes les lésions congénitales observées cette année, la plus intéressante est certainement celle qui vous a été communiquée par notre excellent collègue M. Danyau. C'est sous le titre de fractures intra-utérines qu'il vous a fait part à peu de temps de distance de deux vices de conformation assez rares.

Dans le premier cas, l'enfant nouveau-né présentait une courbure de la jambe, et au niveau de l'angle saillant il existait une cicatrice; aux deux pieds le cinquième orteil manquait, et du côté lésé il y avait absence du péroné. Dans le second cas, il y avait encore une cicatrice au niveau de l'angle saillant de la jambe; de plus le pied était mal conformé : deux orteils manquaient, ainsi que le péroné. M. Danyau ajoutait que pendant leur grossesse les deux mères avaient été l'objet de violences extérieures.

Au même moment M. Chassaignac observait en ville un fait presque analogue, et plus tard M. le docteur Laforgue, chirurgien en chef de l'hôpital de la Grave, à Toulouse, vous communiquait l'histoire d'une jeune fille de huit ans chez laquelle il existait, suivant toute apparence, une pseudarthrose congénitale à la jambe. Chez elle il n'y avait pas absence de quelques os, comme dans les cas précédents, mais le fémur du côté lésé, mesuré avec soin, avait 3 centimètres de plus. Ces déformations sont-elles réellement le résultat de fractures intra-utérines? Question qui pourrait avoir de l'importance au point de vue médico-légal. Serait-ce plutôt une aberration de développement des os? M. Broca, se fondant sur l'absence presque constante de plusieurs pièces osseuses dans ces divers cas, est porté vers cette dernière opinion.

M. Morel-Lavallée, qui a le soin de recueillir tout ce que son service présente d'intéressant, vous a entretenu de ses recherches sur l'organisation du cal chez de très jeunes enfants, et vous a en outre montré deux exemples de coxalgie intra-utérine. Ces faits, qu'on peut rapprocher d'autres observés par MM. Parise, Laborie, Verneuil et Broca, tendent à démontrer que pendant la vie intra-utérine les maladies des os peuvent parfaitement suivre toutes leurs périodes. Faudrait-il, comme l'a pensé l'un de nos collègues, regarder ces affections comme dépendant d'une cause syphilitique? C'est un point de doctrine d'autant plus important à vérifier, que si cela était la thérapeutique pourrait prévenir ou atténuer ces fâcheux accidents.

Comme dernière affection du système osseux, je vous rappellerai cette jeune fille portant un kyste osseux de la clavicule. D'après la rareté de l'affection et la difficulté du diagnostic, nous ne doutons pas que M. Guersant ne s'empresse de nous communiquer la fin de l'observation.

Dans les maladies des organes génitaux urinaires, nous trouvons un fait de hernie de l'ovaire que M. Morel-Lavallée doit compléter, et une observation des plus curieuses de tumeur fibro-plastique considérable développée dans le vagin d'une très jeune enfant. Dans ce cas, qui a été observé par M. Guersant, il était impossible, pendant la vie, de préciser la nature de la tumeur et le lieu exact de son implantation, ce qui laissait une grande incertitude sur le diagnostic.

Tout récemment vous avez vu un testicule cancéreux ou hypertrophié enlevé chez un enfant de dix-huit mois. Ce fait, rapproché de ceux qu'avait précédemment communiqués M. Maisonneuve, démontre assez que, malgré le peu de développement des organes génitaux, ils peuvent être exceptionnellement le siége d'affections organiques fort graves. C'est à dessein que dans le cas de M. Guersant j'ai dit qu'il y avait hypertrophie ou cancer, parce que, l'examen microscopique n'ayant pas été fait complétement, il reste un doute fâcheux.

Comme vous le voyez par ce simple aperçu des communications sur les maladies observées chez des enfants, il y a un ensemble assez important de faits se rattachant à des questions générales ou venant compléter des recherches commencées antérieurement.

Si un compte rendu est difficile dans quelques cas, lorsqu'il faut se contenter de quelques faits épars, il est également bien difficile quand il faut, bon gré, mal gré, sacrifier une foule de communications intéressantes. Si j'en cite encore quelques-unes, c'est pour montrer que, malgré les années, l'étude de certains sujets n'est jamais interrompue, et qu'il y a dans vos travaux un enchaînement qui les fera fructifier.

Ainsi notre ami M. Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, vous a communiqué plusieurs cas d'ascite traitée par les injections iodées. M. Dufour a augmenté la série des observations recueillies par M. Morel-Lavallée d'un nouveau fait de hernie traumatique du poumon. Une observation de M. le professeur Fleury (de Clermont) a remis de nouveau à l'étude la question des fractures du rocher, et peut-être, grâce à cette communication et à un nouveau fait que M. Richet publiera *in extenso*, sommes-nous à la veille de mettre chacun d'accord.

L'un de vous avait observé un fait rare de varices des lymphatiques; depuis, d'autres cas analogues sont venus se grouper autour. Enfin, l'histoire des tumeurs du pharynx et du sinus maxillaire a été enrichie de plusieurs communications de MM. Michon, Lenoir et Robert; et l'autoplastie, employée contre la repullulation des tumeurs fibro-plastiques, a trouvé dans MM. Larrey et Chassaignac des observateurs persévérants.

Maladies du système circulatoire. — Il vous était réservé, cette année, de voir deux cas d'anévrismes artérioso-veineux heureusement fort rares, car le développement considérable de la maladie et le lieu même de la blessure les mettaient au-dessus des ressources de la médecine opératoire.

Chez l'un de ces malades, observé par M. Giraldès, l'accident datait de quatorze ans; la blessure avait intéressé l'artère et la veine crurales à un pouce au-dessous du ligament de Fallope.

Chez le second, qui vous a été présenté par M. Duménil, interne des hôpitaux, la blessure datait de huit ans; il y avait eu une plaie pénétrante de l'abdomen; et d'après le rapport de M. Gosselin, chargé de l'examiner, il existait un anévrisme artérioso-veineux contre la paroi abdominale postérieure, au-devant de la cinquième vertèbre lombaire. Il a été impossible de préciser l'artère et la veine lésées; mais il a semblé pourtant que la communication existait vers la terminaison de l'aorte, avec une des veines iliaques primitives. Chez ce malade, il n'y avait pas, comme chez celui de M. Giraldès, un allongement du membre, mais une sorte d'éléphantiasis.

Les accidents consécutifs qui accompagnent assez fréquemment la ligature des veines doivent faire regarder le fait communiqué par M. Roux comme presque exceptionnel. Dans un cas où il avait affaire

à une tumeur récidivée située dans l'aine et s'engageant dans le scrotum, il put éviter la lésion de l'artère crurale ; mais la veine ayant été coupée, il fut obligé de lier les deux bouts au-dessus de la saphène. A part un peu d'œdème et de refroidissement du membre dans les quatre premiers jours, aucun accident grave ne vint entraver la guérison.

Maladies du tube digestif. — Il est peu de maladies qui présentent autant de différences que les hernies ; on a beau en avoir vu, à chaque nouvelle, le chirurgien éprouve de nouvelles difficultés ; de là l'intérêt qui s'attache toujours à ce genre de communications. Parmi celles qui vous ont été faites, je n'en mentionnerai qu'une. Dans ce cas, il s'agissait d'une variété de hernie inguinale des plus curieuses : M. Lenoir vous a présenté le malade. La hernie, qui était réellement inguinale, avait le volume de la tête d'un fœtus; elle semblait, par sa position et sa direction, être crurale, et cependant il n'en était rien ; car la réduction démontrait qu'elle avait lieu par une large éraillure de la paroi antérieure du canal inguinal ; le testicule n'était pas descendu dans le scrotum, circonstance à noter au point de vue de l'étiologie.

L'histoire des hernies m'amène à vous parler d'un fait d'étranglement interne cité par M. Chassaignac. A cette occasion, M. Maisonneuve rappelant que, dans un cas semblable il avait préféré à l'établissement d'un anus contre nature l'anastomose de l'intestin grêle avec le cœcum, des objections sérieuses lui furent faites sur la difficulté de trouver le cœcum, qui n'est pas toujours dans la fosse iliaque. Dès lors la raison de préférer le procédé de l'anus contre nature, déjà employé avec succès par MM. Denonvilliers et Nélaton ?

La douleur et le danger inséparables des maladies qui tendent à rétrécir et à fermer la fin du canal intestinal engagera toujours les chirurgiens à tenter des opérations, malgré les chances de la récidive. Si je ne fais qu'indiquer aujourd'hui deux observations de MM. Demarquay et Richard, c'est qu'il importe, avant de se prononcer, de suivre plus longtemps ces malades.

Médecine opératoire. — On voudrait pouvoir tout citer dans ces circonstances, et le temps, qui vous commande impérieusement d'abréger, vous permet à peine de parler sommairement de quelques faits.

Ainsi, en médecine opératoire, le nombre des questions qui vous a été soumis est assez considérable. A l'occasion de certaines désarticulations de l'épaule, M. Richard vous a soumis cette question, résolue négativement par M. Richet : faut-il préalablement lier l'artère sousclavière ?

M. Tharsile Valette vous a fait part de plusieurs procédés de ligature s'appliquant aux artères sous-clavière, iliaque externe et épigastrique. Il vous a en outre communiqué un travail sur la possibilité de lier l'artère occipitale, et un autre mémoire également intéressant sur la résection de la malléole externe.

Quelques considérations de M. Sédillot sur l'amputation de Chopart ont donné lieu à une discussion assez animée.

M. Vallet (d'Orléans) vous a communiqué un nouveau procédé de taille chez la femme.

Maintenant, soit qu'on considère le mémoire de M. Bouvier sur le séton comme appartenant à la médecine opératoire, par suite des modifications qu'il y a apportées, ou comme appartenant à la thérapeutique chirurgicale par les conséquences pratiques qu'il en a déduites ; ce travail et le rapport de M. Larrey n'en seront pas moins un véritable modèle en ce genre, soit comme érudition réelle, soit comme observation pratique sur un sujet qui semblait entièrement épuisé.

Il y aurait bien à vous parler de quelques communications sur l'urétrotomie ; mais cette question n'ayant été qu'à peine abordée, il faut la réserver pour le jour où l'on saura véritablement à quoi s'en tenir sur la valeur et la nécessité de ces nouvelles méthodes tant préconisées dans ces derniers temps.

Maintenant que j'ai passé en revue une partie de vos travaux, pensez-vous que cette seule portion renferme assez d'éléments sérieux pour prouver que l'année a été bien remplie ? Si vous trouvez que j'ai été trop court, je puis ajouter : je ne vous ai rien dit des communications sur les maladies du système osseux, et cependant les travaux de MM. Gerdy, Broca, Maisonneuve pourraient me fournir d'abondants matériaux ; et de plus, les maladies des organes génito-urinaires ont donné lieu à d'intéressantes communications de la part de MM. Monod, Guérin, Forget et Jarjavay. Il me serait donc bien facile de vous entretenir encore longtemps de vos travaux ; mais en prolongeant ce compte rendu je craindrais d'abuser de votre patience. J'ai d'ailleurs une autre dette à payer, dette sacrée, due à la mémoire du collègue que nous avons perdu, et ici je réclame toute votre attention.

(M. Marjolin lit une notice biographique sur Pravaz, que nous publierons dans un de nos prochains numéros.)

Après cette lecture, M. Denonvilliers, avant d'installer le bureau, prononce le discours suivant :

Messieurs,

Dans un rapport complet et bien étudié, M. le secrétaire général a tracé devant vous l'intéressant et fidèle tableau des travaux accomplis pendant l'année qui vient de s'écouler. La tâche que s'est proposée votre président consiste simplement à vous présenter le résumé des événements survenus dans le cours de la même année et à vous faire connaître en quelques mots les modifications apportées au règlement, les pertes et les acquisitions de la Société, l'état de ses finances, ses ressources et ses progrès. Un tel rapport est peu brillant sans doute, mais il a son utilité : c'est le complément du précédent, et ils forment à eux deux toute l'histoire de la Société pendant l'année 1854.

L'année actuelle n'a pas été, comme la précédente, marquée par un événement important, l'établissement de la Société dans un nouveau local, mais les mêmes causes qui avaient nécessité ce changement, c'est-à-dire les rapides développements de la Société, ont amené dans notre règlement plusieurs modifications. Les plus importantes ont rapport à la composition du bureau. Un seul secrétaire ne suffisait plus à notre correspondance, à nos procès-verbaux, à la conservation de nos archives : cette insuffisance avait été prévue par nos premiers statuts ; la révision de notre règlement l'a fait disparaître. Aujourd'hui le bureau se compose, outre le président, le vice-président et le trésorier, d'un secrétaire général, de deux secrétaires annuels et d'un bibliothécaire archiviste.

Cette augmentation dans le nombre des fonctionnaires est une affaire, non de luxe, mais de nécessité. La correspondance a pris une grande activité ; de tous côtés nous arrivent des communications, des notes et des observations manuscrites. Des échanges s'établissent entre notre Société et les autres sociétés françaises ou étrangères : c'est ainsi que nous avons acquis, par l'entremise de M. Heyfelder, les *Nova acta academiæ naturæ curiosorum Cesareæ-Leopoldinæ* et un bon nombre de thèses d'Erlangen ; que nous recevons, par les bons offices de M. le professeur Sédillot, les thèses et la *Gazette médicale de Strasbourg ;* que nous devons à M. Letenneur (de Nantes) la collection académique de la Loire-Inférieure. Les dons de plusieurs membres de la Société ont ajouté à notre bibliothèque plus de sept cents ouvrages ou monographies ayant la chirurgie pour objet. Notre album chirurgical s'est enrichi d'un bon nombre de dessins, et nous avons vu s'accroître aussi notre collection de portraits et de manuscrits, de telle sorte que les fonctions de bibliothécaire archiviste ont commencé à prendre une véritable importance. D'un autre côté, les publications de la Société ne se ralentissent pas ; à peine le troisième volume de nos mémoires était-il achevé que déjà paraissait le premier fascicule du quatrième. Enfin, les séances de la Société sont tellement remplies que la tâche des secrétaires annuels en est devenue laborieuse et que le journal ordinaire de la Société peut à peine suffire à la publication de nos immenses procès-verbaux. Dans cette prospérité toujours croissante de la Société, une part considérable revient à notre secrétaire général, qui a su, par ses efforts intelligents et soutenus, faire naître et soutenir le mouvement dont je suis heureux de constater devant vous les résultats.

Tant de changements survenus en si peu de temps, une telle extension prise tout à coup par une Société peu nombreuse et qui avait tout à tirer de la bonne volonté seule de ses membres avaient fait craindre que nos ressources ne répondissent pas à nos besoins. De là même l'autorité absolue accordée à la commission des congés ; de là aussi l'invitation adressée au président de mettre à exécution les articles coercitifs de notre règlement en ce qui touche le payement régulier des cotisations et des amendes. La commission des congés a dû faire et a fait son devoir. Quant au président, il n'a pas eu à user de ses pouvoirs, et il peut, sans anticiper sur le rapport de la commission des finances, annoncer par avance à la Société l'équilibre de son budget ; excellent résultat dû certainement aux soins de notre trésorier, auquel nous ne saurions être trop reconnaissants d'un zèle qui ne s'est laissé rebuter par aucune difficulté.

Vous venez, messieurs, d'entendre un excellent rapport fait par notre jeune collègue M. Verneuil au nom d'une commission chargée d'examiner les mémoires envoyés par les concurrents au prix institué pour cette année par M. le docteur Verrier (de Bar-sur-Aube). C'est un grand honneur sans doute pour la Société de chirurgie que cette mission de haute confiance dont elle s'est trouvée investie par un de nos confrères de la province. Mais ne regrettez-vous pas avec moi qu'elle n'ait pas l'honneur plus grand encore de proposer elle-même à l'émulation des travailleurs un prix dont elle ferait les frais et dont elle indiquerait le sujet ? Quoi de plus propre à ajouter au lustre de la Société et à accroître sa légitime influence ! Quel meilleur moyen d'exercer sur les progrès de la science une action directe et salutaire, en appelant l'attention du monde chirurgical sur les questions qui, par leur importance ou le degré d'évolution auxquels elles sont parvenues, méritent le mieux d'être étudiées, examinées ou jugées ! Nul doute que chacun de vous ne partage à cet égard mon opinion et ne s'associe au vœu que j'émets ici publiquement de voir enfin mettre en pratique l'un des articles les plus utiles de nos statuts, dont les circonstances seules ont pu jusqu'à présent retarder l'exécution !

Dans quelque association que ce soit, pour peu qu'elle compte un certain nombre de membres, il est rare qu'une année s'écoule sans pertes douloureuses. La Société n'a pas échappé à cette loi commune : elle a eu à regretter depuis notre dernière réunion annuelle la mort de MM. Pravaz, Roux et Duval. Tous trois nous étaient chers à divers titres. C'est dans la force de l'âge et dans la maturité du talent qu'a succombé M. Pravaz, au moment même où son esprit sagace et investigateur s'appliquait à la recherche d'une nouvelle méthode thérapeutique applicable au traitement des anévrismes. Dans M. Duval, nous vénérions le beau-père de Marjolin et le dernier reste de l'ancienne Académie de chirurgie ; dans M. Roux, le représentant éminent d'une génération qui disparaît et s'éteint chaque jour, l'émule de Dupuytren, le maître de nos maîtres. S'il est une pensée qui puisse adoucir l'amertume des regrets que nous inspire cette dernière perte, c'est que notre illustre confrère est arrivé à un âge avancé, après de longues années de la carrière la plus heureuse, sans avoir connu les défaillances et les infirmités de la vieillesse. Au moment même où la mort est venue le saisir, il était occupé à rassembler et à publier les précieux résultats des quarante années de glorieuse pratique pendant lesquelles il avait été placé à la tête de grands services de chirurgie. A peine la moitié du premier volume était-elle imprimée, et la science se voyait menacée de perdre la série de ces importantes communications, lorsque, sur la proposition de M. Larrey, la Société décida, le 26 avril dernier, qu'elle se mettrait au service de la famille de M. Roux pour la continuation de cette intéressante publication. Trois mois seulement se sont écoulés depuis cette époque, et déjà, sous la surveillance d'une commission composée de MM. Danyau, Gosselin, Larrey, Lenoir, Broca, et par les soins particuliers de ce dernier, vient de paraître le premier volume consacré à la chirurgie réparatrice. Ainsi s'élèvera au moyen de cette pieuse collaboration un monument durable et dont la Société de chirurgie de Paris aura doublement le droit d'être fière.

Un de nos plus respectables collègues, M. Deguise père, a échangé le titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. Cette sorte de retraite serait tout à fait regrettable si elle devait nous priver de la coopération de notre collègue ; mais nous espérons bien le voir, comme par le passé, assister à nos séances et prendre part à nos travaux. Peut-être est-il bon d'ailleurs que de temps en temps quelques places nouvelles se fassent ainsi dans la Société, afin qu'elle se renouvelle et s'entretienne dans son activité par l'infusion d'un sang plus jeune et plus ardent !

Bien peu de vides existent aujourd'hui parmi nous, et ils tendent chaque jour à se combler. Parmi les titulaires, nous comptons cette année deux nouveaux membres, MM. Guérin (de Vannes) et Bouvier ; et nous verrons bientôt, ce qui n'a pas encore eu lieu jusqu'ici, le cadre des membres actifs complet.

Quant à la liste des correspondants, elle s'est enrichie des noms les plus recommandables et les plus avantageusement connus, soit en France, soit à l'étranger. Les nouveaux correspondants nationaux sont au nombre de sept, et les étrangers au nombre de six ; tous appartiennent aux hôpitaux, et sont placés par conséquent aux grandes sources de la science.

Les premiers sont :

MM. Alquié et Buisson, professeur de clinique à la Faculté de Montpellier ; Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux ; Valette, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans ; Houzelot et Prestat, chirurgiens en chef des hôpitaux de Meaux et de Pontoise ; Taxile Valette, chirurgien-major de l'hôpital de Metz.

Aux seconds appartiennent :

MM. Fleming et Hamilton, chirurgiens de l'hôpital de Richmond ; Didot et Verhaghen, chirurgiens des hôpitaux de Liége et d'Ostende ; Beyran, chirurgien de l'hôpital de Sidi-Kouli, à Constantinople ; Brainard, professeur et président du collége de Chicago (Etat de l'Illinois).

Vous le voyez, messieurs, l'année 1854 a été pour nous une bonne année sous tous les rapports, et c'est avec un juste sentiment d'orgueil que chacun de nous peut se dire que la Société de chirurgie de Paris remplit mieux chaque jour la mission qu'elle s'est donnée de porter la lumière dans les questions de chirurgie et de faire pénétrer la vérité dans la science, et qu'elle voit chaque jour s'accroître une prospérité et une influence qui ne diminueront pas, parce qu'elles sont fondées, non sur des distinctions, des attributions ou des titres officiels, mais sur des services réels spontanément rendus à la science médicale.

— Après ce discours, M. Denonvilliers installe les membres du bureau, et M. Huguier, président élu pour l'année 1855, adresse à la Société l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Permettez-moi, en prenant le fauteuil de la présidence, de vous remercier avec une vive et profonde reconnaissance de l'honneur que vous venez de me faire en m'appelant à la direction de vos séances, honneur dont je suis d'autant plus fier que je ne puis l'attribuer qu'à l'affection et à l'estime que vous me portez.

Si je ne remplis pas mes fonctions avec la même facilité, le même talent que mon savant et honorable prédécesseur, soyez persuadés que l'exactitude, le zèle et l'esprit de justice ne me feront pas défaut.

Si, dans vous débats scientifiques, quelques-uns d'entre vous, s'écartant de la discussion ou de la modération qui appartient à des hommes de science, et en particulier à des médecins, il m'arrivait de les avertir avec trop de vivacité, je les prierai par avance de ne voir dans mes paroles que le désir que nous avons tous que la Société de chirurgie reste un exemple de modération, d'ordre et de convenance dans la discussion des questions qui s'agitent dans son sein, ce qui lui a valu une partie de la considération et de l'estime dont elle jouit.

En raison du nombre et de l'importance des travaux qui vous sont communiqués, je crois être l'interprète du plus grand nombre en vous témoignant le désir d'étendre la durée de nos séances, en les commençant plus tôt que nous n'avons l'habitude de le faire.

Un désir non moins important est qu'aucune communication incomplète ne soit faite à la Société. Beaucoup de faits du plus grand intérêt ont été ainsi perdus dans le cours des années précédentes. Vous comprenez ce que la science et nos bulletins y gagneront.

Enfin, messieurs, avant de commencer de nouveaux travaux, permettez-moi de vous proposer de voter des remercîments à mon prédécesseur, pour l'exactitude, le soin et le talent avec lesquels il a dirigé la Compagnie, et de témoigner les mêmes sentiments de satisfaction aux membres du bureau et des commissions qui ont si dignement rempli les fonctions dont ils ont été chargés.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

On nous adresse d'Angers quelques détails sur une expérience relative à l'assoupissement des abeilles, qui a eu lieu le 13 juillet en présence de M. Debeauvoys, médecin à Seiches.

Nous avons déjà parlé dans notre numéro du 11 mars 1854 du modeste ustensile nommé *enfumoir*, imaginé par notre intelligent confrère pour cette opération.

Grâce à cette invention, l'apiculture se trouve dotée, comme la médecine, d'un nouveau moyen anesthésique qui suspend instantanément et momentanément la sensibilité des abeilles. Avec son application prompte et facile, il est permis maintenant d'inspecter l'intérieur des ruches, d'y butiner sans coup férir, d'y faire, en un mot, une visite domiciliaire complète sans le moindre danger pour l'explorateur.

Le nouvel agent narcotique employé n'est ni l'éther, ni le chloroforme ; son origine est plus humble, son nom moins sonore, sa réputation moins étendue ; pourtant son action est tout aussi puissante que celle de ses glorieux rivaux : c'est tout simplement la vapeur ou la fumée qui se dégage, en la brûlant, d'une variété de *lycoperdon*, vulgairement appelée *vesse de loup*, et dont l'inhalation produit sur les animaux, au bout de quelques minutes, les phénomènes de l'éthérisation la plus complète. La fumée de ce *fongus*, ou espèce de champignon que les Anglais appellent *lycoperdon proteus* ou *common puffball*, est employée depuis longtemps en Angleterre, de préférence aux vapeurs de soufre, pour engourdir les abeilles avant d'enlever le contenu des ruches. Elle a l'immense avantage de ne pas faire périr ces insectes, et c'est cette propriété qui, récemment, a donné au docteur B.-W. Richardson l'idée de l'employer comme anesthésique sur les animaux, puis sur l'homme.

Le Sourd

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

PARIS, LE 26 JUILLET 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur les déviations utérines et le redresseur utérin vient d'être close, la discussion générale s'entend, car après la lecture du résumé, que M. Depaul a commencé dans cette séance, l'Académie aura à délibérer sur les conclusions du rapport, et la discussion pourrait bien renaître à cette occasion sur quelques-uns des points les plus controversés. Quoi qu'il en soit, comme il est fort douteux que de nouveaux éléments de quelque importance et de nature à changer la face de la question puissent être introduits désormais dans le débat, on peut considérer dès à présent la discussion comme terminée de fait, et le procès du redresseur utérin comme suffisamment instruit. Reste à porter un jugement définitif sur le résultat de cette longue et importante discussion, sur la valeur et sur l'avenir de la nouvelle méthode qui en a fait le sujet. Mais ce jugement, qui le formulera? Ce ne sera pas l'Académie; elle ne voudra pas engager son autorité et sa responsabilité à ce point. Ce ne sera pas davantage la commission, dont les membres sont trop dissidents entre eux pour que l'on puisse admettre, même en supposant la plus large part possible à des concessions réciproques, qu'ils parviennent à s'entendre assez pour rédiger en commun une conclusion qui satisfasse également leurs convictions respectives. Quant à M. le rapporteur, à en juger par ses répliques précédentes et par l'esprit dans lequel est conçue la première partie de son résumé, qui n'est lui-même qu'une nouvelle réplique et une réfutation des nombreuses objections qui lui ont été adressées, il est peu probable qu'il consente à modifier ses premières conclusions.

A ce sujet, qu'on nous permette une petite réflexion qui ne sera probablement que l'écho de celle qu'ont déjà dû faire bien des fois les personnes qui suivent de près ou de loin les discussions de l'Académie. Il est regrettable que l'Académie ait laissé s'introduire dans son sein l'usage de livrer à un seul de ses membres l'appréciation des travaux qui lui sont soumis, au lieu d'exiger, ainsi que le prescrivent les règlements, que les rapports aient été préalablement discutés et les conclusions arrêtées d'un commun accord par la commission avant d'être communiqués en séance publique. Il résulte, en effet, de cet usage que les rapports, au lieu d'être l'opinion collective d'une commission, sont toujours l'œuvre individuelle du rapporteur. Or, comme l'Académie a rarement à voter sur les conclusions scientifiques d'un rapport, et que ce vote ne porte que sur des conclusions banales qui n'entraînent aucune responsabilité de sa part, il en résulte, en dernière analyse, que les jugements des travaux communiqués à l'Académie ne reposent que sur l'opinion d'un seul membre. Quelle que soit d'ailleurs l'autorité spéciale et le mérite d'un rapporteur, et dans cette circonstance nous nous plaisons à leur reconnaître une grande valeur, les rapports n'en perdent pas moins, aux yeux du public et des auteurs qui appellent sur leurs travaux le jugement de l'Académie, quelque chose de l'autorité et de l'importance que leur eût données l'opinion collective d'hommes également compétents.

Tel est en particulier l'état des choses en ce qui concerne cette question du redresseur utérin.

On va donc rester en présence des opinions diverses exprimées par chacun des membres qui ont pris part à la discussion, y compris le rapport, qui, en raison de ce que nous venons de dire, ne conservera lui-même que la valeur d'une opinion individuelle.

Le seul juge, en définitive, sera le public. Chacun, dans son for intérieur, s'inspirant des faits et des arguments contradictoires apportés au procès, va se trouver mis en demeure d'en déduire son jugement. Mais ce jugement ressortira-t-il le même et également facile et évident pour tous les esprits? Il est permis d'en douter. Et pour notre propre compte, si nous avions en ce moment à résoudre pratiquement le problème thérapeutique qui a fait l'objet de cette longue discussion, nous avouons que nous aurions besoin de résumer dans notre esprit tous les éléments de la question, de passer au crible de l'analyse tout ce que nous venons d'entendre. Ce que nous ferions *in petto* pour notre propre satisfaction, nous essayerons de le faire tout haut et avec l'assistance de nos bienveillants lecteurs.

L'espace et le temps nous manquent pour entreprendre ce résumé aujourd'hui; nous y consacrerons un article dans un de nos prochains numéros. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Introduction d'un corps étranger dans l'oreille. — Mort.

H..., deuxième servant au 1er régiment d'artillerie, faisait partie de la réserve de la classe de 1851, lorsqu'il fut, contre son attente, appelé à l'activité le 2 mars 1854. Arrivé au corps, H... réclama aussitôt sa libération, prétextant une surdité complète qu'il fait remonter à l'âge de quatre ans; mais avant de donner suite à sa demande, on jugea convenable d'envoyer préalablement ce militaire à l'hôpital du Val-de-Grâce pour y être observé par M. Champouillon, dans le service duquel il entra le 18 mars.

Ce jeune homme, qui est d'une taille élevée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, offre dans son maintien et dans sa physionomie un certain embarras qui est pour nous le signe habituel de quelque tentative de simulation. Ce signe, en effet, manque rarement chez les fourbes qui en sont à leurs débuts. Un examen minutieux de l'appareil auditif ne tarda point à changer en réalité ce qui n'était qu'un soupçon, en faisant découvrir un corps dur, captif au fond de l'oreille droite. H..., surpris de se voir sitôt démasqué, avoue qu'il n'a jamais été sourd de l'oreille gauche; mais que quelqu'un lui ayant conseillé de s'introduire un petit caillou dans le conduit auriculaire droit pour en fermer l'entrée, il avait suivi ce conseil et exécuté cette opération dans l'espoir de se faire exempter du service. Il est certain que ce procédé simplifie et facilite singulièrement le rôle de sourd; aussi est-il assez fréquemment employé par les simulateurs.

H..., d'un caractère pusillanime, redoutant quelque châtiment disciplinaire, paraissait fort inquiet des conséquences de son action. Bien que M. Champouillon s'efforçât de calmer cet homme tourmenté par la crainte d'être traduit devant un conseil de guerre, l'agitation alla croissant chaque jour au point de donner lieu à un véritable mouvement fébrile.

Sur ces entrefaites, M. le professeur Larrey procéda à l'extraction du corps étranger, qui était un petit silex de forme lenticulaire. L'opération eut lieu le 27 mars. Une forte expiration exécutée par le malade, la bouche et le nez étant fermés, on entend un sifflement dû au passage de l'air à travers la membrane du tympan largement perforée. M. Larrey fait remarquer aux assistants qu'un stylet poussé dans le conduit auditif va heurter le rocher; les indications fournies par cette dernière exploration accusent dès lors une lésion plus grave qu'on ne l'avait d'abord supposée.

Dès le lendemain, le côté droit de la face est frappé de paralysie, en même temps qu'une douleur très vive envahit les profondeurs de l'oreille, douleur bientôt suivie d'écoulement purulent. D'autres symptômes, tels que la fièvre, la soif, l'anorexie, viennent confirmer l'existence d'une otite aiguë qu'il importe de combattre par un traitement antiphlogistique immédiat. Mais malgré l'énergie des moyens employés, l'inflammation, au lieu de céder, s'étend rapidement jusqu'aux méninges cérébrales, et le malade se plaint incessamment d'une violente céphalalgie intra-crânienne. Après deux jours d'agitation et de délire, il tombe dans un coma profond et succombe le 11 avril, à quatre heures du matin.

Résultats de l'autopsie. — Injection sanguine des méninges, surtout de la pie-mère; collection séro-purulente s'étendant des nerfs optiques à la moelle allongée; les cellules mastoïdiennes sont remplies de pus; l'oreille interne et l'oreille moyenne offrent les traces d'une vive inflammation accompagnée de la suppuration de ces parties.

Au premier abord, il paraît surprenant que la présence d'un corps étranger inerte dans le conduit auditif puisse donner lieu à des accidents aussi funestes que ceux que nous venons de relater. Cependant les faits de cette nature ne sont pas rares; et pour le cas particulier, il résulte des renseignements recueillis par M. Champouillon que H..., pour loger et maintenir dans son oreille le caillou en question, l'y avait fortement poussé avec un tuyau de pipe. Il est bien probable que cette manœuvre brutale aura déchiré la membrane du tympan et fait pénétrer le silex jusque dans l'oreille moyenne. Une douleur violente a dû suivre de près le contact d'un corps étranger avec des parties aussi impressionnables que celles qui forment la cavité tympanique. Néanmoins le malade ne s'en est jamais plaint pendant les premiers temps de son

FEUILLETON.

REMARQUES

FAITES A LA SUITE DE LA MORSURE D'UN CHIEN ENRAGÉ.

Horresco referens!

C'est le 25 février 1847 qu'il m'arriva d'être mordu d'un chien enragé; par conséquent il y a aujourd'hui plus de sept années : j'avais trente-cinq ans.

Je ne sache rien d'aussi lamentable qu'un semblable accident. J'essayerai d'exposer la manière dont il eut lieu, puis je tracerai l'histoire véritable, la relation naturelle de tout ce qui m'arriva par la suite, tant au physique qu'au moral.

Le jour indiqué plus haut, on vint à midi me chercher en toute hâte pour voir les plaies que Baliveaux, chien courant de trois ans appartenant à M. L..., mon oncle, venait de faire au sieur B..., perruquier, qu'il voyait chaque jour entrer à la maison pour raser son maître.

Je trouvai l'animal dans un coin de la salle à manger; je l'appelai en vain. Il était triste, avait la démarche chancelante, les poils hérissés, la queue serrée entre les jambes, l'œil hagard. Cet état durait depuis un jour. Lors de mon arrivée, Il y avait environ une heure qu'il s'était précipité sur le barbier sans aucune provocation.

Je jugeai utile : 1° de cautériser vigoureusement les plaies de l'homme mordu; 2° de tenir le chien à l'attache, pour m'assurer de l'état de sa santé.

Comme il m'était familier, qu'il me suivait à la chasse, et que d'ailleurs il paraissait calme en ce moment, je l'attirai vers moi pour lui passer une chaîne autour du cou; mais au moment où j'allais boucler son collier, ses yeux se renversèrent convulsivement en se fixant sur les miens, sa gueule saisit mon poignet gauche revêtu de la manchette de ma chemise et du double parement d'un paletot d'hiver, puis, se retirant avec violence, il arracha d'un seul coup tous ces vêtements, et me laissa dans les chairs six plaies assez profondes.

Il pouvait recommencer; il ne le fit pas. A la suite de cette action, sans doute involontaire, il s'éloigna avec lenteur, en proie à un état d'extrême convulsion, puis succomba le soir.

Ainsi mordu, mon premier soin fut de sucer mes plaies les unes après les autres. J'avais lu quelque part que Fontana recommandait avant tout de le faire dans les instants qui suivent la morsure des animaux venimeux. Je les touchai ensuite avec l'acide nitrique, et aussitôt qu'il me fut possible de me procurer du caustique de Vienne, je les brûlai de manière à ne laisser vivante aucune des parties qui avaient été en contact avec les dents de l'animal.

Tout allait bien, lorsque le cinquième jour je sentis un commencement d'astriction dans la gorge. Ce malaise ne fit qu'augmenter, et devint bientôt un vrai supplice. Que l'on se figure en dehors un lien très serré comprimant le col, en dedans une sensation d'astringence indéfinissable.

Ce symptôme devint si pénible, que mon moral s'affecta.

Le dix-septième jour, je fis prier le professeur Trousseau de venir. Il se rendit à mon appel, cautérisa encore mes plaies comme je l'avais fait, me prodigua mille témoignages d'intérêt, employa tout pour me remonter le moral; mais ce fut en vain.

Outre la constriction gutturale, j'avais toujours présente à la pensée la figure éperdue du chien se précipitant sur moi, et me rappelais avec horreur cette phrase de Celse : « *Miserrimum morbi genus, in quo simul æger et siti et aquæ metu cruciatur.* »

Que faire dans ces tristes journées, avec le mal et l'accablante perspective de mourir bientôt enragé?

La belle saison revint, et chaque jour, pour essayer de me distraire, j'allais seul me promener dans la campagne; j'admirais ces merveilles, e foulais ces trésors que je devais peut-être bientôt quitter

..... *Extinctus crudeli funere.* (VIRGILE.)

Je voyageais aussi quelquefois. (Un malheur ne vient jamais seul.) Un jour j'avais pris place dans une diligence qui marchait vers Paris; j'y trouvai par hasard des personnes du pays que j'habitais; et comme mon accident y avait produit une sensation assez vive, c'était souvent le sujet de la conversation. Tout le long de la route elles ne cessèrent de parler de chiens enragés. De ma vie je n'éprouvai une pareille série d'angoisses; je fus vingt fois près de descendre et ne le fis point; je savais le peu de cas que méritent les narrations populaires en matière de malades et de maladies; et cependant je tenais malgré moi à con-

séjour à l'hôpital. Il n'accusait que de la soif, de l'inappétence, de l'insomnie, de la fièvre, dépendant sans doute des souffrances qu'il cachait avec soin pour ne pas laisser soupçonner une mutilation que le code militaire punit sévèrement. La suppuration elle-même fut vraisemblablement dissimulée à son tour; ce qui tend à le faire supposer, c'est l'aspect blanchâtre, lisse et comme macéré qu'offrait la muqueuse auriculaire au moment où elle fut examinée pour la première fois.

Quant à la méningite, elle s'explique très bien comme effet de l'irradiation de l'inflammation siégeant primitivement dans l'oreille moyenne. L'excitation morale éprouvée par le sujet a pu contribuer aussi à cette fatale complication.

Le *Moniteur de l'armée*, en rendant compte de la dernière opération du recrutement militaire, observe que les cas d'infirmités ou de maladies simulées n'ont jamais été moins nombreux en France que cette année, ce qu'il attribue aux circonstances politiques dans lesquelles nous nous trouvons placés.

Sans doute, au premier bruit de guerre les imaginations s'enflamment, les instincts belliqueux se réveillent dans le cœur de la nation, et l'on voit jusqu'aux infirmes solliciter l'honneur de venir se ranger sous les drapeaux. Mais ce qui attire également les jeunes gens vers la carrière des armes, c'est l'assurance qu'ils ont d'y être aujourd'hui l'objet d'une sollicitude qui tend par de continuels efforts à améliorer les conditions matérielles de la vie militaire. L'homme de guerre n'est plus en effet, comme aux temps passés, un instrument de conquêtes, de rapines ou de vengeances : il est devenu l'homme du pays, l'artisan de la sécurité publique; il fait partie de l'Etat; en un mot, il est citoyen. Pour lui, la reconnaissance est toujours mesurée à l'éclat de son héroïsme : voilà pourquoi il répond avec empressement, quelquefois avec gaieté, aux appels de la loi qui lui demande son temps, sa jeunesse et jusqu'à sa vie.

On naît soldat comme on naît artiste. Mais l'homme que la nature n'a point doué de cette vocation finit pourtant à l'aide de l'éducation professionnelle par acquérir la résignation de l'obéissance, la bravoure qui affronte le feu, le sang-froid qui porte ou pare les coups, la prudence dans les entreprises hardies, le stoïcisme qui lutte pendant la déroute corps à corps avec le destin, le dévouement qui s'exalte par la certitude de périr.

Bien que le goût des armes soit un goût national en France, il est cependant quelques caractères qui lui sont antipathiques. En général, plus les lieux d'où vient le conscrit réfractaire sont agrestes, plus il s'y montre attaché; il préfère se mutiler plutôt que de s'éloigner des objets qui lui sont chers. Que le petit nombre de recrues pervertis par de coupables insinuations ou intimidés par des appréhensions exagérées de l'avenir sache bien que c'est une sotte spéculation que de se faire mourir dans la crainte de se faire tuer.

A. BERNARD.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face (1).

J'ai examiné au microscope les poils extraits sur les six malades dont il vient d'être question; sur tous ces poils j'ai constaté l'existence du tricophyton tonsurant. Tous ces malades étaient donc atteints de teigne tonsurante.

Mais ici nous avons, outre les caractères communs à toutes les teignes tondantes, des caractères spéciaux propres à celles de la face, et que nous n'avons jamais observés dans la teigne tonsurante du cuir chevelu.

L'élévation des bulbes qui donne aux surfaces malades un aspect chagriné, la présence des squames épidermiques, la brisure des poils à quelques millimètres de la peau, l'existence d'une gaîne blanche amiantacée sur les poils brisés, les anneaux herpétiques, voilà des caractères communs à toutes les teignes tondantes, et dans quelques cas de teigne tonsurante de la face on n'observe aussi que ces seuls phénomènes; mais d'autres fois il en survient d'autres non moins remarquables, et que jusqu'à présent nous n'avons observés qu'à la face : je veux parler des éruptions pustuleuses, tuberculeuses et furonculaires, en un mot, de la *mentagre*, ou plutôt de l'éruption mentagreuse. Or il est pour nous parfaitement démontré aujourd'hui que cette éruption est très souvent occasionnée par la présence du tricophyton tonsurant sur les poils de la figure. Parmi les mentagres dermophytiques il faudra donc désormais compter la mentagre tonsurante, qui mérite peut-être d'occuper la première place.

Quel rôle joue l'herpès circiné dans la teigne tonsurante de la face? Est-il cause, est-il effet? n'est-il qu'un phénomène, un symptôme de cette maladie?

Dans le travail sur les teignes que j'ai publié vers la fin de 1852, je considérais comme deux affections différentes l'herpès circiné et la teigne tondante. J'admettais que cette dernière était ordinairement précédée d'herpès, qui favorisait son développement; mais que l'herpès et la teigne tondante n'étaient pas deux affections nécessairement liées l'une à l'autre, qu'elles pouvaient chacune se montrer isolément.

Cette opinion était en désaccord avec la manière de voir de M. Cazenave sous ce rapport qu'elle ne reconnaissait pas constamment l'existence de vésicules herpétiques au début de la teigne tondante. Elle concordait avec elle en ce sens qu'elle admettait, pour l'herpès circiné et pour la teigne tondante, une existence à part. Affection non contagieuse d'une part; maladie contagieuse de l'autre, herpès circiné simple et herpès tonsurant, dont le principe contagieux est évidemment le cryptogame qui le caractérise.

M. Letenneur, des observations qu'il a recueillies sur la transmission de l'herpès des animaux à l'homme, se croit fondé à conclure que l'herpès circiné et l'herpès tonsurant sont l'un et l'autre contagieux et transmissibles des animaux à l'homme. J'ai moi-même observé et rapporté un fait intéressant de contagion des animaux à l'homme : celui d'un gendarme qui fut atteint d'herpès circiné à l'avant-bras en soignant des chevaux porteurs de teigne tondante.

Ces faits tendraient à établir que l'herpès circiné et l'herpès tonsurant sont deux affections contagieuses et parfaitement identiques. S'il en était ainsi, on devrait trouver le tricophyton (champignon de la teigne tondante) dans tous les herpès circinés de la face ou d'ailleurs; or, c'est ce qui n'a pas lieu. Voici un cas d'herpès circiné simple de la figure. Les poils ont été examinés au microscope; il n'y avait pas de champignon.

OBS. VII. — *Herpès circiné simple de la face et du cou.*

(Toutes les observations qui suivent ont été recueillies et rédigées par M. L'HONNEUR, interne à l'hôpital Saint-Louis.)

Cavillon, âgé de vingt-deux ans, journalier, demeurant au Ménil-Aubry (Seine-et-Oise), entré au pavillon Saint-Mathieu le 16 mars 1854.

Constitution forte; tempérament lymphatico-sanguin. Cavillon a eu des gourmes dans son enfance, et quelques engorgements ganglionnaires qui ont disparu par résolution et sans abcès. Il n'a eu aucune affection cutanée antérieure, et nie toute infection syphilitique. Hygiène excellente.

Son père et sa mère vivent encore et se portent bien; sa mère pourtant paraît avoir eu sur l'épaule droite des dartres qui ont persisté assez longtemps.

L'affection pour laquelle Cavillon entre à l'hôpital date de cinq mois : elle a débuté par des démangeaisons vives sur le côté gauche du menton. Ces démangeaisons furent bientôt suivies d'une rougeur nettement circonscrite de la peau. L'affection s'est étendue peu à peu.

Aujourd'hui toute la joue droite, surtout dans la partie occupée par la barbe, est couverte par deux larges cercles à bords légèrement soulevés, rouges, sur lesquels on remarque à l'œil nu une desquamation peu abondante, quelques croûtes lamelleuses un peu jaunâtres et à la loupe des vésicules brillants. Au centre de ces cercles la peau est normale et ne présente aucune trace d'inflammation.

Ces cercles, qui se touchent par leur circonférence, ont 3 ou 4 centimètres de diamètre. L'inférieur se confond en bas avec la circonférence d'un autre de même nature, qui s'étend sur la partie latérale du cou.

Dans la barbe du menton, dans les favoris du côté gauche, on remarque des cercles semblables, mais plus petits.

Entre eux, on observe un grand nombre de petites plaques circulaires, soulevées, en apparence papuleuses, larges de quelques millimètres à peine, rouges, couvertes d'une desquamation furfuracée, sur lesquelles on peut quelquefois saisir le caractère vésiculeux. Sur celles dont le diamètre dépasse 3 ou 4 millimètres, il est possible de voir que le centre est moins enflammé que les bords. Ce sont donc aussi des anneaux à bords enflammés dont le centre est sain.

Toutes ces parties sont le siége de démangeaisons vives.

La barbe, blonde, assez épaisse, ne paraît point altérée. — Bains sulfureux et douches de vapeur alternativement, tisane de douce-amère.

Après quinze jours de séjour à l'hôpital, la guérison est à peu près complète. On ne remarque plus de vésicules herpétiques; la saillie des anneaux a disparu et leur rougeur est considérablement diminuée. Les petites plaques sont complétement effacées. Le malade ne souffre plus de démangeaisons.

On m'annonce à l'instant que Cavillon a été pris d'une éruption pustuleuse de la face peu de temps après sa sortie de l'hôpital et que sa femme est atteinte de la même affection. Peut-être aurions-nous trouvé le tricophyton si nous eussions examiné un plus grand nombre de poils. Dans ce cas, il faut avouer que ce serait là un exemple assez mal choisi d'herpès circiné simple.

J'ai dernièrement encore examiné au microscope quelques poils extraits d'anneaux herpétiques, circulaires, concentriques, qu'une jeune fille, qui s'est présentée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, portait sur l'avant-bras : il y avait sur ces poils des traces non équivoques de tricophyton tonsurant.

Je fais donc toutes réserves jusqu'à ce que de nouvelles recherches me permettent d'établir d'une manière exacte le rapport entre l'herpès circiné simple et l'herpès dermophytique.

J'admets encore aujourd'hui l'opinion que j'avais en 1852 sur la non-identité de tout herpès circiné et de la teigne tondante. Je crois encore que l'herpès circiné favorise dans quelques cas le développement du tricophyton, et joue par conséquent le rôle de cause prédisposante; mais bien plus souvent cet herpès fugace, temporaire, est un des premiers signes de la germination du végétal parasite. C'est un effet, et non une cause.

A quelques caractères on peut parfois distinguer l'herpès primitif et prédisposant de l'herpès consécutif. Le premier est plus régulier, plus exactement circulaire, d'une étendue beaucoup moins variable. Le second est incomplet, très large ou très étroit, parfois papuleux, pustuleux ou simplement érythémateux, d'une courbure très variable. Il débute assez souvent par un point rouge érythémateux ou vésiculeux à la base des poils. Ce point va de jour en jour en s'élargissant du centre à la circonférence; la rougeur circulaire s'éloigne de plus en plus du centre, qui se desquame.

Enfin, de même qu'au cuir chevelu, la teigne tonsurante de la face n'est pas toujours précédée d'herpès; elle commence par une desquamation épidermique comme dans le pityriasis simplex (voir obs. VI, Prud'homme), desquamation qui, comme l'herpès, s'étend du centre à la circonférence, et forme des plaques farineuses arrondies, d'étendue variable, nettement circonscrites.

La *teigne mentagre*, ou plutôt *mentagrophytique*, existe particulièrement à la face; mais elle n'est pas aussi commune que nous l'avions cru d'abord. Longtemps nous l'avons confondue avec la précédente, c'est-à-dire avec la teigne tonsurante.

Nous préférons l'expression teigne *mentagrophytique* à celle de teigne *mentagre*, pour qu'on sache bien que ce n'est pas la mentagre, une éruption symptomatique due à tant de causes diverses, que nous entendons désigner sous ce nom, mais une affection des poils de la face produite par un champignon que MM. Gruby et Ch. Robin ont appelé *microsporon mentagrophyte*.

On a nié l'existence de ce champignon. Cela tient uniquement à ce qu'on l'a mal cherché.

D'une éruption mentagreuse quelconque on extrait quelques poils, et l'on s'étonne de ne pas rencontrer sur ces poils un champignon tout aussi vivace que celui du favus ou de la teigne tondante! Mais d'abord toutes les mentagres ne sont pas *dermophytiques*. En second lieu, on choisit de préférence les poils à la base desquels existent les plus belles pustules, et ce sont précisément ceux-là qui offrent le moins de cryptogames. On le conçoit : le pus emporte et détruit les spores. C'est absolument comme si on cherchait l'acarus dans les vésicules et les pustules. D'un autre côté, le microsporon ne peut être bien vu qu'avec un grossissement de 3 à 400 diamètres, et ceux qui l'ont vainement cherché n'auront sans doute employé qu'un grossissement de 200 à 250 diamètres, qui suffit en effet pour reconnaître l'achorion et le tricophyton tonsurant.

Je rapporte ici deux cas de teigne mentagrophytique pure.

OBS. VIII. — *Teigne mentagrophytique du menton et de la lèvre supérieure.*

Goumers (Jean-Baptiste), âgé de quarante-quatre ans, journalier, demeurant à Paris, rue Sainte-Marguerite, n° 9, admis à l'hôpital Saint-Louis le 17 janvier 1854.

Homme fort et vigoureux, cheveux châtains; barbe noire, assez fournie. Ordinairement bien portant, il n'a jamais eu d'affection cutanée. Aucun antécédent syphilitique, si ce n'est une blennorrhagie à l'âge de trente ou trente-cinq ans. Son père est mort, sa mère vit encore; ni l'un ni l'autre n'ont eu d'affections cutanées. Il a des frères et des sœurs bien portants.

Vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, il paraît n'avoir jamais fait abus de boissons, mais ne s'impose aucune privation.

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 juin et 20 juillet.

naître le dénoûment de chacune de ces histoires. Je pouvais d'un mot faire cesser cette mortelle conversation en leur disant qui j'étais; mais l'infortune rend timide, et je redoutais d'attirer les regards.

Enfin, après trois mois d'angoisses, la constriction gutturale diminua, mais les inquiétudes sur l'avenir persistèrent, malgré la bienveillance et les consolations de tous ceux qui m'entouraient.

Voici comment je sortis de ce mauvais pas :

Convaincu que mon royaume n'était plus de ce monde, j'avais consenti depuis longtemps déjà au sacrifice de mon existence; une seule crainte m'agitait, c'était de mourir enragé!

Un jour donc je tins conseil avec moi-même, et je résolus de porter une fiole contenant environ 20 grammes de laudanum de Rousseau, que je devais boire à la fin du premier accès.

Cette convention faite, les inquiétudes se dissipèrent, le sommeil revint, et malgré la persistance du sentiment de strangulation pendant au moins six mois, je retrouvai mon calme habituel.

Je ne discute pas, je raconte; je ne compose pas, je copie. En écrivant ceci, j'ai voulu me faire voir sans étude et sans artifice, tel que j'étais alors.

Cependant ceci me paraît mériter de graves réflexions.

Mon esprit troublé par la crainte a-t-il pu me faire éprouver des sensations mensongères; ce que je sentais dans le pharynx était-il une hallucination? Je ne puis le croire. La faculté qu'a mon esprit d'associer mes sensations et mes idées, de les coordonner entre elles pour les combiner avec mes déterminations ne m'a jamais fait défaut. Quoique j'attache peu d'importance à une injection sanguine notable dans les parties qui étaient le siége de mon inexprimable malaise, elle existait.

M. Rochoux dit pourtant (*Dict. en 21 vol.*, tome. XVIII, page 183): « que dans tous les cas on voit le virus rabique arriver dans l'économie par une solution de continuité, et qu'il semble que ce soit la » seule voie d'intromission. Il peut en effet, ajoute-t-il, être impuné- » ment déposé sur la peau recouverte de son épiderme intact, et même » se trouver en contact avec une membrane muqueuse non excoriée. »

D'autres hommes éminents sont, à la vérité, d'un avis contraire, et je dois citer à leur tête le savant Chaussier.

Cœlius Aurélianus parle d'une couturière qui contracta la rage en se servant de ses dents pour découdre le manteau d'un homme mort de cette maladie.

Qui donc peut se vanter de connaître toutes les propriétés d'un virus quelconque, et de celui-ci en particulier?

L'action de sucer mes plaies n'a pas donné lieu au développement de la rage; mais le virus semble avoir agi comme topique pour produire une affection gutturale des plus pénibles.

Cela me suffit pour inviter mes confrères à s'élever contre cette pratique avec sévérité; car un fait est un fait, et l'expérience est plus forte que le raisonnement.

Amédée JOUX.

journalier, il est employé à des travaux divers. Quelquefois il a travaillé dans des fonderies de cuivre, et par conséquent il a été exposé à une chaleur vive et à la poussière.

Il y a deux mois que son mal a débuté; il travaillait alors à tourner la roue chez un mécanicien. Le mal commença par un petit bouton à la lèvre supérieure, sans démangeaison. Ce bouton fut écorché par le rasoir de son barbier : il se forma alors à la surface une croûte qu'il essaya de faire tomber par des applications de cataplasmes et de cérat. La chute de la croûte mettait à nu une partie rouge, ulcérée, vive, et d'où suintait un liquide gluant, tachant le linge en jaune. C'est après avoir vu cette croûte se reproduire plusieurs fois et s'agrandir qu'il vint au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis. On lui fit tomber cette croûte, et on commença l'épilation. Les poils s'arrachaient facilement et sans beaucoup de douleur. Aussitôt après leur avulsion, on fit sur la lèvre une lotion de sublimé. Quelques pustules s'étant reproduites sur la lèvre, Goumers demanda à entrer à l'hôpital, où il fit un séjour de trois semaines. La lèvre fut épilée de nouveau, lavée avec le sublimé; il ne revint pas de pustules, et à l'époque de sa sortie le malade paraissait définitivement guéri. Les poils étaient repoussés très beaux et sans pustules. Goumers reprit ses occupations habituelles. Il ne tarda pas à voir son mal revenir, et le 17 janvier, trois jours après avoir eu de nouveau la lèvre épilée, il entrait une seconde fois à l'hôpital Saint-Louis.

A cette époque, on remarque sous le nez, sur la partie médiane de la lèvre supérieure, une croûte large de 1 centimètre, jaune brunâtre, un peu humide, peu adhérente. Au-dessous de cette croûte, la lèvre ne paraît point tuméfiée, seulement elle est quelquefois le siége de tension et de démangeaisons violentes. Les poils sont arrachés sur la croûte et un peu autour.

Le 27 janvier, la lèvre est encore rouge, couverte de croûtes jaunâtres; mais on remarque au menton une altération spéciale des poils et en même temps quelques pustules. Les poils sont d'un blanc terne; ils s'arrachent facilement. Il est évident que la récidive et la persistance du mal de la lèvre supérieure sont dues à cet état du menton.—Epilation de la lèvre inférieure et du menton, lotion de sublimé.

Le 7 février, on enlève quelques croûtes jaunâtres couvrant le sillon médian de la lèvre supérieure et pénétrant jusque dans l'intérieur des narines. Au-dessous, on remarque de la rougeur et un peu de tuméfaction, mais pas de pustules.

Sous le menton, on voit encore quelques poils d'un gris cendré évidemment altérés, qui devront être avulsés.

Le 10 mars, le malade sort parfaitement guéri; les poils de la lèvre supérieure sont repoussés, noirs, d'une couleur franche. Il y a à peine une légère desquamation de la partie médiane de la lèvre supérieure et de l'angle de la commissure labiale du côté droit.

DU TRAITEMENT DE LA CHORÉE.

La *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 20 de ce mois enregistrait un travail de M. Blache sur le traitement de la chorée par la gymnastique et les bains sulfureux; on ne lira pas sans intérêt l'analyse d'un mémoire que M. Eug. Magnier, interne des hôpitaux, publiait dans les *Archives de médecine* du mois de juillet. Les diverses méthodes sont appréciées avec beaucoup de justesse et les conclusions semblent presque en faveur du traitement auquel M. Blache a cru devoir donner la préférence.

Le traitement de la chorée peut avoir à remplir deux ordres d'indication : abréger la durée de la maladie, tempérer les symptômes dans les cas exempts de danger immédiat, ou parer à un péril imminent en modérant à tout prix l'exagération des mouvements convulsifs lorsque leurs conséquences sont de nature à compromettre la vie du malade.

Dans cette dernière catégorie, qui réclame une médication d'urgence, les narcotiques occupent parmi les substances médicamenteuses le premier rang.

Narcotiques. — Quand la chorée est assez intense pour que les mouvements désordonnés puissent mettre la vie du malade en danger, il faut avant tout calmer cette exaltation; or, le sommeil amenant le repos des muscles, si le malade peut dormir il est soulagé. C'est alors que l'opium est indiqué, et il faut insister jusqu'à la production du sommeil.

On a aussi employé le chloroforme. M. Gassier l'administra sous forme de liniment composé de parties égales de chloroforme et d'huile d'amandes douces : des frictions étaient faites sur la colonne vertébrale. Il a publié trois cas de guérison très rapide. Dans l'un, une chorée très grave céda en six jours; chez un autre, enfant qui avait résisté au traitement ordinaire, les frictions de chloroforme firent le cinquième jour cesser la chorée, qui revint le septième jour pour cesser de nouveau.

Une petite fille de sept ans, qui avait aussi été traitée inutilement par les autres moyens, fut guérie en sept jours par les frictions.

M. Marst compte aussi un succès par cette médication. Enfin, M. Andral a employé sans succès le chloroforme pour une jeune fille de dix-sept ans atteinte de chorée.

Les médications dont nous allons maintenant nous occuper ne s'appliquent pas aux formes d'une excessive intensité; elles ont été appliquées en vue de guérir et non pour conjurer un péril qu'il faut détourner à tout prix. Nous essayerons d'apprécier leur valeur relative.

1° *Strychnine.* — C'est en 1841 que M. Trousseau formula nettement le traitement de la chorée par la noix vomique à dose croissante, qu'il administrait en pilules de 1 centigramme d'extrait de noix vomique; mais bientôt il préféra un médicament qui, sous un grand volume, renfermât une faible quantité de cette substance si active, il formula donc un sirop contenant 5 centigrammes de sulfate de strychnine pour 100 grammes de sirop, de telle façon qu'une cuillerée à dessert contenant 10 grammes de sirop représentât un 1/2 centigramme de sulfate de strychnine.

C'est ce sirop qui fut administré à l'hôpital des Enfants. On le donnait par cuillerée d'une heure et demie en une heure et demie jusqu'à production de roideurs. Ce résultat obtenu, on interrompit l'usage du sirop pendant le reste de la journée, pour le reprendre le lendemain. Il faut agir avec prudence dans son emploi. L'espace mis entre chaque cuillerée fait disparaître en partie le danger de ce sirop laissé aux soins des personnes qui entourent le malade; car ses effets sont si divers, non-seulement chez les différents malades, mais encore selon les jours, que le médecin ne peut en déterminer la dose. Ainsi, le sujet qui un jour présentera des roideurs après trois ou quatre cuillerées, en aura besoin un autre jour de dix, même de quatorze cuillerées, c'est-à-dire 7 centigrammes de strychnine pour produire le même effet, et réciproquement.

Lorsque les enfants ont pris une quantité de sirop suffisante pour produire des roideurs, on peut constater chez eux : douleurs légères dans le cou, contraction convulsive des muscles de cette région et de ceux des mâchoires, constriction pénible du pharynx, muscles du ventre roides, articulations comme ankylosées. Si on chatouille le malade, qui dans cet état est contraint de s'étendre où il se trouve, si on le touche même légèrement, un soubresaut, des secousses et un cri de douleur sont provoqués instantanément. Mais il suffit d'étendre le malade sur un lit au commencement des roideurs et de le laisser en repos, pour que toute cette action physiologique du médicament disparaisse.

Au reste, l'intelligence n'est pas troublée, et la strychnine, par son amertume, favorise les garde-robes, et dépouille ainsi la chorée d'une de ses complications : gonflement du ventre avec constipation.

La durée du traitement exige une moyenne de 34 jours. Il est toutefois utile de prévenir le médecin et les parents que l'emploi de ce médicament semble d'abord augmenter les convulsions; mais bientôt la réaction survient, et l'amélioration est ordinairement rapide.

2° *Gymnastique* — Les premiers qui aient employé la gymnastique sont les moines et les prêtres chargés du traitement religieux de la danse de Saint-Guy, qui, la messe dite, faisaient danser en rond les choréiques en chantant des noëls qui les obligeaient à danser en mesure.

M. Trousseau ne regarde la gymnastique que comme un moyen d'assurer une guérison commencée par la strychnine. M. Sée a trouvé que la gymnastique seule réussissait, tandis qu'alliée à d'autres remèdes, on n'obtenait rien. Or les bains sulfureux ont ordinairement la plus grande efficacité; il ne semble pas exister d'antagonisme entre ces traitements. Que conclure, sinon que la gymnastique seule a pu guérir des cas légers, tandis que jointe aux bains sulfureux elle est restée sans puissance contre des chorées très intenses ?

La gymnastique n'est pas employée *exclusivement* à l'hôpital des Enfants.

3° *Bains sulfureux.* — On met 120 grammes de sulfure de potassium dans huit voies d'eau à 26° R. ; ce bain est pris tous les jours, pendant une heure au moins chaque jour. Au bout de douze ou quinze jours, l'amélioration s'est fait sentir. Une cause d'insuccès peut être due à l'irritation des téguments, qui se couvrent de rougeurs accompagnées de cuissons; c'est ce qu'on appelle *la poussée*. Il est alors indiqué de suspendre momentanément les bains. Si l'accident se renouvelle, il faut renoncer à la médication.

Un tableau des résultats obtenus par les bains sulfureux et la gymnastique d'une part et la strychnine d'autre part donne les conclusions suivantes :

DURÉE MOYENNE DU TRAITEMENT.

Gymnastique et bains sulfureux. — Filles, 49. Moyenne du traitement, 37 jours. — Garçons, 25. Moyenne du traitement, 81 jours.

Strychnine. — Filles, 32. Moyenne du traitement, 33 jours. — Garçons, 11. Moyenne du traitement, 47 jours.

Moyenne générale, 56 jours.

Ce qui montre : 1° une légère différence en faveur de la strychnine; 2° que le spécifique contre la chorée est encore à trouver, et 3° que la durée moyenne est plus grande qu'on ne le dit généralement. De plus, on a pu par ces chiffres voir que si la chorée frappe plus les filles, elle résiste beaucoup moins chez elles à l'action du traitement.

R.

CHUTE DE LA MEMBRANE INTERNE DE L'URÈTRE chez une femme.

M. N..., domestique, d'une bonne et forte constitution, réglée depuis douze jusqu'à cinquante ans, son âge actuel, n'a jamais eu aucune maladie grave; elle s'est plaint seulement quelquefois de *chaleurs* à l'urètre, contre lesquelles elle a employé des boissons rafraîchissantes et de fréquentes injections d'eau froide. Constipée, comme à l'ordinaire, depuis six jours, elle fit à la garde-robe un peu plus d'efforts que d'habitude, et s'aperçut d'une perte de sang avec émission d'urine, non sans douleurs dans le trajet du canal urétral et surtout à son orifice. Elle se croyait revenue à ses *chaleurs* d'autrefois; cependant elle se plaignait de sentir une tumeur à l'intérieur du vagin.

Voici quel était l'état organopathique de cette femme :

Les grandes lèvres enflées; en les écartant, on voyait à l'orifice de l'urètre une tumeur rouge, molle au toucher, grosse comme une noisette, formée par la membrane interne de l'urètre, qui en était sortie et constituait une hernie. Douloureuse au toucher, elle donnait des douleurs lancinantes de temps en temps et une sensation de cuisson s'augmentant sous les efforts de la garde-robe.

La cause de ces douleurs était, en effet, l'effort excessif fait pour émettre l'urine, en même temps que les matières fécales arrêtées et endurcies dans le rectum.

On a traité d'abord cette chute par les antiphlogistiques locaux, puis avec la réduction au moyen du taxis et des applications astringentes. Mais toutes les fois que la malade avait besoin d'uriner l'accident de la chute se répétait, et on était obligé de renouveler l'opération. On a essayé aussi l'introduction d'une seringue permanente, mais l'urine s'écoulait également du canal de l'urètre. La cautérisation fut employée toujours sans avantage. Enfin on se décida pour l'excision, qui a été faite avec un coup de ciseaux à cuillers, sans causer presque aucune souffrance, sans hémorrhagie et sans réaction considérable. La blessure fut vite guérie, et la malade complétement rétablie en peu de jours. (*Journ. de Venise.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juillet 1854. — Présidence de M. Rostan.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Trois rapports de M. le docteur Fuzellier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil, sur des épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné dans les communes de Parenty, Verchocq et Lebiez;

2° Un rapport de M. le docteur Penant, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vervins, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Landouzy-la-Ville;

3° Un rapport de M. le docteur Jacquez, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lure, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Mollans (Haute-Saône);

Choléra. — 4° Un rapport de M. le docteur Lecadre, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Havre, sur l'épidémie cholérique qui a régné dans cette ville pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1853;

5° Une lettre écrite par le préfet d'un des départements où le choléra s'est déclaré, et qui exprime le désir de savoir si l'expérience a fait connaître une médication plus particulièrement applicable à cette maladie. Le ministre, en transmettant ce vœu à l'Académie, lui demande si elle jugerait utile de rédiger quelques instructions sur l'objet indiqué. (Renvoyé à la commission du choléra, avec invitation de donner une prompte réponse.)

6° Le même ministre transmet plusieurs communications relatives à des remèdes et moyens de traitement proposés contre le choléra par MM. Blin (de Caen), Witmock (d'Oldeslohé, près Hambourg), Tourette, de Chambly (Oise), Thouvenot, pharmacien à Chatenois (Vosges), et Caron (de Paris).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Foucart adresse à M. le président de l'Académie la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Je lis à l'instant dans le compte rendu de la dernière séance de l'Académie le résumé d'une communication de laquelle il semblerait résulter que le choléra, qui vient d'envahir Fays-Billot ainsi que la plupart des communes du canton, n'a pas le caractère de malignité qu'il présentait en 1832 et 1849.

» Envoyé par M. le ministre du commerce et des travaux publics dans le département de la Haute-Marne, et en particulier à Fays-Billot, où je suis depuis le 19 juillet (1), je puis vous donner un renseignement précis sur l'épidémie, son caractère et sa gravité. L'épidémie cholérique a apparu ici pour la première fois le 12 juillet. Depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui 23 juillet (au soir), il y a eu douze cas de choléra complet, cyanique. Sur ces douze cas, dont j'ai moi-même observé six, il y a eu déjà *dix* morts. Deux sont entièrement guéris ou en pleine convalescence. La maladie n'est donc pas moins grave qu'à Paris et dans les localités envahies depuis quelques mois en province. Quant à la comparaison que l'on a faite avec les épidémies de 1832 et 1849, permettez-moi de vous faire remarquer qu'en 1832 et 1849 *il n'y a pas eu au Fays-Billot un seul cas de choléra.* Cette année est la première où le choléra se montre dans cette commune.

» Permettez-moi de vous faire remarquer aussi en passant, et en attendant que je présente à l'Académie le résultat des observations que je fais dans ce pays, que *dans tous les cas*, *sans exception aucune*, nous avons constaté la diarrhée prodromique, datant de un à huit ou dix jours. Cette observation a été faite par tous les médecins du Fays-Billot et des communes environnantes que j'ai vus depuis que je suis ici; l'observation et l'expérience les ont conduits à considérer cette *diarrhée prodromique* comme constante. »

Omphalocèle congéniale. — M. Charcellay, professeur à l'École préparatoire de médecine de Tours, adresse une observation d'omphalocèle congéniale avec hernie du foie, de l'estomac et de quelques autres organes, transposition du gros intestin, qui est fort distendu par le méconium, et imperforation de l'anus. (Comité de publication.)

Concrétion cornée du tissu cellulaire sous-cutané. — M. Gaspard, correspondant de l'Académie à Saint-Etienne-en-Bresse (Saône-et-Loire), adresse une observation sur une concrétion de nature cornée développée sous la peau dans le tissu cellulaire. (Comité de publication.)

(1) Une lettre de M. Foucart nous apprend que l'épidémie de suette pour laquelle il avait été envoyé dans ce pays a en partie cessé depuis l'invasion du choléra. La maladie n'a jamais résisté, du reste, au traitement bien appliqué.

Traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin.

M. Ricord. Messieurs, je ne vais pas abuser de votre attention, je ne vais pas recommencer ce qu'on vous a déjà peut-être un peu trop répété. Je ne veux m'attacher qu'à un seul point de la question, sur lequel on a peut-être moins insisté : je veux dire un mot du traitement de certaines hyperesthésies, plus ou moins localisées au col de l'utérus ou au vagin, quelquefois conséquence ou complication des divers déplacements ou des déviations variées de la matrice, avec ou sans autre état morbide.

Je n'ajouterai rien à ce que vous en a dit M. le professeur P. Dubois dans son remarquable discours, si sage, si pratique au point de vue pathologique.

Je vous rappellerai seulement que ces hyperesthésies, d'où naissent souvent des douleurs insupportables, et quelquefois de graves accidents, ne cèdent pas toujours aux moyens que nous avons eus jusqu'à présent en notre possession, comme pourrait le faire croire un des projets de conclusion du rapport.

Chez un grand nombre de malades que le décubitus soulage, et qui fait même complétement cesser la douleur *dans certaine position donnée* (car il n'est pas toujours indifférent que les femmes se couchent de telle ou telle manière pour ne plus souffrir), qu'il y ait simplement déviation, déplacement ou autre chose, les diverses espèces de ceintures échouent fréquemment en augmentant la pression qui accroît la douleur, et les pessaires, de toutes formes et de n'importe quelle composition que ce soit, qui portent eux-mêmes sur les points sensibles, sont alors aussi insupportables. L'immobilisation même de l'organe par l'action combinée de la ceinture et du pessaire, si souvent efficace dans ces cas exceptionnels, ne suffit pas toujours.

Je ne voudrais pas faire à M. Valleix le reproche qu'on lui a quelquefois adressé, et le plus souvent injustement, d'avoir commis des erreurs de diagnostic et d'avoir soulagé et guéri ses malades empiriquement, et sans savoir ce qu'il faisait; mais puisque d'autres ont cherché à expliquer ses succès incontestables, et reconnus par le plus grand nombre de ceux de nos collègues qui ont pris la parole, il me sera permis de croire qu'il a pu réussir, comme du reste j'en ai vu pour ma part des exemples, en soulevant et en *déplaçant la matrice* de sa position douloureuse, et en l'isolant sans prendre un point d'appui sur les parties sensibles hyperesthésiées.

Je dirai, à cette occasion, que je suis du grand nombre des médecins qui croient avec raison que la plupart des femmes affectées de déviations, de flexions utérines, d'abaissements à divers degrés ne s'en doutent même pas. J'irai même plus loin : je dirai que la ligne assignée par les anatomistes comme position normale de la matrice et la hauteur précise à laquelle doit rester son con col, constituant le beau idéal, sont peut-être aussi rares que celui-ci; et que ce que nous considérons souvent comme des déplacements acquis ne sont et ne doivent être, dans certaines circonstances, que des conformations particulières, individuelles, congéniales et compatibles avec la plus parfaite santé. Non-seulement ici l'art n'a que faire, à moins qu'il n'eût la prétention de rétablir la beauté des formes, mais encore en cherchant à donner à l'utérus une autre place, une autre direction que celle qu'il occupe sans gêne, on courrait le risque de déterminer les douleurs d'un véritable déplacement, ce dont il est facile de s'assurer dans un grand nombre de cas.

Cependant, bien qu'on ne sache peut-être jamais comment étaient les femmes antérieurement et qu'on n'ait pas suivi la progression des déplacements, de leur point de départ, quand ils sont accidentés, jusqu'au terme où elles se plaignent, il n'en est pas moins vrai que beaucoup ne souffrent que tant que l'utérus reste dans telle ou telle position, et que les souffrances cessent dès qu'on lui en donne une autre, s'il est, du reste, sain, ou qu'elles diminuent ou cessent même encore dans le cas où il est actuellement le siége d'une autre maladie. Sans doute que, le plus ordinairement, on a besoin d'un autre traitement, et qu'il faut recourir à des modificateurs généraux et à des moyens locaux variés pour obtenir la cure; mais ceux-ci peuvent échouer tant qu'*on n'isole pas les parties malades*, tandis que l'isolement seul peut suffire dans quelques circonstances, comme je m'en suis convaincu.

C'est pour un cas de ce genre des plus graves, et dans lequel toutes les ressources de la thérapeutique sont restées sans résultats dans les mains des plus habiles et qui, il faut le dire, avait été considérablement amendé par l'instrument de M. Valleix, que j'ai imaginé, je ne dirai pas un nouveau redresseur utérin, mais un support destiné à soutenir et à maintenir la matrice dans une position convenable, et à l'isoler sans pénétrer dans sa cavité et sans toucher au vagin, siége de la douleur et point de départ des plus formidables accidents dès que son col, qu'un instrument quelconque ou que le doigt du chirurgien y touchaient.

Cet instrument, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie et qui a été fabriqué sur mes indications par MM. Charrière et Mathieu, est composé d'une pince à mors concaves, qui saisit le col mis à découvert à l'aide du spéculum, instrument si utile et qui rend assez de services pour faire des ingrats.

Je demanderai à l'habile professeur de médecine opératoire comment il se fait que lui, qui se plaint de ne pas voir assez clair dans les ténèbres qui enveloppent les affections utérines, se prive volontairement de la lumière? L'œil est un organe qui trompe, dit M. Malgaigne; la vision n'est souvent qu'une *vision*, cela est malheureusement vrai; mais est-ce à dire pour cela que, toutes les fois qu'on veut s'assurer de la présence de quelque chose, il faille fermer les yeux, et que les aveugles soient dans de meilleures conditions que ceux qui y voient très clair? Je dois le dire, la sortie, malheureusement spirituelle, que notre collègue a faite contre le spéculum m'a péniblement surpris. On abuse de cet instrument, il trompe! Et de quoi n'abuse-t-on pas? A côté des meilleurs usages, n'y a-t-il pas toujours quelques abus? Tant vaudrait rejeter le stéthoscope, cet autre spéculum de la poitrine, sous prétexte qu'on peut en abuser.

Oui, le spéculum trompe quelquefois, comme tout; mais, rectifié par le toucher, il trompe moins souvent peut-être là où il est nécessaire que le toucher seul. J'en appelle à M. Malgaigne lui-même. Des deux malades qu'il a présentées à M. le rapporteur, une fut examinée seulement au spéculum; on découvrit une érosion, et on attribue à tort, selon M. Malgaigne, toutes les souffrances à cette cause; mais, en se contentant de toucher l'autre, on rapporte tout cette fois au déplacement; cette dernière cependant portait une altération plus grave du col que le toucher n'avait pas permis de reconnaître et qui constituait sans doute un état pathologique méritant la peine d'être pris en considération, à moins d'encourir le reproche adressé à M. Velpeau de faire table rase de tout pour ne tenir compte que des déviations ou des déplacements.

Il faut donc voir et toucher, selon saint Thomas.

Mais revenons à ma pince. Les branches de cette pince sont ensuite graduellement rapprochées au moyen d'un anneau que fait mouvoir une vis, et, quand elle est fixée, on peut alors donner à l'utérus l'inclinaison qu'on désire, les branches de l'instrument pouvant se couder à angle plus ou moins aigu par une autre vis de rappel. L'appareil est ensuite fixé à l'aide du plastron du redresseur de M. Valleix.

Cet instrument, comme on peut le comprendre, pourrait aussi servir comme compresseur dans quelques cas de métrorrhagie, et agir plus efficacement que le tamponnement.

Cependant, comme bien d'autres moyens, il doit avoir ses inconvénients. En comprimant trop il peut donner lieu à des accidents, produire même des eschares, comme cela m'est arrivé; mais ici, comme dans toute compression, c'est plutôt une faute de l'artiste qu'un défaut de l'art; et encore, dans le cas particulier auquel M. le rapporteur fait allusion, et qui m'a engagé à vous montrer l'instrument, j'avais affaire au col utérin le plus maltraité et le plus défiguré qui se puisse imaginer, par des cautérisations de toute nature, par des débridements et des incisions qui ne laissaient plus que des mamelons informes et presque insaisissables. Eh bien! malgré tout cela, c'est encore l'instrument qui a produit le plus de soulagement et une presque guérison.

Mais revenons au redresseur en cause, qui me semble avoir soulagé souvent, et pouvoir redresser quelquefois l'utérus, puisque M. Malgaigne croit même que cela peut se faire spontanément, et permettez-moi de conclure avec MM. Paul Dubois et Velpeau, avec M. Huguier et avec le premier discours de M. Malgaigne, que le traitement de MM. Simpson et Valleix pourra rendre des services lorsqu'il sera bien appliqué aux cas qui le réclament, et que par conséquent on ne doit pas le rejeter de la pratique.

M. Robert. Ayant l'honneur de faire partie de la commission dont M. Depaul est le rapporteur, et ne partageant pas entièrement les doctrines de mon collègue, j'ai cru de mon devoir de dire en quoi mon opinion diffère des siennes, et surtout de faire connaître les motifs de cette divergence.

M. Depaul dit page 47 et dans ses conclusions que l'on a singulièrement exagéré l'influence des déviations de l'utérus sur la santé des femmes.

Cette proposition est capitale; car si elle est vraie, il faut en conclure que l'on a aussi singulièrement exagéré l'importance des traitements mécaniques proposés contre ces déviations.

M. Depaul s'est donc attaché avec grand soin à démontrer cette proposition; mais à mon sens sa démonstration n'est nullement convaincante, et je vais le prouver :

M. Depaul adopte la doctrine de Lisfranc et de M. Paul Dubois, à savoir, que les déviations sont en général inoffensives, et n'ont d'autre influence fâcheuse que celles qu'elles tiennent de quelques complications pathologiques.

Eh bien! je regarde cette doctrine comme étant en opposition avec l'observation rigoureuse des faits. En voici la preuve :

Il existe évidemment deux classes de déviations. Les unes sont primitives, et résultent de causes occasionnelles; les autres, au contraire, sont secondaires, et sont la conséquence de lésions diverses de l'utérus, et plus spécialement du corps de cet organe.

Les premières s'observent dans les conditions que voici : une femme bien portante et n'ayant jamais accusé de souffrances du côté de l'utérus fait un effort violent ou bien tombe sur le siége; elle éprouve à l'instant une douleur, un craquement dans le bas-ventre; à dater de ce moment elle souffre plus ou moins; les règles se dérangent et deviennent ou plus fréquentes ou plus abondantes. Elle vient vous consulter. Vous trouvez, par exemple, une rétroversion, et de plus l'utérus douloureux, tuméfié, etc. Eh bien! n'est-il pas logique d'admettre que le déplacement de l'utérus a été le fait primitif lié à l'accident, et que les autres lésions, telles que la douleur, le gonflement, la dysménorrhée, etc., sont des effets de ce déplacement, de cette déviation? J'ai en ce moment à l'hôpital Beaujon une femme de vingt et un ans n'ayant pas eu d'enfant et ayant à peine usé du coït. Il y a deux ans elle est tombée violemment sur le siége. Depuis cette époque les règles sont devenues très fréquentes, et depuis un an elle éprouve une douleur fixe et très vive au coccyx. Il existe chez elle une rétroversion considérable; la cavité de l'utérus, mesurée avec l'hystéromètre, présente 2 centimètres au moins de longueur de plus qu'elle n'en doit avoir chez une femme de cet âge.

N'est-il pas évident que d'abord il y a eu rétroversion par le fait de la chute, puis dysménorrhée par suite de la déviation, puis enfin métrite chronique, tuméfaction de l'organe par toutes ces causes réunies? Il est impossible de commenter autrement la succession des symptômes éprouvés par cette malade.

Parmi les causes des déviations de l'utérus que j'appelle primitives, il en est une qui, je crois, n'a guère été signalée; c'est le décubitus dorsal très longtemps prolongé.

Voici ce que j'ai observé à cet égard :

Il y a quelques années, j'avais l'habitude, à l'hôpital Beaujon, de me rendre à l'amphithéâtre toutes les fois qu'on pratiquait l'autopsie d'une femme, même dans un service étranger au mien. Or sur deux femmes, dont l'une était morte à la suite d'une paraplégie et l'autre dans le cours d'une fièvre typhoïde, je trouvai une rétroversion très complète de l'utérus. Le fond de l'organe était situé en arrière et à gauche vers la pointe du coccyx, et à voir à quel point les parties molles s'étaient laissées déprimer pour le recevoir et le loger, il était naturel de croire que ce déplacement était déjà quelque peu ancien.

Je n'admets nullement que ce déplacement de l'utérus puisse être un phénomène cadavérique, et je suis bien plus porté à croire qu'il s'était lentement produit pendant la vie sous l'influence du séjour prolongé au lit; il est inutile de dire que ces femmes n'avaient jamais éprouvé d'accidents auxquels on pût le rapporter.

Je n'insiste pas davantage sur ces faits, dont les conséquences pratiques sont faciles à déduire.

Je viens d'établir que les déviations primitives de l'utérus, d'abord exemptes de complications, ne restent pas toujours dans cet état; elles peuvent amener d'abord des troubles fonctionnels, des dérangements dans la menstruation, puis des lésions organiques plus ou moins profondes.

La conclusion pratique à tirer de ce fait, c'est qu'il ne faut pas abandonner à eux-mêmes ou négliger ces déplacements.

Je dirai plus : il est des cas où des accidents sérieux en sont la conséquence, et réclament des moyens directs de réduction, de véritables opérations chirurgicales, comme on le voit dans l'observation qui suit.

Il s'agit dans le fait rapporté par M. Robert d'une dame qui, après avoir poussé violemment un meuble, éprouva à dater de ce moment une douleur hypogastrique et des métrorrhagies presque continuelles. Une rétroversion ayant été constatée, le médecin consulté prescrivit le repos, les petites saignées, les bains, etc., traitement qui fut suivi pendant plusieurs mois sans résultat. Consulté à son tour, M. Robert constate une rétroversion considérable avec tuméfaction douloureuse du corps de l'utérus. Malgré cet état de phlegmasie, il crut devoir tenter la réduction à l'aide de la tige de fer en forme de curette dont se servait Récamier. En quelques instants il vit l'utérus reprendre sa position normale, et, malgré que la manœuvre eût été douloureuse, la malade se trouva presque immédiatement soulagée; et après deux mois de repos au lit, soit sur le côté, soit sur le ventre, la malade fut complétement guérie.

J'arrive, continue M. Robert, à la deuxième classe de déviations de l'utérus, celles qui sont consécutives à des métrites chroniques, à des catarrhes utérins, à des inflammations du tissu cellulaire qui environne la matrice, etc. On les voit succéder à des accouchements laborieux et surtout à des avortements; on les observe chez des femmes molles et lymphatiques, dont l'utérus se congestionne sans présenter cependant les signes évidents de phlegmasie.

C'est principalement lorsque le corps de l'utérus est affecté que l'on observe ces déviations; on les conçoit facilement, parce qu'alors cette portion de l'organe, trop volumineuse et trop lourde, tend à s'incliner et à faire basculer l'organe, soit en avant, soit en arrière.

Dans tous les cas de déviations de l'utérus consécutives à des altérations organiques, on doit sans doute traiter ces altérations avant d'attaquer la déviation elle-même. Mais peut-on croire, en vérité, qu'il soit toujours indifférent de laisser l'utérus dans la position vicieuse qu'il occupe? Ainsi, par exemple, qu'il y ait rétroversion, le corps de l'utérus fortement incliné en arrière ne sera-t-il pas dans des conditions de déclivité défavorables à la circulation du sang? S'il touche au rectum, ne sera-t-il pas à chaque instant gêné et endolori par le passage des matières fécales? S'il presse enfin contre les nerfs sacrés, ne causera-t-il pas des douleurs qui tiendront le système nerveux dans une excitation fâcheuse? Tous les jours, dans la pratique, on voit des faits de cette espèce, et je pense que M. Depaul aurait dû les prendre en sérieuse considération.

Pour compléter cette démonstration et donner plus de poids à l'opinion que je défends ici, je vais invoquer l'autorité même de M. Paul Dubois.

Après avoir nié l'efficacité du pessaire intra-utérin considéré comme moyen durable et efficace de replacer l'utérus dévié, l'éminent professeur n'a-t-il pas cité des faits où cet instrument, mis en usage dans des cas de déviations malgré la présence de lésions concomitantes de l'utérus, n'en a pas moins amené un soulagement notable? puis, cherchant à expliquer ces cas d'insuccès, il a pensé que le traitement mécanique a pu être utile, soit en faisant cesser momentanément une position qui laissait l'utérus dans des conditions de déclivité peu favorables à la circulation, soit en fixant cet organe et l'empêchant de subir des frottements nuisibles, etc.

Je conclus enfin, et je dis que les déviations, qu'elles soient primitives ou secondaires, qu'elles soient cause ou effet des lésions organiques de l'utérus, doivent être prises en sérieuse considération dans le traitement des maladies de cet organe.

M. Robert termine son discours par des considérations sur le diagnostic et conclut, contrairement aux opinions formulées dans le rapport, en faveur de l'usage prudent du redresseur utérin.

M. Depaul commence la lecture de son résumé. L'étendue de ce travail et l'heure avancée l'obligent à remettre la suite de cette lecture à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

Un décret daté de Mont-de-Marsan, le 21 juillet, modifie de la manière suivante le cadre des médecins et pharmaciens militaires :

Art 1er. La fixation du cadre des officiers de santé militaires en temps de paix comme en temps de guerre, déterminée par l'article 9 du décret du 23 mars 1852, est modifiée comme ci-après :

Médecins.

Majors de 1re classe.	130	au lieu de	100.
— de 2e classe.	260	—	220.
Aides-majors de 1re classe.	400	—	340.
— de 2e classe.	400	—	340.

Pharmaciens.

Majors de 1re classe.	18	au lieu de	15.
— de 2e classe.	34	—	30.
Aides-majors de 1re classe.	50	—	45.
— de 2e classe.	50	—	45.

Art. 2. Il sera pourvu successivement aux emplois créés dans les cadres des médecins et des pharmaciens-majors et aides-majors dans les proportions nécessaires pour assurer l'exécution du service.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

N° 90. — SAMEDI 29 JUILLET 1854. (27e ANNÉE.) N° 90. — SAMEDI 29 JUILLET 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

PARIS, LE 28 JUILLET 1854.

Nous avons à annoncer aujourd'hui une nouvelle et très sensible perte. M. Lallemand, membre de l'Académie des sciences et professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, vient de succomber à Marseille aux suites de la maladie qui l'avait éloigné depuis plus d'un an de Paris. La science perd en lui un de ses plus fervents admirateurs et un de ses plus solides appuis. M. Lallemand avait conquis sa haute position et sa belle réputation par de nombreux et de légitimes succès comme professeur, comme praticien et comme écrivain. Professeur pendant plus de vingt ans à la Faculté de médecine de Montpellier, où il occupait une des chaires les plus importantes, une chaire de clinique chirurgicale, il avait su s'y créer et y soutenir, à côté de Delpech, une position qui pour tout autre eût été pleine de périls, et qui pour lui-même ne fut pas sans quelques difficultés. Doué de talents très différents de ceux de l'illustre chirurgien languedocien, il avait dû s'efforcer de suppléer par la solidité de ses connaissances, par la justesse de son esprit autant que par les belles traditions qu'il avait puisées à l'école de son maître Dupuytren, les qualités brillantes qui donnaient tant d'attraits à l'enseignement de son éloquent émule.

Ce que son enseignement pouvait laisser à désirer d'ailleurs sous le rapport de la facilité de l'exposition et de l'élégance de la forme auprès d'un auditoire habitué aux dehors oratoires et aux disquisitions philosophiques, il le rachetait par les qualités solides du clinicien, qualités plus difficiles à définir, qui s'apprécient mieux à l'œuvre qu'à la parole, et ressortent plus facilement au lit du malade qu'à l'amphithéâtre.

La réputation de M. Lallemand n'était pas d'ailleurs uniquement basée sur son titre et ses qualités de professeur et de praticien, M. Lallemand était aussi un savant et un écrivain des plus distingués. C'est sous ce dernier rapport surtout qu'il a été le plus connu. Qu'il nous suffise de rappeler l'immense succès qu'ont eu dans le temps ses *Lettres sur l'encéphale*, son livre si neuf et si plein de judicieuses et de profondes observations sur les *pertes séminales*, ses *Leçons cliniques sur les maladies des organes génito-urinaires*, que quelques-uns de ses élèves ont recueillies, et dont il est bien à regretter que la publication n'ait pas été continuée.

Depuis un certain nombre d'années M. Lallemand avait quitté la vie active et militante de l'enseignement et de la pratique, pour se livrer exclusivement à l'accomplissement de ses devoirs d'académicien et à ses goûts pour l'étude et la méditation. Il aimait à se tenir au courant du mouvement de la science ; et de la haute position qu'il avait acquise, et avec cette autorité légitime qui lui appartenait, il se plaisait à encourager les travaux et à propager les découvertes qu'il jugeait utiles. C'est ainsi que nous l'avons vu naguère annoncer à l'Académie des sciences et à la Société de chirurgie, dont il était un des membres les plus assidus, les expériences de M. Pravaz (de Lyon) sur les injections de perchlorure de fer dans les veines et s'associer aux travaux de ce savant et ingénieux confrère, pour hâter le perfectionnement d'une méthode à laquelle il prédisait le plus brillant avenir.

M. Lallemand laisse un fauteuil vacant à l'Académie des sciences. A l'Académie de médecine, sa succession sera plus modeste ; il n'y laisse vide qu'une place de correspondant, qu'il y occupait nominalement depuis bien des années. On s'étonnera sans doute qu'il n'y ait pas tenu la place que ses travaux lui assignaient.

Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

Nous n'avons rien de nouveau à signaler en ce qui concerne la marche du choléra à Paris, si ce n'est de très légères fluctuations dans la décroissance graduelle que nous signalons depuis plus d'un mois, et qui se traduisent en définitive, pour les derniers huit jours, par un état à peu près stationnaire. Nous trouvons, en effet, pour ces huit derniers jours, une moyenne de 15 cas par jour pour les hôpitaux de Paris, chiffre égal à celui de notre dernier bulletin.

Une chose digne de remarque toutefois, et qui ne laisse pas que d'être de nature à nous inspirer quelque inquiétude pour l'avenir, c'est que tandis que dans les épidémies précédentes, ainsi que dans toutes les épidémies en général, le déclin s'annonce à la fois et par la diminution dans le nombre des sujets atteints et par la diminution dans l'intensité de la maladie, le chiffre a beau diminuer et se réduire à des proportions qui semblent faire espérer à chaque instant la cessation complète de l'épidémie, le mal n'en conserve pas moins toujours la même gravité et par suite la mortalité la même proportion. A en juger même par quelques-uns des cas que nous avons vus depuis quelques jours tant en ville que dans les hôpitaux, les symptômes se seraient montrés plus graves et l'issue plus rapidement fatale qu'au commencement de l'épidémie, rappelant, mais dans des proportions de nombre infiniment plus restreintes, les plus mauvais jours de 1832 et de 1849. N'y aurait-il pas dans cette persistance de la gravité de la maladie, malgré l'affaiblissement graduel du nombre des attaques, l'indice d'un changement dans le caractère épidémique du choléra, et comme l'expression d'une tendance à sa transformation en une maladie désormais endémique ? Plusieurs autres motifs nous sembleraient justifier cette crainte, notamment les complications fréquentes d'accidents cholériques que l'on voit survenir dans le cours des maladies graves habituelles et le caractère pernicieux qu'elles paraissent imprimer dans quelques localités aux fièvres intermittentes, ainsi qu'un de nos confrères de la province, M. le docteur Penjade, nous en a communiqué récemment un exemple.

Quoi qu'il en soit, ce n'est point l'état sanitaire de Paris qui doit actuellement le plus nous préoccuper. Trente et quelques de nos départements sont en ce moment, sous ce rapport, dans une situation bien autrement grave. Nous n'avons malheureusement aucun document précis sur la marche de l'épidémie dans ses principaux foyers. Nous savons seulement par des correspondances particulières dénuées de détails qu'elle continue à faire de très grands ravages dans le département des Bouches-du-Rhône, dont la population paraît en proie à une véritable panique, ainsi que dans les départements de la Haute-Marne, des Vosges, de la Meuse et de la Côte-d'Or, où plusieurs de nos confrères ont été envoyés en mission. D'après une note de M. Eissen insérée dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, le choléra aurait fait aussi invasion dans cette ville ; mais il ne paraît pas s'y annoncer d'une manière très redoutable. Depuis la cessation des grandes pluies jusqu'au 22 juillet, on y a compté en tout 9 cas, dont 3 morts et 6 en traitement.

Dans leur préoccupation et leur sollicitude bien naturelle pour les populations confiées à leurs soins, plusieurs des médecins et des magistrats des localités nouvellement envahies, et de celles surtout qui sont atteintes pour la première fois par l'épidémie, font appel aux lumières et à l'expérience des médecins de Paris pour les guider dans le choix de la meilleure médication à opposer au fléau. La thérapeutique est sous ce rapport d'une *désespérante richesse*, qui nous jetterait pour notre part, si une pareille demande nous était directement adressée, dans une fort grande perplexité. Mais si les centaines de formules accumulées dans les recueils périodiques et dans les traités spéciaux ne nous inspirent qu'une médiocre confiance, nous n'en dirons pas autant des mesures hygiéniques et des moyens prophylactiques, dont on nous paraît généralement trop peu porté à apprécier les services et la bienfaisante influence. Nous n'en continuerons pas moins à porter à la connaissance de nos lecteurs les tentatives plus ou moins heureuses qui se présenteront avec des garanties suffisantes.

A ce titre, nous appellerons dès ce moment leur attention sur la communication suivante de M. le docteur E. Alix, qui tendrait à confirmer les bons effets d'une méthode dont nous avons déjà dit quelques mots.

Traitement du choléra par l'essence de térébenthine d'après le procédé de M. le docteur Bellencontre.

Avant de connaître les dernières expériences de M. le docteur Bellencontre sur l'emploi de l'essence de térébenthine dans le traitement du choléra, dit M. Alix, j'avais plusieurs fois employé cette essence en frictions concurremment avec d'autres moyens. Toujours un certain degré de chaleur avait été ramené, au moins pour quelques instants ; mais chez plusieurs malades ce commencement d'amélioration avait été de courte durée; bientôt tout espoir avait disparu, et une mort rapide était survenue comme pour nous prouver l'inanité de nos efforts.

Lorsque j'avais réussi, je n'avais pas attribué le succès à l'usage de l'essence de térébenthine ; lorsque j'avais échoué, je ne pensais pas que, mieux employée, elle eût amené un autre résultat.

Cependant les faits affirmés par M. Bellencontre sont assez remarquables pour m'avoir engagé à expérimenter de nouveau l'essence de térébenthine.

Il y avait eu un défaut dans la manière de l'employer.

FEUILLETON.

NOTICE BIOGRAPHIQUE SUR C.-G. PRAVAZ,

Membre correspondant de la Société de chirurgie, lue à la séance générale annuelle de cette Société.

Il est d'usage que ces jours de solennité consacrés à revoir ensemble les travaux de l'année soient également choisis pour donner un souvenir à la mémoire de ceux qui ne sont plus ; aussi ma tâche ne serait pas entièrement remplie, si je ne vous entretenais quelques instants d'un collègue que nous regrettons tous, de Pravaz, ravi à la science au moment où il allait recueillir le fruit de ses longues et savantes recherches.

Charles-Gabriel Pravaz naquit le 24 mars 1791, au Pont-de-Beauvoisin. Son père était médecin. Ses premières années furent marquées par un de ces événements qui laissent toujours dans le cœur une impression profonde ; il fut enfermé avec sa famille dans les prisons de Grenoble. Mais plus heureux que d'autres, il fut rendu à la liberté avec tous ses parents, et jusqu'à son entrée dans un petit séminaire, son père se chargea de son éducation.

En 1809, Pravaz étant allé à Grenoble pour y suivre un cours de mathématiques, montra tant de goût pour les sciences exactes et fit des progrès si rapides, que l'année suivante il occupait la chaire de régent de mathématiques au collége de Pont-de-Beauvoisin. Bientôt ses connaissances il avancerait plus rapidement dans la carrière militaire, s'apercevant que son avenir était bien limité, et croyant que grâce à litaire, il s'engagea dans le 4e régiment du génie, en garnison à Metz. Là son zèle pour l'étude ne se ralentit pas. Il avait espéré entrer à l'Ecole polytechnique ; mais un nouveau désappointement l'attendait. Le ministre de la guerre ayant décidé que les militaires ne seraient plus admis à l'Ecole, il fut contraint de recourir à un subterfuge ; sous prétexte d'affaires, il obtint un congé de quelques jours, quitta son uniforme et se présenta aux examens d'Orléans, où il fut reçu dans un rang honorable.

Cette nouvelle carrière ne devait pas être de longue durée. En 1814 il combattit avec son bataillon sous les murs de Paris, et en 1815, comme beaucoup d'autres de ses camarades, il quitta l'Ecole. Retiré dans sa famille, et ne pouvant supporter cette inactivité, il fit des démarches pour accompagner le capitaine Freycinet dans un voyage de circumnavigation; mais sa demande ne fut pas accueillie. Ce fut alors que, bien qu'assez âgé, il n'hésita pas à commencer l'étude la médecine. Pravaz n'était pas fortuné; aussi fut-il obligé pour vivre de donner des leçons de mathématiques pendant ses études médicales.

Sa thèse de doctorat, qu'il soutint en 1824, sur la phthisie laryngée, lui valut la note d'extrêmement satisfait, et à peine était-il reçu qu'il fut nommé médecin de l'asile royal de la Providence.

Nous avons vu par quel genre d'études notre confrère avait commencé, nous verrons plus tard quel immense parti il sut en tirer comme médecin. Très probablement ses connaissances étendues en mathématique et en physique influèrent sur le choix d'un premier travail sur les anomalies de la vision, et plus tard sur la prédilection avec laquelle il s'adonna à l'étude et au traitement des difformités. On se tromperait cependant si on croyait que Pravaz n'entendit que la partie mécanique; notre collègue avait fait des études sérieuses en anatomie et en pathologie, et tous ses travaux prouvent une instruction profonde en physiologie.

En 1827 parut son premier mémoire sur l'orthopédie, intitulé *Méthode nouvelle pour le traitement des déviations de la colonne vertébrale, précédée d'un examen critique des divers moyens employés par les orthopédistes modernes.*

Dans ce travail, outre des considérations anatomiques sur la colonne vertébrale, on trouve une étude très bien faite des diverses causes des déviations de l'épine, et une appréciation raisonnée des nombreux procédés de redressement. Dès ce moment on commence à connaître l'esprit de l'auteur, par la manière dont il parle de certaines cures par trop merveilleuses. Pravaz n'avait pas admis que les déviations de l'épine pussent résulter de la luxation des vertèbres, aussi est-il parti de cette idée pour examiner la valeur de l'extension de la colonne vertébrale et de la pression sur les parties saillantes employées comme seul moyen de traitement; et s'emparant du mode de défense de ses adversaires, il leur a opposé à son tour des démonstrations mathématiques.

Bien que l'orthopédie à cette époque fût bien loin de ce qu'elle est aujourd'hui, on lit encore avec intérêt ce travail, qui comprend la

L'essence de térébenthine est un corps volatil ; si l'on ne s'oppose pas à son évaporation trop rapide, l'effet obtenu ne sera plus de réchauffer, mais de refroidir. La friction est suivie le plus souvent d'une sueur abondante; si l'on ne s'oppose pas à l'évaporation de la sueur, l'effet sera le même. Les malades que j'avais soumis aux frictions à l'essence de térébenthine et que j'avais perdus étaient, il est vrai, bien couverts, entourés de fers chauds ; les assistants les empêchaient de sortir les bras du lit. Cependant la peau ne conservait pas sa chaleur, et toute partie qui restait découverte était froide. C'est que l'évaporation n'était pas évitée.

M. Bellencontre dépouille le malade de tout vêtement, même de sa chemise, et l'enveloppe dans une double couverture de laine. La couverture est légèrement écartée pour faire les frictions. Aussitôt que la peau est devenue rouge, la couverture est refermée, et l'évaporation rapide est évitée. Il est bon de procéder ici avec toute la rigueur d'une expérience de physique.

Le mérite de M. Bellencontre n'est pas seulement d'avoir dit que l'essence de térébenthine pouvait être employée avec succès, c'est aussi d'avoir trouvé la manière dont elle devait être mise en usage; c'est de proposer un procédé très simple et de l'application la plus facile.

Ayant obtenu plusieurs succès qui sont dus à l'usage de ce procédé, je me fais un devoir de le publier; et, pour appuyer mon opinion, je choisis entre autres l'observation suivante, à cause des circonstances remarquables qu'elle présente.

Mme Devisse, rue du Colombier, n° 4, âgée de trente-sept ans, d'une bonne constitution, est prise de diarrhée le 2 juillet 1854, et a recours d'elle-même au thé et aux lavements amidonnés. La diarrhée persiste; elle était d'abord bilieuse; le 5, elle devient séreuse et présente les petits corps blancs caractéristiques.

Le 6 juillet, à huit heures du matin, la malade présente les symptômes suivants :

Vomissements et diarrhée caractéristiques ; un peu de refroidissement; pouls faible, mais encore perceptible; facies légèrement altéré; langue blanche, quelques crampes dans les jambes. Point de symptômes cérébraux indiquant la saignée, mais plutôt des symptômes d'embarras gastrique.

J'ordonne la potion suivante à prendre par cuillerée toutes les dix minutes :

Pr. Eau de tilleul.	} 30 grammes.	
Eau de menthe.		
Poudre d'ipécacuanha. . . .	4	—
Sirop d'ipécacuanha.	60	—
Sirop d'éther.	30	—

M.

Pour tisane, l'infusion de camomille. La malade est bien couverte, entourée de bouteilles remplies d'eau chaude ; des sinapismes sont appliqués continuellement aux membres inférieurs.

Je reviens à midi. La malade a beaucoup vomi, les selles ont un peu diminué. La chaleur est revenue un moment; mais ce commencement de réaction n'a pas continué.

J'ordonne la potion suivante, à prendre par cuillerée tous les quarts d'heure :

Pr. Eau de tilleul.	100 grammes.	
Sulfate de quinine.	1	—
Eau de fleurs d'oranger. . .	8	—
Sirop d'éther.	} 30	—
Sirop thébaïque.		

M.

Pour boisson, la limonade sulfurique. Un vésicatoire à l'épigastre. Continuer les sinapismes et les bouteilles chaudes.

A trois heures, la malade n'a pas cessé de vomir; la peau est froide, elle bleuit et perd son élasticité ; les yeux sont très enfoncés dans les orbites. Le pouls est très petit. C'est à peine si le vésicatoire a rubéfié la peau.

J'avais affaire à un de ces cas où la gravité du mal, dissimulée d'abord par le peu d'intensité des symptômes, apparaît graduellement, et où le progrès, dans sa marche lente mais fatale, semble impossible à arrêter. On dépouille la malade de tout vêtement ; on l'enveloppe dans une couverture de laine ; le dos seul reste à découvert. On frictionne le dos jusqu'à ce que la peau soit devenue bien rouge : cela dure environ six minutes. Aussitôt la couverture est refermée. Cette opération est répétée toutes les demi-heures.— Pour boisson, l'eau de Seltz.

Je reviens à huit heures. Depuis une heure environ la malade va plus mal. Sous l'influence du procédé de M. Bellencontre, la chaleur était revenue avec tant d'intensité que la malade, étouffant et couverte de sueur, n'avait pas voulu rester dans sa couverture ; on lui avait permis de se découvrir, de sortir les bras, soi-disant pour la soulager. Aussi lorsque j'arrivai, les premiers effets des frictions étaient en partie détruits, le facies altéré, la respiration gênée. Cependant les vomissements ne continuaient pas. Je fais exécuter des frictions devant moi, et les effets en sont pour ainsi dire instantanés. Au bout de quelques minutes l'œil n'est plus enfoncé dans l'orbite, la peau des joues n'est plus collée aux pommettes, la respiration est plus libre.

Je fais remarquer ces changements aux assistants, qui, maintenant convaincus, reprennent courage et exécutent la prescription avec vigueur.

Le lendemain, 7 juillet, la malade est hors de danger ; elle peut prendre un peu de bouillon.

Le 8, il ne reste plus que la faiblesse; elle est en pleine convalescence.

Je suis persuadé que sans le procédé de M. Bellencontre cette malade serait morte, comme plusieurs autres que j'ai eu la douleur de voir succomber. Son état s'aggravait en dépit d'un traitement qui m'avait réussi plus d'une fois. Je rends grâce à mon confrère du bonheur que j'ai eu de conserver leur mère à deux pauvres petits enfants.

D'autres faits, qui devraient être consignés dans un mémoire, mais qui occuperaient trop de place dans cet article, viennent se grouper autour de cette observation. Les effets obtenus ont été : rétablissement de la chaleur, de la circulation, de la sécrétion urinaire; production de la sueur, diminution des selles, suppression des vomissements. Une éruption se développe sur la peau des régions frictionnées; les malades conservent de l'altération pendant plusieurs jours.

Je n'entends pas qu'il n'y ait pour le choléra qu'un seul, uniforme et invariable mode de traitement. Il faudrait pour cela que le choléra fût une maladie d'un aspect toujours le même, tandis qu'au contraire il est peu d'affections qui offrent autant de variétés. Mais je regarde le procédé de M. Bellencontre comme un des meilleurs moyens de produire la réaction. Aux avantages généraux de la méthode iatraleptique, ce procédé ajoute ceux que peuvent produire les propriétés médicamenteuses de la térébenthine relatives à la sécrétion de l'urine, à la modification des mucosités intestinales, à l'état du système nerveux.

Pendant que la térébenthine exerce cette action bienfaisante, rien n'empêche d'introduire dans l'estomac du malade les substances dont on peut espérer quelques heureux effets, qu'elles soient employées rationnellement, comme les émétiques et les laxatifs, les boissons excitantes, la glace, l'eau de Seltz, l'opium, les astringents, ou empiriquement, comme les préparations de café, de quinquina, de soufre, de mercure, etc.

L'emploi de l'essence n'empêche pas d'avoir recours à la saignée, si heureusement employée par M. Gendrin, soit qu'on la pratique, suivant les variétés (comme j'ai eu plusieurs fois à m'en louer), avant la cyanose pour combattre la congestion cérébrale primitive, au début de la cyanose pour rétablir rapidement la circulation, après la réaction pour combattre la congestion cérébrale consécutive, et en général chaque fois que l'on aperçoit chez le malade des symptômes d'asphyxie commençante.

Quels que soient les moyens employés concurremment, les frictions à la térébenthine seront toujours utiles. Elles offrent, en outre, cet avantage que le procédé est d'une exécution facile, que la matière à employer se trouve partout, et, dans le cas où un médecin ne peut arriver rapidement (ce qui a lieu trop souvent dans les campagnes), des personnes étrangères à l'art peuvent commencer à donner des soins au malade jusqu'à ce qu'un médecin arrive et modifie le traitement suivant les indications. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Syphilis chez les nouveau-nés.

Il y a au n° 17 de la salle des femmes un enfant qui offre un remarquable exemple de la syphilis chez les nouveau-nés. A son entrée, on eût pu croire qu'il sortait d'avoir les fièvres ou qu'il avait subi des pertes de sang nombreuses et réitérées, tant il était pâle et d'apparence cachectique, tant son foie était développé.

Rien de cela n'avait eu lieu. Il n'a jamais eu d'hémorrhagie; il est né à Paris; il habitait un logis très sain, aéré, au soleil. Sa mère est parfaitement saine et bien portante; rien en elle ne peut donner le soupçon d'une infection qu'elle aurait communiquée à son enfant. Cependant, en présence de ces difficultés de diagnostic, de nouveaux phénomènes sont venus révéler la cause et le point de départ du mal.

Le corps de ce jeune sujet, son cou, sa poitrine, ses jambes, ses cuisses, la face, à l'entour des lèvres, au-dessous du menton, se sont couverts de taches de dimensions et de formes diverses, d'une couleur légèrement bistrée et un peu élevées au-dessus de la peau. De tels symptômes ne permettent plus aucun doute, aucune hésitation ; il s'agit d'une affection syphilitique invétérée transmise du père à l'enfant; cet enfant porte en lui l'état syphilitique arrivé au même point où cet état était chez son père au moment même de la conception, c'est-à-dire l'état secondaire. Il est très important de se pénétrer de cette pensée, qui est vraie, quelque contradiction qu'elle ait essuyée de la part des spécialistes.

Non-seulement la vérole se transporte chez les enfants par tous les moyens connus de la contagion directe, mais encore elle leur est transmise au moment de la conception, à quelque degré qu'elle soit arrivée chez le père ou chez la mère. Cette loi est exacte; mais, pour des causes qui nous échappent, elle a de nombreuses exceptions, aussi il ne serait pas plus raisonnable de conclure que tout enfant né de parents syphilitiques sera syphilitique à son tour, qu'il ne l'est de la part des adversaires de la transmission de nier celle-ci d'une manière absolue. De tous les grains semés dans un champ, il n'y en a qu'un certain nombre qui germent; mais la stérilité des autres ne détruit pas l'idée qu'on doit se faire de la germination. De même, et par bonheur pour l'humanité, tous ceux qui ont eu la vérole ne donnent pas naissance infailliblement à des enfants vérolés, mais ils y sont tous exposés. La germination de la syphilis chez l'enfant se relie sans doute à quelques conditions essentielles en l'absence desquelles l'infection reste latente.

Deux exemples feront connaître d'une manière irrécusable la possibilité de l'un et l'autre moyen d'infection syphilitique chez les enfants.

A l'hôpital Necker, une femme dont la vulve était rongée d'une couronne de chancres primitifs couchait avec son enfant. Un jour on vit une pustule se former sur la fesse de cet enfant, puis il en résulta un chancre qui s'étendit, et offrit rapidement tous les caractères de l'ulcération syphilitique primitive. Les chancres de cette femme donnaient une suppuration abondante ; ses vêtements, ses linges en étaient imbibés. Par hasard un de ces linges s'était trouvé en contact avec la fesse de l'enfant; l'inoculation s'en était suivie. C'est là un exemple saillant d'infection par contagion du virus primitif.

Mais voici un cas non moins remarquable de transmission d'une affection vénérienne à l'état secondaire. Un médecin américain, marié à une jeune personne de la plus grande distinction, perd son premier né quelques jours après sa venue au monde; le second enfant, à peine âgé de quelques semaines, tombe gravement malade. M. Trousseau, consulté, constate l'état suivant : un coryza intense, des taches bistrées sur le corps; la peau, décollée en phlyctènes aux extrémités des doigts et des orteils, laissait le derme

---

plupart des méthodes de traitement alors en vigueur. En parcourant ce mémoire rempli de remarques et d'observations curieuses, on est amené graduellement à cette heureuse modification du traitement orthopédique par l'emploi d'une gymnastique savamment appropriée, comme Delpech l'avait un des premiers recommandé.

Après avoir parlé des inconvénients d'un système trop exclusif, notre collègue ne trouve pas de meilleure critique que de rapporter l'histoire de ce gentilhomme anglais condamné depuis plusieurs années à porter le collier de Chesher, et qui, d'un coup, d'après le conseil de Schaw, se débarrassant de son appareil, se trouve si bien de se promener avec un poids de 14 livres sur la tête. Tout ce mémoire, qu'il serait trop long d'analyser complétement, porte le cachet d'une sage observation, d'une érudition réelle. Les citations abondent et forment le point de départ de nombreuses réflexions pratiques. Si parfois Pravaz s'élève avec énergie contre certains traitements, ce n'est pas pour s'opposer au progrès, mais pour combattre la routine ignorante.

A peine ce travail sur les déviations de l'épine était-il terminé, que notre collègue publiait dans le *Journal hebdomadaire* des recherches sur la possibilité de prévenir l'absorption des virus et des venins par l'emploi des moyens physiques.

Un peu plus tard, dans la même année 1828, parut son premier mémoire sur une des questions les plus controversées de notre époque, sur les luxations congénitales du fémur. Lors même que Pravaz n'eût laissé d'autres travaux que ses recherches sur ce sujet, il aurait déjà fait preuve d'un esprit éclairé et savant, et il eût pour sa part puissamment contribué à l'avancement d'une question en quelque sorte abandonnée.

En effet, des hommes d'un mérite éminent avaient nié la possibilité de la réduction; Pravaz lui-même avait d'abord partagé cette opinion; puis, après de nouvelles recherches, il vit que cette réduction était possible, non plus après quelques manœuvres de courte durée, comme M. Humbert le prétendait, mais après un traitement prolongé. Reprenant la question au point où Paletta, Dupuytren, Delpech et Breschet l'avaient laissée, il ne se découragea point, malgré les difficultés, et son dernier mémoire, couronné en 1847 par l'Académie des sciences, restera toujours comme un document précieux à consulter pour tous ceux qui voudront traiter cette question si difficile et si obscure.

J'aurais bien désiré vous donner une courte analyse de ces mémoires, dont l'apparition suscita au sein de l'Académie de médecine de si vives discussions, mais que dire après le rapport si bien fait de notre savant collègue M. Gerdy, dans lequel il a résumé la question avec son indépendance habituelle.

Ce fut dans l'établissement qu'il avait fondé à Lyon que notre confrère poursuivit ses travaux sur les luxations congénitales du fémur; ce fut là aussi qu'il fit ses recherches sur les avantages que l'on peut retirer du bain d'air comprimé.

En 1840, il publia un premier travail sur ce nouveau moyen thérapeutique, et j'aurais peu de chose à ajouter à l'analyse consciencieuse que vous en a faite notre collègue M. Debout. Malheureusement ce nouveau mode de traitement n'a pas été assez étudié comparativement à Paris et à Dijon, les deux seules villes dans lesquelles on ait tenté imparfaitement d'établir un appareil analogue. Mais les résultats obtenus, soit dans le traitement de plusieurs affections chroniques des premières voies respiratoires ou de l'ouïe, soit dans quelques névroses et même dans plusieurs maladies articulaires, sont trop importants pour qu'on ne continue pas ces recherches, afin de connaître la valeur réelle de cette nouvelle méthode thérapeutique, qu'il avait aussi employée contre les difformités du thorax.

Plus tard, en 1845, il fit paraître un nouveau mémoire sur la réalité de l'art orthopédique et ses relations nécessaires avec l'organoplastie. Comme vous le voyez, tant de recherches diverses, poursuivies avec un zèle, une patience qui ne se sont jamais ralentis, seraient plus que suffisantes pour prouver la part active que notre collègue a prise dans tous les travaux qui ont contribué aux progrès de l'orthopédie ; mais la science lui doit plus encore : outre plusieurs instruments très ingénieux de lithotritie qu'il imagina, il conseilla le premier l'application d'un courant électrique à la guérison des tumeurs anévrismales, et si cette nouvelle méthode n'a pas constamment réussi, elle a donné à plusieurs reprises des résultats assez avantageux pour ne pas être entièrement délaissée.

Pravaz, qui connaissait tous les inconvénients de ce moyen et la difficulté de le manier, avait le premier signalé toutes les objections qu'on lui ferait, et peut-être s'il eût vécu serait-il arrivé à pouvoir mesurer l'intensité des courants électriques, ce qui eût rendu l'opération plus régulière et moins dangereuse.

à nu, et une suppuration abondante s'en écoulait. Enfin le foie était hypertrophié d'une manière notable.

Le père, interrogé, raconte que son autre enfant était mort à peu près dans les mêmes conditions; ce qu'il fut facile de reconnaître au surplus, car cet enfant, conservé dans un bocal d'alcool au fond d'une armoire, avait le corps couvert de pustules ulcérées et de phlyctènes. Tout indiquait une affection syphilitique; pourtant le père jurait qu'il était parfaitement sain au moment de son mariage, et il ne pouvait pas être permis de soupçonner la jeune mère, dont la vie était d'une pureté irréprochable, en la personne de qui rien ne pouvait révéler les traces d'une affection invétérée. Mais la preuve était là; il ne s'agissait pour découvrir le mal que de remonter à sa source.

Questionné sur ses antécédents, le père affirmait que depuis plusieurs années il ne s'était présenté à aucune source d'infection, qu'il était sûr de lui sous ce rapport; que seulement dans sa jeunesse il avait pris quelques chancres, auxquels avaient succédé une roséole, des plaques muqueuses, des gonflements des os avec douleurs nocturnes, mais qu'il avait été radicalement guéri par M. Ricord, et guéri à tel point que ce médecin l'avait autorisé en toute sûreté à se marier, attendu qu'il n'y avait à craindre ni pour sa femme ni pour ses enfants à venir. Cet homme, après de longues années, avait donc conservé en quelque sorte un fond de syphilis qui ne demandait pour se manifester que des conditions favorables. Ces exemples de syphilis disparaissant pendant un laps de temps plus ou moins long pour reparaître sous de nouvelles formes et sans qu'on puisse accuser de nouvelles inoculations ne sont pas très rares.

Un militaire, qui en 1814 avait contracté une vérole pour laquelle il fut soigné tant bien que mal, autant que le permettaient les événements de cette époque, passa en définitive seize ans environ sans s'apercevoir de rien; en 1830, apparurent quelques symptômes dont un traitement mercuriel énergique obtint promptement raison; mais depuis une nouvelle manifestation eut lieu, et pourtant ce militaire, arrivé à l'un des grades les plus élevés, âgé de près de soixante ans, affirme, et d'une manière qui ne peut laisser aucun doute sur sa sincérité, ne s'être exposé en aucune façon à de nouvelles infections.

Il faut donc le reconnaître, nonobstant l'autorité des médecins qui ont émis des opinions contraires, la vérole peut rester longtemps cachée chez un individu et reparaître malgré les traitements suivis, même à des époques très éloignées et indépendamment de toute contamination récente; la diathèse subsiste bien que toute manifestation extérieure ait disparu.

Le père transmet à son enfant la vérole, arrivée chez lui à l'état secondaire ou à l'état tertiaire, sans que la mère ait été infectée. On voit tous les jours des jeunes femmes de la santé la plus florissante, de la constitution la plus pure donner naissance à des enfants qui meurent peu de temps après avec tous les symptômes les plus caractéristiques. Plusieurs médecins se sont inscrits contre cette opinion, elle est justifiée chaque jour par l'expérience; mais, par raisonnement, comment pourrait-on la récuser ? Pourquoi un homme dont tout l'être est modifié par un agent dont la puissance est telle qu'il peut trouver encore après un grand nombre d'années, et malgré tant de circonstances qui auraient dû l'atténuer, assez de forces pour faire de terribles explosions ; pourquoi un homme ainsi doué ne pourrait-il pas transmettre à son enfant l'infection dont il est atteint, alors qu'il peut lui transmettre sa ressemblance physique et morale ? Un enfant a de son père le nez, les yeux, le caractère ; comme lui, il est tuberculeux, dartreux, goutteux, prédisposé aux rhumatismes ; comme lui, il mourra un jour aliéné ou atteint d'une affection cancéreuse, et il ne pourrait pas en recevoir l'infection vénérienne ! Mais d'ailleurs, dans l'immense majorité des cas, en dehors de cette pensée, comment expliquer ce qui arrive ? Un enfant naît vérolé; le père confesse qu'il a été infecté plusieurs fois, la mère a eu une vie à l'abri de toute atteinte; le père porte sur son corps de nombreux stigmates, la mère est absolument saine, et c'est elle qu'on va accuser !

Quoi qu'il en soit, la vérole des nouveau-nés est caractérisée par quelques symptômes remarquables : le coryza, une pâleur cachectique, des taches bistrées, des phlyctènes de pemphigus, quelquefois la diarrhée, l'hypertrophie du foie. Le coryza apparaît vers le même temps que les premières taches ; quelquefois c'est le premier symptôme. Rien n'annonçant alors sa nature spéciale, on est exposé à le prendre pour un rhume purement catarrhal. Il s'annonce par le bruit que fait l'enfant en respirant ; les mouvements du thorax sont accélérés ; les narines s'agitent, se dilatent démesurément ; il reste la bouche ouverte, la respiration par le nez ne lui suffisant plus. Quand il veut teter, il fait quelques succions ; mais l'air n'arrivant plus par les narines, il est forcé de quitter le sein ; il s'agite, il s'irrite. Ce coryza est le symptôme des lésions qui occupent l'arrière-gorge. Quand le voile du palais ou la voûte palatine sont perforés, le lait sort par le nez pendant l'action de teter. Le foie est hypertrophié d'une quantité souvent considérable. L'enveloppe cutanée a subi de graves modifications; au début de la malaladie, elle était pâle ou d'une blancheur légèrement paille, et on y voyait des macules bistrées de coloration plus ou moins foncée; celles-ci se sont agrandies au point d'occuper une vaste étendue, et en même temps elles ont bruni. Alors l'individu n'est plus pâle, il ne présente plus cette teinte si commune dans les contrées équatoriales ; mais sa peau, par plaques de dimensions très variables et souvent fort larges, est d'un bistre foncé, couleur de fumée, pareille enfin à celle des Indiens, et une desquamation continuelle, une production incessante de petites écailles blanches pulvérulentes, analogues à de la poussière de son ou à de la farine, fait reconnaître un pityriasis. Les doigts et les orteils sont dépouillés, le derme est à nu, quelquefois les ulcérations en ont enlevé une portion. Les ongles sont soulevés, déchaussés ; ils semblent prêts à tomber. Des plaques muqueuses, des bulles de pemphigus se développent entre les plis de la peau, là où celle-ci forme des bourrelets.

Les yeux sont dépouillés de cils; les bords palpébraux, ulcérés, érodés, se couvrentt de croûtes jaunes cristallines, au-dessous desquelles séjourne du pus. Les sourcils manquent également; à leur place ce sont encore des plaques de pus concret qui cachent des ulcérations. Les plis des paupières, leurs commissures sont envahis par des papules qui ne tardent pas à rougir, à se transformer en plaques muqueuses. Entre les fesses apparaissent des pustules plates et arrondies, parfaitement distinctes les unes des autres dans le principe; bientôt réunies entre elles, elles forment de vastes surfaces. A l'anus, en se réunissant, elles s'ulcèrent, et on les voit en définitive former une sorte de couronne à bords réguliers taillés à pic, frangés et festonnés, qui semblent taillés à l'emporte-pièce. La défécation est alors excessivement douloureuse; ces malades poussent des cris comme s'ils étaient affectés de fissures. Souvent enfin ils ont des selles glaireuses, légèrement purulentes, auxquelles se mêlent quelques stries de sang. Ce sont des indices presque certains que la cachexie a étendu ses ravages jusque dans le tube digestif. Et en effet, à l'autopsie on trouve dans l'intestin des lésions qui offrent tout le caractère des ulcérations vénériennes.

Un très grand nombre d'enfants meurent de vérole héréditaire dans le sein de leur mère. C'est là peut-être la cause la plus commune de l'impossibilité où se trouvent certaines familles d'avoir des rejetons, et on retrouve chez ces fœtus les mêmes lésions qui emportent plus tard les enfants qui ont pu venir vivants au monde.

Quand cette maladie se prend à des enfants tout nouveau-nés ou âgés seulement de quelques semaines, elle est constamment mortelle. Ils périssent de faim lorsque les lésions de la gorge, dont le coryza était le symptôme, ont acquis une telle gravité que la succion ou la nutrition en général ne peut plus se faire; de diarrhée, par suite des lésions intestinales, etc. Mais en général, lorsque la maladie a duré un certain temps, arrivés à un état d'amaigrissement et de marasme incroyable, couverts de bulles de pemphigus souvent énormes, ou des croûtes et des ulcères à auréoles brunâtres qui les ont remplacées, la peau ridée et desséchée, on les voit succomber en proie à tant de causes de mort, qu'on ne sait à laquelle de préférence attribuer leur fin.

Chez les enfants plus avancés en âge, tout en conservant une gravité très grande, le mal est moins constamment mortel; les accidents marchent bien moins vite; il y a par conséquent plus de prise pour le traitement; mais la constitution reste presque toujours débile, la santé menaçante.

A l'autopsie, on trouve des ulcérations caractéristiques dans les différentes régions tapissées de membranes muqueuses, à l'arrière-gorge ou dans le côlon le plus ordinairement.

Le foie a pris un développement souvent énorme; on l'a vu descendre jusque dans la fosse iliaque, et, comme l'a démontré M. le docteur Gubler, sa contexture ne subit pas de moindres changements. Il est d'une dureté remarquable, jaune, et ne graisse pas la lame qui l'incise.

Le traitement est en quelque sorte superflu pour les nouveau-nés atteints de syphilis. Chez ceux qui sont plus âgés ou quand les accidents sont moins immédiatement mortels, il y a plus d'espoir.

Chez les très jeunes enfants, la médication immédiate par la bouche doit être délaissée, elle est impossible; on aura donc recours aux bains mercuriels, et la dose, toujours très minime, sera proportionnée à la quantité d'eau, à l'âge du malade, l'étendue, la gravité du mal, etc., etc.; mais c'est surtout la nourrice qui devra être le véritable véhicule du médicament; car la nourriture au sein sera la condition *sine qua non* du salut des enfants.

La nourrice devra donc prendre du mercure, soit en pilules, soit en solution. La liqueur de Van-Swiéten est ce qui réussit le mieux. Le médecin devra alors s'étudier à porter le médicament à une dose assez élevée pour que son action soit sérieuse et énergique, tout en ne dépassant pas certaines limites cependant, au delà desquelles il altérerait la constitution de la nourrice et de l'enfant, tarirait le lait, etc. — Dr Faure.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — SUBSTANCES ALIMENTAIRES.

Par M. le Dr Petit.

Dans son livre sur les substances alimentaires, M. Payen rappelle ce fait, malheureusement hors de contestation, savoir : que la production de la viande comme la production des diverses substances animales qui pourraient y suppléer jusqu'à un certain point sont complétement insuffisantes en France. En effet, la totalité de la viande provenant des animaux abattus ne s'élève qu'à 7 millions de kilogrammes; les volailles, le gibier, les poissons, les œufs représentent 280 millions de kilogrammes, soit un total de 980 millions de kilogrammes, lequel, divisé par le chiffre de la population évaluée à 35 millions, donne pour chaque habitant environ 28 kilogrammes par an, ou, par jour, 76 grammes 71 centigrammes, c'est-à-dire environ 1/6e de livre.

Cette quantité de viande ou de substances animales est évidemment insuffisante pour une bonne alimentation. Augmenter cette quantité est donc un point digne de fixer l'attention des économistes et des médecins.

Beaucoup de tentatives ont été faites pour porter remède à un état de choses aussi fâcheux pour une hygiène convenablement entendue, mais bien peu ont réussi.

Cependant, depuis quelques années on importe des quantités assez considérables de viandes desséchées dans les contrées méridionales de l'Amérique, où elles sont connues sous le nom d'*asajo*. Elles produisent un bouillon assez analogue à celui que donne la viande fraîche. Ces importations, malgré leur importance croissante, n'augmentent encore que dans une bien faible proportion la quantité de substance animale présentée à la consommation de notre pays.

Une autre sorte d'aliment qui est préparé au Texas, d'après les procédés de Gail Bordeu, le *meat-biscuit* (biscuit-viande), est d'un usage général dans la marine américaine, mais il en vient peu en Europe. Il consiste dans une espèce de bouillon de bœuf dégraissé et évaporé en consistance sirupeuse, puis mélangé avec de la farine de froment en proportion convenable pour former une pâte ferme qu'on étend sous le rouleau, qu'on perce de petits trous, qu'on

---

Malgré le succès obtenu en 1845 par M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon et quelques communications faites au sein de la Société de chirurgie, on n'aurait peut-être pas connu l'origine précise de cette découverte et de celle de la coagulation du sang avec le perchlorure de fer, lorsqu'une circonstance fortuite m'engagea à écrire à notre collègue.

M. le professeur Lallemand venait de faire part à la Société de chirurgie des expériences de M. Pravaz avec le perchlorure de fer; étonné de la nouvelle direction que notre collègue donnait à ses recherches, je lui demandai par quelle série d'idées il avait été amené à employer l'électricité comme agent coagulant et pourquoi, après avoir usé avec succès des moyens physiques, il s'adressait actuellement à la chimie.

Sa réponse ne se fit pas attendre, et c'est dans cette dernière lettre, précieusement conservée dans nos archives, que se trouve l'histoire complète de ces deux découvertes.

En 1828, dans ses recherches pour neutraliser l'action si funeste des virus ou des venins par la cautérisation galvanique, il s'aperçoit de la coagulation rapide du sang sous l'influence du rapprochement des deux électrodes, et dès lors il pense au parti qu'on peut en tirer en chirurgie.

Un peu plus tard, la formation d'un caillot obtenue par M. Velpeau à la suite de l'introduction d'une aiguille à travers un vaisseau est un trait de lumière ; il voit dans ce fait le résultat d'une action galvanique faible et ne songe plus qu'à la développer et à l'appliquer, ce qui fut fait avec succès en 1845 par M. Pétrequin, et répété depuis par plusieurs chirurgiens.

Pravaz, comme il nous l'a dit, suivait depuis cette époque, avec tout l'intérêt d'une paternité intellectuelle, les applications de la galvanopuncture et ne se dissimulait pas les écueils, les dangers qu'elle présentait ; de là l'idée de supprimer les aiguilles et d'essayer d'utiliser le transport de l'électricité voltaïque à travers nos tissus. C'était, comme vous le voyez, non plus des expériences sans suite, mais bien un problème donné qu'il s'efforçait de résoudre par des moyens scientifiques. Ce fut dans ses recherches pour supprimer l'acupuncture qu'un fait providentiel, comme il le dit, vint enfin lui en donner la solution. Ayant remarqué que parmi les substances qu'il expérimentait le perchlorure de fer coagulait instantanément l'albumine, et se fondant sur l'innocuité des martiaux, il pensa alors à répéter l'expérience, non plus avec des instruments, mais sur des animaux ; dès ce moment la découverte était faite, il ne s'agissait plus que de l'utiliser.

Maintenant, si on doit augurer de l'avenir de ces deux moyens par les succès déjà obtenus, il y a là toute une révolution dans le traitement des maladies du système artériel et veineux, et peut-être sera-t-on maître un jour de quelques-unes de ces affections jusqu'ici regardées comme au-dessus des ressources de l'art.

Après deux semblables découvertes, bien peu d'hommes seraient restés aussi tranquilles que Pravaz, attendant la sanction du temps et de l'expérience; pour lui, il se contentait de poursuivre son but, de multiplier ses recherches, sans trop revendiquer la part qui lui était justement due. On dira peut-être: Mais en Italie Monteggia avait pensé à coaguler le sang dans les tumeurs anévrismales à l'aide de moyens semblables; mais qui donc parmi les chirurgiens avait suivi cette idée? Soyons donc justes pour la mémoire de notre collègue; cette découverte est la sienne, c'est lui qui le premier l'a nettement formulée, et ce n'est que depuis sa communication qu'elle a été appliquée.

Maintenant, que dans ses écrits Pravaz se soit quelquefois montré sévère pour des opinions qu'il ne partageait pas, qu'il ait à son tour montré peut-être de la passion en défendant des idées qui à leur tour seront peut-être renversées, il n'en sera pas moins regardé par ses adversaires scientifiques comme un de ces hommes de bien qui honorent la profession et s'y consacrent entièrement. Si dans ses travaux on trouve cette verve, cet entraînement inséparables d'une conviction profonde, nulle part on ne trouve de ces oublis indignes du langage scientifique; c'est toujours ce bon ton, cette dignité dont les hommes de science ne devraient jamais s'écarter.

Pravaz appartenait depuis un an à la Société de chirurgie comme membre correspondant, et nul doute qu'il n'en fût devenu un des collaborateurs les plus zélés, lorsque la mort est venue le frapper le 24 juin 1853, au moment où il allait jouir du fruit de ses découvertes. Sa mort est une perte pour la science, et elle a été vivement sentie de tous ceux qui le connaissaient, car il était non-seulement savant, mais bon confrère. Et nous devions à sa mémoire de joindre aujourd'hui nos regrets à ceux des autres Sociétés savantes qui l'ont perdu.

Puissent ces quelques paroles, prononcées en votre nom, apporter un peu de soulagement à la douleur de sa famille et de ses amis!

R. Marjolin.

découpe dans les dimensions ordinaires des biscuits d'embarquement, et qu'on fait cuire et dessécher convenablement. On peut le consommer à l'état sec, ou en le concassant et en y ajoutant vingt ou trente fois son poids d'eau, du sel et quelques condiments, puis en le soumettant à une ébullition de vingt-cinq à trente minutes.

En France, où il n'y a pas, comme en Amérique ou comme en Russie, des quantités d'animaux que l'on tue pour profiter simplement de leur laine ou de leur peau, et dont les cadavres restaient jusqu'à ces derniers temps abandonnés pour servir de pâture aux bêtes fauves, on a dû chercher ailleurs des éléments de matière nutritive. C'est ainsi qu'on en est venu à la pensée d'utiliser le sang provenant des animaux abattus, qui aujourd'hui encore est répandu sans profit par millions de kilogrammes, et tout au plus utilisé comme engrais. Un homme d'une sagacité remarquable, M. Brocchieri, s'est emparé de cette idée, et, traitant le sang de nos abattoirs par des procédés de cristallisation qui lui sont propres, et au moyen de l'eau hémostatique qui porte son nom, il est parvenu à des résultats dignes d'être encouragés. Ainsi, unissant à de la fine fleur de farine l'albumine et la fibrine provenant du sang de boucherie traité par ses procédés, il fait des pains et des biscuits d'une conservation facile, et qui peuvent servir de base à des potages très nutritifs. Cette préparation contient, suivant l'inventeur, moitié de l'azote du sang desséché. D'après ces données, si l'on recueillait tout le sang des animaux abattus en France pour en faire des pains et des biscuits du système Brocchieri, la richesse alimentaire animale de la France se trouverait augmentée de plusieurs millions de kilogrammes (1). Ce résultat, on le voit, mérite examen.

On pourrait peut-être adresser quelques critiques à l'aspect que présentent ces biscuits. Leur couleur, en effet, est noirâtre et peu appétissante; mais comme ils sont destinés à être consommés après avoir été dissous dans l'eau, et qu'en cet état le potage qui en résulte ne conserve pas de couleur désagréable, et prend très facilement au contraire le goût des condiments qu'on y a mêlés, l'objection disparaît en grande partie. En pareille matière le fond doit emporter la forme, et d'ailleurs la fabrication pourra recevoir des perfectionnements. Le point important est d'avoir fait un aliment convenable d'une matière jusqu'ici à peu près inutile, et d'avoir ainsi enrichi la France d'une masse considérable de substance alimentaire. Or, ce point me semble maintenant un fait acquis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 juillet 1854. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Desgranges écrit une lettre de remercîments à la Société, qui lui a décerné le prix fondé par M. le docteur Verrier, et demande le titre de membre correspondant. (Renvoi à une commission composée de MM. Chassaignac, Morel et Debout.)

— M. le docteur Fano adresse une lettre pour se porter candidat à la place de membre titulaire vacante.

— M. Gosselin dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Mannoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres. Ce travail a pour titre : *Du tamponnement des fosses nasales dans les hémorrhagies graves. Inconvénient de la méthode de Belloc. Nouveau procédé.* (Renvoi à l'examen de MM. Giraldès, Cullerier et Gosselin.)

— M. le docteur Maltée adresse une *lettre sur l'hérédité de la syphilis transmise par le père.* (Renvoi à M. Cullerier.)

— M. le docteur Verneuil résume dans les conclusions suivantes le rapport que, dans l'avant-dernière séance, il a fait devant la Société sous ce titre : *Nouveaux faits pour servir à l'histoire de l'amputation tibio-tarsienne. Description de plusieurs moignons disséqués longtemps après l'opération, etc., etc..., à propos d'une communication de M. le docteur Jules Roux (de Toulon).* (Commission : MM. Robert, Gosselin et Verneuil, rapporteur.) :

1° L'amputation tibio-tarsienne n'est pas très grave au point de vue de la mortalité immédiate;

2° La cicatrisation est toujours lente; sous ce rapport la durée totale du traitement consécutif est beaucoup plus considérable que dans la plupart des opérations classiques;

3° L'usage du moignon doit être longtemps différé. Il est prudent, en effet, d'attendre que le lambeau et l'extrémité du squelette soient organisés de façon à supporter la pression. Il faut donc que toute trace d'inflammation ait disparu dans les parties molles; et pour les parties dures, il faut que les malléoles, si on les conserve, soient déjà en partie émoussées, ou les surfaces osseuses complétement cicatrisées, si on a réséqué ces apophyses.

La médication usitée dans les ostéites anciennes ou commençantes sera employée avec avantage pour consolider ou favoriser la cure définitive.

4° Quoique l'amputation tibio-tarsienne ait été pratiquée déjà un très grand nombre de fois (je crois qu'on pourrait bien rassembler 80 ou 100 faits), il est impossible de savoir combien on compte de succès complets; et j'entends par là les cas dans lesquels la jambe mutilée peut remplacer entièrement la jambe de bois. Sous ce rapport, les statistiques d'hôpital sont loin d'être suffisantes, et les raisons de mon doute se trouvent justifiées par les faits renfermés dans ce travail. Cependant on doit reconnaître qu'il existe des succès complets, et qu'alors les résultats sont vraiment inappréciables.

(1) Le poids moyen d'un bœuf abattu à Paris étant de 700 kilogrammes, et le poids également moyen du sang de ce même bœuf répandu par l'abattage étant de 25 kilogrammes, il est évident que si tout le sang des animaux abattus en France (7,000,000 de kilogrammes) était recueilli et converti en substances alibiles, la quantité de ces substances serait augmentée de plus de 25 millions de kilogrammes.

5° Les insuccès ne sont malheureusement pas rares; ils peuvent être immédiats ou éloignés, et ces derniers eux-mêmes se présentent sous deux formes. Ainsi, le moignon peut-être irréprochable dans sa configuration extérieure; tous les tissus qui le composent peuvent être sains en apparence, et cependant la marche sur ce moignon est impossible. Dans d'autres cas la lésion est appréciable, et le mauvais résultat peut être rapporté à plusieurs causes; j'en ai déjà mis en lumière quelques-unes dans ce travail.

Ainsi, la marche peut être rendue impossible par le seul fait du procédé choisi ou par le développement d'accidents imprévus.

Les lésions anatomiques qui ont été authentiquement constatées sont l'ostéite du tibia et du péroné, les altérations de la peau du lambeau ou des bourses séreuses accidentelles situées au-dessous des extrémités osseuses, la névrite des gros troncs nerveux, les ostéophytes développées dans l'épaisseur du lambeau.

Comme l'apparition de ces accidents consécutifs peut être très tardive, l'insuccès est longtemps suspendu sur la tête des opérés, et, pour que la guérison soit définitivement proclamée, il faut que le moignon soit sorti triomphant de l'épreuve de la marche et de la station suffisamment prolongées.

6° La critique que je viens de faire ne doit faire ni blâmer ni proscrire la désarticulation du pied; si l'on soumet beaucoup d'autres opérations à un contrôle aussi sévère, on verra que leur procès est bien loin d'être instruit, et qu'on a conservé bien des illusions sur leur innocuité et sur les bénéfices que les opérés en retirent.

7° Tout étant pesé, l'amputation tibio-tarsienne est une bonne opération pour certains cas; elle me paraît susceptible encore de perfectionnements, parmi lesquels je crois pouvoir ranger l'excision du nerf tibial postérieur. Jusqu'à ce jour, M. J. Roux est celui qui a été le plus loin dans la route du progrès. Son procédé est évidemment préférable à tous les autres.

8° Si les chirurgiens désirent avoir la solution définitive de cette question, ils ne devront négliger aucune occasion d'examiner attentivement les sujets encore vivants qui ont subi l'ablation du pied et de disséquer très minutieusement les moignons qui tomberaient entre leurs mains.

Ces observations détaillées serviront plus tard à tracer une histoire plus complète.

A la suite de cette lecture, la Société décide :

1° Que le travail de M. Jules Roux et le rapport de M. Verneuil seront renvoyés au comité de publication;

2° Que des remercîments seront adressés à M. J. Roux en l'engageant à faire parvenir à la Société les nouveaux documents qu'il pourra recueillir sur l'amputation tibio-tarsienne;

3° Que, conformément aux intentions de l'auteur, le moignon disséqué sera déposé dans le Musée Dupuytren.

RAPPORT.

M. Demarquay lit, au nom d'une commission composée de MM. Nélaton et Houel, un rapport sur deux travaux adressés par M. le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lizieux, à l'appui de sa candidature. De ces deux travaux, l'un est sa *Thèse inaugurale*, l'autre un *Mémoire inédit sur la cicatrisation des artères.*

Les conclusions du rapport sont :

1° De déposer la thèse de M. Notta dans la bibliothèque;

2° De renvoyer son travail manuscrit au comité de publication;

3° De nommer M. Notta membre correspondant.

A la suite de ce rapport, une discussion s'engage.

M. Giraldès s'étonne que M. le rapporteur ait omis de citer parmi les travaux antérieurs qu'il a rappelés le livre remarquable de Porta sur les plaie d'artères. C'est là une lacune qu'il peut combler. Il cite aussi sur cette question un travail de Spencer, dont un extrait se trouve dans le livre de chirurgie de Miller.

M. Notta a avancé qu'après une ligature d'artère le caillot ne dépassait jamais la première collatérale. M. Giraldès fait remarquer que cette assertion n'est pas vraie chez les animaux, où l'on voit parfois le caillot dépasser les collatérales.

M. Demarquay s'est servi dans son rapport de l'expression *fonte purulente du caillot;* c'est sans doute là un lapsus. Il peut y avoir ramollissement, mais non transformation purulente du caillot.

M. Richet demande la parole pour appuyer l'assertion de M. Giraldès relative au rapport du caillot et de la première collatérale. Récemment un palefrenier, en sautant d'une soupente, s'enfonça un pieu dans le bras; des accidents graves survinrent; mais le malade refusa l'amputation et mourut.

A l'autopsie du membre, on vit que le caillot remontait au delà des premières collatérales.

M. Richet insiste ensuite sur l'étendue de la suppuration dans les extrémités artérielles. Quelquefois cette suppuration remonte plus haut que M. Notta ne l'indique. Un homme subit la désarticulation du bras, et fut pris d'hémorrhagies secondaires dix-huit jours après l'opération. M. Richet porta d'abord le fer rouge dans la plaie, mais fut plus tard obligé de lier l'artère sous-clavière; il vit alors l'artère ramollie jusqu'à deux centimètres au-dessus de son extrémité. Si l'on eût voulu lier l'artère dans la plaie, on serait tombé sur un vaisseau ramolli.

M. Robert. On a déjà objecté à M. Notta que le caillot dépassait quelquefois la première collatérale; mais on peut aussi citer des faits où il n'existait pas de caillot. M. Robert en rappelle un exemple.

M. le rapporteur a glissé rapidement sur une question importante, la sécabilité inflammatoire des artères, qui justifie la ligature par la méthode d'Anel dans les hémorrhagies secondaires. M. Robert croit avoir en 1846, avant M. Notta, développé les mêmes idées que lui, et il rappelle à cet égard plusieurs faits. Dans une plaie de la cubitale survint vers le douzième jour une hémorrhagie secondaire. M. Robert chercha à lier l'artère à très peu de distance de la plaie; il pratiqua une incision à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la section : le vaisseau était sain, et l'on y fit une ligature. Le même chirurgien a observé depuis lors un fait analogue. Dupuytren, qui admettait cette friabilité, ne disait pas jusqu'où elle allait. M. Robert soutient que dans beaucoup de cas cette friabilité est plus supposée que réelle. Quoi qu'il en soit, c'est là un fait important, puisque dans une amputation qui devient la source d'hémorrhagies on peut lier très près du vaisseau lésé.

M. Demarquay rappelle que Blandin connaissait l'étendue très limitée de la friabilité; il savait que très peu au delà de son extrémité l'artère était saine. Mais s'il n'appliquait pas ces idées dans la pratique, c'est qu'il ne voulait pas détruire des réunions en voie de cicatrisation. En incisant un peu au-dessus, on ne touche qu'à des tissus sains.

M. Robert. Il faut s'entendre sur le sens des mots: méthode d'Anel, méthode de Hunter. Dupuytren entendait par méthode d'Anel la méthode de Hunter; car Anel lia l'artère très près, le plus près possible du sac, tandis que Dupuytren liait bien plus loin; il voulait même qu'on liât assez loin de la plaie. Assurément personne ne peut songer à lier dans les bourgeons charnus mêmes, mais bien immédiatement au-dessus. Or cette dernière pratique diffère essentiellement de celle de Dupuytren.

M. Giraldès. Guthrie avait posé avant M. Robert le précepte que celui-ci vient de formuler. C'est ainsi qu'il fut conduit à faire une incision de sept pouces pour lier les deux bouts de l'artère péronière.

M. Chassaignac. Le fait cité par M. Richet n'est pas contraire à la doctrine qui soutient que le caillot s'arrête au niveau de la première collatérale. En effet, il ne s'agit point ici d'une ligature, mais d'une oblitération inflammatoire des collatérales. Au contraire, dans tous les cas de ligature que j'ai examinés, le caillot ne montait pas au-dessus de la première collatérale. Il s'est introduit dans la discussion générale une appréciation des doctrines de Guthrie. M. Chassaignac partage celles de Dupuytren. Il en appelle à tous ceux qui ont recherché des artères au sein de plaies enflammées. Les tissus sont confondus les uns avec les autres, et les recherches sont d'une exécution difficile. Quand on agit par la méthode de Dupuytren, la chose est bien plus aisée; et s'il persiste une légère hémorrhagie, on en devient facilement maître par de simples moyens locaux. M. Chassaignac rappelle alors quelques faits. Chez un vieillard auquel il avait amputé le bras survint, le quinzième jour, une hémorrhagie; il lia l'axillaire, et le malade guérit. Un ouvrier eut une hémorrhagie grave par une plaie de l'éminence thénar. M. Chassaignac voulut lier dans la plaie, et il chercha à mettre par un lambeau antérieur le vaisseau à découvert; il éprouva alors des difficultés telles qu'il lia l'humérale.

M. Larrey croit qu'il importe ici de distinguer ce qu'on doit faire:

1° Dans les plaies récentes;

2° Dans les plaies anciennes;

3° Dans les plaies compliquées d'inflammation.

1° Pour les plaies récentes, la pratique la plus rationnelle, c'est de lier dans la plaie.

2° Si la plaie est ancienne, mais s'il n'y a pas d'autre accident que l'hémorrhagie, on peut rechercher l'artère au fond de la plaie, sinon on liera au-dessus.

3° La ligature à distance lui paraît bien indiquée dans les plaies enflammées.

M. Richet répond à M. Chassaignac que dans le fait cité par lui les collatérales étaient oblitérées parce que le caillot remontait au-dessus d'elles; mais le sang en retour y arrivait.

M. Denonvilliers. Les distinctions de M. Larrey sont nécessaires; je m'y rattacherais volontiers si je ne pensais qu'il ne peut y avoir de précepte très général. Ainsi un malade souffrait d'une hémorrhagie du cuir chevelu; mais atteint en même temps d'un érysipèle, il ne pouvait supporter la compression. M. Denonvilliers disséqua l'artère et la lia. Il croit que MM. Notta et Nélaton ont rendu un grand service en recommandant de lier à une très petite distance de l'extrémité lésée. On oublie trop vite les grands accidents des ligatures d'artères. M. Denonvilliers cite un cas où la ligature suivant la méthode de Hunter fut pratiquée avec succès pour une hémorrhagie consécutive à une amputation de cuisse. Quelque désir qu'on eût eu de lier dans la plaie, cela ne pouvait avoir lieu. M. Denonvilliers lia la fémorale, et le malade guérit. Ainsi on peut poser des préceptes généraux, mais non absolus.

M. Robert. Dupuytren ne cite à l'appui de sa pratique que des observations prises pour des ligatures des membres inférieurs; mais il faut distinguer ce qui appartient aux membres supérieurs, où la méthode d'Anel est déplorable.

— A cinq heures moins un quart, la Société se forme en comité secret.

COMITÉ SECRET.

Prix fondé par J.-R. Duval. — La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Sont admis seuls à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les auteurs qui voudront concourir devront adresser *franco*, avant le 15 mai 1855, deux exemplaires de leur thèse au secrétaire général de la Société, et indiquer dans la lettre d'envoi les hôpitaux où ils ont fait leurs études.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Mélier, membre de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique, vient, par décret de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, d'être nommé inspecteur des services sanitaires. A la suite de sa nomination, notre honorable confrère est immédiatement parti pour Marseille.

— Le congrès des naturalistes et des médecins allemands tiendra sa trente et unième réunion à Gœttingue, du 18 au 25 septembre de cette année.

— L'auteur du mémoire sur le *traitement de la chorée*, dont l'analyse a été insérée dans notre dernier numéro, est M. Eug. Moynier, et non Magnier, comme on l'a imprimé par erreur.

Le Secrét

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 91. — MARDI 1er AOUT 1854. (27e ANNÉE.) N° 91. — MARDI 1er AOUT 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — Note sur un nouveau procédé d'analyse du lait. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Fistule vésico-utéro-vaginale. Autoplastie par glissement. Persistance d'un petit pertuis fistuleux. Cautérisations successives. Point de suture. Guérison radicale. — SUFFOLK GENERAL HOSPITAL (W.-E. Image). Névrome du nerf médian gauche. — De l'emploi de la strychnine dans le traitement du choléra. — Traitement des fièvres intermittentes par l'électro-galvanisme. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Formules. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 19 juillet. — Chronique et nouvelles.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANALYSE DU LAIT.

Un de nos collaborateurs, M. Leconte, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a exposé récemment devant la Société de biologie un nouveau procédé d'analyse du lait, dont nos lecteurs vont pouvoir juger la simplicité et les bons résultats.

Le rôle important que joue le lait dans l'alimentation, et par conséquent son usage si répandu, a porté les fournisseurs à le sophistiquer de mille manières différentes (1). Plusieurs procédés ont été mis en avant pour découvrir la fraude, et la physiologie elle-même avait demandé à la chimie la composition exacte du lait. Des divers modes d'analyse, les uns reposent sur la densité du lait; mais l'addition de l'eau mettait le chimiste en défaut. Les autres ont pour base l'opacité, et de nouveau le falsificateur, en ajoutant au lait des corps solides blancs et opaques, déroutait la science.

Cependant M. Doyère avait imaginé un procédé très ingénieux (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 10 septembre 1852); mais il ne peut guère être employé que dans les analyses de laboratoire.

M. Leconte, en faisant des recherches avec le docteur de Goumoëns sur les substances albumineuses, fut amené à examiner le lait. Frappé du peu de facilité offerte par les procédés en usage et partant de ce principe que toutes les falsifications de cette substance tendent à diminuer notablement la quantité de beurre qu'il contient, l'honorable professeur a imaginé un appareil d'une grande simplicité, dont il fait ainsi la description :

« L'appareil dont je me sers se compose d'un tube fermé à l'une de ses extrémités de 2 centimètres de diamètre environ, et divisé en cinq parties présentant chacune une capacité de 5 centimètres cubes; à la partie supérieure de ce tube, j'en soude un autre d'un diamètre beaucoup plus petit et qui est divisé en vingtièmes de centimètre cube; enfin, à la partie supérieure de ce dernier se trouve un autre tube semblable au tube inférieur, mais beaucoup plus court et sans divisions, qui sert d'entonnoir et reçoit les liquides qui se dilatent pendant l'opération.

» Lorsqu'on veut faire une analyse, on mesure 5 centimètres cubes de lait dans le tube inférieur, puis on y ajoute 20 centimètres cubes d'*acide acétique cristallisable*, ce qui devient facile en raison des divisions gravées sur le tube; puis, après avoir fermé l'orifice supérieur avec un disque ou un bouchon de verre, on agite pendant quelques minutes; la caséine qui s'était coagulée au contact de l'acide acétique se dissout peu à peu, et le beurre vient rapidement surnager la liqueur sous la forme de flocons blancs; il suffit alors de chauffer avec une lampe à alcool pour liquéfier le beurre, qui forme à la surface une couche limpide dont il est facile d'apprécier le volume d'après le nombre de divisions qu'elle occupe dans le petit tube gradué. »

La manipulation de cet appareil est, on le voit, d'une extrême simplicité, et l'homme le plus étranger à la science peut par ce moyen trouver la richesse du lait; quelques modifications suffiraient pour en faire un procédé d'analyse permettant de mesurer tous les éléments constitutifs de cette substance si utile et d'un usage si général. — Dr Petit.

L'épidémie commence heureusement à sévir avec moins de violence à Marseille (2). Arles est désertée par ceux qui peuvent fuir devant le choléra.

Lyon et Toulon ne présentent que quelques cas insuffisants pour constituer une épidémie. A Avignon elle est sur son déclin. Dans plusieurs départements, la suette frappe quelquefois d'une manière aussi fatale que le choléra.

Les départements d'Eure-et-Loir, de l'Indre, du Jura, de l'Hérault et de la Manche, envahis par le choléra, complètent le triste tableau des renseignements puisés tant dans nos propres correspondances que dans les documents de nos confrères de la presse.

Quant à nos armées, il n'y en a que quelques cas à Varna et à Gallipoli. Le *Moniteur* affirme qu'on n'en a vu aucun se déclarer au Pirée, et que depuis trois jours aucun décès n'avait eu lieu. Enfin, dans la Baltique, il n'y a guère que l'*Austerlitz* qui ait été frappé; mais sur ce vaisseau, on a compté 50 décès.

Nos alliés les Anglais présentent un fait assez curieux; c'est que les navires à vapeur ont seuls eu à souffrir de l'épidémie, qui a épargné les vaisseaux à voiles. — A. Bernard.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistule vésico-utéro-vaginale. — Autoplastie par glissement. — Persistance d'un petit pertuis fistuleux. — Cautérisations successives. — Point de suture. — Guérison radicale.

Mme Ponvard, âgée de trente-quatre ans, journalière, est entrée à la salle Saint-Maurice, n° 33, le 27 novembre 1853.

Cette femme, de tempérament lymphatique, paraît d'une constitution assez affaiblie.

Elle n'a jamais eu de maladies, excepté quelques douleurs rhumatismales à l'âge de vingt-quatre ans, qu'on fit disparaître facilement à l'aide d'un traitement approprié.

Réglée à quinze ans, ses règles ont toujours reparu régulièrement jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, époque à laquelle elle devient enceinte pour la première fois.

La grossesse ne fut traversée par aucun accident; son accouchement fut facile. L'enfant, né bien portant, est mort à l'âge de neuf mois. Les règles se rétablirent cinq mois après cette couche.

Depuis cette époque, Mme P... est devenue enceinte quatre fois; ses grossesses et ses couches ont toujours été très simples; aucun accident n'est jamais venu les compliquer. La quatrième fut cependant plus longue que les antérieures, sans que la malade en ait pu savoir la cause.

Les enfants sont tous venus bien portants. Le deuxième est mort à dix-huit mois d'une coqueluche. Le troisième et le quatrième sont encore vivants.

En 1852, la malade devint enceinte pour la cinquième fois. La grossesse fut très heureuse et l'accouchement se fit à terme. Celui-ci (en mars 1853) fut long et difficile. Le travail durait déjà depuis quatre-vingt-seize heures, lorsqu'un chirurgien appliqua le forceps avec succès.

L'enfant mort-né était, d'après la malade, d'un volume très considérable. Ce n'est que vers le quatrième ou cinquième jour que Mme P... s'aperçut que les urines coulaient entièrement par le vagin, et qu'elle n'éprouvait plus le besoin d'uriner.

Cette infirmité a persisté depuis lors, et c'est pour en être débarrassée qu'elle entre aujourd'hui à l'hôpital.

Ses règles ont reparu cinq mois après sa couche, et elles viennent régulièrement tous les mois; le sang sort très mélangé avec l'urine.

Cette anomalie paraît avoir beaucoup agi sur le moral de la malade; car sa gaieté a disparu et son embonpoint est diminué.

4 janvier. Quoique cette femme soit à l'hôpital depuis le mois de novembre, M. Jobert n'a fait encore aucune tentative, afin de l'habituer au séjour de la salle; seulement elle a pris des bains généraux et des injections émollientes.

Aujourd'hui la malade est examinée pour la première fois devant nous. On trouve :

1° Etat érythémateux du pourtour de l'anus, des grandes et des petites lèvres;

2° Vagin rouge, érythémateux;

3° L'urètre est un peu rétréci;

4° Par le toucher, on ne peut reconnaître la fistule; on trouve seulement que le col de l'utérus est très irrégulier et que la lèvre antérieure surtout est formée de deux tubercules qui peuvent s'écarter facilement.

5° L'examen direct fait découvrir une ouverture à l'union du col et de la cloison vésico-vaginale. Cette ouverture est irrégulièrement arrondie, entourée de tissu inodulaire et bordée sur les parties latérales de deux tubercules durs, qui ne sont autre chose que les restes du col de l'utérus. Son diamètre est assez considérable, car on peut promener facilement une sonde de femme.

Le bassin n'est nullement vicié. Les fonctions organiques s'exécutent régulièrement. Les règles n'ont pas reparu depuis cinq mois. L'urine coule toujours dans le vagin, quelle que soit la position que prenne la malade.

Le 6, *opération*. — La malade est placée dans la position ordinaire; la paroi postérieure du vagin refoulée par le spéculum univalve, les grandes lèvres par des leviers, M. Jobert implante alors une forte pince de Museux sur la cloison vésico-vaginale, immédiatement au-devant de l'ouverture de la fistule; ensuite, à l'aide d'un bistouri étroit, il ravive les contours de cet orifice, c'est-à-dire qu'il enlève les deux tubercules dont nous avons parlé, et qui représentent les restes du col de l'utérus.

Alors nous avons pu apprécier l'étendue de la fistule; elle est sous l'aspect d'une fente ou gouttière formée, d'une part, aux dépens de la lèvre antérieure du col, et de l'autre par la cloison vésico-vaginale.

Lorsque M. Jobert eut fini de raviver toute l'ouverture de la fistule, elle présenta près de 2 centimètres de diamètre. Ensuite on passa trois points de suture, un au milieu et deux aux extrémités de la fistule.

Aussitôt que la suture fut terminée, M. Jobert fit trois incisions, deux latérales et parallèles à l'orifice, et la troisième, postérieure, sur le grand cul-de-sac vaginal.

Ensuite, on fait deux injections froides dans le vagin et on introduit un tampon d'amadou. La malade transportée dans son lit, on lui applique une sonde à demeure. On relève les extrémités inférieures à l'aide de deux coussins. — Diète; 2 pots de tisane.

Le soir à deux heures, un petit caillot est expulsé par le vagin. L'urine sort entièrement par la sonde. Peau chaude, ventre un peu sensible. On retire le tampon d'amadou.

Le 7, léger mouvement fébrile, ventre souple, non douloureux à la pression. La malade a éprouvé dans la nuit des envies d'uriner. L'urine est mélangée avec le sang. — 2 bouillons; 2 pots de tisane.

Le 8, même état; pas de fièvre; ventre souple; les urines vont par la sonde.

Le 10, la sonde s'est bouchée pendant la nuit, et la malade a mouillé comme avant l'opération, de sorte qu'il est probable que l'urine est sortie par le vagin.

Le 11, état satisfaisant; pas de fièvre.

Le 12, quoique l'urine coule par la sonde, le linge est taché de sang. On voit en outre un petit caillot à l'entrée de l'urètre, et un autre plus volumineux sur les draps du lit. Ces caillots sont produits probablement par du sang menstruel. La malade nous dit qu'il y a cinq semaines qu'elle n'a eu ses règles. Du reste, cette hémorrhagie a lieu par l'urètre; elle est peu abondante.

Le 13. La malade a été examinée aujourd'hui; la réunion est faite presque partout. M. Jobert enlève les fils. Pas d'accidents généraux. Le soir, la malade s'est sentie mouillée par l'urine (elle passe peut-être par le vagin); l'écoulement menstruel a complètement disparu.

Le 14, l'urine passe par la sonde; rien ne passe par le vagin tant que la sonde reste à demeure. La malade se plaint cependant de quelques petites douleurs dans le bas-ventre. — Diète.

Le 15, rien de remarquable du côté de l'urine. La nuit a été moins bonne que les précédentes. Léger mouvement fébrile; deux selles liquides.

Le 16, la diarrhée continue. Langue sèche, rouge sur les bords et la pointe; ventre tendu et douloureux à la pression. La sonde s'est trouvée obstruée dans la journée; l'urine s'est accumulée dans la vessie, sans qu'il en soit sorti rien par le vagin. L'introduction d'une nouvelle sonde est un peu douloureuse; elle amène une assez grande quantité de liquide. — Diète, potion gommeuse.

Le 17, la diarrhée semblait avoir disparu; cependant aujourd'hui la malade a encore eu deux selles liquides. Pas de fièvre, pas d'accident du côté de la vessie.

Le 18, diarrhée; quatre selles dans la journée.

Le 19, la diarrhée persiste. Dans la nuit précédente, quatre selles liquides. — M. Jobert fait enlever la sonde.

Dans la journée, la malade a eu deux ou trois fois des envies d'uriner. Le besoin de l'expulsion était tellement pressant, qu'elle a à peine le temps de prendre le vase. Malgré cela, elle s'est trouvée mouillée. Le soir, la diarrhée paraît moins forte.

Le 20, rien de nouveau.

Le 21, quelques coliques; le dévoiement est moins fort. L'urine coule involontairement, de sorte que la malade est toujours mouillée sous elle. Il nous est impossible de savoir si l'urine qui la mouille sort par l'urètre ou par le vagin. — On remet la sonde.

Le 22, la malade ne peut plus supporter la sonde; M. Jobert la fait ôter.

---

(1) Les tribunaux commencent à entrer, à l'égard de la sophistication des substances alimentaires, dans une voie qui leur vaudra l'approbation unanime des hommes qui s'occupent de l'hygiène publique. Dernièrement encore les journaux ont raconté la condamnation à six mois de prison et à 20,000 francs d'amende d'un marchand de lait qui le falsifiait dans des proportions considérables, et qui avait déjà gagné plus de 80,000 francs en peu d'années à cet odieux commerce.

(2) Nous recevons d'un de nos abonnés des Basses-Alpes une lettre qui peut faire juger de la panique qui a régné dans cette ville. Cet honorable confrère nous prie de lui envoyer du sulfate de strychnine, attendu, nous dit-il, que tous les fabricants de produits chimiques ont déserté Marseille.

Le 23, la diarrhée et les coliques ont presque complétement disparu.

Le 25, on remet la sonde. Dans la journée quelques coliques ont eu lieu; de plus, il y a eu deux selles séreuses.

Le 26, on supprime la sonde. La diarrhée disparaît; état général excellent.

Le 27, la malade est encore mouillée, mais l'urine sort par l'urètre par regorgement. Les envies d'uriner sont très fréquentes (tous les quarts d'heure environ), et le besoin toujours pressant.

Le 29, rien de nouveau; la malade est cependant beaucoup moins mouillée qu'avant l'opération.

Le 31, la malade est examinée. La cicatrice est complète; il reste cependant un petit pertuis, grand comme une tête d'épingle, par lequel sortent quelques gouttes d'urine. — M. Jobert cautérise avec le nitrate d'argent. Une sonde, introduite dans l'urètre, pénètre seulement à 4 ou 5 centimètres, qui représentent la longueur de l'urètre et de la vessie; ce qui prouve combien elle est petite.

Le 3 février, la petite diarrhée qui s'était montrée trois jours auparavant a complétement disparu. L'urine monille toujours la malade, mais elle sort par l'urètre.

Le 6, la malade a été examinée de nouveau. On voit sur les parties latérales deux cicatrices très apparentes, sous la forme de deux lignes blanches. Au centre, on voit une autre cicatrice, formée par les rudiments du col. Ce point central paraît bien cicatrisé; cependant il reste un petit pertuis par lequel suinte l'urine, car on se rappelle que la vessie de cette femme est extrêmement étroite. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 7, la malade éprouve de fréquentes envies d'uriner; le liquide ne peut être retenu plus d'une demi-heure.

Le 8, cautérisation avec le nitrate d'argent. Dans la journée, la malade a très peu mouillé.

Le 9, on remet la sonde; l'urine coule souvent entre cet instrument et le canal de l'urètre. Etat général excellent.

Le 10, l'urine coule par la sonde.

Le 13, on observe toujours un petit point qui n'est pas encore cicatrisé, mais il ne laisse point suinter l'urine, même quand on le touche avec le nitrate d'argent. On peut dire que la fistule est guérie; mais la malade ne peut conserver ses urines plus d'une heure, à cause de la petitesse extrême de la vessie. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 14, la malade est encore mouillée.

Le 15, cautérisation avec le nitrate d'argent. Elle n'est pas mouillée de toute la journée.

Le 16, la malade est mouillée. Il est à remarquer que le jour de cautérisation elle ne mouille pas, tandis qu'elle mouille les jours suivants. — On conserve la sonde.

Le 20, on voit au fond du vagin deux ou trois gouttes d'urine. Dans l'endroit où existait la fistule, on trouve un tissu inodulaire parfaitement dessiné sur tous les points. En relevant la cloison vésico-vaginale, on voit encore un petit tubercule au centre duquel existe la petite ouverture qui probablement livre passage à l'urine. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le soir, la malade n'est pas mouillée.

Le 24, suintement par le vagin. Nous avons presque la certitude que l'urine sort par l'urètre et retombe dans le vagin. — Cautérisation avec le nitrate d'argent; on conserve la sonde.

Le 25, la malade a encore mouillé.

Le 28, cautérisation avec le nitrate d'argent. La malade n'est pas mouillée; elle a eu cinq fois envie d'uriner (toutes les heures environ). L'urine est sortie quelquefois involontairement à la suite d'un effort de toux.

Le 6 mars, on voit toujours le petit pertuis au fond du vagin. La sonde reste à demeure. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 7, elle est mouillée.

Le 8, même état. — Cautérisation.

Le 9, la malade a perdu ses urines.

Le 10, il n'y a plus qu'un petit point où l'on voit l'ouverture presque imperceptible par laquelle suinte l'urine. — Cautérisation avec le nitrate d'argent. Le soir, pas d'urine dans le vagin.

Le 13, cautérisation avec le nitrate d'argent. Depuis le 11 mars, l'introduction de la sonde était douloureuse; évidemment la muqueuse urétrale allait s'enflammer. Pour éviter cet accident, M. Jobert supprime la sonde.

Le 14, la malade est encore mouillée.

Le 17, M. Jobert cautérise la petite ouverture avec le nitrate acide de mercure. Pas de sonde.

Le 18, mouillée comme à l'ordinaire.

Le 20, on laisse reposer la malade.

Le 22, cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 31, la malade s'est trouvée très bien depuis qu'on ne la cautérise plus. Aujourd'hui elle n'a pas perdu une goutte d'urine, et elle peut les garder sans gêne un peu plus d'une heure. Les envies se font sentir toutes les heures environ.

Le 2 avril, la malade est encore mouillée.

Le 5, elle perd encore ses urines quelle que soit la position qu'elle prenne; cependant, dans la journée, cette perte est peu considérable, parce que la malade peut satisfaire au besoin d'uriner, qui se fait sentir presque toutes les heures. Par suite dans la nuit l'écoulement est plus considérable.

Le 6, M. Jobert, ayant échoué par des cautérisations successives à fermer le petit pertuis, se décide à pratiquer un point de suture. Pour cela, il emploie le même procédé dont il s'était servi lors de la première opération. La suture terminée, on applique immédiatement une sonde à demeure. Le soir, pas une seule goutte d'urine n'est sortie par le vagin; ce liquide est parfaitement clair et il coule abondamment par la sonde.

Le 7, dans la nuit précédente la sonde s'est bouchée deux fois; malgré cela la malade n'est point mouillée. Le besoin de rendre ses urines a été assez fort pour la réveiller deux fois pendant la nuit. Aujourd'hui pas d'urine dans le vagin; on ne peut savoir le temps qu'elle pourra garder ses urines, car la sonde reste à demeure.

Le 9, la malade est un peu mouillée, mais je suis convaicu que l'urine sort par l'urètre. On continue la sonde à demeure.

Le 11, l'urine coule par la sonde, mais dans la nuit la malade a eu quelques coliques et l'urine est sortie mélangée avec un peu de sang. Aujourd'hui l'écoulement de sang continue, mais il est peu abondant. M. Jobert pense que ce sang est celui des règles, lequel sort par l'urètre, car chez cette femme, le col n'existant plus, les règles doivent se faire par la vessie.

Le 12, même perte, peu abondante.

Le 13, l'hémorrhagie est presque disparue; l'urine coule presque pure. Au méat urinaire et à l'entrée du vagin, on voit deux ou trois petits caillots sanguins.

Le 15, la malade est examinée aujourd'hui après la deuxième opération. On aperçoit au fond du vagin une cicatrice linéaire, au centre de laquelle se trouve l'anse de fil de la suture. M. Jobert fait l'extraction, et il constate qu'il ne sort pas une goutte d'urine par l'ouverture. La guérison est maintenant complète. On continue la sonde.

Le 17, la malade ne mouille pas.

Le 19, dans la nuit précédente la malade a été prise d'une diarrhée assez considérable. On supprime la sonde.

Le 20, la diarrhée est moins forte. Elle n'a pas mouillé. Ventre un peu douloureux.

Le 21, plus de diarrhée; l'urine est conservée sans difficulté près de deux heures. A ce moment, le besoin se fait sentir, il est moins pressant.

Le 24, on aperçoit au fond du vagin une surface parfaitement lisse et sèche; à la place de la fistule existe une cavité infundibuliforme. La malade ne mouille pas et retient ses urines plus de deux heures.

Le 28, la malade n'a point mouillé pendant ces quatre jours, même pendant la nuit elle garde ses urines trois heures, ce qui prouve que la vessie a pris du développement.

Le 2 mai, on examine la malade, et on trouve une traînée de tissu inodulaire (tissu cicatriciel) à l'endroit où existe normalement le col de l'utérus.

Absence complète de ce col.

Pas de traces de fistule.

Tout autour du point où existait le col, on voit un rayonnement des parois du vagin.

La largeur du conduit vulvo-utérin ne paraît pas diminuée. La longueur est un peu moindre.

La paroi recto-vaginale fait une légère saillie sous forme de prolapsus.

La malade conserve ses urines au moins pendant trois heures.

Le 5 mai 1854, M. Jobert examine la malade une dernière fois, et il trouve que le vagin est parfaitement sec.

Une sonde introdnite dans la vessie ramène plus de 150 grammes d'urine parfaitement claire et limpide. Cela fait voir combien la vessie a pris de développement.

Au fond du vagin, à droite de la cicatrice linéaire, un reste du col de l'utérus fait une saillie sur l'ancienne fistule.

Enfin, la malade conserve ses urines sans mouiller au moins de trois heures et demie à quatre heures.

Elle sort de l'hôpital complétement guérie.

SUFFOLK GENERAL HOSPITAL. — W.-E. IMAGE, esq.

Névrome du nerf médian gauche.

Mary Jobson, âgée de vingt-neuf ans, mariée, entre dans mon service le 4 octobre 1853. Elle avait toujours été bien portante, quand, dans la nuit du 8 novembre 1850, elle est subitement réveillée par une douleur violente à la paume de la main, juste au-dessous du pouce. Cette douleur dure quatre heures, s'apaise un peu, mais ne disparaît pas. Le lendemain à une heure la douleur recouvre toute sa violence. La nuit suivante, et depuis ce moment jusqu'à son entrée à l'hôpital, les douleurs affectent le caractère de paroxysmes réguliers dans leurs accès et leur durée. Elles se déclarent régulièrement nuit et jour à une heure, durent quatre heures et sont lancinantes, très douloureuses, rémittentes, mais ne cessent jamais.

Six mois après, la malade est avertie par une personne qui lui avait pris le bras, que près du condyle interne existait une petite tumeur de la grosseur d'un pois.

Cette tumeur n'étant douloureuse qu'à la pression, et se trouvant assez éloignée du lieu où elle souffrait, elle n'y fit pas attention. Du reste, cette tumeur ne prit aucun accroissement pendant les six mois qui suivirent.

En novembre 1851, la tumeur commença à la faire souffrir, alors même qu'on n'exerçait sur elle aucune pression. La douleur s'étendait à l'épaule, au côté du cou et à la moitié de la tête, et venait-on à toucher la tumeur, aussitôt, selon l'expression de la malade, la douleur était *envoyée* à la paume de la main, et jamais dans la direction contraire. La tumeur grossissait, la douleur devenait plus violente, et quand la patiente entra dans mes salles elle se trouvait dans un état de grand affaiblissement, assez expliqué par les souffrances et la privation de sommeil. Les traitements sont employés non-seulement sans succès, mais paraissent la fatiguer; le vésicatoire seul la soulage, mais ne donne aucun autre résultat. La tumeur, mobile dans une direction transverse, ne peut être déplacée selon l'axe du nerf.

Le 31 octobre, j'enlevai la tumeur avec un pouce et demi du nerf médian, sur lequel ses deux extrémités avaient pris deux points d'insertion. Elle n'avait aucune adhérence avec les tissus voisins. L'opération terminée, la douleur disparut dans la main et le bras. Le pouce et le doigt du milieu restèrent sans puissance. Elle ne pouvait fermer sa main, qui n'avait que peu de sensations. Son petit doigt était sain, l'annulaire en partie; elle ne pouvait que remuer les doigts. Le sommeil reparut avec l'amélioration de la santé, et notre malade quitta l'hôpital guérie.

Je l'ai revue en avril 1854. Son état est satisfaisant; elle n'a plus eu de douleurs; la faculté sensitive est recouvrée, et elle peut fermer la main. Cependant elle ne peut serrer aussi vigoureusement avec la main gauche qu'avec la droite.

L'intérêt de cette observation est tout pratique, car elle montre l'inutilité d'un plan de traitement arrêté, et prouve qu'un nerf aussi important que le nerf médian peut être coupé de part en part sans causer d'accidents sérieux et sans priver le membre de son mouvement. (*Assoc. med. journ.*)

DE L'EMPLOI DE LA STRYCHNINE

dans le traitement du choléra.

Un de nos honorables confrères, M. le docteur J. Le Cœur, professeur de matière médicale à l'Ecole de médecine de Caen, nous adresse, à propos des récentes applications de la strychnine dans le traitement du choléra faites par M. Abeille, une note qu'on ne lira pas sans intérêt :

« Aujourd'hui que la strychnine semble appelée à jouer un grand rôle, à faire une révolution peut-être dans la thérapeutique du choléra, permettez-moi de vous faire part de mes idées à ce sujet et de vous émettre sous forme de propositions celles qu'à propos de l'écorce de la *fausse angusture* je développais dernièrement devant mon jeune auditoire. Je pars toujours de ce principe que le choléra n'est qu'une perturbation de l'action, une hyposthénisation du système nerveux, du nerf grand sympathique surtout, et me réserve de donner plus tard de la publicité aux preuves et développements que comporte ce sujet.

» Voici ces propositions :

» 1° Le choléra est une affection trop spécifique pour qu'il n'existe pas contre elle une médication spécifique.

» 2° La médication la plus immédiatement excitante du système nerveux est la plus rationnelle et la plus efficace.

» 3° Les stimulants les plus actifs du système nerveux doivent être recherchés parmi les substances qui contiennent le plus soit de strychnine, soit de brucine, soit simultanément ces deux alcaloïdes végétaux.

» 4° Ces végétaux se retrouvent surtout dans les familles naturelles des strychnées, des apocynées, des loganiacées, et l'on ne parviendra à des résultats de plus en plus satisfaisants qu'autant que l on expérimentera soit avec les produits immédiats, soit avec les extractifs que la chimie parvient à dégager des individus qu'elles renferment.

» 5° C'est surtout parmi les végétaux classés par la science dans ces trois familles qu'instinctivement et empiriquement les Indiens vont chercher les remèdes qu'ils emploient avec succès pour traiter certains flux intestinaux, ou encore les accidents occasionnés par la morsure de certains serpents venimeux qui déterminent des phénomènes ayant la plus grande analogie avec le choléra.

» 6° Les plantes douées des propriétés les plus actives parmi ces familles ne croissent-elles pas naturellement dans l'Inde, cette terre natale du choléra ? Et Dieu n'a-t-il pas, toujours et partout, placé le remède à côté du mal ?

» 7° Au point de vue scientifique, les transitions ne sont que graduelles entre les familles botaniques ; et les plantes d'une même famille ayant entre elles des rapports de conformation physique ne renferment-elles pas (en général, et sauf quelques exceptions) les mêmes principes immédiats, et n'agissent-elles pas (en général aussi, et sauf quelques exceptions) d'une même façon sur l'économie, seulement avec plus ou moins d'énergie ?

» 8° Les trois familles que j'ai citées ne sont-elles pas peu éloignées au point de vue botanique des rubiacées auxquelles appartiennent les quinquinas, ce spécifique par excellence des fièvres d'accès? Et qu'est-ce que la période algide du choléra ?

» Aussi suis-je bien loin de penser que le dernier mot soit dit à l'occasion de la probabilité de l'existence d'un agent spécifique curatif du choléra. La strychnine est bien jusqu'ici celui qui, pour mon compte, m'a le mieux réussi. Il en a été de même entre les mains de notre honorable confrère le docteur Abeille. Mais il en est d'autres sur lesquels l'expérimentation devrait s'étendre aussi; et, comme corollaire, je crois devoir, à ce sujet, indiquer encore dans le cours que je professe chaque année :

» 1° La brucine ;

» 2° L'écorce de fausse angusture (*strychnos colubrina*, LOGANIACÉES), qui contient de fortes proportions de cet alcaloïde et qui, par parenthèse, pourrait bien être le véritable spécifique que l'on cherche, à en juger par les accidents toxiques que détermine cette substance, et aussi par le genre des maladies contre lesquelles on l'emploie dans l'Inde avec succès.

« 3° N'y aurait-il pas quelques essais à tenter avec une autre apocynée aussi, le *nerium antidyssentericum*, qui agit en vertu des mêmes principes extractifs, et fournit encore aux praticiens de l'Inde un médicament antidyssentérique précieux employé, je crois, dans le pays sous le nom de *codaga-palla* ?

» 4° Enfin, pourquoi n'essayerait-on pas de l'igazurine, autre principe actif peu expérimenté jusqu'ici, que l'on est parvenu à isoler de plusieurs strychnées ?

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES par l'électro-galvanisme.

Par M. le docteur SHIPULSKY.

Ce traitement a été employé par le médecin russe que nous venons de nommer dans seize cas de fièvres intermittentes, et dans tous il en a obtenu un bon résultat, en n'employant qu'une seule séance. Il place le pôle positif à la région cardiaque, et le pôle négatif à la main du malade.

Le professeur Krasnogladoff, médecin militaire de l'hôpital de Tiflis a, selon le *Medicinische zeitung Russland*, traité par le même procédé quatre militaires sous le coup de fièvres intermittentes. Il lui a fallu vingt jours pour arriver à la guérison.

M. Shipulsky est convaincu que les fièvres quotidiennes et tierces cèdent facilement à ce moyen. Mais s'il n'en est plus ainsi pour les fièvres quartes et celles qui ont débilité profondément l'économie, du moins peut-on affirmer que l'emploi de l'électro-galvanisme dans ces derniers cas diminue l'intensité des paroxysmes, la perte de l'appétit, et ranime les forces du malade.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formules.

Potion contre la cholérine des enfants (MASCAREL).

Sous-azotate de bismuth	1	gramme.
Gomme adragante	1	—
Eau de laitue	120	—
Sirop simple	30	—

D. demi-cuillerée d'heure en heure.

Pommade d'iodure de potassium cicuté contre la scrofule. (DUVAL.)

Iodure de potassium, Extrait de ciguë, Camphre	8	grammes
Axonge	64	—

Poudre antispasmodique (BLACHE).

Oxyde de zinc	8	grammes
Calomel à la vapeur	4	—
Valériane	4	—

Pour 70 prises. Donner deux par jour, dans les maladies épileptiformes des enfants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 juillet 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DENONVILLIERS fait voir à la Société un jeune homme qui, en exerçant sa profession de rémouleur, reçut au visage un éclat d'une meule qui se brisa en plusieurs fragments. Il y eut un décollement assez considérable des parties profondes; mais le malade guérit, en conservant toutefois une bride cicatricielle qui s'étend de l'angle externe de l'œil droit à la commissure de la lèvre du même côté. Le tiraillement exercé par cette cicatrice sur la paupière inférieure est plus grave que celui de la lèvre, car l'œil ne peut pas se fermer. De plus, les cils déviés se rapprochent de la conjonctive et y entretiennent un état inflammatoire. Cette fâcheuse difformité engage M. Denonvilliers à pratiquer ici une opération; mais avant d'entreprendre quelque chose, il a voulu présenter ce malade à la Société, qui appréciera plus tard le résultat opératoire.

Engagé par quelques membres à faire connaître maintenant l'opération qu'il se propose d'exécuter, M. Denonvilliers en décrit les principaux temps. Il détachera d'abord l'angle externe et abaissé de l'œil par deux incisions réunies à angle; dans un second temps, il formera au-dessus et un peu en dehors de ce premier triangle un second à sommet opposé au précédent. Cela fait, il relèvera le triangle correspondant à l'angle externe de l'œil et le fera ainsi passer à la place de l'autre, qu'il abaissera. Ces deux triangles cutanés basculeront ainsi l'un sur l'autre.

— M. CHASSAIGNAC montre un enfant dont le bout du nez avait été envahi par une tumeur érectile. Douze piqûres de vaccine ont été faites sur cette extrémité nasale; mais on ne peut pas encore dire quel sera le résultat de ces inoculations.

Transmissibilité de la syphilis. — M. CULLERIER lit la lettre adressée à la Société par M. Mattei sur ce sujet.

Après cette lecture, il ajoute que les deux observations de M. Mattei n'infirment rien de ce qu'il a voulu prouver, puisque dans les deux cas les mères ont été trouvées malades, l'une pendant la grossesse, l'autre au moment de l'accouchement.

Discussion sur le travail de M. Notta. — M. DEMARQUAY a peu de remarques à faire sur les objections qui lui ont été adressées par quelques membres de la Société. En rendant compte des travaux de M. Notta, qui propose de lier l'artère immédiatement au-dessus de son ouverture dans la plaie, M. Demarquay n'a pas manqué de faire les réserves qu'ont exprimées déjà quelques personnes. A l'appui de cette remarque, il cite deux faits où il eût été impossible de se conformer aux préceptes recommandés par M. Notta.

M. JARJAVAY, qui a réuni sur ce sujet un très grand nombre de faits, demande que la discussion soit renvoyée à une prochaine séance.

M. LARREY, en appuyant la demande de M. Jarjavay, exprime l'opinion qu'il serait convenable d'assigner une époque fixe aux discussions, afin qu'aucun membre de la Société ne pût être pris à cet égard au dépourvu.

Cette discussion close, M. le président met aux voix les conclusions du rapport de M. Demarquay; elles sont adoptées, et M. le docteur Notta est nommé membre correspondant de la Société.

CORRESPONDANCE.

M. Lenoir écrit pour demander un congé de deux mois. (Renvoi à la commission des congés.)

— M. le docteur Blot écrit pour demander à être porté sur la liste des candidats à la place de membre titulaire vacante devant la Société.

— M. le docteur Laborie présente un mémoire de M. le docteur Friedrich Pauli (de Landau) intitulé *Ueber contagiositat und Erbickeit der syphilis* (sur la transplantation de la syphilis par la voie de la vaccination). Ce travail a été entrepris en faveur d'un confrère qui fut dénoncé pour ce fait, puis destitué de sa place, et enfin puni d'emprisonnement.

— M. Philippe, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, envoie un travail intitulé *Amputation dans l'articulation scapulo-humérale du côté droit par suite d'une tumeur de mauvaise nature (encéphaloïde) qui a pris son origine à la partie moyenne et antérieure de l'humérus en juin* 1853. (Renvoi à une commission composée de MM. Larrey, Gosselin et Désormeaux.)

RAPPORT.

M. Gosselin lit le rapport suivant sur un travail de M. Fano intitulé *Nouvelle méthode pour pratiquer la ligature de l'aorte abdominale.*

Messieurs, M. le docteur Fano a lu dernièrement devant la Société un travail relatif à l'une de ces grandes opérations que peu de chirurgiens ont entreprises, et dont la science n'a encore à enregistrer aucun succès, la ligature de l'aorte abdominale. Vous n'ignorez pas que dans un cas désespéré d'hémorrhagie produite par l'ouverture d'un anévrisme de l'iliaque externe, sir A. Cooper s'est décidé à ouvrir le ventre et à placer une ligature sur l'aorte, et que son exemple a été imité par deux chirurgiens anglais, James (de Dublin), Murray (du Cap), et que dans tous les cas la mort est survenue promptement. Faut-il l'attribuer à la péritonite, ou du moins au trouble général causé par la lésion étendue et l'irritation prolongée de la séreuse abdominale? Il est permis de le penser. Sans l'intervention de cette cause, la mort ne serait-elle pas survenue par l'afflux du sang artériel vers des viscères intérieurs, par la gangrène des membres pelviens, ensuite par l'hémorrhagie consécutive, comme dans le cas de M. Monteiro? Il est également permis de le penser; de sorte qu'en accumulant tous les raisonnements et toutes les hypothèses possibles, on serait autorisé à conclure que cette opération ne peut jamais réussir, et qu'en conséquence il vaut mieux ne pas l'entreprendre. Pourtant comme les succès, en chirurgie, ont quelquefois dépassé les prévisions les plus rationnelles, comme la ligature de l'aorte peut être légitimée par les succès obtenus sur les animaux et par quelques recherches qui ont fait voir l'aorte oblitérée sur le cadavre; comme, en fait, l'on ne saurait blâmer un chirurgien qui, en présence d'un cas désespéré, comme celui d'A. Cooper, entreprendrait de nouveau cette périlleuse opération, il est permis de poser cette question : « Quel serait alors » le procédé le plus avantageux? » Tel est, messieurs, le terrain sur lequel se place M. Fano, tel est le sujet sur lequel il est venu appeler votre attention. Notre jeune confrère n'apporte ni faits, ni raisonnements cliniques nouveaux en faveur de la ligature de l'aorte, il se dit seulement que puisque de grands chirurgiens l'ont faite, d'autres pourront la faire à leur tour, et en conséquence il vient, avec l'autorité que lui donne son talent d'anatomiste, conseiller un mode opératoire qui lui paraît préférable à ceux employés jusqu'à ce jour.

Le but principal que s'est proposé M. Fano est celui-ci : lier l'aorte abdominale sans ouvrir le péritoine, comme on le fait pour l'iliaque externe et l'iliaque primitive. Déjà M. le docteur Monteiro, professeur de médecine opératoire à l'École de Rio-Janeiro, s'est préoccupé de cette idée.

Le procédé de M. Fano diffère de celui de M. Monteiro en ce qu'au lieu de faire l'incision latéralement il la pratique en arrière, dans la région qu'il propose d'appeler costo-iliaque.

L'auteur présente d'abord quelques considérations anatomiques sur cette région; il indique les diverses couches qui la forment et donne la mesure, qu'il a prise avec soin, de la longueur des portions du vaisseau comprises entre les grosses collatérales; savoir, de l'origine des artères rénales à la bifurcation de l'aorte, 10 centimètres; entre les artères rénales et la mésentérique inférieure, 4 centimètres et demi. Il montre également par des chiffres que l'aorte abdominale est plus rapprochée du psoas gauche que du droit; car il a trouvé, du bord externe du psoas gauche au bord correspondant de l'aorte, 6 centimètres; du bord externe du psoas droit au bord latéral correspondant de l'aorte, 7 centimètres et demi. Cette circonstance, ajoutée à la présence de la veine cave inférieure à droite, indique formellement la nécessité de faire l'incision à gauche.

Les instruments dont se sert M. Fano sont un bistouri ordinaire, et de plus une sonde cannelée et une pince beaucoup plus longue que celles qu'on emploie habituellement dans les opérations. C'est là un léger inconvénient; car si l'opération est urgente, et elle l'est lorsqu'il faut arrêter une hémorrhagie, on pourra n'avoir pas à sa disposition ces instruments spéciaux. Or, il est incontestable qu'avec la pince à disséquer et la sonde cannelée ordinaire, on ne parviendrait qu'avec d'extrêmes difficultés, et peut-être même ne réussirait-on pas à placer la ligature.

Quoi qu'il en soit, le sujet étant couché sur le ventre, ou du moins sur le côté droit, le corps renversé en avant, M. Fano exécute l'opération de la manière qui sera indiquée plus bas.

Nous avons vu M. Fano pratiquer son opération sur le cadavre, nous l'avons pratiquée nous-même, et nous avons reconnu qu'en effet il était possible d'arriver sur l'aorte abdominale sans ouvrir le péritoine; que l'incision proposée par l'auteur y conduit même assez facilement, à la condition de suivre les règles qu'il a tracées; car si cette incision est un peu trop en dedans, on arrive sur la partie latérale des corps vertébraux, et l'on a beaucoup de peine à les contourner pour saisir l'artère au-devant d'eux. Nous avons constaté de plus que le rein et l'uretère sont aisément ménagés. La seule objection que nous adresserions à ce procédé est la blessure inévitable des artères lombaires à une grande profondeur et au voisinage de leur origine. La profondeur de la plaie peut rendre la ligature très difficile; leur voisinage de l'aorte peut donner lieu à un écoulement de sang abondant. Sous ce rapport, le procédé de M. Monteiro présenterait un peu moins de difficultés, car les mêmes artères sont coupées dans une région moins épaisse et dans un point où elles sont déjà plus petites et assez éloignées de leur origine pour ne pas fournir une trop grande quantité de sang. Il faut considérer, d'autre part, que l'incision de M. Fano permet d'arriver plus sûrement et plus vite sur le vaisseau; qu'elle met plus sûrement à l'abri de la lésion du péritoine, et qu'elle se trouve située assez favorablement pour l'écoulement du pus. C'est pourquoi, malgré l'objection que nous lui adressions tout à l'heure, elle nous paraîtrait mériter la préférence.

Nous serions heureux, messieurs, de pouvoir prédire à ce procédé nouveau les succès qui ont manqué aux anciens; mais nous craignons qu'il n'en soit pas ainsi, car la gravité de la ligature de l'aorte est due à tant de circonstances indépendantes de la lésion du péritoine, que nous ne pouvons nous laisser aller à l'espérance que le seul fait de l'intégrité de cette membrane mettrait le malade à l'abri des accidents mortels.

Néanmoins, la Société voudra bien reconnaître que les recherches et le travail de M. Fano sont inspirés par le désir de faire faire un progrès à la médecine opératoire et par de bonnes études anatomiques.

C'est pourquoi nous vous proposons :

1° De remercier M. Fano de sa communication;

2° D'insérer son travail dans vos Bulletins.

Nouvelle méthode pour pratiquer la ligature de l'aorte abdominale sans ouvrir le péritoine, par M. le docteur Fano, prosecteur de la Faculté. — Jusque dans ces derniers temps, la méthode employée pour la ligature de l'aorte abdominale, dans le petit nombre de cas où cette opération a été pratiquée, est celle que sir A. Cooper mit en usage le 25 avril 1817; elle consiste à aller chercher l'aorte au moyen d'une incision faite à la paroi abdominale antérieure, incision longue de 3 pouces, pratiquée sur la ligne blanche, autant au-dessus qu'au-dessous de l'ombilic. On comprend toute la gravité d'une pareille opération, en se rappelant qu'il est nécessaire d'intéresser le péritoine et d'éviter la blessure des intestins. Néanmoins l'opération entreprise par A. Cooper a trouvé des imitateurs, qui n'ont guère obtenu un succès plus brillant que le chirurgien anglais.

M. le docteur Candido Borges Monteiro, professeur de médecine opératoire et d'appareils à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro, a eu l'idée de pratiquer la ligature de l'aorte par un procédé qui fut exécuté sur le vivant le 5 novembre 1842 de la manière suivante :

Dans un premier temps, incision oblique étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité libre de la dernière côte abdominale; division successive des diverses couches, le *fascia transversalis* compris, sans intéresser le péritoine. Dans un second temps, séparation de la séreuse abdominale jusqu'à l'aorte, puis fil à ligature conduit autour du vaisseau au moyen d'un instrument spécial imaginé par M. Monteiro.

La méthode que nous proposons consiste à arriver sur l'aorte par la région du flanc, ou, si l'on aime mieux, par la région que nous appellerons costo-iliaque. Avant de décrire le procédé, qu'il nous soit permis de rappeler quelques détails d'anatomie chirurgicale nécessaires pour son intelligence.

Dans toute la portion abdominale, l'aorte est dirigée un peu obliquement de haut en bas et de gauche à droite. Cette obliquité étant beaucoup plus marquée au niveau de la portion comprise entre les piliers du diaphragme, il en résulte que l'aorte présente au niveau du tronc céliaque un angle obtus à sinus tourné à gauche.

La longueur de quelques-unes des portions de l'aorte circonscrites par les grosses branches collatérales offre de l'intérêt à connaître. Chez un sujet adulte, il y a depuis l'origine des artères rénales jusqu'au niveau de la bifurcation de l'aorte, 10 centimètres. Entre les artères rénales et la mésentérique inférieure, 4 centimètres et demi. Le point de l'aorte qui correspond à l'articulation vertébro-costale de la douzième côte est situé immédiatement au-dessus de l'origine du tronc céliaque. Enfin, il est à peine besoin de rappeler ici que la veine cave inférieure longe le côté droit de l'aorte abdominale.

La région costo-iliaque (région des flancs de quelques auteurs) est circonscrite supérieurement par la dernière fausse côte, qu'il est toujours facile de reconnaître à travers les téguments; inférieurement par la crête iliaque. Chez un sujet adulte, il existe une distance de 6 centimètres et demi à 7 centimètres entre ces points extrêmes, longueur suffisante pour l'incision à pratiquer. Si on examine la constitution anatomique de la région, on trouve, en procédant de dehors en dedans :

1° La peau, qui offre ici une épaisseur assez considérable;

2° Le tissu cellulaire graisseux sous-cutané d'un aspect serré;

3° Le muscle long dorsal;

4° Supérieurement, la portion inférieure du petit dentelé postérieur et supérieur; dans le reste de l'étendue de la région, le feuillet postérieur de l'aponévrose postérieure du transverse confondu avec l'aponévrose du grand dorsal, s'insérant aux apophyses épineuses des vertèbres lombaires, pour former la gaîne postérieure des muscles longs du dos;

5° Le feuillet moyen de l'aponévrose postérieure du transverse passant derrière le carré lombaire, pour aller former la gaîne postérieure des muscles spinaux postérieurs;

6° Le muscle carré lombaire;

7° Le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, passant au-devant du carré lombaire;

8° Le péritoine, au-dessous duquel rampent deux filets nerveux du plexus lombaire, la grande et la petite branches abdominales.

Voici maintenant le procédé opératoire pour arriver sur l'aorte :

Une incision d'environ 8 centimètres s'étend de la dernière côte gauche à la poche la plus reculée de la crête iliaque du même côté, parallèlement et un peu en dehors du bord externe des muscles spinaux postérieurs. On repousse ces muscles en dedans après avoir incisé le feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse. On incise, toujours parallèlement à la plaie extérieure, le feuillet moyen de l'aponévrose; puis, avec précaution et couche par couche, le muscle carré lombaire; quand on est arrivé sur le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, on le coupe en dédolant, afin de ne pas blesser le péritoine. On décolle cette membrane séreuse au-devant du muscle psoas, et on arrive ainsi au-devant de la colonne vertébrale sur laquelle l'aorte est appliquée. On sépare l'artère de la veine cave inférieure, et au moyen d'une aiguille de Deschamps on passe un fil sous le vaisseau que l'on veut lier. Ce temps de l'opération est le seul qui comporte des difficultés. L'aorte étant située profondément, il est nécessaire de se servir de pinces un peu plus longues que les pinces à dissection ordinaires de nos trousses. La sonde cannelée destinée à opérer l'isolement du vaisseau doit avoir aussi une certaine longueur.

L'opération doit être faite de toute nécessité du côté gauche à cause de la présence de la veine cave inférieure à droite. La distance entre la plaie extérieure et l'aorte est d'ailleurs moins grande du côté gauche que du côté droit, ainsi qu'on pourra en juger par les mesures suivantes :

Du bord externe du psoas droit au bord latéral correspondant de l'aorte, au niveau du point d'origine des artères rénales, il y a 7 centimètres et demi;

Du bord externe du psoas gauche au niveau du bord correspondant de l'aorte, 6 centimètres seulement;

Au niveau de la mésentérique inférieure, du bord externe du psoas droit au bord latéral correspondant de l'aorte, 8 centimètres; du bord externe du psoas gauche au bord latéral correspondant de l'aorte, 7 centimètres.

L'avantage est, comme on le voit, tout entier pour la région costo-iliaque gauche, en quelque point de l'aorte qu'on veuille appliquer la ligature.

On peut pour exécuter l'opération coucher le sujet sur l'abdomen, ce qui sur le vivant offrirait peut-être quelques inconvénients, ou bien sur le côté droit, la partie supérieure du corps un peu renversée en avant.

Il est facile de comprendre les avantages de cette nouvelle méthode opératoire. Le plus grand est assurément l'absence de toute lésion du péritoine, résultat que M. Monteiro obtient également avec son procédé. Mais dans celui que nous venons de faire connaître le décollement de la séreuse est moins étendu; enfin la plaie extérieure siége dans un point du corps habituellement déclive, considération du plus haut intérêt pour prévenir les infiltrations sanguines ou purulentes qui doivent être la conséquence de l'opération, si les malades ont le bonheur de résister aux suites immédiates.

La discussion suivante s'engage sur le rapport de M. Gosselin :

M. Gerdy rappelle qu'il a indiqué dans son *Anatomie des formes* un procédé à peu près identique à celui dont M. Fano a entretenu la Société. En pratiquant une incision suivant le sillon latéral des lombes, on peut décoller le péritoine et aller lier l'aorte sans léser la membrane séreuse. M. Gerdy a aussi conseillé cette incision pour dégager certains calculs rénaux.

M. Demarquay a pratiqué plusieurs fois la ligature de l'aorte sur des animaux, et, quelques précautions qu'il ait prises, il a toujours déchiré le péritoine. Tous les animaux qui ont subi cette opération sont morts.

M. Gosselin répond à M. Gerdy que M. Fano n'a point mentionné le procédé signalé dans l'*Anatomie des formes*, et à M. Demarquay qu'il ne faut point conclure que le péritoine se déchirerait chez l'homme.

M. Giraldès a eu l'occasion de voir des animaux auxquels on avait lié l'aorte, et presque toujours ils ont été frappés de paraplégie.

Après quelques observations de M. Demarquay, qui réclame pour M. Longet la découverte de ce dernier fait, et de M. Verneuil, qui conteste cette priorité, la discussion est close et les conclusions du rapport sont adoptées.

— M. Michon lit, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Desormeaux et lui, le rapport suivant sur une observation de M. Diday intitulée **Fistule urinaire urétrale chez l'homme guérie par un moyen simple de compression. Observation suivie de réflexions.**

Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Larrey, Desormeaux et moi de vous faire un rapport sur la candidature de M. Diday (de Lyon) et sur un travail que ce chirurgien a adressé à la Société l'année dernière. Ce travail m'a été remis à l'époque des vacances et au moment où je partais de Paris. Depuis, le trouble survenu dans ma santé au commencement de l'hiver m'a complétement fait perdre de vue l'obligation que j'avais contractée envers la Société et envers le digne et honorable confrère qui sollicite vos suffrages. Je regarde comme un devoir de donner cette explication, non pour me justifier, car j'accepte de la part de la Société le blâme que j'ai pu encourir pour mon oubli, mais pour établir surtout qu'il n'y a eu aucun mauvais vouloir à l'endroit de M. Diday, que je compte au nombre de mes amis.

Le travail de M. Diday a pour base une observation de fistule urinaire urétrale encore récente, et guérie par un procédé de compression ingénieux et nouveau. Il s'agit d'un malade de quarante-huit ans, qui, pris d'une blennorrhagie (qui cependant n'était pas la première qu'il eût eue), eut des accidents inflammatoires d'une grande intensité qui amenèrent au bout de douze jours un abcès à l'ouverture duquel succéda une fistule urinaire périnéale, sur la formation et le diagnostic de laquelle il ne saurait s'élever aucun doute. C'est quinze jours environ après l'établissement de la fistule que le malade se confia aux soins de M. Diday. Notre confrère, bien convaincu qu'un des meilleurs moyens de guérir les fistules urinaires récentes est de s'opposer au passage de l'urine, songea aux moyens ordinaires, à l'usage de la sonde à demeure. Mais il avait affaire à un malade d'une rare pusillanimité, que la crainte de toute opération jetait dans une perturbation morale profonde, chez lequel aussi il existait une sensibilité exagérée du système nerveux et en particulier de l'urètre. La sonde ne put être introduite qu'avec de grandes difficultés pour le chirurgien, bien que le canal fût libre, et qu'avec d'atroces douleurs pour le malade. Laissée à demeure, bien que le patient y mît toute sa bonne volonté, elle ne put être supportée au delà de 48 heures; elle détermina de violentes douleurs, de la fièvre avec des paroxysmes vers le soir. La sonde dut être retirée. Les accidents inflammatoires furent combattus; mais le malade se désespérait et pressait d'agir. Dans l'impossibilité de recourir de nouveau à la sonde, M. Diday songea à la compression; disons plutôt à l'obturation momentanée du trajet fistuleux, obturation faite chaque fois que le malade urinait. Ce fut à l'aide d'une vessie insufflée appliquée fortement par la main du chirurgien au périnée, sur le trajet fistuleux, que cette compression fut faite; et pendant quinze jours et quinze nuits la femme du malade répéta la même manœuvre chaque fois que le malade manifesta le besoin d'uriner, prolongeant cette compression quelques minutes encore après que l'acte de la miction était accompli. Le quinzième jour la guérison était accomplie, et elle se maintenait plusieurs mois après que M. Diday revit le malade. L'urètre avait repris toutes ses fonctions urinaires et génitales.

Tel est le résumé très succinct de cette observation recueillie avec tout le soin et toute la sagacité dont est capable un homme expérimenté comme l'est M. Diday. Cette observation, à laquelle votre rapporteur n'a rien trouvé à ajouter ni à retrancher, constitue un de ces faits rares que la science doit enregistrer et conserver avec soin.

M. Diday l'a accompagnée de remarques, de réflexions qui font d'une seule observation un véritable mémoire.

M. Diday est personnellement connu de nous tous. Ancien interne des hôpitaux de Paris, concurrent brillant au concours de l'agrégation, M. Diday a été chirurgien en chef d'un des hôpitaux de Lyon; il occupe dans cette grande ville et dans l'estime des chirurgiens un rang éminent. Il est auteur de travaux nombreux et importants.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° L'admission de M. Diday comme membre correspondant;

2° Le renvoi de son travail au comité de publication.

(Nous publierons dans un prochain numéro le travail de M. Diday.)

— Après l'adoption des conclusions du rapport de M. Michon, M. Diday est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Ecrasement de l'apophyse mastoïde et fracture de la base du crâne par le choc de deux projectiles, dans un cas de suicide par arme à feu. — M. Larrey présente à la Société le crâne d'un militaire récemment suicidé par un coup de feu, avec une lésion assez curieuse.

Le canon du fusil, pourvu de son bouchon (cylindre de bois surmonté d'une virole en fer), avait été appliqué sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne, mais il s'était dévié de gauche à droite au moment de l'explosion. Le projectile, chassé par la balle, effleura d'abord la surface externe de la branche horizontale de la mâchoire sans la fracture, mais il broya les vaisseaux carotidiens et les muscles environnants à tel point que leur texture anatomique en fut méconnaissable à l'autopsie. Il refoula ensuite en dehors la glande parotide, ainsi que le pavillon de l'oreille, et s'arrêta là dans une position verticale parallèle à la branche ascendante de la mâchoire. Son bout supérieur, garni du couvercle métallique, faisait saillie sous les téguments, et son bout inférieur, en bois, se trouvait aussi recouvert en grande partie par la peau et immédiatement par la parotide.

La balle, qui avait chassé le bouchon devant elle en écartant son extrémité inférieure garnie d'un clou, avait subi par cette résistance une légère déviation en dehors; elle avait frappé avec violence l'apophyse mastoïde, et s'était déformée en broyant tout à fait cette éminence osseuse, ainsi que l'attache supérieure du muscle sterno-mastoïdien; elle avait fracturé le temporal verticalement, et le rocher dans une direction oblique d'arrière en avant, sans perforer le crâne, et elle s'était arrêtée sous la peau en dehors de la bosse occipitale du même côté.

La pièce anatomique, préparée avec soin par M. Clément, stagiaire de l'Ecole du Val-de-Grâce, démontre très bien la disposition fixe des deux projectiles.

Ajoutons à cela qu'il n'y eut ni hémorrhagie externe appréciable, ni épanchement intra-crânien, peut-être à cause du broiement des vaisseaux, dont le sang amassé en caillot dans le foyer de la plaie ne formait, avec les parties molles réduites en bouillie, qu'un magma inextricable.

Est-ce à cette circonstance que le malheureux soldat dut de survivre environ quatre heures à ce suicide? Sa mort eût été probablement instantanée si la balle, ne s'étant point heurtée contre un autre corps étranger, eût perforé la base et la voûte du crâne, comme il s'en trouve des exemples dans le musée du Val-de-Grâce.

COMITÉ SECRET.

La Société adopte les deux questions suivantes comme sujets des prix à décerner dans les années 1855 et 1856 :

Prix de 1855. — « Déterminer les meilleurs modes de traitement » applicables aux abcès par congestion symptomatiques d'une lésion » de la colonne vertébrale. »

Prix de 1856. — « Faire connaître les résultats ultérieurs des ampu» tations des membres abdominaux au point de vue l'anatomie, de la » physiologie pathologique et de la prothèse. »

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

La connaissance des sujets de thèses traités par nos jeunes confrères pour leur réception au grade de docteur a plus d'un genre d'intérêt pour nous comme pour une partie de nos lecteurs; nous prions donc les récipiendaires de vouloir bien remettre à notre bureau un exemplaire de leurs thèses inaugurales. Elles seront toujours mentionnées dans un des numéros qui suivront cette remise.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté par MM. :

Cestan (N.-J.-M.), né à Gaillac (Tarn); *Des hématocèles rétro-utérines.*

Chavane (P.-N.-E.), né à Mirecourt (Vosges); *Essai sur l'hydropisie des villosités choriales.*

Damourette (F.-B.-E.), né à Challerange (Ardennes); *Du lait et de l'influence de ses altérations sur les maladies des enfants.*

Lecorney (M.-E.), né à Alençon (Orne); *Des parotides symptomatiques.*

Tariel (P.-J.), né à Condé-sur-Noireau (Calvados); *Des déchirures du périnée dans l'accouchement.*

Bauchet (L.), né à Violaines (Pas-de-Calais); *Des tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur.*

Missol (N.-L.), né à Villefranche (Rhône); *De la compression considérée comme cause d'accidents et comme moyen thérapeutique.*

Le Bos (J.-M.-T.), né à Saint-Pol-de-Léon (Finistère); *De la nature et du traitement des fièvres intermittentes.*

Sureneaud (P.), né à Dorat (Haute-Vienne); *Aperçu sur l'hérédité.*

Martin (G.), né à Saint-Martin-des-Bois (Gironde); *Des indications de la bronchotomie.*

Turel (F.-E.), né à Bourg (Ain); *De l'alimentation des enfants à la mamelle.*

Datin (G.-V.-A.), né à Saint-Hilaire-de-Harcourt (Manche); *De l'exophthalmie séreuse.*

Savopoulo (A.), né à Bucharest (Valachie); *De l'étranglement interne et des divers modes de son traitement.*

Courtois (L.-M.-T.), né à Mantes (Seine-et-Oise); *De l'hydropisie en général, de son origine, du traitement qui lui convient.*

Launay (A.-A.), né à Angers (Maine-et-Loire); *Le scorbut.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* publie un décret qui autorise les médecins dont les noms suivent à porter les différentes décorations d'ordres qui leur ont été conférés par des souverains étrangers :

Etats romains. — Ordre de Pie, 2e classe : M. Gramaccini (N.-E.-J.), médecin major.

Pays-Bas. — Ordre de la Couronne du Chêne : M. Le Roy (J.-J.-J.), médecin (commandeur).

— Un concours public sera ouvert le 2 novembre 1854 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris pour deux places d'agrégé vacantes dans la section de pharmacie et histoire naturelle de ladite Ecole. Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront immédiatement en exercice. Les pharmaciens reçus par l'une des trois Ecoles supérieures de pharmacie de l'Empire qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer avant le 2 octobre 1854 au secrétariat de l'Ecole de pharmacie de Paris les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

— On va prochainement commencer les travaux d'agrandissement de l'hôpital Saint-Antoine et construire sur les terrains qui s'étendent entre cet hôpital, la caserne de Reuilly et le boulevard Mazas un nouvel hôpital d'enfants qui sera d'un grand secours pour ce quartier populeux. Quand cet hôpital sera terminé, l'hôpital Sainte-Eugénie cessera d'être un hôpital d'enfants.

— L'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin a tenu sa séance annuelle le 7 juillet dernier, sous la présidence de M. le professeur Ehrmann. M. le docteur Schaff, secrétaire, après avoir rendu compte des faits relatifs à l'Association qui se sont passés dans l'année, a présenté le tableau suivant de la situation de la caisse au 1er juillet 1854 :

Solde en caisse au 1er juillet 1853. . .	492 fr.	30 c.
Montant de 58 cotisations annuelles. .	290	»
Intérêt du capital placé.	206	96
	989 fr.	26 c.

Les dépenses se sont élevées à la somme de 663 fr. 66 c.

On voit que les recettes sont encore bien faibles et ne permettent pas de faire tout le bien désirable. Cependant, en persévérant dans la voie qu'elle s'est tracée, et que nous voudrions voir suivie dans tous les départements, l'Assocation du Bas-Rhin ne peut manquer de voir ses ressources s'accroître chaque année. Elle possède actuellement :

1° Un capital placé en rentes sur l'Etat de	2,067 fr.	70 c.
2° En dépôt à la caisse d'épargne. . . .	2,927	»
3° Enfin un solde de caisse de.	262	60
Ce qui forme un total général de. .	5,257 fr.	30 c.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Histoire de Paris, par M. A.-J. Meindre. L'ouvrage complet formera cinq volumes. Le second est en vente à la librairie Gagne et Grigné, rue Dauphine, 30.

Cette histoire est écrite à un point de vue tout à fait nouveau, celui de l'influence exercée par Paris sur la civilisation et les maux de la France, à toutes les époques de notre histoire. Elle ne laisse dans l'obscurité aucun des événements qui se sont accomplis dans la capitale, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Son exécution typographique ne laisse rien à désirer, et les gravures dont elle est ornée sont des plus remarquables.

Nouvelle théorie physique, ou Etudes analytiques et synthétiques sur la physique et sur les actions chimiques fondamentales; par M. F.-A. Durand (de Lunel), docteur en médecine, médecin major de 1re classe. — In-8°. Prix : 3 fr. Chez J.-B. Baillière.

De l'hypertrophie de la prostate, et de son influence sur la production de quelques états morbides de la vessie chez le vieillard; par le docteur P. Gellie. In-8°. Chez Rignoux, rue Monsieur Leprince, 31, à Paris.

Notice sur les Eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie, par le docteur J.-F. Payen, avec carte et vue. — A Paris, chez Jannet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28, et Dentu, Palais-Royal. Prix : 1 fr.

Le Sourd

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

N° 92. — JEUDI 3 AOUT 1854. (27e ANNÉE.) N° 92. — JEUDI 3 AOUT 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Du traitement de l'orchite par les applications de collodion. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Bazin). Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face. — Observation d'un cas d'emphysème terminé par la guérison. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 1er août.

PARIS, LE 2 AOUT 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur les déviations utérines est enfin terminée; M. Depaul a même achevé la lecture de son résumé. Il s'est attaché, un peu surabondamment peut-être, mais avec un remarquable talent d'argumentation et un accent d'inébranlable conviction, à maintenir dans son intégrité le jugement rigoureux qu'il avait porté dans son rapport sur la nouvelle méthode, et à réfuter de point en point les objections qui lui ont été adressées. Après ce résumé, dont nous regrettons, faute de place, de ne pouvoir donner qu'une analyse, l'Académie a passé à la discussion des nouvelles conclusions, qui avaient bien été, cette fois, délibérées et arrêtées par la commission. Sur quatre conclusions, trois seulement avaient réuni l'unanimité, M. Depaul s'étant complétement séparé, sur l'une d'elles, de ses deux collègues. Le résultat de la discussion lui a donné à peu près complétement gain de cause.

MM. Huguier et Robert avaient introduit une conclusion qui n'était à coup sûr pas très compromettante pour l'Académie et qui devait avoir pour effet de mitiger la sévérité un peu excessive du rapport, tout en faisant la part des réserves qui semblaient être dans le sentiment général. Cette conclusion a été impitoyablement repoussée. Nous ne saurions trop dire au juste si ce rejet n'a pas tenu un peu à un malentendu. Quoi qu'il en soit, le rapport et ses conclusions restent avec toute leur sévérité première à l'égard de la méthode du redressement utérin. Si par ce vote on a voulu reconnaître tout ce que M. le rapporteur a déployé de zèle et de talent dans l'accomplissement de sa mission, rien de plus juste assurément. Mais ce vote répond-il en réalité aux faits que la discussion a mis en lumière et au sentiment général qui, comme nous le disions tout à l'heure, semblait être résulté de cette discussion ? C'est ce dont nous chercherons à nous rendre compte dans le résumé que nous nous proposons de faire dans un prochain numéro.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Du traitement de l'orchite par les applications de collodion.

Personne n'ignore les discussions et les opinions contradictoires qui se sont récemment élevées et dans la presse et au sein des académies relativement au traitement de l'orchite à l'aide des applications de collodion. Tantôt on a accusé ce moyen thérapeutique d'occasionner une vive douleur et d'être plutôt nuisible qu'utile, tantôt on a vu là un remède d'une action puissante et un véritable spécifique. Bien plus, non content de constater les résultats cliniques, on a cherché à déterminer le mode d'action de ce moyen si vanté : pour les uns, le collodion agit en comprimant et en soutenant le testicule ; pour les autres, tout s'explique par la présence sur la peau du scrotum d'un enduit imperméable, action occulte et quasi mystérieuse qu'il est bien difficile de prendre au sérieux.

Mais avant de s'évertuer à trouver des explications théoriques, il eût été élémentaire de bien préciser à l'aide des résultats cliniques si le collodion appliqué sur le scrotum dans les cas d'orchite blennorrhagique avait bien réellement une action résolutive; en un mot, si l'orchite guérissait avec le collodion, malgré le collodion ou grâce au collodion.

Sans doute des recherches de ce genre sont facilement entachées d'erreur, car on ne saurait tirer de conclusions rigoureuses sans avoir pour point de départ et de comparaison la marche de la maladie traitée par la méthode expectante, et la marche de cette maladie soumise à divers agents thérapeutiques. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'orchite blennorrhagique est une maladie complexe dans laquelle il faut considérer l'état de l'épididyme, l'état du cordon, l'épanchement séreux dans la tunique vaginale, toutes conditions que l'on doit prendre en considération sérieuse, car elles influent sur la marche de la maladie et sur la rapidité de la résolution.

Mais lorsqu'on tient compte de toutes ces considérations, on peut arriver à l'aide de la statistique, comprenant un nombre de cas suffisant, à des résultats vraiment positifs et capables de faire disparaître tous les doutes. Tels sont ceux qui nous paraissent résulter de l'ensemble des cas observés cette année dans le service de M. Velpeau.

Ces cas sont au nombre de 35. Dans tous, sauf dans 3, l'orchite était de cause blennorrhagique. Nous n'avons pas tenu compte des cas d'orchite parotidienne ou métastatique; car alors la marche de la maladie et sa nature sont tout à fait différentes et forment une classe à part.

Sur ce nombre de 35, 17 fois le testicule droit a été pris; 14 fois l'inflammation a envahi le testicule gauche; dans 4 cas le côté n'a pas été indiqué. Nous ne voyons donc pas ici cette prédominance pour le côté gauche que M. Ricord a notée et expliquée.

Dans 21 cas, la maladie s'accompagnait d'engorgement du cordon et d'épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. Les malades ont été traités à l'aide de mouchetures faites avec la lancette, ainsi que M. Velpeau le pratique d'ordinaire, autant pour détendre les tissus que pour évacuer la sérosité. Ce moyen a été aidé du repos au lit, de l'application de compresses imbibées d'eau blanche. Dans un seul cas, l'inflammation a été assez vive pour forcer de recourir aux émissions sanguines locales. Or, dans tous ces faits, la moyenne de la durée de la maladie, en tenant un compte exact, d'un côté, du jour de l'invasion, de l'autre, du moment où la douleur avait complétement disparu et où l'épididyme avait repris à peu près son volume normal, a été *de dix-huit jours.*

Dans six cas où l'épanchement vaginal était à peu près nul, quoique l'épididyme eût acquis un volume notable, on s'est contenté du repos au lit, d'eau blanche, en un mot, d'un traitement à peu près purement expectant. Or, dans cette catégorie, la moyenne de la durée de la maladie a été de dix-sept jours.

Enfin, huit cas ont été traités à l'aide du collodion; la plupart se présentaient avec la physionomie ordinaire de la maladie : épididyme assez volumineux, épanchement parfois assez considérable pour qu'à la rigueur les mouchetures eussent été utiles. On s'est servi à peu près constamment de collodion élastique, qui a l'avantage de rester plus souple et de ne pas tomber en écailles; l'application était faite à l'aide d'un pinceau de blaireau, ainsi que le veut M. Bonnafont. Dans un seul cas, les douleurs ont été très vives; mais avant l'application du collodion on avait isolé le testicule à l'aide d'une bandelette de sparadrap placée circulairement à l'origine du cordon, en sorte que la glande avait été douloureusement comprimée entre la couche de collodion et l'anneau de sparadrap.

Dans tous les autres cas où l'on appliqua simplement le collodion, les malades accusèrent tout au plus une cuisson légère qui disparaissait quelques instants après, et toujours la médication fut bien supportée. Or la durée du traitement a varié entre treize et vingt jours, et la moyenne exacte a été de *dix-huit jours*, précisément la même que pour les cas qui ont été traités à l'aide des mouchetures, du repos et des cataplasmes. (Ces derniers étaient généralement plus graves.) Disons en outre que chez un malade dont le cordon, très dur et très douloureux, avait acquis le volume du pouce, le collodion, appliqué pendant quinze jours, n'amena pas de résolution, et on fut obligé de recourir aux émissions sanguines et aux frictions mercurielles.

Quant aux malades traités simplement à l'aide du repos, la moyenne, nous l'avons vu, a été de dix-sept jours; mais les cas étaient généralement moins aigus, et d'ailleurs la différence est bien légère.

De tout ceci l'on peut donc conclure avec quelque apparence de raison :

Que dans les cas les plus simples, le repos, l'eau blanche et les cataplasmes; dans les cas un peu plus aigus, les mouchetures suffiront toujours pour le traitement de l'orchite blennorrhagique;

Que le collodion est un moyen de traitement des plus inoffensifs; il n'occasionne pas les vives douleurs et les accidents dont on a parlé, mais il n'a pas non plus d'influence bien appréciable sur la résolution de l'orchite blennorrhagique.

L.-V. MARCÉ, A. ROMBEAU,
internes du service.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face (1).

OBS. IX. — *Teigne mentagrophytique de la lèvre supérieure et du menton.*

Fourno (Joseph), carrier, âgé de trente-cinq ans, demeurant à Mons (département de l'Aisne), entre à l'hôpital Saint-Louis (pavillon Saint-Mathieu) le 8 février 1854.

Le père et la mère de ce malade se portent bien et ne paraissent avoir jamais eu d'affections cutanées. Il a un frère et une sœur qui n'ont point de maladies de peau. Quant à lui, il n'a jamais présenté aucun signe de scrofule; il est d'une constitution assez robuste, et n'a jamais eu d'autre maladie qu'une affection de l'estomac qui dura cinq ans et fut traitée pour une gastrite. Il en paraît bien guéri depuis deux ans; ses digestions, difficiles à cette époque, sont aujourd'hui promptes et sans souffrances.

Il vit dans d'assez bonnes conditions hygiéniques et ne fait point abus de boissons.

Il y a un an qu'a débuté le mal pour lequel il entre à l'hôpital.

Il aurait eu d'abord sous la mâchoire une petite pustule qui aurait duré environ trois ou quatre jours, et aurait laissé à sa place un petit point rouge sans démangeaison.

En même temps à la lèvre supérieure, près l'ouverture nasale du côté droit, apparut une petite pustule grosse comme une tête d'épingle, elle devint purulente dans l'espace d'une nuit, était accompagnée de tension de la lèvre, mais ne causait aucune démangeaison.

Cette pustule, enlevée par le rasoir de son barbier, fut remplacée par une croûte grisâtre, qu'il fit tomber par des applications de pommade.

La première pustule fut bientôt suivie de l'éruption de nouvelles pustules multiples, tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche de la lèvre. Chaque éruption était précédée et accompagnée d'un sentiment de tension considérable et de quelques démangeaisons dans les narines.

Les pustules se couvraient de croûtes brunâtres au bout de deux ou trois jours; ces croûtes tombaient et laissaient à leur place une dartre rouge, violacée, légèrement excoriée, d'où suintait un liquide jaunâtre qui reproduisait la croûte.

Peu à peu les éruptions se multiplièrent, et les pustules couvrirent toute la lèvre. Depuis huit mois la lèvre est dans le même état.

La barbe blonde est courte; le malade la coupe avec des ciseaux. Depuis deux ou trois mois les poils, roides, peu adhérents, traversent des croûtes jaune brunâtre, isolées, arrondies dans quelques points, se confondant par leur base avec des croûtes voisines. Dans d'autres points, les bords adhérents des croûtes sont déprimés.

La partie médiane de la lèvre est couverte d'une croûte épaisse, fendillée, brunâtre, en quelques points teinte de sang, large de 1 centimètre, résultant de la réunion de plusieurs croûtes.

Ces croûtes, très adhérentes par leur base, recouvrent toute la lèvre. Entre elles, la peau est rouge, tendue, couverte en quelques points de squames épidermiques. La rougeur dépasse les croûtes de tous côtés.

La lèvre est sensiblement épaissie, mais non indurée. Elle est le siége d'une tension considérable, mais le malade n'y éprouve aucune démangeaison. On observe sur le bord libre quelques pustules isolées, à sommet déprimé, purulent, traversé par un poil.

Sous le menton, on remarque quelques plaies couvertes de squames épidermiques. — Tisane de douce-amère; cataplasmes de fécule de pommes de terre pour détacher les croûtes.

Le 10 février, l'épilation de la lèvre est complète. La partie est rouge, tendue, surtout à gauche du sillon médian.

Le 11, desquamation furfuracée de toute la barbe; poussière fine, grenue, grise, répandue sur toute la peau occupée par la barbe. Les poils sont altérés; ils sont ternes, d'une couleur sale, ont perdu leur brillant naturel. Plusieurs sont engaînés comme dans les mentagres dermophytiques; sur un très grand nombre de poils arrachés, on ne voit pas le renflement pigmentaire de l'extrémité du bulbe. — Epilation: lotions de sublimé; tisane de douce-amère; 30 grammes de sirop d'iodure de fer.

Le 15 mars, quelques pustules ont apparu après l'épilation, mais sont aujourd'hui guéries. La lèvre est encore tendue, mais moins rouge.

Toute la barbe a été épilée; seulement nous remarquons l'état terne des cheveux, qui sont comme couverts d'une poussière ténue, granuleuse. Ils sont, du reste, d'un blond terreux naturellement, et le malade dit qu'ils doivent cette teinte à ses travaux. Il est carrier, et ses cheveux et sa barbe sont souvent souillés de poussière de pierres. — Même traitement.

Le 16, squames nombreuses sur la lèvre, dont la coloration violacée disparaît peu à peu, ainsi que l'induration.

Le 17, le malade sort de l'hôpital. Léger enchifrènement du nez. La barbe, sur la lèvre supérieure, sur le menton et les joues, est longue d'environ 3 millimètres. Les poils sont blonds et parfaitement sains. Il n'y a pas de traces de pustules sur la lèvre, ni même de desquamation. La peau est souple, de couleur normale. On y voit une cicatrice blanchâtre; c'est la trace d'anciennes pustules ouvertes par le malade.

Dans ces deux observations, tous les poils arrachés étaient couverts de microsporon. Ce végétal enveloppait particulièrement l'origine du poil, la souche et le bouton; il pénétrait rarement dans l'intérieur du poil à la manière du tricophyton. Nous l'avons vu aussi quelquefois remonter jusque sur la partie aérienne de la tige.

A la petitesse et à la disposition des spores, au degré d'adhérence du végétal au poil et à son siége, il n'était pas permis de le confondre, soit avec le tricophyton, soit avec les autres espèces de microsporons.

Voici un autre cas de teigne mentagrophytique où l'on ne ... qu'il

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 juin; 20 et 27 juillet.

trouve le microsporon que sur certains poils. Sur quelques-uns il en existe à peine des débris. Sur la plupart des poils il n'y a plus de bouton; tous les éléments normaux paraissent confondus. Le poil semble privé de vie. C'est un corps étranger qui, comme une épine, entretient l'irritation dans la peau; c'est un véritable *séquestre* dont il faudra que la nature débarrasse le follicule si l'art, par l'épilation, ne vient point au secours du malade.

Obs. X.—*Teigne mentagraphytique de la face; mentagre pustuleuse invétérée guérie par une seule épilation.*

Barbier (Etienne), journalier, âgé de soixante ans, né à Lys (Seine-et-Marne), entre à l'hôpital Saint-Louis le 21 avril 1854.

Il est d'une organisation assez forte, d'un embonpoint médiocre, n'a jamais eu d'affection de peau, si ce n'est une variole, dont il porte les traces; n'a jamais eu de maladie syphilitique, mais fait de fréquents abus de liqueurs alcooliques. Il habite la campagne.

Barbier entre à l'hôpital pour une affection pustuleuse de la face datant de douze années environ. Au début, la lèvre supérieure seule était affectée. Traité successivement par tous les médecins de son pays, puis par M. Chomel, il n'a jamais été bien guéri. Son traitement consista surtout en antiphlogistiques. La lèvre est restée lisse, violacée, un peu épaissie et pourvue à peine de quelques poils dans la partie médiane. Si l'on en croit Barbier, tous ces traitements lui auraient coûté plus de 300 francs.

Aujourd'hui, sous le menton existe une éruption pustuleuse confluente avec rougeur de la peau, épaississement et induration tuberculeuse du tissu cellulaire sous-cutané.

L'éruption occupe également la partie latérale du menton et les joues dans toutes les portions garnies de barbe. Ces parties sont à peine le siége de quelques démangeaisons, mais le malade y ressent de violentes cuissons.

Les pustules ne paraissent être entrées en suppuration que partiellement; le sommet est occupé par une croûte jaune brunâtre très adhérente traversée par un poil, tandis que la base présente une induration saillante se continuant avec l'induration du tissu cellulaire sous-cutané.

Les poils qui traversent les pustules tiennent peu; ils sont longs de 3 à 4 millimètres, et s'arrachent facilement avec les doigts.

Dans plusieurs points on remarque une absence complète de poils et un aspect cicatriciel. Les cicatrices paraissent devoir être rapportées à la variole.

Dans les parties non occupées par l'éruption pustuleuse, le devant du menton, par exemple, la peau est le siége d'une desquamation légèrement croûteuse; elle est violacée, épaissie. — Epilation, lotions de sublimé.

Quelques pustules apparaissent après l'épilation. Ouvertes avec une épingle, ces pustules disparaissent du jour au lendemain.

Aujourd'hui, 7 mai, les poils sont longs de 1 millimètre. Il n'existe ni pustules, ni desquamation. Quelques tubercules isolés existent encore, mais la peau a repris en grande partie sa coloration normale.

Je pourrais faire suivre l'observation de Barbier d'un grand nombre de cas analogues recueillis, soit au pavillon Saint-Mathieu, par MM. Pellagat et L'Honneur, mes internes, ou au dispensaire par M. Deffil. Cette variété de mentagre dermophytique n'est pas rare. Les faits comme ceux de Fourno et de Goumers sont beaucoup moins communs; aussi avons-nous soigneusement conservé des poils extraits des parties malades chez ces deux derniers pour pouvoir comparer entre elles les diverses variétés du microsporon.

De même que le tricophyton tonsurant dans la première période de la maladie ne s'accompagne que d'herpès et d'une desquamation furfuracée, de même aussi le microsporon, à cette première période, n'est accompagné que d'une couleur terne des poils, d'un aspect sale, terreux ou légèrement squameux des parties malades.

L'éruption pustulo-mentagreuse n'arrive qu'à la seconde période. Elle est propre à la teigne tonsurante aussi bien qu'à la teigne mentagrophytique.

J'ai dit que dans quelques cas il était facile de dire, sans le secours du microscope, si l'éruption mentagreuse était produite par le tricophyton ou par le microsporon. Voici à quels caractères :

Les furoncles et les indurations tuberculeuses non isolées, groupées, réunies sur des surfaces plus ou moins étendues, ont en général pour origine le tricophyton tonsurant.

L'agglomération des pustules ou des indurations furonculaires par groupes ou par petites masses n'est pas le seul caractère. La forme arrondie, circulaire des surfaces indurées constitue un autre signe plus important encore qui rappelle l'herpès qui a préexisté, et dont il ne reste plus de trace.

Enfin il peut arriver qu'au pourtour de plaques arrondies, de pustules ou de furoncles, on aperçoive une desquamation furfuracée qui indiquera encore et la nature dermophytique de la mentagre, et le genre du végétal qui attaque la racine des poils (tricophyton tonsurant).

(*La fin à un prochain numéro.*)

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPHYSÈME
terminé par la guérison,

communiquée à la Société académique de la Loire-Inférieure par M. le docteur A. Legrand, membre correspondant.

J'ai pensé que les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* liraient avec quelque intérêt cette observation, dont il a été déjà parlé dans une communication faite à la Société de médecine pratique (séance du 1er juillet 1852) par mon confrère et ami M. le docteur Duhamel (1), et dont j'ai retardé la publication par des considérations de convenances académiques.

Dans le fait communiqué à la Société de médecine pratique, la

(1) *Gazette des Hôpitaux* du 28 août 1852.

maladie s'est terminée par la mort, et je prouverai sans peine qu'on ne peut guère espérer une plus favorable issue dans le plus grand nombre des cas de ce genre. Cependant celui que je publie aujourd'hui n'est point unique, et il y aura par conséquent lieu de rechercher les causes d'une différence si capitale dans les conséquences ultimes de lésions qui, à première vue, paraissent identiques ou du moins très analogues.

Voici d'abord le fait que j'ai recueilli dans ma pratique.

Obs. — Le 23 mai 1852, je fus appelé par la femme Gourney, demeurant rue de Verneuil, pour donner mes soins à son enfant. Cette petite fille, âgée de cinq ans environ, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, avait la rougeole, dont elle avait offert les prodromes dès le 21. Le lendemain de ma première visite, il se déclarait une pneumonie double, mais plus étendue et mieux tranchée à droite qu'à gauche : diminution de la sonoréité, surtout en arrière et à la base; absence complète d'expansion vésiculaire dans les deux tiers inférieurs du poumon droit et dans la moitié inférieure du poumon gauche; souffle bronchique très évident des deux côtés; oppression effrayante, 45 à 48 inspirations et 170 pulsations par minute; toux incessante, légère hémoptysie.

Malgré l'intensité et l'étendue de la phlegmasie interne, l'éruption avait continué de se faire régulièrement, et il eût été difficile de voir une rougeole mieux caractérisée et plus complète. Ne croyant pas devoir, à cause de cette circonstance, tirer du sang, j'administrai l'émétique à la dose de 5 centigrammes, puis de 10 centigr. dans une potion (eau distillée simple; de tilleul; sirop de pavots blancs, de chaque, 25 gram.), à prendre jour et nuit, de deux en deux heures, par fortes cuillerées à café. Après quelques vomissements et quelques garde-robes, la tolérance s'établit, et cette médication, favorisée par l'application de deux vésicatoires sous les omoplates, fut suivie les 24, 25, 26, 27, 28 et 29. A cette époque, l'amélioration obtenue fut constatée par M. le docteur Blache, que je m'empressai d'appeler en consultation, sur le désir que m'en manifesta la mère.

Un léger refroidissement, éprouvé dans le moment du pansement des vésicatoires, réveilla la phlegmasie, qu'il ne fut plus permis de combattre par l'émétique, à cause de quelques symptômes d'irritation gastro-intestinale. Après deux jours d'une médication tout émolliente et tout adoucissante (à l'exception de deux nouveaux vésicatoires), j'administrai le kermès minéral, qui, en procurant à deux reprises (les 3 et 4 juin) d'abondantes évacuations par en haut, dégagea un peu les poumons, et le 5 je pus constater de nouveau un léger amendement dans l'état de cette enfant.

Le 6, l'oppression, qui avait diminué, était revenue presque aussi grande qu'au début de la maladie, et la mère me signala un gonflement marqué de toute la partie antérieure et supérieure de la poitrine, sans aucun changement de couleur à la peau. En y exerçant une légère pression j'excitai de la douleur, et je sentis sous mes doigts cette *crépitation fine* qu'on sent et qu'on entend quand on comprime un morceau de tissu pulmonaire sain. Toute cette portion tuméfiée était donc distendue par un gaz, *et était le siége d'un emphysème!*

Quelle était la nature du gaz épanché? d'où provenait-il? Telles furent les deux questions que je m'adressai. S'était-il échappé de quelques vésicules pulmonaires rompues dans les efforts de la toux ou des derniers vomissements (1)? Mais alors il se serait d'abord épanché dans la cavité des plèvres, d'où il se serait échappé par quelque fissure, pour aller se répandre dans le tissu cellulaire des parties profondes et supérieures du cou, il eût alors déterminé l'affaissement du poumon correspondant, des symptômes plus marqués d'oppression, la suffocation, très prochainement et rapidement la mort. Des phénomènes tout semblables se fussent encore produits, si l'ouverture qui donnait issue à l'air se fût faite dans une des ramifications bronchiques. Ce qui était donc le plus probable, c'est que ce furent les parois de la trachée-artère ou du larynx qui cédèrent dans leurs points les plus faibles, et permirent l'épanchement d'air signalé. Il se produisit là quelque chose d'analogue au *goître emphysémateux* décrit par les pathologistes (2).

Je portai de prime abord un pronostic fâcheux, avec d'autant plus de raison qu'un de mes confrères (3) venait de perdre un de ses malades par suite d'un accident semblable survenu dans la convalescence d'une fièvre typhoïde (4).

Tout en sentant mon impuissance devant une semblable manifestation pathologique, je compris que je n'avais plus rien autre chose à faire que de m'efforcer de calmer la toux, dont les efforts ne pouvaient qu'agrandir la solution de continuité existante, quel que fût son siége, et je n'administrai plus d'autre médicament que le sirop de pavots blancs, en même temps que je tins la base de la poitrine constamment couverte de cataplasmes émollients et un peu chauds, et que je fis faire sur la tumeur emphysémateuse (je rappellerai qu'elle était douloureuse au toucher) des onctions douces avec le baume tranquille camphré.

La tumeur primitive, qui avait d'abord envahi toute la région antérieure et supérieure de la poitrine, s'étendit sur tout le côté droit du corps, de sorte qu'on sentait de la crépitation sur presque toute l'étendue antérieure de la poitrine, sur l'abdomen jusqu'au voisinage de la hanche. Bientôt même on reconnut sa présence sur le côté gauche du cou, sous la peau de la joue gauche, sous la paupière, sous la peau du front, au-dessus du sourcil du même côté et à la racine du nez.

Cependant la toux et l'oppression allaient chaque jour en diminuant, le sommeil était revenu, l'appétit se prononçait; l'épanchement d'air

(1) Cependant il n'est pas très rare de voir *dans les toux convulsives, dans certains accès d'asthme et même durant de très violents efforts musculaires* quelques cellules bronchiques se rompre, le poumon devenir emphysémateux et même la *tuméfaction aérienne se manifester aux environs des clavicules, s'étendre au cou, ainsi qu'au sommet de la poitrine.* (Bégin, *Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiq.*, 1re édit., t. VII, p. 115, article Emphysème.)

(2) Dans la plupart des cas du genre de ceux qui nous occupent, le tissn pulmonaire et les bronches résistent, *mais les parois de la trachée-artère cèdent dans leurs points les plus faibles, se laissent érailler, et l'emphysème se produit à la région cervicale!* (Bégin, *loc, cit.*)

(3) Communication de M. le docteur Duhamel, *Gazette des Hôpitaux*, 28 août 1852.

(4) Dans ce second cas probablement l'air épanché provenait de quelques vésicules pulmonaires rompues et s'était répandu d'abord dans la cavité pleurale avant de se faire jour dans le tissu cellulaire sous-cutané.

cessait d'augmenter d'étendue, et enfin l'enfant entrait en convalescence vers le 15 juin. Je cessai de la voir le 5 juillet, et à cette époque il y avait déjà quelques jours que toute trace d'emphysème était disparue.

J'ai depuis souvent revu cette enfant, et elle a toujours continué de jouir de la plus excellente santé, ne toussant jamais et n'éprouvant pas la moindre oppression même quand elle court (15 mai 1854).

J'ai dit, en commençant, que ce fait de guérison dans un cas d'emphysème n'était point unique dans la science. Ainsi, M. le docteur Mavel, médecin à Ambert (Puy-de-Dôme), communiquait la même année une observation qui offre avec la mienne la plus grande analogie (*Gaz. des Hôp.*, année 1852, n° 133). Depuis, M. Natalis Guillot, médecin de l'hôpital Necker, dans un mémoire (1) inséré dans les *Archiv. gén. de méd.* (1853, vol. II, p. 151), faisait connaître un second exemple de guérison (obs. XVI) dans des conditions à peu près identiques; je dis à peu près, car l'enfant observé dans le service de M. N. Guillot, n'ayant que huit mois, était dans des conditions plus défavorables. Depuis, M. le docteur Ch. Ozanam, bibliothécaire de l'Académie de médecine, dans un mémoire sur le même sujet (2) inséré dans le même recueil (n° de janvier 1854), a publié une observation qui était un troisième exemple de guérison et qui offre avec le fait que je publie la plus grande ressemblance. Seulement M. Ozanam, qui avait appelé en consultation M. Henri Roger (3), a évacué l'air épanché dans le tissu cellulaire (en bien plus grande quantité du reste que dans mon observation) à l'aide de ponctions pratiquées avec un trocart très fin, tandis que je m'en suis rapporté pour sa disparition aux efforts de la nature.

Voici donc, avec le fait que je publie aujourd'hui, quatre cas d'emphysème sous-cutané dépendant d'une lésion de l'organe de la respiration *terminés par la guérison;* mais à côté de ce chiffre si minime de cas heureux, M. Ozanam a opposé à celui qu'il cite, et dont j'ai fait mention, on peut dire vingt-huit faits ayant eu une issue fatale, quoique dans trois de ces vingt-huit cas la mort, *imminente* cependant, n'ait point été constatée.

C'est bien le lieu de se demander pourquoi ces quatre cas de guérison dans une maladie qui paraît devoir être forcément mortelle? M. le docteur Bégin, qui me semble être le premier (l'article cité est de 1831) qui ait étudié ce sujet (4), me paraît avoir, dans l'article auquel j'ai emprunté les deux notes qui figurent dans mon observation, répondu à cette question.

La guérison a lieu quand la lésion qui a donné passage à l'air épanché s'est produite dans la trachée-artère; tandis que dans le plus grand nombre des cas, ainsi que l'a bien établi M. Natalis Guillot, qui a porté dans ce point obscur de la pathologie la plus vive lumière, la solution de continuité qui donne passage à l'air se produit à la surface du poumon, lui-même, s'épanche en plus ou moins grande quantité sous la plèvre accolée aux poumons, où il devient un obstacle puissant au jeu de cet organe; puis dans le tissu cellulaire des médiastins et en suivant les gaînes des vaisseaux et des bronches, où il trouve moins de résistance (Ozanam), gagne le cou, qui paraît être, dans la grande majorité des cas (Roger), le premier point où l'air épanché manifeste sa présence.

Quant à la valeur de l'explication donnée par M. Bégin des terminaisons heureuses, indépendamment de l'autorité de son nom, elle trouve sa confirmation, quoique dans ce cas encore l'emphysème général se soit terminé par la mort, par l'histoire d'une jeune fille âgée de quinze ans, chez laquelle on découvrit dans le ventricule droit du larynx, un peu au-dessous de la corde vocale, un petit ulcère rond percé à son centre d'une ouverture grosse comme la tête d'un épingle (5). Or, la lésion déterminée ici par une cause pathologique peut fort bien se produire mécaniquement dans le même lieu ou dans son voisinage. Les différents auteurs que j'ai cités s'accordent pour admettre une cause mécanique, et en première ligne les efforts de la toux : aussi la coqueluche est-elle une des causes les plus fréquentes de la maladie à laquelle cette note est consacrée, ce que Laënnec avait avancé, et qui ne peut plus laisser aucun doute après ces lignes empruntées à M. Guillot, qui a vu « l'emphysème se produire pour ainsi dire sous ses yeux par » l'influence réitérée de la toux, et déterminer l'apparition de l'air » jusqu'au-dessous des téguments du corps. » Ce même praticien pense, avec raison selon moi, que l'emphysème pulmonaire, d'un diagnostic si difficile lorsqu'il ne se complique pas d'emphysème sous-cutané, ne se guérit probablement pas dans les cas les plus heureux; de sorte que, selon lui, les phénomènes d'emphysème observés assez fréquemment chez l'adulte reconnaîtraient une cause

(1) *Observations d'emphysème siégeant sous la plèvre, dans le tissu cellulaire du médiastin, étendu jusqu'aux régions du cou, du tronc, de la tête et des membres, que l'on peut attribuer aux efforts de la toux chez les enfants.*

(2) *De la rupture pulmonaire chez les enfants et de l'emphysème général qui lui succède.*

(3) Ce médecin a communiqué à la Société de médecine des hôpitaux de Paris un mémoire sur le même sujet (*Emphysème général sur les enfants*), qui a été inséré dans le *Journal des connaissances médicales* et reproduit par la *Revue médicale*, n° du 15 août 1853. Dans ce travail, M. Roger établit d'une manière péremptoire que l'air épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané ne peut point avoir d'autre origine qu'une déchirure qui se produit dans une portion de l'organe de la respiration, soit les poumons, soit les bronches.

(4) Beaucoup d'auteurs distingués, et entre autres MM. Louis et Jackson, ont décrit l'emphysème sous-pleural. Mais on connaît beaucoup moins l'emphysème sous-cutané, qui se produit par le passage de l'air dans le tissu cellulaire du médiastin et au delà.

(5) Cette observation, citée par M. le docteur Roger, a été publiée dans la *Gazette médicale de Paris* (1840), t. VIII, p. 698. On la doit à M. le docteur Boddand, médecin à Gand.

qu'il faudrait faire remonter à la plus tendre enfance (1). J'emprunterai à M. Ozanam une considération qui prouve l'importance de la lésion mécanique comme cause de cette maladie, c'est que dans deux cas de pneumonie, la déchirure pulmonaire a été reconnue exister du côté sain.

Cependant la toux n'est pas la seule cause de déchirure des vésicules pulmonaires. Ainsi, M. Roger rappelle d'abord le fait communiqué à l'Académie de médecine (séance du 27 octobre 1846) par M. le professeur Velpeau, au nom de M. Vitali, d'un emphysème général survenu (sans lésion extérieure) chez un enfant à la suite d'un effort fait pour se dégager des bras d'un autre enfant (*Arch. gén. de méd.*, année 1846, 4e série, t. XII, p. 372). Il donne ensuite l'histoire d'un très jeune enfant (obs. XI) atteint de croup, ayant subi la trachéotomie, et chez lequel l'infiltration de l'air paraît s'être faite à travers les bords de la plaie. Il ajoute celle (obs. XII) d'un enfant âgé de neuf ans atteint d'hydrophobie, qui offrit peu de temps avant de mourir un emphysème presque général. Dans le fait de M. Duhamel il ne s'était manifesté qu'une toux fort insignifiante.

Quant aux indications thérapeutiques, elles ont été parfaitement tracées dans un excellent article publié dans ce journal (17 janvier dernier) sur le même sujet, par mon confrère et ami M. le docteur Bouchut. Je ne saurais faire mieux que d'y renvoyer mes lecteurs.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 août 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Eaux minérales. — M. le ministre du commerce transmet, avec les pièces y relatives, et pour être soumises à l'analyse, une caisse d'échantillons d'eaux minérales provenant d'une source située dans la commune de Sentein (Ariége).

Fièvre jaune. — M. Peixoto adresse la statistique officielle de la mortalité par fièvre jaune à Rio-Janeiro, depuis le 1er octobre 1852 jusqu'au 31 mai 1854, afin de faire constater la diminution progressive de la fièvre jaune dans ce pays.

Choléra. — M. Mérier (de Saint-Dizier) ajoute quelques renseignements à ceux fournis par M. Foucart sur l'invasion, sur la marche et l'intensité de l'épidémie de choléra dans le département de la Haute-Marne, et notamment dans l'Asile de Saint-Dizier. (Nous reviendrons sur ces documents.)

— M. Bédor (de Troyes) continue à adresser le relevé nominatif des cas de choléra qui ont eu lieu depuis le 7 jusqu'au 30 juillet, tant dans les hospices qu'ailleurs.

— M. Priou, correspondant de l'Académie à Nantes, adresse quelques réflexions sur le choléra-morbus.

— M. Abeille informe l'Académie que sa méthode de traitement du choléra par la strychnine vient de subir une expérimentation officielle à l'hôpital militaire du Roule.

— M. Baud, inspecteur des eaux minérales de Contrexeville, adresse une note ayant pour titre : *Vingt et un jours d'épidémie à Contrexeville. Préservation par l'eau minérale.*

Paralysie musculaire atrophique. — M. le professeur A. Tigri adresse une note sur l'anomalie du muscle tibial postérieur avec dégénération graisseuse, ou paralysie musculaire progressive atrophique.

Application de l'électricité au traitement des engorgements ganglionnaires. — M. le docteur Boulu soumet à l'Académie divers instruments propres à faire l'application du fluide électrique au traitement des engorgements des ganglions lymphatiques. (Commission nommée pour M. Duchenne, de Boulogne.)

Anesthésie locale. — M. Boyer (de Coumegrey) écrit que, d'après des expériences qu'il vient de faire, l'anesthésie locale agit avec beaucoup plus d'intensité sur des parties saines électrisées que sur des parties qui ne le sont pas.

Mort d'un correspondant. — M. Vidal (d'Orthez) fait part de la mort de son père, âgé de 85 ans, et membre correspondant de l'Académie, à Bayonne.

— M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Lallemand.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les déviations utérines.

(Nous donnons ici un résumé de la seconde partie du discours de M. Robert, que nous avions été obligé de supprimer, faute de place, dans le numéro de jeudi dernier.)

Traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin.

M. ROBERT. J'aborde maintenant une question très importante, celle du diagnostic des déviations de l'utérus. Ici encore je regrette d'être en désaccord avec M. Depaul et, ce qui est plus grave, avec M. Velpeau lui-même. M. Depaul se déclare loin d'être édifié sur la nécessité du cathétérisme, etc. Quant à M. Velpeau, il a dit, dans son remarquable discours, qu'on ne saurait se méprendre sur les symptômes des déviations, et les confondre avec ceux des altérations variées dont l'utérus peut être le siége.

Suivant MM. Velpeau et Malgaigne, un signe en quelque sorte pathognomonique des déviations serait la cessation des douleurs et de tout le malaise quand les malades sont couchées, et la brusque réapparition de tous les accidents dès qu'elles se lèvent.

Cela peut être vrai quand il s'agit d'une antéversion compliquée d'abaissement, parce que la position horizontale du tronc peut alors rétablir l'utérus dans son attitude normale; mais, à coup sûr, on n'observe rien de semblable quand il s'agit d'une rétroversion.

Je regarde comme tout aussi infidèle le signe que M. Malgaigne a cru devoir tirer de la manière dont les femmes supportent l'usage de la ceinture hypogastrique : ainsi, non-seulement j'ai vu des femmes atteintes de déviations compliquées de métrite que la ceinture soulageait beaucoup, mais encore j'en ai observé qui, affectées de métrite chronique sans déplacement, se trouvaient également bien de l'usage de ce bandage.

(1) La dilatation des cellules pulmonaires, assez fréquente dans l'enfance, puisque M. Guillot a pu recueillir en quatre ans les quinze observations qui figurent dans son mémoire, constituerait l'*emphysème aigu du poumon* de MM. Rilliet et Barthez. (*Traité de la pneumonie*, t. Ier, p. 76.)

Quant aux autres signes attribués aux déviations, tels que pesanteur sur le fondement, constipation, envies fréquentes d'uriner, dysurie, tiraillements douloureux dans les lombes, les aines, l'hypogastre, dérangement de la menstruation, troubles sympathiques dans les fonctions de l'estomac et dans l'incurvation, etc., je le dirai avec assurance, ces signes appartiennent tout aussi bien à la plupart des lésions organiques dont l'utérus peut être le siége, qu'aux déviations elles-mêmes. Ainsi, une première cause de la difficulté du diagnostic tient à ce que les déviations de l'utérus n'ont pas de signes qui leur soient propres.

Une autre cause non moins évidente de cette difficulté tient à ce que les déviations s'observent rarement à l'état de simplicité. Souvent, comme je l'ai précédemment démontré, elles sont compliquées de métrite chronique, de catarrhe utérin, d'inflammation du tissu cellulaire placé autour de la matrice, etc., etc., de sorte qu'il est impossible de faire la part que prennent dans ces manifestations pathologiques la déviation et les lésions qui l'accompagnent.

Je viens de prouver que l'on ne saurait parvenir à un diagnostic précis par l'étude comparative des symptômes des déviations et de ceux des lésions organiques de l'utérus; il me reste à examiner si l'on peut y parvenir par l'exploration directe des parties affectées.

Suivant M. Depaul, on y parvient facilement en combinant le toucher vaginal et rectal avec l'application de la main sur l'hypogastre. M. Velpeau a été plus explicite encore. « On peut, dit-il, en s'y prenant bien, saisir la matrice entre les deux mains, en apprécier l'épaisseur, la direction, la forme, tous les caractères physiques, en un mot, avec la même certitude que si on l'avait sur la table, simplement enveloppée de linges, etc. »

Malgré toute la confiance que j'ai dans les assertions de notre savant collègue, je crains qu'en cette circonstance il n'ait été victime de quelque illusion. J'ai moi-même très souvent exploré l'utérus suivant le procédé qu'il indique, et presque toujours je n'ai obtenu que des résultats négatifs.

Il est donc un grand nombre de cas dans lesquels les moyens ordinaires d'exploration sont insuffisants. Si l'on a besoin d'un diagnostic précis, il devient nécessaire de recourir à un procédé plus direct. Ce procédé consiste dans le cathétérisme de l'utérus.

J'admets qu'il n'y faut recourir qu'avec une grande réserve; je l'ai vu provoquer des accidents sérieux. Mais pourquoi l'abandonner, s'il est utile?

Il est des cas où il se forme au voisinage de l'utérus, et surtout à sa face postérieure, des phlegmons circonscrits, des épanchements de sang. Il en résulte des tumeurs qui par leur volume, leur forme, leur consistance, etc., peuvent complétement simuler celle que formerait l'hémisphère postérieur du corps de l'utérus dévié soit en rétroversion, soit en rétroflexion. Ces cas ont donné lieu à des erreurs de diagnostic de la part d'hommes expérimentés. Or quel est le moyen d'éviter ces erreurs sans le secours du cathétérisme de l'utérus, qui seul peut nous révéler la position de cet organe et la direction de son axe?

Ce n'est pas tout : l'utérus dévié est souvent le siége d'altérations diverses qu'il faut connaître avant d'instituer un traitement rationnel. Ces altérations font subir des changements physiques que le cathétérisme seul peut nous révéler. Je citerai pour exemple l'inflammation chronique de la membrane muqueuse du corps de la matrice, qui coïncide souvent avec ces déviations. Il résulte des faits que j'ai recueillis depuis vingt ans que cette inflammation chronique ne se borne pas à produire l'hypersécrétion qui constitue le catarrhe utérin. A la longue, elle détermine l'engorgement, l'hypertrophie des parois utérines et l'ampliation proportionnelle de la cavité de l'utérus.

Si une altération de cette nature coïncidait avec une déviation de l'utérus, ne serait-il pas important de la constater et de la traiter avant de statuer sur le traitement de la déviation elle-même? Or comment la reconnaître sans le secours du cathétérisme utérin?

M. Depaul a très sagement posé les principes qui doivent diriger le praticien dans le traitement des déviations utérines :

Traiter d'abord les lésions concomitantes de la déviation par tous les moyens appropriés, généraux et locaux, et ne s'occuper qu'en dernier lieu de la déviation elle-même. On ne peut, assurément, formuler un précepte meilleur; mais, en vérité, M. Depaul n'a-t-il pas été un peu trop optimiste quand il a dit que les femmes qui se soumettent avec rigueur aux exigences de ce traitement obtiennent presque constamment une guérison définitive?

Quant à moi, je l'avoue, bon nombre de femmes que j'ai traitées de déviations de l'utérus simples ou compliquées de lésions diverses ont été soulagées, mais très peu ont été guéries complétement par les moyens ordinaires. Ce que je déclare ici sera confirmé, j'en suis sûr, par le témoignage de la plupart des praticiens les plus expérimentés.

Or, en présence d'une thérapeutique stérile ou insuffisante, l'homme de l'art n'est-il pas autorisé à chercher des moyens nouveaux; et les instruments qui ont pour but de soutenir et de redresser l'utérus ne se présentent-ils pas ici comme des moyens rationnels et efficaces?

M. Robert, après avoir rappelé les essais de MM. Amussat et Velpeau et les siens propres, qu'il rapporte avec détails, termine et résume son discours en ces termes :

Je ne veux pas méconnaître ici la portée des accidents causés par l'application du pessaire intra-utérin; mais d'un autre côté la proportion des cas malheureux est peu considérable, et des faits incontestés prouvent que ce mode de traitement a pu produire des succès complets et durables dans des cas où les moyens ordinaires avaient échoué.

Il serait donc prématuré de vouloir dès aujourd'hui bannir cet instrument de la pratique : ce qu'il faut désirer, c'est que le mode d'action en soit mieux connu, et surtout que l'on parvienne à en établir les indications et les contre-indications. Si l'on atteint ce but, l'application en deviendra plus efficace, et l'on diminuera le nombre des accidents qu'elle peut déterminer.

M. DEPAUL. Avant de chercher à résumer la discussion soulevée par mon rapport sur le *traitement des déviations utérines par les redresseurs internes*, avant de répondre à quelques-unes des objections qui m'ont été adressées, qu'il me soit permis de faire une réflexion générale.

N'est-il pas digne de remarque de voir presque toujours la question principale, celle sur laquelle vous aviez voulu surtout être éclairés, devenir petit à petit la question accessoire et être définitivement absorbée par d'autres considérations d'un haut intérêt, je ne le conteste pas, mais qui ne sont point le fait capital?

J'avais besoin de constater que dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, on avait bien plus parlé à propos de la question que sur la question elle-même.

De quoi s'agissait-il? De savoir si les pessaires intra-utérins conduisaient au redressement définitif de la matrice, et si leur usage n'entraînait pas souvent des accidents d'une telle gravité que, même en admettant qu'ils eussent un certain degré d'utilité, il fallait se hâter d'y renoncer.

Qu'il me soit donc permis de ramener la question à ses véritables termes.

Une méthode thérapeutique qu'on croyait nouvelle, et que j'ai montré être beaucoup plus ancienne qu'on ne le pensait, tendait à s'introduire parmi nous et à se substituer à d'autres auxquelles nous avions dû de nombreux succès jusqu'alors; elle venait d'ailleurs sous le patronage d'hommes aussi honorables qu'instruits, et s'appuyait sur des observations déjà nombreuses et qui de prime abord étaient de nature à faire une certaine impression sur les esprits.

Votre rapporteur n'a pas oublié un seul instant la mission nettement déterminée que vous lui avez confiée; et si, pour la remplir d'une manière plus complète, il a dû parfois faire des excursions dans diverses parties de la pathologie utérine, il l'a fait rapidement, sans avoir la prétention de traiter à fond toutes les questions incidentes dont il a eu à s'occuper.

On comprendra dès lors que j'ai dû être un peu surpris en entendant plusieurs de nos collègues me reprocher, les uns de n'avoir pas fait l'histoire complète de chacun des déplacements dont l'utérus peut être atteint, et surtout de n'avoir pas tracé leur diagnostic différentiel; les autres de ne pas avoir suffisamment décrit certaines affections de la matrice, et en particulier les névralgies de cet organe ou de ses annexes. Mais, je le demande, pouvais-je étendre indéfiniment le cadre de mon travail?

Mes honorables contradicteurs, profitant de cette position qui m'avait été imposée par votre volonté et par la force des choses, ont, par une tactique habile, laissé presque entièrement de côté le fond du travail, et se sont attachés à des points accessoires auxquels, volontairement, j'avais donné une place très restreinte dans mon rapport.

Notre collègue M. Huguier s'était dès le début tracé un cadre assez étendu. Il devait s'occuper des redresseurs intra-utérins, des déviations utérines, et enfin de l'hystéromètre. Il a été très bref sur la première, mais pour un motif dont je ne puis me plaindre : c'est parce qu'il partage à peu près complétement les opinions consignées dans mon rapport. Des deux seules réserves qu'il a cru devoir faire, ne voulant pas enchaîner l'avenir, il ne m'en coûterait pas beaucoup d'accepter la première, si tant est qu'on puisse lui donner ce nom. Puisque les déviations de l'utérus qui déterminent des accidents graves constituent, d'après M. Huguier lui-même, des exceptions, que serait-ce donc si on ne s'adressait qu'à celles qui ont résisté à tous les autres moyens que possède la thérapeutique? On peut dire sans crainte que c'est à peine si on en rencontrerait quelques exemples dans le cours d'une longue carrière. Mais s'il est vrai qu'il faille s'arrêter devant le plus léger malaise, on peut aller plus loin, et dire que probablement jamais on ne rencontrera d'occasion favorable. Je n'en veux pour preuve, d'ailleurs, que la pratique de notre collègue lui-même, qui depuis longtemps déjà a complétement abandonné la méthode, soit à cause de ses dangers, soit à cause de son impuissance à produire un redressement définitif.

Mais il a paru tenir davantage à ce qu'on conservât le pessaire intra-utérin pour certains cas d'aménorrhée, soit chez les femmes qui n'ont jamais été réglées, soit chez d'autres qui ont des suppressions, mais à la condition, il ne faut pas l'oublier, que les accidents qui existent compromettent la santé et la vie des malades, et lorsqu'on a eu recours sans succès à tous les autres moyens. Je pourrais me contenter de répondre que je n'ai pas à m'occuper de l'aménorrhée et de son traitement; mais je crois qu'il y a autre chose à dire; d'abord, que les suppressions de règles qui compromettent la santé et la vie des femmes sont des faits extrêmement rares, et qu'il en est peu qui résistent, quand il n'y a pas quelque autre complication ou une impossibilité, à une médication convenable.

Que le pessaire intra-utérin provoque des écoulements sanguins et même des pertes graves dans un grand nombre de cas; cela résulte des faits publiés et de ceux observés par M. Huguier lui-même. Mais je crois avoir démontré qu'il fallait bien se garder de suivre l'exemple malheureusement donné et les assimiler à de véritables règles.

Une fois qu'une perte est provoquée, qui peut avoir la certitude de s'en rendre maître à volonté?

Mais ce sont surtout les déviations utérines, au point de vue de leur étiologie, de leur symptomatologie et de leur traitement, qui ont fixé l'attention de M. Huguier. Il admet que, tandis que d'un côté on a beaucoup exagéré l'influence des déplacements sur la santé, d'un autre on a voulu beaucoup trop restreindre leur importance en pathologie. La vérité lui paraît être dans un juste milieu; mais il est évident qu'en procédant ainsi il n'a fait que reculer la question sans la résoudre. Ce n'est que par une statistique bien faite, portant sur des faits nombreux rigoureusement observés, qu'on saura à quoi s'en tenir sur une question qui est depuis si longtemps débattue. Quant à moi, je demeure convaincu qu'il y a eu dans l'opinion des partisans des redresseurs une grande exagération, et c'est avec leurs propres observations que je crois l'avoir établi.

Les déviations utérines sont-elles incurables? Personne ne l'a soutenu d'une manière absolue. S'il est très vrai qu'il y en a un bon nombre, et les inflexions congénitales en particulier, contre lesquelles toutes les tentatives viennent échouer, il en est d'autres qui disparaissent avec une grande facilité, par cela seul qu'on a triomphé de la cause qui les avait engendrées.

Quant à la thérapeutique de ces différentes lésions, envisagée d'une manière générale, je crois encore que la règle de conduite qui me guide dans la pratique et que j'ai exposée dans le rapport n'est ni la moins raisonnable ni la moins féconde en bons résultats.

J'ai peu de remarques à faire sur le discours si éminemment pratique de M. Hervez de Chégoin. Cela tient sans doute à ce que, malgré des apparences contraires pour quelques points, j'ai eu le bonheur de défendre sur des questions véritablement importantes des opinions qui sont sanctionnées par sa haute raison et par sa vaste expérience.

Les deux propositions par lesquelles il a débuté sont conçues en des termes tels que je ne puis les considérer comme des objections à des idées émises dans mon rapport.

M. Hervez a encore été plus sévère que moi dans le jugement qu'il

a porté sur les pessaires intra-utérins. Les seuls faits publiés par M. Valleix n'ont pu lui laisser le moindre doute sur les dangers extrêmes de la nouvelle méthode. Il préfère avec raison d'autres procédés beaucoup plus simples et pour le moins aussi efficaces. Un fait dont il a été témoin l'a détourné pour toujours du traitement mécanique de nouvelle invention, et je n'ai pas besoin de dire qu'après ceux que j'ai pu réunir moi-même il la frappe d'une réprobation définitive.

Relativement au traitement, je ne saurais qu'approuver la plupart des conseils éminemment pratiques donnés par l'honorable orateur auquel je réponds.

J'arrive à l'argumentation de M. Cazeaux, et j'accepte avec satisfaction la déclaration par laquelle il a débuté, à savoir, que les faits de MM. Broca et Cruveilhier, et que ceux beaucoup plus nombreux consignés dans mon travail, l'ont complétement édifié sur les dangers très sérieux qui accompagnent l'emploi des redresseurs intra-utérins, et j'ai été heureux de lui entendre dire que j'avais rendu un véritable service à la science, probablement en concourant, dans la mesure de mes forces, à les faire proscrire de la pratique habituelle, dans laquelle elles tendaient à s'introduire.

Mais comment a-t-il pu me reprocher de n'avoir fait porter mon enquête que sur les faits malheureux, et d'avoir laissé dans l'ombre ceux où le redresseur a paru produire une modification favorable? Notre collègue cependant doit le savoir mieux que personne : j'ai frappé à toutes les portes, j'ai analysé toutes les observations publiées, j'en ai réuni un grand nombre d'autres qui étaient inédites, et je n'ai pu recueillir que des témoignages de l'impuissance ou des dangers de la nouvelle méthode. Où sont donc les faits heureux? Si M. Cazeaux a par devers lui des observations qui prouvent l'efficacité et l'innocuité du traitement mécanique des déviations utérines, il a eu tort de les tenir secrètes. Quant à moi, je n'en connais pas.

J'ai dit que depuis qu'on s'occupe des redresseurs on avait singulièrement exagéré l'influence des déviations sur la santé, et j'ai ajouté qu'on leur avait attribué beaucoup trop souvent des troubles fonctionnels qui avaient leur point de départ dans un autre état pathologique (il est bien entendu que j'avais eu soin de mettre hors de cause les abaissements). Pour le prouver, j'ai pensé qu'il fallait étudier la question, surtout dans les cas *simples*, c'est-à-dire exempts de toute autre complication, et se bien garder de suivre l'exemple des partisans des pessaires intra-utérins, qui ont tout confondu.

L'examen auquel je me suis livré pour éclairer cette question m'a permis de constater qu'un grand nombre de femmes, en effet, pouvaient avoir des déviations prononcées, et de toutes sortes (flexions ou versions), sans en éprouver la plus légère incommodité.

J'ai mentionné les recherches de M. Gosselin. J'ai indiqué moi-même vingt-sept exemples de déviations utérines diverses, sans aucune autre lésion appréciable de l'organe. D'un autre côté, j'ai rappelé que ces faits s'accordaient parfaitement avec l'opinion d'hommes très compétents, en particulier Lisfranc et M. Paul Dubois.

Mon contradicteur, après avoir reproduit un argument de M. Malgaigne, s'est écrié, comme ce dernier, que cela ne prouvait rien; car, a-t-il ajouté, les choses se passent ainsi dans la plupart des autres affections utérines! Il a surtout insisté sur certains cancers qui ont déjà envahi la vessie et le vagin, et qui ne se révèlent par aucun phénomène pour la malade. Je commencerai par dire que cette objection n'est pas sérieuse. De ce que l'attention de la malade n'est éveillée par aucun symptôme dans le cours d'une maladie dont elle est atteinte, cependant, cela ne prouve en aucune façon que l'affection ne se traduise par quelque manifestation. Tout ce qu'on peut dire, si on veut rester dans le vrai, c'est que dans quelques cas, qui sont rares encore, les symptômes ne sont pas en rapport avec la gravité de l'altération. Si M. Cazeaux a parlé différemment, c'est qu'il a sans doute été entraîné par les besoins de sa cause, et je n'en veux pour preuve que les exemples qu'il cite en passant, et qui montrent que les lésions n'étaient pas exemptes de troubles dans la santé, puisque les femmes venaient le consulter pour ce qu'elles appelaient de *simples écoulements*. Elles éprouvaient donc quelque chose!

On n'est donc pas fondé à dire que beaucoup d'affections utérines, même des plus sérieuses, existent sans donner lieu à aucune manifestation, tandis que mes observations, celles de M. Gosselin et de beaucoup d'autres, prouvent sans réplique qu'il y a un très grand nombre de femmes qui ont des déviations de toutes sortes et des plus prononcées sans souffrances et sans que le médecin ait à constater aucun symptôme, aucun accident qui puissent être rapportés à un état vraiment pathologique. Le déplacement alors est une simple difformité sans importance. C'est un fait qui mérite d'être noté et qui a bien sa valeur pour le jugement à porter au sujet de la question qui est controversée. Les efforts tentés par notre collègue pour diminuer l'importance de mes observations sur ce point montrent bien que cette valeur ne lui a pas échappé...

Sa mémoire n'a pas été beaucoup plus fidèle à l'égard de M. Hervez de Chégoin, qui a été beaucoup moins exclusif qu'il ne l'a dit. « Je reconnais, a déclaré cet honorable et savant collègue, que *beaucoup* de déviations de la matrice sont produites par des maladies de cet organe. » Un peu plus loin, il a ajouté que dans les cas de déviations il prenait en grande considération l'état pathologique et qu'il ne croyait à l'opportunité des pessaires que lorsqu'il avait fait disparaître toute trace douloureuse. Enfin, et pour que sa pensée fût bien comprise, il l'a de nouveau formulée de la manière suivante : « Je n'insiste pas ici sur les différents états pathologiques qui ont été considérés comme causes constantes de ces déviations. Il serait trop long de discuter sur chacun d'eux et de dire la part plus ou moins active que je crois devoir leur attribuer. Je dirai seulement que je les admets tous, et que je n'oublie jamais de les combattre avant de penser à aucun moyen de réduction... »

Mais il y a plus : la pratique de M. Cazeaux lui-même est en désaccord avec la théorie qu'il défend. Dans l'observation qu'il a bien voulu me communiquer et qui est consignée dans mon rapport, il s'est trouvé en présence d'un engorgement du col avec ulcération, le tout compliqué d'abaissement et de rétroversion de la matrice. Après ce qu'il a dit ici, vous pourriez penser, messieurs, qu'il a commencé par traiter ce double déplacement. Eh bien! vous seriez dans l'erreur : c'est de la maladie du col qu'il s'est d'abord occupé, et ce n'est que beaucoup plus tard qu'il s'est servi d'un pessaire Gariel. Vous ne serez donc pas étonnés que, malgré le petit trait que m'a décoché mon collègue, je préfère ma logique à la sienne, et que je persiste dans ma croyance jusqu'à ce que par des observations, et non par des assertions qui sont toujours faciles, il ait contre-balancé ou annihilé la valeur des faits nombreux sur lesquels j'appuie mes convictions à cet égard...

Enfin, comme dernier argument, et pour montrer toujours qu'on avait beaucoup trop accordé aux déviations utérines, j'ai ajouté qu'on était appelé à constater souvent chez des femmes qui n'avaient aucun déplacement appréciable, mais qui présentaient une autre lésion de la matrice, la plupart des accidents que les promoteurs du traitement mécanique faisaient exclusivement remonter à la mauvaise direction de l'organe, et sous ce rapport je m'en suis rapporté à l'expérience de tous les praticiens. Sur ce fait, j'ai le bonheur de me trouver d'accord avec mon honorable collègue; mais il me conteste le droit d'en tirer une déduction qui m'a paru légitime. Il oublie que mes trois ordres de preuves s'enchaînent, se prêtent un mutuel appui, et qu'avec un peu de cet esprit philosophique qui n'a pas eu son suffrage, mais qui rencontrera, j'espère, plus de sympathie près de vous, il ne serait pas difficile de lui prouver combien est grande son illusion.

J'ai cru devoir introduire dans mon travail quelques considérations générales sur la direction normale de l'utérus dans l'état de vacuité, et j'ai été conduit nécessairement à parler d'une opinion nouvelle qui s'est produite dans ces derniers temps et qui a eu la prétention de renverser des croyances généralement admises. La question est celle-ci : Le grand axe de l'utérus est-il représenté par une seule ligne droite ayant une certaine direction? ou bien faut-il admettre un axe pour le corps et un autre pour le col, axes qui au point de leur réunion formeraient un angle plus ou moins ouvert en avant? En d'autres termes, l'antéflexion de la matrice doit-elle être considérée comme une conformation primordiale qui persisterait jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eût fait disparaître? MM. Boulard et Verneuil ont été conduits par des recherches dont je vous ai déjà parlé à adopter la seconde manière de voir. J'ai persisté à considérer la première comme l'expression de la vérité, et j'ai dû vous dire que je m'appuyais aussi sur de nouvelles expériences pour établir que nos deux honorables confrères avaient donné à un fait anatomique, vrai dans beaucoup de cas, une interprétation défectueuse au moins pour un bien grand nombre.

M. Cazeaux n'est venu au secours de la nouvelle doctrine qu'avec son raisonnement. Or c'est par des faits que j'ai cherché à la combattre...

M. Depaul entre ici dans une longue discussion pour réfuter l'argumentation de M. Cazeaux sur ce point.

J'ai beaucoup regretté, continue M. Depaul, que notre confrère, qui a trouvé que j'avais été trop sévère à l'égard du cathétérisme utérin, ne nous ait pas fait connaître les précautions à l'aide desquelles, selon lui, on aurait évité les accidents dont j'ai parlé. Il aurait rendu, j'en suis sûr, un véritable service à MM. Huguier, Valleix, Nonat et plusieurs autres; car je suis convaincu que les malheurs qui sont arrivés à ces honorables confrères ne leur sont nullement imputables, et, quant à moi, je pense que là où ils se sont trompés, M. Cazeaux lui-même n'aurait pas été plus heureux.

Quant aux services qui peuvent être rendus par l'hystéromètre, je suis loin de les contester; mais j'ai dit et je répète qu'on a eu tort de vouloir faire du cathétérisme utérin une méthode générale, et je persiste à croire qu'il faut réserver ce mode d'exploration pour les cas où il est indispensable, et ce ne sont pas les plus nombreux.

Il est des hommes dont les opinions jouissent du privilége justement mérité d'être accueillies avec grande faveur, et on se sent toujours fort quand on croit y rencontrer un appui pour celles qu'on défend soi-même; aussi n'ai-je pas été surpris de voir les partisans du redresseur intra-utérin faire de grands efforts pour trouver dans les paroles de M. P. Dubois quelque chose qui atténuât un peu ce qu'on a appelé la sévérité de mon rapport. Mais, en vérité, ils sont peu difficiles.

J'avais cherché à démontrer dans mon rapport, par le raisonnement et les faits surtout, que le pessaire intra-utérin ne remplissait pas ordinairement le but qu'on s'en proposait exclusivement, c'est-à-dire qu'il ne redressait pas définitivement. Sur ce premier point, qui est fondamental, M. Dubois est encore allé beaucoup plus loin que moi. On oublie cette déclaration nette et radicale : « Jamais l'utérus infléchi » n'est redressé; jamais l'utérus déplacé n'est remis dans la situation » que l'on considère comme normale. » Si ce fait est vrai, n'est-ce pas, comme il l'a dit, le renversement de toute la doctrine sur laquelle est fondée l'application du pessaire intra-utérin? Après les développements dans lesquels il est entré pour démontrer la vérité de cette assertion, après les faits nombreux relatés par lui et ceux contenus dans mon rapport, il ne peut rester la moindre incertitude sur ce premier point : les redresseurs ne redressent pas.

A quoi servent-ils donc? Laissant momentanément de côté les dangers qu'ils entraînent, et qu'il apprécie plus tard, M. Dubois s'est demandé si on ne pourrait pas expliquer leur action d'une tout autre manière. D'abord il a bien soin de rappeler que dans presque tous les cas les médecins qui ont eu recours au redresseur ne s'en sont pas tenus à lui exclusivement, et qu'ils ont fait intervenir beaucoup d'autres moyens. C'est aussi un des arguments dont je me suis servi pour donner aux observations de M. Valleix une autre interprétation que la sienne.

Abordant ensuite un point presque entièrement neuf, celui des névralgies des organes génitaux, M. Dubois a cru que peut-être on pourrait tirer parti du pessaire intra-utérin comme modificateur de la sensibilité utérine. Il a même supposé que M. Valleix s'en était probablement servi plusieurs fois avec une pareille intention. Je dois dire que cette supposition ne me paraît pas justifiée par les écrits de notre confrère; partout, au contraire, il cherche à prouver les rapports qui existent entre les divers déplacements et les accidents observés, et on peut voir que toujours ses efforts n'ont eu qu'un but : celui de ramener l'utérus dans sa direction normale.

Mais l'introduction d'une tige dans la cavité utérine et son séjour plus ou moins prolongé doit-elle désormais constituer une méthode à conserver dans le traitement de certaines affections utérines? Oui, répond M. Dubois, quand on ne veut lui demander qu'une action purement modificatrice; non, si on voulait le faire agir comme moyen mécanique sur des matrices fléchies ou déviées. Et encore ne faut-il pas s'imaginer qu'il conseille la méthode de prime abord. Comme M. Huguier, il n'en veut que pour les cas où les autres moyens que possède la science auront échoué. Elle a, dit-il, de nombreux concurrents qui sont ses prédécesseurs et qui devront lui être souvent préférés. Il cite en particulier les cautérisations du col, d'une partie de la surface interne de l'utérus; les douches et les irrigations froides, l'introduction passagère des bougies emplastiques; il n'en excepte même pas la curette de Récamier. Il aurait pu en ajouter plusieurs autres qui ont déjà réussi, et qui sont loin d'être aussi dangereux qu'elle. Il n'hésite pas à dire qu'une saine et impartiale appréciation des faits conseille d'exclure le pessaire intra-utérin du traitement de toute phlegmasie utérine un peu étendue, et il suppose que les accidents mortels auxquels il donne lieu se sont manifestés surtout dans de telles conditions.

En suivant les différentes phases par lesquelles est passé le nouveau traitement mécanique des déviations de la matrice, il est impossible que vous n'ayez pas été vivement impressionnés par le fait suivant, à savoir, que les premiers qui ont eu la pensée d'introduire et de laisser à demeure une tige dans la cavité utérine se sont hâtés, après leurs premières tentatives, d'abandonner complétement une pareille médication.

C'est d'abord M. Amussat à qui appartient incontestablement l'idée du pessaire intra-utérin. On sait tout le regret que lui ont causé les événements malheureux qu'il a rapportés. Il s'est amèrement reproché son excès de confiance dans l'innocuité apparente des tiges placées à demeure dans l'utérus.

Plus tard c'est M. Velpeau, qui ne se décourage pas cependant facilement dans ses tentatives. Après s'en être assez bien trouvé, a-t-il dit, dans trois ou quatre cas, effrayé par les accidents survenus chez quelques autres, et par la crainte de voir des ulcérations, des perforations s'effectuer dans le tissu utérin, il a fini par les abandonner. Je sais bien qu'il a ajouté que peut-être il y avait encore quelque chose à tenter sous ce rapport, et cependant depuis quinze ou vingt années il a persisté à considérer comme bon le premier jugement que son expérience lui avait dicté. Depuis bientôt sept ans que le nouveau traitement mécanique a été ressuscité en Angleterre et puis en France, malgré les nombreux succès qui ont été proclamés, malgré tout ce qu'on a pu dire de son innocuité, l'a-t-on vu se remettre à l'œuvre, et demander à de nouveaux faits la révision de sa sentence primitive? En praticien prudent, j'allais dire convaincu, il est resté simple spectateur. Il s'est contenté des autres moyens que possède la science, et jamais, dans son enseignement clinique, on ne l'a entendu conseiller aux nombreux élèves qui se pressent autour de lui d'imiter ses premiers essais. Comment se fait-il donc qu'après s'être tenu dans une pareille réserve, que chacun avait considérée comme un jugement définitif, le savant professeur, faisant un retour sur lui-même, se soit institué le défenseur du même moyen qu'il avait proscrit?

Que s'est-il donc passé de si favorable depuis cette époque? Les tentatives se sont multipliées, il est vrai, mais avec elles les accidents de toutes sortes se sont produits dans une proportion vraiment effrayante. Bon gré, mal gré, il faut bien qu'on consente à tenir compte de la deuxième partie de mon rapport. N'est-ce donc rien que la mort de douze femmes qui avaient des affections qui ne compromettaient nullement leur existence, et qu'on aurait soulagées ou guéries par d'autres moyens complétement inoffensifs?

N'est-ce donc rien que ce nombre infiniment plus considérable de métrites, de péritonites, d'accidents nerveux qui, pour avoir cédé à des médications énergiques, n'en ont pas moins inspiré les plus vives inquiétudes et fait courir les plus grands dangers? N'est-ce donc rien, que ces avortements nombreux qui ont été provoqués, et qui ouvrent une voie nouvelle à des tentatives criminelles qui ne sont déjà que trop variées et trop difficiles à réprimer? Je le déclare, malgré tout le respect que je professe pour mon illustre maître, je ne puis être de son avis, et je me sens raffermi dans ma croyance par l'exemple que lui-même nous a donné dans de nombreuses circonstances où les éléments de conviction étaient loin d'être aussi nombreux et aussi décisifs.

Savez-vous pourquoi j'ai eu tort de dire que le pessaire intra-utérin était inutile? C'est, répond M. Velpeau, parce que les autres moyens dont la science dispose laissent beaucoup à désirer, et qu'il y a lieu de rechercher quelque chose de mieux. Mais si un pessaire est tout aussi impuissant, et de plus s'il fait courir de grands dangers, est-ce une raison pour le conserver?

De ce que beaucoup de femmes se trouvent immédiatement soulagées quand avec le doigt ou un pessaire quelconque on a momentanément rétabli la direction de l'utérus, on n'est pas en droit d'en conclure que la tige intra-utérine remet définitivement les choses en place. On oublie trop facilement ce que peut l'imagination de ces malades quand on leur donne une espérance quelconque.

Je suis bien de l'avis de M. Velpeau quand il déclare que, malgré tout ce qu'il a dit au profit du redresseur intra-utérin, il ne faudrait pas penser cependant que ce soit le *nec plus ultrà* de la thérapeutique des déviations utérines.

M. le rapporteur, après avoir répondu encore à quelques autres points de l'argumentation de M. Velpeau et à celle de M. Malgaigne, soumet à la délibération de l'assemblée les conclusions suivantes, arrêtées unanimement par la commission, à l'exception de la troisième, à laquelle il n'a pu souscrire et qu'il se réserve de combattre :

1° Les observations communiquées à l'Académie par MM. Broca et Cruveilhier, jointes à celles plus nombreuses que possède la science, prouvent que l'application du pessaire intra-utérin peut souvent donner lieu à des accidents sérieux, et même quelquefois à la mort.

2° Dans les cas rares d'ailleurs où cet instrument a paru produire des résultats avantageux, il n'est pas prouvé qu'il ait toujours agi en redressant l'utérus.

3° Dans quelques cas exceptionnels, où les déviations de l'utérus déterminent des troubles fonctionnels sérieux et ont résisté à tous les moyens thérapeutiques connus, on peut tenter, comme dernière ressource, l'application du pessaire intra-utérin.

4° La commission, en outre, a l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à M. Broca, pour l'intéressante communication qui a été le point de départ de ces débats;

De remercier M. Cruveilhier pour le concours qu'il a bien voulu prêter à la commission en lui communiquant ses propres observations.

Après une longue discussion que nous nous abstiendrons de reproduire, parce qu'elle n'a été de nature à jeter aucune lumière sur le débat, l'Académie adopte la 1re conclusion avec la suppression du mot *souvent*. La 2e conclusion est adoptée sans modification. La 3e conclusion est rejetée, et la 4e est admise en ajoutant des remercîments à MM. Valleix, Gaussail et aux autres médecins qui ont adressé des communications sur ce sujet à l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

Nous disions dans un de nos derniers bulletins que rien n'avait encore justifié les appréhensions qu'avait fait naître l'élévation subite et considérable de la température; que dans quelques jours seulement il serait possible de juger de l'influence qu'elle aurait eue sur la marche de l'épidémie. Cette influence n'a pas tardé à se faire sentir. Soit action directe de la chaleur, soit ses effets indirects par les changements qu'elle entraîne dans le régime, et notamment par l'abus des boissons et des fruits aqueux, toujours est-il qu'avec les journées caniculaires que nous venons de traverser a coïncidé une élévation considérable du chiffre des cholériques en ville comme dans les hôpitaux et dans la banlieue, et qu'un grand nombre de malades ont été frappés très gravement. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le mouvement des hôpitaux à dater du jour où s'est arrêté notre dernier bulletin, le 16 juillet. On jugera facilement de la progression rapide de la maladie à partir du 25.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 17 juillet,	6	5	11	15	9
18 »	10	6	16	14	11
19 »	3	6	9	10	5
20 »	9	7	16	13	10
21 »	7	4	11	13	5
22 »	12	5	17	9	12
23 »	11	14	25	16	15
24 »	10	9	19	22	11
25 »	24	11	35	10	19
26 »	25	11	36	7	15
27 »	38	20	58	15	28
28 »	38	26	64	17	22
29 »	52	21	73	11	31
30 »	36	14	50	8	36
31 »	53	12	65	8	27
1er août,	36	15	51	10	20
2 »	57	20	77	19	25
	427	206	633	217	301

Si l'on additionne les totaux à dater du 25, jour où l'accroissement devient le plus rapide jusqu'au 2 inclusivement, on trouve un total de 509 cas, qui donne pour ces neuf jours une moyenne de 56 par jour, la plus élevée que nous ayons eue depuis la recrudescence du mois de février.

Les chiffres nous manquent pour la ville; mais on peut affirmer, d'après les nombreux rapports qui nous en ont été faits par les praticiens, comme par ce que nous avons vu nous-même, que l'accroissement n'y a pas été moins sensible que dans les hôpitaux. On signale plus particulièrement les 5e et 6e arrondissements comme ayant été plus frappés que les autres; le 10e et le 11e nous paraissent aussi avoir fourni un contingent assez considérable. Il n'est presque pas de médecin dans ces deux arrondissements qui n'ait eu quelques cas à soigner dans le cours de cette dernière semaine.

Plusieurs parties de la banlieue continuent aussi à être très fortement atteintes, notamment les Batignolles, la Chapelle-Saint-Denis, Bercy, Montmartre et en dernier lieu Clamart.

Les nouvelles des départements manquent toujours de détails précis. Ce qui est certain, c'est que la maladie se propage et s'étend toujours de plus en plus. Nous signalions dans notre dernier bulletin trente et quelques départements envahis; aujourd'hui on en compte plus de cinquante.

Voici sur la marche et la situation actuelle de l'épidémie dans quelques-uns de ces départements les renseignements donnés par quelques journaux et ceux qu'il nous a été possible de recueillir directement.

La maladie paraît commencer à perdre un peu de son intensité dans le département des Bouches-du-Rhône, et particulièrement à Marseille, mais seulement depuis quelques jours. On signalait encore le 26 juillet 108 décès; le 27, 113, et le 28, 128 (il y avait eu jusqu'à 200 décès par jour, sur une population réduite de plus d'un tiers par l'émigration). La mortalité cholérique était à cette époque, pour tout le département, de 2,356.

Dans Vaucluse, la maladie paraît stationnaire.

La Haute-Marne a été jusqu'ici un des départements les plus frappés; on y comptait, au 28 juillet, 9,080 cas, et 2,769 décès. Viennent après, par ordre d'intensité de la maladie, la Haute-Saône, 3,052 cas et 1,096 décès au 27 juillet; la Meuse, 2,611 cas, 1,246 décès au 28; la Marne, 1,946 cas, 1,058 décès à la même date; l'Aube, 1,556 cas, 222 décès au 27 juillet; la Côte-d'Or, 818 cas, 382 décès à la même date; la Meurthe, 612 cas, 351 décès au 28. Puis enfin, avec des chiffres très inférieurs, Seine-et-Marne, 206 cas, 95 décès; le Jura, 114 cas, 49 décès; le Bas-Rhin, 32 cas seulement, et 11 décès. Le Doubs avait joui d'une immunité en 1832 et en 1849; Besançon en compte en ce moment plusieurs cas.

Dans quelques localités, la maladie est moins remarquable encore par le nombre des sujets qu'elle atteint que par la proportion considérable des victimes qu'elle fait. Nous signalions dans le compte rendu de l'une des dernières séances de l'Académie de médecine un relevé des cas constatés dans l'hôpital civil de Troyes, où sur 12 cas il y avait eu 12 décès; la totalité! Dans un second relevé, communiqué par l'honorable M. Bédor dans la dernière séance, nous trouvons 24 cas, sur lesquels 22 décès. On trouve également pour une commune de la Somme (Corbie), 22 cas, 22 décès. Dans un village de l'Aisne, tous les cas, peu nombreux encore il est vrai, se sont terminés par la mort. A Morlaix, dans le Finistère, 8 cas, 6 décès. Dans une petite localité de la Haute-Marne, composée de 360 habitants, le tiers de la population a succombé en quelques jours. En général, on peut évaluer comme moyenne, dans le plus grand nombre des localités, la mortalité à un peu plus de 50 0/0, ainsi que cela a eu presque constamment lieu à Paris depuis le commencement de l'épidémie. Enfin, dans plusieurs localités la suette ajoute son influence pernicieuse à celle du choléra, notamment dans la Somme, la Haute-Saône, la Haute-Marne, Seine-et-Marne et la Meuse; et tels malades qui ont échappé à la période algide du choléra succombent à la suette, qui complique la réaction. On trouvera plus bas une communication intéressante de M. le docteur Vergne sur ce sujet.

Nous n'avons malheureusement rien de nouveau et surtout rien de bien satisfaisant à signaler en ce qui concerne le traitement. Les chiffres de la mortalité n'indiquent que trop d'ailleurs que si telles méthodes ont pu donner partiellement quelques résultats heureux entre les mains de tel médecin, cette influence bienfaisante, restée en quelque sorte à l'état de fait isolé, ne s'est fait sensiblement sentir en aucun point sur la généralité des résultats. Quelques praticiens nous ont dit s'être très bien trouvés de la méthode de M. Abeille. Ce sont évidemment des essais à poursuivre. On a parlé aussi des bons effets du foie de soufre récemment mis en usage par un praticien de province, mais si nos souvenirs ne nous trompent pas, ce médicament avait déjà été essayé sans grands résultats à d'autres époques.

M. Mérier (de Saint-Dizier) a employé l'essence de térébenthine d'après la méthode de M. le docteur Bellencontre, et il se loue des résultats qu'il en a obtenus. Il l'a essayée sur quatre malades gravement atteints, et ayant déjà un commencement de cyanose et d'asphyxie. C'est, dit-il, en dernier ressort et comme ressource extrême qu'il y a eu recours. Une amélioration remarquable et peu espérée s'est rapidement produite. Deux de ces malades ont guéri. Les deux autres ont succombé, il est vrai, mais après avoir été beaucoup mieux, et ils ont succombé non au choléra proprement dit, mais à ses suites et à une de ses complications les plus ordinaires, à des congestions cérébrales. M. Mérier fait remarquer que de tous les malades gravement atteints, avec cyanose et imminence d'asphyxie, les deux premiers dont il est question dans sa note sont les seuls qui aient guéri jusqu'ici.

Le relevé suivant prouve que l'influence dont nous venons de voir les effets à Paris n'a point été isolée, et qu'elle s'est fait sentir sur une grande surface.

LONDRES. — Marche du choléra, de la diarrhée, de la dyssenterie.

Semaine se terminant le samedi 1er juillet 1854.

Mortalité: Diarrhée.. 25
— Dyssenterie.. 1
— Choléra. 0

Semaine se terminant le 8 juillet.

Mortalité: Diarrhée.. 32
— Dyssenterie.. 3
— Choléra.. 1

Semaine se terminant le 15 juillet.

Mortalité: Diarrhée.. 46
— Dyssenterie.. 5
— Choléra.. 5

Semaine se terminant le 22 juillet.

Mortalité: Diarrhée.. 58
— Dyssenterie.. 5
— Choléra. 26

Semaine se terminant le 29 juillet.

Mortalité: Diarrhée.. 84
— Dyssenterie.. . . . . chiffre encore inconnu.
— Choléra. 133

Les 133 cas mortels de choléra se subdivisent ainsi :

Sous le rapport de l'âge : Au-dessous de 15 ans. . . 42
— — de 15 à 60. 78
— — 60 et au-dessus.. 13

Vomissements incoercibles à trois mois de grossesse. — Commencement de fièvre d'inanition. — Variole survenue intercurremment. — Cessation des vomissements.

Une femme a été amenée à l'hôpital vomissant sans cesse, vomissant tout ce qu'elle prenait, et présentant avec cela un petit mouvement fébrile. L'idée d'une grossesse provoquant sympathiquement les vovissements se présentait naturellement à l'esprit. Sur les réponses vagues et évasives de la malade, M. Trousseau explora l'état de l'utérus, auquel il trouva le développement que comporte une grossesse de trois mois environ. Les médications usitées en pareil cas ont été appliquées, mais sans aucun succès.

M. Trousseau emploie la belladone en topique; non point sous forme de pommade, préparation infidèle et difficilement absorbée, mais en mixture aqueuse (10 à 15 grammes d'extrait de belladone pour un verre d'eau). Une simple application de cette mixture sur la région épigastrique a suffi dans un grand nombre de cas pour arrêter les vomissements. Dans le cas où ce moyen ne suffit pas, il porte une préparation belladonée sur le col de l'utérus. A cet effet, il étend 1 gramme de mixture de belladone sur un plumasseau de ouate qu'il replie sur lui-même, et autour duquel il passe une anse de fil, de manière à en faire une sorte de nouet; puis, enduisant toute la surface de ce nouet de glaire d'œuf ou de salive, il l'applique sur le col, en ayant soin de laisser pendre les bouts de fil au dehors. Après quelques instants la ouate se laisse entièrement pénétrer par la mixture, qui se trouve ainsi mise immédiatement en contact avec les parois du vagin et le col de l'utérus; si bien qu'il n'est pas rare de voir survenir au bout de peu de temps le délire solanique et la dilatation des pupilles. C'est ce qui a eu lieu chez cette femme, mais sans profit, les vomissements ayant persisté.

Dans de semblables circonstances, et lorsque la belladone appliquée en frictions sur la région de l'estomac et dans les parties génitales internes a échoué, M. Trousseau n'hésite pas à recourir à un moyen qui a déjà été préconisé d'ailleurs, et qui rappelle assez bien l'un des principes de la doctrine homœopathique, ou plutôt, et pour remonter à une source plus éloignée et plus pure, qui rappelle un vieil apophthegme d'Hippocrate : *Vomitus vomitu curatur.* Ce moyen, ces mots l'indiquent assez, c'est l'usage des vomitifs. On a vu quelquefois, en effet, ces vomissements incoercibles céder sous l'influence de l'administration d'un ou de plusieurs vomitifs et de purgatifs drastiques. Cependant M. Trousseau n'y a pas eu recours dans ce cas; ce qui l'en a empêché, c'est l'influence cholérique qui sévit avec tant d'intensité en ce moment dans les salles. Mais cette diversion, que le médecin n'a pas osé faire, la nature s'est chargée de la faire elle-même, et voici de quelle manière.

A côté de l'influence cholérique qui plane comme une épée de Damoclès sur la tête de tous les malheureux obligés de venir demander un asile à l'hôpital, règne aussi une autre influence morbide, moins redoutable sans doute, mais qui n'en fait pas moins de loin en loin aussi quelques victimes; nous voulons parler de la variole. Or la malade en question a contracté la variole, et, ce qui est digne de remarque, non-seulement elle n'a pas présenté ces vomissements bilieux, symptôme prodromique constant et inséparable de l'appareil fébrile varioleux, mais à dater de ce moment les vomissements sympathiques de la grossesse se sont complétement arrêtés.

Qu'arrivera-t-il par la suite? Les évolutions de la variole terminées, les vomissements se reproduiront-ils? Y a-t-il lieu d'espérer, au contraire, que l'habitude vicieuse une fois rompue, la grossesse gagnant du temps grâce à cette interruption, et approchant de l'époque où les vomissements deviennent habituellement moins fréquents ou cessent même spontanément, ceux-ci ne se reproduiront plus? On n'oserait rien affirmer à cet égard. Il faut attendre l'événement. Il est d'ailleurs une autre crainte contre laquelle la bénignité apparente de cette variole, qui n'est confluente que sur la poitrine où l'on avait appliqué quelque temps auparavant un emplâtre irritant, n'abrite pas entièrement la malade. Les conditions fâcheuses dans lesquelles cette femme a contracté cette maladie, l'état fébrile et les symptômes d'inanition commençants auxquels elle était déjà en proie, peuvent en effet faire craindre que la variole ne prenne un cours grave; cette appréhension est déjà fondée sur l'existence d'une parotide survenue le cinquième jour de la variole, signe toujours grave et qui indique une tendance à la malignité.

Si la malade échappe à ce nouveau danger, et si, la variole heureusement terminée, les vomissements venaient à se reproduire, une nouvelle indication se présenterait, indication qui engage au plus haut point la responsabilité du médecin et qui demande à être discutée avec la plus grande maturité; nous voulons parler de l'accouchement prématuré artificiel.

Nous suivrons cette malade, et si les choses en venaient à ce point, nous reviendrions sur cette question.

Flux hémorrhoïdaire excessif donnant lieu à l'anémie, arrêté par le sulfate de cuivre en lavement.

Le flux hémorrhoïdaire est considéré avec raison par la généralité des praticiens comme une fonction utile qu'il ne faut nullement chercher à troubler et moins encore à supprimer, ce qui ne pourrait être fait, dans la majorité des cas, sans préjudice pour la santé des malades. C'est là un principe de pratique banal à force de vérité. Mais lorsque le flux hémorrhoïdaire dépasse les limites compatibles avec la santé, quand il va au point de produire l'anémie et de menacer les malades d'une consomption prochaine, s'arrêter au précepte que nous venons de rappeler et respecter un pareil état serait commettre une faute grave.

Que convient-il de faire pour arrêter un flux hémorrhoïdaire incoercible par les moyens hygiéniques ordinaires? Beaucoup de médications ont été préconisées. Au premier rang viennent se placer les astringents. Mais lorsqu'un des agents de cette classe, à supposer même qu'on ait commencé par le plus actif, a manqué son effet, est-ce une raison pour renoncer à en employer d'autres du même genre? Ce serait méconnaître ce principe de thérapeutique expérimentale dont on a si fréquemment l'occasion de vérifier la justesse: *Avulso uno, non deficit alter*. Un agent d'une classe déterminée de médicaments est-il resté sans effet, la matière médicale renferme assez d'agents analogues pour qu'on puisse espérer qu'en les essayant successivement on arrivera à en trouver un dont l'action sera mieux assurée.

C'est ce que M. Trousseau a eu tout récemment l'occasion de montrer par expérience à ses élèves.

Une femme de trente-huit à trente-neuf ans environ était entrée dans le service de ce professeur, présentant une teinte paille, la décoloration des lèvres, avec de la bouffissure au visage, un bruit de souffle au cœur et aux gros vaisseaux, en un mot, avec tous les caractères de l'anémie la plus prononcée; cette femme semblait mourante. Interrogée sur la cause de cet état, elle répondit qu'elle rendait du sang abondamment en allant à la garde-robe, accompagné de l'émission d'une grande quantité de glaires. La première pensée qu'eut M. Trousseau, c'est qu'il avait affaire à un cancer du rectum. Cependant, en y regardant de près, il ne trouva rien qui justifiât cette idée. Il n'y avait ni tumeur, ni induration, ni rétrécissement du calibre de l'organe. C'était un simple flux hémorrhoïdaire, flux très abondant, et qui n'impliquait nullement l'existence de tumeurs hémorrhoïdaires, comme on est trop généralement porté à le croire. Vu l'abondance de cet écoulement et les conséquences graves qu'il pouvait avoir si on le laissait persister plus longtemps, M. Trousseau jugea à propos de recourir immédiatement à l'un des astringents les plus énergiques, le nitrate d'argent. Il lui en fit prendre en lavement successivement 20, 25, 30, 35 et jusqu'à 40 centigrammes sans obtenir aucun résultat. Le ratanhia fut ensuite substitué au nitrate d'argent sans plus d'effet. Fallait-il en rester là, et se tenir pour battu? M. Trousseau ne l'a pas pensé; il était loin d'en avoir fini d'ailleurs avec les agents substituteurs. Il a prescrit alors le sulfate de cuivre en lavement à la dose de 50 centigrammes dans un verre d'eau; cette dose a été répétée tous les jours, comme on l'avait fait avec le nitrate d'argent et le ratanhia.

Dès les premiers lavements l'écoulement de sang a commencé à diminuer; il a diminué graduellement les jours suivants, et au bout de huit jours il avait entièrement cessé. Il n'a plus été nécessaire d'en donner à dater de ce moment. Cette malade a été mise depuis à l'usage des ferrugineux.

Observation de staphylorapbie. — Succès complet.

Brun (Honorine), âgée de seize ans et née à Saint-Amand (Lozère), est une jeune fille blonde, à peau fine et blanche; son développement n'est pas en rapport avec son âge. Cependant elle a toujours joui d'une bonne santé.

Elle a perdu sa mère à l'âge de deux ans; son père vit encore, et a environ cinquante ans. Elle est l'aînée de trois enfants, tous bien conformés; elle est bien conformée elle-même, à part la division du voile du palais qui l'amène à l'hôpital.

Cette division est bornée exclusivement au voile du palais, qui lui-même est intact à sa partie antérieure, dans l'étendue d'un demi-centimètre environ. Les bords de la solution de continuité sont écartés, et il existe entre la bouche et les fosses nasales une large communication qui rend la voix nasonnée et très désagréable, et la déglutition des liquides difficile et peu sûre; très souvent, en effet, ils reviennent par le nez. Les aliments solides sont facilement avalés.

M. Jobert prépare la malade pendant quelques jours en lui faisant tenir la bouche largement ouverte, et en touchant parfois le voile du palais pour habituer cet organe au contact des instruments. Il procède à l'opération le 28 avril 1854, de la manière suivante:

La malade est assise sur une chaise élevée; la tête, légèrement renversée en arrière, est fixée par un aide qui l'appuie contre sa poitrine. L'avivement est fait avec des pinces à griffes et le bistouri ou les ciseaux coudés indistinctement. Pour faire la suture, M. Jobert se sert d'un cordonnet de soie plat, portant à chacun de ses bouts une aiguille courbe qu'il introduit d'arrière en avant au moyen d'un porte-aiguille ordinaire. M. Jobert place ainsi deux points de suture, négligeant de faire la suture de la luette, dont la division ne cause aucun trouble des fonctions du voile du palais. Il pratique ensuite sur les côtés de la ligne médiane deux longues incisions parallèles à la division congénitale et s'étendant en profondeur au delà de la muqueuse, opération qui permet à celle-ci de glisser de dehors en dedans et efface tout tiraillement des parties suturées.

La malade se gargarise avec de l'eau froide et retourne à son lit après avoir montré une patience et un courage qu'on trouve rarement, même chez des personnes beaucoup plus âgées, et qui ont beaucoup facilité l'opération. On lui a recommandé de ne pas parler et de ne point faire de mouvements de déglutition.

Le 2 mai, on enlève les fils de la suture. La réunion paraît complète.

Le 4, une exsudation pseudo-membraneuse s'est faite sur les lèvres de la plaie, qui se sont écartées en partie sur la portion antérieure du voile, où existe une ouverture. L'état général est très bon.

Le 6, la plaie s'est détergée, et l'ouverture du voile est complètement cicatrisée. On n'aperçoit de trace de la difformité congénitale que sur la luette, qui continue à être partagée en deux lambeaux latéraux.

Aujourd'hui, 20 mai, la cicatrice médiane et les deux cicatrices latérales qui ont succédé aux incisions sont blanches et linéaires; la déglutition des liquides se fait parfaitement, et la voix a déjà gagné beaucoup en clarté et en netteté.

Cas remarquable de monstruosité.

On a pu observer il y a quelque temps, dans le service de M. Bouley, à Beaujon, un cas fort rare de monstruosité consistant dans une *transposition complète* de tous les organes thoraciques et abdominaux; à l'exception, bien entendu, des organes pairs ou qui sont placés sur la ligne médiane. Ce singulier phénomène s'est présenté chez une jeune fille de seize ans, couchée au n° 40 de la salle Sainte-Eulalie, et qui a succombé à une fièvre typhoïde adynamique.

La malade n'offrait à l'extérieur aucun vice de conformation appréciable. D'une taille moyenne et parfaitement constituée, elle paraissait avoir joui toujours d'une santé excellente. Toutes les fonctions, d'ailleurs, s'exécutaient de la façon la plus régulière. Pendant le temps assez long qu'elle passa dans les salles, rien ne put faire soupçonner la moindre anomalie. Cela peut surprendre d'abord; mais cependant on conviendra que dans une affection d'un diagnostic ordinairement facile il serait au moins superflu d'aller tourmenter les malades pour interroger chacun de leurs organes en particulier, surtout lorsqu'ils ne présentent aucune complication capable d'attirer sur eux une attention spéciale. Ce fut précisément là le cas. Les poumons seuls, qui étaient le siége d'une forte congestion, avaient été auscultés souvent et avec soin; mais que pouvait l'auscultation dans cette circonstance? Certes, elle était bien impuissante pour révéler l'anomalie que l'autopsie seule devait plus tard faire connaître.

Voici quelle était la disposition des organes splanchniques déplacés:

1° *Poumons*. — Trois lobes du côté gauche, deux seulement du côté droit. Le lobe inférieur du poumon gauche présentait une subdivision; de sorte qu'à la rigueur on aurait pu compter quatre lobes à gauche. Mais quoi de plus fréquent que ces subdivisions? Aussi n'ai-je signalé ce fait que pour être exact. Disons en passant que le poumon gauche était le siége d'une apoplexie intense qui avait probablement entraîné la mort de la malade.

2° Le cœur était fortement porté à droite; il reposait sur le diaphragme par le ventricule à sang veineux. Les vaisseaux émergents avaient conservé leurs rapports respectifs.

3° L'aorte, à son origine, avait la même disposition qu'à l'état normal. Arrivée au niveau de la troisième vertèbre dorsale, elle longeait le côté droit du rachis, qui, pour cette raison, présentait une courbure à convexité tournée à gauche.

4° Le foie occupait tout l'hypocondre gauche et l'épigastre; il manquait totalement dans l'hypocondre droit. La vésicule biliaire se voyait à sa place habituelle.

5° L'estomac fut trouvé dans l'hypocondre droit, avec sa position normale d'ailleurs. La disposition du duodénum devait évidemment être changée. C'est en effet ce qui fut constaté. Il se dirigeait en arrière et à gauche, vers la vésicule biliaire. Le pancréas avait conservé avec lui ses rapports habituels.

6° L'S iliaque était du côté droit.

7° Le cœcum occupait la fosse iliaque gauche.

8° La rate, peu volumineuse et marquée de sillons profonds, était située dans l'hypocondre droit.

9° L'utérus était dans une antéflexion prononcée; le corps formait avec le col un angle aigu. En même temps, il se dirigeait un peu obliquement de droite à gauche. Il occupait d'ailleurs sa région propre, et ne s'écartait pas de la ligne médiane. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Bazin.

Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face (1).

La teigne *achromateuse* (vitiligo) est certainement plus commune à la face que partout ailleurs (2); souvent elle passe inaperçue. Je l'ai fréquemment rencontrée sur mes jeunes scrofuleux, et principalement sur ceux qui habitent la campagne. Comme toutes les teignes, elle a eu exclusivement son siége sur la face, ou en même temps sur la figure et sur d'autres parties du corps.

Voici un cas de teigne achromateuse de la figure et du cuir chevelu.

Obs. XI. — *Teigne achromateuse de la face et du cuir chevelu.*

Le 3 mars 1854, est entré au pavillon Gabrielle, n° 16, le nommé D..., prêtre, âgé de trente-six ans, affecté d'une teigne achromateuse. C'est un homme d'une constitution forte et vigoureuse, d'un tempérament sanguin. Il croit avoir eu dans son enfance des gourmes à la tête; il n'a jamais eu d'engorgements ganglionnaires. Il porte derrière l'oreille droite une cicatrice blanchâtre, sans dépression, qui serait due à une brûlure. Il a été militaire pendant quatre ans, mais sa vie a toujours été pure, sans excès d'aucune sorte. Il n'a jamais eu d'affection cutanée.

Du côté de l'hérédité, il n'y a rien à noter. Son père paraît avoir mené une vie régulière, ce qui ne nous semble pas avoir beaucoup d'importance pour la maladie actuelle.

Mais, comme prêtre, il paraît être souvent exposé au contact de la misère, fréquente des réduits plus ou moins malpropres et des individus affectés de maux de toutes sortes.

Depuis deux mois seulement il s'est aperçu, en se rasant, que quelques points de son visage étaient dépourvus de poils et moins colorés que les parties voisines. Du reste, jamais il n'a jamais eu de squames dans la barbe; jamais il n'a senti de démangeaisons. Il dit avoir éprouvé de temps en temps des sortes de fourmillements au visage; mais ces sensations fugitives étaient probablement un effet de son état assez pléthorique.

Les plaques dont il s'est aperçu d'abord siégeaient sous le menton à droite; elles se sont peu à peu étendues, et la maladie a envahi la joue gauche et le même côté du menton.

Le cuir chevelu lui-même est devenu malade. Depuis longtemps, du reste, le malade s'était aperçu que ses cheveux tombaient sous le moindre frottement; mais il n'avait point remarqué de plaques complétement chauves avant d'être venu nous consulter.

Aujourd'hui, sur le côté droit du menton, au-dessous de la mâchoire, existe une plaque de 8 centimètres de long sur 4 de large, s'étendant du rebord inférieur du maxillaire vers la région sous-hyoïdienne; plaque assez régulièrement arrondie, à peu près glabre ou présentant à peine quelques poils fins et décolorés, comme des poils follets. La peau présente sur cette plaque un aspect mat qui tranche avec la coloration des parties voisines. Il n'y a point de dépressions.

A gauche, en avant de l'angle maxillaire, existe une plaque un peu moins étendue, mais présentant les mêmes caractères.

Dans le favori gauche, en avant de l'oreille, existe encore une plaque semblable de 2 ou 3 centimètres de diamètre.

Sur la joue droite, il est facile d'observer des points irrégulièrement répandus, étroits, où la peau est glabre, évidemment décolorée.

Partout ailleurs les poils de la barbe sont noirs et assez épais.

Les poils décolorés qui existent sur les plaques ou dans les points malades des favoris s'arrachent facilement, sans douleur, avec leur gaîne épidermique.

Les cheveux du malade sont longs, de couleur châtain foncé, assez épais. Le cuir chevelu est net et parfaitement blanc; mais à la nuque et sur la région occipitale existent trois petites plaques arrondies, d'un centimètre de diamètre, d'une coloration blanc bleuâtre, déprimées, complétement glabres.

Sur le cuir chevelu, comme sur la face, le malade n'accuse aucune démangeaison. — Epilation des poils décolorés qui couvrent les plaques, des poils sains en apparence qui les circonscrivent; lotions avec le solutum de sublimé, 2 grammes pour 500 grammes d'eau distillée; tisane de douce-amère, 30 grammes; sirop de proto-iodure de fer.

Le 10 mars, les plaques, complétement épilées depuis quelques jours, ont déjà changé d'aspect; elles ne présentent plus cette coloration mate qu'on observait lors de l'entrée du malade à l'hôpital; elles paraissent plus vasculaires, la peau y semble plus ferme.

Tous les points où la barbe était clair-semée ont été épilés; tout poil non coloré a été avulsé.

Immédiatement après chaque épilation, des lotions étaient faites avec le solutum de sublimé.

Le malade sort de l'hôpital en promettant de continuer les lotions et de venir de temps à autre nous revoir.

(1) Fin. — Voir les numéros des 27, 29 juin; 20, 27 juillet et 3 août.

(2) On l'observe aussi très fréquemment sur le scrotum.

J'ai décrit dans un précédent travail sur les teignes achromateuses deux variétés de cette maladie, l'une avec dépression des plaques dégarnies de cheveux, l'autre sans dépression des plaques. Si j'ai rapporté cette observation, c'est uniquement pour faire voir que ces deux variétés de la teigne achromateuse sont identiques quant à leur nature, puisqu'on les trouve réunies et se développant simultanément sur le même individu. Dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, on retrouve sur les poils malades le même champignon, qui est un *microsporon*, mais différent des mentagrophytes, non pas tant par le siége que par la moindre adhérence des spores.

Dans certains cas de vitiligo nous avons trouvé une altération fort remarquable des poils, qui consiste dans des renflements et des rétrécissements alternatifs de la tige. Le champignon est particulièrement accumulé sur les parties renflées.

Une autre variété de teigne achromateuse, qui jusqu'à présent ne paraît pas avoir frappé l'attention des observateurs, est celle qui consiste uniquement dans la décoloration des poils. Sur une chevelure noire ou châtain foncé, on voit çà et là de petits bouquets de cheveux tout à fait blancs. Déjà deux fois nous avons eu l'occasion de donner nos soins à de jeunes personnes offrant cette altération de la chevelure, et nous avons été assez heureux pour la voir céder complétement au traitement qui nous a si bien réussi contre toutes les teignes.

La teigne *décalvante* offre cela de particulier que non-seulement elle peut s'observer sur la face, mais qu'elle se généralise plus vite que toute autre teigne; elle gagne plus promptement toutes les régions du corps.

Nous ne connaissons pas encore toutes les circonstances qui prédisposent à cette affection (1); comme pour la teigne achromateuse, l'humidité paraît être une des conditions qui favorisent sa manifestation.

Voici un cas de teigne décalvante guérie par l'application de notre méthode de traitement.

Obs. XII. — *Teigne décalvante du cuir chevelu, des paupières et des sourcils.*

(Note recueillie au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis par M. Deffis.)

Le 20 janvier 1854, a été admise au *traitement externe* la nommée Désirée Blanchard, âgée de vingt-quatre ans, ouvrière en linge, demeurant rue de la Lune, 6, atteinte depuis six à huit mois de teigne décalvante.

Lors de l'apparition de cette affection, Mlle Blanchard habitait rue Bourbon-Villeneuve un logement humide et mal éclairé donnant sur une petite cour où le soleil ne pénétrait jamais. Mlle Blanchard a été atteinte de la gale il y a quelques années, et guérie à l'hôpital Saint-Louis par trois frictions générales avec la pommade sulfuro-alcaline d'Helmerich. Elle n'a jamais eu de maladie vénérienne.

La chute des cheveux aurait été précédée, d'après ce qu'elle rapporte, de l'apparition de croûtes sur la tête. Elle fit tomber ces croûtes au moyen de cataplasmes, d'eau salée et d'autres liquides. Aujourd'hui les croûtes n'existent plus, mais on aperçoit sur toute l'étendue du cuir chevelu une infinité de petites places circulaires dépouillées de cheveux, sans dépression ni décoloration de la peau.

Les cheveux en général sont ébranlés et se détachent facilement sous la traction la plus légère des doigts ou de la pince. Les cils et les sourcils sont également tombés par petites places.

On épile successivement les cils, les sourcils et les cheveux, puis on fait des lotions avec la dissolution de sublimé. On donne à la malade 30 grammes par jour de sirop d'iodure de fer; quelques bains alcalins.

Un abcès survenu sous la mâchoire oblige d'interrompre momentanément le traitement.

Les cils, les sourcils et les cheveux, après un mois de traitement, ont repoussé parfaitement beaux. Toutefois les poils de la région sourcilière gauche, la première affectée, ne paraissent pas tenir encore beaucoup, et quelques-uns même tombent spontanément. — Une nouvelle épilation partielle a dû être pratiquée sur cette région.

J'ai examiné au microscope les sourcils et les cheveux de cette malade; il ne m'a pas été difficile de reconnaître sur ces poils la présence d'un végétal parasite analogue à celui de la teigne achromateuse. Toutefois ce n'est pas le même champignon. Les spores, ovales ou rondes, m'ont paru plus grosses; les trichomata sont courts et peu nombreux. Sur la tige, au-dessus de la capsule, existaient de petites masses brunâtres pareilles à celles que nous avons tant de fois rencontrées sur les cheveux des malades atteints de teigne faveuse. Ces corps opaques ne sont autre chose qu'une agglomération de champignons.

Je me propose d'étudier comparativement et de faire dessiner les champignons des teignes mentagrophytique, achromateuse, décalvante, et du pityriasis furfur. Si tous ils appartiennent au seul genre *microsporon* de M. Charles Robin, je ne doute pas au moins qu'ils ne constituent des espèces fort différentes.

Nous venons de passer successivement en revue toutes les teignes de la face. Ce sont les mêmes que j'ai décrites ailleurs, à quelques modifications près.

Je crois que, pour la fréquence sur cette région du corps, on peut les ranger dans l'ordre suivant:

1° Teigne mentagrophytique;
2° Teigne tonsurante;
3° Teigne faveuse;
4° Teigne achromateuse.
5° Teigne décalvante.

La thérapeutique des teignes est en général d'autant plus difficile et plus longue, toutes choses égales d'ailleurs, que ces affections ont leur siége sur des régions plus abondamment pourvues de poils. C'est pour cette raison qu'elles se montrent si rebelles quand elles atteignent le cuir chevelu.

C'est aussi pour la même raison que les teignes de la face, qui sont incomparablement plus fréquentes et plus tenaces chez l'homme que chez la femme, plus communes dans l'âge adulte que dans la jeunesse, sont aussi d'autant plus faciles à guérir que les sujets ont moins de barbe.

La nature seule guérit quelquefois les teignes de la face. Dans quelques cas assez rares, pour des raisons qu'il est toujours difficile d'apprécier, le végétal parasite cesse de vivre et la teigne disparaît spontanément.

Dans d'autres cas, le plus souvent au bout d'un temps fort long, les poils tombent, les bulbes pileux s'atrophient, s'oblitèrent, et la guérison a lieu par une calvitie permanente.

Bien plus ordinairement, on voit les teignes de la face persister pendant un temps fort long ou bien disparaître momentanément pour reparaître plus vivaces et plus étendues.

Les moyens ordinaires, dans la plupart des cas, ne réussissent pas ou n'ont qu'un succès éphémère; pour guérir rapidement et d'une manière définitive ces affections, il faut recourir à l'épilation suivie de lotions *parasiticides*.

Ce traitement est des plus simples. L'amélioration qui succède à son emploi est instantanée, et cependant son application demande encore une certaine habitude pratique que tout le monde ne possède pas.

Nous avons vu des médecins désireux d'appliquer notre méthode échouer dans le traitement des mentagres dermophytiques, parce qu'ils épilaient incomplétement ou qu'ils prenaient pour des pustules mentagreuses les pustules ecthymatiques sans conséquence, qui sont assez souvent le résultat du contact sur les parties épilées des dissolutions de sublimé ou de sels de cuivre.

L'épilation, pour être bien faite, exige aussi une certaine habileté que le temps seul et l'expérience peuvent donner. Il ne faut pas se borner à extraire les gros poils, ceux qui traversent les pustules et les croûtes, puisque ce sont précisément les petits poils et ceux qui n'ont pas de pustule à leur base que le champignon affecte de préférence. Le *duvet* demande à être avulsé avec le plus grand soin.

Quant au choix d'une solution *parasiticide*, je n'ai de préférence marquée pour aucune. J'ai coutume seulement d'employer celle de sublimé; mais je dois recommander de ne pas trop élever les proportions du sel mercuriel. Deux ou trois fois déjà la salivation produite par cette préparation hydrargyreuse nous a forcé d'interrompre le traitement. On n'a aucun accident à craindre en ne dépassant pas 1 gramme pour 500 grammes d'eau distillée. Ce liquide a d'ailleurs l'avantage de n'avoir ni odeur ni couleur et de ne pas irriter les surfaces malades.

(1) Je crois que beaucoup d'alopécies dites syphilitiques ne sont autre chose que des teignes décalvantes. La syphilis, comme la scrofule, comme toutes les diathèses ou maladies constitutionnelles qui débilitent l'organisme, prédispose au développement des teignes.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Diday.

Fistule urinaire urétrale chez l'homme, guérie par un moyen simple de compression. Observation suivie de réflexions.

Une fistule urinaire, même récente, unique, à trajet sans embranchement, exempte de complication, offre toujours tant de difficultés pour son traitement, que tout moyen capable de seconder celui-ci doit, ce me semble, être accueilli avec quelque faveur. C'est à ce titre que j'ose réclamer la bienveillante attention de la Société (1) pour la communication du procédé très simple qui m'a suffi à obtenir la guérison d'une fistule urétrale survenue au milieu de circonstances qui en aggravaient le pronostic.

M..., âgé de quarante-huit ans, bien constitué, d'un tempérament éminemment sanguin, ayant déjà eu plusieurs urétrites heureusement terminées, en contracta, vers le 12 août 1852, une dernière. Celle-ci, contrairement à la décroissance qui s'observe habituellement dans les accidents successifs de ce genre chez le même individu, affecta dès son début, et malgré un traitement antiphlogistique et délayant énergique, les caractères de l'acuité la plus prononcée. Douze jours après son début, M... commença à sentir une tuméfaction au point de jonction du pli génito-crural gauche avec le périnée. Plusieurs applications de sangsues, les topiques émollients, les bains de siége prolongés ne purent enrayer le développement de cette tumeur, dont nulle circonstance appréciable n'explique la formation. Le médecin du pays, la trouvant fluctuante, en fit l'ouverture avec le bistouri le 20 septembre. Il en sortit immédiatement une certaine quantité de pus mal lié, et à partir de ce moment, chaque fois que le malade évacuait l'urine, une partie du liquide sortait par l'ouverture artificielle. Ne voyant aucune amélioration se produire, le médecin conseilla à M... de venir demander un avis à Lyon. Il y arriva le 8 octobre, et se confia à mes soins.

A ce moment, l'intensité des phénomènes inflammatoires urétraux était un peu calmée. Il restait toutefois encore un écoulement purulent, non filant, médiocrement copieux, accompagné d'une sensibilité en urinant, qui devenait douleur durant l'érection.

Presque immédiatement en arrière des bourses, à 2 centimètres environ à gauche de la ligne médiane, le malade me montra une petite ouverture ombiliquée, sans trace d'inflammation ambiante. Un stylet ordinaire s'y enfonçait dans une direction tendant vers l'urètre; et d'ailleurs le doigt palpait une dureté sous forme de cordon, très peu sensible à la pression, s'étendant de cette ouverture à l'urètre. Pour confirmer ces présomptions d'une communication entre le canal urinaire et l'extérieur, je fis pisser M... devant moi, et je reconnus que l'urine s'échappait d'abord goutte à goutte de l'orifice fistuleux, puis, au bout de quelques secondes, sortait, et jusqu'à la fin, par un jet dont le volume égalait à peu près celui de la colonne liquide simultanément fournie par le méat.

Cet état, qui durait depuis l'ouverture de l'abcès sans s'être le moins du monde amendé, préoccupait extraordinairement notre malade. Impressionnable et craintif à l'excès, le mot de *fistule* lui semblait présager toute une vieillesse d'infirmités; la seule pensée d'une opération le glaçait d'effroi. Du reste, l'affaiblissement résultant d'une inflammation suppurative profonde avait réagi sur son moral et augmentait sa pusillanimité naturelle. Quoiqu'il fût actuellement exempt de fièvre et conservât de l'appétit, il n'osait quitter la chambre et gardait même presque constamment le repos au lit, de peur, disait-il, d'aggraver sa position.

J'employai quelques jours à calmer par des bains et des boissons délayantes l'inflammation de l'urètre, que les fatigues de la route avaient un peu ramenée. Je m'occupai en même temps de ranimer son courage en lui faisant comprendre le mécanisme aussi simple que sûr par lequel une sonde, déviant l'urine de sa voie anomale, condamne celle-ci à l'inaction et provoque son oblitération spontanée. Bref, lorsque j'eus réduit la maladie de l'urètre à une blennorrhagie chronique et à peu près indolente, je commençai à agir par l'introduction de la sonde.

Mais des difficultés sérieuses m'attendaient dans l'exécution de cette entreprise rationnelle. Je ne parle pas des vives souffrances que détermina le passage de la sonde. Quoique je l'eusse choisie en gomme élastique très flexible, de moyen calibre; quoiqu'elle parvînt à pénétrer sans mandrin et très aisément, M... ne cessa de jeter des cris durant toute l'opération. La sonde fut laissée à demeure et fixée. Ce ne devait être là que le prélude d'accidents plus fâcheux.

A peine la sonde était-elle en place depuis deux jours que, malgré toute la patience dont il cherchait à faire usage pour seconder mes efforts, M... se plaignit de douleur vive et continuelle dans toute la longueur du canal. L'écoulement, presque éteint, ne tarda pas à reparaître jaune verdâtre. Le troisième jour, la fièvre s'établit avec des redoublements quotidiens vers le soir. Je voulus maintenir la sonde en dépit de l'irritation qu'elle occasionnait. Mais l'appétit se perdit entièrement; des érections nocturnes très douloureuses, une fièvre intense et continuelle, de la sensibilité au toucher le long du canal me forcèrent d'y renoncer. Ce qui me décida surtout, ce fut de voir que sous l'influence du séjour de la sonde le trajet fistuleux s'était enflammé et que son orifice versait, même dans l'intervalle entre les excrétions urinaires, un muco-pus jaunâtre assez abondant. Je retirai, en conséquence, la sonde six jours après l'avoir mise. Du moment qu'elle fut extraite, l'urine recommença à passer par l'ouverture anomale on aussi grande quantité qu'auparavant.

J'employai de nouveau huit jours à apaiser par une application de sangsues, des bains de siége multipliés, des cataplasmes émollients, quelques injections d'eau fraîche l'état de surexcitabilité vasculaire et nerveuse de la muqueuse urétrale. L'emploi du copahu était momentanément contre-indiqué par la susceptibilité des voies digestives. Au bout de huit jours, le 25 octobre, j'essayai une seconde fois de placer la sonde à demeure. Le cathétérisme fut tout aussi difficile à supporter qu'il l'avait d'abord été. L'inflammation locale, la tension douloureuse du trajet fistuleux, la fièvre se réveillèrent avec la même intensité, et plus promptement encore; si bien que trois jours d'épreuve suffirent pour me convaincre que ce moyen de traitement était actuellement impraticable chez mon client. L'introduction de la sonde répétée aussi souvent qu'il avait besoin d'uriner n'était pas même proposable, vu les tortures que chaque cathétérisme reproduisait.

Dans cette conjoncture, un seul parti s'offrait: attendre que l'excitabilité de l'urètre fût calmée. Or, comme elle tenait à l'existence de la blennorrhagie et à une hyperesthésie naturelle dont on ne pourrait que difficilement trouver plusieurs autres exemples aussi accentués, il était indiqué de remédier à la première cause par l'emploi des antiblennorrhagiques à l'intérieur quand le moment serait arrivé, et à la seconde en émoussant la sensibilité par le passage réitéré de bougies en cire.

Mais ce plan, tout raisonnable qu'il était, demandait beaucoup de temps, et le malade, tourmenté de son état, me pressait d'agir. Ce fut alors que, pour lui faire prendre patience plutôt que dans l'espoir d'un résultat définitif, je songeai à utiliser chez lui les propriétés précieuses de la vessie de caoutchouc vulcanisé. Voici comment je procédai:

Je pris une de ces vessies insufflées qui, recouvertes de peau, servent sous le nom de ballon aux jeux des enfants. Après l'avoir dépouillée de son enveloppe, je la saisis dans la paume de ma main et l'appliquai fortement contre le canal de l'urètre de mon malade au niveau de la fistule. Je l'invitai alors à uriner. La surface de la vessie se trouva avoir été mouillée d'urine; mais il en était sorti qu'une petite quantité.

La femme du malade, personne aussi dévouée qu'intelligente, animée de ce zèle affectueux non moins qu'intrépide devant les assujettissements de chaque instant qu'en face des grands sacrifices, entra immédiatement dans l'esprit de la manœuvre, et me promit de la répéter aussi souvent que son mari éprouverait le besoin d'uriner. Elle tint parole; pas une seule fois la voix qui l'appelait ne la trouva absente ou seulement assoupie. Pendant quinze jours et quinze nuits entières, son mari, on peut le dire à sa louange, n'urina que de sa main.

Peu à peu, et à mesure que j'en voyais les bons effets, je perfectionnai la manœuvre compressive. Ainsi, craignant par-dessus tout que l'urine ne vînt à s'accumuler dans le trajet fistuleux, je conseillai de déboucher chaque fois avec la tête d'une épingle l'orifice extérieur qui avait de la tendance à se cicatriser avant l'occlusion du reste du sinus.

Une fois ce soin préalable accompli, on tenait la vessie doucement mais solidement appuyée. Son volume, égalant celui du poing, lui permettait de faire porter son action compressive à la fois sur l'ouverture extérieure, sur le trajet fistuleux, et principalement sur l'urètre, derrière le point où le trajet s'ouvrait dans son intérieur.

Tout étant ainsi disposé, on donnait au patient le signal d'uriner, en lui recommandant de s'abstenir autant que possible de tout effort, de toute contraction des muscles abdominaux, en lui enjoignant de se *laisser pisser* plutôt que de pousser lui-même l'urine par un mouvement actif.

Après que l'urine avait cessé de sortir, on maintenait encore la vessie en place pendant deux ou trois minutes, afin d'empêcher que les

(1) Cette observation a été communiquée à la Société de chirurgie. (Voir dans notre avant-dernier numéro le rapport de M. Michon à son sujet.)

dernières contractions instinctives de la vessie, des muscles de la région membraneuse, ou la rétraction du reste du canal n'en fissent passer quelques gouttes dans la voie anormalement béante.

Enfin, la vessie ayant été ôtée, on pressait du bout du doigt sur le trajet, et de l'urètre vers l'extérieur, afin d'en évacuer immédiatement la petite quantité d'urine qui, nonobstant toutes nos précautions, aurait pu s'y engager.

Tant de soins eurent leur récompense; elle fut prompte et complète. La poche de caoutchouc, d'abord chaque fois mouillée par l'urine, n'en fut plus, dès le sixième jour, tachée qu'exceptionnellement et dans une très petite partie de sa surface. A partir du dixième jour il n'y en eut plus une seule goutte. Satisfait de cet heureux résultat, ravi de la perspective qu'il lui ouvrait d'une guérison possible sans sonde, le malade reprit à vue d'œil son embonpoint et recouvra la gaieté qui l'avait abandonné depuis plusieurs mois. Au bout de treize jours, je le dispensai de désobstruer chaque fois avant d'uriner la petite ouverture extérieure. Le quinzième jour il partit, n'ayant plus besoin de continuer, mais se proposant de persévérer encore, par excès de prudence, dans l'application de la vessie. A cette époque, l'orifice extérieur était solidement et définitivement fermé. Le cordon indiquant la situation du trajet fistuleux n'offrait plus qu'un engorgement à peine perceptible. L'écoulement blennorrhagique était beaucoup moindre; aucune douleur ne se faisait sentir dans l'urètre, soit pendant l'émission des urines, soit durant l'érection.

Le 19 novembre (sept jours après son départ), je reçus des nouvelles de mon malade. La veille, pressé par un besoin imprévu d'uriner, il n'avait pas eu le temps de rentrer chez lui, et s'était décidé à pisser sans le secours de la vessie. Rien n'étant sorti par la fistule, il se bâtit de me l'annoncer.

Depuis lors il urina librement et renonça entièrement à la compression. La guérison ne se démentit pas un instant. Il a pu marcher comme à l'ordinaire, exercer le coït sans en éprouver aucun fâcheux effet. J'ai eu occasion de le revoir deux fois; la dernière le 29 mars (trois mois et demi après sa guérison); le cordon est complétement effacé, l'ouverture fistuleuse tout à fait méconnaissable. En un mot, la cure me paraît radicale et définitive. Je ne dois pas omettre de dire que douze jours après son départ de Lyon il prit, d'après mon conseil, des capsules au baume de copahu, qui coupèrent le flux urétral sans amener aucun accident.

Pour apprécier justement l'étendue du service que la compression a rendu à notre malade, il ne faut pas élever trop haut la valeur de ce moyen; mais on devra également se garder de la restreindre à des proportions qui ne seraient plus l'expression de son véritable degré d'utilité. Sans doute, chez M..., l'emploi de la sonde à demeure, quoique très difficile pour le moment, n'était point irrévocablement et à jamais impossible. Sans doute on aurait pu attendre la maturité complète du catarrhe urétral, le couper alors avec le copahu, habituer ensuite par degrés le canal à supporter la présence des bougies molles et y établir enfin la sonde en permanence. Mais ce plan exigeait, pour être exécuté, une temporisation prolongée; et l'on manquait ainsi le moment favorable, celui où, la fistule étant récente, son oblitération s'obtient plus aisément par la simple précaution de détourner les fluides qui la traversent.

Je dis que la compression remplissait plus opportunément cette indication; j'ajoute que, seule, elle pouvait, dans l'espèce, la remplir complétement. Ceci me conduit à parler de la coexistence d'une blennorrhagie avec les fistules urinaires.

Lorsque l'urètre communique avec l'extérieur par un trajet anomal, si d'ailleurs l'urètre est sain, le seul obstacle à l'oblitération de ce trajet vient de ce que l'urine s'y engage incessamment et le maintient béant. Mais s'il existe, en outre, une sécrétion purulente de la muqueuse urétrale, une cause nouvelle et très sérieuse provoque la persistance de la fistule. Vous pouvez, avec la sonde à demeure ou introduite lors de chaque besoin de pisser, empêcher l'urine d'enfiler la voie non naturelle. Mais, pour détourner de même le muco-pus, souvent très abondant, le cathétérisme demeure impuissant; et non-seulement impuissant, mais directement et doublement pernicieux; car la présence d'une sonde obstrue à la fois et irrite le canal; elle s'oppose donc à la libre sortie du pus par le méat, et le force, en conséquence, de s'engager à travers la fistule, en même temps que, par son action irritante, elle augmente l'inflammation urétrale et rend plus copieuse la sécrétion purulente, qui est, comme on le sait, en raison directe de l'intensité de la phlegmasie.

Ces considérations m'ont été suggérées par une expérience déjà assez étendue des cas de ce genre. La déduction rationnelle à en tirer serait d'attendre jusqu'à ce que l'écoulement fût tari avant d'entreprendre le traitement de la fistule par la sonde. Mais ce parti très logique ne doit en réalité garder que la valeur d'un pis-aller si l'on se souvient de ce que nous rappelions tout à l'heure, de la nécessité de travailler aussi prématurément que possible à provoquer l'occlusion de ces sortes de fistules. Je dois ajouter que, si l'on posait en principe d'attendre pour commencer la cure la fin de l'écoulement urétral, on s'exposerait, ses malades et soi, à des déceptions aussi pénibles que communes. La blennorrhagie chez certains sujets affecte parfois une durée, une résistance aux moyens thérapeutiques usuels qui dépassent toutes les prévisions. Chez les gens âgés principalement, elle prend très souvent de semblables proportions. Ce n'est plus, s'il est permis d'appliquer ici un mot célèbre, ce n'est plus pour eux, comme dans la jeunesse, un accident, un épisode de leur existence, c'est la grande affaire de leur vie. La fluxion urétrale s'installe et s'enracine dans l'économie; elle y prend le rang d'une fonction nouvelle entrant dans les habitudes, peut-être dans les besoins de l'organisme, et gardant sa place avec une ténacité en rapport avec l'importance qu'elle s'est acquise. J'ai vu plusieurs exemples remarquables de cette chronicité désespérante, parfois presque incurable. En ce moment même je soigne un malheureux confrère, voisin de la cinquantaine, et qui n'a vu qu'au bout de sept mois d'un traitement des plus sévères son écoulement *commencer à mûrir*. Je n'ai pas été seul à constater le fait. Mon habile et patient collègue M. Rodet et moi nous avons traité pendant un an et demi un vieillard de cette espèce de gonorrhée, et les ressources de l'art, combinées avec l'hygiène la mieux appropriée, ont été par nous épuisées sans pouvoir ni guérir ni même diminuer la quantité de l'écoulement d'une manière sensible. Pour de tels malades (et ce sont justement ceux chez qui les fistules urétrales se manifestent le plus fréquemment), attendre que l'urétrite soit entièrement terminée pour guérir la fistule, ce sera souvent différer de plusieurs mois, peut-être de quelques années leur cure complète. Et si l'on réfléchit au peu de temps qu'il leur reste parfois à vivre, à la facilité avec laquelle l'introduction et la présence d'une sonde font reparaître un écoulement récemment coupé, on conviendra que l'ajournement motivé par des considérants de ce genre équivaudrait souvent pour eux à un déni absolu de justice.

La compression telle que je l'ai pratiquée n'annihile pas en totalité ces causes d'insuccès; mais elle en neutralise quelques-unes, et différemment appliquée, elle serait capable de les combattre toutes avec avantage. Son premier et plus précieux effet est de dispenser de la sonde. Par cela seul, elle permet au chirurgien d'agir contre la fistule dès le principe, à l'époque où l'on a le plus de chances d'obtenir sa réunion, et justement aussi à l'époque où la présence de la sonde serait une cause plus puissante d'exaspération pour l'inflammation urétrale. Traiter sans sonde et traiter de bonne heure est une double condition de succès, et nous avons vu que chez M... elle a été utilisée de façon à amener une guérison aussi prompte que solide.

Le mode d'action de cet appareil se comprend aisément. Son effet s'exerce à la fois en arrière et au niveau de la fistule. *En arrière*, il appuie sur le canal, modère l'impulsion du jet d'urine, l'empêche ainsi d'opérer sur les parois du canal cette distension brusque qui oblige le liquide à s'écouler par toutes les issues ouvertes, par l'orifice anomal en particulier. *Au niveau* de la fistule, la vessie de caoutchouc presse et applique l'une contre l'autre les diverses couches organiques qui de dehors en dedans constituent ses parois. Elle fronce donc ces parois, et, rapprochant jusqu'au contact l'orifice externe du sinus de son orifice interne, abolit momentanément sa cavité et supprime tout interstice par où l'urine pourrait s'échapper.

Cette contention a suffi chez M...; mais le succès a probablement dépendu du peu d'ancienneté de la lésion, de l'étroitesse et de la sinuosité du conduit morbide, de l'état d'intégrité et de souplesse des parties molles ambiantes, enfin, et surtout, de ce que la matière sécrétée par l'urètre était en quantité modérée. La même médication serait-elle couronnée d'une semblable réussite en l'absence de ces conditions favorables? le serait-elle notamment s'il coexistait un écoulement urétral abondant? Pour que son effet curatif fût dans ce cas à la hauteur de l'indication, je proposerais un simple changement. Au lieu de se borner à appliquer la vessie toutes les fois que le malade éprouve le besoin d'uriner, je la laisserais en permanence maintenue par un bandage en T, produisant sur les mêmes parties une compression douce, mais continue. Avec cette modification aussi facile à supporter qu'à exécuter, la filtration du muco-pus serait prévenue, ainsi que celle de l'urine, et, cessant de servir à l'écoulement d'un liquide, le trajet pathologique serait bientôt cicatrisé.

MORT PAR LE CHLOROFORME.

Le professeur Dumreicher a porté devant la Société des médecins de Vienne un nouveau cas de mort à la suite des inhalations de chloroforme.

Il s'agit d'un jeune garçon de dix-neuf ans, soumis à la chloroformisation pour pratiquer l'extension dans un cas d'ankylose du genou. Le malade était couché; le chloroforme, à la dose de 2 grammes, fut versé sur une éponge contenue elle-même dans un vase plat, de la forme d'une tabatière, et qu'on maintint sous le nez du patient de manière à laisser la bouche libre. L'inhalation par le nez durait depuis trente secondes; il y avait quelques secondes à peine que l'individu venait de parler, quand le professeur s'aperçut en tâtant le pouls qu'il était fréquent, ondulent; il suspendit aussitôt l'opération. Le malade eut du trismus; la respiration devint irrégulière, le visage prit une couleur violacée, de l'écume s'échappa par les lèvres; les insufflations d'air, les aspersions d'eau froide, la compression alternative du thorax, les frictions, les vapeurs irritantes, la saignée de la veine jugulaire externe, d'où il s'écoula 8 onces de sang épais, tout fut inutile. La mort eut lieu au bout d'un quart d'heure, et dans cet intervalle de temps on perçut un faible mouvement inspirateur. Ce garçon était presque idiot et voué avec fureur à l'onanisme, qu'il venait de pratiquer peu de temps avant l'opération.

Ce fait, qui se passait le 11 novembre 1853, avait pour témoins plus de deux cents assistants.

A l'autopsie, on ne constata, à l'exception de quelques érosions hémorrhagiques de l'estomac, aucune anomalie. Le chloroforme analysé fut reconnu parfaitement pur. L'auteur, à cette occasion, discute la valeur de l'éther comparé au chloroforme comme anesthésique, et soutient la supériorité de cette dernière substance.

(*Zeitschr. d. Gesells. d. Ærtze zu Wien* et *Arch. gén.*)

ACTION CURATIVE DE LA CAFÉINE.

Par M. le Dr Eulenburg.

Le docteur Eulenburg a obtenu d'excellents résultats de l'emploi de la caféine dans le traitement de la migraine. Seulement il ne l'a encore employée que dans deux cas, sur des hommes de trente à quarante ans, jouissant du reste d'une très bonne santé. Le mal revenait à des intervalles d'une à quatre semaines, allait peu à peu en augmentant jusqu'à ce qu'il eût atteint son paroxysme; quelquefois il se calmait après un vomissement. Plusieurs remèdes avaient été donnés inutilement. L'auteur fit prendre, dès les premières atteintes du mal, une poudre de 10 centigrammes de caféine, et fit répéter cette dose trois fois, de deux heures en deux heures. Ce médicament eut pour effet non-seulement de calmer les douleurs, mais aussi d'éloigner les accès.

L'auteur rappelle les bons effets que l'on a obtenus de l'emploi du citrate de caféine; mais à cause de sa cherté, il propose de le remplacer par l'extrait de café, dont 20 centigrammes représentent 5 centigrammes de caféine. (*Allegmeine med. central-zeitung.*)

M. le docteur Vergne, envoyé en mission dans le département de la Haute-Marne, vient d'adresser à l'Académie de médecine une lettre, dont on ne lira pas sans intérêt les passages qui suivent:

Envoyé successivement dans plusieurs départements, et chargé d'une manière spéciale par M. le préfet de la Haute-Marne du service médical de la ville de Chaumont, il m'a été bien des fois donné d'assister à l'incubation, à la naissance, au développement des deux épidémies, suette et choléra, puis de les étudier dans leur marche ascendante, stationnaire et décroissante.

Eh bien! je puis le dire, sinon dans toutes, au moins dans presque toutes les localités que j'ai visitées, lorsque le choléra s'y est montré il avait été précédé par des cas de suette, dont les symptômes offraient généralement peu de gravité. Cette affection semblait pour ainsi dire sonder le terrain, essayer les constitutions individuelles, mesurer les idiosyncrasies particulières, et préparer les sujets à l'influence du choléra.

A Riancourt, Saccicourt, Bologne, Autreville, Vaudremont, Chaumont; plus récemment à Vassy, Euffigneix, Brétennet, etc., etc., la suette s'est montrée la première; elle a frappé un nombre de victimes plus ou moins considérable, mais sans compromettre la vie d'aucune. A Bologne, notamment, j'ai vu dans une seule journée 68 personnes atteintes, sur lesquelles 63 de la suette, 5 du choléra (la population de cette commune est de 500 habitants environ). Sur les 63 sujets atteints de la suette, 52 furent complétement rétablis en moins de quatre jours; les autres avaient repris leurs occupations au bout de huit à dix jours.

Peu à peu la suette s'est montrée plus rare, et le choléra a paru. D'abord il a frappé à petit bruit quelques rares victimes, qu'il a semblé choisir de préférence parmi les sujets affaiblis par l'âge, les maladies antérieures, les privations et excès de tout genre. Peu de personnes ainsi atteintes ont échappé à la mort. Bientôt cependant le nombre des victimes du choléra a augmenté, et en même temps les cas de suette ont diminué de plus en plus, de manière à disparaître presque complètement, pour se montrer de nouveau lorsque l'affection cholérique a paru tirer sur sa fin.

De ce qu'il m'a été permis d'observer, soit dans le département de Seine-et-Marne, soit dans le département de la Haute-Marne, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes:

1° Lorsque la suette se déclare dans une localité, on doit s'attendre à voir le choléra la suivre de près;

2° Lorsque la suette se montre de nouveau dans une localité qu'elle avait à peu près abandonnée et dans laquelle règne le choléra, on peut espérer que celui-ci est sur son déclin;

3° Lorsque le choléra se déclare dans une localité envahie par la suette, il semble dès le début présenter une gravité extrême et qui laisse peu d'espoir de guérison;

4° Souvent, à la suite d'une légère imprudence, un sujet atteint de la suette ou convalescent de cette maladie est pris tout à coup de symptômes cholériques; dans ce cas, ces symptômes s'aggravent avec une extrême rapidité, et le malade est voué à une mort presque certaine;

5° Les premières victimes de la suette, comme du choléra, sont presque constamment, comme on l'a déjà dit si souvent, choisies dans la classe de la société dont les conditions hygiéniques sont les plus fâcheuses; mais, à mesure que l'influence épidémique gagne de la force, elle gagne également du terrain, et frappe peu à peu les classes aisées, puis les classes les plus élevées; mais alors même les personnes atteintes sont plus spécialement celles qui se rapprochent, quant à leur manière de vivre, de celles des classes malheureuses, soit par leur faiblesse de constitution, soit par leur peu d'habitude d'une bonne hygiène;

6° L'épidémie est sur son déclin lorsque dans les localités qu'elle a envahies se montrent peu à peu d'autres affections propres au climat, à la constitution médicale de la localité et à la saison, affections qui avaient complétement disparu, comme si le poison cholérique avait absorbé à lui seul toute l'économie;

7° La suette, qui a régné et qui règne encore dans près de 200 communes de la Haute-Marne, n'offre absolument aucune gravité et ne nécessite pour ainsi dire aucun traitement; les exceptions sont excessivement rares; disons qu'il n'y a presque jamais d'éruption, presque jamais de fièvre;

8° Le choléra dans ces mêmes localités offre, au contraire, une extrême gravité; cependant, traité dès le début par les vomitifs et les purgatifs, on arrive presque toujours à arrêter la marche des symptômes les plus sérieux, et on parvient à obtenir une bonne et franche réaction;

9° Les toniques ont presque toujours échoué; les saignées ont donné des résultats encore plus fâcheux, si ce n'est dans ces derniers jours où leur indication paraît plus rationnelle et où elles ont produit de fort bons effets dans les cas où il y avait menace de congestion cérébrale, ce qui s'est montré assez fréquemment depuis huit à dix jours tant en ville qu'à l'hôpital;

10° Une particularité que j'ai constatée dans la Haute-Marne, et spécialement à Chaumont, c'est l'existence de vers intestinaux très volumineux, très longs, et cela non-seulement chez les jeunes enfants, mais chez des personnes plus ou moins âgées et même chez des vieillards des deux sexes. Souvent ces malades en ont rendu dans les matières des vomissements.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les docteurs Levrat et Leboulanger, accompagnés de MM. Magitot, Laujorrois et Chapotte, étudiants en médecine de la Faculté de Paris, sont en ce moment dans le département de la Haute-Saône, où, sur la demande du préfet, ils ont été envoyés par M. le ministre pour donner leurs soins aux malades affectés de choléra et de suette.

M. le docteur Tholosan remplit à Marseille une mission du même genre.

— M. le docteur Maugin vient d'être nommé médecin en chef titulaire de l'Hôtel-Dieu de Douai, en remplacement de M. Reytier, nommé médecin en chef honoraire.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

PARIS, LE 7 AOUT 1854.

Après une discussion comme celle dont nous venons d'être témoin à l'Académie, on éprouve le besoin de se rendre compte de son but, de son utilité, de son résultat. Une discussion à l'Académie, quel qu'en soit l'objet, a toujours en soi un certain intérêt; elle a presque toujours le privilége d'exciter la curiosité, de tenir pendant un certain temps l'attention du corps médical en haleine. On n'assiste pas sans un certain plaisir à ces luttes où des hommes de talent et de savoir viennent sur un sujet donné apporter le tribut de leurs lumières et de leur expérience. Mais si ces luttes ne devaient avoir en définitive d'autre résultat que de fournir aux uns la satisfaction d'ajouter une nouvelle palme à leurs succès et de recueillir les suffrages de la galerie, aux autres le plaisir de se poser en juges de ces sortes de passes oratoires, il y aurait lieu de se demander si un pareil résultat vaut le temps qui y a été employé, et si cela valait la peine d'ajourner et de tenir en souffrance des travaux moins attrayants sans doute, mais d'une utilité peut-être plus immédiate. C'est au point de vue de leur utilité plutôt que de leur agrément que ces discussions doivent être appréciées. Il faut qu'après avoir entendu tous les arguments, après avoir été mis en demeure de connaître tous les faits et toutes les opinions que la discussion a mis en lumière, chacun de nous puisse se demander ce qu'a acquis la science, ce qu'il a appris de nouveau qui puisse le guider avec plus de sûreté à l'avenir dans l'exercice de son art. Il faut, en un mot, que tout ce bruit et toute cette agitation puissent se traduire en produit net.

Voyons donc ce qui ressort en dernière analyse de la discussion sur le redresseur utérin.

Rappelons d'abord son point de départ. Ce sera la meilleure manière d'en juger le résultat.

Après quelques essais timides et partiels, qui n'avaient paru ni assez efficaces ni assez inoffensifs pour encourager les premiers inventeurs à les continuer, quelques médecins, plus heureux ou peut-être plus hardis, poussant beaucoup plus loin qu'on ne l'avait fait jusque-là les tentatives de cathétérisme intra-utérin, croient être arrivés à ce double résultat : qu'une tige, introduite et maintenue pendant plus ou moins longtemps dans la cavité utérine, redresse et maintient redressé l'utérus dévié; que le séjour de cet instrument dans cet organe n'entraîne par lui-même aucun accident sérieux. Les faits se multipliant semblent pendant un certain temps justifier ces espérances. Mais voici venir des accidents graves, des métro-péritonites mortelles qui donnent l'éveil. L'usage du pessaire intra-utérin pourrait donc n'être point aussi inoffensif qu'avaient pu le croire ses partisans. Que fallait-il penser de l'innocuité prétendue du redresseur? Telle est la question posée devant l'Académie. Mais cette question en impliquait tout naturellement une autre, celle de l'utilité du redresseur. Ces deux questions avaient évidemment une telle connexité que l'examen de l'une entraînait nécessairement celui de l'autre. Si le pessaire était utile, restait à voir jusqu'à quel point cette utilité pouvait le faire accepter avec ses dangers, et si ses avantages compensaient au moins ses inconvénients; que s'il était tout d'abord reconnu inutile et inefficace pour le but qu'on s'en proposait, le danger fût-il moindre qu'on avait pu le craindre, il était trop grand encore, n'étant compensé par aucun avantage.

La question ainsi posée paraissait fort simple au premier abord. De quoi s'agissait-il en effet? De la simple constatation d'un fait qu'une exploration bien faite avant et après le traitement semblait devoir seule faire convenablement juger. Eh bien! non, cette question n'était rien moins que simple, et la discussion s'est chargée de le prouver surabondamment. Elle était si peu simple, qu'aujourd'hui encore, après le long et consciencieux travail du rapporteur, après plus de deux mois de discussion, elle est loin de ressortir parfaitement claire pour tout le monde. C'est qu'il s'agissait précisément d'une des choses les plus difficiles, de la constatation de résultats thérapeutiques dans des conditions pathologiques elles-mêmes mal déterminées...

Que parlez-vous de redresser l'utérus? Mais savez-vous d'abord s'il y a un utérus à redresser; si ce redressement est possible, et si, étant possible, il remédiera au mal que vous prétendez combattre? Cela suppose deux choses : la première, que vous pouvez redresser l'utérus dévié; la deuxième, que ces déviations sont la cause des phénomènes morbides observés, et qu'en redressant l'utérus vous remédierez à tout; deux points qu'il fallait préalablement démontrer. D'une part, est-ce à des déviations proprement dites, à des inclinaisons que vous avez affaire, l'anatomie vous démontre que vous aurez beau soulever, ramener en arrière ou en avant un organe mobile, flottant dans le bassin, redressé tant que vous maintiendrez la tige dans sa cavité, il reprendra nécessairement sa direction vicieuse primitive dès que vous lui enlèverez son tuteur. Est-ce à des inflexions, l'anatomie pathologique vous apprend qu'il n'est pas possible, et qu'il serait d'ailleurs inutile d'y remédier. D'autre part, à quoi servirait ce redressement, en l'admettant possible, si l'on vous démontre que les déviations ne causent aucun des désordres que vous leur attribuez, qu'elles ne constituent point par elles-mêmes un état morbide?

C'est là en substance le jugement qui ressort de la première partie du rapport. Mais ce n'est pas tout encore. Si le redressement n'était qu'insuffisant ou inutile, il n'y aurait en somme aucun inconvénient à laisser poursuivre une expérience dont le temps ferait justice. Mais il a des inconvénients plus sérieux; il donne lieu à des accidents graves, à des accidents mortels, et aux deux faits qui ont servi de texte au rapport et de point de départ à la discussion, M. le rapporteur, par une enquête sévère et rigoureuse, joint une dizaine de cas qui témoignent hautement contre l'innocuité prétendue de la méthode. Il n'est personne qui n'ait présente encore au souvenir l'impression profonde que produisit cette seconde partie du rapport de M. Depaul.

Qu'on nous permette ici à ce sujet une réflexion que nous n'avons certainement pas été seul à faire, et qui vient tout naturellement à l'appui de ce que nous disions tout à l'heure des difficultés inhérentes à la solution des questions de thérapeutique en apparence les plus simples.

Comment se fait-il que sur une question de fait dont la constatation semble au premier abord d'autant plus aisée qu'il s'agit d'effets presque exclusivement mécaniques et tombant sous les sens, un dissentiment aussi profond, une dissidence aussi radicale aient pu se manifester entre deux hommes, entre deux savants imbus des mêmes principes, élevés aux mêmes doctrines médicales et appartenant l'un et l'autre à cette école qui tient à honneur de n'avoir d'autre guide et d'autre devise que l'observation? Comment se fait-il que les succès de l'un se changent pour l'autre en revers, qu'une méthode présentée comme jouissant d'une innocuité parfaite, après avoir subi l'épreuve de l'analyse, se trouve être pleine de périls?

Nous savons jusqu'où peut aller, même pour les esprits les plus droits et les consciences les plus sévères, l'illusion qui naît du désir de bien faire, de mieux faire qu'on n'a fait avant nous et de l'espérance que l'on a conçue d'inventer un moyen nouveau de guérison ou de perfectionner les moyens déjà connus. Nous savons aussi combien la prévention peut aveugler les meilleurs esprits, lorsque sur un point donné de doctrine ils ont fait leur siége et que des faits nouveaux viennent contrarier sur ce point leur manière de voir. Mais tout en faisant la part aussi large que possible à ces deux sentiments, ou plutôt à ces deux faiblesses de l'esprit humain, dont les savants, fussent-ils même académiciens, ne sont pas plus exempts que le commun des hommes, nous ne trouvons pas encore là une explication suffisante d'une aussi complète divergence. Il faut donc en chercher ailleurs la cause principale. Cette cause, nous la trouvons dans la nature même du sujet, dans la difficulté de reconnaître exactement les états morbides auxquels on a eu affaire, et partant dans l'impossibilité d'apprécier les effets des traitements employés; cette cause, en un mot, c'est l'ignorance où nous sommes des causes réelles des affections utérines et de leurs signes corrélatifs, c'est l'incertitude pour ne pas dire l'anarchie qui règne dans les doctrines de la pathologie utérine.

Tel a dû être le sentiment unanime, tel a été le nôtre en particulier après la lecture du rapport de M. Depaul. Ajoutons, toutefois, que cette impression n'a pas été aussi exclusivement négative. Si le rapport n'a fait que soulever dans l'esprit des doutes sur l'utilité de la méthode du redressement, sur ses indications et son opportunité, le résultat en a été plus explicite en ce qui concerne les accidents auxquels l'usage du redresseur peut donner lieu. Ç'a été là, en réalité, le fait le plus positif acquis par cette enquête.

FEUILLETON.

DE TÉNÉDOS A SÉBASTOPOL.

Ténédos est appelée par les Turcs *Bogtcha-Adassi*. Cette île, qui a environ six milles de longueur de l'est à l'ouest, et trois milles dans sa plus grande largeur, présente sur ses côtes des rochers nus et déserts, mais elle est très fertile dans l'intérieur. Elle a toujours été citée pour la bonté de ses vins, qui, dit-on, conservent leur couleur et leur force pendant quatorze ou seize ans; au bout de ce temps leur couleur s'altère, mais leur goût se conserve encore pendant de longues années. Ils sont principalement exportés à Constantinople. La ville, située sur la côte orientale de l'île, se compose à peu près de cinq cents pauvres maisons de bois; elle est défendue par une forteresse aux murailles blanchies et quarante-deux pièces de canon. Le pavillon turc y flotte continuellement. Le port, qui possède une espèce de môle du côté du nord, est tout à fait à l'abri des vents du nord, mais donne un mauvais refuge contre les autres vents. A environ quatre lieues au nord-est de Ténédos est la baie de Bésika, qui était probablement le port appelé autrefois Achéen, et qui est aujourd'hui en grande partie ensablée.

Près de là est la plaine de Troie. C'est un terrain plat coupé par plusieurs petites rivières, et sur lequel sont parsemés quelques misérables villages. La situation précise où a existé autrefois la célèbre cité est complétement incertaine; il n'est resté aucun vestige qui puisse indiquer sa position, et toutes les recherches qui ont été faites jusqu'ici ont été complétement infructueuses. La plaine est couverte d'une riche verdure; mais en hiver, quand les torrents se précipitent des montagnes voisines, elle est toute couverte d'eau, ce qui la rend très marécageuse. Aussi un grand nombre de nos matelots, pendant le mouillage de la flotte à Besika, ont-ils contracté des fièvres intermittentes le plus souvent rebelles à l'action du sulfate de quinine. Ces torrents descendent vers la fin de novembre et jusqu'au mois d'août suivant. Le terrain est trop humide pour admettre d'autre culture que le blé indien et le coton. Sur le rivage sont parsemées une foule de petites hauteurs appelées *tumuli*, que les voyageurs désignent comme les tombes d'Achille, d'Antilochus, d'Hector, d'Ajax, d'Ilus, de Peneleus, de Patrocle et des autres héros dont les noms sont cités dans le poëme d'Homère. Il y a des ruines gisant dans la plaine, dont quelques-unes sont d'une prodigieuse grandeur. On suppose que ces ruines sont des restes de tombeaux; mais certainement ce ne sont pas celles de la ville de Troie, car la ruine la plus ancienne est reconnue pour avoir été construite par Antigone, et agrandie par Lysimaque à l'époque d'Alexandre le Grand.

Près du cap Janissaire, il y a un village et quelques moulins à vent, derrière lesquels, à une toute petite distance, se trouve un tumulus qu'on croit être celui d'Ajax ou d'Achille. Le cap Janissaire, sur lequel est placé le château d'Asie, est la partie méridionale de l'entrée des Dardanelles du côté de l'Archipel. A deux milles environ du château d'Asie, situé sur la rive opposée, est le château d'Europe, qui forme la partie nord de l'Hellespont.

Le détroit des Dardanelles, de son entrée au fanal de Gallipoli, a environ onze lieues de long. Sa largeur est variable. Outre les deux châteaux dont nous venons de parler, il y a aux Dardanelles un grand nombre de forts et de batteries élevées de chaque côté, dans le but d'arrêter, en cas de guerre, les navires qui passent dans le détroit. La principale place de défense sur la côte d'Europe est Bevalli-Kalessi, nouvelle batterie construite sur l'emplacement de l'ancienne Sestos. En face, sur la côte d'Asie, est Kiossi-Burun, bâtie à la place d'Abydos. C'est entre ces deux points que lord Byron traversa les Dardanelles à la nage.

En remontant le détroit, la côte d'Asie, qui s'élève graduellement de la mer à la chaîne du mont Ida, présente l'apparence d'une belle et fertile contrée. Sur la rive opposée, le paysage est plus abrupte, à part quelques endroits assez peuplés et bien cultivés.

Killid Bahar, ou le Dardanelle d'Europe, est une toute petite ville placée dans un endroit très salubre, et principalement habitée par les soldats qui en forment la garnison. On a depuis peu ajouté au château, qui a la forme d'un croissant, une batterie de quarante-trois canons.

Le détroit des Dardanelles ressemble à un fleuve véritable, tant par son étroitesse que par le courant rapide qui va de la mer de Marmara à l'Archipel.

En face de Gallipoli, sur la côte d'Asie, est le petit village de Lampsaki, où l'escadre de l'amiral Bruat, qui était en station dans ces parages, avait établi un petit hôpital pour les malades qui étaient à bord. Le séjour à terre leur était très salutaire; mais à peine étaient-ils guéris de l'affection qui les avait amenés à l'hôpital, que les fièvres intermittentes, très fréquentes sur la côte d'Asie, venaient s'abattre sur ces pauvres malades, déjà affaiblis par leur maladie antécédente. Aussi faisait-on une grande consommation de sulfate de quinine et de préparations arsenicales.

En quittant Gallipoli et en pénétrant dans la mer de Marmara, on trouve à gauche, sur la côte d'Europe, la jolie petite ville de Rodosto,

La discussion a-t-elle changé quelque chose à cette première impression? Non. L'opinion née dès l'origine de ce débat du conflit soulevé dans les esprits par la lecture du rapport et par l'exposition des faits et les explications de M. Valleix, cette opinion n'a pas été sensiblement modifiée; elle est restée à peu près la même après la discussion qu'avant. En élargissant le champ de la question, celle-ci n'a que mieux fait ressortir l'ignorance et l'incertitude dont nous parlions tout à l'heure. Comme en 1849, toutes les doctrines sont venues y exposer leurs prétentions exclusives et se détruire en quelque sorte les unes les autres par leur exagération même; de sorte qu'on pourrait leur appliquer à toutes le jugement sévère de M. Gibert, y compris la sienne propre. Cependant quelques faits nouveaux, mais qui ne sont encore qu'à l'état d'aperçu, ont surgi de ce conflit d'opinions et semblent destinés à survivre à ce naufrage général, c'est la connaissance de cet état morbide de l'utérus, mal défini encore, que M. Malgaigne considère comme une névralgie, auquel M. Paul Dubois n'a pas cru devoir donner une dénomination précise, mais qu'il a décrit d'une manière un peu plus complète comme un état nerveux spécial de la matrice.

Eh bien! cet état particulier de souffrance nerveuse de l'utérus, qui n'est ni la phlegmasie, ni l'engorgement, ni le catarrhe utérin, ni la déviation, mais qui peut se trouver compliqué de chacun de ces accidents, cet état morbide, disons-nous, pourrait se trouver plus souvent qu'on ne pense au fond de toutes les affections utérines, et subsister, comme nous en avons vu des exemples nous-même, aux ulcérations, aux engorgements ou aux déviations que l'on avait cru avoir seules à combattre. C'est là un fait important qui demande à être sérieusement étudié et dont une connaissance plus exacte pourra contribuer à jeter quelque lumière au milieu de la confusion actuelle. Quant aux autres affections, il est évident qu'il n'en est pas une seule, si l'on fait abstraction de l'importance exagérée dont elles ont toutes été l'objet, qui n'ait droit à une place dans le cadre nosologique, voire même, n'en déplaise à M. Velpeau, l'engorgement du col de l'utérus. Mais il restera à en étudier ultérieurement les signes diagnostiques différentiels, si l'on veut enfin que la thérapeutique sorte du dédale où elle est engagée.

Voilà bien sommairement, si nous ne nous trompons, ce qui est ressorti de plus net dans l'esprit de la galerie de la longue discussion à laquelle nous venons d'assister, du moins en ce qui concerne la question générale des affections de l'utérus. Ce résultat est minime sans doute, mais il n'en mérite pas moins d'être enregistré; il le mériterait encore quand il n'aurait consisté qu'à nous faire connaître notre ignorance; et dût-on être fondé à dire de cette discussion ce que M. Malgaigne disait de celle de 1849, qu'elle n'avait pas fait faire un pas à la science, cela serait encore utile à savoir.

Quant à son résultat par rapport à la question spéciale du redresseur utérin, c'est autre chose. L'Académie s'est engagée ici un peu au delà de ce que le sens général des débats permettait de prévoir, et peut-être même au delà de ce qui était dans l'intention de la majorité de ses membres. Ceci demande une petite explication.

MM. Huguier et Robert, comme membres de la majorité, avaient proposé une conclusion qui, en atténuant la sévérité du rapport, avait cet autre mérite, à nos yeux, de résumer assez exactement le sentiment le plus général qui semblait résulter de la discussion. Ce sentiment, nous croyons qu'on pourrait le formuler ainsi: non, le redressement utérin n'a pas tous les avantages qu'ont cru lui reconnaître ses partisans; il n'est même pas bien certain qu'il remplisse précisément le but qu'on s'en était proposé; d'un autre côté, il n'est pas dépourvu d'inconvénient, puisqu'il a donné et peut donner lieu, par conséquent, encore à des accidents. Mais il n'en reste pas moins constaté qu'il a eu quelques résultats utiles, sinon en redressant l'utérus, du moins en modifiant d'une manière spéciale l'état pathologique de cet organe.

Il peut donc encore, dans une certaine limite qui sera déterminée ultérieurement par l'expérience, rendre des services à la pratique, à la condition d'étudier avec soin et d'éviter à l'avenir les circonstances qui en peuvent rendre l'usage dangereux. Cela ressortait naturellement de ce qu'ont dit MM. Dubois, Velpeau, Robert, Huguier, Bonnafont, etc.; c'est ce qu'exprimait, avec toutes les réserves désirables, la conclusion proposée par MM. Robert et Huguier; c'est enfin, nous n'hésitons pas à le dire, la proposition qui semblait devoir réunir le plus grand nombre de suffrages, tant au dedans qu'au dehors de l'Académie. On connaît cependant le sort qu'elle a eu. Il n'en aurait peut-être pas été ainsi si d'une part on n'avait cherché à en modifier le sens par un amendement qui faisait disparaître ce qu'elle avait d'extrêmement réservé, et si d'autre part, dans une précipitation qui se conçoit par la lassitude et le désir d'en finir, M. le président n'eût mis hâtivement aux voix la proposition ainsi amendée, au lieu de la scinder. C'est là, croyons-nous, ce qui a entraîné à la fois la ruine et de l'amendement et de la conclusion primitive elle-même.

Quoi qu'il en soit, le rejet de cette proposition est regrettable, parce qu'il laisse subsister dans toute sa sévérité la condamnation absolue et sans restriction d'une méthode qui, quoi qu'on en puisse dire, n'est encore ni assez connue, ni assez expérimentée pour la juger ainsi en dernier ressort. — Dr Brochin.

L'administration de l'assistance publique vient de changer d'une manière radicale les règlements d'admission et de séjour des malades dans les hôpitaux de Paris.

Voici d'abord les arrêtés, puis la circulaire relative à ces modifications, dont la forme nous paraît porter une atteinte grave aux attributions exercées jusqu'à ce jour par le corps médical des hôpitaux.

Règlement pour l'admission des malades dans les hôpitaux.

Le directeur,

Vu la loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et hospices;

Vu la circulaire ministérielle du 31 janvier 1840;

Vu la délibération de la commission municipale du 30 juillet 1852 sur le budget de l'administration de l'assistance publique pour 1853;

Vu la délibération de la commission départementale du 15 novembre dernier sur l'admission dans les établissements hospitaliers de Paris des malades, des vieillards et des infirmes des communes de la banlieue;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique;

Arrête:

1° Les admissions dans les hôpitaux de Paris sont prononcées, soit d'office, soit sur l'avis des médecins de l'administration, par le directeur de l'assistance, ou par les directeurs qui le représentent dans les établissements hospitaliers.

2° Tout individu qui réclamera son admission dans les hôpitaux de Paris, soit au Bureau central, soit dans les hôpitaux mêmes, devra déclarer s'il est domicilié dans cette ville, et depuis combien de temps.

3° L'attestation de la maladie continuera d'être délivrée par les médecins et chirurgiens de l'administration, soit au Bureau central, soit dans les hôpitaux.

En l'absence des médecins et chirurgiens, les directeurs pourront prendre l'avis des élèves de garde.

4° Tous les individus que les médecins ne jugeront pas assez sérieusement malades pour être admis dans les hôpitaux seront renvoyés au traitement à domicile.

Toutefois, s'ils ont un besoin immédiat de médicaments, ils pourront recevoir des médecins une première prescription qui sera exécutée gratuitement dans les pharmacies des hôpitaux et dans celles des bureaux de bienfaisance.

5° Des lits seront, autant que possible, établis dans les divers hôpitaux pour les malades qui demanderont à être admis en payant.

6° Les frais de traitement de ces malades devront être acquittés d'avance pour huit jours. Ils seront calculés sur le prix moyen de la journée, tel qu'il est établi par le compte du dernier exercice.

7° L'administration fera faire des enquêtes au domicile des malades admis gratuitement dans les hôpitaux, à l'effet de s'assurer s'ils appartiennent à la ville de Paris, et s'ils sont hors d'état de pourvoir aux frais de leur traitement.

8° M. le préfet de la Seine sera prié d'exiger des communes rurales, par voie d'abonnement, le remboursement de tout ou partie de la dépense du traitement de leurs malades dans les hôpitaux de Paris.

9° Tous les règlements antérieurs qui seraient contraires au présent règlement sont et demeurent rapportés.

Fait à Paris, le 29 avril 1854. Signé Davenne.

Règlement relatif au payement des frais de séjour des malades admis dans les services payants des hôpitaux.

Le directeur,

Vu la loi du 10 janvier 1849;

Vu la loi du 7 août 1851;

Arrête:

1° Les malades admis moyennant payement dans les hôpitaux seront soumis au même régime alimentaire et réglementaire que les malades traités gratuitement.

2° Le prix de journée, pour chaque hôpital, sera celui qui résultera du dernier compte annuel rendu par l'administration.

3° Tout malade entrant est tenu de consigner à l'avance, entre les mains du comptable de l'hôpital, le prix de huit journées de traitement.

Quelle que soit la durée du séjour des malades, le prix des huit premières journées reste acquis à l'établissement.

Fait à Paris, le 23 juin 1854. *Signé*: Davenne.

La circulaire suivante a été adressée par M. le directeur de l'assistance publique à ses agents dans les hôpitaux pour leur indiquer la manière d'interpréter les dispositions qui précèdent:

Monsieur le directeur,

Je vous adresse copie d'un arrêté en date du 29 avril dernier, approuvé par M. le préfet de la Seine, et relatif à l'admission des malades dans les hôpitaux.

Cet arrêté contient diverses dispositions que je dois signaler à votre attention d'une manière particulière.

Vous remarquerez qu'aux termes de l'article 1er, c'est à vous qu'appartient le droit de prononcer les admissions, droit qui, par un regrettable déplacement d'attributions, ou plutôt par l'abandon qu'en avait fait l'administration, était exercé par MM. les médecins exclusivement.

Le nouvel arrêté fait à chacun la part qui lui revient légitimement. L'homme de l'art constate la maladie, donne un avis purement médical, et le directeur de l'établissement, qui représente l'administration, ordonne, s'il y a lieu, l'admission du malade.

Cette règle, monsieur, n'est pas une innovation, puisqu'elle est écrite dans la circulaire ministérielle du 30 janvier 1840, portant règlement pour tous les hôpitaux de France. L'article 8 de cette instruction porte en effet: « L'admission des indigents malades à l'hôpital est » prononcée par l'administrateur de service. Il prend, autant que pos- » sible, l'avis du médecin de l'établissement. »

La disposition du nouvel arrêté n'est donc qu'un retour aux véritables principes, ou plutôt c'est l'application à la ville de Paris d'un règlement qui s'exécute dans tous les autres hôpitaux de l'Empire. Il sera dès lors bien entendu désormais que l'administration seule dispose des lits existants dans ses établissements, et que la mission de MM. les médecins consiste à signaler les maladies qui leur paraissent devoir être traitées à l'hôpital.

Je n'ai pas besoin de vous dire que vous ne devez faire usage qu'avec prudence du droit de prononcer les admissions que l'administration a ressaisi, et qui vous est attribué par délégation. Ainsi, quand un malade réclamera une admission d'urgence, vous ferez sagement de prendre l'avis d'un des médecins de service, ou, à défaut, celui de l'élève de garde.

L'interne de garde devra aussi vous indiquer si le malade est atteint d'une affection du ressort de la médecine ou de la chirurgie; mais c'est à vous qu'il appartient de désigner, d'après cette indication, la salle dans laquelle le malade devra être placé.

---

bâtie sur une colline et sur la route de Constantinople. C'est un port marchand où il règne une assez grande activité, et qui a l'avantage d'être très salubre. La topographie médicale des diverses côtes de l'empire turc est excessivement variable. Ainsi, depuis la presqu'île de Chalcédoine jusqu'à Constantinople, les habitants des côtes jouissent d'une excellente santé et sont exempts des épidémies; tandis que sur le rivage opposé, en Asie jusqu'à Cyzique, située dans la mer de Marmara, des fièvres intermittentes qui deviennent le plus souvent pernicieuses déciment la population. Les côtes turques de la mer Noire présentent une disposition hygiénique tout à fait différente; ce sont, au contraire, les côtes d'Europe qui présentent les fièvres intermittentes, tandis que les côtes d'Asie jouissent de la salubrité la plus parfaite.

Il y a plusieurs îles dans la mer de Marmara; la plus importante est celle qui a donné son nom à la mer où elle est située; elle a dix milles de longueur sur cinq de large. Les Turcs la nomment *Marmar Adassi*; elle est peu élevée et traversée par une chaîne de montagnes. Cette île est très salubre, mais il y fait en hiver des froids de 16 à 18° au-dessous de zéro.

Enfin, on arrive au magnifique Bosphore, le passage le plus beau qu'il y ait au monde. Ce détroit, qui se dirige au nord-nord-est, a une longueur de quinze milles; sa largeur varie depuis un mille jusqu'à quatre et demi. Il s'étend après beaucoup de méandres jusqu'à la mer Noire. Il a une grande profondeur dans toute son étendue, étant continuellement traversé par un courant rapide. A son entrée méridionale, il y a deux phares, dont l'un est placé à un mille environ au sud-ouest des ruines de Karac-Seraï et dont l'autre est placé à gauche un peu au-dessus de la célèbre mosquée de Sainte-Sophie. En entrant dans le détroit, qui en cet endroit n'a pas plus d'un mille de large, vous avez à gauche la ville de Constantinople. Sa forme est triangulaire; elle est bordée dans toute sa partie sud par une muraille de 14 à 20 pieds de haut, flanquée de nombreuses tours et six portes ou entrées. Au côté ouest, il y a l'ancienne muraille de Théodose, qui a trois milles de long avec sept portes. Son port n'est pas sur le bord de la mer; il est formé par un vaste passage qui se trouve au nord-est de la ville. Il a une profondeur suffisante pour admettre les plus gros vaisseaux et est assez étendu pour abriter une flotte de 1,200 voiles.

Sur le côté opposé du port sont les faubourgs de Galata, Péra et Tophana, où les étrangers ont la permission de résider: aussi est-ce là qu'est le siége principal du commerce, d'un bruit et d'une confusion continuels. Galata et Tophana, situés sur le bord de la mer, sont de longues rues habitées par les marins et les marchands; comme Constantinople, ils sont bâtis en pente et renferment un grand nombre de belles maisons. Près de là sont d'immenses fonderies de canons.

L'ancienne prison, appelée le château des Sept-Tours, est située à l'angle sud-ouest de Constantinople, où commence l'enceinte méridionale, et se termine à la pointe du sérail.

Dans la mer Noire, le vent de nord-est amène un temps doux assez agréable pendant l'été et une température très froide pendant l'hiver.

Le vent de nord-ouest, au contraire, est généralement accompagné de brouillards et d'un temps très humide. L'été, les vents du nord règnent communément, et c'est seulement au commencement de l'automne et au printemps que soufflent les vents du sud. Les navires qui viennent de la Méditerranée sont souvent retenus dans les Dardanelles et le Bosphore pendant des mois entiers par suite des vents du nord, tandis qu'avec un vent favorable ils peuvent les franchir en quarante-huit heures. La distance peu considérable qui existe entre les côtes d'Asie et d'Europe rend le courant si rapide qu'il est tout à fait impossible de gagner la terre en essayant de louvoyer. Le même courant aide puissamment les navires lorsque, venant de la mer Noire, ils vont contre le vent du sud.

La côte d'Asie-Mineure est rarement sujette aux tempêtes occasionnées par les vents du nord, car leur direction est le plus souvent changée de l'est vers l'ouest par les montagnes de la côte quand ils rencontrent au large un air léger. Le même phénomène a été souvent observé sur les côtes de Circassie avec les vents de sud-ouest, et les côtes méridionales de la Crimée avec les vents du sud-est. Une notion erronée généralement entretenue sur le climat de la mer Noire et même sur celui de Constantinople a besoin d'être combattue. Cette ville, placée entre deux mers, est sujette peut-être à une température plus basse et à des hivers plus rigoureux qu'aucune autre contrée d'Europe située sous la même latitude. Depuis le mois de décembre jusqu'au mois de mai et quelquefois de juin, un froid intense y règne; il y a toujours de la neige; c'est à peine si à de rares intervalles on voit apparaître une belle journée. L'hiver y est certainement plus rigoureux que dans le nord de la France. Cornet.

(*La fin au prochain numéro.*)

Le 9 juillet, il y avait encore à St-Pétersbourg 670 malades en traitement. 108 cas nouveaux se sont présentés le même jour. Sur ces 108 cas, 29 morts, 27 guéris, le reste en traitement.

Le 10 juillet, 89 nouveaux cas; 32 guéris, 39 morts, 18 en traitement.

Dans ces derniers temps, il s'est introduit un usage abusif qui consiste à admettre comme malades des individus qui n'ont que des infirmités ou des affections chroniques. Ces admissions ont pour but de faire prononcer, par voie de translation, l'évacuation de ces infirmes des hôpitaux sur les hospices, en forçant pour ainsi dire la main à l'administration. Lorsque vous croirez reconnaître des individus de cette catégorie, vous n'hésiterez pas à refuser l'admission. Vous préviendrez par là une sorte de fraude, et vous économiserez à l'administration des frais de journées d'hôpital qui seraient en pure perte.

Toutes les fois qu'un malade ne sera pas jugé admissible à l'hôpital, mais que le médecin chargé de la consultation reconnaîtra qu'il peut être traité à domicile, ce malade sera renvoyé par vous au bureau de bienfaisance de son arrondissement.

Si le médecin juge qu'il soit urgent de prescrire des médicaments, l'article 4 du nouvel arrêté vous autorise à les faire délivrer par la pharmacie de l'hôpital, mais pour une fois seulement. La délivrance s'en fera immédiatement, afin que le malade ne soit pas obligé de revenir pour les prendre.

MM. les pharmaciens porteront ces médicaments en dépense sur le relevé des bons (modèle n° 4), comme cela se pratique déjà dans les établissements où il existe des consultations externes. Ils auront soin de séparer, sur ce relevé et sur le compte mensuel, ces médicaments de ceux qui sont prescrits aux malades traités à l'intérieur des hôpitaux, et ils joindront à l'appui les prescriptions des médecins, comme on y joint maintenant les bons délivrés pour les malades internes.

Mais je répète ici que les prescriptions ne doivent être servies par les pharmaciens des hôpitaux que lorsque la nécessité du médicament est immédiate, afin de ne pas surcharger le service des pharmaciens au point d'être dans l'obligation d'en augmenter le personnel. Dans tous les autres cas, les malades doivent être renvoyés avec les ordonnances médicales aux pharmacies des bureaux de bienfaisance.

Pour prévenir toute fraude, vous aurez soin de faire apposer sur chaque ordonnance le cachet de l'hôpital.

Vous accueillerez les malades qui se présenteront pour être admis en payant et vous leur ferez connaître le prix de journée de votre hôpital d'après le dernier compte rendu par l'administration. Les frais de traitement devront être acquittés d'avance par huitaine. Quelle que soit la durée du séjour du malade, le prix des huit premières journées reste acquis à l'administration. Il ne sera fait de décompte que sur les journées qui excéderaient la première huitaine. Le jour de l'entrée donne lieu à payement, mais non celui de la sortie.

Les malades admis moyennant payement seront soumis au même régime alimentaire et réglementaire que les malades traités gratuitement. Mais vous les placerez autant que possible dans le service des médecins ou chirurgiens par lesquels ils demanderont à être traités.

Ces divers points sont réglés, pour la plupart, par un arrêté spécial relatif aux malades payants, dont vous trouverez ci-joint une copie.

Enfin, monsieur, l'administration étant dans l'intention de faire procéder à une enquête sur tous les malades admis pour reconnaître leur domicile et leur situation de fortune, vous voudrez bien adresser tous les jours à l'administration (bureau de la 1re division) une fiche du modèle que je vous adresse avec la présente.

Vous veillerez personnellement à ce que ces fiches, écrites très lisiblement, contiennent toutes les indications qu'elles comportent, et à ce que les renseignements relatifs aux noms et demeures soient recueillis avec tout le soin possible, afin de faciliter la tâche des visiteurs.

Les arrêtés que je vous transmets seront portés par vos soins à la connaissance de MM. les médecins et chirurgiens, et affichés tant dans la salle des consultations que dans le bureau des entrées de l'hôpital.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente instruction et vous conformer exactement aux dispositions qu'elle prescrit.

Recevez, etc. Signé : DAVENNE.

Nous ne voulons pas discuter ici les avantages ou les inconvénients des modifications introduites par les arrêtés qui précèdent dans le mode d'admission des malades dans nos hôpitaux, mais nous ne pouvons nous empêcher de faire une observation.

Il semblerait d'après cette circulaire que le directeur d'un hôpital aurait le droit de contrôler et de vérifier le diagnostic des médecins pour savoir si l'admission d'un malade est possible; qu'il pourrait les interroger et s'assurer, par exemple, si une femme supposée atteinte d'un cancer de l'utérus a bien cette maladie, afin de pouvoir la renvoyer si elle avait été admise en fraude par les médecins; qu'il pourrait de sa pleine autorité faire rester dans les salles un malade renvoyé par les médecins comme guéri; qu'il pourrait dire à M. Andral ou à M. Rostan, à M. Velpeau ou à M. Jobert : Cet homme que vous croyez malade n'est pas malade, et je le renvoie de l'hôpital malgré vous qui pensez devoir l'admettre pour tenter de le guérir.

Nous ne pensons pas que telle ait pu être l'intention de M. le directeur de l'assistance publique; nous croyons donc que cette circulaire est allée au delà de sa pensée, car jamais un arrêté administratif ne pourra déléguer à un directeur d'hôpital pour l'appréciation d'une maladie les qualités reconnues au médecin chargé de guérir ceux qui souffrent. — Dr Moreau.

CHOLÉRA A MARSEILLE ET A STRASBOURG.

Nous recevons d'un de nos honorables confrères de Marseille, M. le docteur Bouquet, les détails suivants sur l'épidémie dont cette ville a tant souffert.

C'est le 8 juin que l'épidémie a fait son apparition à l'hôpital militaire. Peu après quelques cas isolés se sont manifestés en ville, mais à partir du 10 juillet le nombre des décès a toujours dépassé 100, excepté dimanche, 30 juillet, où il est tombé à 76, pour remonter à 103 lundi. Mardi, on en comptait 67; mercredi, 83, et jeudi, 3 août, 75, dont 33 enfants.

On a organisé des bureaux de secours dans des pharmacies qui restent ouvertes jour et nuit. A ces bureaux sont attachés trois médecins, qui veillent une nuit à tour de rôle, et qui font le quart dans la journée. Je fais partie d'un de ces bureaux. Il est situé dans un des quartiers les plus populeux et les plus pauvres, aussi ai-je eu l'occasion de voir beaucoup de malades.

Un mois avant l'invasion du choléra, une épidémie de rougeole sévissait avec violence sur les enfants, elle a continué son cours parallèlement avec lui, seulement bien souvent la rougeole était coupée fatalement par le choléra. Aussi, la mortalité des enfants est-elle énorme; elle compte au moins pour le tiers, si ce n'est pour la moitié, dans le chiffre total.

Les femmes, et surtout les femmes enceintes, ont été plus atteintes que les hommes; les registres de l'état civil constatent que leurs décès sont deux fois plus nombreux.

Nous avons fait ici la plus sérieuse attention aux antécédents; nous avons toujours eu soin de les consigner sur un registre, et de ces observations il résulte que presque toujours le choléra confirmé a été précédé de quinze, huit, cinq ou trois jours de diarrhée négligée. Cette négligence était occasionnée dans la classe pauvre par l'ignorance du danger et par la funeste erreur qui lui fait regarder la diarrhée comme *un bénéfice de nature*. Souvent aussi nous avons pu constater une cause déterminante. Ainsi, nous avons eu pendant quelques jours des chaleurs excessives rendues plus insupportables encore par le vent du midi; le travailleur, altéré par le travail, par la chaleur et par la diarrhée, allait puiser de l'eau, en buvait en grande quantité, et sur-le-champ était pris par le choléra.

Les fruits crus ont eu également une influence très pernicieuse. Il y a parmi nous toute une classe d'artisans se nourrissant en été presque exclusivement de concombres, de tomates, d'abricots, de poires; elle a été décimée.

Le choléra confirmé une fois déclaré, quelques heures suffisaient pour faire un cadavre de l'homme le plus robuste. Je suis bien certain que dans la période algide on n'a pas guéri deux malades sur dix, et encore ceux qui s'en sont tirés en sont bien revenus tout seuls. Tout médecin qui voudra y mettre de la franchise pourra vous confirmer ce fait.

S'il était impossible de guérir la maladie, il était assez facile de la prévenir au moyen du régime, et en combattant la diarrhée par les opiacés, les astringents et l'ipéca; aussi la classe aisée n'a-t-elle presque pas été atteinte, excepté quelques partisans de l'homœopathie, qui sont ici en grand nombre parmi les gens riches.

Une chose remarquable, c'est que nous avons toujours eu pendant l'épidémie des maladies qui ont suivi leur marche sans être influencées. Ainsi, des fièvres typhoïdes ont duré vingt-cinq à trente jours avec constipation, et des pneumonies ont été parfaitement guéries.

La plus forte journée avouée par l'état civil est de 192 morts.

D'un autre côté, M. Tholozan, qui, comme nous l'avons déjà dit, a été envoyé en mission à Marseille, vient de publier dans la *Gazette médicale* des renseignements qu'on ne lira pas sans intérêt.

« On a souvent observé dans les épidémies de choléra, dit-il, que certaines localités étaient préservées de toute atteinte, tandis que d'autres très rapprochées en étaient cruellement frappées.

Si l'on suit d'une manière plus détaillée que nous ne l'avons fait jusqu'ici l'invasion du choléra dans le midi de la France, on sera de plus en plus frappé de voir que l'épidémie ne se montre qu'en des localités qui se trouvent dans des conditions spéciales, qu'elle ne s'étend point au delà d'une certaine zone, et que tout en s'irradiant autour de quelques autres, elle rencontre dans des directions multiples des barrières infranchissables.

Ce sont ces barrières qu'il faudrait définir; ces obstacles cachés à la propagation du fléau, il faudrait en connaître la nature et le mode d'action. Y a-t-il dans certaines zones des conditions d'immunité absolue contre le choléra, ou bien cette immunité n'est-elle que relative? N'est-elle pas elle-même subordonnée à certaines conditions d'intensité du fléau, de communications plus ou moins faciles, plus ou moins nombreuses? On comprend que la solution à donner à ces questions dépendra de la connaissance exacte des localités atteintes, de leurs rapports avec les localités infectées et des communications de ces mêmes localités avec les zones non atteintes.

La connaissance des épidémies qui ont désolé le midi de la France en 1832, 1835, 1849, jointe à l'étude des faits qui se passent actuellement, ne permet pas de mettre en doute que, pour un certain nombre de localités, les conditions d'immunité n'existent, malgré les communications les plus fréquentes et malgré l'association de toutes les circonstances autres que la contagion reconnues comme des causes puissantes de développement du choléra. En parcourant nous-même des localités dans lesquelles l'agglomération de la population est considérable et où, avec les chaleurs qui règnent en ce moment, les rues, les impasses, les cours étroites des maisons sont de véritables cloaques dans lesquels une masse considérable de matières végétales et animales est constamment en décomposition et en putréfaction avancée, nous avons pu nous convaincre qu'il y a bien des localités qui, malgré la réunion de la plupart des circonstances prédisposantes, échappent par des influences puissantes, telles que celles de l'exposition, de la situation, du sol, à l'invasion du choléra.

Aux environs de Marseille ces faits s'observent fréquemment, et nous pourrions citer ici à ce sujet bien des localités. Nous en choisirons seulement deux qui méritent d'être mentionnées entre toutes, par l'immunité complète dont elles ont joui, par les conditions différentes d'exposition, de situation, de sol, dans lesquelles elles se trouvent, et par les communications fréquentes qu'elles ont avec les principaux foyers d'infection : nous voulons parler des petites villes d'Aubagne et de la Ciotat, situées l'une à quatre, l'autre à six lieues de Marseille. Aubagne, situé à l'extrémité d'une des plus riches vallées du Midi, sur la route de Marseille à Toulon, en communication incessante avec ces deux villes, n'a jamais eu d'autres cholériques que ceux qui y sont venus mourir, déjà mortellement atteints dans les localités avoisinantes. La Ciotat, située sur la mer, au pied d'un massif assez considérable de mon agnes, sur un sol formé de poudingues, compte une population de 4,000 habitants qui se trouve doublée par l'émigration de Marseille. Ni en 1832, ni en 1835, ni en 1849, on n'a vu s'y développer le choléra; actuellement cette petite ville, encombrée d'émigrants, ne compte qu'un seul décès cholérique, celui d'une dame gravement atteinte avant de quitter Marseille.

Voilà des faits qui doivent donner à réfléchir. Cette immunité de tant de localités n'est point un effet du hasard. Elle n'est point non plus peut-être une immunité absolue : elle est l'expression de la neutralisation de deux influences agissant en sens contraire : l'influence topographique et celle de la contagion. Qu'on augmente l'une de ces influences, celle de la contagion, et on verra peut-être disparaître l'immunité. »

M. le professeur Lereboullet vient d'adresser au même journal la lettre suivante, sur l'état sanitaire de Strasbourg.

Le choléra a décidément fait irruption dans notre ville. Après quelques cas isolés, mais qui se montrèrent tous dans le même quartier, la maladie a éclaté avec violence dans quelques maisons encombrées d'habitants et réunissant toutes les causes d'insalubrité. Le quatrième jour de l'invasion, on comptait déjà 80 et quelques cas dans le seul canton est, situé sur la rive droite de l'Ill; aujourd'hui le nombre total des malades est d'environ 120, sur lesquels on compte 40 morts.

L'épidémie ne paraît pas, jusqu'à présent, devoir se répandre sur toute la ville. Une seule maison, très éloignée du foyer primitif, vient d'offrir plusieurs cas; elle a été immédiatement évacuée par ordre de l'autorité.

Quoique la maladie n'ait pas encore fait un nombre de victimes proportionnellement très considérable, cependant elle débute assez souvent avec une grande violence et marche avec beaucoup de rapidité. La période algide est très prononcée, la peau pâteuse, les crampes violentes, les déjections plutôt bilieuses que riziformes; la réaction ne s'établit pas d'une manière franche. Mais, ici comme partout, la diarrhée a précédé d'un temps plus ou moins long l'invasion des symptômes graves; c'est un fait établi par tous les médecins qui ont vu des cholériques.

L'état gastrique règne pour ainsi dire généralement sur tous les habitants, soit par suite de l'influence épidémique, soit à cause des fortes chaleurs des jours précédents. Les diarrhées ne sont pas encore très fréquentes, mais une foule de personnes se plaignent de malaise, d'inappétence, de borborygmes avec ou sans enduit de la langue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 juillet 1854. — Présidence de M. GOSSELIN, vice-président.

CORRESPONDANCE.

MM. Diday et Notta, nommés membres correspondants, adressent une lettre de remercîments.

— M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen) adresse des renseignements sur la question de la transmission de la syphilis par la vaccine. Cette lettre, qui a trait au mémoire envoyé par M. le docteur Pauli (de Landau), est remise à M. Broca pour faire un rapport.

— M. Richet dépose sur le bureau, de la part de M le professeur Estor (de Montpellier), un mémoire ayant pour titre : *De la simplification en chirurgie*. (M. Richet, rapporteur.)

— M. Morel-Lavallée remet une observation de M. le docteur Herbert (de Tillières) sur *un fragment de dent logé dans la langue et simulant un cancer de cet organe*. (Rapporteur : M. Morel-Lavallée.)

— M. Morel-Lavallée dépose sur le bureau la thèse de M. Gellie (de Bordeaux) sur l'*hypertrophie de la prostate*. (Renvoi à M. Jarjavay.)

— M. le secrétaire général lit, de la part de M. le docteur Goyrand (d'Aix), membre correspondant, une observation intitulée :

Cancer de la langue. Amputation de cet organe après la section médiane de l'os maxillaire inférieur. — Delphine X..., de Salon (Bouches-du-Rhône), qui fait le sujet de cette observation, est âgée de cinquante-deux ans. Livrée aux travaux des champs, elle est d'une organisation forte et a des formes presque viriles. A quarante-huit ans, elle a cessé d'être réglée, sans que sa santé ait subi la moindre altération. Il y a un an, un bouton lui est survenu à la langue. Cautérisé à diverses reprises avec le nitrate d'argent, ce bouton n'a cessé de faire des progrès, et depuis six mois il prend de jour en jour un accroissement plus considérable.

Cette femme vient me consulter dans les premiers jours de mars 1854. Je trouve la langue occupée en grande partie par une tumeur dure qui augmente beaucoup le volume de cet organe et refoule sa base en arrière. La dégénérescence, bien limitée sur la face dorsale de la langue, l'est moins nettement sur le bord gauche, qui est induré jusqu'au delà du pilier antérieur du voile du palais. La surface de la tumeur est bosselée et couverte d'une ulcération qui a plus de profondeur sur le bord gauche de la langue et la partie correspondante du plancher de la bouche; cependant les gencives de ce côté ne participent pas à l'altération. Les muscles qui s'insèrent à la face inférieure et aux bords de la langue et ceux du plancher buccal paraissent sains. La langue, engorgée, se meut dans tous les sens. En palpant profondément la région sous-maxillaire, on sent la résistance de la tumeur, mais les ganglions sous-maxillaires sont parfaitement sains. La langue, dégénérée, est le siége de douleurs lancinantes. La mastication est impossible, la déglutition difficile et l'émission de la parole très gênée. L'état général est, du reste, excellent.

La seule chance de salut dans ce cas me paraît être dans l'amputation; et, si étendue que soit la dégénérescence, je crois pouvoir l'emporter en entier en m'aidant de la section de la symphyse du menton, comme l'a fait, il y a quelques mois, M. Maisonneuve. Je propose l'opération à la malade, sans lui en déguiser la gravité. Elle l'accepte sans hésiter, tant le mal dont elle est atteinte lui rend la vie insupportable, et le 13 mars elle vient, dans ce but, s'établir à Aix. MM. les docteurs Guiran, Payan, Bourguet, Rimbaud et Silbert, que je réunis en consultation, sont d'un avis unanime sur la nécessité de l'opération, que je pratique le 16 mars en présence de ces honorables confrères.

Opération. — La malade, assise sur une chaise en face d'une fenêtre, est soumise aux inhalations de chloroforme, que je ne pousse pas jusqu'à l'anesthésie complète, afin que la malade, ayant repris sa sen-

sibilité quand j'en serai à la section de la langue, soit à même d'expulser par la toux le sang qui pourrait pénétrer dans les voies aériennes dans ce dernier temps de l'opération. Dès que la femme est à peu près insensible, je fais sur la ligne médiane une incision qui s'étend du bord libre de la lèvre inférieure jusque près de l'os hyoïde. Cette incision comprend toute l'épaisseur de la lèvre et des parties molles du menton. Avec une aiguille courbe à laquelle est fixée la scie à chaîne, je perce de bas en haut le plancher de la bouche sur la ligne médiane, en rasant la mâchoire en arrière. La scie est ainsi appliquée sur la partie postérieure de la symphyse du menton, et la section est opérée assez rapidement et avec la plus grande netteté. Les deux dents incisives moyennes avaient été préalablement extraites.

Un peu avant la fin de ce temps de l'opération, la malade commence à reprendre sa sensibilité; elle pousse quelques cris pendant l'action de la scie. Aussitôt que la section du maxillaire inférieur est opérée, un aide saisit les deux portions latérales de l'os, dont je facilite l'écartement en détachant le génio-glosse du côté gauche. Je saisis alors la langue dans sa partie tuméfiée avec la pince de Museux; mais elle se déchire sous l'action des crochets, et de la déchirure s'écoule de la substance pultacée cérébriforme. Je la saisis de nouveau un peu plus en arrière, et je l'amène enfin en avant, avec moins de facilité pourtant que je n'aurais cru. Je la détache alors du plancher buccal d'avant en arrière jusqu'au delà de la tumeur, où je la tranche suivant une ligne un peu oblique de gauche à droite et d'arrière en avant.

Après l'ablation de la masse cancéreuse, dans laquelle la glande sublinguale gauche est comprise, le doigt porté dans la cavité buccale constate à la partie postérieure du bord gauche de la langue, en arrière de la section, une dureté suspecte. Un point induré est aussi reconnu à la partie moyenne de la plaie résultant de l'ablation de la langue; je saisis l'un et l'autre avec l'érigne, et je les excise.

La malade a eu vers la fin de l'opération une syncope légère que la projection d'un peu d'eau froide à la face a promptement dissipée. Pendant la section de la lèvre et du menton, l'artère coronaire a donné un instant; mais l'écoulement s'est bientôt arrêté. Après la section de la langue, plusieurs vaisseaux ont donné du sang; j'en ai lié deux, les autres ont cessé de couler. Enfin, après l'excision de la petite portion de tissu induré que j'ai enlevée en dernier lieu sur le plancher buccal, un vaisseau assez fort, que je n'ai pu saisir avec la pince, a donné abondamment pendant quelques instants; mais un petit tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer a bientôt arrêté l'hémorrhagie.

Je fais coucher la malade immédiatement après l'opération, et je la laisse plus d'une heure sans la panser. Aucun nouveau vaisseau ne s'étant montré au bout de ce temps, je procède au pansement. Une mèche de toile effilée est placée, avec les fils des ligatures, dans l'angle sus-hyoïdien de la plaie. L'extrémité supérieure de la mèche sort à l'angle droit des lèvres. Cinq points de suture entortillée réunissent la lèvre et les parties molles du menton; l'angle inférieur de la plaie est seul laissé béant. Le rapprochement des parties molles et des deux fragments de l'os sous-maxillaire est très exact. Il ne me paraît pas nécessaire de maintenir les fragments osseux en contact au moyen du fil métallique appliqué sur les dents.

Je pense alors à examiner la tumeur linguale; mais on l'a jetée pendant que nous étions occupés auprès de la malade. D'après ce que j'en ai vu pendant l'opération, je ne doute pas que ce ne fût un cancer encéphaloïde.

Je quitte la malade à onze heures, et je prescris la diète, l'eau fraîche pour boisson.

Le soir, il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Le mouvement fébrile est peu prononcé; les douleurs, d'abord assez vives, sont maintenant modérées; la déglutition est facile.

Le 17, la malade a eu plusieurs heures de sommeil pendant la nuit. La plaie est couverte d'un caillot. Depuis le moment de l'opération, il s'est écoulé par la bouche et le long de la mèche une assez grande quantité de salive sanguinolente. La malade souffre peu. — Eau fraîche; bouillon froid.

Le 19, la suppuration s'est établie. La plaie est couverte de pus jaunâtre. Une salive purulente s'écoule par l'ouverture sus-hyoïdienne. La malade prononce quelques mots, mais peu distinctement; il y a un peu d'engorgement sous le côté gauche de la base de la mâchoire. (Bouillons, tisane, cataplasmes sur le point engorgé.) — Le soir, l'appareil fébrile est un peu plus intense.

Le 20, l'engorgement sous-maxillaire a diminué; l'état local et l'état général paraissent excellents; l'appétit se prononce. J'enlève deux aiguilles de la suture; et je fais donner un léger potage à la semoule.

Le 21, j'ôte deux autres aiguilles, et ne laisse que celle qui est placée au-devant de la partie de la plaie qui donne passage à la mèche. La plaie est couverte d'une couche de pus de bonne nature. La région sous-maxillaire gauche est très souple. La déglutition est facile; mais une partie des boissons et des potages sort par l'ouverture sus-hyoïdienne. La malade a eu une selle abondante. Le soir, il y a toujours un peu de chaleur et de fréquence du pouls.

Le 22 au matin, la malade est sans fièvre; cependant elle a eu soif toute la nuit. J'enlève la dernière aiguille; je fais donner des boissons fraîches et des potages, et je recommande à la malade de boucher avec son doigt l'ouverture sus hyoïdienne toutes les fois qu'elle prendra quelque chose. La parole est assez distincte.

Le 23, Delphine se lève pour la première fois; le 24, elle reste levée une grande partie de la journée. Je prescris des potages plus consistants et plus copieux.

Le 25, la réunion des parties molles de la lèvre et du menton est si exacte, qu'on ne reconnaît la cicatrice qu'à une ligne dont la nuance est exactement celle des parties voisines. Il n'y a pas un atome de pus sur ces parties, et les trous des aiguilles eux-mêmes ne suppurent pas. La partie postérieure de la langue, attirée en avant par la force inodulaire, vient occuper une grande partie du plancher de la bouche. L'articulation des sons est de plus en plus distincte. L'état général est très satisfaisant, et la malade voudrait s'en retourner à Salon; mais je m'oppose à son départ. Du reste, les deux fragments de la mâchoire sont encore très mobiles l'un sur l'autre. Un bandage en fronde les fixe exactement; la mèche est enlevée.

Les jours suivants, la fièvre s'allume, et une tumeur phlegmoneuse se développe derrière la clavicule gauche. Quoique l'appareil fébrile, très intense le soir, ne disparaisse pas complétement le matin, il y a assez de rémission vers la fin de la nuit pour que je croie devoir recourir au sulfate de quinine, que j'administre en lavements. La tumeur phlegmoneuse est couverte de cataplasmes émollients.

Le sulfate de quinine administré pendant trois jours reste sans effet.

Le 1er avril, la tumeur sus-claviculaire n'a pas augmenté beaucoup de volume depuis son apparition, et elle est peu douloureuse. La plaie continue de marcher assez rapidement vers la cicatrisation; l'ouverture sus-hyoïdienne s'est rétrécie; la langue est attirée de plus en plus en avant, son bord droit vient même se contourner derrière l'arcade alvéolaire et se porte à gauche. Mais l'état général est déplorable; la fièvre persiste, et un état cachectique, caractérisé par l'œdème des pieds et des mains, de la main gauche surtout, et par la bouffissure de la face, se prononce chaque jour davantage.

Le 3, le travail de cicatrisation s'est arrêté. L'œil gauche est le siége d'une sécrétion puriforme; la cornée de cet œil est terne, et semble être érodée superficiellement.

Le 4, je constate la diminution de toutes les sécrétions, la sécheresse de la bouche. La parole est beaucoup plus confuse. L'abcès sus-claviculaire s'est ouvert spontanément; j'agrandis l'ouverture avec le bistouri. Le pouls s'est affaibli, l'œdème a augmenté. Je prescris du sirop de quinquina et du bouillon. La malade meurt le 6 avril, à neuf heures du soir, vingt et un jours après l'opération.

Autopsie 36 heures après la mort. — Décomposition avancée. L'abdomen est distendu par des gaz, et ses parois sont bleuâtres. L'épiderme se détache de la partie interne des cuisses. Les liquides intestinaux qui se sont écoulés par les deux orifices de l'appareil digestif souillent les linges qui enveloppent le cadavre. L'œil gauche est terne, desséché à sa surface, brunâtre.

Je procède à la dissection de l'abcès du cou. Le tissu cellulaire de cette région est infiltré de pus et mortifié dans quelques points; le foyer est sous le peaucier. Je trouve au centre du foyer la veine jugulaire externe distendue par du pus dans une longueur de deux centimètres. La collection purulente de la veine n'est pas en communication avec la veine sous-clavière; mais l'adhérence ou le caillot qui empêchait le passage du pus de la jugulaire dans la sous-clavière devait être très faiblement organisé, car à la dissection je n'en ai pas trouvé la trace. Il est vrai que l'autopsie a dû être faite un peu précipitamment. Au-dessus du point distendu par du pus, je trouve la jugulaire et les branches qui en naissent oblitérées par des caillots sanguins. Les veines provenant du plancher de la bouche, qui vont s'ouvrir dans la jugulaire interne, sont perméables et saines. Je n'ai point examiné la veine maxillaire interne, ni la dentaire inférieure; les radicules de cette dernière, ramifiées dans le tissu aréolaire du maxillaire inférieur, étaient probablement le point de départ de la phlébite.

J'ouvre la poitrine et l'abdomen. Le cœur, les veines caves, les jugulaires internes, la jugulaire externe du côté droit, les sous-clavières n'offrent rien de remarquable. Le sang que contiennent ces vaisseaux et le cœur est d'une fluidité excessive; les poumons sont congestionnés par hypostase à leur bord postérieur, mais ne présentent aucune trace de foyers purulents; il en est de même du foie, dans lequel nous trouvons seulement quelques marbrures, quelques taches brunâtres.

Je détache une pièce qui comprend l'os maxillaire inférieur et les parties molles qui le recouvrent, la langue, l'os hyoïde, le larynx et une partie du pharynx. Derrière le pharynx, entre ce canal et la colonne vertébrale, existe un petit abcès. L'état phlegmoneux des tissus dans lesquels s'est formée cette petite collection purulente est très peu prononcé.

Voici ce qu'on peut constater sur la pièce pathologique que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie:

Les deux portions de l'os sous-maxillaire séparées par la scie ne sont pas réunies; la portion restante de la langue, attirée en avant par la force inodulaire, est bien plus considérable que je ne l'avais espéré avant l'opération, et que je ne l'avais cru immédiatement après l'avoir pratiquée.

La plaie de la cavité buccale est très réduite en tous sens; elle a maintenant de très petites dimensions. A la place qu'occupait la glande sublinguale gauche se voit une dépression en gouttière qui aboutit à l'ouverture sus-hyoïdienne, dans laquelle était logée la mèche après l'opération. Rien à la surface de la plaie, ni dans l'épaisseur de la langue, qui ressemble au tissu cancéreux.

Nonobstant cette terminaison fatale, l'observation qu'on vient de lire nous paraît offrir encore un certain intérêt. Elle prouve une fois de plus qu'on peut enlever une portion considérable de la langue sans que la parole soit abolie, et doit contribuer à populariser un procédé opératoire qui recule les limites de l'action chirurgicale dans les cas de cancer très étendu de la langue.

Quant aux accidents qui ont emporté notre opérée, et qui, malgré l'absence des dépôts métastatiques dans les poumons et le foie, sont évidemment le résultat d'une infection purulente suite de phlébite, nous ferons remarquer en passant avec quelle rapidité l'état cachectique s'est produit. Le 25 mars, en effet, la malade ne présentait aucun symptôme alarmant, et le 1er avril la bouffissure de la face et l'œdème des extrémités nous décelaient une *dissolution du sang* déjà parvenue à un haut degré. Cette marche rapide des accidents s'expliquerait peut-être par la situation du foyer purulent veineux si près du centre circulatoire et le défaut d'organisation de la barrière qui séparait ce foyer de la veine sous-clavière. On conçoit, en effet, que cette barrière, si peu résistante que je n'en ai pas trouvé les traces à l'autopsie, bien que le foyer purulent de la jugulaire fût alors fermé du côté de la sous-clavière, puisqu'il ne se vidait pas dans ce vaisseau, a pu dans le cours de la phlébite céder plusieurs fois à la pression du pus, et permettre ainsi à diverses reprises la libre communication du foyer purulent avec la veine sous-clavière et le mélange du pus avec le sang.

M. Maisonneuve, à la suite de cette lecture, fait remarquer que le mode opératoire mis en usage par M. Goyrand, c'est-à-dire la section du maxillaire inférieur pour favoriser l'extirpation de la langue, doit être rapporté à M. Sédillot. Déjà dans sa thèse sur les *tumeurs de la langue*, M. Maisonneuve avait consigné ce procédé en l'attribuant à son auteur; depuis lors il a été un peu oublié. La section verticale du maxillaire inférieur permet d'enlever très facilement une grande partie de la langue jusqu'à la base et à l'os hyoïde. On opère ainsi à ciel ouvert. M. Maisonneuve a pratiqué cinq ou six fois cette opération, et deux fois il a eu des insuccès. Les malades ont succombé au bout d'un temps assez long et par épuisement.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. Voillemier présente le moignon d'une désarticulation tibio-tarsienne subie par un homme qui n'a jamais pu marcher après cette opération. Ce malade est venu réclamer l'amputation de la jambe, que M. Voillemier lui a pratiquée avec succès.

DISCUSSION.

M. Jarjavay demande s'il existait une adhérence du moignon aux cartilages.

M. Voillemier répond affirmativement.

M. Maisonneuve juge favorablement l'amputation sous-malléolaire, qu'il croit une bonne opération.

M. Voillemier a présenté la question comme étant en litige, car il a vu quelques malades dans l'impossibilité de marcher après cette opération.

M. Gerdy demande s'il existait des fongosités entre les téguments et les cartilages détruits; car il ne croit pas, comme M. Richet l'a soutenu, que les cartilages soient résorbés par des fongosités venues des os.

M. Voillemier répond qu'il n'existait pas de fongosités entre les téguments et les os.

M. Larrey soutient contre M. Maisonneuve que les résultats ultérieurs de la désarticulation tibio-tarsienne ne sont pas aussi favorables que certains faits particuliers pourraient le faire croire.

M. Gosselin ajoute quelques détails sur l'état du malade auquel M. Voillemier a pratiqué l'amputation de la jambe.

Quand M. Gosselin l'opéra pour la première fois, la lésion paraissait tellement bornée aux os du tarse, que pendant quelque temps l'on songea à pratiquer l'amputation sous-astragalienne. Il est certain que les lésions actuelles sont consécutives à l'opération. Mais sont-elles dues à la même cause morbide ou aux efforts faits par le malade pour marcher? Là est la question.

M. Gosselin ajoute qu'au moment de l'opération cet homme était dans de très mauvaises conditions de santé. Il désirerait savoir de quel appareil prothétique ce malade s'est servi, car il avait conseillé celui qui prend son point d'appui sur la tubérosité de l'ischion.

M. Voillemier répond que cet homme n'a jamais marché sur le moignon, car il a toujours eu son genou fléchi. Il lui semble qu'à la suite de la section des malléoles il s'est développé là une ostéite. Il en conclut qu'il faudrait s'abstenir de l'amputation des malléoles, qui provoque tous les dangers des amputations dans la continuité.

M. Verneuil donne quelques renseignements sur les appareils prothétiques dont s'est servi ce malade. Il a vu, sur les registres de la Pitié, la désignation de deux appareils. On fit essai d'abord d'un appareil prothétique spécial, puis on revint à l'appareil classique.

M. Désormeaux a aussi examiné ce malade, qui souffrait d'un petit abcès au moignon. Il n'a jamais pu obtenir d'appareil spécial.

— La Société procède à la nomination d'une commission chargée de lui présenter une liste de candidats pour une place de membre titulaire vacante devant la Société.

MM. Guérin, Laborie et Boinet ayant réuni la majorité des suffrages, formeront la commission.

— La Société de chirurgie croit devoir rappeler que la valeur du prix annuel pour les questions qu'elle a posées dans la dernière séance, pour les années 1855 et 1856, est de 400 francs. Ils seront décernés dans les séances annuelles.

Les mémoires devront être écrits en français ou en latin, suivant les formes académiques. Ils porteront en tête une devise se rapportant à celle écrite sur l'enveloppe, renfermant le nom de l'auteur. Ils devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 15 mai 1855 et le 15 mai 1856.

Le secrétaire de la Société: E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 29 juillet 1854, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent, qui se sont distingués dans la dernière expédition de la Kabylie:

Officier, M. Bertherand, médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger.

Chevaliers, M. Michelet, médecin aide-major aux hôpitaux de la division d'Alger; M. Pouziet, aide-major.

— La société médico-psychologique, dans sa dernière séance, a renouvelé son bureau, qui est ainsi composé pour l'année 1854-1855:

M. Buchez, président;

M. Parchappe, vice-président;

M. Dechambre, secrétaire général;

M. Brierre de Boismont, secrétaire;

M. Michéa, archiviste-trésorier.

— Le corps médical d'Angers vient de perdre en peu de temps deux de ses membres. M. le docteur Breheret, praticien habile qui s'était fait surtout une réputation dans les petites opérations de la chirurgie, et M. le docteur Legeay. Notre honorable confrère M. Maupoint a prononcé sur la tombe de ce jeune médecin un discours dans lequel il a retracé en termes qui ont vivement ému l'auditoire sa vie si courte et pourtant si remplie d'abnégation et de dévouement.

— Une lettre adressée de Baro-Sund (Baltique), le 18 juillet, au *Medical Circular*, annonce qu'on comptait à cette date 150 cas de choléra et 48 morts.

La Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

N° 95. — JEUDI 10 AOUT 1854. (27e ANNÉE.) N° 95. — JEUDI 10 AOUT 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. Sur les séances des Académies. — Hôpital Saint-Louis (M. Hardy). Du lichen. — Quelques mots sur le traitement des hernies au moyen des injections iodées. — Traitement de l'amaurose. — Académie de médecine, séance du 8 août. — Académie des sciences, séance du 24 juillet. — Lettre sur le choléra. — Feuilleton. De Ténédos à Sébastopol. — Chronique et nouvelles.

Paris, le 9 aout 1854.

Séances des Académies.

L'Académie de médecine est rentrée dans le calme plat qui suit ordinairement les agitations d'une longue discussion; elle a repris ses travaux habituels, dont l'intérêt n'égale pas toujours l'utilité. La séance d'hier a été presque entièrement occupée par la lecture de rapports officiels arriérés sur des demandes d'exploitation de sources minérales nouvelles, sur l'application des décrets relatifs aux remèdes secrets ou nouveaux, enfin par une foule de demandes toutes moins fondées les unes que les autres. On a entendu ensuite un rapport de M. Londe sur le travail de M. Beyran, relatif à la climatologie de Constantinople et de la Turquie, dont l'Académie avait écouté la lecture avec intérêt il y a trois mois environ. Le souvenir récent de cette communication a dû nuire quelque peu à l'effet du rapport de M. Londe, qui ne pouvait que rappeler des faits encore présents à la mémoire de tous les assistants. L'Académie s'est associée, du reste, par l'adoption des conclusions, aux éloges que M. le rapporteur a justement décernés à l'auteur. La séance a été terminée par la présentation d'une malade à laquelle M. Maisonneuve a pratiqué une de ces graves opérations qui n'exigent pas moins d'habileté que de hardiesse. On en jugera par la relation que nous en publierons dans un prochain numéro.

Il n'y a eu qu'un très petit nombre de communications dans les deux dernières séances de l'Académie des sciences. Il en est une cependant, celle de M. Chevreul, dont le sujet était de nature à piquer la curiosité; nous avons eu le regret de n'en trouver que l'indication seulement dans le *Compte rendu.* Nous espérons pouvoir y revenir plus tard. Parmi les autres communications, nous nous bornerons à signaler pour l'instant la *Carte physique et météorologique du globe,* de M. Boudin, travail d'un grand intérêt et d'une application utile à l'étude de la géographie médicale et de l'histoire des maladies endémiques. Nous espérons aussi pouvoir apprécier plus en détail cet ingénieux travail. Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Du lichen.

Le mot *lichen* se trouve dans Hippocrate, mais sans que l'on puisse dire d'une manière bien exacte ce que cet auteur voulait désigner par là. Même confusion dans les écrivains qui suivirent, et pendant tout le moyen âge; il faut même arriver à notre époque, à Willan, pour trouver enfin une désignation rigoureuse et précise. Willan donne le nom de *lichen* à une affection éruptive, papuleuse, avec rudesse, sécheresse et épaississement de la peau.

Le lichen présente plusieurs variétés; mais bien que celles-ci offrent entre elles d'assez nombreuses différences, nous allons nous efforcer de tracer d'abord un tableau général de la maladie, en rassemblant avec soin ce qu'il y a de commun dans les diverses formes qu'elle peut revêtir.

Le lichen se manifeste d'abord par des sensations de démangeaison ou de cuisson qui occupent soit une partie, soit la totalité de l'enveloppe tégumentaire. Là où cette sensation était le plus vivement accusée, on voit surgir de petites papules acuminées, serrées les unes contre les autres, et formant des plaques à contours plus ou moins arrondis, plus ou moins irréguliers. Ces papules sont quelquefois rouges, ou bien c'est la peau sur laquelle elles reposent qui offre cette coloration. Enfin dans beaucoup de cas les élevures et le tégument conservent leur coloration normale. Les parties malades sont le siége de démangeaisons atroces qui poussent invinciblement le malade à se gratter; de là des excoriations au sommet des papules, desquelles résultent de petites croûtes jaunâtres. Si le malade s'est gratté jusqu'au sang, les petites croûtes sont noirâtres. Il est même une variété (*lichen agrius*) dans laquelle les papules peuvent s'excorier spontanément et donner naissance à des croûtes larges, mais moins épaisses et plus sèches que celles de l'eczéma. Les démangeaisons ont ordinairement leur plus haut degré d'intensité pendant la nuit, et ce n'est qu'après avoir satisfait avec fureur au besoin de se gratter que le malade peut trouver quelques heures de repos.

Les plaques papuleuses sont quelquefois très limitées (*lichen circumscriptus*); mais le plus ordinairement on observe cette tendance à gagner de proche en proche ou à se multiplier sur différentes parties du corps, comme aussi la disposition symétrique qui caractérisent les dartres.

Les phénomènes généraux sont très rares dans le lichen; tout au plus observe-t-on quelquefois, au début, un très léger mouvement fébrile, et à part l'insomnie occasionnée par les démangeaisons, la santé générale est excellente. Cependant M. Devergie a regardé des troubles gastralgiques divers comme souvent associés au lichen. Mais si cela est vrai pour certaines femmes nerveuses, on ne peut voir là qu'une simple coïncidence. Cette complication est d'ailleurs assez rare en elle-même, et tout à fait exceptionnelle chez l'homme.

Quel est le *siége* du lichen? M. Cazenave le place sans hésiter dans les papilles nerveuses du tissu tégumentaire.

Bien que la vivacité des démangeaisons semble apporter un certain degré de probabilité en faveur de cette opinion, il faut bien dire d'une autre part que ces démangeaisons se montrent tout aussi intenses dans d'autres affections dartreuses, l'eczéma, par exemple. Personne d'ailleurs n'a démontré par l'examen anatomique direct ou par le microscope que les papules du lichen fussent le développement des papilles nerveuses de la peau. Enfin, fait digne de remarque, le lichen ne se montre pas à la paume des mains, à la face palmaire des doigts, parties si riches en papilles; dans les parties où la maladie se manifeste, les papules n'affectent pas la disposition régulière propre aux papilles nerveuses. N'oublions pas non plus de remarquer que dans le lichen il y a autre chose que des papules, qu'il faut tenir compte de la sécheresse et de l'épaississement de la peau.

Voyons maintenant les *variétés* que peut offrir le lichen. Ces variétés sont :

1° *Lichen simplex.* — C'est celui que nous venons de décrire. Il affecte surtout le dos de la main, l'avant-bras, les extrémités inférieures; plus rarement le cou et la face. Il se montre sous forme de plaques plus ou moins confluentes, à l'entour desquelles sont des papules disséminées. La peau est rude, épaisse, et vers la fin, quand les saillies se sont affaissées, elle se recouvre de squames minces et farineuses. Les démangeaisons n'offrent pas ici la même intensité que dans les autres formes; la guérison est aussi plus rapide; elle s'accomplit dans l'espace d'un mois ou six semaines; mais en sa qualité de dartre, elle récidive avec une grande facilité.

2° *Lichen circumcriptus.* — Cette forme est caractérisée par des plaques arrondies de la grandeur d'une pièce de cinq francs ou de la paume de la main, ordinairement multiples. Ici les élevures sont tellement serrées et confluentes qu'on ne peut les distinguer les unes des autres, et qu'elles forment une masse chagrinée. Cette plaque guérit quelquefois à sa partie centrale qui s'évide, et la maladie offre alors de la ressemblance avec l'herpès circiné ou avec le psoriasis; seulement, à côté de la plaque se retrouvent des papules disséminées qui trahissent la nature véritable de la maladie. Dans d'autres cas, les saillies s'affaissent et il reste une surface dure et raboteuse recouverte de petites squames.

3° *Lichen disseminatus.* — Les papules, plus grosses que dans les variétés précédentes, sont éparpillées sur la surface tégumentaire, comme dans le prurigo. Quelquefois même, écorchées par les ongles, elles offrent à leur sommet la petite gouttelette de sang concrété qui caractérise cette dernière maladie; seulement la peau est plus sèche et plus dure, et au niveau des articulations les rides normales de la peau sont exagérées. Le lichen disséminé est surtout fréquent dans la jeunesse, et persiste jusqu'à l'âge adulte, non pas d'une manière continue, mais avec des alternatives plus ou moins rapprochées de guérison assez rapide et de récidive.

4° *Lichen agrius.* — C'est la forme la plus grave, ainsi que l'atteste l'épithète qui la caractérise. Les papules sont ici très rapprochées, leur sommet est ulcéré; il secrète une sérosité qui se concrète en squames assez épaisses qui ont une certaine analogie avec celles de l'eczéma. Les cuissons, les démangeaisons sont extrêmement intenses. La marche est ordinairement aiguë; l'amélioration est assez prompte; mais bientôt il survient une recrudescence qui, se renouvelant à plusieurs reprises, prolonge la durée de la maladie. Enfin, les papules s'affaissent, la peau demeure épaissie, rugueuse, squameuse, et enfin la guérison est obtenue dans l'espace de plusieurs mois et même d'une année et plus.

5° *Lichen inveteratus.* — Les papules n'ont qu'une durée en quelque sorte éphémère; mais la peau est sèche, rude, épaissie, hérissée d'inégalités, silonnée de rides; elle est par moments le siége d'éruptions vésiculeuses et pustuleuses. Mais le caractère

---

FEUILLETON.

DE TÉNÉDOS A SÉBASTOPOL (1).

Entre le cap Galata au sud et le cap Sanganlik au nord se trouve la baie de Varna, qui a trois milles dans sa plus grande largeur. La ville est placée au fond de la baie. Quelques rochers à fleur d'eau répandus aux abords de la ville forcent les bâtiments de mouiller à un kilomètre du quai. A l'est de Varna est le lac de Deono, duquel plusieurs petites rivières, traversant une vaste plaine qu'elles transforment en marais, sortent pour aller se jeter dans la mer près des murs de la ville. Les marais qui existent en grande quantité autour de Varna y produisent des fièvres intermittentes souvent pernicieuses. C'est dans ces marais que se trouvent les meilleures sangsues dont on puisse se servir en médecine. Le pays est très giboyeux, les Turcs ne chassant pas du tout; aussi est-ce une grande ressource pour les gamelles des états-majors des bâtiments envoyés en station dans ce pays, où il n'y a pas d'autres ressources. L'hôpital turc, dont nous avons déjà parlé dans notre dernière lettre, est construit en bois, comme toutes les maisons turques, mais il est très bien tenu. Varna exporte une grande quantité de grains, de farines, de suif, de bois et de charbon de bois pour Constantinople.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Le Danube se jette dans la mer Noire par quatre bouches différentes : celle de Kilia, au nord; puis, en allant successivement vers le sud, celles de Soulina, de Saint-Georges et de Portitcheh. Elles sont séparées les unes des autres par plusieurs îles basses couvertes d'arbres et de roseaux. Ces îles sont souvent inondées. Tous les bâtiments qui entrent dans le Danube y pénètrent par la bouche nommée Soulina, parce que c'est celle qui présente le plus de profondeur. Les crues périodiques du Danube amènent des fièvres intermittentes pernicieuses qui rendent le séjour de ces parages excessivement dangereux.

Odessa est le grand port de commerce de la Russie dans la mer Noire. Il possède un grand nombre d'avantages comme port de mer; sa situation entre deux fleuves, le Dniester et le Dnieper, est très avantageuse pour le commerce. Les navires peuvent facilement entrer dans son port pour y chercher un abri contre les tempêtes qui sont si fréquentes sur les côtes de Russie. Son port n'a pas de rivière, mais il y a deux môles et un atterrage pour les barques. Au point de jonction de la terre ferme et du grand môle se trouve une forteresse, et à son extrémité le lazaret. Une rangée de casernes forme une ligne de séparation entre le port et la ville. Un canal creusé récemment et plusieurs fontaines élevées dans l'intérieur de la ville fournissent aux habitants une grande quantité d'eau excellente. En somme, rien n'a été négligé pour rendre Odessa digne de l'importance des autres grands ports de la Russie. En 1817, Odessa était déclaré port franc, et c'est à cette décision qu'il faut principalement attribuer l'état florissant de son commerce. Le port peut contenir trois cents navires marchands. Sa baie est large et assez profonde pour permettre aux plus gros vaisseaux d'y mouiller. Quoique ouverte aux vents d'est, qui y règnent surtout pendant l'hiver, elle n'est pas considérée comme dangereuse. Le principal objet de l'exportation à Odessa est le blé; il envoie cependant aussi une grande quantité d'autres grains, de suifs, de cuirs, de chanvre, de lin, de cire et de cordages. Odessa, qui est bien placé pour le commerce, l'est fort mal sous le rapport hygiénique; les vents d'est qui ont passé sur les vastes marais situés à l'embouchure du Dnieper lui apportent des miasmes qui produisent de temps en temps des fièvres intermittentes qui ne tardent pas à devenir pernicieuses.

La côte méridionale de la Crimée est terminée à l'ouest par une petite péninsule dont le rivage est entièrement plat. Sa pointe est appelée cap Chersonèse. Un phare de 170 pieds de haut est bâti sur cette pointe; il forme une masse très visible le jour, et la nuit par un temps clair sa lumière peut être aperçue à une distance de huit lieues.

Du cap Chersonèse au port de Sébastopol la distance est d'environ sept milles. Cette partie de la côte est parsemée de rochers fortifiés et de rades qui peuvent offrir un abri assez bon aux navires surpris par le mauvais temps. Le port de Sébastopol est ouvert du côté de l'ouest; il a quatre milles de longueur et près d'un mille dans sa plus grande largeur, avec une profondeur de dix brasses au milieu du chenal et qui finit par diminuer graduellement jusqu'à l'est. Devant se trouve la vallée d'*Inkermane* à travers laquelle coule le petit ruisseau de Boniauk-Ouzène. On a construit là deux phares, dont les rayons lumineux doivent être dirigés parallèlement pour franchir avec sécurité l'entrée

principal de cette affection, très rebelle et très tenace, c'est cet état d'épaississement et de rudesse de l'enveloppe tégumentaire.

6° *Lichen pilaris.* — Il se montre sur les parties couvertes de poils, le cuir chevelu excepté, et l'on voit alors les papules traversées par un poil; les démangeaisons sont d'ordinaire assez vives.

7° *Lichen podicis* ou *genitalis.* — Il se montre aux alentours de l'anus et aux parties génitales de l'homme et de la femme, où il cause de violentes démangeaisons. Il se fait reconnaître à l'épaississement de la peau avec exagération des plis naturels de cette membrane. On l'a confondu à tort avec le prurigo.

8° *Lichen lividus.* — Ainsi nommé à cause de la coloration livide des papules. Il affecte les personnes placées dans de mauvaises conditions hygiéniques et paraît être de nature cachectique.

9° *Lichen tropicus.* — C'est une éruption de grosses papules qui s'observe dans les régions tropicales à l'époque des grandes chaleurs.

10° *Lichen urticatus.* — Les auteurs décrivent sous ce nom une éruption de larges plaques rouges chagrinées et accompagnées de grandes démangeaisons. Ce n'est pas là une dartre, mais une simple variété de l'urticaire.

Ainsi que nous l'avons déjà plusieurs fois répété, le lichen est une maladie à *marche* essentiellement chronique, très opiniâtre, récidivant avec une grande facilité et offrant de fréquentes recrudescences. Après la guérison il n'est pas rare de voir persister un état particulier d'épaississement de la peau avec démangeaisons vives; cela s'observe surtout dans le *lichen urticatus.*

Diagnostic. — Plusieurs maladies pourraient être confondues avec le lichen; je dois vous faire connaître les caractères qui servent à les différencier.

Le *prurigo* ne ressemble qu'au lichen disséminé, à cause de ses papules surmontées d'une petite croûte de sang desséché et noir; mais le prurigo est très rebelle, attaque plutôt les vieillards que les jeunes gens, et dans les intervalles la peau reste saine et normale.

Relativement à l'*eczéma*, il n'y a d'erreur possible que pour le *lichen agrius*, qui s'en distingue par la sécheresse de ses croûtes, l'état rugueux de la surface sur laquelle elles reposent, et l'existence de papules disséminées à l'entour.

Le *psoriasis* ressemble quelquefois au *lichen circumscriptus* : dans le cas de doute, on se guidera encore sur l'existence des papules circonférentielles; mais l'aspect des squames et des élevures de psoriasis ne ressemble nullement à ce que l'on voit dans le lichen.

Peut-on confondre le lichen avec la *gale?* La question est mal posée ainsi. Il n'y a pas là de distinction à établir, il y a seulement à rechercher si dans le cas de lichen que l'on a sous les yeux on ne rencontrera pas des *acarus.* En effet, il faut avoir toujours bien présent à l'esprit que la gale est une affection essentiellement parasitaire, pouvant se manifester par différentes sortes d'éruptions, vésiculeuses, papuleuses, pustuleuses, etc., et pouvant, par conséquent, revêtir l'aspect du lichen. On comprend dès lors qu'il n'y a pas là de diagnostic possible; il faut, je le répète, chercher les sillons où logent les acarus.

Pronostic. — Le lichen est une affection éminemment rebelle, très sujette aux récidives, quelquefois incurable (c'est le cas du *lichen inveteratus*), et enfin tourmentant beaucoup les malades par les démangeaisons quelquefois atroces qu'il occasionne.

Étiologie. — L'affection qui nous occupe se montre à tous les âges; cependant le lichen disséminé est plus commun chez les jeunes gens et l'invétéré chez les adultes, mais il faut se rappeler que le second est souvent la suite du premier. Quant aux tempéraments, le lichen est la dartre des tempéraments nerveux, à l'exception pourtant du *lichen agrius*, qui se montre plus particulièrement chez les sujets lymphatiques. Les changements de saisons (le printemps et l'automne) exercent une action manifeste; il en est de même de certaines professions, celles dans lesquelles on est soumis à l'action de substances irritantes, comme les épiceries, par exemple. L'influence de l'hérédité est incontestable. Enfin nous noterons comme causes déterminantes les excès, les chagrins, le refroidissement, les contacts irritants, etc. On a parlé de la contagion, mais dans les cas où l'on a cru la constater il s'agissait évidemment de gales lichénoïdes.

Passons actuellement au *traitement* de cette maladie. Il faut avant tout calmer la susceptibilité extrême de la peau qui signale les premiers temps de l'éruption, et pour cela donner des bains émollients au son ou bien à l'amidon, faire prendre des boissons rafraîchissantes ou mucilagineuses, appliquer sur les parties malades des cataplasmes de fécule ou de crème de riz. Puis l'éréthisme calmé, on passe au traitement de la maladie en tant que dartre, c'est-à-dire aux modificateurs généraux et locaux.

A la tête des modificateurs généraux nous devons citer le bicarbonate de soude, que Biett employait à la dose de 2, 4 ou 6 grammes par litre de tisane, tandis que tous les deux jours on administre un bain alcalin. Les bains de vapeur sont encore ici d'une grande utilité pour changer l'état de la surface cutanée. La plupart des médecins emploient aussi les tisanes amères, et, disons-le tout de suite, dans les cas simples, tous ces moyens réussissent parfaitement.

M. Cazenave, se fondant sur ses idées théoriques relatives au siége de la maladie, emploie, et, assure-t-il, avec succès, les narcotiques, et particulièrement la belladone, contre les éruptions lichénoïdes rebelles. J'y ai eu recours aussi alors que les démangeaisons étaient très intenses, et je n'ai pas été aussi heureux. Cependant, si l'insomnie tourmente beaucoup le malade, les narcotiques sont tout naturellement indiqués.

Quand la maladie est ancienne et très opiniâtre, il faut avoir recours à des modificateurs plus puissants, plus radicaux; et ici on accordera la préférence aux arsenicaux et à la teinture de cantharides. J'emploie habituellement la solution suivante :

Acide arsénieux.	5 centigrammes.
Eau distillée.	250 grammes.

J'en fais prendre chaque jour une cuillerée à bouche, qui contient environ *un seizième* de grain d'acide arsénieux. Au bout de quinze jours ou trois semaines, je porte la dose à deux cuillerées. Si le malade éprouve une sensation âcre à la gorge, je diminue la dose. Cette médication doit être continuée pendant deux ou trois mois, concurremment avec les bains. — Quant à la teinture de cantharides, je l'administre à la dose de 2 à 4 gouttes en deux fois (le matin et le soir) dans un julep ou dans une cuillerée de tisane; augmentant peu à peu ces proportions, on peut arriver à la dose de 15, 20 et même 30 gouttes par jour. Pendant l'administration de ce remède, il faut surveiller attentivement l'état de la vessie et des urines; si le malade éprouve des douleurs en urinant, et surtout s'il y a du sang dans les urines, il faut interrompre la médication ou tout au moins diminuer la dose de la teinture de cantharides.

La *diététique*, comme pour les autres dartres, doit être très sévère; l'énoncé des causes vous montre ce qu'il faut éviter.

Quels sont les modificateurs locaux? Il faut d'abord calmer les démangeaisons qui tourmentent si cruellement les malades; dans ce but, on emploiera les lotions d'eau blanche. Quelques personnes emploient les narcotiques sous forme de pommades; mais ces préparations rancissent facilement et ne procurent point le résultat qu'on espérait. Le cyanure de potassium en lotions vaut infiniment mieux.

Contre l'éruption elle-même on vante les pommades au calomel, surtout quand l'affection est invétérée; la préparation suivante est très bonne : 1 gramme de calomel et 2 ou 3 grammes de tanin pour 30 grammes d'axonge. Enfin on a employé les pommades au nitrate d'argent et l'huile de cade. Cette dernière est surtout avantageuse quand la peau est dure et sèche; les effets sont moins favorables dans le lichen agrius.

Deux sortes d'*eaux minérales*, les eaux alcalines et les eaux sulfureuses, peuvent être employées dans le traitement du lichen. Parmi les eaux alcalines, on préconise surtout celles de Vichy et de Plombières, puis les fameuses eaux de Louesche, qui semblent agir surtout par leur température et par le mode particulier d'administration, qui consiste à faire macérer en quelque sorte le malade pendant des journées entières dans les piscines; elles rendent de véritables services dans les lichens anciens et rebelles. Enfin, les eaux sulfureuses qui conviennent le mieux dans ces affections sont celles de Saint-Sauveur, d'Uriage et de Saint-Gervais.

QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT DES HERNIES au moyen des injections iodées.

M. Jobert (de Lamballe) vient de présenter à l'Académie de médecine trois observations de hernies dans lesquelles les injections iodées ont produit les meilleurs effets.

Dans la première observation, il s'agit d'un jeune homme âgé de dix-huit ans et porteur d'une hernie inguinale externe du côté gauche du volume d'une noix environ. Cette hernie ne le gêne pas dans ses occupations, mais l'a fait juger impropre au service militaire, dans lequel il voulait s'engager comme volontaire. Il entre le 8 mai 1854 à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Côme, n° 24), et ne peut dire de quelle époque date sa hernie. Il se souvient avoir porté un bandage dans son enfance; depuis longtemps la hernie n'avait plus été contenue, et ce n'est que dans les quinze jours qui venaient de s'écouler qu'il s'était de nouveau servi d'un bandage.

La tumeur ne descend pas jusqu'au fond des bourses. Sa limite inférieure est séparée du testicule par un étranglement en forme de collet. Facilement réductible par le taxis, elle sort immédiatement lorsque le malade tousse ou se tient sur les pieds.

M. Jobert se rend aux désirs du malade, qui demande à grands cris une opération, et se décide à tenter la guérison radicale par l'injection iodée.

Le 12 mai, incision de 2 centimètres sur le trajet du canal inguinal. Ponction avec un trocart fin dans le canal inguinal. Injection de 5 grammes de teinture d'iode pur. Le malade a peu souffert. Un point de suture entortillée réunit les deux lèvres de la plaie, qu'on recouvre d'un linge cératé.

Le soir, un peu de gonflement de la région malade; la toux provoque des douleurs assez vives; abdomen indolent; pas de fièvre.

Le 14, gonflement et rougeur assez considérables; l'épingle de suture a été retirée la veille; réunion incomplète.

Enfin, la petite plaie extérieure se cicatrise en quelques jours, l'engorgement superficiel disparaît, et le 5 juin le malade se lève, se promène, tousse sans qu'on sente la moindre impulsion des viscères abdominaux. Par mesure de précaution, il porte un suspensoir pendant quelque temps. Le testicule gauche a le même volume que celui du côté opposé.

Dans la deuxième observation, le malade, âgé de trente-quatre ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre 1853. Il a deux infirmités, une hydrocèle et une hernie inguinale oblique congénitales, séparées par un anneau représentant un étranglement. Cette cloison incomplète, sorte de diaphragme, paraissait due à un rétrécissement embryonnaire de la tunique vaginale, soutenait les viscères par sa face ventrale, si on peut s'exprimer ainsi, et correspondait par sa face inférieure au liquide séreux qui baignait le testicule. M. Jobert ne balança pas à proposer au malade d'oblitérer la tunique vaginale, afin d'arriver, si faire se pouvait, à guérir en même temps l'hydrocèle et la hernie inguinale.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Ponction oblique avec le trocart dans l'épaisseur des tuniques du scrotum; marche lente de l'instrument pour aller piquer le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Injection de teinture d'iode pure dans la tunique vaginale et le sac herniaire. La canule ne donne issue qu'à une cuillerée environ de sérosité; le doigt appliqué sur le trajet du canal inguinal a suffi pour empêcher toute communication entre la tunique vaginale et le péritoine. Un morceau de diachylon fut placé sur la piqûre et un petit coussinet soutint les bourses.

Le lendemain 26 novembre, les bourses étaient distendues par un liquide exhalé dans la tunique vaginale. La peau était rouge et modérément tendue. Le malade n'accusa aucune douleur, ni fièvre, ni réaction.

Le 28, un peu moins de gonflement; pendant les quatre jours suivants aucun phénomène remarquable.

Le 4 décembre, dix jours après l'opération, bourses moins volumineuses : le malade demande à sortir.

Le 5, volume de la tumeur diminué; tout le trajet inguinal est rempli par un cordon cylindroïde, ainsi que la portion des vaisseaux spermatiques qui s'étend depuis le testicule jusqu'à l'anneau inguinal.

Le mieux augmente de jour en jour, et le 12 décembre les bourses sont revenues à leur volume normal, mais ont conservé, ainsi que le cordon, une consistance très supérieure à celle qu'elles ont habituellement.

Le malade sort de l'hôpital pouvant marcher sans fatigue et sans gêne, quelle que soit sa position, et ne se plaignant d'aucune douleur du côté opéré.

La guérison s'est maintenue. L'injection n'a déterminé aucune inflammation locale sérieuse, ni réaction ou trouble fonctionnel.

La troisième observation est celle d'une hernie inguinale oblique gauche, réductible, du volume d'une grosse poire. Le malade est âgé de vingt-sept ans; il en avait dix-neuf quand il contracta cette infirmité, qu'il ne peut rapprocher d'aucun effort et d'aucune violence extérieure.

Les divers bandages employés n'avaient pu contenir la hernie, qui s'échappait pendant les éternuments ou les accès de toux. Un seul, composé d'une large pelote et d'une ceinture sans ressorts,

---

étroite de la baie. Le plus rapproché de ces phares peut être vu à une distance de vingt-deux milles; le plus éloigné, qui est bien plus élevé que l'autre, peut être aperçu à une distance de vingt-sept milles.

Pendant l'été les vents d'ouest soufflent tout le jour, et la brise de terre toutes les nuits; mais à l'automne et en hiver les vents ne sont pas si réguliers. Le port de Sébastopol présente cela de fâcheux qu'il renferme beaucoup de vers qui produisent de grands ravages en perçant les flancs des navires. On suppose généralement que ces vers naissent dans la vase déposée dans cette partie de la mer par plusieurs rivières très limoneuses, particulièrement au fond de la grande baie.

Il se développe fréquemment à l'escadre de la mer Noire une maladie assez simple, qui cependant, par l'intensité de ses symptômes, par les douleurs qu'elle fait éprouver, souvent même par la perte de fonction qu'elle occasionne, simule une affection plus redoutable. Je veux parler de ces petits furoncles qui naissent par milliers dans le pavillon de l'oreille et simulent une otite. Ces petits furoncles, à peine gros comme une tête d'épingle, causent au début de leur formation de grandes douleurs d'oreilles; on croit à une otite et on suit alors le traitement indiqué, on met du coton imbibé de laudanum si l'on ne soupçonne qu'une névralgie. On est tout étonné au bout de quelques jours de ne voir aucune amélioration. Si alors on se met à examiner plus attentivement l'oreille, on reconnaît une foule de furoncles très petits qui sont la cause des symptômes observés. Une fois l'affection reconnue, le traitement ordinaire devient applicable et elle ne tarde pas à disparaître. Chez un lieutenant de vaisseau j'ai vu une si grande quantité de furoncles accumulés dans le pavillon des deux oreilles que les petits sommets se touchaient et obstruaient complétement le trou auditif. L'audition fut entièrement abolie pendant trois semaines. L'affection, méconnue quelque temps, paraissait très-grave, à tel point que le malheureux jeune homme se croyait perdu. Il éprouvait avec cela des souffrances intolérables qui l'empêchaient de dormir. C'est une affection excessivement fréquente chez les marins de l'escadre de la mer Noire, et un grand nombre de nos chirurgiens avant de pouvoir bien la diagnostiquer ont commis plus d'une méprise.

Maintenant je pars pour la Baltique, et c'est de là que sera datée ma première lettre; les côtes de cette mer sont peu connues comme topographie médicale et me permettront, je l'espère, quelques détails qui ne manqueront pas d'intérêt.

CORNET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Fenin, médecin principal au corps expéditionnaire de la Baltique, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier vient dans sa dernière séance de nommer membres correspondants MM. les docteurs F. Mendez-Alvaro, secrétaire du Conseil royal de santé d'Espagne à Madrid; J.-B. Borelli, rédacteur en chef de la *Gazzetta medica italiana* (*Stati Sardi*), et Prosper Ivaren, médecin à Avignon, auteur d'une remarquable monographie sur les *métamorphoses de la syphilis.*

put remplir les indications. Le malade et sa famille demandaient depuis longtemps à M. Jobert de le débarrasser de son infirmité, et après une consultation avec MM. Rayer, Bégin et Cloquet, l'honorable chirurgien se décida à pratiquer l'opération suivante.

En présence de ces honorables confrères, il pratiqua la ponction du sac et l'injection de la tunique vaginale. Le malade fut placé dans une position horizontale, les jambes furent fléchies légèrement sur les cuisses et maintenues dans cette position par un traversin.

L'alimentation fut diminuée, et voici ce qui se passa après l'opération dans le sac herniaire et le scrotum :

Presque immédiatement après l'injection, une tuméfaction se dessina dans la direction du sac herniaire, et quinze heures après l'injection la tumeur avait le volume de la hernie. La peau du scrotum était distendue, mais non rougeâtre, et on sentait un liquide fluctuant, demi-solide, dans l'intérieur de la tumeur. Pendant une huitaine de jours les parties demeurèrent stationnaires, et bientôt elles diminuèrent rapidement de volume. A dater du quinzième jour la tumeur ne diminua que fort lentement, et une rigidité s'empara des restes de la tumeur et lui donna l'apparence, pour la consistance, d'un morceau de bois, tant la dureté était grande.

Le vingt-cinquième jour, le trajet du cordon était occupé par un cylindre si dur et si compacte, que le malade put se lever, marcher et s'asseoir, sans que les viscères eussent la moindre tendance à franchir la cavité abdominale.

Quatre mois se sont écoulés depuis cette opération; la guérison s'est maintenue, le testicule n'a subi aucune atrophie, et, dans le trajet inguinal, on ne rencontre qu'une corde dure et comme cartilagineuse qui dénote la solidité de la guérison.

Il reste maintenant à faire connaître les procédés suivis par M. Jobert dans le manuel opératoire.

Opération. — Ces observations, dit M. Jobert, viennent démontrer les avantages de la méthode, puisque aucun accident n'est survenu dans le cours du traitement, et puisque la guérison s'est maintenue sans exception.

Il n'est donc pas permis de douter de son efficacité et du résultat. Les produits déposés, en effet, dans l'intérieur du sac, loin de prendre de la mollesse, acquièrent de la consistance et de la solidité, à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'opération.

Sur deux de mes malades, c'est par la ponction que j'ai pénétré dans l'intérieur du sac, et sur le troisième j'ai combiné la ponction avec l'incision.

C'est donc toujours par la ponction que j'ai ouvert le sac herniaire, et dans aucun cas je n'ai attaqué la poche séreuse par le bistouri.

On peut établir en principe que la ponction doit toujours être faite à l'aide d'un trocart et nan avec un bistouri, qui pourrait compromettre l'opération en exposant la surface interne du sac au contact de l'air et en permettant l'infiltration du liquide dans l'épaisseur du scrotum.

J'ai mis en œuvre plusieurs procédés opératoires pour pénétrer dans l'intérieur du sac. Ces procédés sont au nombre deux, et sont basés sur l'état du sac vide ou humecté par un liquide séreux. La ponction et l'injection représentent le premier procédé. L'incision, la ponction et l'injection composent le second procédé.

PREMIER PROCÉDÉ. — *Ponction et injection.* — Toutes les fois que le sac est adhérent aux parties environnantes, toutes les fois que la tunique vaginale n'est pas oblitérée et qu'il existe une hernie de ce nom, toutes les fois que le sac contient de la sérosité reconnaissable à la fluctuation ou à la transparence, toutes les fois enfin que la poche herniaire est épaissie ou cartilagineuse, on peut sans hésiter faire la ponction du sac herniaire en traversant obliquement les diverses couches qui les recouvrent, après les avoir tendues avec une main qui les ramasse en arrière du scrotum.

Le trocart doit être plongé perpendiculairement d'abord, puis obliquement de bas en haut, en traversant pour ainsi dire les couches qui se présentent devant lui à mesure qu'il marche, et, parvenu à une certaine profondeur, le trocart est porté doucement en arrière afin de ponctionner le sac; le défaut de résistance, les mouvements que l'on peut imprimer à la canule sans obstacle indiquent que l'on est parvenu dans une poche lisse, et c'est alors que l'injection iodée peut être poussée dans le sac herniaire sans inconvénients.

Injection. — Nous nous servons pour pratiquer les injections d'une seringue qui permet d'apprécier la quantité de liquide injecté; ordinairement j'injecte une ou deux cuillerées de teinture iodée pure, et quelquefois moins. La quantité de liquide injecté doit par conséquent être en rapport avec l'étendue de la poche séreuse.

On doit s'arrêter toutes les fois que l'on sent un obstacle; et, au lieu de retirer le liquide par la canule, je fais le vide avec la seringue, qui aspire la teinture contenue dans la poche. C'est alors que la canule est retirée, et qu'un morceau de sparadrap est appliqué sur la piqûre tégumentaire.

DEUXIÈME PROCÉDÉ. — *Ponction, incision et injection.* — Toutes les fois que le sac est mince, mobile, qu'il se déplace facilement par la pression, il convient d'employer l'incision et la ponction. C'est ce procédé mixte que j'ai mis en usage sur le malade de la première observation.

Pendant que les viscères sont sortis, je fais une incision de 2 ou 3 centimètres sur la partie la plus déclive de la tumeur, en incisant plusieurs des couches situées sous les téguments. Cela étant fait, je m'arrête et je prie le malade de tousser afin que le sac herniaire se distende; puis avec un *ténaculum* j'accroche le sac, sur lequel j'exerce de douces tractions, et bientôt je plonge le trocart au-dessus du crochet, ayant eu soin préalablement de faire rentrer les viscères et de les maintenir réduits par les mains d'un aide.

Je ne reviendrai pas sur les signes qui indiquent que le trocart est parvenu dans l'intérieur du sac, les ayant signalés plus haut, ni sur la manière d'injecter le liquide.

L'opération étant terminée, je réunis les lèvres de la plaie par un point de suture entortillée.

Que se passe-t-il après l'injection? Immédiatement après l'introduction de la teinture iodée dans le sac, et de son expulsion, on peut dire qu'un liquide de nouvelle formation est versé dans l'intérieur de la poche herniaire. Il suffit que le liquide iodé ait touché la membrane séreuse dans une certaine étendue, pour que l'action de ce liquide se propage à toute la cavité. Il n'est donc pas nécessaire que toute la surface du sac soit d'abord en contact avec la teinture iodée.

Pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, le sac est rempli par ce liquide.

Pendant une huitaine de jours la tumeur demeure stationnaire, et elle conserve une certaine fluidité.

A la fin de la première semaine la tumeur diminue visiblement, pour se ralentir ensuite considérablement.

A mesure que la tumeur diminue elle prend plus de consistance, et acquiert la solidité du bois. Elle se réduit cependant encore avec le temps, et puis elle semble prendre une solidité plus grande et acquérir la densité de la corne ou de l'ivoire. C'est ce que l'on pourra très bien reconnaître sur un de nos premiers malades.

Peut-on comparer la méthode des injections aux méthodes variées et nombreuses qui ont été jusqu'à ce jour mises en usage pour obtenir la cure radicale des hernies? Je ne crois pas qu'on puisse les comparer sous le rapport du mode opératoire et du résultat.

Les méthodes employées ont toujours laissé à désirer, et le plus ordinairement elles ont été dangereuses ou inefficaces, et ont offert dans leur exécution d'immenses difficultés.

La méthode des injections, par son innocuité, sa simplicité, promet des résultats bien différents de ceux qu'on a obtenus par la suture, le pelotonnement du sac, les lambeaux formant tampon, et les corps étrangers introduits dans le sac, etc.

C'est ici le moment de citer le travail emprunté à notre savant confrère M. Velpeau, qui, il y a dix ans, a publié dans les *Annales de chirurgie* le passage suivant. C'est assez dire que la priorité de l'idée des injections lui est complétement acquise :

« Il me parut dès lors permis de tenter avec réserve, avec prudence, les chances d'une injection iodée dans le sac des hernies *réductibles*, afin d'obtenir la cure radicale de cette ennuyeuse infirmité. Là, je fus arrêté un instant par le manuel opératoire. Un sac herniaire vide n'est pas en effet, comme un kyste quelconque rempli de liquide, facile à ouvrir au moyen d'un trocart. Je fus donc obligé de me servir du bistouri pour arriver dans la cavité de la hernie. Deux malades opérés de la sorte, c'est-à-dire à l'aide d'incisions, et sans que je fusse bien certain que le liquide iodé fût arrivé dans la cavité du sac, n'éprouvèrent pas d'accidents immédiats, mais la hernie ne se trouva point guérie. Au bout de deux mois, alors que nous ne pensions plus à l'opération, l'un d'eux fut pris d'un rhumatisme articulaire général qui dura longtemps, et finalement d'une leuco-phlegmasie, dont il mourut au bout de six mois. L'autre eut au bout de vingt jours un phlegmon sous-cutané qu'il fallut inciser, et qui guérit promptement.

» On ne peut sans doute tirer aucune conclusion rigoureuse de ces deux faits; mais un malade affecté d'une énorme hernie crurale, et qui s'est présenté en 1844 à l'hôpital de la Charité, est venu lever tous les doutes sur ce point. Le sac herniaire chez lui était si large qu'en en pinçant les parois et en les écartant vers trois régions opposées, je parvins à le tendre si complétement que la ponction et l'injection à l'aide d'un trocart en furent aussi faciles que celles d'une hydrocèle. Une compression établie sur la fosse iliaque était délimitée à l'inflammation, et toutes les personnes qui suivent l'hôpital ont pu s'assurer que le sac herniaire de cet homme s'est enflammé, gonflé, puis réduit et oblitéré sans la moindre apparence de danger, de réaction sérieuse. »

TRAITEMENT DE L'AMAUROSE.

Nous avons publié récemment le résumé d'un travail de M. Morel-Lavallée sur une médication qui lui avait procuré six guérisons sur huit cas d'amaurose, et nous terminions en appelant l'attention sur une méthode qui avait donné des résultats aussi remarquables. C'est à l'hôpital de la Charité, où il remplaçait M. le professeur Gerdy, que M. Morel-Lavallée l'a appliquée; c'était de 1848 à 1850, d'après la date des observations. Depuis cette époque, un chirurgien distingué d'un de nos hôpitaux de province l'a aussi employée avec succès sans savoir ou sans se souvenir qu'elle l'eût été avant lui. Voici la communication qu'il nous a adressée à ce sujet :

Tonnerre, 26 juillet 1854.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre numéro du 22 juillet un exposé de huit observations d'amauroses guéries par notre honorable collègue M. le docteur Morel-Lavallée.

Je suis heureux de venir joindre les résultats de ma faible expérience pour témoigner en faveur d'un traitement qui depuis plusieurs années m'a procuré des guérisons souvent inespérées.

J'ai sept cas surtout où les saignées du bras, les applications de sangsues aux tempes ou sous les oreilles, un séton à la nuque, la pommade alcaline au-devant des yeux en vapeurs et sur le pourtour de l'orbite en frictions, les pilules de calomel, etc., m'ont donné des succès on ne peut plus satisfaisants, et cela non-seulement chez de jeunes sujets, mais aussi et principalement sur des adultes.

Je crois donc, comme mon judicieux confrère, dont j'ignorais le travail spécial, qu'il ne faut pas trop tenir compte dans ce genre d'affection de l'ancienne division en sthénique et asthénique, car les mêmes moyens m'ont réussi contre des amauroses de natures bien certainement diverses, puisque j'ai rencontré tantôt un sujet faible, tantôt un sujet robuste, quelquefois de la photophobie, un resserrement de la pupille, ou au contraire la dilatation de cette même pupille, absence ou présence de fluxion, de scintillations ou d'anneaux colorés, mouches noires ou teintes obscures, etc., dans l'appareil nerveux des organes de la vision.

Je dois dire que le plus ordinairement mes malades n'éprouvaient presque plus au moment où ils réclamaient mes soins ces douleurs orbitaires vives, ces céphalalgies intenses qui caractérisent les prodromes du mal dont il s'agit, et dont la rétine est surtout le siége principal; mais bien un affaiblissement plus ou moins grave de la vision avec défaut de contractions des pupilles, brouillards, etc. (la nuance asthénique par conséquent);

Qu'il faut ici, comme dans la plupart des hémorrhagies, excepté cependant celles de l'utérus après l'accouchement, ne pas donner une trop grande importance aux dénominations si classiques d'actives et de passives, ces dernières n'existant réellement que sur des bases uniquement théoriques.

Au point de vue étiologique ou thérapeutique, j'ai cru devoir appuyer de mes faibles lumières en oculistique la médication préconisée par notre savant collègue, et dire avec lui qu'ici, comme dans toutes les maladies, il est une foule de degrés, de nuances qui varient suivant la dose de sensibilité individuelle, le temps d'invasion, les complications, mais qui n'en réclament pas moins les mêmes remèdes, les mêmes indications.

Quoi qu'il en soit, et à certaines modifications près, cette médication a eu entre mes mains des succès analogues, et en ce moment je donne encore des soins à une malade de soixante-sept à soixante-huit ans qui est presque guérie par cette méthode, quoique désolée il y a trois mois par la crainte de perdre entièrement la vue.

Agréez, etc. C. CŒURDEROY, D.-M.-P.,
ancien interne et chirurgien en chef de l'hôpital.

L'importance de la question nous engage à emprunter au mémoire de M. Morel-Lavallée une observation qui nous paraît d'un véritable intérêt :

OBS. — Fanny Denrey est d'une famille picarde, où à sa connaissance il n'y a jamais eu d'aveugles. La malade a quarante-deux ans; elle a toujours été bien réglée. Au bout de huit mois de séjour dans le Midi, elle éprouva une céphalalgie violente dans toute la tête, mais surtout au front et à la tempe droite. La douleur s'étendit jusqu'aux dents, qui d'ailleurs étaient saines, et elle avait une violence telle qu'elle produisit l'insomnie pendant plus de quatre mois. C'est un mois après le début de cette affection céphalique que des troubles ont commencé à se manifester du côté de la vue : des bluettes rouges, blanches ou noires passaient devant ses yeux. Peu à peu Fanny Denrey devint tout à fait aveugle, au point qu'elle se fit, en se heurtant en plein jour contre une voiture stationnant à sa porte, une fracture du poignet. C'est cette dernière affection qui l'amena dans mon service à l'hôpital de la Charité.

Je passe sur la lésion osseuse, qui n'offrit du reste rien de particulier, pour ne m'occuper que de l'amaurose.

A l'entrée de la malade, la cécité était complète depuis dix-huit mois. Il n'y avait plus aucune sensation de lumière; le jour n'était plus distingué de la nuit. Les pupilles étaient dilatées et à peine contractiles; il y avait des bourdonnements d'oreilles, dureté de l'ouïe, pesanteur de tête.

L'amaurose était si complète et si ancienne que je ne sais si j'aurais songé à la combattre sans les vives instances de la malade et un certain artifice auquel elle eut recours et que nous dirons plus loin. En raison de la difficulté du cas, je prescrivis un traitement d'une énergie inaccoutumée et où la forme congestive appelait l'élément antiphlogistique. Ce traitement fut le suivant : le premier jour, une forte saignée; le deuxième, trente sangsues derrière chaque oreille; le troisième jour, un séton à la nuque; le quatrième, une bouteille d'eau de Sedlitz, qui fut répétée toutes les quarante-huit heures pendant deux semaines et deux fois par semaine le mois suivant.

La vue revenait peu à peu; mais, comme il y avait encore des signes de congestion, une nouvelle saignée fut faite le quinzième jour, et le seizième une nouvelle application de soixante sangsues dans les mêmes régions que la première fois.

Au bout de deux mois, l'amélioration était telle que la malade commençait à lire. Les pupilles ont recouvré leur mobilité. Elle quitte l'hôpital.

Huit mois plus tard, Fanny Denrey revint nous voir suivant sa promesse. Elle lisait couramment la tête de chapitre de J.-L. Petit, c'est-à-dire les caractères un peu gros. Il lui restait cependant encore comme un brouillard blanc sur les yeux. Elle était si heureuse de sa guérison qu'elle m'avoua alors, ce qu'elle avait eu bien soin de me cacher d'abord, qu'elle avait été traitée à l'aide de bains de pieds et de purgatifs par M. Sichel pendant six mois, et ensuite à peu près de la même manière pendant un temps au moins aussi long à l'hôpital Necker, par M. Lenoir, qui, dit-elle, l'avait, comme M. Sichel, déclarée incurable.

Après cette visite que me fit la malade, la vue revint sensiblement comme avant d'avoir été troublée. Profitant d'une demande d'admission faite pendant qu'elle était aveugle, elle avait été reçue à la Salpêtrière, et elle dissimulait sa guérison pour ne pas être renvoyée de cet hospice.

Un an après (2 mai 1852), sans cause connue et sans aucun dérangement de la menstruation, la vue baisse peu à peu, avec pesanteur de tête, bourdonnements d'oreilles et dureté de l'ouïe, et, quand la malade revint me trouver, il y avait un mois qu'elle voyait à peine se conduire; les pupilles étaient contractiles. Une saignée et trois purgations avec l'eau de Sedlitz suffirent : la vue se rétablit, et avant quinze jours la malade avait repris ses travaux d'aiguille.

Cinq mois après (4 octobre 1852), nouvelle rechute semblable à la première. Saignée, séton, purgatifs répétés. Le teint est jaune bilieux, ce que je n'avais pas remarqué avant cette époque et ce dont la malade n'a pu elle-même s'apercevoir.

Depuis je ne l'ai pas revue.

Ainsi, voilà une amaurose complète traitée pendant plus d'un an par des hommes habiles, et qui cède en peu de temps à la méthode de M. Morel-Lavallée. Au bout d'un an, la maladie revient, et elle est enlevée de la même manière. Sans oser attendre souvent des séries aussi heureuses, nous répétons que cette méthode est digne de fixer l'attention.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 août 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

Le rapport final de M. le docteur Degon, médecin cantonal à Rorbach (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a regné dans le village de Singling, canton de Grosrederching;

Deux rapports des médecins des épidémies de l'arrondissement de Château-Salins, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Couthil (Meurthe);

Un rapport de M. le docteur Billot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Foisses, depuis le mois de septembre 1853 jusqu'au mois de mars dernier;

Le rapport final de M. le docteur Demonchaux, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Quentin, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Vendhuile.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet un mémoire rédigé par M. le docteur Buissard, médecin inspecteur des eaux minérales de la Motte (Isère), et contenant des observations sur les maladies au traitement desquelles il a appliqué ces eaux avec succès;

Une lettre et plusieurs brochures dans lesquelles M. le docteur Sentein, médecin inspecteur des eaux d'Audinac (Ariége), traite des effets de ces eaux appliquées à diverses maladies;

Des échantillons avec demande d'analyse d'une source sise à Wildegg (Suisse).

Remèdes secrets. — Le même ministre transmet enfin une série de recettes de remèdes secrets ou nouveaux.

Approbation d'élection. — M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre du ministre de l'instruction publique qui envoie l'ampliation de l'ordonnance approuvant l'élection de M. Barth.

M. Barth, présent à la séance, est invité à signer la feuille de présence et à prendre place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Épidémies. — M. le docteur B. Danvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais), soumet à l'Académie quelques observations sur le service et les rapports des médecins des épidémies. Le but de l'auteur est d'appeler l'attention de l'Académie sur l'impossibilité, dans l'état actuel de l'organisation médicale, d'obtenir des travaux conformes au modèle et aux instructions qui ont été tracées. (Commission des épidémies.)

Fièvre typhoïde. — M. Pons, de Bez, près le Vigan et Cauvalet-lez-Bains, adresse un travail sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde. (Même commission.)

Empoisonnement par l'atractylis gummifera. — M. Rancure, chirurgien de l'hôpital civil de Douéra (Algérie), réclame la priorité au sujet des faits d'empoisonnement par l'*atractylis gummifera* que M. Commaille a fait connaître dans un mémoire qu'il a adressé récemment à l'Académie. (Commissaires : MM. Adelon, Caventou, Chatin.)

Choléra. — M. Bonnafont, à l'occasion de la question relative au nouveau mode de traitement du choléra par la strychnine, rappelle les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cet agent pendant que l'épidémie cholérique sévissait à Alger en 1835. M. Bonnafont indique sommairement les résultats qu'il a obtenus à cette époque, et desquels il conclut que le sulfate de strychnine, bien qu'il puisse être classé parmi les médicaments utiles contre le choléra, est loin de posséder des propriétés spécifiques analogues à celles dont jouit le sulfate de quinine contre la fièvre d'accès. La réaction subite qu'il provoque n'est souvent qu'une réaction factice purement nerveuse, pouvant provoquer des effets contraires à ceux qu'on désire obtenir.

— M. Macloughlin annonce que le choléra vient de se déclarer à Londres, à Liverpool, à Durham, à Belfast, en Irlande et en Ecosse d'une manière brusque sur tous ces points. Il y a près de trois semaines les premiers cas de décès ont été signalés à l'autorité, et jusqu'au 22 de ce mois il y en avait 31. Il n'y a pas eu de cas de choléra foudroyant constaté; tous ont été précédés de diarrhée pendant un temps plus ou moins long.

— M. Jules Roux, correspondant à Toulon, informe l'Académie de l'apparition du choléra dans cette ville. Le 28 juillet, le chiffre des décès était de 18. Il se borne à signaler la gravité des cas et l'existence jusqu'ici constante de la diarrhée prémonitoire.

— M. Vergne, en mission dans la Haute-Marne, écrit de Chaumont que l'épidémie qui pour la troisième fois vient sévir sur cette population présente quelques particularités qui lui semblent dignes de remarque. Il signale en particulier cette coexistence de la suette, qui prend aussi la forme épidémique et semble précéder, accompagner et suivre l'épidémie cholérique.

— M. Duval, pharmacien, soumet à l'Académie une formule contre la diarrhée et le choléra, venant des missionnaires de l'Inde.

Voici cette formule :

Racine d'angélique.	ā ā	16 grammes.
— de gentiane		
— de calamus aromaticus. .		
— d'aunée.		
Ecorce de simarouba.		10 —

Faire macérer dans un litre de genièvre pendant huit jours et filtrer.

Morts apparentes. — M. Delfrayssé adresse un mémoire sur les morts apparentes. (Commissaire : M. Poiseuille.)

Appareil pour les injections. — M. Falconi présente une note sur un appareil qu'il vient d'imaginer pour faciliter les injections anatomiques ou cadavériques.

Cet appareil se compose d'abord d'un vase d'une capacité de 8 litres environ. Ce vase est bouché à sa partie supérieure par un obturateur, ou couvercle métallique C, qui se trouve relié au socle S de l'instrument par quatre montants en cuivre attachés à l'obturateur avec des écrous qui permettent de comprimer autant que l'on veut l'obturateur sur la rondelle en caoutchouc qui repose sur les bords rodés du récipient principal. L'obturateur C porte deux tubulures munies des robinets RR, destinés à mettre l'intérieur du vase en rapport, l'un avec une pompe foulante F, qui sert à comprimer l'air dans la partie supérieure A du vase; l'autre, avec un tube en caoutchouc T, qui porte à son extrémité libre une canule effilée servant aux injections. Deux robinets RR permettent d'ouvrir ou d'intercepter à volonté la communication entre le bec injecteur I et l'intérieur du récipient L. La tubulure qui est en rapport avec la canule à injection se prolonge sous forme de tube T à l'intérieur du vase et atteint presque le fond de celui-ci en plongeant dans le liquide à injecter L, sur lequel presse l'air comprimé A accumulé dans la partie supérieure du réservoir.

Le même appareil, étant en cuivre plutôt qu'en cristal, est composé d'une seule pièce et n'a pas le couvercle mobile ni les montants qui existent à celui-ci. (Commissaire : M. Poiseuille.)

Appareil électrique. — M. Eric Bernard soumet à l'Académie un appareil électrique applicable à la médecine, dont il est l'inventeur. (Commission nommée : M. Bouvier.)

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit les rapports suivants :

1° Sur l'eau minérale de Désaigne, canton de Lamotte (Ardèche) (eau minérale acidule gazeuse, bicarbonatée, alcaline.) *Conclusion* : Rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue thérapeutique soit accordée.

2° Sur l'eau minérale des sources d'Euzet ou Yeuzet (Gard) (eaux bitumino-sulfureuses.) Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter.

3° Sur une eau découverte à Sotteville-lez-Rouen (Seine-Inférieure) (eaux salées assimilables soit à l'eau de mer, soit à celle des sources de Bourbonne, de Nauheim, de Hambourg, etc.) Même conclusion.

4° Sur une eau minérale sulfurée (sulfhydratée, sulfhydriquée calcaire) d'Anzon ou des Fumades (Gard). Même conclusion.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes.

— M. Londe lit un rapport sur le travail de M. le docteur Beyran, ayant pour titre : *La Turquie médicale; climatologie et pathologie, prophylaxie, hygiène, etc., au point de vue des armées expéditionnaires.* M. le rapporteur, après avoir résumé les principaux points traités par l'auteur, et que nous avons déjà reproduits, conclut en proposant d'adresser des remercîments à l'auteur et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

Extirpation de tumeurs profondes du cou. — M. Maisonneuve présente une malade à laquelle il a pratiqué l'extirpation de tumeurs fibreuses profondes du cou d'après sa méthode de morcellement. Nous publierons dans un prochain numéro l'histoire de cette malade et la relation de l'opération qui lui a été pratiquée.

Fistule œsophago-trachéale. — M. Houel communique, au nom de MM. Saussier et Paul Carteron, docteurs en médecine à Troyes (Aube), une observation de fistule œsophago-trachéale, dont il présente la pièce anatomique. Le mémoire qui accompagne cette pièce est déposé sur le bureau.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 juillet 1854. — Présidence de M. Combes.

Baguette divinatoire. — M. Chevreul lit un second mémoire sur le pendule dit explorateur et la baguette divinatoire.

Nouvelles recherches sur l'arsenic dit normal. — M. Filhol adresse sur ce sujet un travail dans lequel il s'est principalement proposé de lever les doutes qu'auraient pu faire naître dans l'esprit de quelques personnes des expériences publiées par un chimiste étranger à une époque où la question semblait définitivement jugée. Nous avons à peine besoin de dire que les recherches de M. Filhol le conduisent aux résultats annoncés par MM. Danger et Flandin et confirmés par le grand travail fait d'ordre de l'Académie, c'est-à-dire à nier une nouvelle fois l'existence de l'arsenic dit *normal*.

(Renvoi à l'examen de la commission nommée pour le précédent mémoire.)

Election. — L'Académie a procédé dans cette séance, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de botanique, place vacante par suite de la nomination de M. Moquin-Tandon comme membre titulaire.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 39,

M. Schimper obtient.	25 suffrages.
M. Fée.	3 —
M. Grenier.	1 —

M. Schimper, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est élu.

Séance du 31 juillet. — Présidence de M. Regnault.

Au commencement de la séance, M. Regnault, en qualité de président, annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses membres, M. Lallemand, décédé le 23 de ce mois.

Tables tournantes et frappantes. — M. Chevreul lit un mémoire sur les tables tournantes et frappantes, dont l'objet est de montrer les analogies qu'elles ont avec la baguette divinatoire et le pendule explorateur.

Le mémoire est terminé par quelques applications du principe du pendule explorateur à plusieurs actes de la vie de l'homme et des animaux.

Ce mémoire est le troisième que M. Chevreul ait lu sur le pendule explorateur, la baguette divinatoire et les tables tournantes. Nous reviendrons sur cet objet.

Météorologie. — M. Boudin fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la seconde édition de sa *Carte physique et météorologique du globe terrestre.*

« Cette carte, dit l'auteur dans la lettre jointe à son envoi, a pour objet de représenter les principales données météorologiques concernant la distribution de la température, des vents, des pluies, des neiges et des orages à la surface du globe. Pour cette nouvelle édition, j'ai mis à profit un grand nombre de documents récents, et notamment des données dont je suis redevable aux conseils éclairés de M. A. de Humboldt. Ma carte physique résume à elle seule six à huit cartes des atlas de Berghaus et de Johnston, en même temps qu'elle évite plusieurs erreurs échappées à ces savants étrangers.

» Occupé de réunir les matériaux d'une troisième édition, je serais heureux de pouvoir profiter des remarques que voudrait bien faire l'Académie sur celle que j'ai l'honneur de lui soumettre aujourd'hui. »

Une commission composée de MM. Elie de Beaumont, Dufrénoy et Duperrey, est invitée à prendre connaissance de cette carte et à en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport à l'Académie.

— M. de Larue adresse de Bergerac une deuxième lettre relative à son mémoire sur *l'emploi de la compression dans le traitement des tumeurs blanches.*

Nous recevons de M. le docteur Cordier (de Saint-Quentin) les renseignements qui suivent :

Montbrehain est un village de deux mille habitants, situé à 15 kilomètres de Saint-Quentin, et dont la position topographique paraît assez bonne. Ce pays est ravagé par le choléra depuis le 12 juillet; aucun cas n'avait été noté dans la contrée avant cette époque. Le premier a été celui d'un nourrisson amené de Paris, qui a succombé deux jours après son arrivée; la seconde victime a été la sœur de la nourrice de cet enfant.

Le 4 août, le relevé fait à la mairie donnait l'état suivant :

Décès.	41
Cholériques guéris.	24
En traitement.	17
Total.	82

On comptait, en outre, 31 cholérines.

Le choléra n'est pas moins grave qu'à Paris et dans les localités envahies en province. Nous avons noté quelques cas de mort très rapide. En général, la maladie est précédée de quelques jours de diarrhée.

Les moyens qui ont paru le mieux réussir sont le laudanum et le sous-nitrate de bismuth à forte dose, et les frictions avec l'essence de térébenthine.

Nous avons malheureusement à noter un fait affligeant que nous avons constaté comme nos confrères M. Dieu (de Montbrehain), M. Guyot (de Saint-Quentin) et les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, qui nous assistaient dans nos visites. Lorsque nous reconnaissions nécessaire de faire des frictions à des cholériques pour ramener la chaleur, c'est en vain que nous faisions appel à des parents, à des voisins, tous s'excusaient de n'avoir pas le temps; ils étaient évidemment sous l'influence de la terreur occasionnée par des bruits de contagion.

Je résolus de tenter un effort pour faire cesser ces craintes malheureuses. Nous étions chez le nommé Martin Delaporte, atteint très gravement, cyanosé, complétement refroidi et sans pouls (cet homme est mort le lendemain). M. Guyot se chargea de le frictionner avec de l'essence de térébenthine, et de le mettre, comme nous le faisions dans des cas semblables, dans une couverture de laine. Après que sa chemise lui eut été retirée, je la mis moi-même et je la gardai, au su des voisins, pendant six heures. Ai-je bien fait comprendre par mon exemple que l'on ne doit pas craindre de frictionner les cholériques, et de leur donner tous les soins dont ils ont besoin? Je n'oserais l'affirmer.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre · 45 francs.

Les ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du 15 août, la GAZETTE ne paraîtra pas mardi prochain.

Pour le même motif, la séance de l'Académie de médecine est remise au mercredi 16.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

D'après nos derniers renseignements, l'épidémie paraît tendre à la décroissance sur presque tous les points. Il semblerait qu'à mesure qu'elle s'est plus étendue en surface et qu'elle a envahi un plus grand nombre de points, elle a perdu de son intensité.

Les documents officiels nous apprennent que dans les premiers jours d'août, sur les 86 départements, 45 avaient été envahis par le choléra, qui y régnait avec plus ou moins de force. Ces départements sont : l'Aisne, l'Aube, les Bouches-du-Rhône, la Corse, la Côte-d'Or, le Doubs, la Drôme, l'Eure, Eure-et-Loir, le Finistère, la Gironde, l'Hérault, l'Indre, Indre-et-Loire, l'Isère, le Jura, Loir-et-Cher, la Loire-Inférieure, le Loiret, la Manche, la Marne, la Haute-Marne, la Meuse, la Moselle, la Nièvre, le Nord, l'Oise, le Bas-Rhin, le Rhône, la Haute-Saône, la Seine, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, les Deux-Sèvres, la Somme, le Var, Vaucluse, la Vendée, les Vosges et l'Yonne. Les plus frappés de ces départements sont toujours la Marne, la Haute-Marne, la Haute-Saône, les Bouches-du-Rhône, le Var. Dans ce dernier département, la maladie paraît conserver encore une très grande intensité.

D'après une lettre d'un de nos correspondants de Toulon, en date du 7 août, le chiffre des décès dans cette ville n'aurait pas été moindre de 90 par jour dans les derniers huit jours. Dans les Bouches-du-Rhône, il y a décroissance sensible. On ne comptait, à Marseille, que 29 décès pour la journée du 5 août. Nous n'avons pas de chiffres précis pour les autres départements.

D'après une personne qui est en mesure de puiser ses informations aux documents officiels, la mortalité générale par le choléra, en France, pourrait être évaluée, pour la première huitaine d'août, à 800 décès par jour ; elle n'avait été que de 500, en moyenne, dans la semaine précédente ; de sorte que la décroissance dont nous parlions tout à l'heure ne pourrait être datée que de quatre ou cinq jours seulement. Enfin, le chiffre total des décès pour toute la France, depuis le mois de novembre 1853, serait évalué a environ 20,000, ce qui, en somme, place cette épidémie bien au-dessous de celles de 1832 et 1849, où Paris seul, en quelques mois, a fourni un chiffre égal à celui que donne en ce moment la France entière.

A Paris, la maladie a continué à sévir avec une certaine intensité pendant les premiers jours d'août. On se rappelle que dans notre dernier bulletin nous signalions une recrudescence marquée à dater du 25 juillet. Ce jour-là le chiffre s'est élevé, pour les hôpitaux, à 35 ; il a suivi, à partir de ce jour, une progression croissante jusqu'au 2 août, où il est arrivé à 77. C'est le chiffre le plus élevé qu'il ait atteint dans cette nouvelle recrudescence. On verra par le relevé suivant que, sauf les deux derniers jours, où commence à se manifester une légère décroissance, la moyenne a été plus élevée que la semaine précédente.

	CAS NOUVEAUX.	DÉCÈS.
Le 3 août,	68	44
4 »	70	22
5 »	68	27
6 »	70	24
7 »	62	32
8 »	56	25

Nous avons des motifs de croire que depuis le 8 jusqu'aujourd'hui le nombre des invasions a dû diminuer encore. Nous ferons remarquer que dans les invasions de ces derniers jours la proportion des cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux tend à s'élever relativement à celle des cas venus du dehors, ce qui a été jusqu'ici l'indice d'un affaiblissement dans l'intensité de l'épidémie.

La mortalité de la ville s'est élevée à peu près dans la même proportion que dans les hôpitaux pendant les derniers jours de juillet et les premiers jours d'août.

Voici le relevé des décès cholériques pour la ville et la banlieue dans les journées qui correspondent à la période d'accroissement signalée dans notre dernier bulletin pour les hôpitaux :

	VILLE.	BANLIEUE.	TOTAL.
Le 25 juillet,	32	0	32
26 »	21	8	29
27 »	27	8	35
28 »	41	10	51
29 »	55	0	55
30 »	57	23	80
31 »	73	0	73
Le 1er août,	42	15	57
2 »	73	12	85
3 »	65	6	71

Nous ne connaissons pas la mortalité des huit derniers jours, mais il y a tout lieu de penser qu'elle a dû diminuer en ville. La plupart des praticiens auront dû remarquer avec nous que depuis quelques jours, tandis que la proportion des cas de choléra graves confirmés paraît décroître, la proportion des diarrhées tend au contraire à devenir de plus en plus considérable. Il est extrêmement commun d'être consulté en ce moment pour des dérangements intestinaux plus ou moins légers : inappétence, borborygmes, coliques et diarrhées, le plus ordinairement bilieuses, qui cèdent aux moyens les plus simples et le plus souvent même sans l'intervention d'une médication active et sous la seule influence de la diète ou d'un régime plus ténu. Or, si tant est que l'expérience puisse servir à quelque chose en fait de choléra, on serait autorisé à voir là l'indice d'une cessation prochaine de l'épidémie, sauf les réserves que nous avons déjà faites relativement à la tendance qu'aurait la maladie à se perpétuer à l'état endémique. On se rappelle, en effet, qu'à chacune des épidémies précédentes le déclin de la maladie a été annoncé par cette généralisation d'affections intestinales bénignes. Puisse-t-il en être ainsi !

Choléra à Londres.

Semaine du 29 juillet au 5 août 1854.

Mortalité totale. 1,456
— due au choléra. 399

Elle se divise de la manière suivante :

1° Sous le rapport de l'âge :

Au-dessous de 15 ans. 145
— de 15 à 60 ans. 213
— de 60 ans et au-dessus. . . 41

2° Sous le rapport de la localité :

Quartier de l'ouest.. 23
— du nord. 12
— du centre. 14
— de l'est. 60
— du midi. 290

Hauteur barométrique moyenne : 0,754 millim.
— thermométrique moyenne : + 14°7.

Du traitement et de la prophylaxie du choléra.

Nous aurons peu de chose à dire aujourd'hui du traitement du choléra. Les formules qui nous arrivent de toutes parts, soit par la voie des Académies, soit directement, sont ou connues depuis longtemps, ou tout à fait insignifiantes. Une seule médication a le privilége de fixer en ce moment l'attention des praticiens, c'est le sulfate de strychnine. Les succès de cette médication ont aujourd'hui un grand retentissement dans le public. Il importe que les médecins ne se laissent pas aller à ces entraînements qu'engendre une espérance bien légitime d'ailleurs, mais qui ne laissent trop souvent à leur suite qu'illusion et déception. Plusieurs praticiens, dans les hôpitaux comme en ville, ont essayé le sulfate de strychnine d'après la méthode et la formule indiquées par M. Abeille. Nous savons qu'il y a eu quelques succès qui paraissent incontestablement devoir être mis sur le compte de cet agent énergique, mais il y a eu aussi des insuccès dans une proportion encore difficile à déterminer, et qui paraîtrait balancer à peu près le chiffre des succès ; on nous assure enfin qu'il y a eu des cas de mort produits par l'action de ce médicament. Nous ne saurions donc trop recommander aux médecins d'expérimenter ce moyen avec prudence, et de se prémunir en même temps contre l'illusion si facile en pareille matière et surtout contre les dangers d'une pareille médication. Nous aurons à revenir certainement sur ce sujet, qui demande une étude sérieuse avant qu'il soit possible de porter un jugement définitif.

Nous avons prononcé le mot de prophylaxie. Ceci nous ramène naturellement à une question bien débattue jadis, mais sur laquelle il y a aujourd'hui presque unanimité d'opinion ; nous voulons parler des accidents prodromiques du choléra, de la diarrhée dite prémonitoire. L'existence de la diarrhée prodromique ou prémonitoire est tellement générale ; les cas d'invasion du choléra d'emblée, sans prodromes, sont tellement rares et exceptionnels, que c'est là aujourd'hui un fait reconnu pour à peu près constant partout où a régné et où règne en ce moment l'épidémie. De quelque part que nous parviennent des renseignements circonstanciés, la diarrhée prodromique nous est constamment signalée. De sorte que l'enquête commencée en 1832 à Paris, continuée en 1835 à Marseille, en 1849 dans toutes les localités où la maladie a sévi, reprise de nouveau en Angleterre et en France dès le début de l'épidémie actuelle, se trouve confirmée aujourd'hui dans ses résultats par le concours de preuves le plus imposant peut-être qu'on ait jamais pu réunir sur une question de cette nature.

Quelle est l'importance de ce fait au point de vue prophylactique ? Il ne semble pas contestable au premier abord que ce ne soit à ce point de vue un fait d'une immense valeur.

Mais pour bien apprécier la portée des moyens tant médicaux qu'hygiéniques qui ont été préconisés ou mis en œuvre contre cette diarrhée prodromique et l'influence réelle qu'ils ont pu avoir sur la marche de l'épidémie, il y aurait lieu de se demander d'abord si ces diarrhées que l'on constate en si grande fréquence en temps d'épidémie constituent toutes au même titre et au même degré la prédisposition à l'invasion épidémique. Il y a là évidemment une distinction essentielle à faire, distinction qui n'a été et n'a pu être faite encore nulle part ; de sorte que l'appréciation des effets réels des mesures hygiéniques conçues et appliquées en vue du fait de la diarrhée prémonitoire n'est peut-être pas aussi aisée à faire qu'on pourrait d'abord se l'imaginer.

Lors du début de l'épidémie en Angleterre, en juillet 1853, on sait que le gouvernement anglais, éclairé à cet égard par l'opinion presque unanime des médecins de ce pays, institua un ensemble de mesures prophylactiques des plus rigoureuses. L'épidémie a été rapidement enrayée dans sa marche presque partout où ces mesures hygiéniques ont été prises ; mais il serait difficile dans l'état actuel des choses de dire si c'est à la mise en œuvre du système des visites préventives ou à la faiblesse même de l'impulsion épidémique qu'il faut attribuer ce résultat. Il y a bien des obscurités encore sur ce point, comme sur tout ce qui tient à l'histoire du choléra.

Quoi qu'il en soit, et à supposer que ces mesures n'aient pas toute l'efficacité qu'on leur a attribuée, il n'y aurait évidemment qu'avantages à les mettre en œuvre partout où cela est possible ; et beaucoup de personnes s'étonnent qu'en France, à Paris notamment, l'autorité n'ait pas jugé à propos jusqu'à présent d'instituer le service des visites préventives tel qu'il a été organisé en Angleterre. Nous devons dire toutefois que, si elle n'a pas cru nécessaire d'adopter ce système dans toute sa rigueur, elle n'est pas cependant restée inactive. Dans quelques arrondissements de Paris, des médecins ont été invités à se joindre aux membres des comités locaux d'hygiène pour visiter toutes les habitations où des cas de choléra ont été constatés.

Ces mesures ont eu déjà de bons résultats, soit en mettant ces médecins à même de donner des conseils utiles dans les familles auprès desquelles ils ont eu accès, soit en leur faisant découvrir de nouveaux cas méconnus ou dont l'autorité n'avait pas été instruite, et surtout enfin en signalant les conditions d'insalubrité des habitations, et en provoquant d'urgence toutes les mesures d'assainissement reconnues nécessaires.

L'expérience apprendra mieux ultérieurement tous les avantages qui auront pu résulter de ce système de visites et d'enquêtes partielles.

Scrofulisme. — Adénite suppurée du cou. — Abcès froid de la jambe. — Injection iodée. — Guérison.

Un enfant de sept ans entre le 1er avril à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Saint-Vincent, service de M. Bouchut.

Cet enfant est scrofuleux. Il entre pour une inflammation des ganglions sous-maxillaires avec ulcération de la peau à la région sus-hyoïdienne, et en outre pour un abcès froid de la jambe droite.

Cet abcès est indolent, gros comme une petite pomme, placé à la partie postérieure et un peu interne de la jambe, au-dessous de la région poplitée.

L'enfant n'a aucune affection cutanée, ni aucune autre manifestation scrofuleuse.

On lui donne un julep additionné d'eau bromée (10, 20, 30 gouttes); il prend des bains sulfureux quotidiens. L'abcès ne disparaît pas.

Le 2 mai, on ponctionne l'abcès. Du pus s'écoule assez abondamment mêlé de sang, et on fait une injection de teinture iodée. Cette injection parut déterminer de la douleur. La petite plaie fut fermée, et le malade resta au lit. Après trois jours, le 5, le bandage fut ôté. L'injection avait causé une assez forte inflammation. Du pus abondant de mauvaise odeur s'échappa par l'ouverture du kyste, après quoi la jambe fut pansée simplement.

La semaine suivante la suppuration diminue et est presque nulle. On fait une seconde injection de teinture d'iode; elle cause une légère inflammation avec suppuration.

Les jours suivants la suppuration cesse, la plaie se ferme; l'abcès a disparu, et est remplacé par un petit noyau d'induration.

Pendant tout ce temps le malade est resté au lit, conservant du reste bon appétit, sans aucune réaction fébrile.

A la fin du mois il se lève un peu. L'abcès ne se reproduit pas; il est tout à fait cicatrisé. Les mois suivants il prend des bains sulfureux et son julep avec l'eau bromée. Les chairs deviennent fermes, les adénites disparaissent et se cicatrisent, et il sort le 6 août parfaitement guéri.

Les résultats thérapeutiques de l'injection iodée sont très variables, et dépendent absolument de la nature des lésions développées dans les tissus. Leur triomphe incontestable paraît être dans les cas semblables à celui que nous publions aujourd'hui, c'est-à-dire dans les abcès froids dégagés de toute complication locale. L'iode détermine alors dans ces cavités accidentelles une phlegmasie locale peu intense qui modifie la vitalité de leurs parois, et ne tarde pas à en opérer le rapprochement après quelques jours de suppuration, et sans accident grave ou redoutable. Ici la première injection détermina une faible douleur et de la suppuration pendant sept à huit jours. L'abcès ne se fermait pas, et on fit une seconde injection iodée qui fut peu douloureuse, ramena la suppuration, et enfin la cicatrisation. En vingt jours l'abcès opéré fut complétement guéri, nonobstant la complication fâcheuse d'un état général scrofuleux déjà caractérisé par la fonte purulente et l'ulcération fistuleuse des ganglions du cou. Il est vrai qu'en même temps qu'on s'occupait de l'abcès froid de la jambe par un moyen thérapeutique local, les remèdes généraux antiscrofuleux étaient administrés à l'intérieur, et que pendant toute la durée du traitement le malade prit chaque jour 20 à 30 gouttes d'eau bromée et des bains sulfureux quotidiens. Toutefois ce n'est pas à ces moyens généraux qu'il faut attribuer exclusivement la guérison de cet abcès froid de la jambe; il a guéri rapidement à cause de l'action particulière et locale de l'iode sur ce genre d'abcès.

Polype pharyngien traité par la ligature d'abord, et l'usure ou section du pédicule ensuite.

Depuis quelques années les polypes pharyngiens et naso-pharyngiens ont vivement préoccupé l'esprit des chirurgiens. Pour arriver à les guérir, on a eu recours tout récemment à deux modes opératoires importants. MM. Michaux (de Louvain), Robert, Flaubert et Maisonneuve ont enlevé le maxillaire supérieur afin de détruire avec plus de facilité des polypes naso-pharyngiens.

M. Nélaton, pour prévenir la difformité résultant de l'ablation du maxillaire supérieur, a imaginé un procédé opératoire aussi simple qu'ingénieux dont nous avons récemment parlé à l'occasion de l'analyse de la thèse de M. d'Ornellas. Il consiste à fendre le voile du palais, à réséquer une partie de la voûte palatine, et de la sorte on peut arriver facilement sur le point d'implantation du polype qu'il s'agit de détruire. Toutefois, on peut se demander si, dans le cas où le polype envoie des prolongements considérables dans la narine ou dans la fosse ptérygo-maxillaire, comme cela avait lieu chez le malade de MM. Robert et Maisonneuve, il ne faut pas préférer l'ablation du maxillaire supérieur?

Si les deux procédés opératoires que nous venons de mentionner ont de grands avantages, il faut en convenir, ils ont aussi leurs inconvénients, leur gravité, sans compter les difficultés d'exécution, qui ne permettent pas à tous les chirurgiens d'y avoir recours.

Il est, d'un autre côté, des circonstances où la ligature est facile et où elle paraît suffisante. Nous voulons parler des polypes parfaitement pédiculés, et sur lesquels il est possible de placer une ligature.

La ligature elle-même a ses dangers et ses inconvénients; si elle reste longtemps en place, en amenant la mortification du polype, elle expose aux hémorrhagies, et surtout à l'infection putride. Pour éviter ce dernier accident, nous avons vu tout récemment M. Demarquay, suppléant M. Monod dans son service de la Maison municipale de santé, recourir à un procédé opératoire fort simple, et dont le résultat immédiat a été très avantageux.

Voici le fait :

Un jeune homme de dix-huit ans entre il y a dix jours à la Maison de santé pour se faire traiter d'un polype pharyngien du volume d'un œuf, dont l'apparition remontait à deux ans environ. Quand le malade ouvrait la bouche, on apercevait dans le fond de la gorge une tumeur arrondie dépassant le voile du palais et venant reposer sur la langue. L'aspect de cette tumeur était rosé; le malade la déplaçait facilement avec la langue. Le doigt indicateur, introduit dans le pharynx et recourbé de manière à venir s'appliquer sur les fosses nasales, reconnaissait la partie postérieure du vomer, l'orifice postérieur des fosses nasales parfaitement libre; le polype n'envoyait en effet aucun prolongement de ce côté. L'insertion de ce produit morbide se faisait à la base de l'apophyse basilaire par un pédicule du volume du petit doigt. Sa consistance était ferme, résistante. Une exploration un peu prolongée amenait une petite hémorrhagie. La déglutition était difficile et la voix nasonnée.

Pour placer une ligature sur le pédicule du polype avec plus de sûreté et de commodité, M. Demarquay passa un fil à travers la tumeur; ce fil permettait au chirurgien d'attirer le polype en avant et rendait l'opération plus facile, en même temps qu'il prévenait sa chute sur l'épiglotte. Il avait de plus l'avantage de servir puissamment à l'accomplissement du second temps du procédé opératoire. Un fil de soie très fort, formé par la réunion d'un certain nombre de petits cordonnets, fut porté derrière le polype avec l'instrument de M. Hutin, perfectionné par Blandin et M. Charrière. Dès que le fil fut placé sur le pédicule du polype, il fut fortement serré avec le serre-nœud de Graef. Ce premier temps de l'opération ne fut ni long ni douloureux.

Le lendemain à la visite le polype avait perdu son aspect rosé; il était légèrement flétri; le fond de la gorge était plein de mucosités; le malade avait mal dormi et avait de la fièvre. Une injection étant faite préalablement dans le fond de la gorge, M. Demarquay accomplit le second temps de son opération de la manière suivante :

Le fil qui traversait la masse polypeuse vers sa partie moyenne, et qui avait été fixé sur la joue, fut confié à un aide, qui devait exercer une traction sur le polype, afin de tendre assez fortement son pédicule. Puis le fil constricteur fut dégagé du serre-nœud. Celui-ci à son tour fut appliqué assez fortement sur le pédicule du polype. Alors le chirurgien saisissant les deux extrémités du fil jeté la veille sur le pédicule du polype, il s'en servit comme d'une scie à chaîne, imprima des mouvements de va et vient à ce fil, et bientôt le pédicule du polype fut complétement détaché de son point d'implantation. Pendant cette opération, qui fut très courte, le malade perdit peu de sang. Le doigt, porté dans l'arrière-gorge, put constater que le pédicule du polype avait été coupé à son insertion à l'apophyse basilaire. Le malade, peu de jours après, sortait parfaitement guéri.

Le procédé opératoire employé par M. Demarquay pour la cure d'un polype pharyngien pédiculé a été également préconisé il y a quelques années par M. Lucien Boyer pour les polypes utérins. M. Demarquay n'a pas voulu faire tomber le polype le premier jour, dans la crainte d'amener une hémorrhagie, toujours à craindre dans ces circonstances; il a voulu d'abord amener un arrêt dans la circulation. Il n'a pas cru devoir attendre plus de vingt-quatre heures pour prévenir les inconvénients souvent sérieux dus à la présence d'un corps putréfié dans le fond de la gorge, qui en définitive peut être avalé, et amener des accidents sérieux, ainsi que cela résulte d'un fait observé par M. Demarquay lui-même.

D[r] Brochin.

DES FRACTURES DU MEMBRE PELVIEN

traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens.

(Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 août.)

Le 30 juillet 1831, dix mille soldats français, commandés par le général Berthezène, traversaient les défilés de l'Atlas, harcelés par les Kabyles. De nombreux blessés, dont plusieurs atteints de fracture des membres pelviens, encombraient l'ambulance; il n'y avait plus un seul bandage à fracture. La nécessité, surtout quand elle s'inspire de la noble exaltation et des misères d'un champ de bataille, rend ingénieux.

Faire arrêter quelques mulets porteurs de caisses à biscuits; en distribuer le contenu; du contenant faire des planchettes un peu plus longues que les membres auxquels elles étaient destinées; garnir les planchettes de plantes herbacées creusées en gouttières et y déposer les membres brisés par le plomb; fixer à leurs extrémités articulaires des bouts de bandes; réfléchir ceux-ci sur le rebord du plancher faisant poulie de renvoi, et les nouer solidement après s'être servi de ces lacs pour faire une extension et une contre-extension suffisante; opérer la coaptation en embrassant les fragments à l'aide d'autres liens en forme d'anses opposées d'action, et fixer ces liens par un nœud au verso du plancher, après avoir été réfléchis sur ses bords latéraux; tout cela fut exécuté en moins de temps que je ne mets à l'écrire.

A défaut de brancards, dont nous étions également dépourvus, vingt militaires atteints de fracture du membre abdominal furent déposés sur des couvertures de campement, et emportés par leurs camarades, qui tenaient chacun un angle.

Ce bandage expédient contient l'idée mère de nos appareils à fracture. L'idée mère, c'est l'*extension*, la *contre-extension*, la *coaptation* d'une manière permanente.

Pour obtenir pleinement ce triple avantage, il fallait des perfectionnements que l'expérience n'a pas tardé à nous suggérer.

Ainsi, les liens de l'extension, en tirant sur le pied, dirigeaient le talon en arrière, et déterminaient une douloureuse pression qui y aurait occasionné une eschare, comme on le voit si souvent avec les appareils ordinaires.

Pour y remédier que fallait-il faire? Soulever le talon. Rien n'était plus aisé. A l'extrémité digitale du plancher a été verticalement fixée en forme de chevalet une petite planche haute de [illegible] centimètres, et percée de plusieurs rangées de trous. Les lacs extenseurs, passant dans des trous toujours plus élevés que le pied, le maintiennent soulevé sans beaucoup d'efforts.

Les mêmes reproches s'adressaient aux lacs de la coaptation; ils refoulaient la jambe, et avec elle les fragments contre le plancher. Afin de soulever les fragments, afin d'avoir sur eux action dans tous les sens, aussi bien d'arrière en avant que d'avant en arrière et latéralement, nous avons eu recours au même moyen que pour le pied. Des planchettes articulées en forme de murailles ont été adaptées aux côtés du plancher. Ces parois, également percées de plusieurs rangées de trous, comme autant de doigts d'attente prêts à tirer les lacs de la coaptation, complètent l'espèce de boîte à ciel ouvert dont nous nous servons avec tant de succès depuis un grand nombre d'années pour traiter les fractures.

Les appareils qui sont encore le plus en honneur sont au nombre de six :

1° Appareils à attelles;
2° Appareils inamovibles;
3° Appareils en plâtre;
4° Appareils-cuirasses;
5° Appareils hyponarthésiques;
6° Appareils à extension permanente.

Un examen sommaire de ces divers appareils nous paraît indispensable, afin de pouvoir mieux juger celui auquel nous donnerons la préférence.

Appareils à attelles. — Leur pratique se perd dans la nuit des temps. Employées déjà du temps d'Hippocrate, les attelles n'ont pas vieilli; leur usage est encore à peu près universel; mais elles ont varié pour le nombre, la longueur, la manière de les appliquer, leur configuration, leur matière. Les Arabes s'en servent encore à la manière de Paul d'Egine. Elles figurent autour du membre fracturé une sorte de grillage dont les pièces, espacées d'un travers de doigt et unies par des liens transversaux, sont représentées par de gros roseaux fendus par le milieu. L'indication de substituer au squelette osseux devenu impuissant un squelette extérieur artificiel et provisoire est ici parfaitement remplie. Plusieurs fois en Algérie nous avons pu constater les bons effets de ce grillage à l'usage des indigènes, surtout pour les fractures de bras. Aujourd'hui on se sert généralement d'attelles en bois distinguées par Dupuytren en attelles médiates et immédiates. Au nombre de deux, celles-ci s'appliquent dans toute l'étendue du membre, l'une d'un côté, l'autre du côté opposé. Celles-là, beaucoup plus courtes, doivent agir sur la fracture même pour redresser les fragments. Il n'y a pas d'attelles postérieures et les fragments ne sont pas soutenus en arrière. C'est là un grave écueil qu'on a cherché à éviter, mais vainement, en enveloppant les attelles latérales dans le drap-fanon de Desault et en tirant sur le drap-fanon pour qu'il forme gouttière au membre qui repose sur lui par sa face postérieure. Cette gouttière, en effet, ne présente pas un plan assez solide, et le poids du membre entraîne les fragments en arrière. Afin de s'y opposer, J.-L. Petit et Duverney recommandaient de mettre une planche entre deux matelas. Mais ce n'est là qu'un expédient d'ailleurs insuffisant et nuisible au coucher du malade. Nous verrons que le plancher de notre boîte remplit bien mieux cette indication essentielle. Un reproche capital adressé aux attelles consiste dans leur impuissance toutes les fois que les fractures s'accompagnent d'un raccourcissement consécutif au chevauchement des fragments, parce qu'elles n'opèrent ni extension ni contre-extension. Elles ne peuvent pas même remédier à tous les déplacements angulaires, car nous venons de voir que les fragments peuvent s'incurver en arrière. « La compression latérale de ces appareils, qui n'agissent » qu'en opposant une résistance passive à la circonférence du membre, est sans utilité contre le raccourcissement. » (Boyer, t. III, p. 287.) A quoi nous ajoutons que cette compression latérale, quand la fracture est comminutive, pousse dans les chairs les angles des fragments, comme souvent nous l'avons constaté aux armées. La compression a en outre l'inconvénient de ralentir la circulation du sang, d'atrophier le membre et de retarder la consolidation osseuse.

Appareils inamovibles. — On nomme ainsi des appareils laissés en place jusqu'à complète consolidation et préalablement imbibés d'un liquide auquel ils empruntent par dessiccation une grande solidité.

Ces bandages ont été en honneur chez les Arabes dès la plus haute antiquité. Larrey les a apportés d'Égypte en France, où il s'est efforcé de les propager par son exemple. J'ai été son aide de clinique à l'hôpital de la Garde, et je n'hésite pas à déclarer, comme ceux qui l'ont vu à l'œuvre, qu'il excellait dans l'application de ses appareils à fracture. Ses enseignements ont été mis à profit; on peut s'en convaincre par les travaux de MM. Seutin, Velpeau, Laugier, etc. Larrey faisait arroser toutes les pièces du bandage de temps en temps, pendant le premier jour, à l'aide d'un liquide composé d'eau froide, de blancs d'œufs, d'eau-de-vie camphrée et d'extrait de saturne battus ensemble.

M. Seutin a substitué l'amidon à l'albumine, M. Velpeau la dextrine à l'amidon, qui met trop de temps à se dessécher, et M. Laugier le papier goudronné aux compresses de toile. En 1830, ayant remarqué en Algérie que pendant les chaleurs d'été le blanc d'œuf répand en se putréfiant une odeur infecte, je l'ai remplacé par une épaisse solution de gomme arabique. Celle-ci devient rapidement dure comme la corne, ne se corrompt pas et présente

l'avantage de pouvoir pénétrer l'appareil en masse, comme le liquide albumineux de Larrey, sans qu'il soit nécessaire avant de l'appliquer d'imbiber chaque pièce isolément. Mais ce n'est là qu'un détail. Larrey soutenait de chaque côté le membre par des fanons. M. Seutin emploie un appareil provisoire jusqu'à dessiccation et de préférence un ancien bandage conservé en forme de moule. M. Velpeau, qui a simplifié l'appareil inamovible, applique tout simplement une bande dextrinée sur le membre préalablement entouré d'une bande sèche sans attelles. Rarement il ajoute des attelles de carton; mais assez généralement il applique des attelles en bois provisoires, qu'il retire dès que le bandage est sec. Pour combattre le raccourcissement, on a recours à un appareil à extension momentanée et jusqu'à dessiccation du bandage. Nous pensons que notre appareil serait ici d'un très grand secours pour remplir l'indication de l'extension, de la contre-extension et de la coaptation même momentanément.

Si les appareils inamovibles empruntent toute leur efficacité avant dessiccation aux *supports extérieurs*, dit M. Malgaigne, ils ne sauraient après avoir plus d'action que n'en avaient ces supports mêmes, car en se desséchant ils acquièrent seulement la vertu de les remplacer. Or les attelles, les fanons, les anciens moules étendus le long du membre peuvent bien mettre obstacle aux déplacements angulaires et par rotation, mais demeurent impuissants contre les déplacements en travers et le chevauchement; là aussi s'arrête l'utilité des appareils inamovibles ordinaires.

A ce point de vue, les appareils inamovibles ne valent guère mieux que les appareils à attelles. Vainement mettent-ils momentanément à contribution les appareils à extension, ces emprunts passagers sont insuffisants. On leur reproche, en outre, de comprimer trop au début; de laisser plus tard un vide quand tombe la tuméfaction du membre; de soustraire pendant la durée du traitement la fracture à l'examen du chirurgien, à l'action tonique de l'air et de la lumière et à celle des topiques; de comprimer, d'atrophier le membre et de retarder le cal, ainsi qu'A. Paré l'a fait remarquer pour les attelles.

Ces graves inconvénients n'ont pas échappé à la sagacité de M. Seutin; aussi le voit-on s'efforcer d'y remédier en séparant du deuxième au quatrième jour, plutôt, si cela est nécessaire, à l'aide de fortes cisailles, son appareil en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure. S'il comprime trop, il le relâche après l'avoir ramolli avec de l'eau tiède; s'il est trop lâche, il le resserre par l'empiètement d'une valve sur l'autre, ou bien en découpant une bandelette sur le bord de l'une des valves, puis il le solidifie à l'aide d'une bande amidonnée. Il conseille, en outre, de découper une fenêtre pour panser les plaies. Mais alors, de deux choses l'une: ou le bandage exerce une compression circulaire continue, et, comme les attelles, il atrophie le membre; ou bien il existe des vides, et dans ce cas le reproche précité subsiste. On se demande, en outre, ce que devient le principe de l'inamovibilité avec tous ces tâtonnements, et ce qu'il reste des tentatives déjà insuffisantes de réduction quand il y a raccourcissement du membre, par suite de chevauchement des fragments. M. Velpeau, quand l'appareil est trop relâché, préfère en remettre un autre; c'est, à notre sens, ce qu'il y a de mieux à faire. J'ai fait assez souvent usage de ces appareils que j'ai vu appliquer avec un soin infini par l'honorable et habile M. Seutin, mais j'y ai complétement renoncé, surtout quand les fractures sont compliquées de plaie.

Appareils en plâtre. — C'est encore des Arabes que nous vient l'idée d'employer le plâtre comme moyen contentif des fractures. On s'en sert après l'avoir délayé dans de l'eau, sous forme de bouillie, absolument comme si on voulait mouler le membre. Les uns coulent le moule d'une seule pièce, en laissant à découvert une partie de la surface du membre; d'autres le font de deux pièces, de deux valves.

Dans ces derniers temps, MM. Mathiissen et Van de Loo ont eu l'heureuse idée d'imprégner de poussière de plâtre le tissu des bandes, qu'on roule ensuite pour s'en servir. Le membre étant préalablement entouré d'une bande ordinaire ou de ouate, on applique la bande plâtrée; on l'imbibe ensuite d'eau à l'aide d'une éponge, et il se solidifie à l'instant. A ce point de vue, le plâtre est peut-être le meilleur des agents solidifiants.

Solidité, modicité de prix, application facile, voilà sans doute de précieux avantages. Les inconvénients sont: la grande chaleur développée au moment du moulage; la compression exercée par la force d'expansion du plâtre; le vide consécutif à la disparition de l'engorgement inflammatoire; la dureté des parois intérieures du moule; les secousses imprimées pour le briser, à l'aide de la gouge et du maillet, quand il faut le retirer, etc. Aussi, malgré le patronage d'Eaton en Angleterre, de Dieffenbach en Allemagne, et les efforts méritoires des deux chirurgiens belges précités, la vogue que le plâtre semblait vouloir reprendre est-elle encore très problématique. Impuissant quand il y a un raccourcissement du membre, dangereux quand la fracture est compliquée de plaies et d'esquilles, l'appareil en plâtre a toutes les défectuosités des bandages à attelles et inamovibles.

Appareils-cuirasses. — On comprend sous ce nom toutes les machines destinées à fournir au membre fracturé une enveloppe complète.

Ces machines représentent deux gouttières, l'une inférieure, l'autre supérieure, en carton ou en métal, et surtout en fer-blanc. La plus compliquée et la plus complète de toutes était celle de Lafaye. Composée d'un grand nombre de pièces articulées, elle pouvait immobiliser à la fois le bassin, la cuisse, la jambe et le pied; se subdiviser, au besoin, pour agir isolément sur le genou ou sur la jambe; être allongée ou raccourcie à l'aide de coulisses, selon la longueur du membre. Coutavoz y ajouta des fenêtres pour le pansement des plaies.

Les cuirasses étaient tombées dans l'oubli depuis longtemps, quand, il y a quelques années, M. Bonnet (de Lyon) en a fait confectionner une bien plus complète encore que celle de Lafaye. La sienne embrasse non-seulement les membres abdominaux et le bassin, mais de plus le tronc jusqu'au-dessous des aisselles pour immobiliser le tout. C'est l'exagération d'un principe bon dans certaines limites. M. Malgaigne a d'ailleurs démontré, en répétant les expériences de M. Bonnet, que ce dernier a donné trop d'importance à l'indication de rendre immobiles le tronc et le bassin, afin d'éviter le chevauchement du fragment supérieur sur l'inférieur dans les fractures obliques du fémur.

Appareils hyponarthésiques. — Ainsi dénommés de υπο (*sous*), et ναρθηξ (*attelle*), ces appareils présentent pour recevoir la face postérieure du membre un plancher résistant. C'est là un avantage incontestable. Ce plancher peut être suspendu à l'aide de cordes passées dans des trous dont ses quatre angles sont percés.

Dans ce chapitre se retrouvent les gouttières, les hamacs, les planchettes, les boîtes ou caisses, et même les lits à fractures.

Imaginée par Sauter (de Constance), la suspension a été réservée presque exclusivement pour le membre pelvien, et spécialement pour la jambe. Mayor (de Lausanne), l'un de ses plus fervents partisans, plaçait sur une planchette convenablement garnie le membre fracturé qu'il immobilisait tout simplement en l'entourant d'une cravate en triangle. Cette planchette, d'une longueur égale à celle du membre, doit être soutenue, comme le plateau d'une balance, par quatre cordes fixées à une potence. Un fauteuil à roulettes disposé *ad hoc* peut servir à faire promener le malade dans son appartement. L'hyponarthésie, bien qu'avantageuse dans des cas exceptionnels, quand on redoute un trop long séjour au lit, est cependant peu employée. On sait que Mayor avait substitué à la planchette une gouttière en fil métallique; notre boîte, on le conçoit, se prête parfaitement à la suspension que nous avons employée quelquefois avec avantage. (*La suite à un prochain numéro.*)

DU BISMUTH ET DE SES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES,

Par M. le docteur Arnaud.

Ce n'est que depuis Stahl et Dufay qu'on connaît bien la nature du bismuth. Autrefois on le confondait avec le plomb et l'étain. Ce métal, employé par quelques praticiens dans divers traitements, avait eu les résultats les plus funestes. Aujourd'hui que la science a fait de si grands progrès et qu'on sait la composition de ce corps, on comprend facilement ce qui pouvait en faire un agent thérapeutique fort dangereux. En effet, les diverses quantités d'arsenic, de soufre et d'autres métaux étrangers qui entrent dans sa composition ne pouvaient impunément entrer dans l'économie. Le premier point pour en faire un médicament était donc une purification poussée à ses dernières limites. Dans cet état, le bismuth devenait une source précieuse dont les thérapeutistes modernes ont su tirer grand parti.

Des diverses préparations dans lesquelles le bismuth entre comme base, il en est une sur laquelle je crois devoir attirer l'attention; je veux parler de l'union du bismuth avec la magnésie décarbonatée.

Les préparations pharmaceutiques de notre époque ont un cachet particulier; on ne donne plus aux malades le remède sous sa forme réelle, il faut le leur masquer sous les formes les plus attrayantes. Le bismuth seul n'aurait eu rien de bien appétissant; il a fallu le revêtir d'une forme agréable, sans cependant le priver de ses propriétés. C'était un problème digne d'être étudié, et un docteur américain, M. Paterson, l'a résolu de la manière suivante.

Le bismuth, une fois purifié et délivré de tous ses éléments dangereux, est uni à la magnésie décarbonatée. On obtient ainsi un composé inaltérable, grâce aux soins dont on a entouré la préparation de ces deux substances. Ajoutez du sucre, et vous aurez la poudre ou les pastilles bismutho-magnésiennes du docteur Paterson.

Une fois rassuré sur l'état de pureté du bismuth, il nous reste à étudier les diverses affections dans lesquelles on a recommandé ce médicament.

Depuis longtemps M. Odier (de Genève), Guersant, Laënnec, Récamier, etc., avaient prescrit le bismuth à faible dose dans les cas où la santé générale dépendait d'un état nerveux de l'estomac, quand M. Trousseau et d'autres thérapeutistes surent en tirer le plus grand parti en l'administrant à hautes doses.

Aujourd'hui il est admis que les préparations de bismuth faites avec soin, et celles du docteur Paterson brillent surtout par ce côté, sont employées avec beaucoup de succès dans les dyspepsies, les malaises généraux accompagnés de céphalalgie, d'inappétence, de digestions laborieuses, de vomissements chroniques et aigus. Données à haute dose pendant six semaines, elles ont toujours réussi à calmer les vomissements des femmes enceintes, l'éructation, la distension de l'abdomen par les gaz intestinaux.

On les emploie comme antispasmodiques à la dose de 50, 60 centigrammes, et même de 1 à 4 grammes dans les diverses névroses, ainsi que dans les diarrhées aiguës des enfants et des adultes. Pour les enfants, la dose est de 50 à 60 centigrammes dans les vingt-quatre heures. On peut encore les employer contre les migraines causées par les maladies ou l'état nerveux de l'estomac; contre les vomissements acides des enfants à la mamelle, qui proviennent du mauvais lait de la nourrice. Un changement de nourriture pour cette dernière et l'usage des pastilles ou poudre du docteur Paterson avant et après le repas suffisent pour remédier à cette indisposition.

L'emploi du bismuth, pris isolément, produit le plus souvent la constipation au bout d'un certain temps, et force le médecin d'en suspendre l'usage. Les préparations bismutho-magnésiennes nous paraissent remédier fort heureusement à ce danger par l'association de la magnésie au bismuth à des doses convenables, ce qui permet d'en ordonner l'usage pendant des mois entiers sans avoir à craindre l'inconvénient dont nous venons de parler.

OBSERVATION DE TUMEUR FIBREUSE

occupant toute la moitié latérale gauche du cou et fixée directement sur les vertèbres. — Extirpation par la méthode de morcellement. Guérison.

La malade qui fait le sujet de cette observation (1) est une femme nommée Cougnet (Flore-Olympe), âgée de trente-cinq ans; elle s'aperçut, au mois de janvier 1852, d'une petite tumeur développée vers le milieu de la région latérale gauche du cou. Cette tumeur, dure et adhérente aux parties osseuses, n'occasionnait alors qu'une gêne assez légère; aussi la malade se borna-t-elle, pendant plusieurs mois, à l'application de quelques emplâtres fondants. Ces moyens n'eurent aucun résultat, et la tumeur, continuant à grossir, acquit bientôt un développement qui amena des troubles inquiétants du côté de la respiration.

Justement effrayée des progrès du mal et surtout des phénomènes de suffocation qui commençaient à se produire, la malade vint dans les premiers jours de mai 1854, à Paris, consulter les chirurgiens les plus en renom. Tous jugèrent que son affection était au-dessus des ressources de l'art. Après six semaines de séjour dans l'hôpital des Cliniques de la Faculté, où elle fit de vaines instances pour être débarrassée de sa tumeur, voyant que les accidents prenaient chaque jour une intensité plus grande, cette pauvre jeune femme était presque résignée à retourner mourir dans son pays, quand on lui conseilla d'aller consulter M. Maisonneuve. C'était le 18 juin 1854.

La tumeur occupait alors toute la moitié latérale gauche du cou, verticalement depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au-dessous de la clavicule, et transversalement depuis les apophyses épineuses jusque derrière le larynx et la trachée, qui se trouvaient fortement refoulés à droite. Il était facile de reconnaître sur sa face externe l'artère carotide et la veine jugulaire interne, ainsi que les muscles sterno-mastoïdiens et trapèze.

Légèrement bosselée à sa surface, elle était d'une consistance dure et rénitente comme le tissu fibreux. Il était impossible de lui imprimer le moindre mouvement sur les parties profondes; mais la peau, parfaitement intacte, glissait sur elle avec facilité. Bien que la malade accusât des douleurs assez vives, la pression n'y développait aucune sensibilité. Le bras n'était le siége d'aucune douleur, d'aucun engourdissement; il avait conservé toute la liberté de ses mouvements.

En présence de ces phénomènes, joints aux renseignements fournis par la malade sur l'évolution de la tumeur, M. Maisonneuve n'hésita pas à diagnostiquer une tumeur fibreuse adhérente aux apophyses transverses des vertèbres.

Mais une grande question restait à résoudre; dans cette région existe un grand nombre d'organes essentiels à la vie, l'artère carotide, la veine jugulaire interne, le nerf pneumogastrique, le pharynx, l'œsophage, le larynx, la trachée, les nerfs du plexus brachial et cervical, les artères sous-clavière et vertébrale, le grand sympathique. La tumeur n'avait-elle pas contracté avec l'un ou l'autre de ces organes des adhérences intimes, ou même n'en englobait-elle pas quelques-uns dans son épaisseur?

Quant au larynx, à la trachée, au pharynx, à l'œsophage, l'exploration directe suffisait pour faire constater qu'ils étaient seulement refoulés et qu'ils n'avaient contracté aucune adhérence intime avec la tumeur.

Mais la question était plus incertaine pour l'artère carotide, la veine jugulaire interne, le nerf pneumogastrique; pour les artères sous-clavière et vertébrale, et surtout pour les nerfs des plexus brachial et cervical.

Plusieurs raisons cependant portèrent M. Maisonneuve à penser qu'aucun de ces organes ne se trouvait englobé dans la production morbide. La première était l'absence de toute altération dans les fonctions sensitives et motrices du membre inférieur et de la tête; la seconde était la nature évidemment fibreuse de la tumeur et la connexion intime qu'elle avait eue dès son début avec les parties osseuses.

Les recherches anatomo-pathologiques de ce chirurgien lui avaient, en effet, démontré depuis longtemps que ces sortes de tumeurs d'origine périostique restent constamment isolées des parties molles au milieu desquelles elles se développent, qu'elles les refoulent sans les englober et qu'avec un peu de patience il est toujours possible de les en séparer.

D'après ces considérations, dit M. Maisonneuve, il est extrêmement probable qu'à l'aide d'une dissection prudente et minutieuse il ne sera pas impossible d'extirper cette tumeur en conservant intacts les organes importants et nombreux qui l'environnent. Il est vrai de dire, ajoute ce chirurgien, que, si cette opération n'est pas absolument impossible, elle devra certainement présenter des difficultés extrêmes, et nous savons même que ces difficultés sont telles qu'elles ont fait reculer un des chirurgiens les plus habiles.

Ce n'est point devant des considérations de cette nature que nous avons l'habitude de nous arrêter. En présence d'un mal qui sous peu de jours doit inévitablement causer la mort, alors que l'opération, réclamée par le malade, présente la moindre chance de succès, quels que soient du reste ses difficultés et ses dangers, nous regardons comme un devoir de ne pas lui refuser cette unique chance de salut.

(1) Cette malade a été présentée à la dernière séance de l'Académie de médecine par M. le docteur Maisonneuve.

Dès que la malade eut connaissance de la décision de M. Maisonneuve, elle en versa des larmes de joie. Tout entière à l'idée d'être débarrassée enfin de cette horrible tumeur qui l'étouffait, elle eût voulu que l'opération fût faite sur l'heure. Elle fut pratiquée le 20 juin 1854, en présence d'un nombreux concours de chirurgiens et d'élèves.

La malade étant couchée sur le côté droit et préalablement soumise au chloroforme, M. Maisonneuve fit d'abord une incision verticale étendue de l'apophyse mastoïde à la clavicule, puis une autre incision transversale depuis le larynx jusqu'au delà des apophyses épineuses des vertèbres. Les quatre lambeaux de cette incision cruciale furent disséqués avec un soin extrême, surtout en avant où se trouvaient l'artère carotide primitive, la veine jugulaire interne et le nerf pneumogastrique. Cette dissection fut longue et laborieuse à cause de l'extrême densité du tissu cellulaire, qui, adhérent à la tumeur par de nombreux tractus fibreux, se refusait absolument à toute tentative d'énucléation. Il fallut constamment employer les ciseaux mousses.

Après avoir mis ainsi la tumeur à découvert dans presque toute l'étendue de sa face extérieure, M. Maisonneuve, comprenant qu'en raison de sa consistance extrême et surtout des adhérences intimes qui l'unissaient aux parties sous-jacentes il lui serait impossible de l'extraire d'un seul bloc, résolut de la diviser d'abord en deux parties égales par une incision transversale.

Concentrant ainsi tous ses efforts sur cette moitié inférieure, il parvint, après vingt minutes environ de dissections pénibles et délicates combinées avec des tractions énergiques, à l'isoler complétement des nerfs du plexus brachial, de l'artère et de la veine sous-clavière et de la première côte.

Les muscles scalènes seuls, dont les fibres se perdaient dans son tissu, durent être sacrifiés en partie. Du côté du larynx, ainsi que du côté des apophyses épineuses, la dissection fut beaucoup moins pénible et plus prompte.

Cette première partie de l'opération avait donné déjà un résultat considérable. Le chirurgien était désormais fixé sur la nature de la tumeur, sur ses connexions exactes avec les parties profondes, et surtout il avait évité avec un bonheur extrême les nombreux et importants organes dont la moindre lésion aurait pu compromettre immédiatement la vie de la malade.

Sans perdre de temps néanmoins, M. Maisonneuve attaqua l'autre moitié de la tumeur. Cette deuxième moitié était plus intimement fixée que la précédente aux apophyses transverses des vertèbres. C'était là surtout que la dissection devait être opérée avec prudence, à cause des nerfs du plexus brachial, dont l'origine était englobée dans le pédicule de la tumeur. Pour éviter tout accident de ce côté, M. Maisonneuve résolut de diviser encore cette moitié supérieure par une incision verticale, qui lui permît de mettre à découvert le point même où elle adhérait aux vertèbres. De cette manière il put sculpter, pour ainsi dire, le nerf dans l'espèce de gouttière fibreuse que lui formait la production morbide. Ceci terminé, l'extirpation ne présenta plus que des difficultés de second ordre, et fut achevée en quelques minutes.

Pendant cette opération terrible, qui n'avait pas duré moins de trois quarts d'heure, la malade n'avait pas un instant cessé d'être soumise au chloroforme. Elle n'avait perdu qu'une petite quantité de sang, grâce aux précautions extrêmes prises par l'opérateur pour éviter la lésion des gros vaisseaux. Aussi le pouls n'avait-il pas un instant cessé de battre avec régularité.

Quant à la plaie, c'était quelque chose d'effrayant à voir que cette énorme excavation au fond de laquelle existaient, à nu, les six dernières vertèbres cervicales, la première côte, le nerf du plexus brachial et cervical, l'artère sous-clavière, la carotide, la jugulaire interne, le nerf pneumo-gastrique, le larynx, la trachée, le pharynx et l'œsophage.

Il était important de restreindre autant que possible le champ de la suppuration; aussi M. Maisonneuve crut-il devoir rapprocher les tissus par première intention, au moyen des bandelettes agglutinatives, des serres-fines et d'une compression méthodique.

A cet égard, le succès dépassa toutes les espérances du chirurgien. Dès le troisième jour, cette immense solution de continuité se trouvait cicatrisée dans les quatre cinquièmes de son étendue, et ce qui restait béant se recouvrit bientôt de bourgeons charnus de bonne nature.

Un mois suffit pour compléter la guérison, et aujourd'hui tous les organes ont repris leur position normale, le bras a conservé toute l'intégrité de ses mouvements et la sensibilité, la voix est pure, la déglutition comme en pleine santé; et de cette grave opération, la malade ne conserve plus d'autre trace qu'une cicatrice régulière et sans aucune difformité.

Examen de la tumeur. — La tumeur est exclusivement formée d'un tissu dense et serré, et dont l'aspect rappelle parfaitement celui des corps fibreux de l'utérus. Sa forme est assez régulièrement quadrilatère; ses dimensions sont de 14 centimètres dans le sens vertical; de 12 dans le sens transversal, de 8 dans le sens de l'épaisseur. Sa face extérieure convexe présente en avant une gouttière oblique, dans laquelle glissaient l'artère carotide, la veine jugulaire interne et le nerf pneumo-gastrique. Sa face interne, exhaussée pour se mouler sur les vertèbres, présente encore plusieurs faisceaux musculaires provenant des muscles scalènes, angulaire et splénius, dont les insertions se confondaient dans son tissu. Son poids était de 475 gram. Le microscope n'y a fait découvrir que du tissu fibreux pur.

Fig. 1 (demi-nature). Tumeur vue par sa face interne. A faisceaux musculaires de l'angulaire de l'omoplate. B, C, D, faisceaux musculaires des scalènes et gouttière dans laquelle étaient enchâssées les apophyses transverses des vertèbres cervicales.

Fig. 2 (demi-nature). Tumeur coupée transversalement et représentée adhérente à la troisième vertèbre cervicale, simulée pour faire comprendre sa position. E, troisième vertèbre cervicale, pour donner l'idée de la position de la tumeur et de ses adhérences aux apophyses transverses. F, tissu de la tumeur vu dans une coupe transversale.

DE L'ÉLASTICITÉ DES ARTÈRES

comme cause de la chaleur animale.

Par M. WINN, D.-M.

Il y a dix-sept ans qu'en faisant des expériences sur le caoutchouc, le docteur Winn, frappé de la propriété que possède cette substance, de développer de la chaleur en s'allongeant, se demanda si d'autres corps n'étaient pas doués de la même faculté. Le tissu élastique des artères lui parut remplir ces conditions, et d'après son hypothèse être une des causes de la chaleur animale. Trois ans furent donc consacrés à des expérimentations. M. Winn coupait une portion circulaire de la branche descendante de l'aorte d'un bouvart, longue d'environ un pouce, et après l'avoir dépouillée de ses enveloppes externes et internes, il la soumettait à un mouvement saccadé de va et vient, en la tirant successivement dans les sens contraires. De cette manière il imitait la systole et la diastole pendant une minute, puis immédiatement il portait sa section d'artère sur le réservoir d'un thermomètre qui après deux minutes accusait une élévation de 2 degrés.

Le thermomètre, soustrait à l'influence de l'artère, descendait rapidement. Pour être certain que cet accroissement de chaleur ne provenait pas d'autre source que de celle en question, le médecin anglais s'enveloppa les doigts d'une double couche de flanelle, et se couvrit la bouche d'un mouchoir en vérifiant les progrès de l'expérience. Cette dernière était faite dans une chambre sans feu, à une température de 55° Fahr. La grande difficulté était l'humidité de l'artère, qui enlevait de la chaleur, aussi le docteur Winn prit-il le soin de dessécher l'artère avec un linge. L'artère, comme le caoutchouc, prenait par la traction un développement double de son volume primitif, et faisait entendre en revenant sur elle-même le petit bruit qui est produit par le caoutchouc dans la même condition.

De ces expériences, le docteur Winn conclut que la génération de la chaleur animale peut être entièrement et heureusement expliquée. Les physiologistes, après avoir très bien prouvé que la chaleur animale est due à des actions chimiques du sang, reconnaissent cependant qu'une partie de cette chaleur provient d'une autre source, c'est cette portion que le docteur Winn considère comme le résultat de l'action mécanique des artères. Il serait très difficile de déterminer la quantité précise de chaleur développée à chaque battement d'artère; mais si on admet seulement la production d'une très faible quantité de chaleur, l'action des artères étant incessante pendant la vie, il s'ensuivra que la chaleur doit prendre une extension telle que si le corps n'était pas tempéré par les fonctions des poumons et de la peau, sa chaleur dépasserait bientôt les bornes naturelles.

Les données physiologiques et pathologiques suivantes viennent à l'appui des vues du docteur Winn :

1° La distribution minutieuse des artères dans chaque partie du corps assure la répartion égale et générale de la chaleur;

2° La *rigidité* des artères dans l'âge avancé est une cause probable de la diminution de la chaleur à cette époque de la vie;

3° L'accroissement de température du corps après les exercices semble s'expliquer facilement par l'accroissement de force des artères;

4° Dans plusieurs maladies des poumons où leurs fonctions sont accélérées ou retardées, les artères agissant avec force et rapidité, la chaleur du corps s'élève au-dessus de la température normale;

5° Les agents thérapeutiques qui diminuent l'action du cœur et des artères réduisent aussi toujours la température du corps;

6° La chaleur de l'inflammation locale, dans les cas où la constitution ne sympathise pas dans une grande étendue, ne peut être rapportée à une autre cause qu'à la rapidité des battements des artères de la partie malade, alors que les capillaires (qui, dans la théorie chimique, jouent un rôle important) sont neutralisés dans leurs fonctions. Le docteur Crisp a dit que les animaux à sang froid se faisaient remarquer par l'élasticité de leurs artères; mais la lenteur de la circulation contre-balance la chaleur, qui autrement serait développée. (*Ass. med. journ.*)

CIGARES DE JUSQUIAME.

Le docteur Seifert (de Vienne), se fondant sur son expérience personnelle, préconise comme en ayant obtenu des effets fort avantageux des cigares de jusquiame dans le traitement des catarrhes pulmonaires. C'est du tabac débarrassé de son principe âcre qui sert à la préparation de ces cigares, dans chacun desquels on met 5 à 8 grains de poudre de feuilles de jusquiame. Les malades en fument quatre à huit par jour. (*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Leriche (de Lyon) nous adresse quelques observations sur le traitement du choléra par le sulfate de strychnine et sur les résultats qu'il en a obtenus. Voici la manière dont il l'emploie :

Sulfate de strychnine à la dose de 3 centigrammes par jour, dans une potion de 120 grammes, à prendre par cuillerées à soupe toutes les demi-heures; boissons chaudes; infusions de menthe poivrée, verveine des Indes, etc.

Avec ce traitement, 6 cholérines ont été enrayées en douze heures; 5 cas de choléra bien constaté ont été soignés par la strychnine, 2 seulement ont succombé.

M. Leriche n'admet pas la théorie de M. Abeille sur l'effet de la strychnine.

M. Abeille, dit-il, pense que la strychnine agit en stimulant d'abord l'action du cœur; de là une impulsion plus grande donnée à la circulation; aussi se hâte-t-il de faire un vide dans la circulation capillaire pour en faciliter le jeu. C'est là une théorie facile à comprendre, mais qui, je crois, est loin d'être dans l'ordre des choses qui se passent dans l'action du sulfate de strychnine dans les cas de choléra plus ou moins intense.

Depuis au moins dix années il n'est pas de jour que nous n'employions, soit l'extrait de noix vomique, soit la strychnine, dans une infinité de cas pathologiques, en dehors du cadre de ceux où ce médicament était indiqué. Plusieurs fois il nous est arrivé de rencontrer des malades qui, sous prétexte de guérir plus vite, ont triplé, quadruplé même les doses que nous avions indiquées avec soin, et jamais nous n'avons vu que la circulation ait été activée par l'action du médicament; seulement nous avons remarqué, avec tous nos devanciers, du reste, que la sécrétion urinaire était augmentée, et que nos malades s'en plaignaient quelquefois. Pour nous, l'action bien démontrée de la strychnine sur le système nerveux propre aux organes sécréteurs, en augmentant leurs fonctions, nous donne la raison de sa puissance dans les cas de choléra algide.

Notre manière de faire ou d'appliquer la strychnine diffère essentiellement de celle de M. Abeille, et cependant nos résultats sont au moins aussi beaux que les siens.

Dans les cas de choléra où, malgré les selles et les vomissements rizacés, le refroidissement est général, où la peau donnait cette sensation de peau de grenouille, mais alors que la circulation se faisait encore, nous administrions une potion comme nous l'avons indiquée en commençant, puis des cataplasmes de farine de lin très chauds et maintenus tels pendant plusieurs heures; des boissons chaudes à petites doses, et quelquefois un grand bain pendant une heure, ne nous ont donné que de très bons résultats. La réaction a toujours commencé six ou huit heures après, et quelquefois elle a été très forte et demandé des soins particuliers.

Avant-hier (2 août), chez une femme de trente ans, portière, demeurant place Louis-Napoléon, 3, nous avons fait usage de la strychnine par la méthode endermique sur l'épigastre. En enlevant l'épiderme avec le marteau de Mayor, au bout de cinq heures, la réaction était complète. Etait-ce hasard? En sera-t-il toujours de même? Je n'en sais rien. Je livre ce fait sans aucun commentaire. La dose de strychnine a été de 1/4 de grain.

D'après les faits que je viens de rapporter, on voit que la théorie de M. Abeille est loin d'être exacte.

M. Leriche termine sa lettre en nous priant de constater que, sans vouloir soulever une question de priorité, il traitait des cholériques par le sulfate de strychnine avant d'avoir eu connaissance de la communication faite par M. Abeille à l'Académie.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 3 août dernier, vous publiez une observation de M. le docteur Legrand, observation très intéressante d'emphysème sous-cutané terminé par la guérison.

Cette observation est accompagnée de quelques réflexions très judicieuses et d'un relevé des observations connues du même genre qui se sont terminées par la guérison. D'après notre confrère, ce nombre serait de quatre. Je regrette que le titre trop incomplet que j'ai donné à une cinquième observation du même genre, et qui a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er février 1853, n'ait pas attiré l'attention de M. le docteur Legrand. Cette cinquième observation ne diffère des précédentes que par sa cause traumatique; aussi lui avais-je donné pour titre: *Contusions suivies de déchirure du poumon, sans fracture des côtes.* J'aurais dû ajouter : *et emphysème sous-cutané.*

Dans cette observation, l'emphysème sous-cutané dura quelques semaines; et enfin tout rentra si bien dans l'ordre, que cinq semaines après l'accident qui avait causé l'emphysème le malade venait me voir à pied à vingt-six kilomètres de sa résidence.

Je tenais à rectifier cette omission, qui n'est pas sans importance pour le pronostic de la maladie en question.

Agréez, etc.

MAVEL, D.-M.-P.

Ambert, le 7 août 1854.

Des examens viennent d'avoir lieu à Montpellier pour l'admission à l'École spéciale de médecine militaire. Plusieurs élèves ou docteurs de notre Faculté ont pris part à ce concours, dont les résultats ont été des plus satisfaisants. (*Revue thérap. du Midi.*)

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

N° 97. — MARDI — JEUDI 17 AOUT 1854. (27e ANNÉE.) N° 97. — MARDI — JEUDI 17 AOUT 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

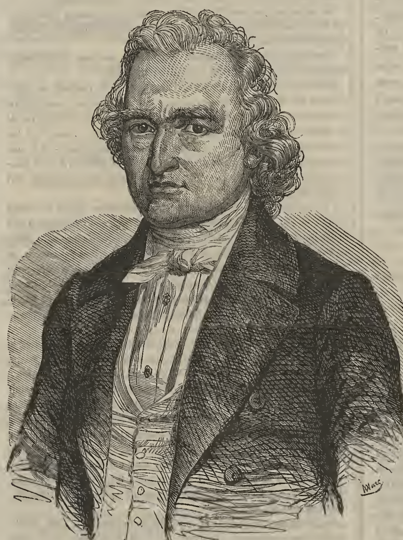
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . Un an. . . 30 .

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 16 AOUT 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

L'Académie des sciences, dans sa dernière séance, a entendu une très intéressante communication sur l'un des points les plus obscurs et les plus controversés de l'anatomie du système nerveux. M. Gratiolet s'est proposé de reprendre, après un grand nombre d'anatomistes, la question de la double racine des nerfs crâniens. On sait que les anciens anatomistes considéraient le cerveau comme le principe de la moelle épinière et de tous les nerfs. L'école de Gall a cherché à faire prévaloir une doctrine toute différente. Dans l'hypothèse admise par cette école, la moelle produisait le cerveau comme une sorte d'effervescence et d'épanouissement, et elle était considérée comme le centre ou le point de départ de tous les nerfs. Du conflit de ces deux opinions est née une troisième doctrine mixte qui paraît réunir aujourd'hui un grand nombre d'adhérents, c'est celle qui admet que les nerfs crâniens ont une double racine; l'une qui les rattache au cerveau, l'autre à la moelle épinière. Cependant, malgré l'autorité et le nom des anatomistes qui soutiennent cette manière de voir, elle n'est pas encore généralement adoptée. La démonstration anatomique lui manque encore, et c'est sur des considérations physiologiques qu'elle s'appuie principalement. De là des objections difficiles à réfuter. Partant de cette proposition physiologique, qu'il y a entre la sensation et l'intelligence un rapport nécessaire, et qu'il serait difficile de concevoir comment il pourrait y avoir entre l'organe matériel de la pensée et les appareils extérieurs de la sensation une séparation tranchée, M. Gratiolet a entrepris de nouvelles recherches anatomiques dans le but de découvrir par quelle voie s'établit ce rapport nécessaire. L'excessive délicatesse de ces recherches ne lui a point encore permis de résoudre le problème dans toute son étendue, mais il est du moins arrivé à un résultat affirmatif sur ce point, en ce qui concerne l'origine cérébrale du nerf optique.



En s'aidant de l'anatomie comparée, il a pu compléter une démonstration que l'étude d'une seule espèce ne lui eût pas permis de faire, et établir un rapport direct entre le nerf optique et l'une des portions des circonvolutions cérébrales qui prédominent dans le cerveau humain. On jugera, par l'extrait du travail de M. Gratiolet que nous reproduisons dans le compte rendu de la séance, de la valeur de cette démonstration. L'auteur se propose de poursuivre ces recherches pour les autres nerfs des sens, et bien qu'il pût jusqu'à un certain point se croire fondé à user d'un procédé assez commun en anatomie comparée, et qui consiste à appliquer la démonstration d'une proposition fondamentale relative à quelques termes d'une série particulière de faits à tous les termes de cette série, il a préféré procéder par une voie plus directe et plus complète. Nous accueillerons avec plaisir la suite de ces intéressantes recherches.

Nous signalerons aussi comme dignes d'attention les études de M. Bergeret sur le pus, et la curieuse observation de M. Leclerc relative à la chorée des oiseaux de basse-cour.

— Dans la même séance, M. le secrétaire perpétuel a annoncé à l'Académie que M. Lallemand a légué à ce corps savant une somme de cinquante mille francs destinée à récompenser ou à encourager des travaux relatifs au système nerveux. C'est un nouvel et dernier témoignage de cet amour et de ce dévouement que M. Lallemand (1) portait à la science, et de sa sollicitude pour les progrès de cette branche si intéressante qu'il a contribué lui-même à faire avancer par ses travaux.

QUELQUES EXPLICATIONS

au sujet du traitement du choléra par le sulfate de strychnine.

Dans le numéro de samedi dernier, 12 août, en parlant des essais de traitement du choléra par le sulfate de strychnine faits depuis peu, tant en ville que dans les hôpitaux, et dont les résultats étaient parvenus à notre connaissance, nous disions que ces essais avaient paru produire des succès et des insuccès à peu près balancés les uns par les autres, et que des accidents mortels nous avaient été signalés. C'était le résultat très sommairement énoncé d'une sorte d'enquête qu'il était de notre droit et de notre devoir de faire sur une méthode annoncée avec un certain éclat, et sur laquelle il nous paraissait utile de suspendre tout jugement jusqu'à réunion suffisante d'éléments d'appréciation.

Ces quelques mots ont ému M. Abeille, qui, se méprenant sans doute sur le motif de cette réserve, nous a mis en demeure de nous expliquer sur ces faits. Nous nous empressons de satisfaire au désir de notre confrère en insérant la lettre qu'il nous a adressée, et en lui donnant sur quelques-uns des faits en question des explications catégoriques.

Voici la lettre de M. Abeille :

Très cher confrère,

Dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, au sujet du traitement du choléra, vous cherchez à prémunir vos lecteurs contre les entraînements que peut occasionner ma nouvelle méthode, qui a le privilége de fixer en ce moment l'attention du monde médical. Je ne serai pas des derniers à vous remercier personnellement de cet avis aussi sage que salutaire.

Vous dites ensuite que des quelques essais qui ont été faits dans les hôpitaux de Paris, comme en ville, il résulte qu'on a obtenu des guérisons incontestables par le sulfate de strychnine, mais qu'il y a eu aussi des insuccès dans une proportion qui paraîtrait balancer à peu près le chiffre des guérisons. Pour être juste, cher confrère, vous auriez dû ajouter, ce que vous saviez aussi bien que moi, que ces essais ont été faits dans des cas très graves. Autant de succès que d'insuccès dans ces cas, c'est un résultat supérieur à celui que j'ai annoncé avoir obtenu moi-même à l'hôpital.

Dans ces cas, les médecins perdent en général plus des trois quarts de leurs malades.

A mesure que les confrères voudront employer avec toutes les précautions que je recommande ma méthode dans les cas moyens et les cholérines, ils s'apercevront bientôt de la spécificité du sulfate de strychnine.

Vous ajoutez enfin, cher confrère, qu'il y a eu des cas de mort par l'action de ce médicament.

Ceci est beaucoup plus sérieux, et au milieu des circonstances graves où nous sommes, ce fait mérite confirmation.

La conversation que nous avons eue ensemble hier a dû vous prouver que je connais la source de cet on dit.

Le médecin éminemment honorable et croyable qui vous a raconté un fait, et non plusieurs, n'est pas parfaitement convaincu que la mort ait été consécutive à l'action de la strychnine. Il n'a fait que vous raconter ce qu'on lui avait dit.

Or en face d'un médecin qui procède par la voie de faits bien précis, authentiques, contrôlés, qui a subi une contre-expérimentation dont la première condition pour qu'elle fût continuée était la preuve de l'innocuité de la méthode, il est peu logique de présenter des on dit.

S'il y a eu un cas de mort attribuée à la strychnine, que l'auteur publie l'observation en entier; nous verrons s'il s'est conformé à mes préceptes, et en tous cas il aura beaucoup mieux servi la science en prémunissant contre des dangers futurs les médecins nombreux qui penchent à suivre mon traitement.

J'ai eu moi-même, cher confrère, deux malades algides qui, n'ayant pas ingéré un atome de sulfate de strychnine, ont expiré, une demi-heure après leur entrée, dans un état convulsif et par asphyxie. Ces malades avaient des crampes ou convulsions du diaphragme et des muscles des parois thoraciques. On n'observe pas mal de cas semblables dans les épidémies. Si nos deux malades avaient pris de la strychnine, la mort eût été certainement mise sur le compte du médicament. D'ailleurs le cas auquel vous faites allusion était un cas très algide, et dans cette période le plus grand danger est dans l'anéantissement des fonctions d'absorption.

Si le sulfate de strychnine devait causer des accidents, c'est certainement dans les cas où l'absorption est à peu près consommée, les cholérines et les choléras moyens.

Or, tous les jours j'ai dans mon service d'hôpital un certain nombre de malades de ce genre, qui, en ingérant 0,01 à 0,015 de sulfate de strychnine dans quatre heures, en absorbent beaucoup plus en réalité que les algides, qui en ingèrent de 0,02 à 0,03 dans le même espace de temps. Il ne survient jamais une crampe dans les cholérines, et dans les cas de choléra moyen elles s'effacent promptement, quand elles existaient avant.

M. le médecin en chef des épidémies du département de la Seine, membre de l'Académie de médecine, a été délégué auprès de moi depuis trois jours par M. le ministre du commerce pour suivre pas à pas tous mes malades traités par la nouvelle méthode.

J'ai pu lui en montrer au moins une vingtaine à tous les degrés, qui prennent du sulfate de strychnine sans éprouver autre chose que l'arrêt des phénomènes cholériques.

J'ajouterai, cher confrère, que j'ai écrit officiellement à M. le ministre du commerce pour me mettre à sa disposition pour traiter, sous la surveillance d'une commission nommée par lui, tel nombre de malades qu'on voudra. Vous voyez qu'il faut que j'aie par devers moi une expérience bien solide et bien sûre.

Je ne demande qu'une seule chose dans une question aussi grave, c'est qu'on ne procède pas par des on dit, ce qui ne sert qu'à jeter souvent à tort des entraves à son élucidation, mais que chacun rapporte exactement les faits bons ou mauvais.

Nous tenons à ce que M. Abeille et surtout nos lecteurs soient bien convaincus que ce n'est pas à la légère et sans de sérieuses informations que nous avons énoncé les faits dont il s'agit. Nous croirions presque superflu de protester qu'en énonçant ces faits, dont nous n'avons tiré d'ailleurs aucune conséquence, nous n'avons eu d'autre pensée, d'autre désir que de nous éclairer et de chercher autant qu'il est en notre pouvoir à éclairer nos lecteurs sur la valeur de cette méthode. La lecture attentive du mémoire de M. Abeille n'ayant pas entraîné dans notre esprit une entière conviction, il nous a paru qu'avant de préconiser le sulfate de strychnine comme un *spécifique du choléra*, il fallait des preuves plus décisives que celles qui ressortent des observations mentionnées dans ce mémoire. Nous avons dû, en conséquence, nous enquérir de ce qui avait pu être fait ailleurs.

Nous savions qu'un médecin du Bureau central, actuellement chargé d'un service à l'hôpital de la Pitié, avait expérimenté depuis plusieurs mois le sulfate de strychnine, et qu'après une première série de faits qui l'avaient d'abord disposé à croire aussi à l'efficacité de cet agent, il avait fini par arriver à des résultats tout différents et à des conclusions entièrement opposées à celles de M. Abeille. Mais ces faits devant être prochainement publiés, nous avions cru devoir nous abstenir de les citer.

M. Abeille lui-même avait cité un médecin de l'Hôtel-Dieu comme ayant obtenu des résultats favorables à sa méthode. C'est à ce médecin que nous nous sommes adressé tout d'abord, et voici ce que nous avons appris. Le sulfate de strychnine a été administré dans son service à six malades, quatre fois en sa présence et deux fois en son absence, par le médecin chargé de le suppléer et par

(1) Nous devons à l'obligeance de M. le directeur de l'ILLUSTRATION de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le beau portrait de l'illustre savant dont le corps médical déplore en ce moment la perte.

l'interne du service. Sur les quatre premiers malades, il y a eu deux guérisons et deux décès ; les deux autres ont succombé avec des accidents tétaniques qu'on a cru devoir attribuer à l'action du sulfate de strychnine. C'est à ces quatre premiers faits, auxquels nous joignions dans notre pensée quelques cas analogues de la ville que nous avions vus ou dont des confrères nous avaient entretenu, que nous avons fait allusion en disant que les succès et les insuccès paraissaient se balancer. On verra par les observations que nous rapportons plus bas que cette proportion semble se reproduire assez fidèlement. M. Abeille la tient pour très satisfaisante, en tant, bien entendu, qu'il ne s'agit exclusivement que de cas algides. C'est un point d'interprétation qui demanderait à être longuement discuté et que nous ne voulons point aborder pour l'instant. Nous tenons simplement à constater que nos assertions à cet égard n'étaient pas sans fondement.

Quant aux deux faits d'accidents attribués au sulfate de strychnine, si, malgré toute l'autorité du médecin de qui nous les tenions, nous ne les avons exprimés que sous une forme dubitative, c'est que, précisément en raison de leur gravité même, nous ne voulions pas assumer la responsabilité d'une affirmation que nous n'étions pas alors en mesure d'appuyer sur des faits précis; mais nous pouvons aujourd'hui nous montrer plus affirmatif, grâce à l'empressement qu'a mis M. Masson, interne de l'Hôtel-Dieu, qui a recueilli ces deux faits, à nous en communiquer la relation.

Nous saisirons, du reste, cette occasion pour inviter tous les médecins qui auront cru devoir essayer le sulfate de strychnine dans le traitement du choléra à nous faire connaître les résultats qu'ils auront constatés. Nous faisons suivre les deux observations de M. Masson de l'extrait d'une lettre de M. le docteur Desrivières adressée à M. Abeille, à qui nous en devons la communication.

Dr Brochin.

A Monsieur le rédacteur de la GAZETTE.

Paris, 14 août 1854.

Monsieur,

Le sulfate de strychnine a été employé une huitaine de fois contre le choléra dans la salle Saint-Lazare, à l'Hôtel-Dieu. Dans deux cas auxquels vous avez fait allusion, on a observé des accidents tétaniques qui ont persisté jusqu'à la mort.

L'un de ces faits s'est produit tandis que M. Grisolle était suppléé par M. de Saint-Laurent, il y a plus de deux mois; l'autre est tout récent.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme adulte présentant les symptômes d'un choléra grave parvenu à la période de cyanose et de refroidissement. On prescrivit 5 centigrammes de sulfate de strychnine dans une potion de 120 grammes, à prendre par cuillerées toutes les deux heures. A la troisième cuillerée, vers trois heures de l'après-midi, le malade fut pris d'une contracture permanente des muscles du cou, du thorax et des membres. Je le vis à quatre heures dans cet état, respirant avec une difficulté extrême. La contracture était telle, qu'on pouvait le soulever par la tête sans que celle-ci se fléchît. A quatre heures et demie il avait cessé de vivre.

Le second cas a été observé ces jours derniers. Le malade, couché au n° 29 de la salle Saint-Lazare, est entré le 6 août au soir. Il a de la diarrhée depuis neuf jours. Depuis quatre jours les garde-robes sont très fréquentes; vomissements depuis trois jours.

Neuf selles blanchâtres depuis ce matin. Les vomissements sont aqueux; pouls faible; légère teinte cyanique; refroidissement médiocre; suppression d'urine; quelques crampes. — 3 pilules d'opium de 5 centigrammes chacune; julep éthéré; glace en petits morceaux; infusion de thé; entourer le malade de briques chaudes.

Le 7 août, neuf à dix selles et quelques vomissements pendant la nuit dernière. Ce matin il est complétement froid, fortement cyanosé. Voix cassée; pouls à peine sensible; persistance du pli fait à la peau. — Julep éthéré; glace; sulfate de strychnine, 2 centigrammes dans une potion de 120 grammes, à prendre toutes les heures; sinapismes aux membres.

Le 7, à quatre heures du soir, le malade a pris 3 cuillerées de sa potion. Après la troisième, il a été pris de roideur du cou, et la religieuse a cessé de donner la potion. Les vomissements se sont arrêtés; les selles caractéristiques continuent. Le malade ne s'est pas réchauffé et est toujours cyanosé. La respiration est très gênée. Il meurt à sept heures du soir avec persistance de la roideur du cou.

Ni M. Grisolle, ni M. de Saint-Laurent n'ont pu être témoins de ces faits, puisque la contracture et la mort sont survenues dans l'intervalle de deux visites; mais ils ont été constatés par moi et par les élèves externes du service qui, au nombre de quatre, se rendent à la visite du soir.

Cette contracture doit-elle être rapportée à l'administration du sulfate de strychnine, ou mise sur le compte du choléra? M. Grisolle n'a jamais observé dans le choléra une contracture de ce genre. Elle n'a rien de commun avec les crampes des cholériques, et elle ressemble tout à fait, au contraire, à celle que détermine la strychnine, et que j'ai eu souvent l'occasion d'observer à l'hôpital des Enfants sur des sujets atteints de chorée, et soumis par M. Trousseau à l'emploi du sirop de sulfate de strychnine.

Il paraît donc rationnel d'attribuer à la strychnine les accidents tétaniques observés dans les deux cas ci-dessus rapportés.

Il est probable que les deux malades dont il s'agit auraient succombé même avec l'emploi du traitement habituellement suivi dans le service; mais il est vraisemblable que la terminaison fatale a été accélérée par la production des accidents tétaniques qui sont venus entraver la respiration, si fortement embarrassée déjà chez les cholériques parvenus à la période cyanique.

Telle a été la pensée de M. Grisolle; et s'il ne proscrit pas l'usage de la strychnine dans le choléra, il conseille du moins de l'administrer avec réserve, et d'en surveiller l'emploi avec le plus grand soin.

Agréez, etc. MASSON, interne à l'Hôtel-Dieu.

A M. Abeille.

Paris, ce 9 août 1854.

Monsieur et très honoré confrère,

Je m'empresse de vous répondre, heureux que je suis de vous devoir la vie de deux de mes malades. Voici dans quelles circonstances :

1er *cas.* — Le sieur Laruelle, tailleur, rue des Orties-Saint-Honoré, 7, quarante ans, impotent des deux jambes, assez forte constitution en apparence, vie réglée, mais travail soutenu, peu d'exercice et digestions pénibles, fut pris dans la nuit du 26 au 27 juin d'une attaque de choléra des plus caractérisées : vomissements aqueux, pénibles, fréquents; diarrhée riziforme, rétention d'urine, crampes, frisson, peau gluante, commencement de cyanose.

Appelé près de lui dans la matinée du 27, j'ordonnai les boissons alcoolisées, les frictions, les lavements laudanisés, les sinapismes, un grand vésicatoire sur le creux de l'estomac, et surtout le sulfate de quinine dans du café noir, remède qui en 1849 et depuis m'a souvent réussi, mais duquel je n'obtins rien dans cette circonstance.

Ne me tenant pas pour battu, j'eus recours à une potion vantée par des médecins de Gray : sulfure de potasse dans une infusion de menthe. Ce remède échoua également.

J'employai alors la limonade minérale à la dose de plusieurs litres (8 ou 10); encore sans résultats satisfaisants.

Je recourus alors à la médication anglaise. Je fis respirer en deux ou trois fois 20 à 30 litres d'oxygène pur à mon malade; mais encore peine perdue. Il allait s'affaiblissant, se refroidissant; le pouls radial se faisait à peine sentir, et je ne savais que faire, lorsque je lus votre médication avec la strychnine. J'y eus recours de suite, et je dois vous déclarer que bientôt le pouls se releva, la peau prit de la chaleur; les vomissements, le hoquet cessèrent, ainsi que la cyanose, qui n'avait fait que marcher.

J'ai employé 15 milligrammes de strychnine dans quatre cuillerées d'eau, et j'ai dû le lendemain recourir à une seule cuillerée d'une deuxième potion. Il y a bien eu encore quelques vomissements, mais ils étaient bilieux; les selles se sont colorées, les urines ont reparu, et si le hoquet s'est encore montré parfois, un peu d'éther a suffi pour le faire disparaître. Bientôt le malade a été pris d'un sommeil profond et réparateur, et quelques sinapismes aux jambes et un peu de bouillon de poulet ont suffi pour amener le malade à une prompte convalescence.

Cette lutte, comme vous voyez, a été longue et soutenue pendant le 27 et le 28, et c'est votre strychnine, en mon âme et conscience, qui a tiré le malade de la fâcheuse situation dans laquelle il se trouvait.

Dans ce même moment, sa mère, femme de soixante ans, qui était venue de Compiègne pour le voir et le soigner, a été prise de choléra chez lui; et comme on ne pouvait traiter ces deux personnes dans la même petite chambre, on l'a de suite transportée à la Charité, où elle est morte en arrivant.

2e *cas.* — Le 11 juillet, je fus appelé chez une demoiselle Désirée, rue des Fossés-Montmartre, 14, chez laquelle il y avait vomissements, diarrhée, étouffements, peau se refroidissant, pouls petit, fréquent, rétention d'urine, etc.

Ici je commençai encore par le sulfate de quinine et le café, le vésicatoire sur le creux de l'estomac, boissons alcoolisées, etc., mais sans en rien obtenir.

Alors j'arrivai de suite à la limonade minérale à haute dose, et, voyant que c'était encore sans succès, j'ordonnai aussitôt la strychnine, et, je dois le dire, je n'en obtins également rien; mais de ce que la potion me paraissait trouble et mal préparée, j'exigeai qu'on allât chez un autre pharmacien, et cette fois la malade, qui trouva à cette potion un goût amer et franchement distinct du goût de la première, en ressentit le plus grand bien; les accidents bientôt cessèrent peu à peu et une réaction franche s'établit, qui fut suivie d'une convalescence de quelques jours.

Voici, très honoré confrère, les deux succès que j'ai à vous signaler; mais parlons des mécomptes. Toutefois rassurez-vous les conditions n'étaient pas les mêmes.

Appelé le 1er août auprès d'une jeune dame nommée Savigny, 10, rue Dauphine, j'arrivai vers les deux heures auprès de la malade, que je trouvai froide et cyanosée, avec yeux profondément rentrés, etc., et ayant déjà subi inutilement la médication de quatre ou cinq médecins. J'ordonnai de suite la strychnine, que j'administrai moi-même, mais sans résultat; la malade succombait deux heures plus tard. Peut-être une application de sangsues, conjointement avec la strychnine, eût-elle été utile?

Le 7 août, appelé, n° 70, rue Neuve-des-Petits-Champs, auprès de Mme Marguin, femme valétudinaire, de soixante ans environ; j'arrivai à cinq heures et demie du soir auprès de la malade, que je trouvai froide et vomissant, mais sans autre trace de cyanose que sur les lèvres et la langue. Son médecin, la croyant sans doute perdue, n'était pas revenu depuis midi. J'essayai des frictions, les boissons alcoolisées et la strychnine, mais sans aucun résultat. La malade succombait à minuit et demi.

DESRIVIÈRES, D.-M.-P.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 août 1854. — Présidence de M. COMBES.

M. Maisonneuve lit une note sur l'extirpation des tumeurs fibreuses profondes par la méthode dite de morcellement. (Voir notre numéro du 12 août.)

— M. Baudens lit un mémoire sur les fractures du corps et du col du fémur traitées à l'aide d'un nouvel appareil. (Voir le même numéro.)

Sur les expansions des racines cérébrales du nerf optique, et sur leur terminaison dans une région déterminée de l'écorce des hémisphères. — M. P. Gratiolet lit sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les passages qui suivent :

On donne aux racines du nerf optique deux sources principales : les unes proviennent des tubercules quadrijumeaux antérieurs, les autres de l'écorce blanche des couches optiques.

Cette deuxième racine est, dans les mammifères, la plus importante, et peut être considérée comme un prolongement direct des bandelettes optiques. On la voit très nettement s'enrouler autour du noyau de la couche optique, et se prolonger dans ce sens jusqu'à l'extrémité antérieure de la ligne qui sépare la couche optique du corps strié en suivant le bord du *centrum semicirculare* de Vieussens.

Jusqu'ici les faits étaient connus, mais on n'a point parlé des rayons fibreux dont cette bande enroulée est le point de départ, et dont la disposition dans l'intérieur de l'hémisphère est à coup sûr l'un des faits les plus intéressants que puisse nous découvrir l'anatomie du cerveau.

Ces rayons se détachent successivement du bord externe de la bandelette enroulée, à partir du renflement connu sous le nom de *corpus geniculatum externum*. Il y a en ce point un amas assez apparent de substance grise où ces fibres paraissent se multiplier beaucoup. Quoi qu'il en soit, elles s'épanouissent, leurs pinceaux se dilatent et rayonnent en un large éventail qui s'étale en dehors de la corne postérieure du ventricule latéral, et vient s'unir par son limbe aux couches corticales de l'hémisphère dans toute la longueur de son bord supérieur, depuis l'extrémité supérieure du lobe occipital jusqu'au sommet du lobe pariétal.

Jusque-là, ce rayonnement fibreux s'épanouit de la manière la plus évidente; mais déjà, vers les divisions antérieures de l'éventail, on aperçoit entre elles de petits intervalles dans lesquels s'engagent des fibres qui, nées en dehors de ce plan du nerf optique, le traversent pour se porter dans le corps calleux, au côté opposé du cerveau.

D'abord ces fibres sont fort grêles, fort rares, et laissent dominer les fibres de l'expansion du nerf optique, en sorte qu'on peut suivre encore celles-ci avec la plus grande précision. Mais plus on s'avance, plus les faisceaux radiculaires du corps calleux s'épaississent; ils augmentent de plus en plus, et il faut user de précautions toujours croissantes pour suivre dans leurs intervalles les racines grêles et infiniment délicates du nerf optique. Enfin, vers les parties antérieures du cerveau, cette recherche devient par degrés absolument impossible. Toutefois, en passant des choses évidentes à celles qui le sont moins, on arrive à cette présomption, que, de toute l'étendue du bord externe de la lame qui s'enroule autour de la couche optique, naissent des fibres cérébrales; que ces fibres passent entre celles du corps calleux, et vont successivement se terminer dans toute la longueur du bord supérieur de l'hémisphère. Mais cette vaste expansion ne peut être nettement démontrée que vers les parties de ce bord qui sont en arrière du corps calleux. Aussi, dans les animaux quadrupèdes, où ces parties le dépassent à peine, est-elle fort difficile à démontrer. Elle existe néanmoins, mais extrêment réduite, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par une dissection fort attentive de cerveaux de chiens, de chats et de moutons.

Voici, je crois, le premier exemple bien avéré de la terminaison d'un nerf non-seulement dans le *centrum ovale* de Vieussens, mais dans une région determinée de l'écorce du cerveau. Si maintenant nous rappelons que cette longue bande de circonvolutions où le nerf optique se termine prédomine dans le cerveau humain, qu'elle caractérise par son développement excessif, nous ne pourrons nous empêcher de soupçonner ici un rapport de la plus haute importance.

Un semblable rapport existe-t-il entre le cerveau et le nerf acoustique? Cette question est en ce moment l'objet de mon attention la plus assidue; mais la marche des fibres est soumise à un si grand nombre de déviations au milieu des entre-croisements multipliés des fibres médullaires dans le cerveau, que je n'ose encore espérer de la résoudre avec une certitude suffisante. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Duvernoy.)

Etudes sur le pus. — M. Bergeret présente sous ce titre un mémoire qu'il résume dans les termes suivants :

Le pus est composé : 1° par un liquide; 2° par des animalcules que je désigne sous le nom de *pyozoaires*.

Les pyozoaires ont deux manières d'être dans le pus :

Ou bien ils nagent en liberté dans le liquide;

Ou bien ils sont renfermés dans une vésicule membraneuse (globules.)

Les pyozoaires libres s'agitent environ trois à quatre jours, et, après leur mort, ils se trouvent réunis en petit amas par une matière amorphe.

Les animalcules des globules ne vivent en général que vingt-quatre heures; cette durée est, comme nous l'avons montré dans notre mémoire, sujette à varier sous certaines influences.

Quand les pyozoaires des globules ont cessé de s'agiter, ils forment les noyaux des globules en s'enroulant en spirales, très souvent du moins liés les uns aux autres au moyen d'une matière amorphe.

L'eau augmente la durée de leur agitation, et l'on voit sous son influence les pyozoaires, qui formaient déjà un noyau, entrer de nouveau en mouvement et rompre la membrane qui les emprisonne.

L'acide acétique, au contraire, fait cesser tout à coup les mouvements des pyozoaires contenus dans les globules; mais son action est plus lente sur les animalcules libres.

La membrane enveloppante des globules me semble produite par le mucus tenu en suspension dans le liquide. (Commissaires : MM. Andral, de Quatrefages, Montagne.)

— M. Bartsch soumet au jugement de l'Académie un mémoire écrit en allemand, et ayant pour titre *Principes de vétérinaire basés sur la statistique du corps du cheval.* (Commissaires : MM. Magendie, Rayer, Duvernoy.)

— M. Abeille présente au concours pour le prix du *legs Bréant* un travail concernant l'emploi du *sulfate de strychnine* dans le traitement du choléra.

— M. N. Chrzaszcz envoie de Redessan (département du Gard) un mémoire sur la nature et le traitement du *choléra épidémique*, avec des considérations sur une certaine forme de typhus qui se rapproche du choléra. (Ces deux communications sont renvoyées à l'examen de la section de médecine.)

Chorée chez une poule. — M. Leclerc communique les résultats des observations qu'il a faites sur une poule atteinte d'une affection spasmodique. Cette maladie, qui n'est pas signalée par les agronomes qui se sont occupés des maladies des oiseaux de basse-cour, pourrait, si l'on voulait emprunter une dénomination à la nomenclature nosologique de l'espèce humaine, être désignée assez convenablement sous le nom de

chorée. Diverses circonstances ont concouru à appeler sur ce cas l'attention de M. Leclerc. D'abord le fait se reproduisait pour la seconde fois parmi des poules provenant d'un même petit troupeau, de sorte qu'on pouvait soupçonner ou que l'affection était héréditaire, ou qu'elle était plus particulière à la race cochinchinoise, à laquelle appartenaient ces deux animaux. La seconde circonstance à remarquer, c'est que les accès, qui se montraient souvent sans cause connue, pouvaient être aussi déterminés par des circonstances extérieures, des impressions morales, s'il est permis de s'exprimer ainsi : la peur ou la surprise les faisaient naître infailliblement.

La première poule atteinte de chorée ne fut pas l'objet d'observations suivies. Maltraitée par les autres habitantes de la basse-cour, elle mourut d'inanition peu de temps après en avoir été séparée. Elle ne fut pas disséquée. Pour la seconde, qu'on avait eu soin de mettre à l'abri des persécutions des autres poules, elle put être longtemps observée. Lorsqu'on la tua, afin d'examiner l'état des centres nerveux, l'autopsie, faite par un habile anatomiste, ne fit reconnaître dans les organes intra-crâniens aucune altération qui pût rendre compte des troubles fonctionnels. C'est encore un trait de ressemblance de plus avec la chorée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août 1854. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Suette. — M. le ministre du commerce transmet une lettre dans laquelle M. le docteur Noirot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dijon, signale comme un remède héroïque contre les accidents nerveux de la suette l'emploi des perles d'éther du docteur Clertan. (Commission des épidémies.)

Choléra. — Le même ministre transmet des formules de traitement anticholérique proposées par MM. les docteurs Remy, de Châtillon-sur-Marne; Perrussel, de Marseille; Jacquinot, de Leroncourt (Vosges).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Wittmach, de Œdesloc près Hambourg, propose une méthode pour guérir le choléra : elle consiste dans l'usage du bon café et du bon vin rouge.

— M. Giraud (de Marseille) présente une nouvelle formule pour le choléra.

— M. Girard, d'Eyguières (Bouches-du-Rhône), adresse une note sur la marche du choléra dans ce pays.

— M. Abeille adresse un travail manuscrit sur le traitement du choléra par le sulfate de strychnine.

Polydipsie. — M. Poggiale adresse l'analyse chimique de l'urine d'un homme atteint de polydipsie et une observation sommaire de cette affection rédigée par M. le professeur Godeliar. (Commissaires : MM. Soubeyran, Henry et Bouchardat.)

Observations de chirurgie. — M. Levrat-Perroton (de Lyon) adresse un mémoire sur différents sujets de chirurgie. (Commissaires : MM. Grisolle et Barth.)

Proto-iodure de fer. — M. Putegnat (de Lunéville) adresse un travail intitulé *Recherches sur la valeur thérapeutique de l'huile dite proto-iodure de fer*. (Commissaires : MM. Caventou, Bouchardat, Gibert.)

Anomalie des reins. — M. Mérier (de Saint-Dizier) adresse une observation d'affection cancéreuse de l'abdomen, avec anomalie très singulière des reins. (Commissaire : M. Barth.)

Morcellement des tumeurs fibreuses. — M. Chassaignac rappelle, au sujet de la communication récente de M. Maisonneuve, que la méthode du morcellement des tumeurs fibreuses qu'il s'attribue, a été mise en pratique il y a plus de vingt ans à l'hôpital de la Pitié par M. Velpeau, et depuis par plusieurs autres chirurgiens.

Appareil à injections. — M. Charrière père adresse une lettre pour faire connaître à l'Académie que l'appareil à injections présenté et décrit dans la dernière séance comme étant imaginé par M. Falconi a figuré au nombre des articles de sa première exposition, en 1834, et mentionné dans sa notice de la même époque, puis publié et décrit dans ses catalogues, notamment en 1844 et 1852.

Rétrécissement de l'urètre, etc. — M. Guillon adresse une observation ayant pour titre *Excroissances polypiformes. — Granulations de l'urètre. — Tumeur développée dans le verumontanum. — Rétrécissements urétraux durs et anciens. — Guérison.*

Eaux de la France. — M. Guiraud, pharmacien à Châlons-sur-Saône, adresse une note sur l'analyse des eaux de la Saône et celle des eaux des villages de Culles, de Saules, de Bissey-sous-Cruchaut, sous le point de vue de leur action sur l'économie. (Commission de l'*Annuaire*.)

LECTURES.

Opération césarienne. — M. Lebleu, chirurgien en chef de l'hospice civil de Dunkerque, lit un mémoire sur l'opportunité et la simplification césarienne, à l'occasion d'un double fait d'opération césarienne pratiquée à dix ans d'intervalle sur la même personne.

Nous reviendrons sur ce mémoire, qui a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. P. Dubois, Danyau, Depaul et Moreau.

RAPPORTS.

Effets thérapeutiques de l'iode. — M. Chatin lit en son nom et celui de M. Gibert un rapport sur des expériences et des considérations nouvelles pour servir à l'histoire thérapeutique de l'iode par M. Duroy, pharmacien à Paris.

Les observations contenues dans le mémoire de M. Duroy tendent à établir :

1° Que l'iode est un puissant antiseptique;

2° Que ce corps a plus d'affinité pour l'albumine, le gluten, etc., que pour l'amidon lui-même;

3° Qu'il ne coagule ni ne décompose en apparence l'albumine et les autres matériaux de l'organisme avec lesquels on le met en contact; que, par conséquent, la coagulation de l'albumine qu'on a vue être déterminée par la teinture d'iode, est l'œuvre de l'alcool, et non celle de l'iode.

Après les faits sont exposées, toutefois avec une réserve pour laquelle l'auteur doit être loué, quelques hypothèses. Etant données les propriétés antiseptiques de l'iode, ne pourrait-on pas, demande M. Duroy, tenter l'emploi de cet agent pour combattre l'action des venins et virus, ainsi que les empoisonnements miasmatiques? Déjà, pour un point de ces hypothèses, les expériences faites par MM. Brainard et Greane sur le poison du crotale et du curare justifient les prévisions et les raisonnements de M. Duroy.

M. le rapporteur conclut en proposant :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De l'engager à poursuivre ses recherches, en les dirigeant, autant que possible, vers la détermination exacte des phénomènes de combinaison qui se produisent au contact de l'iode avec les matières protéiques;

3° D'ordonner que son mémoire soit renvoyé au comité de publication. (Adopté.)

Médication ferrugineuse. — M. Bouchardat commence la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Quevenne relatif à la médication ferrugineuse.

L'étendue de ce mémoire ne permettant pas à M. Bouchardat de terminer son rapport, la suite de la lecture en est remise à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 août 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MAISONNEUVE présente à la Société une malade à laquelle il a enlevé une large tumeur fibreuse de le région cervicale. La plaie est aujourd'hui presque entièrement cicatrisée, et cette femme sortira bientôt guérie de l'hôpital. M. Maisonneuve insiste sur un temps du procédé opératoire mis en usage dans ce cas, à savoir : la section intrinsèque de la tumeur transversalement d'abord, puis perpendiculairement dans sa moitié supérieure. (Voir notre dernier numéro.)

— M. HOUEL, à propos du procès-verbal, demande à mettre sous les yeux de la Société la pièce anatomo-pathologique du malade dont M. Goyrand a rapporté l'histoire dans la précédente séance. Cette pièce sera déposée au musée Dupuytren.

M. HUGUIER rappelle, à cette occasion, qu'il y a quatre ans il opéra un malade par un procédé semblable à celui dont se sont servis MM. Sédillot, Maisonneuve et Goyrand.

Un homme entra dans le service de M. Robert pour un cancer de la partie postérieure et latérale gauche de la langue ; mais ce chirurgien refusa de l'opérer. Plus tard ce même malade vint dans le service de M. Huguier, qui se décida à lui enlever son cancer. Afin d'arriver plus facilement sur la tumeur, il fendit verticalement la lèvre inférieure et l'os maxillaire. Le cancer enlevé, il rapprocha les parties, et le malade guérit promptement. Ce produit morbide ne récidiva point dans la cicatrice, mais dans un ganglion du voisinage qui par propagation ulcéra la carotide. La mort fut très prompte. A l'autopsie, l'on put constater que les parties primitivement opérées étaient saines et que la consolidation de l'os maxillaire inférieur était complète.

LECTURE DE MÉMOIRES ORIGINAUX.

M. CHASSAIGNAC lit de nouveau les conclusions de son *Mémoire sur les abcès sous-périostiques*. (Ces conclusions ont déjà été publiées.)

Discussion sur ce travail. — M. GIRALDÈS demande à M. Chassaignac comment il comprend que des injections faites avec une eau aussi légèrement acidulée que celle qu'il propose puissent hâter l'élimination des séquestres.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il a constaté par ces injections l'élimination d'une certaine quantité de phosphate de chaux. Ainsi, dans une injection faite pour un séquestre du fémur, on obtint 4 millièmes de phosphate de chaux par litre de ces douches, acidulées d'acide chlorhydrique.

M. GIRALDÈS. L'emploi de ces douches n'est pas récent dans la pratique; on les a employées d'après cette idée, que ces acides enlèvent le phosphate de chaux. Mais il ne faut point se laisser abuser sur leur véritable action. Si ces douches sont très faiblement acidulées, elles agissent comme des injections abondantes d'eau commune; si l'acide est en plus grande abondance, il coagule le sang dans les capillaires, et il faut craindre que cet arrêt forcé de la circulation ne contribue à l'extension de la nécrose.

M. LARREY rapporte avoir observé chez les militaires des faits semblables à ceux que M. Chassaignac a signalés dans son travail. Les conscrits sont dans un âge où ces abcès se développent fréquemment; d'autre part, les contusions reçues dans les exercices du fusil ou du gymnase sont une cause occasionnelle de ces collections sous-périostiques. On les voit surtout au tibia; une incision prompte et large lui paraît donner les résultats les plus favorables.

M. CULLERIER cite un fait où l'abcès sous-périostique ne siégeait point aux membres inférieurs, mais sous l'omoplate. Cet accident s'était développé chez une jeune fille, sans violence, à la suite d'une fièvre typhoïde.

M. GUERSANT croit avoir remarqué que M. Chassaignac a passé sous silence des faits graves d'abcès sous-périostiques. Dans quelques cas il n'y a aucune réaction générale, mais dans d'autres la constitution est profondément altérée. Ces abcès, qui tiennent à une cause générale, tuent neuf fois sur dix. Sous l'influence d'une altération constitutionnelle, un membre se gonfle et de la fluctuation survient en vingt-quatre heures. La mort arrive même lorsqu'on ouvre ces abcès. M. Guersant aurait voulu connaître l'opinion de M. Chassaignac sur ces cas extrêmes et sur le traitement général qui doit leur être appliqué.

M. DEMARQUAY, pour confirmer la gravité de ces abcès sous-périostiques qui se développent après les fièvres typhoïdes, dit n'en avoir vu guérir qu'un cas.

M. CHASSAIGNAC répond à M. Larrey qu'il tiendra compte des observations qu'il a faites sur les militaires, et à M. Cullerier que la majorité des abcès sous-périostiques se voit aux membres inférieurs; sur onze cas, il en a vu dix aux membres abdominaux. M. Chassaignac ne peut accepter les reproches d'omission que lui adresse M. Guersant, car il a longuement parlé des cas auxquels a fait allusion ce dernier chirurgien. Il pense que la mortalité n'est point aussi grande que l'indique son collègue, et, selon lui, les contre-ouvertures et les douches empêchent l'infection pyogénique. Il se demande si l'on n'aurait pas souvent confondu quelques abcès métastatiques avec ces abcès sous-périostiques.

A la suite de cette discussion, le travail de M. Chassaignac est renvoyé au comité de publication.

RAPPORTS.

M. BOUVIER lit le rapport suivant sur divers mémoires adressés à la Société par M. le docteur Plouviez (de Lille) :

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Laborie, Cullerier et moi, de vous rendre compte de plusieurs mémoires et observations imprimés ou manuscrits adressés à la Société par M. le docteur Plouviez.

Les mémoires imprimés traitent des sujets suivants :

Premier mémoire. — L'ouverture des abcès par le bistouri est-elle préférable à celle faite au moyen de la pierre à cautère?

Réponse affirmative, sauf de rares exceptions.

Deuxième mémoire. — Observation d'ozène guéri par l'iodure de potassium et la cautérisation avec le nitrate d'argent chez une femme atteinte en outre d'un cancer du cerveau et d'un abcès de cet organe, qui causèrent la mort quatre mois après la guérison de l'ozène.

Troisième mémoire. — Bons effets du sucre candi dans certaines dyspepsies. Observations de guérison de cystocèle vaginale.

Quatrième mémoire. — Guérison de la sciatique par l'emploi local de la chaleur.

L'un des mémoires manuscrits traite de la chloroformisation. Il décèle un chirurgien versé dans la pratique de cette opération, dont l'auteur retrace les règles, déjà exposées par lui dans des mémoires qu'il a adressés dès 1848 à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine.

Restent trois observations tirées de la pratique de M. le docteur Plouviez.

OBS. I. — *Extirpation de deux tumeurs situées au menton et à la région du cou. — Suites d'abord heureuses. — Récidive au bout d'un an. — Mort.*

Le sujet était un homme de quarante-quatre ans. La tumeur du cou avait débuté six mois auparavant, peu après la guérison par les caustiques d'une ulcération de la lèvre inférieure. La tumeur du menton avait suivi de près la première. M. Plouviez circonscrivit la tumeur du menton par une incision circulaire de laquelle partirent deux autres incisions réunies en V, l'une longeant le côté gauche de la base de la mâchoire, l'autre le côté gauche du larynx et de la trachée-artère. Il enleva la tumeur maxillaire en donnant deux traits de scie de peu de profondeur, et en faisant sauter la table externe de la mâchoire avec la gouge et le maillet.

L'ablation de l'autre tumeur fut plus laborieuse. Après l'avoir découverte en détachant le lambeau triangulaire circonscrit par l'incision en V et l'avoir énucléée dans toute sa circonférence, il fallut enlever trois prolongements qu'elle envoyait profondément, en dehors, derrière le sterno-mastoïdien, en haut, autour de la carotide externe, qui fut nécessairement divisée, et en bas, jusque derrière l'œsophage, au-devant de la colonne vertébrale. Onze ligatures durent être placées. L'opération dura trois quarts d'heure. Le malade n'eut pas de fièvre; la plaie suppura à peine. La cicatrisation fut presque complète au bout de trois semaines.

La tumeur du menton était formée d'une substance lardacée, homogène, très ferme. Celle du cou avait un aspect analogue, et contenait en outre dans son intérieur une bouillie couleur lie-de-vin.

M. Plouviez ne revit pas son malade après le mois de février 1851; il l'avait opéré le 3 janvier. Il apprit plus tard que de nouvelles tumeurs squirrheuses s'étaient développées dans d'autres parties du corps, qu'elles s'étaient ulcérées et que le malade avait fini par succomber vers le milieu de 1853.

OBS. II. — *Extraction d'un polype intra-utérin. — Guérison.*

Quoique peu volumineux et encore renfermé dans la cavité de l'organe, dont il atteignait à peine l'ouverture extérieure, ce polype avait déterminé depuis plusieurs années des métrorrhagies répétées et abondantes, des douleurs vives, et avait causé une cachexie générale.

Après plusieurs tentatives infructueuses pour saisir solidement la tumeur, M. Plouviez s'arrêta au procédé suivant :

Il introduisit à l'intérieur du spéculum des tenettes-forceps, dont les cuillers étaient garnies de dents et dont l'écrou, qu'il lui avait été impossible de faire marcher dans ses précédents essais, était traversé par des fils cirés disposés en croix, comme sur le modèle en liége qu'il place sous les yeux de la Société. Les branches une fois placées de chaque côté du polype, il tira successivement sur chacun des fils jusqu'à ce que l'écrou eut fait assez de tours. S'étant alors assuré que la tumeur ne pouvait plus lui échapper, il parvint par des efforts gradués à l'attirer hors de l'utérus, l'étreignit avec une ligature à nœud coulant, et, retirant la pince et le spéculum, l'amena jusque près de l'entrée du vagin. Un aide fut chargé de la maintenir, et le chirurgien put enfin la détacher à petits coups de la substance de l'organe avec des ciseaux courbes sur le plat. La matrice remonta aussitôt; la perte de sang fut insignifiante. La malade se rétablit promptement.

La tumeur, que M. Plouviez a jointe à l'observation, pesait 26 grammes; son tissu, très consistant, fibreux, d'un blanc nacré, criait sous le scalpel.

OBS. III. — *Pied-bot varus congénital du côté gauche avec paralysie des muscles de la région antérieure de la jambe. — Ténotomie. — Redressement en moins de deux mois. — Persistance de la paralysie.*

Il y a dans le titre même de cette observation quelque chose de rare, je dirais presque d'insolite : c'est la coïncidence, chez une fille

de seize ans, d'une difformité native du pied avec la paralysie de tout un ordre de muscles, des fléchisseurs de ce membre, dont l'un est en même temps adducteur et agissait conséquemment dans le sens de la déviation. La paralysie est, en effet, l'attribut ordinaire du pied-bot accidentel, dont elle est souvent la cause, et ce n'est que par exception qu'on la rencontre dans le pied-bot congénital chez les jeunes sujets. Cela fait d'autant plus regretter que, relativement à l'origine de ce pied-bot, l'auteur ait dû se borner, faute de renseignements plus précis, à dire que « la difformité était presque aussi considérable à l'époque de la naissance, *d'après ce qui lui a été rapporté;* » et, quant à la paralysie, il eût été à désirer que l'état paralytique des muscles fût établi dans l'observation autrement que par la seule impossibilité de la flexion du pied sur la jambe avant comme après le traitement, et qu'on y eût fait mention des mouvements d'extension des orteils, ainsi que du mouvement d'adduction produit par le jambier antérieur.

Au reste, les caractères extérieurs de la difformité, comme on peut en juger sur l'un des plâtres joints à l'observation, se rapporteraient plutôt à un vice de conformation originel qu'à une difformité acquise. Le renversement et l'adduction forcée de l'avant-pied sont rarement aussi prononcés dans le pied-bot accidentel, qui tient plus du pied équin, aussi rare, au contraire, comme lésion congénitale, qu'il est commun après la naissance.

Ce pied-bot réunissait, suivant une disposition presque constante, la déviation en dedans produite par la subluxation de l'articulation médio-tarsienne, et la déviation en bas résultant de l'extension forcée et permanente de l'articulation tibio-astragalienne. C'est là le varus ordinaire, qu'il faudrait à la rigueur nommer *varus-équin;* mais l'extrême rareté du varus simple et la direction de la pointe du pied, identique dans les deux cas, justifient la dénomination en usage, que sa briéveté a également fait préférer aux expressions plus significatives forgées avec la langue grecque.

Le moule en plâtre pris avant le traitement représente avec exactitude l'élévation du talon devenu inutile à la station, la flexion forcée du pied entre les deux rangées du tarse, la saillie de la tête de l'astragale en partie abandonnée par le scaphoïde, la direction inférieure imprimée à la face dorsale du pied par le mouvement exagéré des articulations affectées, ainsi que la tumeur calleuse marquant la nouvelle base de sustentation vis-à-vis du cuboïde et de l'extrémité postérieure des derniers métatarsiens, sorte de faux talon ou de talon supplémentaire qui remplissait jusqu'à un certain point l'office de la tubérosité calcanéenne et de son coussinet séro-graisseux.

Les orteils n'avaient pas été épargnés dans cette déformation générale; ils étaient foulés les uns contre les autres et quelques-uns courbés vers la face plantaire; le gros orteil, fortement fléchi et dévié latéralement, avait passé au-dessous des autres.

Les muscles dont le raccourcissement explique en partie ces désordres, tels que les jumeaux et soléaire, le court fléchisseur des orteils, ainsi que l'aponévrose plantaire, étaient rétractés et résistaient aux efforts de redressement.

Après quinze jours de manipulations préparatoires, M. le docteur Plouviez pratiqua la section sous-cutanée du tendon d'Achille, du jambier antérieur, du jambier postérieur, du long fléchisseur commun des orteils, de l'aponévrose plantaire et du court fléchisseur des orteils. C'était le 30 mai 1842.

Dès le 1er juin, on appliqua l'appareil redresseur, et à partir du 6 on pratiqua en outre des manipulations deux fois par jour.

L'amélioration, d'abord très grande, paraissant s'arrêter, M. Plouviez fit de nouveau, trois semaines après la première opération, la section du tendon d'Achille, et y ajouta celle de l'adducteur du gros orteil.

Dès ce moment, dit l'auteur, le redressement se fit avec une extrême facilité. Il était complet avant la fin de juillet. Les tendons divisés étaient réunis sans nodosités. Seulement la persistance de la paralysie faisait retomber la pointe du pied à chaque pas, et il fallut la soutenir au moyen d'un tuteur.

Le second moule, pris après cette guérison, ne présente presque plus de trace de la difformité. Le pied a sa direction normale; le talon est redescendu; une légère convexité à la face dorsale est tout ce qui reste de la saillie arrondie qui supportait le poids du corps; les orteils ont repris leur situation naturelle. Toutefois on ne peut juger de la conformation de la face plantaire, qui n'a pas été reproduite par le moulage. Ce moule ne donne pas non plus une idée du degré de flexion que le pied pouvait atteindre, et l'observation elle-même ne le fait pas connaître. C'est une circonstance qu'il importe de constater en pareil cas; car la guérison de la difformité ne peut être considérée comme complète qu'autant que le pied peut être amené, dans ses mouvements, à former avec la jambe un angle plus petit qu'un angle droit, parce que ce degré de flexion doit se produire à chaque pas dans le membre laissé en arrière pour qu'il n'y ait pas claudication, et qu'une disposition contraire non-seulement est une cause d'irrégularité et de difficulté dans la marche, mais encore expose à un retour, au moins partiel, de la déviation.

Peut-être pourrait-on reprocher à l'auteur d'avoir un peu trop multiplié les sections tendineuses. Peut-être est-il permis de douter que la résistance du tendon d'Achille, trois semaines après une première section, fût assez grande pour en nécessiter une seconde. Mais, quoi qu'il en soit, ce fait, tel qu'il est, n'en constitue pas moins un beau succès et une heureuse application des progrès modernes de la ténotomie.

M. Plouviez se demande si un pareil succès est commun dans des cas semblables, quand la difformité est extrême, le sujet presque adulte. Une distinction est ici indispensable. Il est très vrai que le varus congénital non paralytique, porté à un degré considérable, présente souvent de grandes difficultés à surmonter dans son traitement, lorsque le sujet a atteint le terme de l'accroissement en hauteur. Mais il n'en est pas de même dans le varus acquis, compliqué de paralysie, dont les ligaments et même les os et les muscles offrent moins de résistance; et c'est sans doute à la nature paralytique de cette affection, à son origine peut-être accidentelle, autant qu'aux dispositions individuelles propres à ce cas particulier, qu'est due la promptitude de la guérison.

Notre honorable confrère attribue aux manipulations journalières une puissance que n'auraient pas seuls les appareils redresseurs. C'est ce que pensait autrefois d'Ivernois, et ce que nous avons encore entendu soutenir par des praticiens fort éminents. Mais, en réalité, il n'existe pas de différence essentielle entre les efforts pratiqués avec les mains et ceux qu'exerce un bon appareil convenablement appliqué; seulement l'effort des mains est instantané; celui de l'appareil est continu. Faites agir de temps en temps celui-ci avec plus de force, et vous obtiendrez l'effet passager et plus intense des manipulations. C'est aussi ce que montre l'expérience, qui ne produit pas des résultats moins prompts avec les appareils seuls qu'avec l'aide des manipulations. On conçoit néanmoins que celles-ci aient un avantage incontestable quand l'appareil est défectueux ou son application fautive, comme il arrive trop souvent.

Votre commission vous propose :

1° De remercier M. le docteur Plouviez de ses intéressantes communications;

2° De déposer honorablement ses travaux dans nos archives;

3° De lui accorder le titre de membre correspondant qu'il sollicite.

— A la suite de la lecture de ce rapport, une discussion s'engage devant la Société.

M. Guersant s'étonne que M. Plouviez n'ait pas cherché à savoir des parents de la jeune fille atteinte de pied-bot si cette difformité n'était pas plutôt acquise que congénitale. Si le pied-bot eût été congénital, le chirurgien n'eût certainement pas obtenu un aussi beau résultat.

M. Gerdy signale l'importance qu'il y aurait à bien connaître ce qu'on peut obtenir sans section des tendons. Il a réussi à guérir quelques pieds-bots sans couper les tendons des muscles rétractés.

M. Bouvier pense que dans le fait de M. Plouviez, sans sections tendineuses et par les appareils orthopédiques, l'avant-pied seul se fût redressé, mais l'allongement des muscles du mollet se serait fait difficilement.

M. Maisonneuve, à propos de la question soulevée par M. Gerdy, soutient que dans le traitement du pied-bot il a renoncé à la section des tendons autres que le tendon d'Achille.

M. Bouvier fait remarquer que quand on ne coupe pas le tendon d'Achille dans les cas analogues à celui-ci, le redressement est toujours incomplet, et le talon ne peut s'abaisser. D'ailleurs, sa pratique se rapproche de celle de M. Maisonneuve.

Après quelques observations de M. Michon, qui rappelle les succès obtenus par d'Ivernois et ses élèves dans le traitement des pieds-bots sans ténotomie, les deux premières conclusions du rapport de M. Bouvier sont mises aux voix et adoptées.

La Société passe ensuite au vote sur la nomination de M. Plouviez au titre de membre correspondant. M. Plouviez, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Giraldès présente à la Société une pièce d'*anévrisme artérioso-veineux de l'artère carotide interne et de la veine jugulaire interne.*

Le malade chez lequel cette lésion a été observée avait été blessé dans la matinée du 15 juin par un coup de feu à bout portant tiré avec un petit pistolet de poche chargé de plusieurs morceaux de plomb. Le coup porta dans la région supérieure et latérale gauche du cou; le projectile, après avoir frappé le bord de la mâchoire inférieure, chemina sous les tissus vers la région carotidienne.

Le malade a été conduit à l'hôpital de la Charité, et placé dans le service de M. Giraldès. Au moment où il vit ce blessé, quelques heures après, il constata dans la région indiquée la présence d'une toute petite plaie accompagnée d'un gonflement s'étendant au tiers supérieur de la région du cou.

Le lendemain, outre ces lésions, on constatait dans toute la partie supérieure du cou l'existence d'un frémissement et d'un bruit de souffle à double courant, appréciable soit avec la main, soit avec le stéthoscope. Ce bruit, dont l'intensité a augmenté dans les premiers jours, pouvait être suivi jusque dans la région du cœur.

Le blessé demeura près d'un mois à l'hôpital; il en sortit, et y rentra bientôt de nouveau pour un anthrax de mauvaise nature, qui le fit succomber peu de temps après son admission et quarante-quatre jours après sa blessure.

Examen des parties lésées. — L'artère carotide disséquée et ouverte dans toute sa longueur, on constate :

1° Que l'artère carotide interne, au moment de sa naissance, présente une perforation irrégulièrement quadrilatère, dont chaque côté mesure un centimètre d'étendue;

2° Que cette ouverture conduit dans une petite poche placée entre la veine et l'artère, et communiquant avec le premier de ces vaisseaux.

Cette petite poche, qui représente un sac anévrismal, est formée par la tunique fibreuse de l'artère et par les tissus ambiants; elle est vide de sang, mais elle renferme le projectile qui a produit la blessure. On trouve dans ce sac anévrismal un petit plomb irrégulier, occupant le fond de la poche, à un centimètre de l'ouverture de l'artère.

En incisant la veine jugulaire interne, on constate que ce vaisseau communique avec le sac anévrismal au moyen d'une ouverture circulaire de deux millimètres d'étendue.

Le tissu de la veine n'est pas modifié, mais l'artère carotide interne est enveloppée par une masse plastique de laquelle il est difficile de l'isoler. En disséquant ces parties avec soin, on constate que le nerf laryngé supérieur se trouve au milieu de cette masse plastique. La face interne de l'artère présente des rides transversales fortement accusées.

COMITÉ SECRET.

La Société, appelée à voter sur la candidature de M. le docteur Philippe Boyer, nomme ce chirurgien membre honoraire de la Société.

— La Société entend ensuite la lecture d'un rapport sur les candidats à la place de membre titulaire, déclarée vacante dans le sein de la Société.

La commission propose que MM. Blot, Fano et Richard soient présentés par ordre alphabétique aux suffrages de la Société.

Cette proposition est adoptée, et le vote aura lieu dans la prochaine séance.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

LINIMENT ANTIRHUMATISMAL.

Par M. Lebourgeois.

Ether sulfurique	15	grammes.
Teinture de savon	40	—
— d'opium	15	—
Alcoolature d'aconit	25	—
Huile camphrée	100	—

(*Gaz. méd. de Toulouse.*)

SPECIES LAXANTES SAINT-GERMAIN.

Cette préparation laxative, fort employée en Allemagne et surtout dans le grand-duché de Luxembourg, où elle est connue sous le nom vulgaire de *charmanten the*, présente, sur les infusions de séné simples, l'avantage de purger modérément, sans occasionner les coliques si fréquemment observées après l'administration de celles-ci. En voici la formule telle qu'elle a été communiquée par un pharmacien de Grevenmacher :

R Fol. sennæ spiritu vini extractorum.	4 uncias.
Fol. sambuci	2 uncias cum dimidia.
Seminis fæniculi.	} 10 drachmas singulorum.
— anisi vulgaris	}

Concisa et contusa misceantur; in dispensatione adde :

Tartari depurati pulverisati	7 drachmas.

On s'en sert en guise d'infusion théiforme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 9 août, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier.

MM. le docteur Emery, médecin du sénat;

Thiriaux, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées;

Auberge, médecin principal aux hôpitaux de Constantine.

Constantin, second chirurgien en chef de la marine.

Au grade de chevalier.

MM. Jarjavay, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux;

Renaud, chirurgien des prisons de Périgueux;

Broussonnet, médecin en chef de l'hôpital général de Montpellier;

Baschet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois;

Thiberge, docteur médecin à Bussière-lez-Belmont (Haute-Marne);

Davet de Beaurepaire, docteur médecin à Paris;

Guillier, ancien aide-major au 1er régiment de carabiniers;

Fabas, médecin des eaux de Saint-Sauveur;

Isnard, médecin principal aux hôpitaux de Constantine;

Méry, médecin principal à l'armée d'Orient;

Barby, médecin major à l'armée d'Orient;

Radot, médecin major au corps de la Baltique;

Rodes, médecin major aux hôpitaux d'Oran;

Darolles, médecin major du 50e de ligne;

Collin, médecin major à l'hôpital de Strasbourg;

Beylot, médecin major du 15e de ligne;

Tabouret, médecin aide-major à l'hôpital de Marseille;

Clavey, médecin aide-major aux hôpitaux de Constantine;

Moreau, médecin major en non-activité;

Poupeau, Laure, Gaigneron, Duprat, chirurgiens de la marine;

Dureau, chirurgien aide-major en retraite;

Huet, ancien chirurgien-major.

Fontaine, pharmacien professeur;

Carron, pharmacien major à l'hôpital de Cambrai;

Gillot, pharmacien major à l'hôpital de la Rochelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'anatomie descriptive et d'histologie spéciale; par E.-M. Van Kempen, professeur d'anatomie humaine, normale et pathologique à l'Université catholique de Louvain. Un très fort vol. gr. in-8°. A Louvain, chez Valinthout et Ce; à Paris, chez Victor Masson, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix : 17 fr.

La médecine domestique et la pharmacie usuelle; par le docteur E. Beaugrand. Un vol. in-18. Chez Hachette, rue Pierre-Sarrazin, 14. Prix : 2 fr.

Sur l'emploi chirurgical du bandage plâtré; par MM. Mathijssen et Van de Loo. (Rapport de M. Didot à l'Académie royale de médecine de Bruxelles.) Broch. in-8°. Bruxelles, imprimerie de J.-B. Mortier; Paris, Victor Masson, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Recherches sur la nature et le traitement du choléra épidémique observations recueillies au Havre-Graville en 1848, 1849, 1853, par Beauregard, d.-m., licencié ès sciences naturelles, ancien interne des hôpitaux civils de Paris, etc. Broch. in-8°. Chez tous les libraires de médecine.

Le Sousd

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

La tendance à la diminution que nous signalions dans le dernier bulletin s'est produite en effet, mais dans de si faibles proportions et les oscillations autour de la moyenne de ces huit derniers jours sont si insignifiantes, qu'à l'aspect seul des chiffres il serait impossible de déduire aucun pronostic et de dire si nous touchons définitivement au terme prochain de l'épidémie, ou si nous sommes encore dans un état stationnaire dont rien ne peut faire prévoir la durée.

Voici les chiffres des hôpitaux pour les huit derniers jours, du 9 au 16 août, notre dernier bulletin s'étant arrêté au 8 :

	CAS NOUVEAUX.	DÉCÈS.
Le 9 août,	47	19
10 »	41	22
11 »	44	21
12 »	46	38
13 »	61	24
14 »	60	31
15 »	47	24
16 »	49	26
	395	205

Ce qui donne pour ces huit jours une moyenne de 49 environ, moyenne inférieure à celle de la semaine précédente, mais supérieure encore à celle du mois de juillet.

Les décès constatés en ville du 4 au 10 août n'ont pas non plus sensiblement baissé, ainsi qu'on en jugera par le relevé suivant :

Le 4 août.	76
5 »	75
6 »	77
7 »	69
8 »	52
9 »	43
10 »	65

Nous n'oserions donc rien conclure encore de ces chiffres, et nous ne pourrions que répéter les présomptions et les réserves que nous avons exprimées dans la dernière revue, l'ensemble des faits relatifs à l'état sanitaire général de Paris ne nous paraissant pas avoir sensiblement changé depuis.

Les nouvelles des départements ne nous ont offert cette semaine rien de saillant. Quelques départements, jusqu'ici à l'abri du fléau, en ont été récemment envahis ; on cite, entre autres, les Basses-Alpes, les Hautes-Alpes, l'Aveyron, la Charente-Inférieure, le Pas-de-Calais. Quant à ceux dont nous avons précédemment donné la liste, l'épidémie y est généralement en voie de décroissance, ainsi qu'on en peut juger par les nouveaux renseignements qui nous sont parvenus de Marseille.

— Nous n'avons rien de nouveau à signaler aujourd'hui en fait de tentatives nouvelles de traitement du choléra, si ce n'est un cas déjà produit par plusieurs organes de la presse médicale et que sa singularité nous eût peut-être rendu suspect s'il n'était affirmé par un praticien honorable et dont la véracité ne peut être mise en doute. Voici ce fait, dont nous empruntons la relation au *Bulletin de Thérapeutique* :

« M. le docteur Roger (de l'Orne), ayant été appelé il y a peu de jours près d'un cholérique arrivé à la période algide, et dans un état qui ne lui laissait aucun espoir de guérison, avait cependant cru devoir conseiller, comme remède extrême, 1 gramme 50 de poudre d'ipécacuanha à administrer en trois *prises*, à demi-heure d'intervalle. La personne chargée d'exécuter cette prescription ayant donné au mot *prises* l'interprétation plus généralement consacrée pour l'usage du tabac, se contenta de faire aspirer au malade la poudre vomitive, qui, au lieu de provoquer des vomissements, suscita de telles secousses d'éternument, que tous les muscles de la respiration se soulevèrent d'une manière toute convulsive; ce qui amena en peu d'instants une réaction franche et des plus salutaires, suivie d'une guérison aussi prompte qu'inattendue. »

Cette bizarre erreur dans l'exécution d'une prescription faite dans une toute autre vue ouvrirait-elle la voie à une nouvelle série d'indications, à un nouvel ordre d'expérimentations? C'est dans tous les cas un fait curieux, et qui pourrait bien, soit pour le choléra, soit pour toute autre affection où se présenterait une indication analogue d'imprimer une vive secousse au système nerveux respiratoire, rappeler l'attention des médecins sur une classe d'agents thérapeutiques, les *errhins*, ou sternutatoires, dont les anciens faisaient parfois usage, et qui sont tombés de nos jours, peut-être à tort, dans une désuétude presque complète.

Choléra à Marseille.

Notre honorable confrère M. Bouquet nous adresse le relevé officiel de l'état civil de la ville de Marseille depuis le 28 juin dernier. Il est divisé en décès par le choléra, décès par les maladies ordinaires, décès dans les hôpitaux et parmi les enfants (1).

Nous espérons que l'administration voudra bien nous mettre à même de présenter prochainement à nos lecteurs un tableau du même genre pour ce qui concerne la ville de Paris.

	Décès par le choléra.	Décès par div. maladies.	Total.	Hôpitaux civils et mil.	Enfants.
Le 28 juin	1	31	32	3	12
29 »	2	29	31	4	11
30 »	3	21	24	2	4
1er juillet	4	28	32	4	15
2 »	5	16	21	4	12
3 »	16	38	54	10	26
4 »	8	35	43	4	29
5 »	14	22	36	8	16
6 »	19	36	55	13	21
7 »	19	23	42	10	20
8 »	26	31	57	15	22
9 »	21	32	53	11	18
10 »	58	40	98	12	40
11 »	62	42	104	17	39
12 »	78	30	108	25	39
13 »	62	44	106	23	45
14 »	73	43	116	28	48
15 »	92	45	137	34	64
16 »	106	31	137	38	44
17 »	115	41	156	44	62
18 »	102	27	129	23	45
19 »	105	48	153	48	46
20 »	89	49	138	37	58
21 »	121	43	164	33	61
22 »	139	53	192	36	68
23 »	124	37	161	32	29
24 »	127	50	177	34	61
25 »	85	42	127	20	41

A partir de ce jour, je n'ai pu me procurer que les totaux. Les voici :

Le 26 juillet,	128	5 août,	41
27 »	124	6 »	46
28 »	71	7 »	45
29 »	103	8 »	43
30 »	76	12 »	25
31 »	86	13 »	29
1er août,	65	(dont 4 en ville, 5 dans la banlieue, 8 à l'hôpital militaire, 1 à l'Hôtel-Dieu).	
2 »	59		
3 »	49		
4 »	52		

Les bureaux de secours ont été fermés le 13 août. Voici le relevé des malades traités par les médecins du bureau dont je faisais partie, du 14 juillet au 13 août :

Choléra.	Guéris. . . .	22	
	Morts. . . .	32	
	Envoyés à l'hôpit.	4	. . . 62
	Perdus de vue.	3	
	En traitement.	1	
Cholérine.			44
Diarrhée.			41
Maladies diverses.			35
		Total. . .	182

Sous le nom de choléra, nous avons compris tous les malades qui présentaient de la diarrhée, des vomissements, des crampes, l'abaissement considérable du pouls ou sa cessation complète, le froid de la peau et souvent de la langue et de la cyanose.

Nous regardions comme atteints seulement de cholérine les malades qui, bien qu'ils eussent de la diarrhée, des vomissements, souvent des crampes, un peu de froid, conservaient le pouls à peu près normal ou seulement légèrement déprimé. Quant à la suppression des urines, c'est un symptôme qui se produit toutes les fois que la diarrhée est très abondante, mais qui n'a rien de caractéristique.

(1) Les décès des hôpitaux et des enfants sont compris dans le total qui forme la troisième colonne; mais nous avons pensé qu'il y aurait de l'intérêt pour nos confrères à connaître la proportion de mortalité fournie spécialement par les enfants et par les établissements hospitaliers de la ville.

Choléra à Londres.

Semaine du 5 au 12 août 1854.

Mortalité générale. 1,832

On voit que le chiffre de la mortalité cholérique est *surajouté* au chiffre habituel de la mortalité générale, et que la présence de l'épidémie ne paraît pas diminuer le nombre des morts causées par d'autres maladies, le chiffre de la mortalité habituelle devant être en moyenne de 1,221.

Mortalité due au choléra. 644
— due à la diarrhée. 195

Sur les 644 décès causés par le choléra, 416 ont eu lieu dans la partie méridionale de Londres.

Observations météorologiques. (Greenwich.)

Hauteur barométrique moyenne : 0,757 millim.
— thermométrique moyenne : 15°5 centigr.

Dr Brochin.

Traitement du choléra par le sulfate de strychnine.

(Extrait de la note lue à la Société médicale des hôpitaux par M. le Dr SÉE, médecin des hôpitaux.)

Nos observations comprennent toutes les phases de l'épidémie jusqu'au 10 août. 47 malades furent soumis à l'usage du sulfate de strychnine, à la dose de 0,015 à 0,025 milligrammes, incorporés dans un julep gommeux de 120 grammes. Quand il existait des vomissements, on le faisait prendre dans une infusion de café à la glace, qui permettait habituellement de le supporter avec facilité. Dans quelques rares circonstances, on y ajoutait 4 à 6 gouttes de laudanum de Rousseau. Des frictions avec la glace, des sinapismes aux membres et au creux de l'estomac, des fragments de glace à l'intérieur pour étancher la soif, ce furent là les seuls moyens adjuvants du traitement principal.

De ces 47 choléras, 8 pouvaient aussi bien n'être considérés que comme des cholérines. Dans 8 autres cas, les phénomènes consistèrent dans la diarrhée aqueuse, verdâtre ou riziforme, des vomissements plus ou moins répétés, un léger degré de refroidissement et l'excavation des yeux. Les 16 malades de cette double catégorie guérirent tous après un à six jours de traitement.

Les 31 choléras complétant le chiffre total devaient tous être considérés comme l'expression de la forme la plus grave. Outre les évacuations intestinales et gastriques, tous présentaient, à un degré plus ou moins marqué, les phénomènes suivants, à savoir : absence ou diminution si marquée du pouls, qu'à peine on pouvait sentir ses battements; refroidissement général, et particulièrement du nez, de la langue et des mains; cyanose du visage et des extrémités; aphonie, ou affaiblissement de la voix; anurie persistant d'un à trois jours; flaccidité des chairs, et parfois des crampes.

C'est dans cet état que la plupart des malades furent amenés à l'hôpital, après avoir eu la diarrhée pendant quelques heures, et parfois pendant un à trois jours avant l'invasion des accidents cyaniques. Quatorze d'entre eux furent pris dans les salles, et quelques-uns d'une manière foudroyante, sans aucun prodrome.

Sur ces 31 cholériques, 19 ont succombé: 10 dans la période algide, au bout de huit à quarante heures; 3 au commencement de la réaction, et 6 dans cet état torpide demi-comateux qu'on a appelé typhoïde.

Ainsi la proportion des cas malheureux dans les cas algides a été de 19 sur 31, ou des 3/5; dans les choléras graves et moyens, de 19 sur 39, ou près de moitié; enfin, en y comprenant les cholérines, elle n'était que des 2/5.

Si on compare ce résultat à la mortalité générale qui s'observe à la suite des autres traitements, on voit qu'elle ne diffère pas sensiblement; car sur 56 malades atteints à divers degrés, et qui furent traités soit par l'acide sulfurique ou citrique, soit par l'ipéca ou l'opium, il en est mort 22, c'est-à-dire encore les 2/5. Tous les médicaments semblent s'arrêter à une même limite d'action, que la strychnine elle-même ne saurait franchir.

Pour motiver ses insuccès, au lieu de s'en prendre au remède, on s'est rejeté sur les exceptions individuelles. Ceux qui ont succombé étaient d'avance voués à la mort par une maladie antérieure, surtout quand la lésion portait sur le cœur ou la respira-

tion. C'est là l'explication de tous les revers. Mais l'expérience est ici en contradiction formelle avec la théorie, et l'observation lui donne un double démenti.

On a vu, en effet, des phthisies pulmonaires, des ascites avec refoulement du diaphragme, des altérations du cœur avec infiltration générale, échapper aux atteintes du choléra le plus grave, et quelquefois même s'amender à la suite des évacuations gastro-intestinales. Les organisations affectées ne sont donc pas toujours les victimes prédestinées.

D'une autre part, quand le choléra suit une marche foudroyante, ou revêt les caractères de l'algidité, il frappe indistinctement les constitutions les plus vigoureuses comme les plus débilitées; et à cette forme grave de l'empoisonnement, la nature n'oppose que rarement une résistance efficace. J'ai vu mourir sept jeunes femmes qui n'étaient entrées à l'hôpital que pour des affections légères de l'utérus, et deux hommes qui étaient dans la force de l'âge et de la vie. Ainsi, devant le choléra algide, tous les organismes sont à peu près égaux; on peut en dire autant des médicaments, sans que la strychnine échappe à cette loi.

Elle n'est pas plus puissante que les autres remèdes pour arrêter le trouble profond qui préside à l'hématose; les malades ne se réchauffent pas plus facilement, et la coloration bleue persiste d'une manière imperturbable. Un malade qui avait pris la strychnine trois jours de suite resta néanmoins dans la cyanose la plus marquée pendant cinq jours consécutifs, même après que la chaleur était revenue aux extrémités.

L'émission des urines n'est pas plus prompte à reparaître; le pouls lui-même n'en subit pas la moindre modification; et si on peut s'applaudir de l'innocuité du remède sur les phénomènes nerveux, et surtout les crampes, il faut avouer aussi son impuissance sur l'économie morbide. Il semble que dans la période algide il perde jusqu'à son action physiologique, et que le malade soit insensible à ses effets habituels.

Il est des cholériques qui échappent au refroidissement pour entrer dans une phase non moins dangereuse que la première. C'est cet état d'asthénie, avec demi-coma et sécheresse de la langue, cet état adynamique qui entraîne si souvent une terminaison funeste. Or, la strychnine ne sait ni prévenir, ni modérer ce danger nouveau.

Son inertie dans la réaction et dans l'algidité tient sans doute à ce que l'absorption est annihilée dans ces périodes extrêmes du mal. Des expériences ingénieuses, instituées récemment par notre collègue le docteur Vernois, tendent à le prouver, et la clinique paraît confirmer ces données. Ce n'est pas que les médicaments soient éliminés par les évacuations, ils cessent seulement de pénétrer dans le sang; mais ce n'est pas un motif pour élever indéfiniment les doses; car elles s'ajoutent les unes aux autres, et leur accumulation ne se fait pas impunément. Chez ceux qui doivent guérir, il arrive un moment où la vitalité reprenant le dessus, le poison est absorbé en entier et la nature rentre dans ses droits.

Dans les choléras de moyenne gravité, l'absorption, quoique faible, s'exerce encore; elle se traduit par des effets curatifs; mais, à un moment donné, les substances ingérées cessent d'être tolérées, comme elles le sont au début, et tout à coup on les voit produire leurs phénomènes caractéristiques. Ainsi, l'opium ne détermine parfois le narcotisme que dix ou quinze heures après la dernière dose, et après la cessation de la diarrhée, ainsi que nous en avons vu un exemple.

Sous l'influence de la strychnine, les évacuations se suppriment avant ou sans qu'il y ait des troubles dans la musculation. Il est donc inutile et dangereux à la fois de forcer la dose; l'action médicatrice peut se développer, pour peu que l'absorption ne soit pas entièrement enrayée.

Qu'à un malade atteint de dyspepsie ou de vomissements nerveux ou de diarrhées atoniques on administre la noix vomique comme Schmidtmann et Hufeland l'ont prescrite, ou qu'on ordonne la strychnine, comme nous l'avons fait avec succès, il en résultera presque immédiatement des modifications favorables dans la maladie. Or, s'il y a quelque assimilation à établir entre le choléra léger et les affections asthéniques du tube digestif, l'analogie conduit sans doute à employer le même remède dans les deux circonstances; c'est ce que nous avons fait, et l'observation est venue justifier nos prévisions.

En effet, tous les malades atteints au premier degré ont guéri par ce moyen, et, pour qu'on ne pût pas attribuer ce résultat à la cessation spontanée de la maladie, il n'y avait qu'à faire la contre-épreuve, c'est-à-dire à suspendre le traitement, pour voir aussitôt reparaître les accidents primitifs.

Tous ces résultats thérapeutiques se sont produits sans que les muscles se soient convulsés, et sans, par conséquent, qu'il ait été nécessaire d'arriver jusqu'à l'intoxication.

Résumé. — La strychnine doit donc être réservée pour les choléras moyens; dans ces cas, elle peut être d'une véritable utilité, car elle a l'avantage, sur l'opium et les excitants, d'arrêter les évacuations sans produire une réaction violente.

Dans le choléra algide, elle est, au contraire, impuissante, car elle n'exerce pas de modification sur les symptômes, et donne une mortalité de 19 sur 31.

DE LA RÉPERCUSSION DES AFFECTIONS DARTREUSES.

M. le docteur Eon, médecin aide-major au 9e régiment d'artillerie, nous a adressé la note suivante, que nous croyons devoir faire suivre de quelques réflexions :

Dans une excellente leçon de M. Hardy sur les dartres, publiée dans le numéro du 20 mai de la *Gazette des Hôpitaux*, je trouve la phrase suivante : « On a beaucoup parlé de la répercussion des dartres, et si » l'on consulte l'étiologie de chaque maladie en particulier dans un » ouvrage de nosologie de date un peu ancienne, on y verra à peu près » invariablement figurer cette répercussion. Mais, suivant nous, tout » ce que l'on a raconté de ces dartres rentrées doit être considéré » comme un roman. Une circonstance mal interprétée de leur histoire » paraît avoir donné lieu à cette erreur. Cette circonstance, la voici : » toutes les fois que dans le cours d'une éruption dartreuse une ma- » ladie viscérale un peu grave se déclare, la manifestation cutanée, en » vertu de la fameuse loi hippocratique : *Duobus doloribus simul obor- » tis non in eodem loco, vehementior obscurat alteram;* en vertu, dis-je, » de cette loi si connue, la manifestation cutanée cède la place à l'af- » fection interne et disparaît; puis, celle-ci étant guérie, la dartre » reparaît à son tour, etc. »

Voici une observation qui me fait croire que les anciens n'étaient pas si mauvais observateurs que le pense M. Hardy. Elle est un peu longue; mais je suppose que vous la trouverez intéressante à plus d'un titre.

Psoriasis. Sa suppression après deux années de traitement. — Névralgie faciale. — Choléra. — Tumeur dans l'hypocondre droit. — Réapparition de l'exanthème; diminution de la tumeur.

Mme R..., âgée de trente-trois ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatique, ayant la peau fine et blanche, toujours bien réglée, mariée, et ayant un enfant de quinze ans, n'avait jamais été malade jusqu'en 1847, époque à laquelle de petites plaques rouges, de forme irrégulière, recouvertes de petites squames sèches et minces, commencèrent à paraître sur les bras, occasionnant un prurit assez incommode qui détermina la malade à prendre une consultation à Paris. On reconnut un psoriasis, qui fut combattu successivement par des lotions et des bains sulfureux, des purgatifs, des sudorifiques, la solution de Pearson, la solution arsenicale de Fowler.

Malgré un traitement aussi énergique, régulièrement suivi pendant une année, l'exanthème, loin de diminuer, s'étendit à la poitrine et aux jambes.

Cette dame, étant allée habiter Rennes, y consulta plusieurs médecins qui lui prescrivirent la teinture de cantharides jusqu'à 14 gouttes par jour pendant près d'un mois. Une violente irritation de l'estomac survint et fit cesser tout traitement.

L'art étant impuissant, on recourut aux empiriques, au rob Laffecteur, mais sans plus de succès.

L'affection durait depuis dix-huit mois quand, d'après les conseils d'un nouveau médecin, on prit quelques bains de mer qui ne purent être continués, car la peau excoriée çà et là s'enflamma fortement, et le prurit se changea en douleurs aiguës.

Le chirurgien-major du régiment, M. Damicourt, fut consulté, et changea toute la médication. Il conseilla d'abord des lotions émollientes, des bains gélatineux, puis alcalins; des pommades soufrées, des infusions amères, enfin des purgatifs répétés et l'iodure de potassium. Point de changement appréciable sous l'influence de ce nouveau traitement.

Un mouvement fébrile occasionné par une pleurodynie survenue après un refroidissement nécessita une saignée qui modifia pendant quelques jours la marche de l'éruption. La démangeaison diminua notablement, en même temps que la vive coloration rouge de la peau pâlissait et que la sécrétion anomale se tarissait. Cet amendement ne fut qu'éphémère, l'éruption reparut, et voici l'état dans lequel nous trouvâmes la malade, car ce fut à cette époque de la maladie que nous fûmes appelé.

La maladie occupait le front, le cuir chevelu, le cou, la poitrine, le dos, les cuisses, les jambes, mais principalement la face externe des bras et des avant-bras, offrant, bien distinctes, les diverses formes de psoriasis décrites par Biett sous le nom de *guttata, diffusa, inveterata.*

Du reste, la santé générale était bonne, la menstruation régulière. D'après notre conseil, M. Damicourt prescrivit de faire deux fois par jour sur toutes les surfaces malades des frictions douces avec une pommade composée de suif de mouton, goudron et laudanum.

Au bout de huit jours, nous fûmes surpris de l'amélioration sensible qui survenait; quelques-unes des petites plaques irrégulières avaient disparu; celles qui étaient plus larges, recouvertes de squames avaient un aspect meilleur; la sécrétion semblait arrêtée.

Après dix jours de traitement, l'amélioration devenait de plus en plus manifeste.

Enfin, après un mois de frictions le succès était complet.

Pendant six mois la santé est parfaite; nulle trace de l'éruption ne reparaît. Mais voici maintenant des phénomènes morbides d'un autre genre. Jusqu'à présent aucun trouble ne s'était manifesté dans les autres fonctions de l'économie; à son tour le système nerveux va être mis en jeu. Sans cause connue, surviennent tout à coup des douleurs intenses dans tout le côté droit de la face; bientôt le mal semble se localiser sur le trajet du rameau frontal de la branche ophthalmique et du rameau sous-orbitaire de la branche maxillaire. Cette affection nouvelle fut combattue par des potions opiacées, antispasmodiques, des vésicatoires volants pansés avec la morphine.

Après un mois de traitement infructueux, la malade fut gravement atteinte du choléra qui sévissait alors à Lorient, et ce n'est qu'au bout de trois semaines que la santé commença à se rétablir. Néanmoins à partir de cette époque l'estomac et les intestins conservèrent une grande irritabilité; à chaque instant des troubles survenaient dans les digestions, des douleurs sourdes, vagues se faisaient sentir dans tout le ventre, l'appétit était presque nul.

Jusqu'ici le courage de notre malade avait résisté à ses longues et vives douleurs; une émotion violente devait l'abattre et amener à sa suite de nouveaux désordres. Sa fille unique fut rapidement enlevée par la fièvre typhoïde. Alors on vit augmenter les troubles de la digestion; l'abdomen se tuméfia, devint très douloureux; puis survint une fièvre intense, des vomissements bilieux, etc., au dire de la malade. MM. Damicourt et Le Diberdera (de Lorient) crurent à une invagination d'abord, puis à une péritonite; mais au bout de quelques jours les symptômes généraux s'amendèrent; le ventre, moins tendu et moins douloureux, permit de faire un examen plus attentif, et ces MM. reconnurent dans le flanc droit une tumeur qui paraissait siéger dans le foie. On prescrivit les onctions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur.

Ce fut à cette époque de la maladie que nous vîmes de nouveau cette dame, que nous avions laissée quatorze mois auparavant entièrement débarrassée de son psoriasis. Nous fûmes surpris tout d'abord des changements considérables survenus dans sa constitution. Une maigreur extrême avait remplacé l'embonpoint; le facies exprimait la souffrance et le découragement. En faisant fléchir les cuisses sur le bassin, il nous fut facile de constater dans l'hypocondre droit une tumeur bosselée, grosse comme la tête d'un fœtus à terme, s'étendant à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes, et dont le siége nous parut aussi dans le foie. La pression y déterminait peu de sensibilité. La peau était sèche, rugueuse, sans aucune trace de l'ancienne éruption; il y avait un petit mouvement fébrile. Depuis plusieurs mois les règles étaient supprimées, l'appétit presque nul, la constipation opiniâtre; enfin la malade dormait à peine.

De quelle nature était cette tumeur? Nous ne pouvions le savoir, mais nous pensâmes de suite à la répercussion de l'exanthème disparu quatorze mois auparavant et remplacé pour ainsi dire par une névralgie faciale, par le choléra, enfin par cette tumeur.

La marche de la maladie étant essentiellement chronique, je prescrivis comme révulsif du calomel à la dose de 20 centigrammes à prendre chaque soir, de l'eau de Vichy pour boisson et sur la tumeur un large cautère, que je fis suppurer abondamment. L'iodure de potassium, que la malade prenait depuis longtemps, fut supprimé. M. Rostan, chez lequel nous conduisîmes cette dame, confirma notre diagnostic et voulut bien approuver notre traitement; seulement il conseilla des bains répétés, des douches sur la tumeur, et un peu plus tard de revenir à l'iodure de potassium associé à la ciguë; enfin une nourriture végétale.

Après un mois de traitement, la santé générale était à peu près la même, c'est-à-dire que la peau était toujours assez sèche, le pouls fébrile, l'appétit presque nul; de la constipation survenait aussitôt la cessation du calomel; il y avait peu de sommeil, peu de sensibilité du côté de la tumeur, qui avait notablement diminué; mais le psoriasis était revenu; sur les jambes et sur les bras, on apercevait de petits points rouges, isolés, recouverts de petites écailles minces et blanches.

Nous conseillâmes de prendre chaque matin une tasse de jus d'herbes tant pour tonifier les organes qu'à titre de fondant; même traitement général, un deuxième moxa.

Un mois plus tard, la tumeur avait perdu les trois quarts de son volume primitif; la santé générale était satisfaisante, l'appétit revenait, les nuits étaient meilleures, mais le psoriasis s'étendait chaque jour de plus en plus sur la poitrine, les bras, le cuir chevelu.

Voilà tout ce que je sais de cette longue et intéressante histoire, cette dame était allée à cette époque rejoindre son mari, qui tenait garnison à Nantes.

Maintenant je crois que cette observation exige peu de commentaires, car les faits parlent assez haut. Un exanthème répandu sur presque toute la surface du corps et qui dure depuis deux ans, en dépit de tous les traitements employés, cède tout à coup après l'emploi d'une pommade au goudron. Puis la *santé reste parfaite pendant six mois.* Impossible donc d'invoquer ici le fameux aphorisme : *Duobus doloribus*, etc. Alors une série de phénomènes morbides se succèdent pour remplacer la manifestation cutanée. Mais remarquez-le bien, le mal n'est pas encore localisé : c'est d'abord une névralgie faciale qui survient, qui cède sa place au choléra, lequel est enfin remplacé par cette énorme tumeur sur laquelle M. Rostan porta le diagnostic *casus gravissimus.* Enfin la diminution de cette tumeur, qui s'opère d'autant plus rapidement que le psoriasis fait plus de progrès, nous oblige à croire que tout ce que les anciens nous ont dit des dartres rentrées ne peut être considéré comme un roman et doit continuer à figurer dans l'étiologie des maladies.

Remarques sur l'observation précédente. — Nous commencerons d'abord par déclarer que, contrairement à l'opinion de notre savant confrère et ami le docteur Hardy, nous croyons à la *répercussion* des affections dartreuses; et ici qu'on nous permette une petite digression de technologie. Il ne faut pas confondre, comme on paraît le faire trop souvent, la répercussion avec ce qu'on appelait autrefois *rétrocession* ou *métastase.* Il y a répercussion quand, par le fait d'un traitement trop énergique ou d'une influence quelconque, une maladie cutanée (pour ne pas sortir du sujet), venant à disparaître subitement, se trouve remplacée par une affection interne. Il y a, dit-on, rétrocession quand la maladie extérieure, venant à disparaître *sans cause appréciable*, se trouve remplacée par une autre affection interne. On le voit, ces deux phénomènes sont fort différents. Examinons successivement ces deux cas, et voyons si l'observation, très intéressante d'ailleurs, du docteur Eon peut s'y appliquer.

Rétrocession. — C'est un synonyme de métastase. Nous reproduirons ici en partie ce que nous en disions dans le *Traité des maladies de la peau* qui fait partie de la *Bibliothèque du médecin-praticien.* Dans le cas où une maladie de la peau vient, par une circonstance quelconque, à se compliquer d'une affection viscérale assez intense, une pneumonie, une entérite, par exemple, cette dernière, en vertu du vieil aphorisme *Duobus doloribus simul obortis, vehementior obscurat alteram*, attire en quelque sorte à elle le travail morbifère extérieur, et l'éteint dans la partie primitivement affectée. « C'est, a dit très judicieusement M. Cazenave, ce que nous observons tous les jours; c'est ce que nous cherchons nous-même à produire; c'est ce que nous produisons quand, à l'aide de la révulsion, nous provoquons le développement d'une action organique anomale dans un point plus ou moins éloigné du siége de la maladie. C'est toujours le même phénomène. Ce qui le prouve, c'est que le plus souvent la première maladie ne commence à disparaître que quand la seconde s'est déjà traduite par des caractères

évidents. » (Cazenave, *De la dérivation et de la révulsion*, thèse de concours. Paris, 1840, p. 13.)

Rien de plus commun à l'hôpital Saint-Louis que de voir disparaître entièrement une affection éruptive chronique pendant le cours d'une phlegmasie aiguë, et sans aller bien loin en chercher des exemples, nous en rencontrons un dans l'observation même du docteur Eon. Une phrase que nous avons soulignée nous le fournit bien évidemment. Il s'agit de cette circonstance dans laquelle un point pleurétique fit pâlir l'éruption et diminuer la démangeaison; l'affection interne était légère, léger fut l'amendement produit. S'il se fût agi d'une pleurésie intense, le psoriasis eût à coup sûr entièrement disparu pour reprendre son cours après la guérison de la maladie interne. C'est bien évidemment à la cause que nous signalons, et non à la saignée, qu'il faut attribuer l'amélioration passagère signalée par l'auteur de l'observation dans la circonstance précitée.

De la répercussion ou *rétropulsion*. — Ici le phénomène est différent. Une influence extérieure, un traitement mal dirigé ou même très méthodique fait disparaître une dartre, et *aussitôt* se déclarent des accidents internes fort graves. Nous en avons réuni ailleurs (*Maladies de la peau* in *Bibliothèque du méd.-prat.*, pages 39 et suiv.) un certain nombre d'exemples empruntés aux praticiens les plus recommandables, à Alibert, à MM. Rayer, Gibert, Devergie, etc..; mais, dans tous ces cas, c'est *immédiatement* ou *presque immédiatement* que les désordres intérieurs ont succédé à la disparition de la manifestation cutanée. Voici quelques-uns de ces faits:

« Une dame, âgée d'environ soixante-cinq ans, avait une dartre squameuse humide (*eczéma*) qui lui couvrait toute la partie antérieure de l'abdomen. On s'avisa d'arrêter ce suintement considérable avec de la farine très chaude. Qu'arriva-t-il? L'éruption s'évanouit vers le *huitième jour* de cette application funeste. Mais *depuis cette époque*, la malade éprouve un sentiment de cuisson insupportable dans l'intérieur de l'estomac et des intestins; elle est dévorée d'une soif ardente qui la contraint à boire dans tous les instants du jour, et cette soif n'est jamais étanchée; sa salive est devenue épaisse, fétide et comme laiteuse. Pour comble d'infortune, ses yeux sont complétement perdus. » (Alibert, *Précis théoriq. et prat. sur les mal. de la peau*, t. Ier, p. 318. Paris, 1810.) — Le même auteur (*Ibid.*, p. 319) a vu une jeune fille chez laquelle un bain froid pris inconsidérément fit disparaître une éruption dartreuse; une dyspnée intense et quelques accidents de suffocation analogues à ceux du croup se déclarèrent. Alibert ne parvint à les faire cesser qu'en rappelant l'affection herpétique à la surface du corps par l'application d'un large vésicatoire sur la poitrine et par l'administration des plus puissants diaphorétiques. La même chose arriva à un pauvre menuisier qui fit passer brusquement une dartre squameuse occupant les cuisses et les bras; *dès le lendemain* il était en proie à une dyspnée très intense que de larges vésicatoires firent cesser (*Ibid.*, p. 347). Dans un cas semblable rapporté aussi par Alibert, la mort par suffocation eut lieu chez une jeune fille qui avait fait passer à l'aide des répercussifs une dartre furfuracée arrondie (*psoriasis*). M. Devergie cite un cas tout pareil: « Un commissionnaire, âgé de vingt-sept ans, entra le 10 mars 1847 à l'hôpital Saint-Louis pour s'y faire traiter d'un eczéma impétigineux qui occupait la cuisse, les bourses, les jambes et les avant-bras. L'affection marchait rapidement vers la guérison, lorsque, le 12 avril, sans cause appréciable, il survint de la fièvre, de la bouffissure à la face, un peu d'œdème des membres inférieurs, avec diminution très grande dans la quantité des urines, anorexie, soif, dyspnée, sans signes stéthoscopiques appréciables du côté de la poitrine qu'un peu de respiration sifflante. Il y avait un peu d'épanchement dans l'abdomen. On examina les urines, qui étaient brunes, épaisses et très albumineuses. L'état du malade reste à peu près le même les jours suivants. Dans la soirée du 16, cinquième jour depuis l'invasion des accidents, il pâlit, commence à perdre la raison et la connaissance, et meurt à minuit.

» A l'autopsie, sauf un peu d'engorgement du foie et de la rate, de l'engorgement hypostatique à la base des poumons, une coloration d'un rouge foncé des voies aériennes, avec écume bronchique, on ne trouva aucune lésion qui pût expliquer la mort. » (*Gazette des Hôpitaux*, 13 mai 1847). Enfin, à tous ces témoignages ajoutons celui de M. Rayer. « Un jeune portefaix, dit-il, que je venais de guérir à l'hôpital de la Charité d'un eczéma des jambes, fut pris *presque immédiatement* après sortie d'une pleurésie, pour laquelle il vint de nouveau réclamer mes soins, et dont il guérit, sans retour de l'éruption. J'ai vu une bronchite suivre la guérison d'un *rupia* chez un sujet scrofuleux, et j'ai recueilli quelques exemples analogues d'inflammations pulmonaires à la suite de guérisons méthodiques d'eczémas, de lichens, de psoriasis. » (*Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. I, p. 45.)

En voilà suffisamment, je pense, pour justifier notre opinion sur la possibilité des répercussions.

Encore un mot. Suivant la remarque de M. Devergie: « La répercussion peut avoir lieu par deux ordres de causes différentes: ou elle naît d'un traitement mal dirigé, c'est-à-dire de l'emploi de résolutifs trop énergiques; ou, au contraire, de circonstances accidentelles et étrangères au traitement, telles que l'exposition au froid, l'impression brusque du froid au sortir d'un bain, etc. » (*Gazette des Hôpitaux*, 13 mai 1847.) Ajoutons que ces accidents se montrent même à la suite d'une guérison obtenue suivant les règles de l'art, mais dans laquelle peut-être on n'aura pas assez insisté sur les révulsifs intestinaux, indispensables, suivant nous, dans le traitement des affections dartreuses.

Il s'agit actuellement de comparer l'observation de M. le docteur Eon avec les précédentes et d'examiner si elle remplit les conditions d'une véritable répercussion. Nous l'avons dit plus haut, pour qu'il y ait répercussion il faut que les accidents intérieurs suivent de *très près* la disparition de l'éruption, autrement il n'est plus possible de saisir le lien qui rattache ces phénomènes les uns aux autres. Ainsi dans le fait de M. le docteur Eon les six mois de santé parfaite qui se sont écoulés entre la guérison du psoriasis et l'invasion de la névralgie rompent bien évidemment toute espèce de relation de cause à effet entre la dartre et la maladie nerveuse. Que dire du choléra, maladie épidémique qui frappe dans toutes les conditions de santé ou de maladie ceux qui sont exposés à ce fléau? Que dire de cette tumeur qui se développe dans la région du foie et qui commence à disparaître au moment où le psoriasis, après une suspension, un sursis de près de deux années, commence à son tour à reparaître?

Tout au plus dans ce dernier cas pourrait-on admettre que le travail morbifique sous l'influence duquel la tumeur s'est formée a cédé par le fait de l'évolution de la dartre, ou réciproquement que le travail morbide, diminuant par le fait de la médication, a permis à la dartre de reparaître; mais dans cette double hypothèse c'est toujours là un véritable phénomène de révulsion.

« La *santé reste parfaite pendant six mois*, s'écrie notre confrère, » et c'est lui-même qui a souligné cette phrase; impossible donc, » continue-t-il, d'invoquer ici le fameux aphorisme: *Duobus doloribus*, etc. » Mais précisément par la même raison, il est impossible d'invoquer la rétropulsion. Les dartreux, on le sait, ne sont pas constamment tourmentés par leur dermatose; il y a des intermissions plus ou moins longues, pour le psoriasis surtout, et il ne faut pas mettre sur le compte de la dartre les affections accidentelles qui peuvent se développer pendant le cours de ces intermissions. Quelle que soit la tendance bien légitime de l'esprit humain de généraliser les faits, on ne peut voir ici que des maladies fort diverses se développant successivement chez un même individu. — Dr E. Beaugrand.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er juin 1854. — Présidence de M. Thore.

M. le docteur Seraine adresse une demande d'admission comme membre titulaire. Il envoie à l'appui de sa candidature deux travaux intitulés:

1° *De la santé des petits enfants ou avis aux mères;*

2° *Les préceptes du mariage*, traduits du grec de Plutarque. (MM. Dubamel, Caron, rapporteur.)

La correspondance comprend:

1° Un mémoire sur une *nouvelle combinaison de l'iode et sur son application en médecine*, par MM. Socquet (d'Aiguebelle) et Guillermond. (M. Chalut, rapporteur.)

2° Le n° 8 du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.*

— M. Mérier, membre correspondant, adresse deux travaux manuscrits intitulés:

Mémoire en forme d'appendice annexé au 4e mémoire de l'auteur sur le service médical et administratif de l'asile de Saint-Dizier en 1852, sur le travail comme moyen de curation par excellence appliqué à la folie;

Une observation d'opération d'hydrocèle suivie de gangrène et de guérison.

— M. Magne fait hommage à la Société d'un exemplaire de la seconde édition de son *Hygiène de la vue*. (Remercîments.)

De l'emploi du vin de colombo composé dans le choléra. — M. Caron: Pour compléter la note que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société dans la dernière séance relativement à l'emploi du vin de colombo composé dans le traitement du choléra, je dois vous présenter la relation d'un nouveau cas qui a bien son importance au point de vue de la théorie que j'ai exposée à ce sujet.

Le 9 mai dernier, à trois heures de l'après-midi, je fus mandé en toute hâte rue et hôtel Saint-Roch pour donner des soins à M. Br..., membre du corps législatif, qui venait d'être subitement pris de vomissements, de diarrhée, au moment où il se rendait à la Chambre. Force lui fut de rentrer chez lui; les vomissements se reproduisirent avec opiniâtreté, et, pendant que l'on cherchait à le secourir, il fut instantanément obligé de satisfaire aux évacuations alvines, qui présentèrent immédiatement les caractères spécifiques de la maladie: absence complète de la sécrétion urinaire, soif modérée, pouls à peine perceptible; langue sèche, d'un blanc grisâtre légèrement ardoisé; les yeux caves, cernés; pupille dilatée, vue affaiblie; peau couverte d'une sueur froide, poisseuse.

J'arrive près du malade à trois heures; à ce moment un vomissement nouveau, une selle abondante; des crampes se font sentir dans les mollets, et le malade commence à accuser une faiblesse extrême. Je prescris une infusion de camomille chaude, des cataplasmes sur le ventre et des sinapismes aux cuisses, et j'envoie chercher chez le pharmacien du vin de colombo composé suivant ma formule.

A la première cuillerée du médicament le malade accuse un sentiment particulier de chaleur bienfaisante, ce qui ne l'empêche pas d'éprouver une nouvelle déjection; immédiatement après ce vomissement, je lui administrai une nouvelle cuillerée, qui fut conservée, et le patient put nous dire à voix très basse, presque inintelligible, qu'il se sentait mieux. Dix minutes après, une troisième cuillerée est ingérée; même tolérance, amélioration progressive bien sensible; le pouls commence à se relever, la peau est moins froide, la transpiration moins visqueuse.

Cependant il se fait une nouvelle évacuation alvine moins abondante, d'une teinte plus brune et d'une odeur toute différente des précédentes; le malade continue la potion de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à six heures du soir.

A cette époque, comme le sens du goût s'était réveillé, il se plaignit que la boisson qu'on lui donnait était peu agréable; en effet, je constatai qu'au lieu de camomille mon malade buvait uniquement de l'eau tiède sucrée. Il en avait été de la tisane comme des cataplasmes et des sinapismes: on n'avait exécuté aucune de mes prescriptions, sauf le vin de colombo.

Et cependant à cette heure les crampes avaient disparu, les vomissements et la diarrhée ne se reproduisaient plus; le pouls et la voix étaient complétement relevés; la peau était chaude, sudorale, l'amélioration bien sensible.

Le malade me fit alors une remarque qui me frappa, c'est que pendant la période algide il n'avait pas éprouvé ce symptôme constant d'une toux gastrique fatigante à laquelle il est sujet depuis longtemps, et que depuis qu'il était en meilleur état la toux commençait à se reproduire avec la même fréquence et les mêmes caractères.

Le médicament fut administré toute la nuit, mais seulement d'heure en heure et même quelquefois de deux en deux heures, le malade ayant un peu reposé.

Le 10 au matin, le malade était en voie de guérison bien manifeste. Il avait dormi d'un sommeil bienfaisant; il était dans un état de moiteur satisfaisant; il avait uriné facilement et avec abondance; le pouls était fort et régulier, sans fièvre; la voix était franche, la langue humide et d'un aspect naturel, sans saburres. La soif était modérée, l'appétit nul.

Je prescrivis la potion à la dose d'une cuillerée toutes les trois ou quatre heures, l'usage de bouillons et le repos.

Le 11, le malade a été complétement rétabli, ne ressentant qu'un peu de faiblesse; mais alors le besoin de nourriture commençait à se faire éprouver.

Bouillons, potages; la potion est continuée, mais seulement à titre d'apéritif, une cuillerée matin et soir après les repas.

Le 12, le malade a pu se lever et reprendre doucement ses occupations.

Depuis la convalescence s'est confirmée sans aucune difficulté.

Une chose bien remarquable, c'est que, depuis que M. Br... fait usage de cette préparation journellement après ses repas, il éprouve une diminution très évidente de cette toux convulsive qui souvent lui faisait vomir ses aliments et très souvent nuisait à son repos; maintenant, au contraire, il tousse plus facilement, moins souvent, et son sommeil est plus tranquille.

La raison de toutes ces modifications organopathiques est bien en harmonie parfaite avec ce que l'expérience de chaque jour me permet d'observer chez les malades auxquels je fais l'application de cette médication, et peut démontrer jusqu'à un certain point que, s'il est des cas où les fonctions gastro-intestinales peuvent être contrariées par l'excès d'un principe acide, lequel réclame l'intervention d'une médication alcaline, il en est beaucoup d'autres, et à mon avis les plus nombreux, dans lesquels l'absence d'un acide peut bien produire les mêmes désordres et conduire aux mêmes conséquences pratiques. C'est ce que l'observation et le temps seuls pourront péremptoirement démontrer.

M. Pertus. La communication de notre collègue donne lieu à plusieurs remarques qui ont été faites déjà dans la précédente séance, à propos du même moyen thérapeutique. Je demanderai seulement à M. Caron quel degré d'importance il attache à sa potion; s'il lui attribue une vertu supérieure et en quelque sorte spécifique, et si elle peut être administrée impunément, avec les mêmes avantages, dans tous les cas de choléra indistinctement. Pour ma part, je ne crois pas qu'un seul et même remède, je dirai plus, qu'une même médication puisse être adoptée comme satisfaisant à toutes les indications qui se présentent dans cette terrible maladie, où les méthodes les plus opposées comptent également des succès et des revers.

M. Caron. Le choléra, malgré la diversité de ses effets, a quelque chose de plus uniforme que les autres maladies dans ses symptômes propres. Ceux ci, en effet, consistent presque toujours dans des évacuations plus ou moins fréquentes et d'un caractère presque spécifique; ils se ressemblent toujours, ne différant dans les divers cas que sous le rapport de leur intensité. En présence d'une affection aussi grave, sur la nature de laquelle personne n'est d'accord, tout le monde s'est cru autorisé à se lancer dans la voie de l'expérimentation, soit théorique, soit empirique. J'arrive donc, comme beaucoup d'autres, avec un moyen nouveau que j'ai essayé plusieurs fois et qui me paraît très avantageux. Le vin de colombo m'a paru toujours calmer les vomissements, produire une salutaire réaction, de la diaphorèse, en un mot, dissiper les symptômes graves; par conséquent j'avoue que, tout en ayant peur de m'en laisser imposer ou de me faire illusion, je ne puis nier les résultats obtenus. Je ne veux rien ajouter de plus, parce qu'en effet je n'en sais pas davantage.

M. Pertus fait remarquer qu'il n'a point l'intention de faire la critique du colombo, ni de condamner un moyen qu'il ne connaît pas. Son observation lui est suggérée par ce fait que beaucoup de remèdes ont été préconisés tour à tour, et qu'aucun n'a justifié l'espoir qu'on avait voulu fonder sur lui. Il craint qu'il n'en soit de même de celui que propose M. Caron. Il ne s'oppose pas à ce que les praticiens l'expérimentent; mais il craint les conséquences d'une trop grande préoccupation à l'endroit d'un moyen unique qui, en règle générale, doit toujours être insuffisant.

M. Bossu. En lisant l'observation de notre confrère, bien que les symptômes du *choléra confirmé* y soient relatés, je ne sais pourquoi, du moins c'est mon opinion, on ne se sent point dominé par la conviction intime qu'il s'agissait de cette maladie. L'idée d'une attaque de choléra sporadique ou d'une cholérine à forme grave se présente plutôt à l'esprit. Or cette circonstance ôterait au fait de M. Caron presque toute sa valeur, car, sans nier la gravité du choléra non épidémique, je crois qu'il est une de ces affections qui peuvent guérir sous l'influence de moyens très simples, tels que des infusions aromatiques chaudes, additionnées ou non d'un peu d'opium. Médecin du bureau de bienfaisance, j'ai rencontré dans la classe ouvrière plusieurs de ces cas de cholérine qui simulaient tout à fait la maladie indienne, et sur

l'issue desquels je pouvais formuler en quelque sorte *à priori* un pronostic favorable. La question se réduit donc à ces termes : Le vin de colombo, selon la formule qui nous a été présentée, produit-il dans le choléra vrai, intense, les heureux résultats qu'annonce M. Caron ? Pour mon compte, j'en doute très fort. Mais plus la chose me paraît difficile, plus j'engage mes confrères à essayer ce moyen, qui doit avoir une certaine efficacité, puisqu'il nous est vanté par un praticien non moins instruit qu'honorable.

M. Duhamel croit que M. Bossu fait trop bon marché du choléra sporadique; cette maladie se termine aussi par la mort très souvent. En 1822, dix ans avant la grande épidémie, j'ai vu mourir, dit-il, deux sujets en vingt-quatre heures. L'un d'eux, demeurant rue des Carmes, fut pris dans la nuit; je le vis à huit heures du matin et le fis entrer à l'Hôtel-Dieu. Récamier ne soupçonna pas le danger; il recommanda à son interne de lui donner des boissons froides, annonçant une grande amélioration pour le lendemain; mais le lendemain le malade expirait.

M. Guersant. M. Pertus a fait une remarque fort juste en disant que tout moyen unique est insuffisant. Il en est du choléra comme de toutes les maladies. On guérit la pneumonie tantôt par les saignées, tantôt par le tartre stibié, selon les cas, et ceux-ci se distinguent par tant de nuances, sont modifiés par tant de conditions étiologiques ! De même pour les cholériques : il en est qu'il vaudrait mieux purger, ou exciter ou même saigner, plutôt que les soumettre à tel ou tel autre traitement, si nous pouvions saisir, apprécier toutes les indications. Broussais lui-même, bien qu'il ne vît presque partout qu'irritation, n'était pas aussi *antiphlogistique* dans sa pratique que dans ses livres. Le moyen que propose M. Caron est donc bon, mais comme tonique stimulant devant fournir son contingent d'action dans une maladie qui doit être attaquée en outre par les révulsifs, les narcotiques, etc.

M. Coursserant regrette de voir que généralement on est porté à blâmer un médicament nouveau. Avant qu'on eût découvert les propriétés fébrifuges du quinquina, la fièvre intermittente régnait en souveraine dans certaines contrées. Depuis même, le sulfate de quinine, ce roi des spécifiques, devenant impuissant dans certains cas très rebelles, si on vous eût conseillé d'employer l'arsenic, à coup sûr vous eussiez élevé mille objections en apparence très fondées, et cependant ce poison réussit là où le premier des fébrifuges échoue. Qui sait, par conséquent, si le médicament de notre confrère ne sera pas l'*anticholérique* que nous cherchons?

J'ignore si la mixture que M. Caron emploie dans les scrofules avec les succès qu'il a annoncés l'année dernière est la même préparation que celle qu'il propose dans le choléra. Elles se ressemblent toujours en ce qu'elles contiennent l'une et l'autre de l'acide hydrochlorique et du quinquina. Or, ce qui vient d'être dit m'engage à vous citer un fait relatif à cette mixture antiscrofuleuse, qui se compose ainsi : vin de quinquina, 200 grammes; acide hydrochlorique, 2 grammes. J'ai prescrit l'usage de ce vin à une dame chlorotique, sujette à des flatuosités, des défaillances, des accidents dyspepsiques; et cette dame, que je ne comptais plus revoir, est revenue quelque temps après pour m'annoncer qu'elle allait beaucoup mieux, que ses digestions se faisaient bien et que ses forces s'étaient rétablies.

M. Coursserant revient sur ce qu'a dit M. Guersant au sujet de la pneumonie, qui guérit par divers moyens, et il demande si son honorable confrère croit que cette maladie puisse être efficacement traitée par l'homœopathie.

M. Guersant répond que certaines fluxions de poitrine peuvent céder à la médecine expectante, par conséquent à l'homœopathie, qui n'est autre chose que cela, plus, le moyen d'agir plus ou moins favorablement sur l'esprit des malades.

Staphylôme iridien. Cataracte lenticulaire. Résolution spontanée en cinq jours.—M. Coursserant communique l'observation suivante :

M. D..., employé au ministère de l'instruction publique, fut affecté d'un staphylôme considérable, consécutif à une ulcération perforante de la cornée. La hernie iridienne n'ayant pu être réduite, la guérison a eu lieu avec une déformation de la pupille et une cicatrice assez large qui occupe le côté interne de l'œil gauche. Pendant huit mois la cicatrice resta ferme et résistante; cependant, au bout de ce temps le malade étant venu me faire une visite, je m'aperçus que la tache de la cornée était parsemée çà et là de tout petits points noirs, dus au bourgeonnement de la partie de l'iris sur laquelle reposait le tissu cicatriciel. De plus, le globe me sembla avoir perdu un peu de sa rénitence, et l'œil offrir un peu de larmoiement. Dans le but de m'opposer à une nouvelle perforation de la cornée, et par suite à une hernie nouvelle de l'iris, je touchai la partie malade de temps en temps, pendant trois semaines environ, tantôt avec le nitrate d'argent et tantôt avec le laudanum, soit pur, soit affaibli. Mais comme la cicatrice, loin de se fortifier et de s'étendre, avait une tendance à se résorber et à disparaître, je substituai au nitrate d'argent et au laudanum la teinture d'aloès. Une seule application fut faite, sans douleur trop vive, et le lendemain le malade put, sans gêne, sans douleur, vaquer pendant six heures à toutes les occupations de son bureau. Toutefois, le soir quelques petits picotements se firent sentir dans l'œil. Vers neuf heures le malade s'endormit avec une douleur assez légère qui s'irradiait de l'œil dans la tête du sourcil. Tout à coup il s'éveille brusquement pendant la nuit et accuse un sentiment assez vif de douleur dans l'œil et un larmoiement qui lui semble assez marqué. Quelques instillations d'une solution de belladone et des compresses d'eau fraîche appliquées sur l'organe malade constituèrent toute la médication employée avant mon arrivée. Voici les symptômes locaux et généraux que je constatai à ma première visite, à huit heures du matin.

Tout sentiment de douleur avait disparu, absence complète de fièvre, mais le malade était presque complètement aveugle de l'œil gauche. L'examen de cet organe révélait les particularités suivantes : la conjonctive offrait une injection diffuse assez légère et un commencement de chémosis séreux, surtout en haut. A la place occupée par la cicatrice déjà mentionnée, apparaissait à nu l'iris, dont la surface était sillonnée par quelques bandelettes grisâtres très fines, faibles traces du tissu cicatriciel développé en cet endroit, et au moyen duquel avait été obtenu l'aplatissement du staphylôme. La chambre antérieure était sensiblement diminuée en profondeur; la couleur de l'iris était normale, mais la pupille était entièrement oblitérée, dans les cinq sixièmes de son étendue en bas, par un corps opaque à *contour supérieur*, parfaitement circulaire et parfaitement régulier, dont la surface antérieure, n'offrant aucune inégalité appréciable à la vue, était en tout point semblable à la substance corticale que présentent les cristallins atteints de la cataracte (*caligo lentis* des auteurs). Dans la partie libre de la pupille, limitée en bas par le contour supérieur de l'opacité pupillaire, et en haut par la marge de l'iris, on remarque deux petites traînées de même couleur que l'opacité inférieure, et qui, se dégageant de derrière l'iris, venaient se perdre dans l'opacité générale. L'examen le plus attentif de cette dernière, sa couleur, sa consistance apparente, etc., etc., tout en un mot me porta à en placer le siége dans les couches corticales du cristallin, lequel je supposai s'être abaissé dans la chambre postérieure par suite d'une blessure produite par un corps étranger à travers l'ouverture cornéenne, blessure qui, en lésant le cristallin, avait produit en même temps le déchatonnement de cet organe ou la rupture de ses adhérences en haut au cercle ciliaire.

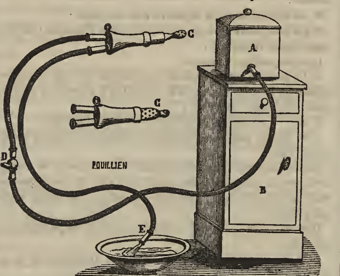
Mon pronostic fut loin d'être rassurant, et le nom de cataracte fut mis en avant par moi sans hésitation aucune. Cependant au bout de cinq jours, et sans autre traitement que le repos, l'opacité était entièrement disparue, et la perforation cornéenne s'étant peu à peu recouverte d'une cicatrice épaisse et résistante, la vue de l'œil gauche n'a rien perdu ni de sa portée ni de son intensité, preuve irrécusable que le cristallin est resté en place, dans un état parfait d'intégrité.

Cette observation pourrait soulever les questions de la plus haute importance pratique au point de vue de la cataracte; pour le moment je me contenterai de l'exposition seule des faits.

Tube à double courant pour injections vaginales. — M. Foucart présente cet instrument, et en expose les usages.

Les praticiens, dit-il, qui s'occupent spécialement des maladies des organes génitaux de la femme ont reconnu pour la plupart les grands avantages que l'on peut retirer de l'emploi, dans des cas assez nombreux, des irrigations continues dans le vagin, portées jusque sur le col utérin. Mais, il faut bien le dire, les appareils proposés jusqu'à présent n'ont pas toujours rempli le but du médecin. Tantôt, en effet, si la canule était trop courte, le liquide, même lancé avec une certaine force, ne pénétrait pas jusqu'au fond du vagin, n'atteignait pas le col, et, repoussé par l'élasticité des parois du canal, s'écoulait au dehors sans avoir atteint le point malade; tantôt, si la canule était suffisamment longue, le liquide, dardé avec force par un irrigateur, un clysopompe, venait frapper directement et d'une manière fâcheuse l'organe malade, que l'opérateur avait dessein seulement de baigner ou de laver, sans prétendre à l'action énergique de la douche.

J'ai eu occasion de me servir il y a peu de jours, chez une femme atteinte de congestion du col de la matrice, d'un instrument nouveau, que je demande à la Société la permission de lui présenter, parce qu'il sera peut-être utile à quelques-uns de nos confrères, et qu'il me paraît réunir les conditions les plus favorables au traitement des affections utérines, en même temps qu'il est d'une extrême simplicité.



Il se compose de deux tubes concentriques en étain; l'un, que nous appellerons le tube interne, est de 3 à 4 centimètres plus long que l'externe, et se termine par une olive percée en arrosoir d'une douzaine de trous. Le tube externe, qui sert d'enveloppe à l'autre dans les cinq sixièmes de sa longueur, est également percé en arrosoir de trous beaucoup plus nombreux destinés à laisser s'écouler le liquide de l'injection. Pour se servir de cet instrument, on l'introduit dans le vagin jusqu'à la profondeur voulue, après l'avoir préalablement graissé d'un peu d'huile ou de cérat. Ceci fait, on adapte à l'extrémité supérieure du tube interne le conduit flexible d'un irrigateur quelconque; à l'extrémité libre du tube extérieur ou d'enveloppe, on adapte un autre tube flexible, qui se rend hors du lit dans un vase destiné à recueillir le liquide qui a servi à l'injection.

Il est bien entendu que la malade doit être couchée horizontalement, et s'il se peut, le bassin légèrement soulevé par un coussin ou un oreiller. Cela fait, on ouvre le robinet de l'irrigateur. Le liquide sort par les trous de l'olive qui termine le tube interne, baigne le col, distend un peu les parois du vagin et s'écoule par les trous du tube d'enveloppe pour se rendre au dehors. Le volume de l'instrument est peu considérable; le diamètre en est de 3 à 4 centimètres environ. Plus faible, le liquide s'écoulerait entre les parois du vagin et l'instrument et mouillerait le lit; plus fort, il empêcherait le sphincter du vagin de se contracter, et le même inconvénient se produirait. Il semble assez généralement que chez les femmes dont les organes ne présentent pas une amplitude extraordinaire, ce diamètre de 3 à 4 centimètres est suffisant pour provoquer la contraction du muscle constricteur du vagin, contraction qui empêche le liquide de sortir du canal entre la muqueuse et le tube. Il est bien entendu cependant que chez les femmes dont le vagin est très large le calibre du tube extérieur doit être augmenté.

Une fois l'irrigation terminée, on retire l'instrument après avoir pris la précaution de placer sous le siége de la malade une serviette en quatre ou six doubles, destinée à recevoir les quelques gouttes d'eau qui auraient pu séjourner dans le vagin.

Je dois ajouter que cet instrument, qui a été construit par un artiste ingénieux, M. Poullien, a été mis en usage plusieurs fois avec succès par des chirurgiens distingués, au nombre desquels je suis heureux de pouvoir citer deux de mes anciens maîtres, MM. Amussat et Robert, qui en ont reconnu les avantages.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

CORRESPONDANCE.

Lyon, le 16 août 1854.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Dans un article de votre journal publié le 12 de ce mois sur les produits *bismutho-magnésiens du docteur Paterson*, je trouve une indication de doses qui pourrait donner lieu à de graves mécomptes dans l'emploi, ou à de grands embarras à celui qui voudrait préparer ces produits. En effet, sa *poudre bismutho-magnésienne* n'est pas, comme on pourrait le croire, un simple mélange de bismuth, de magnésie et de sucre ; au contraire, elle en diffère essentiellement par sa composition chimique, par la constance de ses effets et par une sécurité à toute épreuve.

Pour cette *poudre*, la seule dose adoptée par les nombreux médecins qui l'emploient est de 2 à 4 paquets par jour pour les adultes, et d'un demi-paquet matin et soir pour les enfants. La dose des *pastilles*, qui, soit dit en passant, remplacent avantageusement celles de Vichy, est de 20 par jour, et la moitié de ce nombre pour les enfants.

Agréez, etc. Fayard, pharmacien.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par :

MM. Hubin (X.-S.), né à Dammartin (Seine-et-Marne); *De la pustule maligne.*

Prévost (G.-E.-E.), né à Hazebrouck (Nord); *Du traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius.*

Delatte (D.-J.), né à Beaumont (Moselle); *Essai sur l'anatomie pathologique et sur l'étiologie de l'emphysème du poumon.*

Petit (L.-H.), né à Rebais (Seine-et-Marne); *Des outrages à la pudeur.*

Arthaud (A.-G.), né à La Mure (Isère); *De la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales par le fer rouge.*

Mouton (C.-C.), né à Cheu (Yonne); *De la scarlatine.*

Algay (J.-B.), né à Issandon (Corrèze); *Des injections iodées comme méthode générale de traitement dans les maladies chirurgicales et quelques affections internes.*

Herland (J.-F.), né à Guerlesquin (Finistère); *Du traitement de la dyssenterie à l'île Bourbon.*

Capette (N.-J.), né à Blaise (Ardennes); *Des fièvres périodiques.*

Lambert (L.-A.), né à Mastelly (Orne); *Considérations sur quelques complications et terminaisons de la fièvre typhoïde chez les enfants.*

Legrip (C.), né à Paris (Seine); *De quelques complications de la fièvre typhoïde.*

Morel (A.-A.), né à Gacé (Orne); *De la phthisie laryngée.*

Brodu (S.-J.-B.), né à Brouzils (Vendée); *Du delirium tremens.*

Durut (E.-J.), né à Douai (Nord); *De la méningite cérébro-spinale épidémique.*

Glatigny (C.-P.), né à Paris (Seine); *De l'ictère.*

Marciguey (J.-T.), né à Sainte-Gauburge (Orne); *De la bronchite, en particulier de sa marche et de ses accidents.*

Lagreula (A.-J.-B.), né à Thèze (Basses-Pyrénées); *Essai sur la fièvre typhoïde.*

Petit (C.-V.-J.), né à Dunkerque (Nord); *Quelques mots sur l'écume bronchique.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 29 juillet 1854 ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent, qui se sont distingués dans la dernière expédition de la Kabylie :

Officier. — M. Bertherand, médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger.

Chevaliers. — MM. Michelet, médecin aide-major aux hôpitaux de la division d'Alger; Pouziet, aide-major.

— L'examen de sortie des aides-majors stagiaires, commencé le 24 juillet dernier, a été terminé le 10 août.

Les candidats, au nombre de 34, ont tous été déclarés admissibles et classés dans l'ordre suivant :

MM. 1. Clément. — 2. Villemin. — 3. Legendre. — 4. Pallé. — 5. Aaron. — 6. Dénoyer. — 7. Aussillous. — 8. Cominal. — 9. Latour. — 10. Lorain. — 11. Barraud. — 12. Goinard. — 13. De Smyttère. — 14. Sylvestre. — 15. Gouchet. — 16. Schreiner. — 17. Videt. — 18. Fabre. — 19. Blin. — 20. Julia. — 21. Azaïs. — 22. Vidal. — 23. Boulongne. — 24. Massie. — 25. Mourlon. — 26. Verdier. — 27. Lecomte. — 28. Krug-Basse. — 29. Cret-Duverger. — 30. Nublat. — 31. De Seré. — 32. Junquet. — 33. Hurst. — 34. Krauss.

Radcliffe. **On epilepsy.** In-8°. London, John Churchill, Prince's street, Soho. Paris, J.-B. Baillière.

Bellingham. **On diseases of the heart.** Part. I. In-8°. Dublin, Fannin et Ce. Paris, J.-B. Baillière.

Notice sur les Eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie, par le docteur J.-F. Payen, avec carte et vue. — A Paris, chez Jannet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28, et Dentu, Palais-Royal. Prix : 1 fr.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 99. — MARDI 22 AOUT 1854. (27° ANNÉE.) N° 99. — MARDI 22 AOUT 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. ponr encouragements aux antenrs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7.000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

PARIS, LE 21 AOUT 1854.

MÉDECINS CANTONAUX.

Le *Moniteur* publie la circulaire suivante :

Paris, le 15 août 1854.

Monsieur le préfet,

Les villes sont généralement dotées d'établissements charitables où l'ouvrier indigent et malade trouve les secours qui lui sont nécessaires; mais les campagnes n'offrent à nos laboureurs aucune ressource de ce genre. L'ouvrier des champs n'est que trop souvent exposé à souffrir, isolé, sans médicaments ni médecin.

La charité, la justice, la bonne politique veulent un remède à cet affligeant état de choses : sous leur bienfaisante inspiration, l'institution des médecins cantonaux a été adoptée par plusieurs départements. Dans le Loiret, par exemple, sagement réglementée, elle rend depuis trois ans les plus touchants services, et partout où s'essaye cette organisation de la médecine gratuite, les bons effets en sont chaque jour constatés par la reconnaissance de nos populations rurales.

Le gouvernement de l'Empereur porte au développement de cette bonne œuvre un intérêt paternel : appelez sur elle, monsieur le préfet, toute l'attention, toute la bienveillance de votre conseil général. Je désire vivement que par un vote de subside il vous permette l'organisation complète et efficace, ou que du moins, si l'insuffisance des ressources départementales y fait obstacle, il en consacre dès aujourd'hui le principe par une première allocation; si faible qu'elle soit, votre zèle, le dévouement désintéressé des médecins, les secours du gouvernement, la charité de tous, aideront à faire le reste.

Agréez, etc.

Le ministre de l'intérieur,
BILLAULT.

La *Gazette des Hôpitaux* s'est trop souvent et depuis trop longtemps prononcée sur l'utilité de l'institution des médecins cantonaux pour ne pas s'empresser d'applaudir à la généreuse initiative que prend aujourd'hui le gouvernement.

Nous avons encore présentes à la mémoire toutes les objections qui ont été formulées il y a bientôt dix ans, et par des hommes éminents, dans le sein du Congrès médical de 1845, contre cette institution. Sans vouloir les reproduire toutes, nous rappellerons que les adversaires du projet s'appuyaient principalement sur les considérations suivantes, à savoir :

1° Que la dépense nécessitée par cette institution serait beaucoup trop considérable pour que l'Etat pût la prendre à sa charge (en admettant un traitement moyen de 1,000 fr. et une moyenne de deux médecins par canton, on arrivait, pour les 2,441 cantons de la France, à la somme de 4,882,000 fr.) ;

2° Qu'il était à craindre que ces places ne devinssent des sinécures ou l'objet d'une concurrence en quelque sorte officielle ;

3° Que ce serait favoriser certains médecins et attirer à eux la clientèle au détriment de leurs confrères du même canton ;

4° Enfin, que les questions d'humanité n'étaient pas des questions d'argent, et que partout où il y aurait des pauvres il se trouverait des médecins qui, sans être revêtus d'un titre officiel, leur prodigueraient des soins.

Certes, nous ne disons pas que parmi les médecins ruraux il y en ait un seul qui refuse ses soins aux pauvres de sa commune. Le corps médical a toujours fait preuve de trop de dévouement, et dans les circonstances même les plus difficiles, pour que l'on soit en droit de lui adresser le moindre reproche à cet égard. Mais nous croyons que les populations des campagnes ont beaucoup à gagner à ce que les conseils généraux prennent en sérieuse considération l'invitation du ministre de l'intérieur. Il y a bien des cantons en France où la population est trop pauvre pour qu'un nombre suffisant de médecins puisse y vivre de sa profession, même de la façon la plus modeste. Quelquefois, et j'ai eu occasion de m'en convaincre dans le cours des missions qui m'ont été confiées en 1849 et cette année même, il se trouve à peine un médecin pour cinq ou six communes distantes entre elles de plusieurs kilomètres.

Dans de telles circonstances, la vie matérielle serait impossible pour deux ou trois médecins, et les forces physiques d'un seul homme ne peuvent suffire aux exigences d'un pareil nombre de malades, surtout quand éclate, comme c'est malheureusement le cas en ce moment, quelqu'une de ces épidémies dont personne ne peut prévoir la durée. Eh bien ! que l'autorité, que les conseils départementaux, par une faible rémunération en rapport avec le nombre des habitants, mettent le médecin dans le cas de se soustraire à quelques-unes des plus pénibles préoccupations de la vie, le nombre des médecins augmentera dans ces localités qui en sont encore dépourvues, et le bien-être de la population s'en ressentira bien évidemment. L'habitant des campagnes ne sera plus obligé d'attendre plusieurs jours le seul et unique médecin qui, occupé dans une commune, est forcé d'en négliger d'autres où sa présence serait aussi nécessaire.

Ce ne seront pas des sinécures, et l'expérience que fait en ce moment l'administration de l'assistance publique à Paris a bien prouvé que, pour recevoir une légère indemnité, les médecins des bureaux de bienfaisance ne soignent pas moins les malades, qu'ils portent même leurs secours à un plus grand nombre d'indigents.

Quant à attirer la clientèle vers les médecins cantonaux au préjudice des confrères du même canton, tout le monde sait que cette crainte est vaine. Les médecins des bureaux de bienfaisance n'ont pas à Paris, malgré leur titre officiel, plus de clientèle que les autres, et jamais les places de médecins des pauvres, à l'époque où elles n'étaient pas rétribuées comme maintenant, n'ont été recherchées pour un pareil motif.

La question de dépense ne doit pas plus être une raison à invoquer contre l'institution. Répartie entre les 86 départements, cette somme de 4 millions et demi grèvera d'une manière presque insignifiante le budget de chaque département, et ce que l'on dépensera de cette manière évitera les dépenses extraordinaires que les communes sont obligées de faire si souvent en secours d'une autre nature dans les circonstances difficiles dont nous parlions tout à l'heure.

D'ailleurs, ce budget fût-il un peu augmenté, qui s'en plaindra? Ne comprend-on pas maintenant et la sollicitude éclairée du gouvernement n'est-elle pas parvenue à faire comprendre qu'il est utile que les classes aisées détournent un peu de leur superflu pour venir en aide à celles qui sont moins favorisées de la fortune?

Quant à être l'objet d'une concurrence fondée sur des motifs peu dignes d'éloges, nous ne le craignons pas ; une indemnité si modique qu'elle ne couvrirait pas les frais matériels causés par l'exercice de si pénibles fonctions ne sera jamais l'objet d'une *course aux places.*

Nous ne pouvons que le répéter, cette institution des médecins cantonaux par toute la France et sous le patronage du gouvernement, institution qui existe déjà depuis de longues années dans plusieurs départements, nous semble une excellente mesure à laquelle nous ne pouvons qu'applaudir, et dont l'avenir dépendra uniquement du choix des médecins appelés à remplir ces fonctions toutes d'humanité et de dévouement. Dr A. FOUCART.

Nous publions plus bas une observation extrêmement intéressante d'opération césarienne pratiquée deux fois et à dix ans d'intervalle chez la même femme par M. Lebleu, chirurgien de l'hôpital civil de Dunkerque, et communiquée par cet honorable praticien dans la dernière séance de l'Académie de médecine. Nous regrettons que le défaut d'espace et de temps ne nous ait pas permis de faire suivre la relation de ce fait des considérations pleines d'intérêt et d'une haute portée dont l'auteur l'a fait suivre. Nous essayerons d'y suppléer en en résumant ici les points principaux, et en faisant ressortir les déductions qu'on peut légitimement tirer des perfectionnements que M. Lebleu a introduits dans le manuel de cette grave opération.

Il n'est nul besoin de rappeler les dissidences qui partagent les accoucheurs à l'égard de l'opération césarienne. Les mémorables discussions qui ont eu lieu à plusieurs reprises sur cette importante question à l'Académie de médecine de Paris, ainsi qu'à l'Académie de médecine de Belgique, sont certainement présentes au souvenir de tous, et témoignent encore, par l'impression profonde qu'elles ont laissée dans les esprits, de la gravité de cette question, qui implique à la fois des considérations médicales et des considérations sociales, morales et religieuses. Quelques efforts que l'on ait faits pour scinder et isoler ces divers ordres de considérations, dans le but de restreindre la question aux seules limites d'une question de médecine opératoire, il ne nous paraît pas possible, en réalité, de faire ainsi abstraction des nombreux éléments dont elle se compose. Sans doute, l'élément médical est ici le premier à prendre en considération, et le médecin, à qui il n'appartient pas de résoudre ni de discuter la question morale et religieuse, doit avant tout chercher ses motifs de détermination dans l'étude des conditions opératoires qui lui paraissent offrir le plus de chances de sauver les deux êtres dont la vie lui est confiée, ou tout au moins de causer le moins grand dommage possible. Mais lorsque le praticien se trouve placé en face de ce terrible dilemne qui ne lui laisse que l'alternative du choix entre celui des deux êtres qu'il devra sacrifier, voudrait-on lui interdire de chercher à éclairer sa conscience et à puiser les inspirations de sa conduite à d'autres sources et auprès d'autres autorités que celles de la science, qui ne lui répondent que par l'incertitude et la contradiction! Sans prétendre aborder ici un problème aussi redoutable, qu'il nous soit permis de dire qu'aucun élément ne saurait être négligé, et que de toutes les solutions proposées, celle qui tendrait à concilier les intérêts sacrés de l'humanité qui sont confiés au médecin avec les devoirs et les obligations que prescrivent la morale sociale et religieuse, serait sans contredit la plus désidérable entre toutes. Cette conciliation est-elle impossible? Ici nous rentrons tout naturellement dans le point purement médical de la question, car cela revient à se demander si l'opération césarienne est aussi fatalement et aussi constamment funeste que tendraient à le faire croire quelques statistiques et les résultats malheureux qu'elle donne dans certaines localités.

Si l'on parvenait à établir que l'opération césarienne, même dans les conditions où elle a été pratiquée jusqu'ici, n'est peut-être pas en somme beaucoup plus fatale aux mères que les opérations de fœticide qu'on a cherché à lui substituer depuis un certain nombre d'années ; qu'elle offre, en tout cas, en y comprenant les deux êtres dont elle a en vue de sauvegarder la vie, des chances de conserver un plus grand nombre de sujets à la société; si l'on prouvait surtout que cette opération est susceptible de perfectionnements qui auront pour effet d'en diminuer la léthalité, n'y aurait-il pas lieu de revenir sur l'opinion qui tend à prévaloir au sein de nos écoles, et ne serait-on pas plus près qu'on ne pense de la solution dont nous parlions tout à l'heure? C'est ce que M. Lebleu a cherché à établir, en ajoutant un fait de succès de plus à ceux que la science possède, et en faisant connaître une innovation dans le procédé opératoire qui paraît devoir diminuer les chances d'accidents mortels.

Quoique l'observation rapportée par M. Lebleu se termine par une autopsie, il ne faut pas oublier, ainsi qu'il le fait remarquer, que sur quatre individus qui se sont présentés au médecin deux ont été sauvés il y a dix ans, plus un il y a quelques jours, et que si le quatrième n'a pas été sauvé, la cause en est due à un accident exceptionnel en dehors de ce qui appartient en propre à l'opération elle-même; il ne faut pas perdre de vue non plus que ce résultat, s'il devait se renouveler dans ces proportions, serait encore supérieur à tout ce que la céphalotomie et l'avortement provoqué ont produit de mieux jusqu'ici.

Quoi qu'il en soit de cette appréciation d'un fait dont il y aura désormais à tenir compte dans la discussion de cette question, il en ressort plusieurs choses utiles à signaler, notamment :

1° Que l'auteur a précisé et limité l'incision abdominale (13 centimètres au lieu de 18), bien que l'enfant fût d'une dimension au-dessus de la moyenne, et que la présentation du bras et du placenta eût été gênante ;

2° Qu'il a pu supprimer la gastroraphie, malgré les préceptes formulés par les auteurs, ayant remarqué, lors de la première opération, l'inutilité, la douleur et le danger des sutures ; et qu'il l'a remplacée avec avantage par l'appareil décrit dans l'observation, simplification d'une importance capitale quand on songe que sur 123 opérées il en meurt 77 par l'inflammation abdominale augmentée à coup sûr, sinon provoquée, par les sutures.

Le fait communiqué par M. Lebleu est trop important pour qu'il ne doive pas devenir l'objet d'un rapport et d'une discussion. Nous aurons par conséquent à revenir sur cette grave et intéressante question. Dr BROCHIN.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous avons donné dans le bulletin de samedi le relevé des décès de la ville jusqu'au 10 août. Nous sommes en mesure de faire connaître aujourd'hui le chiffre des décès depuis le 11 août jusqu'au 17 inclusivement.

Il s'est élevé pour le	11 août	à	50
—	12	—	58
—	13	—	53
—	14	—	66
—	15	—	68
—	16	—	63
—	17	—	63

Voici la répartition des décès dans les douze arrondissements de Paris et dans les communes rurales :

	11	12	13	14	15	16	17
1er arrondissement.	3	4	5	3	7	5	5
2e —	4	8	0	6	9	6	11
3e —	3	0	7	5	3	3	3
4e —	0	0	0	3	0	1	3
5e —	8	11	9	2	8	7	4
6e —	10	5	5	14	5	7	6
7e —	3	5	1	6	6	2	3
8e —	5	10	4	7	7	6	6
9e —	2	4	4	2	3	1	3
10e —	3	3	4	2	4	6	6
11e —	4	1	2	2	3	2	2
12e —	5	4	12	11	13	17	11
Communes rurales.	0	3	0	3	0	0	0
	50	58	53	66	68	63	63

Les décès des hôpitaux civils ayant été pour les mêmes journées de :

21	38	24	31	24	26	36

et ceux des hôpitaux militaires de :

6	11	7	4	9	2	7

on a pour chacune de ces journées et pour toute la population parisienne, un total de :

77	107	84	101	101	91	106

Récapitulation depuis la recrudescence jusqu'au 17 :

Admissions dans les hôpitaux civils. . . . . Cas déclarés à l'intérieur.	3,966
Décès dans les hôpitaux civils. . . . . . — dans les hôpitoux militaires. . . . . — à domicile... . . . . — dans les communes rurales.	4,928

Dans notre dernier numéro, nous avons mis sous les yeux de nos lecteurs un tableau qui indiquait la décroissance de l'épidémie à Marseille; la *Revue thérapeutique du Midi* nous confirme aujourd'hui qu'il sévit à Toulon, où l'on a compté jusqu'à 90 décès par jour. Une grave recrudescence nous est signalée à Arles. Avignon ne présente plus de choléra confirmé; il n'y a plus que des cholérines. Mais il n'en est pas de même à l'Isle-sur-la-Sorgue, petite ville située à quelques lieues d'Avignon, où l'humidité permanente de l'air et l'accumulation d'ouvriers manufacturiers ont bien pu contribuer au développement de la maladie. Elle y a fait d'affreux ravages. Au commencement de ce mois on a eu un jour jusqu'à 16 morts sur 800 habitants. On compte maintenant de 4 à 5 morts par jour, et parmi les victimes se trouve notre regrettable confrère le docteur Tourrel, mort à son poste, en donnant des soins à ses concitoyens.

— A Nîmes, l'épidémie n'a pas eu de proportions considérables; cependant depuis six semaines, il n'est pas de jour qui n'ait compté quelques cas mortels.

— A Montpellier, presque toutes les maladies que l'on observe en ce moment ont le caractère gastrique bilieux, et l'ipécacuanha est le remède souverain. Les diarrhées sont nombreuses, souvent accompagnées de vomissements, déjections alvines en général bilieuses ou aqueuses, d'autres fois noirâtres, d'une odeur fétide; refroidissement plus ou moins marqué, faiblesse, coliques, crampes.

Le docteur Saurel affirme que dans *presque tous les cas* de cholérine simple ou compliquée de vomissements pour lesquels il a été appelé *au début*, il a obtenu, par l'administration de 24 à 30 grains d'ipécacuanha, la cessation complète des accidents.

Quant à la marche du choléra dans cette ville, elle est assez irrégulière. Hors des hôpitaux, la mortalité moyenne a été de 2 à 4 personnes par jour. La plus forte journée est celle du 11 août, où l'on a compté jusqu'à 8 morts par le choléra. En somme, 48 cholériques ont succombé à domicile, du 28 juillet au 13 août inclusivement.

— Nous venons de recevoir deux lettres de province relatives au choléra. L'une est de M. le docteur Largent, en mission à Montfaucon et Nantillois (Meuse). Elle nous apprend qu'à Montfaucon, sur une population de 1,259 habitants, il y a eu depuis sept semaines 380 malades et 140 décès, et que dans la petite commune de Nantillois, comptant 356 âmes, il y a eu dans le même espace de temps 80 malades et 50 décès. Les conditions hygiéniques de ces deux localités paraissent, du reste, très mauvaises.

La seconde lettre est de M. le docteur Sanssot (de Charly-sur-Marne), qui nous apprend qu'il a essayé, d'après les indications de M. Abeille, le sulfate de strychnine contre le choléra, et que ce traitement est loin d'avoir répondu à son attente dans la majorité des cas.

— L'épidémie étend actuellement ses ravages sur une grande partie de l'Italie. Voici, d'après la *Gazetta medica Toscana*, les chiffres exacts des cas qui se sont déclarés dans la Toscane depuis la fin de juillet jusqu'au 13 août : 256 cas; guéris, 17; morts, 105; le reste en traitement.

Dans ce relevé, la ville de Livourne compte pour près des quatre cinquièmes. Florence et Pise n'ont eu qu'un très petit nombre de cas.

— La *Gazette médicale de Turin* publie de son côté le bulletin sanitaire de cette ville, du 30 juillet au 10 août; il se résume par 42 cas, dont 27 décès.

— A Gênes, du 6 au 13 août, on a compté 932 cas et 551 décès. Depuis le commencement de l'invasion (23 juillet) jusqu'au 13 août, la province entière de Gênes a eu 3,889 cas et 1,890 décès.

— Quant à notre armée d'Orient, nous ne saurions mieux faire que de rapporter l'article publié par le *Moniteur* de ce matin :

« Notre armée d'Orient vient de subir la rude épreuve du choléra ; elle a éprouvé des pertes sensibles et bien douloureuses ; mais le moral des troupes est toujours excellent, et nous pouvons annoncer aujourd'hui avec satisfaction que sur tous les points l'état sanitaire s'améliore d'une manière notable.

» Le fléau a débuté à Gallipoli, puis il a envahi le Pirée, et enfin les camps autour de Varna.

» Les rapports de Gallipoli, en date du 10 de ce mois, annoncent que sur ce point l'on peut se considérer comme à peu près délivré du choléra. Il ne se produit que quelques cas isolés qui n'ont plus la même gravité que précédemment, et tout fait espérer que l'état sanitaire reviendra bientôt à l'état normal.

» La situation de l'hôpital de Nagara continue à être très satisfaisante; le choléra a complétement disparu de cet établissement depuis le 25 juillet.

» A Varna, l'épidémie est entrée dans sa période décroissante. De vastes hôpitaux ont été établis sous des tentes doubles, et les malades se sont bien trouvés de ces installations provisoires dans des emplacements salubres, sous le vent de la mer et à une distance suffisante de la ville et des camps. Les bons effets de cette mesure ne sont pas douteux.

» Au milieu des pénibles épreuves que l'armée vient de traverser, le péril commun a fait naître de nombreux actes de dévouement, et rien n'égale la vigueur morale qu'ont montrée pendant la durée de l'épidémie ceux qui obéissent et ceux qui commandent.

» Le maréchal de Saint-Arnaud a passé chaque jour plusieurs heures au milieu des malades, leur prodiguant les consolations et les encouragements, et partout, dit-il dans son rapport, « je retrouve la *grande nation....* un moral de fer, un dévouement au-dessus de l'admiration. Tout le monde se multiplie; les soldats sont devenus des sœurs de charité. » Il donne des éloges particuliers aux officiers de santé, aux fonctionnaires de l'intendance et à ceux des différentes administrations, sans oublier les aumôniers de l'armée, qui se sont prodigués au chevet des malades. Des sœurs hospitalières sont venues de Constantinople au Pirée, à Gallipoli et à Varna ; partout elles ont été accueillies comme des anges consolateurs : leur présence seule a fait le plus grand bien.

» L'influence épidémique se fait sentir au loin; l'armée ennemie est frappée bien plus encore que la nôtre, car, dans leur retraite vers le Pruth, les Russes traînent avec eux 24,000 malades. » — A. Bernard.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

Hydrocéphale chronique acquise.

Une enfant de deux ans et demi est apportée le 15 juin au nº 10 de la salle Sainte-Marguerite de l'hôpital Sainte-Eugénie.

On n'a aucun renseignement sur elle. Il y a un an que sa tête grossit; pendant la première année de sa vie le volume de la tête était normal. Elle n'a pas eu de convulsions.

A son entrée, l'enfant reste dans le décubitus dorsal, presque immobile, pouvant à peine remuer les membres inférieurs, qui sont œdématiés et comme paralysés. La sensibilité est partout intacte; les membres supérieurs ont conservé tous leurs mouvements. Le thorax est déformé par une faible incurvation rachitique des côtés; le ventre est plat, mou; la peau sèche.

La tête a 50 centimètres de circonférence, 40 centimètres d'une oreille à l'autre. Les fontanelles sont membraneuses, l'antérieure ayant 5 centimètres d'étendue transversale, 6 centimètres d'étendue antéro-postérieure; peu de cheveux.

Le front tombe en avant et cache presque la figure, qui est petite; les yeux enfoncés, hagards, sans expression, voyant les objets sans les distinguer, ni sans reconnaître les traits, ne manifestant ni idée ni sentiment; pas de parole, des cris parfois.

L'enfant mange seulement quelques petits bouillons et potages; elle fait ses besoins dans son lit.

La poitrine est sonore, la respiration normale.

L'œdème, qui a commencé par les membres inférieurs, s'étend aux membres supérieurs. Le pouls est fréquent et faible; une fièvre hectique fait maigrir chaque jour cette malade, dont la peau devient ridée, sèche, terreuse, excepté aux membres, où l'anasarque lui donne une couleur blanche. Cette fièvre ne s'accompagne d'aucun phénomène nerveux. Et le 11 juillet l'enfant, dans un profond marasme, meurt pendant qu'on la prend dans les bras pour changer les couches sans attaque convulsive.

Autopsie. — Un trocart enfoncé dans le cerveau par la fontanelle antérieure laisse écouler environ 600 grammes de sérosité limpide, salée, à réaction neutre, puis un peu acide, sans précipité par l'acide nitrique et la chaleur.

Les parois crâniennes sont minces, molles (par rapport à la boîte crânienne). L'encéphale est très petit; sa surface interne présente des circonvolutions moins profondes; elle est lisse, sans altération des membranes.

L'encéphale, coupé au-dessous du corps calleux, est formé en grande partie par trois cavités. A gauche, le ventricule latéral, qui a 15 centimètres d'étendue et 21 s'il est déplissé, dont la paroi interne n'a que 0,007 m. La séreuse ventriculaire est tapissée de petites granulations blanches, comme de petits grains de semoule. Une petite granulation jaunâtre, plus grosse sur le bord du ventricule déplissé, cette granulation et ces taches blanches sont formées de globules graisseux de diverses dimensions.

Pas d'injection inflammatoire à droite. Le ventricule droit, qui n'a que 11 centimètres d'étendue, a la paroi plus épaisse et la séreuse lisse.

Entre ces deux ventricules est le troisième ventricule, dont les parois minces, transparentes, se terminent en cul-de-sac dans les ventricules latéraux. Cette cavité nouvelle comprend-elle le cinquième ventricule? C'est ce qu'on ne peut dire.

Les commissures sont peu ramollies; les couches optiques et les corps striés ont conservé leur structure.

Les nerfs optiques, d'abord égaux à leur origine, sont bientôt disparates. Le gauche reste normal; sa bandelette et les tubercules quadrijumeaux ont leur volume normal. Le droit se continue par une petite bandelette blanche analogue à la bandelette circulaire des ventricules latéraux et par une masse grise.

Les tubercules quadrijumeaux de ce côté sont moins gros qu'à gauche. La base de l'encéphale n'est pas altérée, excepté le pédoncule droit, qui est moins gros que le gauche.

Le cervelet n'offre aucune altération.

Le quatrième ventricule n'est pas dilaté.

Les poumons sont libres, crépitants, sans tubercules; seulement à l'état de congestion lobulaire en plusieurs endroits des lobes inférieurs.

Des caillots dans le cœur.

Le foie, la rate ne sont pas altérés.

Le rein droit est un peu plus gros que le rein gauche; il est un peu congestionné, et la substance corticale est hypertrophiée.

Le tube digestif est sain dans toute son étendue.

L'hydrocéphale chronique acquise est, comme on le sait, plus rare que l'hydrocéphale chronique congéniale. Elle est ordinairement le résultat des affections chroniques du cerveau et de ses enveloppes. Elle succède à l'hémorrhagie méningée lorsque le sang épanché se réunit dans un kyste, se résorbe lentement, et laisse après lui une cavité qui se remplit de sérosité et se développe outre mesure. Elle est la conséquence de la méningite aiguë passée à l'état chronique; de la méningite granuleuse et des granulations fibro-plastiques de la pie-mère; des acéphalocystes cérébraux, de la phlébite des sinus de la dure-mère, comme nous l'avons vu tout récemment sur le cadavre, et enfin, comme dans le cas qui précède, d'une ancienne phlegmasie des parois ventricules avec dépôt de matière grasse dans les membranes intra-ventriculaires du cerveau.

C'est en effet une chose très curieuse que cette altération anatomique que nous décrivons pour la première fois; ces petits points blancs comme de la semoule, ce petit corps blanc jaunâtre placé sur une partie des ventricules latéraux dilatés, qui ressemblaient à de la matière tuberculeuse, et qui n'étaient en définitive constitués que par de la matière grasse, très facile à reconnaître à ses globules transparents et inégaux.

L'hydrocéphale occupait les deux ventricules latéraux, excessivement dilatés et encore séparés par le septum médian et le troisième ventricule, également fort distendu. La substance cérébrale était saine. Le nerf optique gauche offre seul à sa racine et jusqu'au chiasma une atrophie très notable, qui est également marquée sur les tubercules quadrijumeaux de ce côté.

Malgré ces altérations et cette énorme distension des ventricules, l'enfant n'avait jamais eu de convulsions et n'en a pas eu durant son séjour à l'hôpital. On pouvait comprimer la tête sans lui faire perdre connaissance et sans produire autre chose que des cris d'impatience.

La motilité conservée dans les membres supérieurs semblait amoindrie dans les membres inférieurs; mais ils étaient le siége d'anasarque, et il est difficile de dire si cette complication ou une paralysie étaient la cause de cette difficulté des mouvements. La sensibilité était intacte. L'intelligence seule semblait avoir souffert du développement de l'hydrocéphale, ainsi que certains organes des sens et surtout les organes de la vision.

Une chose importante dans cette observation, c'est le peu de gravité des lésions anatomiques primitives à l'hydrocéphalie. Rien d'apparent dans la substance cérébrale, et seulement quelques granulations graisseuses dans les parois ventriculaires. Il est évident qu'avec de pareilles altérations et la maladie réduite au seul épanchement de sérosité dans les ventricules, on pouvait entreprendre de la guérir. C'est en effet là un de ces cas où quand on est bien inspiré on peut faire la ponction du crâne, et tâcher par la compression de ses parois d'empêcher la reproduction de l'épanchement. C'est sans doute des exemples de ce genre qui ont fourni à M. Schoepf Merei les deux cas de guérison qu'il a obtenus sur les sept opérations pratiquées par lui à sept enfants affectés d'hydrocéphale.

Ce médecin fait avec le trocart une ou plusieurs ponctions à travers les sutures du crâne, qu'il entoure ensuite d'un bandage compressif. Evidemment la malade dont nous venons de rapporter l'observation pouvait être traitée de cette manière. Mais qui pouvait savoir d'avance l'état du cerveau? à l'aide de quels signes pouvait-on établir l'étendue de ses altérations intérieures? La science est muette sur ce point; d'où il résulte que, lorsqu'on s'aventure à faire de pareilles opérations, c'est au hasard qu'on se livre, et qu'on s'en remet à lui du soin de débarrasser à jamais les malades par une bonne guérison ou par une mort anticipée.

OBSERVATION D'OPÉRATION CÉSARIENNE.

Par M. Lebleu (de Dunkerque).

(Communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 16 août.)

La femme Charlotte Desmit, tailleuse, âgée de dix-sept ans, menstruée depuis un an, pâle et chétive, entre à l'hôpital de Dunkerque le 10 octobre 1844, à sept heures du soir. Elle porte les traces d'un rachitisme dont elle a été affectée dans son enfance. Sa taille est de 1 mètre 12 centimètres; elle n'a que 48 centimètres seulement de la symphyse pubienne à la plante des pieds; les tibias sont fortement arqués en avant et les fémurs en dehors. Elle est au terme de sa grossesse, en travail depuis trois heures du matin. L'orifice est dilaté d'environ 8 centimètres, les membranes entières. Le diamètre sacro-pubien a été jugé d'environ 45 millimètres par plusieurs de mes collègues et par moi-même, qui avions décidé depuis plusieurs mois la nécessité de l'opération césarienne.

Je la pratique immédiatement en présence de mes cinq collègues. Incision sur la ligne blanche d'environ 15 c., et comprenant successivement toutes les couches superposées jusqu'à l'utérus, l'utérus lui même et les membranes de l'œuf; extraction de l'enfant, puis du placenta; hernie des intestins bientôt réduite; trois points de suture entrecoupée, bandelettes agglutinatives, charpie, compresses, bandage de corps à extrémités digitées.

Le 11 au matin, pouls à 90; peu de lochies, point d'écoulement par la plaie. A midi, vomissements violents, douleurs abdominales; pouls à 130. — Saignée de 700 grammes; 40, puis 15 sangsues sur le ventre.

Le 12, amélioration. Pouls à 110, douleurs presque nulles, ventre plus affaissé; plusieurs heures de sommeil. — Deux anses d'intestin faisant hernie à travers la plaie sont réduites; les fils, qui n'ont évidemment servi qu'à augmenter l'inflammation, sont coupés et enlevés, et les lèvres de l'incision sont rapprochées par de larges bandelettes agglutinatives qui entourent les quatre cinquièmes antérieurs du corps.

Le 13, pouls à 100; nuit excellente; plus de douleur ni de vomissements, deux selles, lochies abondantes, plaie presque sèche.

Le 14, amélioration croissante. — Deux cuillerées de bouillon toutes les deux heures.

Les 15, 16 et 17, état très satisfaisant. — Alimentation de plus en plus grande.

Le 23, l'opérée se lève quelques heures dans un fauteuil. La plaie, dont la réunion s'opère du fond à la superficie, continue de n'être pansée qu'à l'aide des longues bandelettes agglutinatives.

Le 29, elle sort en bon état; la plaie est presque cicatrisée.

Quelques jours plus tard, je constate chez elle une guérison complète.

L'enfant, fortement et très régulièrement constitué, et qui prenait le sein d'une nourrice, était dans le meilleur état possible. Il a continué de vivre. A un an il était en santé et en forces au-dessus de la moyenne des enfants.

Cette même femme, qui, pendant les dix années écoulées entre cette opération et celle dont j'ai maintenant à parler, était venue de loin en loin me consulter pour tel ou tel petit dérangement de sa santé originairement délicate, mais jamais pour rien de relatif aux suites de son opération césarienne, vint, il y a six mois, me dire qu'elle se sentait enceinte de trois mois, et elle me pria instamment de la faire avorter, plusieurs personnes lui ayant dit que cela se pratiquait ainsi dans ces sortes de cas à Paris, où du reste elle était disposée à aller en cas de refus de ma part.

Je lui exprimai que je n'ignorais aucun des procédés, beaucoup plus faciles que l'opération césarienne, employés pour faire avorter des femmes; mais qu'indépendamment des inconvénients plus graves qu'on ne pense pour la femme elle-même ni moi ni personne au monde n'avions le droit de détruire son enfant, qui valait tout autant qu'elle, et que ce qu'il fallait faire c'était de subir une seconde opération césarienne. J'ajoutai que celle-ci offrirait plus de chances favorables encore que la première : d'abord parce qu'elle avait un peu plus de force et de santé qu'il y a dix ans, et ensuite parce que je pourrais lui épargner une partie de ses douleurs et du danger qu'elle courait tant à l'aide du chloroforme que par la suppression des sutures qu'elle avait apprécié, comme moi, ne lui avoir fait que du mal, et dont elle gardait un effrayant souvenir.

Elle sortit de mon cabinet peu convaincue. Six semaines après, elle revenait avec sa mère toute décidée, pourvue d'une nourrice pour l'enfant, que maintenant elle paraissait heureuse de porter.

Elle entre à l'hospice le 6 juillet 1854, à 9 heures du soir, étant dans les douleurs depuis cinq heures du matin, et ayant le col de la matrice dilaté d'environ 4 centimètres, sans rupture de la poche des eaux. A dix heures, entouré de cinq de mes confrères, je procédai de la manière suivante :

Cette femme était couchée sur un lit étroit, où j'avais placé par avance, à l'endroit qui correspondait à ses vertèbres lombaires et dernières dorsales, d'abord deux bandages de corps étroits à extrémités digitées, puis au-dessus d'eux deux bandes de sparadrap-diachylon sur toile grosse et neuve, fortement agglutinatif, de 10 centimètres de largeur, assez longues pour s'entre-croiser au-devant de la plaie et coupées chacune en trois divisions dans les trois quarts de leur étendue à partir de leurs extrémités; de copieux linges étant glissés à droite et à gauche pour préserver cet appareil et le lit lui-même sur lequel elle devait rester après l'opération, j'appliquai l'extrémité d'un ruban métrique à l'ombilic, et, le faisant dérouler jusqu'à la partie supérieure du pubis, je comptai 31 centimètres, le ventre figurant une énorme besace retombant sur les cuisses. Je ne suivis pas le précepte, qui se trouve en général sans grande précision dans les traités d'accouchements, d'inciser depuis 3 centimètres au-dessus du pubis jusqu'aux environs de l'ombilic, disent les uns; jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic, disent d'autres; jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic, dit Baudeloque : ce qui m'aurait mené à faire l'énorme, inutile et compromettante incision de 28 centimètres. Je mesurai et marquai à l'encre, le long de la ligne blanche, 13 centimètres seulement depuis 6 centimètres au-dessus du pubis, que j'incisai d'un seul trait de bistouri convexe, sans qu'elle ait pu jouir du bénéfice du chloroforme, qu'elle repoussa bientôt elle-même, la grande agitation la faisant mal respirer.

Le péritoine, adhérent par suite de la première opération, avait été compris dans l'incision des parois abdominales très amincies. J'incisai aussitôt la matrice dans la même étendue; deux gros jets de sang veineux sortirent de la partie la plus superficielle de cet organe incisé, et le placenta vint aussitôt faire hernie à travers la plaie. Je me hâtai de l'écarter (il prenait précisément sa racine, son centre, au milieu de mon incision, et je m'étais aperçu, en coupant cette portion de matrice, que le bistouri droit boutonné conduit par mon indicateur gauche trouvait là plus de résistance, plus d'épaisseur, une véritable hypertrophie). J'écartai pareillement un bras de l'enfant qui se présentait, et allai chercher les pieds, par lesquels je tirai facilement une forte fille, parfaitement construite, puis le placenta lui-même, hors de la matrice.

Pendant que nous la nettoyions pour procéder à l'application de l'appareil contentif, et que mon aide tenait bien réduites deux petites anses d'intestin qui avaient fait hernie, en pinçant de ses deux mains les deux lèvres de la plaie extérieure, cette femme, qui, il y a six mois, était venue me prier de la faire avorter, se soulevant vivement de son lit, songeant peu à elle, mais à la contrariété qu'elle avait vu que l'incision du placenta nous avait fait éprouver, s'écria avec une tendre énergie : *« Mais je n'entends pas crier mon enfant! »* En un instant, et avec la plus grande facilité, les extrémités digitées des bandes de diachylon appliquées d'abord immédiatement sur la peau, puis, en s'approchant de la plaie, sur deux fortes compresses graduées situées latéralement, furent entre-croisées au niveau de cette plaie, en laissant seulement un petit espace libre en bas. De la charpie, des compresses et les deux petits bandages unissants, médiocrement serrés, complétèrent l'appareil. Je fis placer un coussin sous ses omoplates et un autre sous son sacrum, dans la vue encore de favoriser l'action du bandage.

L'opération a été plus facile, plus courte et beaucoup moins douloureuse que celle qu'elle avait subie il y a dix ans.

L'opérée dit souffrir très peu; elle vient de perdre abondamment par le vagin. Nous la quittons à dix heures et demie du soir.

Le 7 au matin, la nuit s'est passée sans sommeil, mais sans agitation; peu de fièvre (90 pulsations), très peu de douleurs; écoulement peu abondant par la plaie, assez copieux, mais non hémorrhagique, par le vagin. Toute la journée se passe avec calme et quelques heures de sommeil, sans augmentation de fièvre. Aucune douleur de ventre, aucun phénomène précurseur de l'entéro-péritonite que la première fois j'avais eu à combattre dans les premières vingt-quatre heures. Elle urine naturellement, boit abondamment et avec plaisir, et réclame du bouillon que je remets au lendemain. Elle ne s'est plainte en aucun moment, ni en aucune manière, du bandage, auquel nous n'eûmes pas à toucher.

Le 8, à six heures du matin, on m'envoie chercher; elle a perdu abondamment par la plaie et par le vagin, quoique toujours sans douleurs; le pouls est à peine sensible, l'agitation extrême. Nous enlevons avec précaution les bandages et emplâtres, et trouvons la moitié supérieure de la plaie déjà réunie et tous les viscères exactement contenus; mais en entr'ouvrant la moitié inférieure de la plaie, nous voyons sortir au dehors un fort jet de sang veineux. Nous reconnaissons là le retour de l'hémorrhagie du parenchyme utérin vue au moment de l'opération. Nous nous hâtons de remettre l'appareil, en comprimant fortement à l'intérieur par des bourdonnets de charpie; 50 centigrammes d'ergotine, toute compression d'aorte étant impossible. Elle meurt vers midi.

L'autopsie, faite quatre heures après la mort avec un de mes collègues, nous fait voir une matrice grosse comme un œuf d'autruche et presque remplie de caillots de sang, son épaisseur, d'un centimètre seulement vers sa partie inférieure, a un peu plus de trois centimètres à l'endroit de l'incision, dont la longueur est réduite de plus de moitié. Ses deux lèvres sont renversées en dehors, et l'on voit à leur surface, vers le milieu de leur épaisseur, les deux fatales ouvertures de veines variqueuses recouvertes chacune d'un petit caillot noir à l'endroit le plus hypertrophié de la matrice, et auquel avait correspondu en dedans le centre du placenta.

Le diamètre sacro-pubien n'a très exactement que 4 centimètres, y compris l'épaisseur des parties molles, c'est-à-dire un peu moins que nous ne l'avions jugé il y a dix ans et il y a quelques mois. Cette dimension antéro-postérieure augmente très légèrement en se dirigeant vers la cavité cotyloïde droite, mais diminue au contraire si on se dirige vers la gauche.

Les autres organes, et notamment le péritoine et les intestins, sont sains; seulement une anse du côlon est, par une forte bride, adhérente au péritoine à 2 centimètres de la ligne blanche du côté gauche.

Après avoir fait suivre cette observation de réflexions très développées dans lesquelles il examine la question d'abord sous le point de vue purement médical, puis sous le point de vue de la philosophie, de la religion et du droit, M. Lebleu termine et résume sa communication par les conclusions suivantes :

1° L'opération césarienne peut être simplifiée et rendue moins grave par une incision plus exactement fixée, réduite à 13 centimètres, et surtout par la substitution à la gastroraphie d'un appareil simple, facile et sûr dont la possibilité avait depuis longtemps été entrevue, mais qui n'avait jamais jusqu'ici été précisé, ni formulé, ni pratiqué; cet appareil est également applicable aux cas de gastrotomie pour extraire l'enfant après une rupture de matrice ou à l'occasion d'une grossesse extra-utérine, comme aussi à toutes les éventrations accidentelles.

2° Faite de la sorte et dans les conditions voulues exposées plus haut; participant, comme toutes les opérations, aux progrès chirurgicaux et à la précision de plus en plus grande de nos procédés opératoires rendus plus sûrs par une étude et une appréciation approfondies des causes qui l'ont fait échouer; secondée et adoucie qu'elle peut être maintenant par le chloroforme, cette opération devrait être moins redoutée, moins tardivement et moins rarement pratiquée; et ainsi réhabilitée, elle donnera des résultats non pas rétrogrades, comme l'insinuaient certaines statistiques, mais au contraire de plus en plus satisfaisants et d'autant plus heureux que, dans la plupart des cas, on n'a pour élever sous ces ruines que des procédés destructeurs de l'enfant et dangereux pour la mère.

3° L'accouchement prématuré artificiel, qui ne peut être tenté que dans les limites étroites de 67 millimètres à 9 centimètres, tout en étant une doctrine acceptable à tous égards, ne paraît pas donner des résultats équivalents à ceux de l'opération césarienne.

4° L'opération césarienne, faite dans ces mêmes conditions voulues, et autant que possible sans manœuvres préalables compromettantes, doit être toujours préférée à la céphalotomie sur l'enfant vivant.

5° L'avortement provoqué, dans la prévision d'un accouchement naturel impossible par étroitesse du bassin, ne doit jamais être conseillé ni pratiqué.

La pratique claire et consolante exprimée par ces conclusions aura l'avantage, en même temps qu'elle donnera des résultats utiles à l'humanité, de rester en parfaite concordance avec le grand principe qui régit toutes les consciences, et notre médecine nationale, fière à bon droit de ses perfectionnements et progrès, tournés uniquement aux procédés qui conservent et adoucissent la vie, et fermement retranchée dans les principes séculaires qui font son autorité et sa gloire, aura su se maintenir dans la haute position de régulatrice plutôt qu'imitatrice des aventureuses innovations du dehors.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 août 1854. — Présidence de M. REGNAULT.

Paléontologie humaine. — M. Serres présente la photographie d'un crâne celte trouvé par M. Dumas à Bellevue, près Meudon, et qui fait actuellement partie de la galerie d'anthropologie du Muséum d'histoire naturelle. M. Serres fait remarquer avec quelle précision le procédé de photographie imaginé par M. Rousseau reproduit les plus minutieux détails et les nuances les plus délicates des contours et des lignes de la tête humaine. Ce procédé si précieux pour la représentation des crânes humains que l'on rencontre dans les monuments celtiques, M. Serres se propose de l'appliquer pour ceux qu'il a recueillis récemment dans l'intérieur d'un monument de ce genre situé dans la forêt de l'Ile-Adam, dans un champ nouvellement défriché, au voisinage de l'ancienne abbaye du Val.

La note que M. Serres communique à ce sujet renferme des particularités intéressantes au point de vue archéologique sur ce monument, qu'il rapporte aux monuments désignés en archéologie sous le nom de *galerie*, et qu'il présume être une galerie de sépulture de la tribu ou du clan des *Sylvanectes*.

Quant aux ossements eux-mêmes, M. Serres se propose de les faire connaître à l'Académie dans une nouvelle communication, dans laquelle il présentera les photographies des crânes, qui doivent être exécutées par M. Rousseau.

Dès à présent, il se borne à dire que ces crânes offrent diverses variétés de types qui n'ont pas été signalées dans les fouilles des monuments celtes.

Il existe entre autres un crâne qui, par la configuration de la face, se rapproche beaucoup du type mongol, et paraît intermédiaire entre le type gaël et le type kimry.

Le type gaël offre, sur certains crânes, une perfection remarquable.

Substances alimentaires. — M. Payen offre à l'Académie une seconde édition de son ouvrage sur les *Substances alimentaires*. Parmi les additions qu'il a faites à cet ouvrage, il signale les données nouvelles résultant des analyses effectuées avec M. Wood de plusieurs poissons comestibles.

Les analyses de MM. Payen et Wood ont eu principalement pour but de déterminer la matière grasse qui devait caractériser certains poissons, et jouer un rôle important dans l'alimentation des hommes. Elles ont prouvé que c'était une des substances dont les proportions offrent, entre les différents poissons de mer et d'eau douce, les différences les plus considérables.

On se fera une idée des différences qui existent sous ce rapport par le tableau suivant, où les poissons sont rangés suivant l'ordre décroissant des matières grasses contenues dans 100 parties.

Anguille.	62,92	Ablette.	3,00
Hareng.	34,35	Merlan.	2,83
Congre.	24,99	Brochet.	2,67
Hareng salé. . . .	24,90	Barbillon.	1,99
Maquereau. . . .	21,30	Raie.	1,92
Saumon.	20,10	Sole.	1,79
Limande.	10,00	Morue.	1,14
Carpe.	4,74	Morue salée. . . .	0,72

La consistance des matières grasses diffère beaucoup aussi; les plus fluides se trouvent parmi les plus abondantes, tandis que les plus consistantes sont les moins abondantes dans la chair des poissons auxquels elles appartiennent.

Voici le tableau synoptique résumant ces caractères :

Ordre de fluidité des huiles extraites de la chair de différents poissons indiqué en commençant par les fluides.

Huiles. — 1° D'anguille de rivière; 2° de hareng; 3° d'ablette; 4° de maquereau; 5° de congre; 6° de saumon; 7° de goujon.

Matières grasses demi-fluides. — 1° De brochet; 2° de carpe; 3° de limande.

Matières grasses consistantes. — De morue, de merlan, de sole, de raie, de barbillon.

Afin de rechercher d'abord s'il existait quelques différences notables dans la composition chimique des tissus, les auteurs ont soumis à l'analyse la chair privée de graisse et desséchée de quatre des poissons qui varient le plus à cet égard; les principales différences se sont manifestées dans le dosage du carbone. Elles sont indiquées dans le tableau ci-joint :

	ANGUILLE.	MAQUEREAU.	SOLE.	BARBILLON.
Carbone......	52,899 = (0,5608)	51,515 = (0,5488)	48,795 = (0,5369)	45,927 = (0,5044)
Hydrogène...	7,474	6,902	6,581	6,800
Azote..........	14,644	15,836	15,460	15,535
Oxygène......	19,296	19,608	20,032	22,783
Cendres........	5,687	6,139	9,132	8,955

En voyant la grande variété de composition que présentent les différents poissons, on comprendra mieux sans doute les effets spéciaux produits chez quelques personnes qui éprouvent des dérangements sérieux lorsqu'elles introduisent certains poissons dans leurs aliments, tandis que plusieurs autres poissons ne leur occasionnent aucun embarras gastrique.

On admettra probablement qu'entre des poissons, comme la sole ou le barbillon, qui renferment à l'état normal moins de 2 1/2 millièmes de graisse consistante, et l'anguille, qui contient 232 millièmes ou 100 fois plus d'une substance grasse huileuse, la différence d'action sur les organes de la digestion puisse être considérable aussi.

Des divers phénomènes désignés sous les noms de la baguette divinatoire, du pendule explorateur et des tables tournantes.—M. Chevreul fait hommage à l'Académie d'un ouvrage intitulé *De la baguette divinatoire, du pendule explorateur et des tables tournantes au point de vue de l'histoire, de la critique et de la méthode expérimentale.*

M. Chevreul s'est proposé de montrer dans cet ouvrage que l'explication qu'il publia en 1833 des mouvements du pendule dit explorateur s'applique au mouvement des tables tournantes et à la baguette divinatoire, en tant qu'elles sont mises en mouvement par des gens de bonne foi. Il ramène l'explication de ces phénomènes « au développe-

» ment qui se fait en nous d'une action musculaire qui n'est pas le » produit d'une volonté, mais le résultat d'une pensée qui se porte sur » un phénomène du monde extérieur, sans préoccupation de l'action » musculaire indispensable à la manifestation du phénomène. »

Il montre par l'examen critique des principaux ouvrages concernant la baguette divinatoire que de 1689 à 1702 la baguette divinatoire donna lieu aux mêmes illusions que les tables tournantes.

Enfin, il montre l'influence que le principe du pendule explorateur peut exercer dans les expériences scientifiques auxquelles nos organes prennent part, et son intervention dans un grand nombre d'actes de notre vie.

En définitive, M. Chevreul montre qu'il n'y a rien de surnaturel dans es phénomènes qu'il a étudiés.

Histoire chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Vaisse, Hauterive et Saint-Yorre. — M. Bouquet lit sous ce titre un mémoire qu'il résume dans un grand nombre de conclusions, dont nous extrayons celles qui ont plus particulièrement trait aux applications médicales:

...Il résulte des expériences que nous avons faites sur les eaux de Vichy qu'elles contiennent les acides carbonique, sulfurique, phosphorique, arsénique, borique, chlorhydrique et, dans quelques cas particuliers, sulfhydrique; elles renferment encore de la silice, du protoxyde de fer, du protoxyde de manganèse, de la chaux, de la strontiane, de la magnésie, de la potasse, de la soude et une matière organique bitumineuse; nous n'y avons pas trouvé le fluor, l'iode, le brome, la lithine et l'alumine.

Les quantités pondérables de quelques-uns de ces principes, tels que la soude et les acides sulfurique et chlorhydrique, identiques dans plusieurs cas, sont toujours très rapprochées les unes des autres; celles des autres substances sont au contraire assez variables. Les variations de l'acide carbonique paraissent être proportionnelles à la température des eaux; celles des autres principes sont sans aucun doute accidentelles et dépendantes des propriétés incrustantes ou dissolvantes de ces eaux minérales.

Bien que peu élevée, la proportion de l'acide arsénique existant dans les eaux de Vichy n'est cependant pas à néglige; elle est égale à 0,001 gr. par litre pour les eaux non ferrugineuses, et à 0,002 gr. pour celles qui admettent dans leur composition des quantités un peu notables de protoxyde de fer.

Les eaux minérales de Vichy sont susceptibles d'éprouver deux genres d'altération: l'altération par perte d'acide carbonique, déterminant la précipitation d'une partie de la silice, celle des carbonates neutres de chaux, de magnésie, de strontiane, de manganèse et peut-être de protoxyde de fer, entraînant avec eux des traces de sulfates et de phosphates; l'altération par oxydation, sous l'influence de laquelle une partie de l'arsenic et du principe ferrugineux se sépare de l'eau minérale, à l'état d'arséniate hydraté tribasique de sesquioxyde de fer.

La composition des eaux de Vichy n'a pas éprouvé de variations bien sensibles depuis un tiers de siècle; d'où il est permis de conclure à la permanence relative de leur constitution chimique.

Classées suivant leur richesse en principes salins, les eaux minérales du bassin de Vichy peuvent être divisées en trois groupes:

Le premier, formé des eaux les plus minéralisées, réunit celles de la Grande-Grille, du puits Chomel, du puits Carré, des sources Lucas, de l'Hôpital, des Célestins, des puits forés Brosson, de l'enclos des Célestins et de l'abattoir à Cusset.

Le second comprend les eaux de Saint-Yorre, d'Hauterive, de Sainte-Marie, du puits Elisabeth et de la nouvelle source des Célestins.

Le troisième est formé seulement des deux puits de Vaisse et de Mesdames.

Quelques auteurs ont cherché à expliquer les énergiques propriétés médicatrices des eaux de Vichy par les réactions chimiques qu'elles sont susceptibles de produire dans l'économie, et par suite ont à peu près exclusivement rapporté leur action thérapeutique au sel prédominant en quantité pondérable, c'est-à-dire au bicarbonate de soude. L'exactitude de cette manière de voir est loin d'être démontrée; car, outre le bicarbonate de soude, ces eaux renferment plusieurs autres sels, notamment les arséniates, qui doivent nécessairement participer à la médication par les eaux de Vichy; de plus, comme il est impossible de prévoir et de suivre avec quelque certitude les réactions complexes qui peuvent prendre naissance sous les influences multiples de l'organisme, nous croyons que dans l'étude des effets thérapeutiques de ces eaux il est encore préférable de s'en tenir à l'observation médicale pratique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 août 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

CORRESPONDANCE.

M. Chassaignac adresse à la Société la lettre suivante, pour réclamer l'idée d'un mode opératoire mis en usage par M. Maisonneuve dans un cas dont ce chirurgien a récemment entretenu la Société:

« Monsieur le président,

» Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Maisonneuve, en présentant une malade chez laquelle il avait eu recours à la fragmentation préalable d'une tumeur du col difficile à extraire, a revendiqué l'idée de ce mode opératoire.

» Je dois faire remarquer à la Société que le principe de la fragmentation des tumeurs fibreuses pour en faciliter l'extraction a été formulé et appliqué il y a plus de vingt ans à l'occasion d'une tumeur fibreuse de l'utérus dont l'ablation offrait des difficultés insurmontables.

» Tous les auteurs qui ont écrit en France des traités de médecine opératoire sont unanimes pour reconnaître que l'idée de cette innovation m'appartient.

» Je ne puis donc laisser passer sans réponse les assertions de M. Maisonneuve.

» Non-seulement le principe de la méthode ne lui appartient pas, mais son application a eu lieu d'abord entre les mains de M. Velpeau, puis de plusieurs membres de cette Société. Parmi eux je citerai M. Huguier et M. Danyau, qui en a fait un remarquable et heureux emploi dans un cas de dystocie par tumeur fibreuse.

» C'est un fait depuis longtemps acquis à la pratique générale, mais dont il me paraît légitime de rappeler l'origine.

» Ci-joint les citations à l'appui:

» *Comptes rendus des travaux de la Société anatomique pour l'année* 1833, p. 24, § 2;

» Pauly, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 504;

» Malgaigne, *Médecine opératoire*. Paris, 1843, p. 732;

» Sédillot, *Médecine opératoire*. Paris, 1846, p. 887;

» Velpeau, *Médecine opératoire*. Paris, 1839, p. 398.

» Agréez, etc. E. CHASSAIGNAC. »

M. MARJOLIN fait remarquer que dès 1834 Blandin s'était servi, pour enlever une tumeur fibreuse de l'utérus, d'un procédé de fragmentation analogue à celui dont M. Chassaignac réclame aujourd'hui la priorité.

M. CHASSAIGNAC répond que ses titres de priorité sont antérieurs à l'opération de Blandin, car ils se trouvent mentionnés dans les comptes rendus des travaux de la Société anatomique pour 1833.

M. LARREY. On pourrait sans doute donner une date plus éloignée à l'origine de ce procédé opératoire, mais il faut, pour établir la priorité, la garantie d'une publicité que l'on trouve seulement dans les renseignements fournis par M. Chassaignac.

— MM. Ph. Boyer, Plouviez et Didot (de Liége) écrivent pour remercier la Société, qui leur a accordé les titres de membre honoraire et de membres correspondants.

— M. Nélaton adresse à la Société une lettre pour demander à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. Ce chirurgien se trouvant dans les conditions exigées par le règlement pour cet échange, la Société accorde à M. Nélaton le titre de membre honoraire.

Élection. — La Société procède ensuite à la nomination d'un membre titulaire. Les candidats présentés à la Société par ordre alphabétique sont MM. Blot, Fano et Adolphe Richard. 27 membres présents à la séance prennent part au vote. Un premier tour de scrutin donne à:

MM. A. Richard	12 voix	
Blot	10	—
Fano	3	—
Billets blancs	2	

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, on procède à un second tour de scrutin. Ont obtenu:

MM. A. Richard	15 voix	
Blot	11	—
Billet blanc	1	

M. Richard, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

LECTURES.

M. Demarquay lit une *Note relative à quelques corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et ayant amené des accidents sérieux*. — Depuis le commencement de cette année, j'ai, dit-il, eu occasion d'observer un certain nombre de personnes qui avaient avalé des corps étrangers ayant donné lieu à des accidents sérieux. Parmi ces corps étrangers, quelques-uns furent conduits dans l'estomac et rendus sans accident. Je signalerai en particulier une grande épingle recourbée dont se servent les femmes pour leur coiffure, qui fut avalée par une jeune fille de deux ans et demi, et rendue au bout de deux jours sans aucun accident. Je signalerai encore un morceau de gigot avalé un peu gloutonnement par une vieille femme qui avait été invitée à une table meilleure que la sienne. Lorsque je fus appelé près de cette pauvre femme, la mort par asphyxie était imminente; sa face était violacée; elle était étendue étouffant sur un fauteuil. Je pus, grâce à une haleine surmontée d'une éponge, précipiter le bol alimentaire dans l'estomac, et à l'instant même tous les accidents cessèrent. Ce corps étranger était arrêté à la partie inférieure du pharynx. On comprend facilement l'obstacle qu'il devait apporter à la respiration.

Parmi les autres corps étrangers qu'il m'a été donné d'observer, je citerai encore des arêtes de poisson, dont l'extraction offrit quelque difficulté. Une d'elles a occasionné chez une jeune demoiselle, dans le pharynx de laquelle elle s'était arrêtée, un phénomène assez curieux. Ce corps étranger était fixé dans le pharynx depuis deux jours; on le sentait avec le doigt sur la partie latérale droite de cet organe. Après quelques tentatives infructueuses je pus l'extraire. Tout alla bien d'abord; mais au bout de deux ou trois heures je fus rappelé en toute hâte pour examiner ma jeune malade, qui accusait une petite tuméfaction du cou et de la joue du côté droit. Il me fut facile de constater la présence d'un emphysème, peu grave à la vérité, puisqu'il disparut en quarante-huit heures. Ainsi, dans ce cas, la petite perforation de la partie supérieure du tube digestif déterminée par la présence d'une arête suffit pour amener un emphysème.

Mais, les faits les plus importants qu'il m'a été donné d'observer sont relatifs à deux pièces de monnaie arrêtées dans l'œsophage. L'une amena la mort du malade par suite de la perforation de cette partie du tube digestif; et l'autre nécessita l'œsophagotomie. Ce ne sont pas là d'ailleurs les seuls cas où des corps étrangers imprudemment avalés ont amené des accidents graves et même la mort. J'ai déjà pu recueillir dans les auteurs classiques et dans les journaux de médecine un bon nombre d'observations qui viennent à l'appui de cette assertion.

Observation d'un sou arrêté à la partie supérieure de l'œsophage, ayant amené la perforation de cet organe, un abcès rétro-pharyngien, et finalement une perforation de la plèvre droite, et enfin la mort.

(Observation recueillie par M. CREQUI, interne du service.)

Le 27 juin au matin, M. le docteur Tassy me fait prier de me rendre auprès d'un de ses petits clients, garçon âgé de cinq ans, bien constitué. La veille, cet enfant s'amusait à jouer avec un sou, qu'il jetait en l'air et qu'il cherchait à recevoir avec la bouche. Il le reçut si bien que cette pièce de monnaie passa dans le pharynx et s'arrêta à la partie supérieure de l'œsophage. L'enfant éprouva peu de chose au moment de l'accident. Un médecin appelé peu de temps après lui fit prendre un peu d'émétique; l'enfant vomit, mais il accusa dès ce moment une douleur vive vers la partie moyenne du cou, de l'oppression et une impossibilité d'avaler.

Je vis l'enfant le 27 avec le docteur Tassy. Je pratiquai le cathétérisme avec l'instrument de Graefe. Mon instrument parcourut avec facilité tout l'œsophage, sauf un point, la partie supérieure de cet organe, où je crus éprouver une résistance métallique. Je retirai mon instrument avec assez de facilité; j'éprouvai néanmoins une certaine résistance à la partie supérieure de l'œsophage. Je réintroduisis à plusieurs reprises l'instrument de Graefe, et je pus parcourir toute l'étendue du tube œsophagien. Après cette exploration, qui n'avait rien amené, l'enfant, qui ne pouvait plus rien avaler, but coup sur coup plusieurs verres d'eau sucrée, éprouva beaucoup de bien-être et reprit toute sa gaieté. Dans la même journée du 27, quatre ou cinq heures après cette exploration, l'enfant se plaignit d'une douleur vive à la partie moyenne et latérale droite du cou, se mit à pleurer, et bientôt les parents s'aperçurent que le cou et la tête se tuméfiaient. M. Tassy constata cette tuméfaction énorme du cou et de la face, ainsi que l'anxiété de l'enfant. Il reconnut de plus qu'un emphysème s'était produit, et qu'il s'étendait à toute la partie supérieure du corps.

Le 28 au matin, je trouvai l'enfant avec la fièvre; l'emphysème persistait, mais à un moins grand degré. La déglutition se fait avec assez de facilité.

Le 29, l'enfant entre à la Maison municipale de santé, service de M. Monod. Voici l'état dans lequel nous le trouvons à la visite du matin:

L'enfant est couché sur le dos; les joues, les parties latérales et antérieures du cou et les régions sous-claviculaires sont gonflées, principalement du côté droit. La peau dans ces parties n'a pas sensiblement changé de couleur. La pression avec la main sur ces régions détermine une crépitation fine, emphysémateuse, plus marquée à droite qu'à gauche. La déglutition devient très gênée pour les liquides, impossible pour les solides. Les boissons sont assez souvent rejetées avec une quantité assez notable de salive.

La respiration est gênée, et pendant les mouvements respiratoires on entend un bruit de glou-glou paraissant se passer dans la région du cou. Le soir, la fièvre augmente, et l'anxiété devient plus grande que le matin.

Du 1er au 3 juillet, le petit malade reste dans le même état. L'emphysème diminue, mais la tuméfaction latérale droite du cou augmente. La fièvre persiste.

Le 3, il reste encore, au matin, un peu d'emphysème; l'enfant avale les liquides avec plus de facilité; mais lorsqu'il a pris trois ou quatre cuillerées de tisane, il éprouve toujours le même gargouillement au fond de la gorge.

Mais vers midi l'enfant est plus agité; le pouls devient petit et augmente de fréquence L'enfant parle avec plus de difficulté; il accuse une grande douleur dans la région épigastrique; la respiration devient fréquente; les extrémités se refroidissent; le pouls disparaît; les veines de la partie supérieure de la poitrine, du cou et de la face deviennent bleuâtres, et l'enfant expire.

Autopsie. — Après avoir fait une incision sur la partie médiane du cou, et avoir divisé le sternum suivant sa longueur, on pénètre dans le médiastin antérieur. Le tissu cellulaire qui remplit les médiastins antérieur et postérieur est infiltré de pus et d'air; le péricarde contient un peu de sérosité et quelques filaments qui réunissent le cœur à la paroi interne du péricarde. La cavité abdominale ne présente rien de particulier, seulement le diaphragme, à droite et à gauche, présente une dépression notable, tenant à l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans les deux plèvres.

La trachée, ouverte dans toute sa longueur, présente quelques traces d'inflammation; mais on ne trouve aucune perforation. Toute la paroi antérieure de l'œsophage étant incisée, on constate sur la partie postérieure de ce conduit une ouverture longue d'environ un centimètre et demi, siégeant à l'union de l'œsophage avec le pharynx et un peu à droite de la ligne médiane, à une très petite distance de la glotte. Cette ouverture communique avec un abcès rétro-pharyngien dont les parois sont enduites d'un pus jaune grisâtre. Ce foyer purulent s'étend depuis l'apophyse basilaire jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale. Le pharynx et l'œsophage sont complètement décollés; dans toute l'étendue, il ne reste plus de traces du tissu cellulaire sain. La carotide, les jugulaires internes et les pneumogastriques sont dénudés par le pus. A la partie inférieure et latérale droite du foyer purulent, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, on aperçoit le sou couché obliquement sur le corps de la vertèbre et pénétrant en partie dans la plèvre droite par une perforation du feuillet droit du médiastin postérieur. Dans les derniers moments de la vie, une grande quantité de boissons pénétrait par l'orifice supérieur de l'œsophage et tombait dans la cavité pleurale droite par l'orifice qui avait été déterminé par le sou. Une autre partie tombait dans la cavité pleurale par suite de la perforation également récente du feuillet postérieur gauche du médiastin postérieur; cette dernière perforation a été amenée par le travail inflammatoire qui s'accomplissait dans le médiastin postérieur et par l'accumulation d'une certaine quantité de boissons et de pus qui s'étaient accumulés dans ce point. Le liquide trouvé dans les plèvres était un mélange de pus, de sérosité et des liquides qui avaient été avalés en dernier lieu. Nous avons retrouvé une certaine quantité de caséum dû à un peu de lait avalé par l'enfant peu d'instants avant sa mort.

(*La fin au prochain numéro.*)

Le choléra, qui semblait avoir entièrement quitté l'asyle de Saint-Dizier, y a fait une dernière victime en la personne de M. Mérier, père de notre excellent confrère le docteur Mérier, directeur de l'asyle.

Etude pratique, rétrospective et comparée sur le traitement des épidémies au 18e siècle. — Appréciation des travaux et éloge de Lepecq de la Cloture, médecin épidémiographe de la Normandie, par le docteur MAX SIMON. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de Rouen. — Paris, 1854. 1 vol. in-8° de 332 pages, avec le portrait de Lepecq de la Cloture. Prix: 5 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

N° 100. — JEUDI 24 AOUT 1854. (27e ANNÉE.) N° 100. — JEUDI 24 AOUT 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

Paris, le 23 aout 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance de l'Académie de médecine a été hier, comme il y a huit jours, calme et bien remplie. On y a entendu la suite du rapport de M. Bouchardat qui avait occupé déjà une grande partie de la séance précédente. Ce rapport a pour objet un mémoire d'un de nos plus savants et plus laborieux pharmaciens des hôpitaux, M. Quevenne, sur les préparations de fer en général, et en particulier sur le fer réduit par l'hydrogène. M. le rapporteur a, suivant sa louable habitude, répété toutes les expériences, vérifié et contrôlé tous les résultats indiqués dans le mémoire. Mémoire et rapport sont également dignes d'éloges. Aussi l'Académie a-t-elle adopté sans discussion les conclusions proposées par M. Bouchardat, et qui consistent à demander qu'il soit fait à la préparation du fer réduit par l'hydrogène application du bénéfice du décret du 3 mai 1850 ; ce vote ne fera, du reste, que sanctionner et régulariser un fait déjà accompli.

A la suite de ce vote, M. Hutin est venu remettre en question un point de chirurgie que l'on pouvait croire résolu par les recherches faites il y a un grand nombre d'années par l'un de ses plus célèbres prédécesseurs, Ribes. Tout en reconnaissant avec Ribes et avec la généralité des chirurgiens de nos jours que les fractures par armes à feu de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe sont dangereuses, M. Hutin est parvenu, par des recherches que sa position à la tête du service chirurgical des Invalides l'a mis à même de faire, à démontrer que ces fractures ne sont pas nécessairement mortelles quand on ne sacrifie pas immédiatement le membre, ainsi qu'on l'avait avancé. La statistique, dont on trouvera le résultat sommaire au compte rendu de la séance, est destinée à prouver l'exactitude de la théorie de M. Hutin.

La séance a été close par une lecture de M. Heurteloup, qui n'a pas été terminée, et dont nous ne pouvons par conséquent rien dire aujourd'hui. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. Dubois.

De la faiblesse et de l'affaiblissement des douleurs dans le travail de l'accouchement. — Indications du seigle ergoté.

La conduite à tenir dans le cas d'affaiblissement des organes dans le travail de l'accouchement n'est généralement pas parfaitement comprise, parce que la question en elle-même est mal appréciée.

Il suffit que les douleurs soient affaiblies pour que l'on recoure banalement à l'emploi du seigle ergoté.

Si le seigle ergoté était une substance que l'on pût administrer sans danger et sans inconvénients sérieux, il n'y aurait pas lieu de s'en préoccuper; il serait fort peu important qu'on en donnât sans utilité. Mais il s'en faut que le seigle ergoté soit un agent innocent; on sait que son emploi fait courir les plus grands dangers, non pas à la mère, mais à l'enfant, dont il menace directement la vie.

Cette substance a pour effet de produire une contraction tétanique continue de l'utérus. Dans cet état, il n'y a pas d'intermittence réelle des douleurs; il y a seulement des exacerbations douloureuses qui font croire à un moment de repos; mais si dans ces intermittences apparentes, c'est-à-dire dans les intervalles qui séparent les exacerbations douloureuses accusées par la plupart des femmes, vous appliquez la main sur l'utérus, vous vous convaincrez aisément que les contractions sont, en réalité, permanentes. La théorie indique assez *à priori* qu'avec une pareille continuité dans les contractions de l'utérus la circulation du fœtus doit être gênée et ralentie. Ce que la théorie indique, l'expérience le démontre en effet. Si l'on appuie le stéthoscope sur le globe utérin dans ces circonstances, on s'assure que le bruit de souffle utéro-placentaire est diminué, qu'il s'affaiblit graduellement et finit par cesser complétement de se faire entendre. Le sang est arrêté; il n'afflue plus dans l'utérus; de là un danger imminent pour la vie du fœtus. Il n'est pas douteux que le seigle ergoté ait produit dans ce cas la mort d'un grand nombre de fœtus. C'est au point que l'autorité s'en est émue, et que sur sa demande l'Académie de médecine a fait examiner cette question par une commission dont le rapporteur, M. Danyau, a démontré par des faits irrécusables le danger de l'administration intempestive du seigle ergoté pour la vie des enfants.

Il y a à considérer dans les contractions utérines deux états distincts : les contractions *faibles* et les contractions *affaiblies*. J'appelle contractions faibles celles qui sont insuffisantes dès le commencement du travail; contractions affaiblies, celles qui, s'étant manifestées d'abord avec leur énergie normale, ont perdu cette énergie pendant la durée du travail.

1° *Contractions faibles dès le principe et restées faibles.* — La faiblesse des contractions peut dépendre de plusieurs conditions fort différentes.

Il est une première cause très simple et très naturelle de la faiblesse des contractions, c'est l'insuffisance de l'incitation nerveuse qui les produit. On en voit très fréquemment des exemples. Il n'est pas rare de voir dans les salles d'accouchements des femmes qui pendant une journée entière, quelquefois davantage, n'éprouvent que des douleurs faibles, insuffisantes pour faire marcher le travail, et qui restent en quelque sorte stationnaires.

Dans d'autres cas, la faiblesse des contractions résulte d'une distension considérable de l'utérus.

Il est enfin une autre cause qui empêche les contractions de se produire avec l'énergie nécessaire; c'est l'état valétudinaire des femmes, une santé plus ou moins délabrée, une maladie actuelle qui déprime leurs forces. Mais cette influence du mauvais état de santé de la mère sur les contractions de l'utérus n'est ni aussi commune ni aussi générale qu'on pourrait être porté à le supposer. Il est assez commun de voir des femmes affaiblies par la maladie, et chez qui les contractions utérines n'en ont pas moins lieu avec énergie.

On a attribué aussi la faiblesse des contractions à l'influence d'une température élevée. On a pensé qu'une température extrême devait jeter tous les muscles dans le relâchement, et affaiblir aussi par conséquent la contractilité utérine. J'ai cherché à évaluer la moyenne de la durée du travail dans les températures extrêmes, et je n'ai constaté aucune différence sensible.

Que convient-il de faire dans chacune de ces circonstances? Dans le premier cas, il n'y a rien à faire ; on ne nous voit jamais ici recourir à aucun moyen pour combattre cette faiblesse naturelle des contractions. Il y a deux raisons pour ne point agir. La première, c'est que cet état n'a en soi aucun inconvénient sérieux; il ne fait courir aucun danger ni à la mère, ni à l'enfant. La deuxième, c'est que le seul moyen qui pourrait activer les contractions en pareil cas, le seigle ergoté, aurait ici de sérieux inconvénients ; l'emploi de cet agent dans cette circonstance serait d'autant plus dangereux que l'on se trouve à une époque plus rapprochée du début du travail, à une époque où le col n'est encore ni dilaté ni dilatable, et où les membranes sont encore intactes.

Dans le cas de faiblesse des contractions par suite de la distension trop considérable de l'utérus, y a-t-il lieu de recourir à l'usage du seigle ergoté? Non. Il y a un autre remède dans ce cas. Il consiste à désemplir l'utérus et à lui redonner ses dimensions naturelles. Si la dilatation est suffisante, on rompt les membranes, l'utérus en partie vidé se rétracte aussitôt; il se fait alors un intervalle de repos; puis, au bout de quelques instants, les contractions s'établissent et reprennent leur énergie naturelle. Il a suffi pour cela de replacer l'utérus dans ses conditions normales.

On comprend que lorsque la faiblesse des contractions dépend d'un état morbide, ce n'est pas encore le cas de donner le seigle ergoté. Les stimulants sont alors mieux indiqués et suffisent ordinairement, en relevant les forces générales, pour réveiller les contractions.

Je passe à une autre série de faits, à ceux que j'ai classés sous le titre d'*affaiblissement*, de *contractions affaiblies*.

Parmi les causes de l'affaiblissement des contractions utérines, on a signalé la préoccupation. Il est, en effet, des femmes chez lesquelles la préoccupation causée par la présence dans leur chambre d'une personne étrangère, par exemple, suffit pour arrêter ou affaiblir les contractions. Les exemples de ce genre de préoccupation sont assez communs ici, où la présence d'un grand nombre d'élèves auprès d'une femme en travail, la crainte où elles sont d'être obligées de subir une opération, enrayent souvent les douleurs. Il a fallu quelquefois prier les assistants de s'éloigner un instant pour voir reprendre les contractions.

Il est encore une autre cause signalée par tous les accoucheurs, c'est un état pléthorique général ou local. Il suffit presque toujours dans ce cas de pratiquer une saignée pour voir cesser cet obstacle au progrès du travail.

Les contractions utérines peuvent s'affaiblir encore par la fatigue, après que l'utérus s'est contracté longtemps. Cette cause de l'affaiblissement des douleurs est la plus importante et la plus utile à étudier pour le sujet qui nous occupe, car c'est à celle-là que convient et que s'applique l'usage du seigle ergoté. Mais la détermination de cette cause n'est pas encore sans quelque difficulté. Il ne faut pas perdre de vue que l'intégrité des membranes peut devenir souvent une cause de l'affaiblissement des contractions, et par conséquent un obstacle au progrès du travail. Il importe beaucoup de distinguer l'une de l'autre ces deux causes d'affaiblissement des contractions, parce que les moyens à employer sont fort différents. Dans ce dernier cas, il n'y a que la rupture des membranes qui soit capable de réveiller les douleurs. On m'a vu souvent ici recourir à la rupture des membranes avant même que l'orifice fût dilaté. C'était dans le but de raviver des contractions affaiblies par le seul fait de la rigidité des membranes.

Dans quelques circonstances, les contractions s'affaiblissent graduellement par suite du défaut de rapport qui existe entre l'effet de ces contractions et la résistance du plancher du bassin. C'est encore là une des indications de l'emploi du seigle ergoté. Mais son administration dans ce cas n'est pas encore sans danger. Il y a du danger pour l'enfant si le seigle ergoté administré n'est pas suffisant pour activer immédiatement le travail. On ne doit pas oublier que dans ces conditions l'enfant a déjà souffert, de sorte que si vous ajoutez encore à cette première cause de souffrance pour lui celle qui résultera de l'emploi du seigle ergoté, vous augmenterez encore les chances de mort. Il faut alors faire l'application du forceps. C'est ce que vous me voyez faire ordinairement dans ce cas-là. C'est une manière plus logique de remplir l'indication.

Quelle est donc, en définitive, l'indication de l'emploi du seigle ergoté? La voici :

Vous avez certainement vu des femmes dont les contractions s'affaiblissaient de bonne heure, après avoir eu lieu au commencement du travail avec une énergie normale, et chez lesquelles il n'était possible d'accuser ni une résistance trop grande du plancher du bassin, ni aucune autre cause mécanique. Pourquoi ces contractions s'arrêtent-elles alors? Par une raison fort simple : c'est qu'il est des personnes chez lesquelles l'utérus n'est doué que d'une somme de contractilité insuffisante. Le nombre des femmes qui sont dans ce cas est encore plus grand qu'on ne pense. Il n'est pas très rare de voir, sans aucune cause appréciable, les douleurs s'affaiblir, puis s'arrêter tout à fait après avoir duré un certain temps. La suspension des douleurs, en pareil cas, n'a d'autre cause que l'épuisement de l'influx nerveux que reçoit la matrice. Ce n'est pas là une simple hypothèse; on trouverait des faits analogues dans l'économie. Et sans sortir des organes qui nous occupent, ne voit-on pas souvent ici, dans ce service, des femmes qui à chacune de leurs grossesses, arrivées à une certaine période, accouchent prématurément, par suite d'un véritable arrêt dans l'activité fonctionnelle de la matrice? La même chose arrive assez souvent aussi pour la fonction de la lactation. Il est des femmes chez qui, au bout de deux, trois, quatre mois, plus ou moins, la sécrétion lactée s'éteint, se tarit, sans que rien la puisse faire revenir. Ce sont là de ces degrés, de ces différences dans l'activité fonctionnelle de certains organes, dont il faut à l'occasion savoir tenir compte.

C'est pour ces cas, qui ne sont pas très rares, que le seigle ergoté est spécialement utile et nécessaire. Si l'on n'en faisait usage que pour des cas de ce genre, on ne verrait jamais ces accidents auxquels donne trop souvent lieu l'usage abusif du seigle ergoté.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Chassaignac.

Peut-on pratiquer l'amygdalotomie pendant la période aiguë de l'angine tonsillaire (1)?

J'ai acquis à cet égard une expérience qui me permet d'avancer que l'on peut sans inconvénient, et je dirai même avec avantage

(1) Voir les numéros des 4, 11, 23, 27 mai, et des 1er et 22 juin 1854.

pour les malades, pratiquer l'ablation des amygdales pendant l'état d'angine. Mais, comme cette manière de voir ne peut pas être acceptée d'emblée d'après les idées actuellement existantes, nous ne traiterons pas complétement la question de l'amygdalotomie pendant l'angine, nous réservant d'y revenir dans la suite. Toutefois, nous ferons à ce sujet quelques remarques.

La première fois qu'il me vint à la pensée d'appliquer les instruments d'ablation sur des amygdales enflammées à l'état aigu, il me sembla que l'intervention de la médecine opératoire en pareil cas devait être intempestive, horriblement douloureuse, à peu près inexécutable, dangereuse enfin dans ce que l'on appelle les suites de l'opération. Je dirai plus; il me semblait qu'il y avait quelque chose de brutal à soumettre des organes endoloris à une véritable violence opératoire.

Je n'y eus donc recours au commencement que dans des circonstances purement exceptionnelles, chez des malades qui, depuis longtemps atteints d'hypertrophie des amygdales, étaient venus pour réclamer l'opération et présentaient éventuellement l'un de ces accès inflammatoires si communs chez les sujets à amygdales hypertrophiées. J'eus lieu d'être surpris des excellents résultats qui furent obtenus, de ce sentiment pour ainsi dire instantané de bien-être, de la cessation subite de la fièvre, et en somme d'une transformation tellement extraordinaire, que le même individu qui se présentait la veille avec une expression douloureuse de la face, un accablement extrême, une fièvre intense, se trouvait dès le lendemain pour ainsi dire complétement guéri. Ce changement si remarquable me fit conclure qu'il n'y avait pas là de simples phénomènes inflammatoires, mais un état d'étranglement que l'opération levait tout à coup.

Maintenant, est-ce l'effet de la perte de sang agissant comme moyen antiphlogistique? Je ne sais. Mais ce que je puis dire, c'est qu'enhardi par des résultats si inattendus, j'osai faire pour un certain nombre d'amygdalites aiguës, qu'il y eût ou qu'il n'y eût pas hypertrophie antérieure, l'ablation des amygdales, et c'est une pratique dont mes malades, sans aucune exception, ont eu à se louer. Passer d'un état de gêne inexprimable avec douleurs atroces à chaque déglutition, avec accompagnement possible d'abcès, à un état qui permette au malade de reprendre dès le lendemain son train de vie ordinaire, ses occupations ou ses plaisirs, et cela sans que jamais il soit survenu le moindre accident grave, tout cela m'a paru constituer une situation infiniment préférable à celle qui peut résulter des traitements employés jusqu'ici. Il ne faut donc pas, en pareille matière, écouter des répugnances théoriques; il ne faut pas s'arrêter sur la question de savoir si c'est par une opération ou par tout autre moyen qu'on arrive à un pareil résultat, écouter les suggestions de la peur occasionnée par l'idée d'une opération; il faut voir de sang-froid le résultat obtenu, et, s'il est bon, s'incliner devant les faits et l'expérience.

Je n'ai plus qu'à ajouter, comme simple proposition, que l'excision, même partielle, des amygdales enflammées détermine la cessation immédiate et complète des phénomènes de l'amygdalite aiguë. Cela est établi par un nombre considérable de faits. Il y a plus; loin de fuir l'état inflammatoire, je le recherche, surtout dans les cas où les amygdales n'étant pas très volumineuses, bien que souvent malades, se présentent dans des conditions de volume beaucoup plus favorables pour l'opération au moment où elles sont enflammées.

Nous ne savons quelle modification l'ablation des amygdales introduit dans l'état de la gorge; mais nous sommes certain que la susceptibilité de cette partie à contracter des phlegmasies se modifie du tout au tout après l'ablation des amygdales.

Tout ce qui vient d'être dit pourra paraître empreint d'exagération, non-seulement pour des esprits timides, mais même pour des esprits sages, qui répugnent à admettre que pour une maladie, en définitive peu grave, comme l'amygdalite, on aille recourir à une opération chirurgicale, alors que de simples gargarismes et quelques pédiluves peuvent suffire; que l'on prive l'économie d'un de ses organes, par cela seul que cet organe est atteint d'une inflammation légère. Nous n'essayerons point de combattre par le raisonnement une manière de voir qui semble aussi péremptoirement établie, mais nous pensons que si les adversaires les plus prononcés de l'opération en pareil cas étaient témoins quelquefois seulement de ce changement si surprenant et si complet qui s'observe immédiatement après l'ablation dans l'état aigu, ils seraient bientôt fortement ébranlés dans leurs convictions.

Entre la méthode qui consiste à traiter l'amygdalite aiguë par l'ablation de l'amygdale et celle qui consiste à pratiquer la cautérisation abortive par le nitrate d'argent, nous n'hésitons pas à préférer la méthode de l'ablation. Non-seulement la cautérisation a l'inconvénient de ne point mettre un terme définitif aux amygdalites, ainsi que le fait l'ablation, mais elle expose au danger, quand elle est pratiquée avec le crayon de nitrate d'argent, de laisser tomber un fragment de celui-ci dans l'estomac ou dans les voies aériennes, ce qui dans certains cas a causé la mort.

On a cité aussi des exemples de guérison d'hypertrophie par la cautérisation au moyen du nitrate d'argent. Ce qui en a imposé dans ce cas, c'est qu'on a attaqué soit des inflammations aiguës, soit des états subinflammatoires de l'amygdale, et on a cru ainsi avoir guéri des hypertrophies. Dans le cas d'une véritable hypertrophie, il faudrait, pour en réduire le volume, faire usage d'un agent de cautérisation plus puissant que ne l'est le nitrate d'argent.

Dans une note intéressante de M. Herpin, je vois que la cautérisation abortive avec le crayon de nitrate d'argent a eu entre ses mains les plus heureux résultats, et même, suivant l'opinion de notre honorable et savant confrère, cette méthode constitue un traitement préventif contre les maux de gorge auxquels sont si fréquemment exposés les sujets à amygdales hypertrophiées.

Mais je vois dans le même travail :

1° Que M. Rilliet a rapporté un cas dans lequel un fragment de nitrate d'argent tombé dans le pharynx pendant une cautérisation de cette espèce a causé la mort d'un malade; ceci ne prouve pas l'innocuité de la méthode.

2° En ce qui touche à la question préventive, je trouve l'observation d'une jeune fille chez laquelle, malgré des cautérisations multipliées faites en 1850, il fallut revenir trois fois à une ou deux cautérisations successives pour de nouvelles amygdalites; puis, en mai 1851, une des amygdales entrait en suppuration, deux jours après l'autre amygdale perçait à son tour. Bref, six abcès s'ouvrirent consécutivement. Enfin, trois autres attaques d'angine ont eu lieu ultérieurement et ont été réprimées par la cautérisation. De sorte qu'en résumé, malgré des cautérisations préventives largement faites en 1850, il y a eu jusqu'en mai 1851 inclusivement quatre récidives, dont une tellement grave qu'elle a donné lieu à six abcès avec resserrement des mâchoires, et que depuis mai 1851 trois nouvelles angines ont encore eu lieu. Or le mémoire se trouve publié en juin 1852, et rien ne prouve qu'il n'y a pas eu depuis lors de nouvelles rechutes.

Ce seul fait, donné dans ses détails avec la plus entière bonne foi par notre honorable confrère, et qui du reste prouve la réalité de son assertion relativement à l'effet abortif, s'élève au contraire fortement contre ce qu'il a dit de l'action préventive à l'égard des rechutes.

Si chez cette jeune fille l'amygdalotomie eût été pratiquée dès la première angine, cette longue série de maux de gorge eût été infailliblement prévenue, et, je dois le déclarer d'après un nombre considérable de faits, ce traitement n'eût entraîné aucune conséquence fâcheuse pour la malade.

Voici le texte de la citation dans laquelle M. Herpin attribue à la cautérisation un effet préventif :

« Ce dernier résultat m'engagea dès lors à essayer de la cautérisation comme moyen préventif de l'angine tonsillaire chez les malades sujets à de fréquentes récidives. Je remarquai que chez ces personnes les amygdales restaient grosses dans les intervalles des atteintes d'angine, quoique ces intervalles fussent parfois assez éloignés, et je pus me convaincre que la cautérisation, en réduisant le volume de ces glandes, finissait presque toujours par prévenir le retour des angines. » (HERPIN. *Du traitement abortif des amygdalites aiguës. — Union médicale*, 24 et 26 juin 1852.)

L'observation suivante mérite d'être mentionnée comme exemple non-seulement de l'innocuité de l'ablation simultanée des amygdales pratiquée dans l'état aigu, mais encore des résultats avantageux que procure cette opération.

Amygdalotomie.

Portol (Elisa), cotonnière, âgée de vingt et un ans, rue Saint-Ambroise, 14, est entrée à l'hôpital le 26 juillet 1852, salle Sainte-Marthe, n° 20.

27 juillet. Depuis l'âge de 8 ans la malade est sujette à de fréquents maux de gorge; à partir de la puberté, ces angines se reproduisent exactement tous les mois en même temps que le flux menstruel et elles disparaissent avec lui. Les douleurs, qui sont toujours allées en augmentant, ont pris un tel degré d'acuité, elles rendent la déglutition, la voix, la respiration si difficiles que la malade se décide à se laisser enlever les amygdales. Celle du côté gauche est surtout hypertrophiée, et par sa saillie elle bouche presque complétement l'orifice du pharynx. Ablation simultanée.

Le 28, il n'y a pas eu d'hémorrhagie; l'inspection de l'arrière-bouche laisse voir une portion de l'amygdale gauche qui n'a pas été enlevée et qui fait encore une saillie assez notable. — Gargarisme. Presque toutes les douleurs ont disparu; la malade éprouve un bien-être complet.

Les amygdales ont été enlevées à l'état d'inflammation aiguë. L'une d'elles est très volumineuse; elle pèse 5 grammes 30. L'autre est d'un tiers plus faible. La première présente à sa surface libre de nombreuses inégalités. Sur cette surface, qui est comme frangée, on voit de petites colonnes adhérentes par leurs deux extrémités, et libres dans leur partie moyenne. Si par les orifices des lacunes de l'amygdale venant s'ouvrir sur cette face, on introduit un stylet, il traverse l'amygdale de part en part, et l'on peut constater que plusieurs de ces canaux aboutissent dans des cavités anfractueuses qui ont été ouvertes par l'amygdalotome. Les parois de ces cavités paraissent celles de dilatation des canaux qui y aboutissent.

La surface adhérente de cette même amygdale est sillonnée par des tractus fibreux blanchâtres se ramifiant de manière à offrir une coupe analogue à celle de l'arbre de vie dans le cervelet. La surface de section de la plus petite amygdale présente aussi des tissus fibreux, mais plutôt sous forme de lames que sous forme de tractus, de sorte que dans les deux tiers supérieurs le stylet poussé dans les lacunes est arrêté par ces lames.

Nombreux foyers hémorrhagiques. Quelques-uns peuvent avoir été déterminés par les branches du trident; mais d'autres, par leur situation et leur aspect, sont antérieurs à l'opération.

Le tissu de l'amygdale était assez friable.

On a encore proposé les scarifications soit contre l'amygdalite aiguë, soit contre l'hypertrophie ou l'amygdalite chronique. Mais tous ces moyens n'ont qu'une efficacité passagère; c'est une cure palliative; on est obligé d'y recourir souvent, tandis qu'un résultat définitif est obtenu sur-le-champ par l'ablation. J'ai vu des cas d'amygdalite chronique dans lesquels l'usage des eaux sulfureuses de Cauterets a produit des résultats très favorables.

DES FRACTURES DU MEMBRE PELVIEN

traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens (1).

(Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 août.)

Appareils à extension permanente. — Les bandages dont il a été question dans les chapitres précédents n'agissent qu'en pressant sur la circonférence des membres. Comme eux, les appareils à extension permanente remédient aux déplacements angulaires, en travers et par rotation. Mais ce qui les caractérise surtout, c'est qu'en outre ils mettent en jeu des puissances qui agissent suivant l'axe de l'os fracturé; et tandis que les appareils à attelles et autres ne peuvent remédier que très imparfaitement à un chevauchement opiniâtre, comme on le voit après les fractures obliques, seuls les appareils à extension sont capables d'en triompher.

Leur efficacité a été reconnue de tout temps. On trouve dans Hippocrate la description d'un appareil à extension pour les fractures de jambe, et dans Galien celle d'un appareil pour les fractures du fémur.

L'extension se fait à l'aide de bandages dépendants ou indépendants du lit des malades.

Les bandages dépendent du lit quand, à l'exemple de J.-L. Petit, on fait la contre-extension en passant entre les cuisses du côté sain d'abord, puis au côté malade pour varier le siége de la pression, un demi-drap roulé qu'on attache à la tête du lit, aux pieds duquel on fixe ensuite deux autres lacs disposés au-dessus du genou et des malléoles pour servir alternativement à l'extension.

Les bandages indépendants du lit permettent de transporter facilement les malades et ne les condamnent pas, comme les autres, à occuper toujours la même place. La grande attelle de Desault, armée à chaque extrémité d'une mortaise et d'une échancrure pour recevoir les lacs extenseurs et contre-extenseurs, destinée aux fractures du fémur, en est un exemple. La planchette de Sauter, qui attachait les lacs soit à des anneaux, soit, pour le membre inférieur, à une semelle chargée de maintenir le pied, en est un autre exemple; mais aucun appareil ne facilite aussi bien que notre boîte le transport des malades atteints de fracture. On a mis en usage tour à tour pour opérer la traction des lacs, des poids, des treuils, des vis et même des crics. Les lacs peuvent se relâcher; Guy de Chauliac les remplaçait par un poids de plomb attaché au pied à l'aide d'une corde jouant sur une poulie. M. Seutin, quand il s'agit d'une fracture du fémur, suspend aux lacs extenseurs et contre-extenseurs de J.-L. Petit des poids de 5 à 6 kilogrammes, qu'il garde jusqu'à dessiccation de son appareil inamovible.

Le treuil est plus ancien et plus puissant que les poids. Nous avons adopté quelquefois à l'extrémité digitale de notre boîte à fracture avec facilité et avantage, principalement pour réduire d'anciennes luxations coxo-fémorales, une grosse vis en bois. La réduction a pu être ainsi obtenue par des tractions douces, graduées, continuées pendant plusieurs jours. La vis agit comme le treuil, et le cric opérerait de la même façon.

On a proposé pour distendre les fragments un moyen abandonné qui consiste, par exemple, à placer à la jambe deux bourrelets circulaires en cuir munis de goussets l'un autour du genou, l'autre autour des malléoles. Des attelles en bois ou en acier, retenues dans ces goussets dans un état de courbure prononcée, opèrent l'extension et la contre-extension par leur tendance à se redresser. On avait perfectionné ce système en allongeant ou en diminuant à volonté la longueur de ces attelles à l'aide d'un pas de vis ou d'un écrou. Mais la compression des bourrelets est douloureuse; elle finit par ulcérer la peau, et l'on ne remédie d'ailleurs ainsi qu'imparfaitement au déplacement latéral.

Le double plan incliné appliqué aux fractures du fémur permet, quand le plancher fémoral est un peu plus long que la cuisse, d'obtenir une traction sur le fragment inférieur par un mouvement de bascule de la jambe. Mais il serait fort difficile, sinon impossible, de conserver en permanence ce genre d'extension, qui a d'ailleurs pour effet immédiat d'imprimer à ce fragment une direction vicieuse en portant sa pointe en avant. La flexion du genou, faite avec une certaine force sur une pyramide de coussins solides placés sous le jarret, comme le faisait Dupuytren, donnerait du reste à peu près le même résultat.

Que de fois, dans le moment où nos doigts, secondés des doigts de nos aides, maintenaient réduite une fracture dont les fragments réagissaient pour se désunir, n'avons-nous pas dit : Voilà le bandage perfection! C'est ce bandage-type qui nous a servi de modèle.

Pour réduire une fracture oblique du fémur à sa partie moyenne, des aides font la contre-extension sur le bassin, d'autres opèrent l'extension sur le genou et sur le pied, tandis que le chirurgien assure la coaptation en agissant sur le siége même de la fracture.

Ici, l'extension et la contre-extension, renforcées au besoin par des lacs, opèrent doucement, graduellement, sans interruption, dans l'axe des os brisés. Toutes les forces mises en jeu parfaitement harmonisées, ni trop fortes, ni trop faibles, agissent par le contact des doigts, dont la pulpe est un coussin protecteur, et la contractilité une puissance douée d'intelligence. Les fragments, dont la position a été attentivement étudiée, sont remis et maintenus en place, souvent avec tant de précision par le chirurgien chargé de

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 août.

la coaptation, qu'on ne retrouve plus de traces de fractures. Ces doigts, nous les avons remplacés par la triple rangée de trous dont sont percées les parois de notre boîte. Les trous sont là comme autant de doigts d'attente pour saisir les lacs de l'extension, de la contre-extension et de la coaptation. Les lacs élastiques empruntent au caoutchouc jusqu'à la pulpe et la contractilité digitales. S'il leur manque la vie, ils ont sur les doigts l'avantage de pouvoir être plus nombreux et de fonctionner sans repos et sans fatigue.

Nos appareils, n'importe quel est le membre fracturé, reposent tous sur le même principe; seulement, ils diffèrent dans leur confection selon qu'il s'agit de fractures de la cuisse ou de la jambe.

A. *Fractures du corps et du col du fémur.* — Notre appareil se compose de : 1° une espèce de caisse ou boîte de chêne à ciel ouvert, formée par quatre parois : une inférieure, deux latérales et une terminale, appelée digitale, par opposition à l'extrémité pelvienne, laquelle est plane et non fermée, pour le passage du membre fracturé.

La paroi inférieure, ou plancher, a 24 centimètres de largeur sur 1 mètre 25 centimètres de longueur. Dans sa portion pelvienne, il doit être réduit aux dimensions d'une attelle externe large de 8 centimètres, longue de 30 centimètres, pour éviter le siége du malade. Sans cette précaution, le contact d'une planche, si bien matelassée fût-elle, serait douloureux, déterminerait des eschares au sacrum, et empêcherait de passer un bassin sous le malade. Le plancher, ainsi réduit, porte à son extrémité libre une large échancrure pour le passage et la réflexion des lacs de la contre-extension.

Des deux *parois latérales*, l'externe a, comme le plancher, 1 mètre 25 centimètres de longueur et 26 centimètres de hauteur. L'interne a la même hauteur et 90 centimètres de longueur seulement, parce qu'elle s'arrête à deux travers de doigt du périnée, tandis que l'autre doit arriver au niveau de la crête iliaque. Ces murailles sont percées chacune de deux rangées parallèles de trous au nombre de quatorze à chaque rangée de la paroi externe, et de dix à chaque rangée de la paroi interne. Ces trous, d'environ 3 centimètres de diamètre, servent de poulie pour refléchir et fixer les liens coaptateurs; ils sont comme autant de doigts d'attente disposés pour remplir les indications prévues ou imprévues pendant la durée du traitement. Nous les avons multipliés et répartis sur tous les points, afin que la même caisse pût servir pour les fractures du col et du corps du fémur, quel que soit leur siége. La paroi externe présente en outre, dans le point correspondant à la crête iliaque, une ouverture suffisante pour livrer passage aux chefs d'une grande serviette destinée à embrasser le bassin, pour l'immobiliser et le fixer solidement contre cette paroi externe.

L'une et l'autre murailles mobiles, articulées par des charnières avec le plancher, sans empiéter sur lui, peuvent s'abattre au niveau de ce plancher, se relever, et sont assujetties par des crochets à la paroi digitale.

Complément de la boîte, la paroi digitale correspond au pied du malade, représentée par une planchette verticale haute de 26 centimètres, de la largeur du plancher, et articulée avec lui à l'aide de deux charnières. Quand elle fonctionne, elle est relevée, fixée par deux crochets aux parois latérales. Elle représente un chevalet percé, sur trois rangées parallèles, de trous destinés à recevoir les liens de l'extension et de la contre-extension.

Ces dimensions sont celles d'un appareil destiné à un malade de moyenne taille; il faudrait avoir une boîte plus longue si le blessé était d'une haute stature.

2° *Un anneau, soit de caoutchouc solide, soit de crin*, recouvert en peau de daim, assez ouvert pour embrasser facilement la racine du membre fracturé, est destinée à la contre-extension. On a soin de faire porter cet anneau en plein sur le périnée, en le tirant en arrière et en haut par un point de sa circonférence.

3° Un coussin en crin, souple, épais de cinq à six travers de doigt, façonné au moment de s'en servir à l'aide d'un drap plié en plusieurs doubles, sans coutures, simplement fermé sur les côtés par quelques épingles de distance en distance, doit déborder un peu et en tous sens le plancher de la boîte; la face postérieure du membre s'y creusera une gouttière destinée à la soutenir et à la défendre contre toute espèce de pression douloureuse.

4° Un second coussin en crin beaucoup plus petit que le précédent, de forme allongée, destiné à remplir la dépression occupée par le tendon d'Achille et à protéger le talon, dont la pointe laissée libre ne doit jamais porter. De là le nom de talonnière donné à ce coussin spécial.

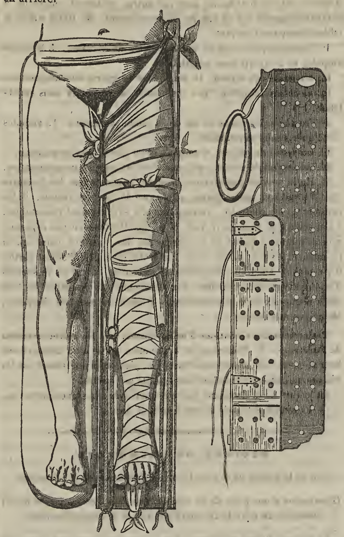
5° Plusieurs petits coussins carrés, disposés en pyramide, pour être mis sous le jarret en empiétant un peu sur la cuisse et sur la jambe, afin que le membre pelvien puisse être ployé dans sa brisure fémoro-tibiale, à peu près au quart de sa flexion.

6° Enfin, des bandes ordinaires, ou mieux en tissu élastique, destinées à l'extension et à la coaptation; du coton cardé, une solution de gomme de consistance de bouillie légère et une grande serviette disposée en cravate.

Pour avoir une idée exacte de notre appareil, il suffira de jeter un coup d'œil sur le dessin ci-joint. D'un côté, on voit l'appareil fonctionnant, de l'autre une ligne oblique indique la direction qu'affectait la fracture. Ce dessin a été fait d'après nature en 1842 au Val-de-Grâce.

Le fragment supérieur, tiré en dehors par les muscles fessiers, est porté en dedans par plusieurs lacs coaptateurs. Ces lacs, disposés en éventail, embrassent le côté externe et supérieur du membre, et sont noués sur le rebord de la paroi interne de la boîte.

Au-dessous, un autre lacs opposé d'action entoure la partie interne de la cuisse et va se fixer dans un trou de la paroi externe. Il dirige en dehors, à la rencontre du fragment supérieur, le fragment inférieur, que porte en dedans la contraction incessante des muscles adducteurs. De plus, ce fragment inférieur avait une tendance marquée à se porter en avant; il fallait, par une action continue équivalant à la puissance d'un ou deux doigts, le refouler en arrière.



Cette indication a été remplie par un troisième lien, qu'on voit refoulant en arrière le fragment inférieur, après avoir été refléchi dans l'un des trous de la boîte. Au-dessous de ce troisième lacs s'en trouve un quatrième. Comme le second lacs, il porte en dehors le fragment inférieur.

Ces liens, en agissant dans trois directions : de dehors en dedans, de dedans en dehors et d'avant en arrière, dotent la coaptation d'une précision égale à celle des doigts.

Le quart de flexion de l'articulation fémoro-tibiale n'est pas suffisamment indiqué sur le dessin, et les bourrelets qui soutiennent le genou de chaque côté ne représentent qu'imparfaitement la pyramide de coussins qui le soulève. L'action des liens destinés à l'extension et à la contre-extension est facile à comprendre. Il en est de même de l'action de la serviette passée autour des hanches pour rectifier la position du bassin, l'immobiliser et l'empêcher de descendre, et s'opposer ainsi au chevauchement du fragment supérieur sur l'inférieur. Les chefs de la serviette, qui est pliée en cravate, sont fixés dans un trou pratiqué au sommet de la paroi externe.

La position du tronc et de la tête devant être aussi horizontale que possible, on a placé entre les matelas un oreiller correspondant au siége, afin d'éviter dans ce point une grande dépression, une espèce de trou. Cette précaution est indispensable. La tête n'est soulevée que par un simple traversin, pour éviter de faire glisser le tronc vers le pied du lit. Il faudrait, s'il était possible, obtenir l'effet opposé, afin que le bassin, tendant à se porter vers la tête du lit, fît naturellement la contre-extension.

(*La suite à un prochain numéro.*)

EMPOISONNEMENT

par une décoction de feuilles de belladone en lavement.

Par M. le docteur Mavel (d'Ambert).

M. C... est âgé de soixante-cinq ans. Le 3 septembre 1846 au matin, il est trouvé en chemise étendu sur le plancher de son laboratoire. Il est froid, la figure colorée, l'œil hagard, les pupilles dilatées, la langue embarrassée. Quelques grognements sont toutes les réponses que l'on obtient de lui. Il est sans mouvement, sans intelligence; le pouls petit et fréquent. Auprès de lui, sur une table, l'on voit une seringue et un flacon d'éther.

Comme M. C... demeure seul, il n'est pas facile d'avoir des renseignements sur ce qui a précédé cet accident. L'on sait cependant des personnes qui le voient habituellement que la veille au soir rien dans sa conversation et dans ses manières ne pouvait faire prévoir un pareil événement.

Quatre médecins sont appelés auprès de lui. Le malade est réchauffé artificiellement; des sinapismes lui sont appliqués sur les membres inférieurs; le pouls se relevant un peu, une saignée de cinq palettes lui est pratiquée, et l'émétique en lavage lui est administré. Après la saignée, le malade se lève malgré sa garde, et marche en chancelant. La parole lui revient; il parle des choses les plus bizarres; il a de la carphologie; à chaque instant il prend le vase ou le demande; il essaye d'uriner et ne peut satisfaire ce besoin, ce qui l'impatiente beaucoup. Quatre heures se passent ainsi, et les symptômes sont les mêmes. Une deuxième saignée lui est pratiquée, et peu après il survient de l'amélioration. Dans la soirée, l'intelligence revient parfaitement, la peau est en moiteur. On continue l'émétique en lavage.

La nuit se passe assez bien. Le lendemain le malade est fatigué. Du reste, on ne retrouve plus aucun des symptômes de la veille. Un confrère pense que nous pourrions bien avoir affaire à une fièvre intermittente pernicieuse dont il importerait de prévenir le retour. En l'absence d'aucune autre maladie parfaitement caractérisée, son avis n'est point rejeté, et 1 gramme de sulfate de quinine est administré au malade. Les jours suivants le malade va de mieux en mieux, et au bout de quatre ou cinq jours il est parfaitement rétabli. C'est alors que M. C... nous raconte que la veille de son indisposition, ayant eu de vives contrariétés, il avait, dans l'intention de se calmer, pris un lavement avec une décoction de feuilles de belladone, qu'il s'était couché aussitôt (il était onze heures du soir), et qu'il n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé ensuite.

Ce qui m'a le plus frappé dans cette observation, c'est le besoin fréquent de rendre les urines, besoin que le malade ne pouvait satisfaire; quelques auteurs parlent bien d'un écoulement abondant d'urine dans l'empoisonnement par la belladone, mais ce symptôme est bien différent de celui que j'ai observé. De toutes les observations que j'ai pu recueillir, une seule, publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 18 août 1842, signale un besoin impérieux d'uriner, besoin que le malade ne pouvait satisfaire. C'est cette concordance du même symptôme dans deux empoisonnements par la même substance qui m'a déterminé à publier cette observation, afin d'attirer sur ce symptôme l'attention des praticiens. Si nous avions été frappé par cette circonstance que ce symptôme pouvait accompagner un empoisonnement par la belladone, comme d'autre part nous observions une dilatation anormale de la pupille, il nous eût été possible de connaître la cause de la maladie et de retrouver peut-être, non loin de la seringue que nous avions aperçue sur une table, les feuilles de belladone cause de l'empoisonnement.

LIGATURE DU CANAL PANCRÉATIQUE.

On lit dans le *Zeitschrift für rationelle Medizin* :

« Herbert a dirigé ses expériences de ligature du canal pancréatique dans le but de démontrer l'erreur de l'observation de M. Cl. Bernard, erreur corroborée par la commission de l'Académie des sciences (MM. Magendie, Dumas, Milne-Edwards), sur les fonctions du suc pancréatique. M. Cl. Bernard lui accorde la propriété d'émulsionner la matière grasse, et considère comme sa principale action son pouvoir de changer les éléments oléagineux du chyme de manière à les rendre propres à l'absorption.

» Herbert lia le canal pancréatique chez deux lapins après les avoir fait jeûner plusieurs jours; le jour qui suivit l'opération les lapins furent nourris avec du lait et du pain quelques heures avant d'être tués. A l'ouverture, le canal thoracique contenait une quantité considérable d'un liquide blanc bleuâtre; les vaisseaux lymphatiques du mésentère étaient pleins et de couleur lactée.

» Le même résultat fut obtenu quand l'animal reçut après l'opération pour aliments de l'eau, des pommes de terre et du lard rôti. Ces expériences ne viennent donc pas appuyer l'observation de M. Cl. Bernard et de la commission, qui porte que les vaisseaux lymphatiques du mésentère ne présentent pas la couleur blanc de lait avant l'entrée du canal pancréatique dans le duodénum et qu'ils ne commencent à revêtir cette couleur qu'à 2 centimètres au-dessous de cette susdite entrée; car dans toutes les expériences d'Herbert la couleur lactée des vaisseaux s'est montrée un pouce et demi (3 centimètres) au-dessus de l'ouverture du canal. Ainsi, au contraire, sont confirmées les conclusions de Lenz et autres physiologistes. »

Les expériences d'Herbert qu'on vient de lire ne prouvent rien contre les travaux de notre physiologiste M. Cl. Bernard, car il n'est pas démontré dans ce qui précède que le canal pancréatique ait été lié. A l'autopsie, Herbert ne s'est pas assuré de l'endroit où il a posé la ligature, et il aura commis la faute dont plusieurs autres physiologistes se sont déjà rendus coupables. Il aura cru lier le canal pancréatique, et n'aura lié que le canal cholédoque. L'erreur est d'autant plus excusable que chez le lapin, contrairement à ce qui existe chez d'autres animaux, le canal pancréatique s'ouvre à un pouce de distance du canal cholédoque et ne se trouve qu'avec difficulté. Comme chez tous les animaux, les deux canaux sont très voisins l'un de l'autre ou même s'abouchent l'un dans l'autre; on les lie presque toujours tous les deux à la fois, et il faut connaître la disposition anatomique spéciale du canal pancréatique chez le lapin pour ne pas commettre d'erreur dans les expériences. Nous avons vu les expériences de M. Cl. Bernard un trop grand nombre de fois pour n'être pas certain de l'erreur commise par Herbert. S'il renouvelle ses expériences et qu'il lie positivement le canal pancréatique, il verra dans son cabinet ce que tout le monde a vu ici à l'Ecole de médecine et au collége de France, à savoir : l'émulsion instantanée des graisses par le fluide pancréatique.

Dr B.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 août 1854. — Présidence de M. Rostan.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Six rapports de M. Dehee, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Arras, sur des épidémies de fièvre typhoïde, scarlatine et

variole qui ont régné dans plusieurs communes de cet arrondissement. (Commission des épidémies.)

2° Le rapport final de M. le docteur Gondinet, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Yrieix, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Glange, du 26 mars au 8 juin 1854.

3° Un paquet cacheté contenant la description d'un nouveau système de traitement du choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Cazeneuve, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Lille, annonce l'apparition du choléra dans cette ville. Il se propose de communiquer plus tard des renseignements détaillés.

— M. Beaumont (de Saint-Maur-les-Fossés) adresse une note sur l'innocuité des vomitifs et des purgatifs dans le traitement du choléra et des affections cholériques. L'auteur dit avoir employé les purgatifs et les vomitifs sur 76 malades atteints de l'épidémie à différents degrés (cholérine ou choléra), et sur ces 76, en avoir vu guérir 71.

— M. Liegey (de Rambervillers) adresse une note intitulée *Le choléra dans la race ovine et l'influence cholérique chez l'homme dans une même localité*. (Commissaire : M. Renault.)

Prophylaxie du choléra. — M. le docteur de Pietra Santa appelle l'attention de l'Académie sur un fait d'observation qui lui paraît militer en faveur de l'utilité des mesures préventives et prophylactiques contre le choléra, et confirmer les croyances du grand conseil de santé de Londres (General board of health).

C'est dans la maison d'arrêt des Madelonnettes que M. de Pietra Santa a constaté l'efficacité d'un système de surveillance établi jusque dans les dortoirs et les ateliers, et des soins prophylactiques donnés soit par persuasion, soit par contrainte.

Du 1er octobre 1853 au 1er juillet 1854, 1,832 prisonniers ont été écroués dans cette maison. Sur ce nombre, 663 ont été malades ou indisposés ; 365 d'entre eux, c'est-à-dire plus de la moitié des malades, le cinquième de la population flottante, ont subi l'influence de l'épidémie, mais à des degrés divers.

Chez tous il y a eu des symptômes prémonitoires, et chez tous aussi l'ipéca, les potions stimulantes et l'appareil à air chaud ont triomphé de la période algide ; mais alors que la chaleur était revenue, que les pulsations de la radiale commençaient à être perçues, des symptômes de nature essentiellement nerveuse ont enlevé 4 malades dans la période de réaction.

En résumé, sur 1,832 individus, 365 subissent l'influence de l'épidémie :

222 embarras gastrique ;
113 gastricisme, malaise ;
20 accidents cholériformes, cholérine ;
10 choléra confirmé, algide (4 morts, 6 guéris).

Cette disproportion entre le nombre des personnes malades et celui où le choléra a parcouru ses fatales périodes ne serait-elle pas de nature à démontrer l'efficacité des mesures préventives et prophylactiques ? L'administration de l'ipécacuanha en poudre et les bains d'air chaud par l'appareil Cadet-Gassicourt ont paru, dans l'épidémie actuelle, d'excellents moyens pour combattre le mal à sa première manifestation et arrêter l'évolution successive de la maladie.

Inhumations anticipées. — M. Bally, membre de l'Académie, écrit de Villeneuve-sur-Yonne que dans cette contrée on inhume avant le terme légal les individus qui succombent au choléra. Il pense qu'une discussion établie au sein de l'Académie sur ce sujet suffirait pour mettre un terme à un abus qui expose à enterrer des vivants.

Injecteur anatomique. — M. Falconi écrit qu'il ne trouve aucun prétexte à la réclamation de M. Charrière à l'égard de l'injecteur anatomique qu'il a présenté dernièrement à l'Académie, l'appareil de M. Charrière différant du sien par sa capacité, par sa conformation et par son but final.

Analogie entre le sens de la vision et ceux du goût et de l'odorat. — M. Champmas, de Nérac (Lot-et-Garonne), soumet au jugement de l'Académie des expériences qui prouvent, suivant lui, qu'il y a analogie complète entre le sens de la vision et ceux du goût et de l'odorat. (Commissaire : M. Longet.)

Traitement de la fièvre typhoïde par la glace. — M. Wanner réclame, au sujet d'une communication de M. Leroy (de Béthune), relative au traitement de la fièvre typhoïde par la glace, la priorité de l'idée de ce traitement.

Algalimètre. — M. Mathieu présente à l'Académie un nouvel algalimètre qu'il a construit d'après les indications de M. Guérard.

Cet instrument consiste en un double compas dont les branches sont articulées au cinquième de leur longueur totale. Il résulte de cette disposition que l'écartement des grandes branches à leur extrémité libre est quatre fois plus considérable que celui des petites.

Pour se servir de l'instrument, on place la sonde à mesurer entre les mors qui terminent les petites branches, et l'écart indiqué sur l'arc de cercle correspondant à l'extrémité des grandes branches donne, en le quadruplant, le diamètre exact de la sonde.

Cet instrument peut également servir à mesurer les canules pour la trachéotomie, qui sont de forme un peu aplatie, et dont le calibre doit être en proportion de l'âge de l'opéré.

RAPPORT.

Médication ferrugineuse. — M. Bouchardat termine la lecture de son rapport sur la médication ferrugineuse. (Nous en donnerons un résumé dans le prochain numéro.)

LECTURES.

Fractures des membres inférieurs compliquées de plaies par armes à feu. — M. Hutin lit un mémoire sur le résultat des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe dont se compliquent les plaies par armes à feu.

En 1831, Ribes avait affirmé que si dans ce genre de lésions on ne recourait pas promptement à l'amputation, les malades succombaient toujours; et que, dans une visite minutieuse qu'il avait faite à l'hôtel des Invalides, il n'avait pas trouvé un seul homme qui eût survécu à de semblables blessures en conservant le membre intéressé, ni un seul cuissart qui eût eu la cuisse coupée par suite de la fracture du milieu du fémur. M. Hutin a repris les recherches de Ribes, et il est arrivé à des résultats tout différents.

Sur 4,370 invalides, il a rencontré, d'un côté, 143 cuissarts et 230 amputés de la jambe ; de l'autre, 63 individus ayant guéri sans amputation de fractures de la cuisse par coups de feu, et 76 ayant également guéri sans amputation de fractures analogues de la jambe. Rapprochant ces données les unes des autres, en tenant compte de la hauteur à laquelle ont eu lieu les diverses lésions, M. Hutin établit le tableau comparatif suivant :

1° Fractures par coups de feu *au milieu* de la cuisse : 5 hommes amputés et 20 guéris sans amputation.

Id. *au-dessous du milieu*: 16 amputés et 19 guéris sans amputation.

Id. *au-dessus du milieu* : pas d'amputés et 24 guéris sans amputation.

2° Fractures par coups de feu de la jambe *au milieu*: 12 amputés et 22 guéris sans amputation.

Id. *au-dessus du milieu*: 6 amputés et 20 guéris sans amputation.

Id. *au-dessous du milieu*: 64 amputés et 34 guéris sans amputation.

M. Hutin ne veut pas qu'on lui suppose la pensée que les fractures dont il s'agit sont moins graves qu'elles ne le sont en réalité ; il les considère, au contraire, comme toujours extrêmement redoutables. « J'ai seulement voulu faire voir, dit-il, qu'elles ne sont pas nécessairement mortelles quand on ne sacrifie pas les membres, ainsi qu'on l'a avancé; et que, sur ce point, l'hôtel des Invalides, d'où est partie, il y a plus de vingt ans, une sérieuse accusation contre les ressources d'une chirurgie conservatrice, a offert depuis un ensemble de faits assez nombreux pour la combattre. » (Commissaires : MM. Velpeau, Malgaigne et Larrey.)

Traitement des rétentions d'urine causées par les rétrécissements de l'urètre. — M. Heurteloup lit la première partie d'un mémoire sur le traitement des rétentions d'urine, et plus particulièrement sur les rétentions causées par les rétrécissements de l'urètre.

La lecture de la deuxième partie est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 9 août 1854. — Présidence de M. Huguier.

Observation d'une pièce de 20 sous arrêtée dans l'œsophage, et ayant nécessité au bout de dix jours l'opération de l'œsophagotomie.

Le docteur Triger m'adressa, il y a quelques jours, une jeune fille de trois ans qui avait avalé une pièce de 20 sous. Depuis vingt-quatre heures que l'accident était arrivé, l'enfant n'avait pu avaler aucun aliment. Je priai la mère de l'enfant de vouloir bien me la conduire le lendemain matin à la Maison municipale de santé ; là, aidé des élèves du service, je fis avec l'anneau de Graefe et avec des pinces recourbées plusieurs tentatives d'extraction qui n'amenèrent aucun résultat. Deux jours après, je renouvelai mes recherches sans être plus heureux.

Bien que je fusse armé de tous les instruments dont M. Mathieu put disposer en ma faveur, j'étais alors disposé à pratiquer l'œsophagotomie, si le père voulait y consentir. Mais avant de faire cette opération délicate, je voulais encore faire de nouveaux essais en présence de MM. Monod et Denonvilliers; ces essais ne furent pas plus heureux que les premiers. C'est alors qu'aidé de l'assistance de nos deux honorables collègues, et après que M. Denonvilliers eut bien senti la position exacte de la pièce de monnaie, que je fis l'œsophagotomie.

Je borne là pour le moment le récit de ce fait et la note que je viens d'avoir l'honneur de présenter à la Société, dans le but d'attirer l'attention sur une série d'accidents qui jettent le trouble dans les familles et le chirurgien dans une grande perplexité; dans un temps prochain, j'espère pouvoir lire devant la Société un travail plus complet sur ce sujet et, partant, plus digne d'elle.

Discussion sur ce travail. — M. Gosselin expose devant la Société combien il est souvent difficile de déterminer si un corps étranger est arrêté dans la portion cervicale ou dans la portion thoracique de l'œsophage. Il demande à M. Demarquay comment, dans le cas dont il a rapporté l'histoire, il est arrivé à préciser la position du corps étranger.

M. Demarquay reconnaît dans ce cas la difficulté d'un diagnostic précis, car il éprouva d'abord une certaine hésitation à déterminer la place qu'occupait ce corps étranger. En effet, le cathétérisme explorateur ne laissait point percevoir un son métallique, mais seulement une certaine résistance. Toutefois, en explorant avec attention le cou de la malade, l'on pouvait sentir profondément une certaine dureté anomale qui jetait un grand jour sur la position du corps étranger.

M. Chassaignac pense que, si, dans le cas de M. Demarquay, l'anneau de Graefe n'a pu servir à extraire la pièce de monnaie, c'est que cette exploration a été tardivement faite. L'action de ce crochet est bien plus sûre lorsqu'on agit immédiatement après l'accident sur des tissus qui ne sont point encore enflammés.

M. Chassaignac signale ensuite un procédé qui lui a réussi dans le cas d'un homme qui avait un fragment de viande retenu dans l'œsophage. Plusieurs tentatives, même celle du poireau, avaient eu lieu ; M. Chassaignac repoussa facilement ce corps étranger à l'aide d'une tige faite avec des sondes urétrales réunies en faisceau et liées ensemble.

M. Guersant désirerait savoir quels moyens dans le cas de M. Demarquay avaient été mis en usage avant de pratiquer l'œsophagotomie, car il ne faut se décider à cette grave opération qu'après des essais variés et infructueux. Il dit qu'une fois il réussit d'emblée à enlever un sou avec l'instrument de Graefe; qu'une autre fois, dans un cas semblable, après avoir échoué par l'instrument de Graefe, il retira la pièce de monnaie avec une grande facilité à l'aide de la pince œsophagienne.

M. Demarquay répond qu'il a successivement usé de l'anneau de Graefe et de la pince œsophagienne.

M. Larrey pense qu'on doit distinguer au point de vue thérapeutique deux catégories de corps étrangers : ceux qui sont régulièrement arrondis et ceux qui sont irréguliers. Dans le premier cas, il faut insister sur les tentatives d'extraction ou pousser le corps étranger dans l'estomac; l'on pourrait même, s'il existe une constriction au-dessus de l'obstacle, essayer la dilatation de ce point de l'œsophage. Mais pour les corps étrangers irréguliers, comme les os, l'extraction est souvent si difficile que l'œsophagotomie lui paraît indiquée.

M. Richet croit qu'on s'est abusé sur la facilité d'extraire par l'anneau de Graefe les corps étrangers de l'œsophage, et il cite un fait à l'appui de cette opinion. Une jeune fille avait avalé une pièce de 2 fr., qui restait arrêtée dans l'œsophage. L'anneau de Graefe fut introduit, et l'on trouva le corps étranger immédiatement au-dessous du larynx. M. Richet put cinq fois de suite accrocher avec l'instrument la pièce de monnaie; mais, quand il vint à exercer sur elle quelques tractions, elle lui échappa. L'introduction de la pince œsophagienne était dans ce cas impossible. Recherchant sur le cadavre la cause de ces obstacles à l'extraction, M. Richet s'est aperçu que la pièce tournait dans l'un des godets de l'anneau de Graefe. Il a fait dès lors construire des godets plus grands qui ne laissent point échapper la pièce de monnaie. Mais la malade, sortie temporairement de l'hôpital, n'y est point revenue, et l'essai de l'anneau ainsi modifié n'a pu être fait sur le vivant.

Dans un autre cas, M. Richet a vu l'anneau accroché par le cartilage cricoïde et difficile à retirer de l'œsophage.

M. Michon insiste dans le traitement de ces corps étrangers sur un point important, le temps qui s'est écoulé depuis leur introduction. En effet, leur séjour dans l'œsophage y amène un état spasmodique; ce canal se resserre au-dessus et au-dessous du corps étranger. M. Michon cite ensuite le fait d'un homme chez lequel un marron d'Inde s'était arrêté dans l'œsophage. Jamais on ne put pour l'extraire introduire l'instrument de Graefe; alors M. Michon fit couper une longue pince à pansement, introduisit séparément chaque branche et parvint à retirer le corps étranger.

M. Michon entre dans quelques considérations sur le danger d'extraire les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage depuis plusieurs jours. Ramolli par l'inflammation, ce canal peut se déchirer, et de là de graves accidents. Quand ce ramollissement inflammatoire peut être soupçonné, il est préférable de pratiquer l'œsophagotomie pour arriver plus près du corps étranger. En résumé, il faut, au point de vue de la médecine opératoire, distinguer les corps qui sont fixés par l'inflammation et ceux qui ne le sont pas.

M. Denonvilliers, qui a assisté à l'opération pratiquée par M. Demarquay, rappelle quelques circonstances de ce fait. Il insiste sur la difficulté que le chirurgien éprouve à reconnaître un corps étranger, soit par le son que produit le contact d'une sonde exploratrice, soit par la résistance de l'obstacle.

M. Denonvilliers, après avoir examiné avec attention la malade de M. Demarquay, n'était point arrivé à un diagnostic précis; il était décidé à ne point tenter une opération grave et à nourrir seulement cette malade. Mais en explorant avec plus de soin le conduit de cette enfant, il ne tarda point à reconnaître que le corps étranger était arrêté au-dessus du bord supérieur du thorax. Là on pouvait facilement avec les mains renvoyer ce corps étranger d'un côté du cou à l'autre. La certitude de sentir le corps étranger lui fit conseiller de pratiquer l'œsophagotomie; d'ailleurs cette pièce de monnaie était fortement enclavée dans l'œsophage.

M. Denonvilliers ajoute, en terminant, que l'ancienneté de l'accident jette souvent une grande obscurité sur les symptômes et peut dérouter le chirurgien.

— Cette discussion sera continuée dans la prochaine séance.

— A cinq heures la Société se réunit en comité secret.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous croyons pouvoir donner comme certaine la nomination de M. le docteur Donné, aujourd'hui recteur à Strasbourg, à la place de recteur de la nouvelle Académie de Montpellier, qui comprendra quatre départements. Nous savons d'une manière positive que cette haute position a été offerte à l'honorable doyen de notre Faculté, M. Bérard ; nous savons aussi que l'habile professeur de chimie, désireux de se livrer tout entier, comme par le passé, aux travaux de l'enseignement, n'a pas hésité à refuser cette offre. (*Revue thér. du Midi.*)

— Le concours pour les prix annuels vient d'avoir lieu à la Faculté de Montpellier; on nous assure que ses résultats ont été très brillants et que les juges ont regretté de ne pouvoir récompenser un plus grand nombre de candidats. Voici quels sont les lauréats du concours :

1re *année*. Prix : MM. Forni et Planchon, *ex æquo*; 1re mention honorable à M. Romain ; 2e mention à M. Fontan. — 2e *année*. Prix : M. Chabrier; mention honorable à M. Sabatier. — 3e *année*. Prix : M. Vignal ; mention honorable, *ex æquo* à MM. Labayles et Bonnes.— 4e *année*. Prix : M. Villars ; mention honorable à M. Delluc.

— Le docteur Juan-Christian-Auguste Clarus, qui pendant trente-neuf ans professa la médecine à l'université de Leipsick, vient de mourir à l'âge de 80 ans. Clarus passait pour le plus habile professeur de clinique de l'Allemagne. On a de lui d'importants travaux sur l'anatomie, la pathologie, l'aliénation mentale et la médecine légale. C'est lui qui le premier fit connaître à l'Allemagne les œuvres de Bichat.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Benett. On pulmonary tuberculosis. In-8°. London, Simpkin, Marshall and C°. Paris, J.-B. Baillière.

Des Fièvres intermittentes; par M. le docteur Dimulle (thèse inaugurale). Paris, chez Rignoux, rue Monsieur-le-Prince, 31.

Notice sur les Eaux minérales de Saint-Gervais en Savoie, par le docteur J.-F. Payen, avec carte et vue. — A Paris, chez Jannet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28, et Dentu, Palais-Royal. Prix : 1 fr.

Le Gérant.
Paris, — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

Nous avons indiqué dans notre dernier bulletin les chiffres des décès pour la ville, les hôpitaux civils et les hôpitaux militaires jusqu'au 17. Voici le chiffre des cas nouveaux et des décès pour les hôpitaux civils du 17 au 23 août, en rétablissant pour la première journée les cas nouveaux qui ne figuraient pas dans notre dernier relevé.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 17 août,	58	16	74	30	36
18 »	64	13	77	11	28
19 »	47	11	58	26	29
20 »	41	2	43	24	23
21 »	42	8	50	26	24
22 »	28	8	36	25	19
23 »	41	5	46	21	22
	321	63	384	163	181

Situation générale des hôpitaux au 23 août.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		5,268
Sorties.	2,025	4,714
Décès.	2,689	
Restant en traitement.		554

En comparant ce relevé à celui de la semaine précédente, il n'y a pas, comme on peut le voir, de changement sensible. La moyenne par jour est à peu près la même. Il n'y a d'autre fluctuation marquée que celle des 17 et 18, où le chiffre est sensiblement plus élevé. Cette augmentation tout accidentelle, et qu'il était aisé de prévoir, est manifestement due aux fatigues, aux excès inséparables d'un jour de fête, et sans doute aussi à l'agglomération des populations voisines.

Dans les départements, l'épidémie paraît tendre généralement à décroître. Il ne nous a été signalé qu'un seul département nouvellement envahi par le choléra, c'est le département des Pyrénées-Orientales.

On évalue en ce moment à 44,000 environ le chiffre des décès cholériques pour toute la France depuis le mois de février.

— En Italie, l'épidémie exerce toujours de grands ravages. Voici quelques détails que nous recevons d'un de nos correspondants sur la marche et le caractère de l'épidémie à Gênes, d'après les observations de M. le professeur Borelli (de Turin), qui est allé étudier la maladie sur les lieux :

Chez les deux tiers des malades, à tout âge, mais particulièrement chez les enfants, il y a, dit M. le professeur Borelli, une complication vermineuse qu'il faut surveiller et combattre pour en prévenir les fâcheuses conséquences pendant le cours de la maladie. Les vers (des *ascarides lombricoïdes*) sont ordinairement rendus par les voies inférieures, quoique souvent ils sortent également par la bouche. Ce médecin signale une autre complication : ce sont des éruptions cutanées, telles que la varicelle, une éruption ecthymateuse peu étendue ; de petites pustules presque vésiculaires, blanchâtres, toujours limitées à la figure, à la poitrine, aux bras ; de petites taches rougeâtres plus restreintes que celles propres à la fièvre pourprée.

En général, la cyanose et la voix rauque ne sont des symptômes ni constants, ni fréquents, ni les plus prononcés ; le froid marbré est plus rare encore, quoique dans la période algide l'on observe une température bien basse appréciable par tout le monde, mais dont les malades ne se plaignent pas. Les crampes mêmes ne sont pas très fréquentes ; pourtant, dans quelques cas, elles sont très violentes et très douloureuses. Le caractère essentiel de l'épidémie, c'est la prédominance absolue des phénomènes cérébraux sur ceux du ventre.

Appuyé sur ce fait et sur l'analogie entre les symptômes du choléra et ceux de la fièvre typhoïde, notre confrère trouve que les deux maladies ont des ressemblances très frappantes ; principe qui a été du reste reconnu par d'autres médecins italiens, qui voient dans le fléau actuel une espèce d'intoxication, une condition pathologique ayant avec la fièvre typhoïde une marche et des résultats presque identiques.

Tous les âges sont exposés au choléra, jusqu'aux enfants de quatre, de deux ans, de quelques mois. Bien peu de ceux-ci meurent. Les hommes figurent pour deux tiers dans le nombre total des malades. Les femmes enceintes comptent leurs victimes ; on a pu en sauver quelques-unes aux premiers mois de grossesse. Les nourrices ne sont pas épargnées ; la sécrétion du lait chez elles se fait de même, ce qui vient confirmer que l'affection gastro-entérique n'est pas celle qui prédomine.

Les moyens, sans comparaison, les plus utiles au commencement de la période algide ont été les frictions générales faites avec la neige dans le but d'exciter la réaction cutanée. A cet effet, on enveloppe les malades dans des couvertures de laine et on les laisse dans cet état pendant quelques heures jusqu'à ce que la chaleur soit revenue ; si elle ne se manifeste pas, on répète les frictions deux ou trois jours successivement. Ce moyen, sollicité par les malades mêmes, a été employé toujours heureusement, tandis que l'on a dû abandonner l'usage des bains à vapeur. L'application de la glace à la région épigastrique a été suivie d'un érythème maculeux sur ce point ; une semblable éruption a lieu sur les parties que l'on frictionne avec la neige, non sans avantages pour les symptômes internes, surtout cérébraux.

La réaction peut également être produite par l'usage interne de l'ammoniaque ou de son acétate, quelquefois par l'éther, mais pas toujours avec le même succès. A ce propos, M. le docteur Borelli trouve que l'emploi de l'ammoniaque est conseillé par analogie avec son action très bienfaisante dans la morsure de la vipère, maladie qui, selon lui, a des rapports symptomatologiques et critiques avec le choléra.

Les cataplasmes sinapisés et l'usage interne de l'opium gommeux dissous dans une tisane gommeuse ont été donnés, dit-on, avec utilité. Mais ce qui a réussi encore le mieux a été le sous-nitrate de bismuth en pilules, à la dose de 10 à 20 centigrammes toutes les trois heures ; les garde-robes et les vomissements ont été moins fréquents. En général il y a eu une certaine tolérance pour les médicaments, ce qui n'arrivait pas avec les boissons aqueuses froides, simples, ou gommeuses, ou acidulées.

La saignée générale est employée bien rarement, pendant que les sangsues trouvent une application bien commune et bien utile dans la seconde période, et même à la première lorsqu'il y a des symptômes cérébraux.

Au commencement de la maladie, on a eu recours aux lavements amidonnés ou laudanisés. Pourtant l'emploi des opiacés a été fait avec une certaine précaution, à cause des phénomènes cérébraux en question.

Un médicament enfin qui inspire une grande confiance à notre confrère, ce sont les préparations de quinine (le citrate ou le valérianate), comme dans les cas de fièvres pernicieuses à accès. L'on observe quelquefois après la réaction un retour à la période algide, à peine sensible si on veut, mais qui bien souvent se renouvelle. De là l'idée de se servir des préparations de quinine. L'emploi de l'éther quinique par inhalations se recommande quand on ne peut pas l'administrer autrement à cause des vomissements, de la diarrhée, de la cyanose, du froid algide de la peau, etc. Alors que l'absorption est impossible par les voies ordinaires, elle peut toujours s'accomplir par les poumons.

Notre correspondant pense que ce moyen d'introduction des remèdes dans l'organisme est appelé à rendre de grands services dans le traitement de l'épidémie actuelle.

Traitement du choléra par la strychnine.

Pendant que la strychnine était essayée à Paris par M. Abeille, par M. Sée et par un petit nombre d'autres praticiens, elle était expérimentée aussi et sur une large échelle dans plusieurs départements. Nous avons dit un mot dans le numéro de mardi dernier des essais infructueux qu'en a faits un médecin de Charly-sur-Marne, M. le docteur Sassot. M. le docteur Homolle, envoyé en mission dans les Vosges, a employé la strychnine sur un grand nombre de malades de l'arrondissement de Mirecourt, confiés à ses soins, et plusieurs praticiens des arrondissements voisins l'ont également employée à son instigation. La médication de M. Homolle diffère d'ailleurs en plusieurs points de celle de M. Abeille et de

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'épilepsie, histoire, traitement, médecine légale; par M. le docteur DELASIAUVE, médecin de l'hospice de Bicêtre. (Ouvrage dont la partie thérapeutique a été couronnée par l'Académie des sciences (1).

Voici encore, avec tous ceux qui existent sur le même sujet, un livre sur l'épilepsie ; mais heureusement, en l'écrivant, l'auteur n'a pas eu le dessein de révéler, comme tant d'autres en ont eu la prétention, un moyen *infaillible et tout nouveau* de guérir cette terrible affection. Si M. Delasiauve n'avait eu pour but, en publiant ce Traité, que de mettre en lumière un nouveau *spécifique*, nous n'eussions peut être pas jugé nécessaire de consacrer à son travail un long article, nous contentant de faire ressortir l'inanité d'une doctrine qui aurait la présomption de guérir par un seul remède une maladie qui dépend de tant de causes diverses, qui offre après la mort tant d'altérations variées, et dont la nature est essentiellement inconnue jusqu'à présent. Heureusement, nous le répétons, il n'en est pas ainsi. L'ouvrage que nous avons sous les yeux, et dont nous allons présenter une courte analyse, contient une foule de choses neuves, d'études originales qui méritent d'être examinées d'une façon toute particulière, et sur lesquelles nous nous étendrons avec le soin convenable.

Comme l'indique le titre de son Traité, M. Delasiauve a divisé son sujet en trois grandes sections dont nous nous occuperons successivement : histoire, traitement, médecine légale.

Pour l'auteur, l'épilepsie doit être définie : une maladie qui a pour cachet essentiel des attaques communément soudaines et rapides, avec ou sans chute, où l'abolition, presque toujours complète, des facultés intellectuelles et sensoriales s'associe à des contractions et à des secousses convulsives plus ou moins généralisées. Quant à la nature et au siége, loin d'être positivement connus, ils sont à peine soupçonnés, et tout ce que l'on peut dire à ce sujet se résume en ceci : que le mouvement spasmodique provient évidemment d'une altération nerveuse, mais que bien définir son caractère semble excéder les notions actuelles de la science.

M. Delasiauve admet trois sortes d'épilepsie :

1° Une essentielle ou idiopathique, se manifestant seulement par des déviations fonctionnelles sans lésion, répondant à de simples souffrances nerveuses, constituant, en un mot, une véritable névrose ;

2° Une épilepsie symptomatique appartenant à une lésion cérébrale plus ou moins appréciable, le spasme convulsif étant ici le symptôme et non le mal ;

3° Une troisième enfin, dite sympathique, produite par l'irradiation d'impressions anomales pouvant avoir leur siége dans toutes les parties du corps autres que l'encéphale ou ses dépendances.

Nous passerons rapidement sur les chapitres consacrés à la symptomatologie, à la marche, aux conséquences et aux terminaisons de l'épilepsie. Ces divers points de l'étude de la maladie ont été de la part de tous les auteurs l'objet de recherches trop multipliées pour qu'il fût possible d'en présenter un tableau complétement original et nouveau. Cependant nous devons signaler quelques passages où M. Delasiauve a prouvé, en comblant certains *desiderata* de l'histoire de l'épilepsie, qu'il a envisagé son sujet sous toutes ses faces et qu'il ne s'est pas traîné dans l'ornière de la routine.

Jusqu'alors on n'avait rien ou presque rien écrit sur l'influence de l'épilepsie sur les facultés mentales. Les polygraphes et les aliénistes avaient indiqué sans aucuns développements la corrélation qui existe entre l'état pathologique dont il est ici question et le plus ou moins d'altération de l'intelligence. M. Delasiauve a pensé avec raison qu'il y avait là quelque chose à faire, et il a dit à cette occasion ce que l'expérience lui avait appris.

Nous appellerons également l'attention sur un chapitre des plus intéressants où M. Delasiauve a étudié avec soin l'influence des vicissitudes atmosphériques, des saisons, des climats, du jour et de la nuit sur l'apparition de la maladie, sur le retour des accès, etc. Le sujet de ce chapitre est entièrement nouveau, et, à part quelques recherches de M. Beau et de Leuret entreprises dans le même sens, mais très incomplètes, il n'existe dans la science aucun document sérieux et assez étendu pour mener à des résultats pratiques d'une certaine valeur.

Nous n'avons rien trouvé de bien nouveau dans ce qui a trait à l'anatomie pathologique et aux causes de l'épilepsie ; la science est encore loin d'être faite sur ces deux points, et tout ce que nous pouvons dire des chapitres où ils sont traités, c'est qu'ils sont complets et qu'il n'y manque rien du peu que nous possédons aujourd'hui. Nous n'en dirons pas autant du chapitre où est examinée la question du diagnostic différentiel. C'est là surtout que l'on reconnaît le véritable observateur, et on lira avec profit le parallèle tracé par l'auteur entre les

(1) Un vol. in-8°. Chez Victor Masson.

M. Sée. Voici de quelle manière il prescrit la strychnine (et non le sulfate de strychnine) :

Strychnine pure.	0,020
Canelle de Ceylan pulvérisée.	2,000
Aloès pulvérisé.	0,200

Mêlez et divisez en 20 prises.

(L'aloès a été supprimé plus tard comme un adjuvant sans importance, et dont la saveur désagréable rendait plus difficile l'administration du médicament.)

Ces prises étaient administrées de quart d'heure en quart d'heure, de demi-heure en demi-heure, selon la gravité des cas et l'époque plus ou moins éloignée du début de l'attaque, dans une cuillerée de potion fortement éthérée, suivie immédiatement d'une cuillerée d'eau froide ou d'un fragment de glace.

Voici ce qu'a observé, en général, M. Homolle lorsque les prescriptions étaient régulièrement suivies.

Les vomissements ne persistaient pas au delà de la troisième ou quatrième prise de poudre; les crampes perdaient progressivement de leur intensité, ainsi que l'anxiété précordiale; la jactitation était remplacée par le calme; la soif devenait moins vive; le pouls se relevait; la voix revenait et la diarrhée, sans cesser, diminuait de quantité et changeait de nature. Même dans le cas où l'atteinte trop profonde de l'organisme ne permettait aucun espoir, on pouvait, dit M. Homolle, constater un sentiment de mieux être, et l'agonie a paru plus calme que celle des cholériques qui n'avaient pas été soumis à ce traitement.

Dans aucun cas la strychnine ainsi administrée n'a déterminé d'accidents tétaniques ou même de simples mouvements convulsifs. M. Homolle ne donne, du reste, aucun chiffre qui puisse permettre d'apprécier, même approximativement, les résultats comparatifs de cette méthode avec les résultats moyens connus des méthodes en usage. En résumé, il formule en ces termes les résultats de son observation :

La strychnine, administrée de manière à n'en présenter à l'absorption qu'un *milligramme* à la fois, n'a déterminé dans aucun cas d'accidents.

Elle a été utile en contribuant pour une grande part à provoquer une réaction moins vive et moins brusque que celle obtenue dans les épidémies antérieures par les stimulants diffusibles, mais progressive et moins sujette à présenter les phénomènes de congestion encéphalique violente.

Enfin, dans les cas même où son emploi n'était pas suivi d'une franche réaction, son influence, loin d'être nuisible, a paru diminuer la jactitation, l'anxiété précordiale, et modérer la plupart des phénomènes graves de la période asphyxique.

— Nous avons continué nos investigations près des hôpitaux de Paris, mais elles sont restées à peu près stériles. Nous avons trouvé presque partout des dispositions réfractaires à l'emploi de la strychnine. Quelques essais timides faits çà et là et cessés après un premier insuccès ou des accidents attribués à l'action du médicament, c'est tout ce qu'il nous a été possible de recueillir.

Quelques résultats de la pratique civile ont été publiés. Un médecin du 5e arrondissement, entre autres, dit avoir essayé le sulfate de strychnine et avoir eu 5 décès sur 6 malades soumis à ce traitement. Mais la manière dont ce médecin a administré la strychnine (*associée à l'opium*) ne permet évidemment de rien conclure de ces faits. Nous devons à la vérité de déclarer que quelques-uns des faits négatifs qui nous ont été communiqués de la province sont de nature à ne pas permettre davantage une déduction quelconque.

Avant de rien conclure à notre tour, nous croyons devoir attendre encore que des faits plus précis, mieux observés et surtout produits dans des conditions d'expérimentation plus rationnelles et plus rigoureuses soient parvenus à notre connaissance. S'il ne s'en produisait pas de nouveaux, nous essayerions à apprécier l'ensemble des faits acquis jusqu'ici et à en faire ressortir les conséquences qu'ils nous paraissent renfermer.

Choléra survenu pendant un traitement par la strychnine et suivi de mort.

Nos lecteurs ont pu remarquer que nous accueillons avec une égale impartialité les documents qui nous sont fournis pour ou contre la méthode curative du choléra par la strychnine. Cette question a déjà donné matière à des discussions intéressantes. Tandis que les débats sont ouverts, nous croyons devoir y introduire, au moins comme fait curieux, celui que vient de nous communiquer M. Champouillon.

M. H..., âgé de quarante-six ans, lieutenant d'infanterie, a été atteint il y a quelques mois d'une apoplexie cérébrale de moyenne intensité, suivie d'engourdissement et de paralysie incomplète de la jambe et du bras droits. Admis à l'hôpital du Val-de-Grâce le 14 août, M. H... y fut soumis au traitement suivant : sangsues derrière les oreilles pour débarrasser la tête d'un sentiment de pesanteur douloureuse datant de quelques jours; lavements laxatifs contre la constipation entretenue par l'inertie de l'intestin. Des frictions stimulantes sont pratiquées sur les membres engourdis.

Cette médication amène dans l'état général du malade une légère amélioration dont celui-ci se montre très satisfait. Cependant, comme la céphalalgie persiste, bien qu'elle ait diminué, ainsi que l'engourdissement hémiplégique, M. Champouillon fait appliquer sur la nuque un large vésicatoire destiné à agir comme révulsif et à ouvrir en même temps une voie à l'absorption de 2 centigrammes de strychnine qui seront appliqués chaque jour sur la surface de la peau dénudée.

Le second jour de cette application (20 août), M. H... est pris tout à coup, pendant la nuit, de diarrhée séreuse très abondante. Bientôt cette diarrhée se calme d'elle-même; mais alors surviennent des vomissements, des crampes dans les mollets, du refroidissement, de la cyanose, une soif ardente; le pouls disparaît; en un mot, on voit se déclarer une attaque foudroyante de choléra indien.

A l'heure de la visite du matin, la voix du malade est complétement éteinte, la respiration est devenue très difficile, tant par suite de la plénitude pulmonaire que par l'effet de la contraction convulsive des muscles thoraciques. Un bain de vapeur ramène un peu de chaleur; on cherche à seconder l'action de ce bain au moyen de frictions faites avec l'huile essentielle de térébenthine, qui ne produit aucun effet appréciable. Une saignée déplétive de 300 grammes fournit lentement un sang noir très épais. A partir de ce moment le malade décline rapidement et succombe à dix heures du matin.

Assurément cette observation n'offre, ainsi que nous le fait remarquer M. Champouillon, qu'une valeur insuffisante comme témoignage contre l'action curative de la strychnine dans les cas de choléra, surtout si l'on réfléchit que 4 centigrammes seulement de cette substance ont été absorbés. Mais il est permis cependant de s'inquiéter de savoir si la strychnine n'a pas augmenté le spasme des muscles thoraciques, spasme assez habituel, il est vrai, dans cette maladie. D'un autre côté, il est digne de remarque toutefois que le choléra est venu frapper un sujet au moment même où celui-ci se trouvait sous l'influence d'un agent proclamé comme spécifique de cette affection. Nous ne voulons rien déduire cependant de ce dernier fait, parce qu'il ne nous est pas démontré qu'un homme puisse se prémunir contre la fièvre intermittente en abordant un marais après avoir préalablement ingéré une certaine dose de quinine.

Au moment où nous venions de recevoir la note de M. Champouillon, nous apprenions que deux faits semblables avaient été observés à la Maison de santé par M. Vigla. Voici ce que nous venons d'apprendre en effet à l'instant de M. Vigla lui-même.

Au début de l'épidémie, à une époque où il n'était pas encore question du sulfate de strychnine, M. Vigla a vu deux malades paralytiques être atteints de choléra mortel pendant le cours d'un traitement par la strychnine, dont ils prenaient de 1 centigramme à 1 centigramme et demi. Ce fait l'a assez frappé pour qu'il se soit demandé un instant s'il ne devait pas attribuer à ce médicament une part dans la production de la maladie. Quoi qu'il en soit, il s'est abstenu de l'administrer depuis cette époque.

Vaste ulcère cancroïde développé à l'extrémité du moignon chez un sujet amputé de l'avant-bras pour un cancroïde de la face dorsale de la main. — Question de la récidive du cancroïde.

Nous avons vu récemment M. le professeur Velpeau pratiquer l'amputation du bras pour un cas de cancroïde récidivé. Voici en deux mots l'histoire de ce malade, qui présente un intérêt particulier au point de vue de la question controversée de la récidive du cancroïde.

Cet homme avait été amputé de l'avant-bras au point d'élection pour un cancroïde de la main développé sur une cicatrice d'une ancienne brûlure. La cicatrisation du moignon était parfaitement consolidée et depuis assez longtemps déjà, lorsqu'une ulcération, semblable à celle qui avait jadis envahi la cicatrice de brûlure de la main, envahit à son tour la cicatrice du moignon. Celle-ci ne tarda pas à être détruite en totalité, et à l'époque où le malade entra à la Charité (vers la fin de juillet) le moignon était le siége d'une vaste ulcération qui occupait une surface de 10 à 12 centimètres de diamètre, au sommet de laquelle on voyait poindre les os de l'avant-bras; la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et l'extrémité des os eux-mêmes, tout était atteint par l'ulcération.

Ce serait donc là un exemple de récidive de cancroïde, non point par continuité, mais à distance et sur un tissu cicatriciel depuis longtemps consolidé, circonstance qui infirmerait à quelques égards les idées émises par les auteurs et partisans de la théorie du cancroïde, d'après lesquelles le cancroïde ne récidiverait jamais que sur place ou par voie de continuité des vaisseaux lymphatiques. Ce fait, aux yeux de M. Velpeau, compléterait l'analogie du cancroïde et du cancer, qu'il n'a jamais séparés dans sa pensée, et qui ne sont à ses yeux que deux variétés d'une même affection.

Ce malade, après avoir subi l'amputation à la partie moyenne du bras, à quitté l'hôpital ces jours derniers, en pleine voie de cicatrisation.

Entropion ancien et trychiasis partiel guéris par l'application du collodion.

Dès qu'on a eu connaissance des propriétés adhésives et rétractiles du collodion, on a pu en concevoir immédiatement, et *à priori*, une foule d'applications utiles, pour les cas, par exemple, où il s'agissait de combattre, soit temporairement, soit d'une manière permanente le prolapsus ou le relâchement de certaines parties membraneuses. Tel est en particulier le cas de l'entropion. L'idée d'opposer la propriété rétractile du collodion à l'entropion était trop naturelle pour qu'elle ne dût pas, à la première occasion, se présenter à l'esprit des praticiens; aussi a-t-elle été formulée théoriquement, avant même que les occasions de l'appliquer eussent surgi. Mais l'application n'a pas tardé à suivre. Un chirurgien anglais, dont le nom nous échappe en ce moment, a communiqué il y a plusieurs mois à la Société médicale de Londres le fait d'une dame chez laquelle on avait tenté deux opérations sans succès pour la débarrasser de son entropion, et chez laquelle on avait obtenu un grand soulagement par l'application du collodion.

Un de nos correspondants, M. le docteur Marchand (de Versailles), vient de nous communiquer deux faits analogues, dans lesquels l'application du collodion a été suivie de bons résultats. Il s'agissait d'un entropion ancien et d'un trychiasis partiel réfractaire à tous les moyens.

« L'idée me vint, nous écrit notre confrère, de mettre à profit

---

variétés convulsives, comme aussi de savantes et ingénieuses considérations sur l'hystérie, la catalepsie et l'extase.

M. Delasiauve a tant vu, qu'il lui est à peu près impossible de passer à côté d'une des maladies qui offrent un point de contact direct ou indirect avec l'affection à laquelle son livre est consacré sans l'effleurer et sans profiter de l'occasion pour y consigner quelques idées toujours justes, souvent originales. Nous sommes loin, du reste, de nous plaindre de cette manière de procéder, car elle nous vaut, en cet endroit en particulier, une courte discussion sur l'extase et la catalepsie, deux états morbides que l'auteur serait tenté de réunir sous un seul nom, celui d'extase cataleptique; car, à son avis, ces deux variétés de la disposition morbide ne seraient que des degrés d'une même affection, dont l'extase serait le premier degré, et dont la catalepsie formerait le dernier terme.

Nous avons dit, en commençant cet article, que M. Delasiauve, au contraire de ceux qui ont fait de l'épilepsie l'objet de traités spéciaux, n'avait pas de *panacée*, de spécifique contre cette affection, et nous l'en avons déjà félicité; ç'a été tout d'abord pour nous une garantie de bonne foi et de sincérité de l'auteur. Non pas que nous accusions de charlatanisme tous ceux qui proposent de nouvelles médications antiépileptiques; mais nous affirmons que celui qui prétend toujours guérir avec le même remède une maladie de nature si complexe, dépendant de causes si diverses, et dont les lésions appréciables sont si peu constantes, nous affirmons que celui-là peut toujours être soupçonné de vouloir tromper les autres, ou d'avoir mal observé et de s'être trompé lui-même.

Cela veut-il dire que M. Delasiauve reconnaît l'impuissance absolue de tout traitement? Nullement. Il croit seulement que les ressources de la thérapeutique sont ici très précaires; que dans un grand nombre de cas les médications vantées comme spécifiques échouent. Mais il pense néanmoins qu'il faut essayer celles qui paraissent le mieux appropriées au cas dont il s'agit, les varier, les combiner de mille manières, et peut-être arrivera-t-on à un soulagement, sinon à une guérison complète. C'est dans ce but qu'il a consacré tout un chapitre, le plus long de son ouvrage, à un historique détaillé, à un exposé complet des différents modes de traitement et des remèdes empiriques ou rationnels conseillés par ceux qui l'ont précédé.

Tout s'y trouve discuté, depuis les remèdes les plus innocents jusqu'aux plus bizarres et aux plus dangereux; depuis l'indigo et l'oxyde de zinc jusqu'au trépan de Tissot, à la trachéotomie de Marshall-Hall, à la ligature des carotides du docteur Preston, à la section des nerfs et à la castration. Dans certains cas où l'épilepsie paraissait tenir à une maladie éloignée dont elle aurait été le symptôme ou la conséquence, la syphilis, par exemple, les organopathies saturnines, les affections cutanées rebelles, on s'est bien trouvé quelquefois de l'emploi des médications spécifiques destinées à guérir l'état morbide auquel on attribuait la production de l'épilepsie. Mais est-ce à dire pour cela que le mercure, par exemple, soit le remède de l'épilepsie?

Le traitement auquel M. Delasiauve ajoute le plus de confiance, sans en attacher encore plus qu'il n'en mérite, c'est le traitement hygiéniqu, la modification des milieux dans lesquels se trouve l'épileptique, une diététique sévère, souvent l'isolement, l'éloignement de toute émotion morale vive, la rupture brusque des habitudes; en un mot il soutient, avec la plus grande raison, qu'il faut s'attacher nonseulement à modifier le principe même de la maladie, mais encore la dispostion fonctionnelle qui en dérive et qui lui survit.

L'épilepsie soulève fréquemment de graves difficultés. Les questions médico-légales qui s'y rattachent sont nombreuses, et leur solution est souvent fort embarrassante. On comprend à peine comment aucun des auteurs qui ont écrit sur le sujet qui nous occupe n'a jugé à propos de consacrer à la médecine légale de l'épilepsie quelques pages où le médecin non spécialiste, le juge chargé de prononcer sur le sort d'un infortuné de cette catégorie, puissent trouver des renseignements, des conseils sur les points litigieux à l'occasion desquels ils sont consultés. Ici la lacune était bien plus grande encore que dans toute autre partie de l'histoire du mal caduc. M. Delasiauve a fait de ces difficultés l'objet d'une étude sérieuse; il a examiné la vie de l'épileptique sous le triple rapport médical, administratif et judiciaire. On jugera de l'importance des chapitres qui forment cette section de l'ouvrage par l'énoncé seul des matières qui y sont traitées : responsabilité, séquestration, interdiction, actes civils (contrats et testaments), comparution en justice, mariage et simulation.

Nous terminerons ici ce compte rendu, dans lequel nous nous sommes efforcé de faire passer sous les yeux du lecteur l'ensemble du cadre que s'est tracé M. Delasiauve. C'est, nous pouvons le dire sans être taxé d'exagération, le meilleur livre et le plus complet qui existe encore sur l'épilepsie.

Dr A. Foucart.

l'action rétractile du collodion, et aussitôt, avec un pinceau chargé de cette substance pure, je fis, à quelques millimètres du bord libre de la paupière, un trait comprenant toute la longueur du bord pour l'entropion, et suivant une partie seulement du bord pour le trychiasis partiel. J'obtins immédiatement le renversement en dehors de la paupière et des cils; et telle est la puissance de rétraction, que si je faisais le trait de collodion trop large, je produisais un ectropion momentané.

» Il est bien vrai qu'il faut répéter souvent l'application du collodion pour obtenir un résultat définitif.

» Toujours est-il que par ce moyen si simple j'ai délivré deux malades d'affections des paupières qui devaient bientôt compromettre le globe oculaire. »

Bien que M. Marchand n'ait pas la priorité de l'idée de cette méthode, ainsi qu'il a pu le croire, ignorant sans doute le fait que nous venons de rappeler, sa communication n'en est pas moins intéressante et méritait d'être signalée. — Dr Brochin.

Choléra à Londres.

Semaine du 12 au 19 août 1854.

Mortalité générale	1,833
— due au choléra	729
Cette mortalité se répartit :	
1° Sous le rapport des âges :	
Au-dessous de 15 ans	214
— de 15 à 60 ans	426
— de 60 ans et au-dessus	89
2° Sous le rapport des localités :	
District de l'ouest	184
— du nord	38
— du centre	32
— de l'est	105
— du midi	370

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Du psoriasis.

Le mot psoriasis n'a pris dans la science une acception bien déterminée que depuis Willan. Du reste, au point de vue exclusivement clinique où nous nous sommes placé dans ces leçons, il nous importe peu de savoir si la maladie désignée aujourd'hui sous le nom de psoriasis est ou non le psôra des anciens; il suffit que l'on s'entende sur les caractères distinctifs de cette affection, que vous trouverez décrite dans l'ouvrage d'Alibert sous les noms d'*herpès furfureux* et d'*herpès furfureux circiné*.

On appelle psoriasis une maladie caractérisée par des squames épaisses, imbriquées, adhérentes, blanches et recouvrant une portion de peau rouge et saillante. Ce n'est pas seulement l'épiderme qui est altéré dans cette affection; la partie superficielle du derme qui sécrète l'épiderme est nécessairement atteinte, et c'est là ce qui distingue l'état squameux propre au psoriasis de celui qui se montre à la fin des exanthèmes (rougeole, scarlatine, érysipèle, etc.). En effet, dans ces dernières affections, l'épiderme détaché s'exfolie, et celui qui se forme à la place est sain et apte à remplir ses fonctions. Dans le psoriasis et dans les autres affections squameuses, l'épiderme sécrété n'est pas viable; il tombe, et celui qui le remplace est également altéré.

Le psoriasis, considéré dans son aspect général, offre pour caractères principaux : les squames, la coloration rouge sur laquelle ces squames reposent, et l'épaississement de la peau au niveau des parties malades.

Les *squames* sont épaisses, assez larges, consistantes, blanches, luisantes, imbriquées, adhérentes, et cependant se détachant avec facilité sous le frottement du doigt, et quelquefois en grande abondance. Cette adhérence semble constituée par des liens vasculaires. Après leur ablation on voit une surface rouge, quelquefois saignante.

Cette *rougeur* est ordinairement brune, foncée, non inflammatoire. On la voit sous les plaques, et de là les squames. Celles-ci enlevées, la surface rouge est souvent couverte d'une lame épidermique mince et fendillée en plusieurs points.

L'*épaississement* est, en général, peu marqué; mais la peau est sèche, rendue rugueuse par l'existence des squames. Dans le psoriasis invétéré, il y a des fentes, des rhagades, et parfois un léger suintement accompagné de sensibilité. Ces désordres se montrent surtout au niveau des articulations.

Quoi qu'en dise M. Devergie, il y a souvent des démangeaisons et même des démangeaisons assez vives pour déterminer de l'insomnie. A cela près, la santé générale est très bonne. Notons cependant que chez les vieillards il peut y avoir de l'émaciation, de la langueur dans les fonctions, et s'il survient alors une maladie intercurrente, les forces manquent au malade pour y résister.

Quant au mode de répartition des plaques, il est très rare qu'elles occupent toute l'étendue de la surface tégumentaire. C'est du reste, ce que nous allons voir en étudiant les variétés du psoriasis. Ces variétés peuvent être partagées en trois groupes, d'après la *forme*, le *siége* et l'*intensité*.

D'après la *forme*, ce sont :

1° Le *psoriasis guttata*, qui ressemble à des gouttes de bougie répandues sur la peau; il y a là une petite élevure rouge de la grosseur d'une forte tête d'épingle ou d'un petit pois, recouverte de squames.

2° Le *psoriasis punctata* n'est qu'une modification du précédent; seulement les gouttes sont plus petites.

3° Le *psoriasis nummulaire*, ainsi nommé à cause de la forme arrondie des plaques qui ressemblent à des pièces de monnaie.

4° La *lèpre vulgaire* dont Willan, Biett, etc., ont fait à tort une maladie spéciale, et qui n'est autre chose qu'un psoriasis en forme de plaques arrondies, évidées et saines au centre; ces anneaux sont tantôt complets ou fermés, tantôt interrompus dans une partie de leur circonférence, quelquefois réunis en 8 de chiffre, ailleurs formant des espèces de cartes géographiques. Un malade m'a présenté la carte de l'Angleterre assez nettement dessinée sur le dos. Ces anneaux succèdent quelquefois au psoriasis nummulaire dont la partie centrale guérit, tandis que la circonférence reste malade; ou bien ce sont de petites plaques de *psoriasis guttata* qui viennent se juxtaposer circulairement. C'est dans ces cas surtout que le cercle est assez souvent interrompu.

5° Dans le *psoriasis gyrata*, ce sont des cordons rouges, élevés et squameux, décrivant des courbes capricieuses et irrégulièrement contournées. Cette variété se rapproche beaucoup de la précédente.

6° Enfin nous noterons encore le *psoriasis diffusa*, qui présente de larges plaques irrégulières dispersées sur la surface du corps.

D'après le *siége*, on reconnaît les variétés suivantes :

1° Le *psoriasis communis*, qui affecte surtout les genoux, les coudes, et offre en outre quelques plaques éparpillées sur différentes parties du corps;

2° Le *psoriasis capitis*, caractérisé par des squames épaisses et dures occupant le cuir chevelu, le front, la racine des cheveux; il y en a aussi au visage;

3° Le *psoriasis palmaria* et le *psoriasis plantaria*, qui affectent la paume des mains, la plante des pieds, particulièrement le talon. Les parties malades sont couvertes de squames plus ou moins épaisses; la peau, hypertrophiée et rugueuse, se gerce, se fendille, et, quand les mains sont affectées, les malades ne peuvent se livrer à des travaux manuels.

4° Le *psoriasis unguium* coïncide souvent avec le *psoriasis palmaria*. L'ongle devient dur, inégal, raboteux, se détache souvent, et à sa place on voit se développer un champignon dur et difforme.

5° Le *psoriasis præputialis*. Le prépuce est rouge, épaissi, gercé, fendillé; il se recouvre de squames minces. Ces désordres gênent le découvrement du gland et s'opposent aux fonctions génitales.

6° Le *psoriasis des paupières* produit des altérations semblables sur les voiles membraneux; il les renverse et donne assez souvent lieu à un épiphora fort incommode.

7° Enfin le *psoriasis* peut être *général*. Cette forme est très rare. Je n'en connais qu'un seul exemple. Toute la peau, rouge et tendue, était couverte de squames minces et nacrées.

Considérant le psoriasis au point de vue de l'*intensité*, on distingue une variété malheureusement trop commune, dont le nom seul annonce assez le caractère principal: c'est le *psoriasis inveterata*. La peau devient indurée, gercée, crevassée dans tous les sens; les squames sont ici très minces, très ténues. Cet état détermine souvent de vives douleurs, surtout dans les mouvements.

La *marche* du psoriasis est en général très longue, offrant de nombreuses alternatives de guérison et de réapparition des plaques squameuses. Les intervalles pendant lesquels la peau a repris ses caractères ordinaires sont très variables; deux, trois, six, huit, dix mois, un an, dix ans même peuvent s'écouler ainsi, puis la maladie reparaît.

Le *diagnostic* de cette maladie est en général facile. La rougeur avec sécheresse et épaississement de la peau; l'aspect brillant et nacré des squames, leur dureté, leur épaisseur, suffisent le plus souvent à la faire reconnaître. Nous avons vu, à propos de l'eczéma et des lichens, quels sont les caractères qui distinguent le psoriasis de ces deux maladies. Dans le *pityriasis* la peau n'est pas rouge, les squames sont furfureuses. Dans l'*ichtyose* la peau n'est pas rouge, n'est pas épaissie; les squames sont grises, ternes, en forme de losange, juxtaposées; elles occupent la totalité ou la presque totalité du corps. Enfin, cette maladie est presque toujours congénitale.

Le *pronostic* est grave, en ce sens que la maladie est très opiniâtre, et récidive, comme nous l'avons déjà dit, avec la plus grande facilité. La guérison radicale est excessivement rare.

Relativement à l'*étiologie*, nous citerons comme causes prédisposantes le tempérament sanguin, le sexe masculin, la jeunesse (de dix à vingt ans), les changements de saison et l'hérédité. Comme causes accidentelles, les excès de table, les veilles, les refroidissements brusques, les émotions morales vives, etc.

Le *traitement* a pour but, dans le psoriasis comme dans les autres espèces de dartres, de combattre l'état local et de détruire la disposition générale.

Parmi la multitude de moyens locaux proposés par les auteurs, nous distinguerons les suivants : pommades soufrées et mercurielles, huile de cade et goudron. Les pommades soufrées sont en quelque sorte le traitement banal des dartres; on ne s'est pas fait faute de les administrer dans le traitement du psoriasis. On a surtout employé l'iodure de soufre à la dose de 1 à 2, et même 3 grammes d'iodure pour 30 grammes d'axonge. Les pommades mercurielles ont certainement plus d'efficacité, mais elles ont un inconvénient appliquées sur de larges surfaces, c'est d'exposer à des accidents d'absorption mercurielle (salivation). Les plus usitées sont la pommade au proto-nitrate de mercure (1 gramme pour 30 grammes d'axonge), mais surtout celle au proto-iodure, qui contient à peu près les mêmes proportions. La pommade au goudron a souvent fourni d'excellents résultats. Enfin, dans ces derniers temps, on a introduit dans la pratique un moyen depuis longtemps employé d'une manière empirique par les paysans du Midi : les onctions avec l'huile de cade ou de genévrier. Parmi les moyens externes, nous devons encore mentionner les bains, mais particulièrement les bains sulfureux et alcalins, qui jouent un grand rôle dans le traitement de cette affection. Les bains de vapeur sont aussi communément employés.

A l'aide des moyens locaux on réussit très souvent à guérir le psoriasis, et même en assez peu de temps, mais les récidives ont lieu avec plus de facilité et de promptitude que quand on met en usage la médication interne.

Quels sont les moyens généraux de traitement que commande le psoriasis ? Quand le sujet est jeune, vigoureux, que la rougeur est vive, les démangeaisons intenses, on peut débuter par une saignée du bras; puis, après avoir employé pendant quelques jours les moyens émollients généraux et locaux, on passe à la thérapeutique spéciale, que l'on peut essayer d'emblée chez les sujets placés dans des conditions ordinaires. Cette thérapeutique spéciale comprend les arsenicaux et la teinture de cantharides; les premiers sont beaucoup plus usités que cette dernière.

Les préparations arsenicales dont l'emploi est le plus répandu sont les suivantes : d'abord la solution de Pearson, qui contient 5 centigrammes d'arséniate de soude pour 30 grammes d'eau distillée, et s'emploie à la dose de 10 à 12 gouttes, que l'on peut porter jusqu'à 4 grammes dans un véhicule quelconque. Vient ensuite la solution plus active de Fowler, puisqu'elle renferme 1 pour 100 d'acide arsénieux, et qui s'administre de la même manière, mais nécessairement en plus faible proportion; ainsi on commence par 3 ou 4 gouttes par jour, et on élève progressivement cette dose jusqu'à 10, 12 et même 15 gouttes au plus par jour. La solution arsenicale dont nous avons donné la formule à l'occasion du lichen (numéro du 10 août) pourra encore être employée. Enfin certaines personnes font usage des pilules dites asiatiques (5 centigrammes d'acide arsénieux pour 12 pilules), et dont on prend une, puis deux par jour. Du reste, quelle que soit la préparation dont on fait usage, l'administration des arsenicaux doit être surveillée avec beaucoup de soin, afin que le médecin se trouve prêt à suspendre et même à cesser le remède s'il survient des accidents d'intoxication.

La teinture de cantharides s'administre ici exactement comme dans le lichen; nous n'avons donc pas à revenir sur cette médication (*Gazette des Hôpitaux*, 10 août).

Pour le psoriasis comme pour les autres espèces de dartres, un régime diététique sévère est de rigueur, et le traitement médical le mieux dirigé d'ailleurs serait inefficace si le malade restait sous l'influence de causes qui peuvent déterminer le développement de la maladie.

Comme médication perturbatrice active et souvent suivie de succès, nous devons indiquer les eaux minérales sulfureuses prises en bains, douches et boissons. Parmi les sources que l'on conseille le plus habituellement, nous citerons Louësche, Baréges, Bagnères-de-Luchon, Aix-la-Chapelle et Aix en Savoie.

MÉMOIRE SUR LA MÉDICATION FERRUGINEUSE.

Par M. T.-A. Quevenne.

(*Analyse du rapport de* MM. Caventou, Cruveilhier *et* Bouchardat, *rapporteur*) (1).

Entrant dans une voie complétement nouvelle, M. Quevenne, dit le rapport, par une suite d'expériences considérables exécutées à l'aide de chiens à fistules stomacales, a tâché d'élucider les problèmes les plus importants qui se rattachent à l'administration des préparations ferrugineuses associées aux aliments usuels.

L'auteur a expérimenté sur plusieurs chiens à fistule. Les résultats ont toujours été dans le même sens; aussi le rapport ne parle-t-il guère que de celui de ces animaux qui est désigné dans le mémoire sous le nom de *Chalyb*. Il était d'assez forte taille, et pesait 16 kilogrammes.

Sauf les cas qui nécessitaient une nourriture particulière, la ration d'aliments pour chaque expérience se composait de :

	Quantité de matière sèche correspondante.
100 grammes de bouilli maigre coupé menu	41,40
40 — de pain blanc de 2e qualité coupé menu	26,24
150 — de bouillon	»
	67,64

C'est ce qu'on a appelé la *ration mixte ordinaire*.

La durée de la digestion, pour cette quantité d'aliments, était de cinq heures.

Le but principal de l'auteur a été celui-ci : une préparation martiale étant ingérée avec les aliments, combien introduit-elle de fer à l'état de dissolution dans le suc gastrique?

Expériences et résultats. — M. Quevenne s'est livré à une série d'expériences qui peuvent s'élever à 2,000, et est arrivé aux résultats suivants :

1° Le fer réduit introduit plus de métal à l'état de dissolution dans le suc gastrique que le protosulfate de fer, le tartrate de potasse et de fer et le safran de mars; ce résultat, qui semble si peu s'accorder avec les idées reçues, est basé sur cette expérience :

A une ration mixte ordinaire on avait mêlé chaque fois 0,50 de la préparation ferrugineuse à examiner; on a obtenu :

(1) Ce rapport a été lu à la dernière séance de l'Académie de médecine, qui en a adopté les conclusions.

		Fer supposé à l'état métallique pour 100 gr. de suc gastrique.
Avec fer réduit.	0	051,2
— protosulfate de fer.	0	028,4
— tartrate de potasse et de fer. .	0	011,0
— safran de mars.	0	008,2

2° Une solution de sel de fer (l'expérience a été faite avec le tartrate ferrico-potassique) mise en contact avec les aliments laisse précipiter la presque totalité du métal. Une certaine quantité de ce précipité se redissout dans le suc gastrique.

3° La quantité de fer dissoute par le suc gastrique, sans être proportionnelle à la dose ingérée, augmente cependant beaucoup avec celle-ci.

Influence de la préparation de fer administrée sur le degré d'acidité du suc gastrique. — Le travail de M. Quevenne prouve qu'on a beaucoup exagéré en disant que les préparations ferrugineuses ne pouvaient se dissoudre qu'en détruisant plus ou moins l'acidité du suc gastrique. En effet, le fer réduit, le safran de mars, deux préparations insolubles par elles-mêmes et jouant le rôle de base à l'égard du suc gastrique, employées à doses thérapeutiques, n'ont que légèrement diminué l'acidité du liquide.

Pour le fer réduit, qui sous ce rapport offre l'effet le plus marqué, la moyenne de diminution s'est montrée seulement de 5 p. 0/0 chez un chien et de 8 p. 0/0 chez un autre (Chalyb).

Avec le lactate, le tartrate double, administrés pareillement à doses thérapeutiques, le degré d'acidité est resté sensiblement le même qu'à l'état normal, ou n'a subi qu'une très légère augmentation.

Mais lorsque, au lieu de doses thérapeutiques, on élève fortement les quantités de médicament, la diminution d'acidité signalée pour les préparations insolubles est très marquée, et, chose assez singulière, elle peut se montrer d'une manière aussi prononcée avec les sels.

Influence du genre d'alimentation et de quelques substances médicamenteuses sur la quantité de fer dissoute par le suc gastrique lorsqu'on administre simultanément le fer réduit. — Lorsqu'au lieu de la ration mixte ordinaire, on a donné au chien de la viande seule avec du bouillon en quantité équivalente (estimée en matière sèche), avec addition de 0,50 de fer réduit, comme dans toutes les expériences qui vont suivre dans cet article, il y a eu une diminution sensible dans la proportion de fer introduite à l'état de dissolution dans le suc gastrique (0,042,8 au lieu de 0,051,2).

Au contraire, avec le pain seul et le bouillon, la proportion de fer introduite dans le même liquide a été fortement augmentée (0,072,2).

Avec le pain seul et du lait au lieu de bouillon, la proportion de fer a encore éprouvé une augmentation bien plus considérable (0,101,2).

L'addition de chocolat, de quinquina ou de cannelle à la ration mixte ordinaire a eu pour effet d'abaisser le chiffre du fer dissous à 0,047,5, c'est-à-dire un peu au-dessous de celui qui correspond, avons-nous vu, à cette ration (0,051,2).

La substitution du vin au bouillon, du beurre frais ou roussi, ou l'addition du bicarbonate de soude et du sulfate de quinine dans la ration mixte, n'ont pas influé sensiblement sur la proportion de fer dissoute.

L'addition d'acide citrique a produit une très légère augmentation dans la quantité de fer dissoute (0,055,4).

Quant à l'acidité, elle s'est montrée dans la majorité des expériences un peu au-dessous du chiffre normal.

L'addition qui a le plus diminué cette acidité est celle de sulfate de quinine.

Aucune des additions ou modifications de régime n'a porté le degré d'acidité au-dessus du chiffre normal, pas même celle d'acide citrique.

Il est une autre circonstance, suivant l'auteur, qu'il faut prendre en considération, c'est la proportion de matières protéiques qui est introduite dans l'économie en même temps que le fer.

De ses expériences, M. Quevenne conclut qu'il y a coïncidence entre l'abondance du précipité formé par suite de la neutralisation du suc gastrique et les meilleures conditions d'alimentation des chlorotiques.

Selon lui, la précipitation dans la veine même de matières albuminoïdes unies au fer sous forme de granulations fines (1/500e de milligramme environ) constituerait la particule organisée et symétrique du globule sanguin (1).

Une considération pratique à faire ressortir si les vues de l'auteur sont justes, c'est qu'il ne suffit pas pour produire la guérison d'introduire beaucoup de fer dans l'économie, comme quelques-uns l'ont pensé, mais offrir à celle-ci une combinaison de fer et de matières alimentaires albuminoïdes dans des proportions sagement combinées et variables suivant les conditions individuelles et pathologiques.

Passage du fer et de l'iode dans les urines. — M. Quevenne s'est demandé en quelle proportion l'iodure ferreux passait par les reins. D'une expérience sur lui-même, il appert que, lorsqu'on administre l'iodure de fer, il se fait aussitôt un départ entre les deux éléments du composé; au bout de dix ou quinze minutes l'iode apparaît dans les urines; quarante-huit heures après, les trois quarts environ de la quantité ingérée sont ressortis par cette voie, tandis qu'il n'est parvenu dans la vessie qu'une trace de fer.

Expériences sur les matières intestinales. — De ces expériences l'auteur conclut :

1° Que la partie liquide de la bouillie alimentaire contenant le fer qui n'a point disparu dans l'estomac, et qui franchit le pylore, paraît être rapidement absorbée, *sans grands changements*, dans le premier tiers de l'intestin grêle;

2° Les nouveaux liquides complexes venus du foie, du pancréas, etc., la rendent d'abord neutre, puis alcaline, et placent la partie non absorbée dans des conditions tout à fait inconnues;

3° Une seule partie du canal digestif examiné semble apte à produire la *redissolution;* c'est la troisième portion de l'intestin grêle, où l'on a constaté une réaction alcaline très prononcée.

Valeur du fer réduit comme médicament. — Cette question, si importante pour le praticien, ne pouvait être bien décidée qu'au lit du malade. C'est le parti pris par M. Quevenne, qui présente à l'appui de son travail plusieurs observations cliniques. Nous n'entrerons pas dans le détail de ces faits, et nous arriverons de suite aux faits importants qui peuvent en ressortir.

RÉSUMÉ SYNOPTIQUE DES OBSERVATIONS PAR ORDRE DE FAITS.

Il s'agit de huit femmes chez lesquelles les caractères de la chlorose ont été authentiquement constatés par les chefs de service au moment de l'entrée. Deux de ces malades avaient en même temps des affections matérielles des organes de la circulation, et ont dû être traitées par la digitaline concurremment avec le fer.

1° *Doses.* — Les doses de fer réduit administrées ont été, en général, de 0,20 à 0,30. Au-dessous de 0,20, la guérison a paru marcher lentement. D'un autre côté, en s'élevant à 0,40 et à 0,50, il n'a pas semblé que l'amélioration marchât plus vite qu'avec 0,30.

2° *Manière dont le médicament a été supporté.* — Les malades ont généralement bien supporté le médicament; le plus grand nombre n'en a ressenti aucune espèce d'inconvénient.

Chez une, il y a eu pendant plusieurs jours des crampes d'estomac, de la gastralgie et même des vomissements; chez une autre, il y a eu, à un certain moment, des douleurs d'estomac; mais comme chacune de ces malades était sujette à ces inconvénients, que c'était là un des symptômes de leur maladie, il ne semble pas que l'on puisse rapporter au fer ces accidents, qui n'ont d'ailleurs été que momentanés.

3° On n'a remarqué chez ces huit malades aucune tendance du médicament à constiper ou à relâcher.

4° *Durée du traitement.* — Elle a été variable chez ces huit malades. Parmi les malades qui ont éprouvé promptement une amélioration marquée, il en est deux qui, se trouvant ainsi beaucoup mieux (après dix et douze jours), ont voulu sortir avant l'entière guérison; en conséquence, la durée du traitement est ici sans valeur.

Chez une autre, la guérison complète n'a demandé que seize jours (un traitement antérieur par le safran de mars avait exigé cinq semaines).

Dans un autre cas, le traitement a duré un mois (un premier traitement par le safran de mars n'avait point guéri la malade).

Enfin, pour les deux malades chez lesquelles il y avait en même temps affection matérielle des organes de la circulation, que l'on a dû traiter conjointement par la digitaline, et chez lesquelles des traitements antérieurs avaient assez mal réussi, on est cependant parvenu à la guérison de la chlorose, mais il a fallu prolonger l'emploi des moyens curatifs assez longtemps (71 jours dans le cas le plus long).

Tels sont les résultats de la partie expérimentale soumise au jugement de l'Académie.

Chacun de vous, ajoute le rapport, est prêt à nous demander peut-être : « *Mais quelle est la valeur de la préparation dont vous nous parlez, non pas seulement considérée en elle-même, mais comparativement aux autres ferrugineux?*

» Excite-t-elle, par exemple, aussi fortement l'appétit que le lactate?

» Est-elle aussi bien tolérée par l'économie que le tartrate ferrico-potassique?

» Offre-t-elle l'action plus spécialement tonique attribuée aux oxydes de fer comparativement aux sels? »

Votre commission, vous devez le comprendre, ne pouvait soulever une question aussi vaste, que du reste l'auteur lui-même n'avait point abordée.

Et puis, ce point litigieux sur lequel un travail patient et de longue haleine fait au lit du malade pourrait assurément fournir des notions très intéressantes pour la pratique, est-il bien susceptible d'être élucidé de manière à conduire à une conclusion absolue? Cela nous paraît douteux.

En effet, beaucoup de raisons portent à croire que pour les ferrugineux, dont le mode d'action se lie si intimement à celui des aliments, il en est comme de ceux-ci relativement à la facilité d'assimilation. Telle personne digère mieux la chair du mouton ou du bœuf; le plus grand nombre les viandes blanches; d'autres s'assimilent plus facilement les éléments nutritifs du poisson, etc. C'est une étude continuelle à faire pour l'hygiéniste, pour le médecin praticien, selon les idiosyncrasies, les conditions pathologiques. Mais toutes ces substances fournissent à l'action des liquides digestifs une matière azotée d'une composition analogue; toutes ces substances nourrissent, comme tous les ferrugineux (à très peu d'exceptions près) guérissent les chlorotiques. Dans les deux cas, c'est une question de plus ou de moins. Voilà la règle dans sa généralité.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il est des sujets qui supportent mal certaines préparations ferrugineuses, tandis que d'autres de ces composés leur réussissent bien, comme on voit des personnes ne pouvoir digérer et s'approprier certains aliments, dépérir même à la longue si la nécessité les oblige à en continuer l'usage, et recouvrer leur santé première dès qu'elles peuvent revenir à leur genre d'alimentation favori.

Le rapport indique brièvement la préparation du fer réduit par l'hydrogène, qui est connue maintenant, et que nous croyons inutile de rappeler, et une formule pharmaceutique de ce produit : ce sont des dragées de chocolat dans chacune desquelles il entre 5 centigrammes de fer réduit. Elles se préparent à la manière ordinaire des dragées.

L'auteur conseille d'employer ce médicament ou en nature, pris au commencement du repas, ou sous forme de dragées au chocolat, telles que nous venons de les indiquer.

RÉSUMÉ, COROLLAIRES ET CONCLUSIONS.

1° Le fer réduit par l'hydrogène parmi les préparations examinées est celle qui a introduit le plus de fer dans le suc gastrique pour un poids donné.

2° Ce qui distingue cette préparation entre les martiaux, c'est son degré d'activité relatif.

La dose de 0,20 à 0,30 (moyenne 0,25) paraît suffisante en général pour produire la guérison aussi promptement et aussi complétement qu'avec les composés ferrugineux réputés jusqu'ici les plus actifs, quoique dans bien des cas on puisse aller sans inconvénient à 0,40 et 0,50.

3° Les faits observés détruisent cette proposition formulée jusqu'ici d'une manière générale, à savoir : que les préparations de fer insolubles par elles-mêmes sont moins actives que les sels solubles de ce métal. Si cette proposition est vraie relativement au safran de mars, elle ne l'est nullement pour d'autres préparations insolubles, le fer réduit, par exemple.

4° Il n'est pas plus exact de présenter les préparations de fer insolubles comme offrant le grave inconvénient de neutraliser le suc gastrique et de nuire ainsi à la digestion (objection théorique). L'expérience a démontré qu'il n'y avait dans ce cas qu'une diminution d'acidité très légère, et rien ne prouve que celle-ci soit nuisible. Peut-être même est-elle quelquefois utile.

5° Lorsqu'on administre de l'iodure de fer, il se fait *aussitôt* un départ entre les deux éléments du composé : l'iode passe avec une grande rapidité dans les urines, où il apparaît dix à quinze minutes après l'ingestion; tandis que le fer est retenu dans l'économie, qui n'en laisse passer qu'une trace dans la vessie.

De tout ce que nous venons d'exposer, dit M. le rapporteur, il ressort :

Que M. Quevenne, entrant dans une voie d'investigations nouvelles par une série d'expériences très bien instituées, exécutées avec une persévérance qu'on ne saurait trop admirer, a éclairé un grand nombre de questions qui se rattachent à l'emploi des préparations ferrugineuses;

Considérant, d'autre part, que les expériences si nombreuses, si précises relatées avec détail dans le mémoire de l'auteur, les faits cliniques recueillis dans les hôpitaux démontrent que le fer réduit se range parmi les meilleurs ferrugineux employés en médecine;

Considérant aussi que ce produit, par suite de l'initiative de M. Quevenne (1), est aujourd'hui généralement usité et qu'il importe d'en régulariser l'emploi;

Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'accorder à ce beau travail sa complète approbation;

2° D'ordonner que la formule du fer réduit par l'hydrogène et des préparations dont il est la base soit inscrite au *Bulletin de l'Académie;*

3° Nous n'hésiterions pas à vous prier de voter l'impression dans vos Mémoires de ce grand ouvrage de M. Quevenne si l'auteur ne se proposait de le publier prochainement.

NOTE EN RÉPONSE A UNE RÉCLAMATION DE M. CHASSAIGNAC.

Dans la séance du 9 août, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une note sur l'extirpation d'une tumeur fibreuse profonde du cou. Dans cette note, je disais que dès 1849 j'avais eu l'idée d'*appliquer* la méthode de morcellement à l'extirpation des *tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus*, et que cette *application* m'avait permis d'attaquer avec succès des tumeurs considérées jusque-là comme au-dessus des ressources de l'art. J'ajoutais que je venais de faire *une nouvelle et heureuse application* de cette méthode à une énorme *tumeur fibreuse profonde du cou.*

A cette occasion, M. Chassaignac a cru devoir faire une réclamation de priorité.

A voir les indications bibliographiques dont il l'a accompagnée, on pourrait croire qu'il apporte à l'appui de sa réclamation des faits nombreux et probants. Pas le moins du monde.

M. Chassaignac n'a jamais extirpé ni tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus, ni tumeur profonde du cou, pas plus par la méthode du morcellement que par aucune autre.

Il n'a point inventé la méthode du morcellement, puisqu'il y a des siècles que cette méthode est en usage pour les polypes naso-pharyngiens et diverses autres tumeurs.

Mais qu'y a-t-il donc alors dans les comptes rendus de la Société anatomique, dans les ouvrages de MM. Pauly, Malgaigne, Sédillot, Velpeau, que M. Chassaignac cite avec tant de complaisance? Il y a :

Qu'en 1833, un jour qu'il *assistait* à une extirpation du polype utérin exécutée par M. Velpeau, il *conseilla* de couper une tranche de ce polype pour faciliter sa sortie du vagin. Pas un mot de plus.

Quant à l'opération de M. Danyau, si M. Chassaignac s'était donné la peine de se renseigner auprès de cet honorable confrère, il eût appris qu'elle est de deux ans postérieure à la mienne, et qu'avant de l'exécuter M. Danyau a bien voulu venir lui-même me demander des renseignements sur la manière dont j'avais procédé.

Je maintiens donc, sans y rien changer, les termes de ma communication.

B. MAISONNEUVE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial en date du 16 août 1854, ont été promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier: M. Allibert, médecin du lycée Saint-Louis et de l'institut des Jeunes Aveugles.

Au grade de chevalier : MM. Boyer, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Beau, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Sappey, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris; Villars, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon; Baraduc, docteur en médecine à Paris.

— On nous assure que la chaire de clinique chirurgicale de la Pitié est décidément transportée à l'Hôtel-Dieu, et qu'elle sera occupée par M. Jobert (de Lamballe).

Ainsi, cet hôpital renfermera désormais deux cliniques de médecine et deux cliniques de chirurgie. De cette façon, deux professeurs se succédant du semestre d'été au semestre d'hiver feront à deux ce qui jusqu'à présent avait été fait par un seul. A ce compte, les élèves perdront un cours de clinique chirurgicale.

(1) Voir les PHYSIOLOGIES de M. Bérard, t. I, p. 29; t. II, p. 378; t. III, p. 197; — de Burdach, t IX, p. 581. — Beau, ARCH. DE MÉD., 4e série, t. XXV et XXVI.

(1) L'usage du fer réduit en médecine a été proposé en 1840 par MM. Miquelard et Quevenne.

Le Gérant
Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur,
8, rue Garancière.

N° 102. — MARDI 29 AOUT 1854. (27e ANNÉE.) N° 102. — MARDI 29 AOUT 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 28 AOUT 1854.

Le *Moniteur* vient de publier le décret relatif au régime des établissements d'enseignement supérieur. Ce décret modifie d'une notable façon le régime actuel de cet enseignement, surtout en ce concerne les sciences, les lettres et la théologie. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le TITRE II tout entier, qui comprend toutes les dispositions relatives à la médecine et à la pharmacie.

TITRE II. — *Dispositions spéciales aux Facultés de médecine, aux Ecoles supérieures de pharmacie et aux Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.*

Le tarif des rétributions pour le doctorat en médecine a été fixé, dès l'origine, d'une manière équitable. Le total de ces rétributions s'élève à 1,100 fr.; le projet ne l'augmente que d'une somme de 160 fr., laquelle, répartie sur les quatre années d'études, sera pour ainsi dire insensible.

Mais la distribution des diverses attributions afférentes aux études médicales n'est pas rationnelle, et, sans en modifier beaucoup le total, il a paru indispensable de les répartir d'une manière plus conforme à l'intérêt des études. Ainsi, le droit d'inscription a été abaissé de 50 fr. à 30 fr., ce qui permettra à un plus grand nombre de jeunes gens d'essayer leur vocation. Les cinq examens probatoires qui précèdent la thèse ne sont subis qu'après la quatrième année d'études. Il importe cependant qu'on puisse s'assurer que les étudiants ont suivi avec fruit les cours annuels des professeurs. Aussi a-t-on institué, par simple arrêté ministériel, des examens de fin d'année, pour lesquels on ne perçoit aujourd'hui aucune rétribution. On propose de confirmer cette excellente pratique par une disposition formelle du décret, et de fixer à 30 fr. le droit à percevoir pour chaque examen de fin d'année, ce qui en relèvera l'importance. Le prix des examens de fin d'études a été porté de 30 fr. à 50 fr., pour compenser l'abaissement du droit d'inscription. L'introduction du nouveau droit de certificat d'aptitude complète, en l'augmentant légèrement, la somme précédemment perçue pour le doctorat en médecine. En tenant compte des augmentations présumées qui résulteront des conférences facultatives et du faible droit imposé aux sages-femmes reçues par les écoles de médecine, on peut espérer que le produit des Facultés de médecine s'accroîtra d'une somme de 164,000 fr. environ.

Des innovations non moins importantes ont été introduites dans les tarifs des écoles supérieures de pharmacie, quoique la somme totale des sacrifices imposés aux étudiants n'ait pas été sensiblement augmentée. Parmi les anciens droits qu'ils avaient à payer, celui d'inscription était facultatif, c'est-à-dire que la condition de scolarité n'était pas absolument exigée des pharmaciens de première classe, et qu'ils étaient admis à remplacer cette condition par le stage dans une officine. Le projet de décret s'est bien gardé de supprimer le stage, parce que la profession de pharmacien suppose nécessairement un noviciat pratique; mais il l'a réduit à trois années, en imposant aux étudiants l'obligation de suivre, également pendant trois années, les cours d'une école de pharmacie : c'est une organisation toute nouvelle de ces écoles, dont la mission ne consistera plus presque exclusivement à faire des examens, mais qui donneront en même temps un enseignement obligatoire dont la pratique tirera un incontestable avantage. Le nombre des élèves des écoles supérieures de pharmacie sera certainement plus considérable; quoiqu'il soit difficile d'en fixer le chiffre avec certitude, on peut l'estimer en moyenne à 400. Dans cette hypothèse, les produits présumés des écoles supérieures de pharmacie s'accroîtraient de 109,000 francs environ.

Le certificat d'aptitude à la profession d'officier de santé, de pharmacien de 2e classe, d'herboriste et de sage-femme, est aujourd'hui délivré par les jurys médicaux, sortes de commissions départementales dont on pouvait comprendre la nécessité lorsque l'enseignement médical était à peine organisé en France, mais qui n'ont plus de raison d'être depuis qu'on a créé vingt et une écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. A quoi bon des commissions spéciales pour délivrer des grades, quand les Facultés de médecine et les écoles qui en sont des annexes peuvent suffire à cette tâche, et sont beaucoup plus compétentes? Les articles 17 et 18 du projet proposent, en conséquence, de mettre fin à un régime anomal et de confier exclusivement aux professeurs de l'enseignement médical ou pharmaceutique le droit de vérifier l'aptitude de ceux qui aspirent à pratiquer quelque partie de l'art de guérir.

Mais le projet de décret veut accomplir une réforme plus importante encore et qui aura, je l'espère, les plus heureuses conséquences pour la santé publique.

Il semble que les officiers de santé, qui sont des médecins de deuxième ordre, que les pharmaciens de deuxième classe, dont le privilége ne diffère pas de celui des pharmaciens reçus par les écoles supérieures de pharmacie, devraient offrir des garanties, sinon absolument semblables, du moins analogues à celles qu'on demande aux docteurs en médecine et aux pharmaciens de première classe. Il n'en est pas ainsi. Le candidat au titre d'officier de santé peut se borner à justifier par un certificat, dont il est impossible de vérifier la sincérité, qu'il a suivi pendant six ans la pratique d'un docteur en médecine. C'est là une scolarité illusoire. Après une discussion approfondie, le conseil impérial de l'instruction publique et le conseil d'Etat ont été d'avis de proposer la suppression absolue du prétendu certificat d'études médicales, et de le remplacer par douze inscriptions dans une faculté de médecine, ou par quatorze inscriptions dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie. On comprend aisément que cette grave innovation n'est pas faite dans un intérêt fiscal, quoiqu'une de ses conséquences soit d'attirer dans les Facultés de médecine ou dans les écoles préparatoires un plus grand nombre d'étudiants.

De très sages esprits auraient voulu aller plus loin encore, et obliger les candidats au titre d'officier de santé de justifier du diplôme de bachelier ès sciences, lequel a été exigé jusqu'à ces derniers temps des pharmaciens de seconde classe. Pourquoi, disait-on, ne pas imposer à ceux qui font des prescriptions médicinales une condition dont ne sont pas affranchis ceux qui les exécutent? Il serait désirable, sans doute, que les officiers de santé possédassent les connaissances que suppose le diplôme de bachelier ès sciences. Mais ce qui importe avant tout, c'est que leur instruction médicale soit sérieuse. On croit avoir atteint ce but en leur imposant une scolarité réelle. Ne serait-on pas exposé à le dépasser si, à cette première et indispensable réforme, on ajoutait une exigence nouvelle? La santé publique est intéressée à ce que le nombre des officiers de santé ne diminue pas d'une manière trop rapide; car il pourrait arriver que le nombre des docteurs en médecine ne s'augmentât pas proportionnellement, et que les populations pauvres fussent privées des secours que leur offrent des praticiens plus modestes. Ces conditions ont paru déterminantes au conseil d'Etat, qui a cru en même temps pouvoir proposer de dispenser les pharmaciens de seconde classe du diplôme de bachelier ès sciences, mais en leur imposant, outre le stage auquel ils sont tenus aujourd'hui, l'obligation de suivre pendant un an les cours d'une école de pharmacie. Quelques notions théoriques éclaireront ainsi la pratique d'une profession qui doit continuer d'offrir à la société des garanties certaines de sécurité.

La plupart des candidats au titre d'officier de santé et à celui de pharmacien de 2e classe ne payent à l'Etat qu'un droit insignifiant de visa; les herboristes et les sages-femmes en sont même complétement affranchis. Les frais d'examen des officiers de santé et des pharmaciens de 2e classe ne s'élèvent pour les uns et les autres qu'à la somme de 200 francs. L'examen des sages-femmes se fait gratuitement. Ces dispositions pouvaient être sages et utiles à l'époque où elles ont été adoptées. En l'an XI, toutes les branches de l'art de guérir étaient négligées, et, sous peine de compromettre la santé publique et le service des armées, il fallait à tout prix recruter des pharmaciens et des officiers de santé. Maintenir aujourd'hui cet état de choses, ne serait-ce pas constituer au profit d'une classe de praticiens un privilége exorbitant? Quand le docteur en médecine est obligé de payer son diplôme 1,260 francs, pourquoi l'officier de santé, qui dissimule d'habitude l'infériorité de son titre et qui se donne, comme le docteur, le nom de médecin, ne payerait-il son privilége que 200 francs? L'enseignement supérieur perd, dans cette inégale répartition des charges, des ressources considérables et des moyens certains d'améliorations; la santé publique est loin d'y gagner. La concurrence est de nos jours tellement ardente, qu'il ne faut pas craindre de diminuer le nombre des médecins et des pharmaciens; on doit surtout s'attacher à exiger d'eux une instruction solide.

La réforme proposée aura, nous n'en doutons pas, ce résultat heureux. En ménageant à l'enseignement supérieur un accroissement de ressources de plus de 170,000 francs, elle nous donnera des officiers de santé plus habiles et des pharmaciens plus dignes de la confiance publique.

Dispositions spéciales aux Facultés de médecine, aux Ecoles supérieures de pharmacie et aux Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 12. Les étudiants des Facultés de médecine ne sont admis à prendre la cinquième, la neuvième et la treizième inscription qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année. Ils ne sont admis aux examens de fin d'études qu'après l'expiration du dernier trimestre de la quatrième année d'études.

Les douze premières inscriptions dans la Faculté de médecine peuvent être compensées par quatorze inscriptions prises dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie, moyennant un supplément de 5 fr. par inscription. Les élèves des écoles préparatoires ne peuvent convertir plus de quatorze inscriptions de ces écoles en inscriptions de Facultés.

Art. 13. Les droits à percevoir dans les Facultés de médecine sont fixés ainsi qu'il suit :

RÉTRIBUTIONS OBLIGATOIRES.

Doctorat en médecine,	Inscriptions (16 à 30 francs).	480 fr.
	Trois exam. de fin d'année (30 fr. par exam.).	90
	Cinq exam. de fin d'études (50 f. par exam.).	250
	Cinq certificats d'aptitude (40 fr. par certif.)	200
	Thèse.	100
	Certificat d'aptitude..	40
	Diplôme.	100
	Total. . .	1,260 fr.

FEUILLETON.

COUP D'ŒIL SUR LES HOPITAUX DE COPENHAGUE.

Au moment où les derniers règlements publiés par l'administration de l'assistance publique attirent l'attention du corps médical, on ne lira pas sans intérêt les détails suivants sur l'organisation des hôpitaux à Copenhague.

Le *Moniteur*, à qui nous empruntons cette étude, jette d'abord un coup d'œil sur le paupérisme, qui n'existe pour ainsi dire pas en Danemark; puis il raconte la création d'une administration spéciale pour les pauvres et les malades, qui fut constituée par décret du 9 mars 1792.

Cette administration a la haute direction des hospices, des hôpitaux, de tous les établissements philanthropiques en général, et pourvoit de ses propres fonds aux dépenses de ces derniers quand leurs ressources sont insuffisantes. Elle n'avait cependant elle-même, jusqu'en 1815, d'autres revenus que le produit des quêtes qu'elle faisait faire, et quelques legs et dons qu'elle avait reçus de personnes charitables. Mais en 1815 elle fut réorganisée de nouveau, et cette fois pour remplacer les quêtes qui furent supprimées, un impôt des pauvres fut établi sur la propriété foncière. Il produisit d'abord 12,000 r. b. d. (36,000 francs); il en donne aujourd'hui 200,000 (600,000 fr.) par an. Les autres revenus de l'administration sont également considérables; ils varient de 175,000 à 200,000 r. b. d. (525,000 à 600,000 fr.).

Voici les principaux établissements philanthropiques que renferme le Danemark :

L'hôpital Frédéric, à Copenhague, est un des plus importants. Il fut fondé en 1752 par le roi Frédéric V, qui lui donna son nom. Il est divisé en quarante-trois salles communes, dont vingt-trois sont spécialement affectées à la médecine et vingt à la chirurgie. Deux autres salles séparées sont réservées aux maladies cutanées, et trois aux maladies mentales. En outre, les personnes qui désirent se faire traiter isolément trouvent dans cet hôpital des appartements complets moyennant une rétribution très modérée.

Les lits, dans les salles communes, quand on n'y a pas droit au traitement gratuit, c'est-à-dire si on n'est pas porteur d'un certificat d'indigence, coûtent 3 r. b. d. 2 marcs (10 francs) par semaine et par malade; dans les chambres, 7 r. b. d. (21 francs); dans les grands appartements, 14 r. b. d. (42 francs), tous frais compris.

On n'y reçoit pas les enfants au-dessous de sept ans, à moins que ce ne soit pour une opération chirurgicale; et les poitrinaires n'y peuvent demeurer plus de trois semaines.

Le nombre des lits non payants était dans l'origine de 120. Porté bientôt à 200, il est actuellement de 259. Il y a été soigné, de 1757 à 1847, soit une période de 90 ans, 209,140 malades. La moyenne a été :

De 1760 à 1769, de 1,222
1770 à 1779, de 1,365
1780 à 1789, de 2,013
1790 à 1799, de 2,436
1800 à 1809, de 2,218
1810 à 1819, de 2,152
1820 à 1829, de 3,038
1830 à 1839, de 3,336
1840 à 1847, de 3,912

La proportion a donc à peu près triplé.

L'hôpital est administré par un comité nommé par le roi. Ses revenus consistaient originairement dans les produits de la poste de Norvége, qui s'élevaient jusqu'à 40,000 r. b. d. (120,000 fr.); ceux des droits de timbre sur les cartes à jouer, ceux de l'impôt sur le rang des personnes, enfin dans la rétribution payée par les malades. Cette dernière produit de 20 à 25,000 r. b. d. (60 à 75,000 fr.). En 1814, lors de la perte de la Norvége, le revenu des postes fut remplacé par une somme de 600,000 r. b. d. (1,800,000 fr.) en obligations royales, plus une rente de 10,000 r. b. d. (30,000 fr.) que paye le ministère des finances.

L'hôpital général est en même temps un hospice pour les vieillards et un hôpital pour les malades. C'est le plus important du royaume. Il fut fondé en 1765 pour réunir tous les malades des petits hôpitaux qui existaient auparavant, et qui furent alors détruits.

Certificat de sage-femme.	Deux examens (40 fr. par examen). . . .	80 fr.
	Certificat d'aptitude.	40
	Visa du certificat.	10
	Total. . .	130 fr.

RÉTRIBUTIONS FACULTATIVES.

Conférences, exercices pratiques et manipulations pour les aspirants au doctorat en médecine; rétribution annuelle. 150 fr.

Art. 14. Les écoles supérieures de pharmacie confèrent le titre de pharmacien de 1re classe et le certificat d'aptitude à la profession d'herboriste de 1re classe.

Elles délivrent, en outre, mais seulement pour les départements compris dans leur ressort, les certificats d'aptitude pour les professions de pharmacien et d'herboriste de 2e classe.

Les pharmaciens et les herboristes de 1re classe peuvent exercer leur profession dans toute l'étendue du territoire français.

Art. 15. Les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe doivent justifier de trois années d'études dans une école supérieure de pharmacie, et de trois années de stage dans une officine.

Il ne sera exigé qu'une seule année d'études dans une école supérieure de pharmacie des candidats qui auraient pris dix inscriptions aux cours d'une école préparatoire de médecine et de pharmacie. La compensation aura lieu moyennant un supplément de 5 fr. par inscription d'école préparatoire.

Les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe ne peuvent prendre la première inscription, soit dans les écoles supérieures, soit dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, que s'ils sont pourvus du grade de bachelier ès sciences.

Art. 16. Les droits à percevoir dans les écoles supérieures de pharmacie sont fixés ainsi qu'il suit :

RÉTRIBUTIONS OBLIGATOIRES.

Titre de pharmacien de 1re classe.	Inscriptions (12 à 30 fr.).	360
	Travaux pratiques pendant les trois années (100 fr. par année).	300
	Cinq examens semestriels (30 fr. par examen).	150
	Les deux premiers examens de fin d'études (80 fr. par examen).	160
	Le troisième examen de fin d'études. .	200
	Trois certificats d'aptitude (40 fr. par certificat).	120
	Diplôme.	100
	Total.	1,390

Certificat d'herboriste.	Examen.	50
	Certificat d'aptitude.	40
	Visa du certificat d'aptitude.	10
	Total.	100

RÉTRIBUTIONS FACULTATIVES.

Conférences, exercices pratiques et manipulations pour les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe; rétribution annuelle. 150

Art. 17. Les jurys médicaux cesseront leurs fonctions au 1er janvier prochain, en ce qui concerne la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions d'officier de santé, sage-femme, pharmacien et herboriste de 2e classe.

A partir de cette époque, les certificats d'aptitude pour la profession d'officier de santé et celle de sage-femme seront délivrés, soit par les Facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg, soit par les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sous la présidence d'un professeur de l'une des Facultés de médecine.

A partir de la même époque, les certificats d'aptitude pour les professions de pharmacien et d'herboriste de 2e classe seront délivrés, soit par les écoles supérieures de pharmacie, soit par les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sous la présidence d'un professeur de l'une des écoles supérieures de pharmacie.

Art. 18. Un arrêté du ministre de l'instruction publique, délibéré en conseil impérial de l'instruction publique, déterminera la circonscription des Facultés de médecine, écoles supérieures de pharmacie et écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, chargées de la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions mentionnées en l'article précédent, la composition des jurys d'examen, l'époque de leur réunion, la répartition des droits de présence entre les professeurs, et généralement tous les moyens d'exécution dudit article.

Art. 19. En exécution des art. 29 et 34 de la loi du 19 ventôse an XI, et de l'article 24 de la loi du 21 germinal an XI, les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe, les sages-femmes et les herboristes de 2e classe, pourvus des diplômes ou certificats d'aptitude délivrés, soit par les anciens jurys médicaux, soit d'après les règles déterminées par les articles 17 et 18 ci-dessus, ne peuvent, comme par le passé, exercer leur profession que dans les départements pour lesquels ils ont été reçus. S'ils veulent exercer dans un autre département, ils doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude.

Art. 20. Les aspirants au titre d'officier de santé doivent justifier de douze inscriptions dans une Faculté de médecine ou de quatorze inscriptions dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie. La compensation entre les inscriptions dans les Facultés et celles prises dans les écoles préparatoires aura lieu moyennant un droit de 5 francs par inscription.

Cette condition de scolarité ne sera pas imposée aux aspirants qui auront subi avec succès, à l'époque de la promulgation du présent décret, le premier des examens exigés des officiers de santé.

Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent justifier :

1° De six années de stage en pharmacie;

2° De quatre inscriptions dans une école supérieure de pharmacie, ou de six inscriptions dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Deux années de stage pourront être compensées par quatre inscriptions dans une école supérieure de pharmacie, ou, moyennant un supplément de 5 francs par inscription, par six inscriptions dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie, sans que le stage puisse, dans aucun cas, être réduit à moins de quatre années.

Art. 21. L'excédant des frais d'examen, prélèvement fait des droits de présence des examinateurs, qui était antérieurement perçu au compte des caisses départementales, le sera à l'avenir soit au compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur, pour les examens passés devant les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie, soit au profit des caisses municipales, pour les examens passés devant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Indépendamment de ces frais, qui restent fixés au même taux que précédemment, il sera perçu, pour le compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur, les droits ci-après :

RÉTRIBUTIONS OBLIGATOIRES.

Officiers de santé.	Inscriptions de la Faculté de médecine (12 à 30 fr.).	360
	Trois certificats d'aptitude (40 fr. par certificat).	120
	Diplôme.	100
	Total.	580
Pharmaciens de 2e classe.	Inscriptions de l'école supérieure de pharmacie (4 à 30 fr.).	120
	Epreuves pratiques.	120
	Trois certificats d'aptitude (40 fr. par certificat).	120
	Diplôme.	100
	Total.	460
Herboristes.	Certificat d'aptitude.	40
	Visa du certificat.	10
	Total.	50
Sages-femmes.	Certificat d'aptitude.	20
	Visa du certificat.	5
	Total.	25

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Mouvement du choléra dans Paris et la banlieue.

Le chiffre des décès à domicile pour Paris et les communes rurales, pour les journées du 18 au 24 août, s'est élevé :

Pour le 18, à	64
19	56
20	52
21	147
22	91
23	92
24	96

Ces chiffres se répartissent ainsi ;

	18	19	20	21	22	23	24
1er arrondissement.	9	4	7	2	8	6	7
2e —	4	6	2	1	6	3	2
3e —	4	3	1	5	5	2	3
4e —	0	0	2	6	0	0	3
5e —	4	6	4	5	7	5	7
6e —	8	3	7	6	1	2	3
7e —	5	3	7	6	2	6	4
8e —	7	9	4	3	5	8	2
9e —	2	4	4	6	0	3	5
10e —	6	5	2	2	3	7	4
11e —	7	6	2	2	2	3	1
12e —	8	7	10	6	8	5	7
Communes rurales (1).	0	0	0	97	44	42	48
	64	56	52	147	91	92	96
Les décès des hôpitaux civils ayant été pour les mêmes journées de :	28	29	23	24	19	22	17
et ceux des hôpitaux militaires de :	5	9	4	8	5	5	4
Total général.	97	94	79	179	115	119	117

Nous avons reçu depuis samedi plusieurs lettres sur le traitement du choléra; nous sommes obligé, faute de place, d'en renvoyer la publication au numéro prochain.

ANALYSE DU LAIT.

Il faut convenir que les manipulateurs de la matière alimentaire sont généralement très versés dans l'art démoniaque de l'empoisonnement. Aussi l'industrie des sophistications est-elle devenue aujourd'hui une véritable science, apportant dans ses procédés autant d'habileté peut-être que la chimie en met dans ses analyses. Ce n'est donc pas chose toujours facile de prouver que certains aliments ont été adultérés par la cupidité des marchands. La difficulté est grande surtout pour ce qui concerne la vérification des qualités du lait vendu sur le marché de Paris, quoique la falsification que subit ce breuvage soit très simple et partout à peu près la même.

Aussitôt qu'un nourrisseur a terminé la récolte du lait dans ses étables, il l'expose pendant quelques heures à la température moyenne du bain-marie. Cette opération a pour but de faire monter la crème à la surface du liquide; cette crème, mise à part, est destinée aux consommateurs opulents. Le lait ainsi épuisé est ensuite allongé d'une certaine quantité d'eau. D'autres fois cette addition se fait immédiatement après la traite. Dans l'un et l'autre cas, les éléments constitutifs du lait se trouvent diminués selon la proportion d'eau ajoutée.

Depuis quelques années, les chimistes ont imaginé un grand nombre de moyens d'épreuve pour constater cet appauvrissement. Tout récemment encore (2), M. Leconte, professeur agrégé à la Faculté de Paris, a fait connaître un instrument très ingénieux dont on a recommandé l'emploi aux consommateurs aussi bien qu'aux experts. Pour comprendre le mécanisme et les avantages de l'appareil de M. Leconte, il faut se rappeler que le caséum se dissout dans les acides, et notamment dans l'acide acétique cristallisable, c'est-à-dire ne contenant plus qu'un équivalent d'eau; que le beurre, insoluble dans l'acide acétique, gagne, en raison de sa pesanteur spécifique, la surface du liquide d'essai. Le beurre isolé de la sorte forme, dans un tube gradué, une colonne dont la hauteur indique le titre du lait. Etant donné préalablement le degré qui exprime la hauteur de la couche graisseuse fournie par du lait de bonne qualité, on voit de suite et par comparaison, quelle est la richesse de celui qu'on essaye.

Dans les hôpitaux et dans les ambulances de l'armée, le lait n'est distribué aux soldats malades qu'après avoir été contrôlé par les officiers de santé de service. Ce contrôle ne peut souvent s'exercer qu'à l'aide de la dégustation, c'est-à-dire d'un moyen fort infidèle, puisqu'il repose uniquement sur des sensations variables comme l'impressionnabilité individuelle. De là ces dissentiments, ces contestations qui renaissent chaque jour entre les médecins et les fournisseurs. On comprend donc combien il est désirable de pouvoir employer à cette opération un instrument quelconque qui serait aisé à manier, et qui donnerait rapidement des indications précises. Aussi, à peine M. Leconte avait-il fait connaître sa méthode analytique, qu'elle était mise en expérience au Val-de-Grâce par MM. Poggiale et Champouillon. Les résultats en ont été poursuivis et notés avec soin. Voici à quelles remarques ils ont donné lieu.

Le beurre obtenu par l'action de l'acide acétique sur le lait, forme dans le tube gradué un cylindre spongieux, composé de grumeaux irréguliers, blanchâtres, auxquels adhèrent de légers filaments de caséum. La liquéfaction plusieurs fois répétée de cette

(1) Les chiffres des communes rurales ne s'appliquent pas exactement aux jours indiqués. Le total se répartit entre les journées comprises du 17 au 24.

(2) Voir la GAZETTE DES HÔPITAUX du 1er août dernier.

Cependant le nombre des lits était d'abord plus considérable ; mais 200 vieillards y étaient logés, nourris et habillés, et 400 autres y recevaient des secours. Aujourd'hui, au contraire, il est beaucoup plus consacré aux malades : les uns y sont soignés gratuitement (en général, tous les pauvres de Copenhague) ; les autres, moyennant une rétribution de 2 r. h. d. (6 fr.) par semaine, pour les pauvres non domiciliés à Copenhague, pour lesquels leurs propres communes doivent payer ; et de 3 r. h. d. (9 fr.) pour tous ceux qui sont reconnus pouvoir subvenir aux frais de leur maladie. Cet hôpital n'a pas, comme le précédent, de chambres séparées où les malades riches puissent se faire soigner. Tous les lits sont dans des salles communes, pour la plupart aux deuxième et troisième étages, et dans les mansardes. Le nombre des lits était, en 1847, de 424, répartis en 37 salles, à savoir : 16 salles et 196 lits consacrés à la chirurgie, et 21 salles et 228 lits réservés à la médecine. Les dimensions de ces salles n'ont d'ailleurs aucune uniformité.

La mortalité y est d'environ 8 1/2 p. 0/0. La proportion des malades non payants et des malades payants est d'environ 2 à 1. On peut estimer que chaque malade coûte à l'hôpital 3 r. b. d. (9 fr.) par semaine. C'est aussi à peu près le prix demandé à ceux qui peuvent y payer leur lit.

Le personnel médical se compose d'un médecin et d'un chirurgien en chef, lesquels ont chacun un suppléant; de dix médecins, dits candidats, dont les six premiers touchent 110 r. b. d. (330 fr.) par an d'honoraires, et d'un nombre indéterminé d'élèves.

L'hôpital militaire ne remonte qu'à l'année 1816. Antérieurement, chaque régiment avait son infirmerie où il envoyait ses malades pour être traités par ses propres médecins. Un décret du 24 mars 1816 supprima ces infirmeries, et concentra dans un même hôpital tous les malades de la garnison de Copenhague et de la forteresse de Frédérickshaven.

Ceux-ci, toutefois, continuèrent à y être soignés par les médecins de leurs régiments respectifs jusqu'en 1842. Une nouvelle organisation fut donnée à cette époque à l'armée danoise, et les hôpitaux furent compris dans la réforme. Celui de Copenhague fut divisé en trois sections, à la tête de chacune desquelles fut placé un médecin en chef. Le nombre des salles y est de 60, renfermant 500 lits.

L'hôpital de la marine est particulièrement destiné aux malades de la flotte non embarqués. Il fut ouvert le 15 novembre 1806, et compte actuellement 150 lits. Ce nombre suffit non-seulement pour les marins; mais encore pour leurs femmes et leurs enfants, qui peuvent également y être admis. Il n'y entre en effet que 1,000 malades, en moyenne, par an.

Le lazaret de la marine est très ancien. Il est réservé aux malades embarqués et aux blessés de la marine.

Tels sont les principaux hôpitaux de Copenhague.

petite masse n'en change pas l'aspect et ne lui donne pas une cohésion plus homogène.

Si tels sont les résultats auxquels on arrive communément, n'y a-t-il par lieu de craindre qu'ils ne prêtent qu'une base chancelante à l'estimation de la richesse du lait? En effet, la spongiosité qu'affecte la matière butyreuse, la quantité plus ou moins grande de caséum non dissous qui s'attache aux globules graisseux doivent faire varier souvent la proportion de beurre contenu dans le tube gradué, lors même qu'on opère sur des laits de qualités semblables. Il y a donc là deux causes d'erreur possibles, faciles, il est vrai, à corriger l'une et l'autre; il suffirait pour cela de purifier le beurre obtenu avant d'en évaluer la proportion, et de ne faire usage que d'acide acétique soigneusement titré.

Mais doit-on espérer que ces précautions seront toujours prises par les consommateurs, pour la plupart ou négligents ou inexpérimentés en ces sortes d'opérations?

Voici, du reste, une observation plus sérieuse, et qui s'adresse à tous les procédés de vérification partiels, c'est-à-dire ne portant que sur un des éléments du lait, que cet élément soit la crème, la lactose, le caséum ou le beurre.

Comme de tous les principes solides qui se trouvent dans le lait il n'en est pas un qui offre autant d'inconstance dans ses proportions que le beurre, il arriverait à coup sûr que du lait naturellement maigre serait faussement soupçonné de mouillage, si l'on s'en rapportait uniquement aux indications fournies par l'appareil de M. Leconte. Même après la tentative ingénieuse de l'habile chimiste que nous venons de citer, il reste donc encore à trouver un moyen facile, instantané, péremptoire pour juger de la pureté du lait.

CLINIQUE DE LA VILLE. — Jobert (de Lamballe.)

Déchirures du périnée. — Opération. — Guérison.

Nous avons déjà eu l'occasion de rapporter plusieurs observations de déchirure complète du périnée compliquée de perte de substance de la cloison recto-vaginale; nous avons spécialement insisté sur le procédé employé par M. Jobert (de Lamballe); nous avons vu que, fidèle au grand principe qu'il a décrit dans son *Traité de chirurgie plastique*, l'habile professeur ne se contente pas d'affronter les parties ravivées au moyen de la suture, mais que son but consiste surtout à réparer la perte de substance, et cela en pratiquant dans la région fessière et sur les côtés de la suture deux incisions profondes qui permettent aux tissus ainsi détachés de glisser en quelque sorte en dedans, en formant deux véritables piliers qui vont à la rencontre l'un de l'autre et qui se rapprochent d'autant plus que les incisions sont plus profondes. L'importance de ce procédé opératoire est d'autant plus grande que la perte de substance est plus étendue. Sous ce rapport nous ne saurions mieux faire pour démontrer son efficacité que d'appeler l'attention de nos lecteurs sur les deux observations suivantes;

Obs. I. — *Déchirure du périnée compliquée de perte de substance. Incontinence de matières fécales. — Suture. — Autoplastie. — Guérison.*

Mme X..., âgée de vingt-neuf ans, vint à Paris dans le mois de mai de l'année 1854 réclamer les soins de M. Jobert (de Lamballe). D'une forte constitution, cette dame, habituellement bien portante, accoucha dans le mois de novembre 1853 de son premier enfant.

L'accouchement, quoique naturel, fut long et laborieux, et le passage de la tête donna lieu à une déchirure du périnée dont on tenta, mais en vain, d'obtenir la réunion au moyen de serres-fines. A partir de cette époque, la malade demeura assujettie à tous les inconvénients de son accident, tels que douleurs, cuissons presque continuelles, impossibilité de retenir les matières fécales, surtout lorsqu'elles sont peu consistantes.

Deux mois après l'accouchement, la menstruation se rétablit, mais ne reprit jamais sa régularité habituelle.

Lorsque Mme X... vint à Paris et qu'elle fut examinée par M. Jobert, elle était dans l'état suivant:

La santé générale est très bonne.

Le périnée est le siége d'une déchirure qui fait communiquer l'anus avec la vulve; en d'autres termes l'orifice vulvaire, prolongé en bas jusqu'à l'ouverture anale, est transformé en une longue fente dont les bords sont déchiquetés et recouverts de tissu cicatriciel à partir de l'endroit où la déchirure a commencé. Ces bords vont en s'écartant d'autant plus que l'on se rapproche davantage de l'anus, en sorte que, considérée dans son ensemble, la vulve présente un triangle dont le sommet est supérieur et la base inférieure.

Sur la paroi recto-vaginale, à gauche et à peu de distance de l'anus, on aperçoit une fongosité qui serait de nature à faire supposer que là existe une solution de continuité; mais, malgré les plus grandes précautions prises pour explorer, M. Jobert, en introduisant préalablement son doigt indicateur dans le rectum, ne put faire pénétrer le stylet le plus fin dans ce conduit. Ajoutons enfin que, lorsque la malade va à la garde-robe, les matières fécales passent par la vulve et s'échappent souvent involontairement lorsqu'elles ont perdu de leur consistance normale.

Après avoir préparé la malade pendant quelques jours au moyen d'un régime approprié, de bains et avoir débarrassé le canal intestinal par un purgatif, M. Jobert pratique l'opération de la manière suivante le 11 mai 1854:

1° La malade est placée dans la position donnée aux femmes qui subissent l'opération de la fistule vésico-vaginale; les grandes et les petites lèvres sont écartées à droite et à gauche; enfin, la paroi vésico-vaginale est maintenue relevée au moyen d'un levier.

2° Avec une pince à dents et un bistouri droit ou des ciseaux, toute la partie inférieure de l'orifice vulvaire, recouverte de tissu cicatriciel, est ravivée à une profondeur de 2 centimètres environ, de telle sorte que tous les tissus appartenant au périnée et qui ont été le siége de la lésion sont rendus saignants. Le bourgeon charnu dont nous avons parlé est lui-même compris dans ce ravivement.

3° Trois points de suture entrecoupée sont appliqués et servent à maintenir en contact les parties rendues saignantes; les fils, formés par du cordonnet plat ciré, sont serrés et noués sur la ligne médiane et compriment dans leur anse une grande quantité de tissus. De cette manière le périnée se trouve complétement rétabli.

4° Afin qu'il n'y ait aucun tiraillement susceptible de compromettre la solidité de la suture, M. Jobert pratique sur les côtés de la suture deux incisions demi-circulaires profondes qui s'étendent jusque dans la région fessière. Ces deux incisions de débridement mettent en effet les lèvres de la plaie dans un relâchement complet. Elles commencent en haut et en avant sur les côtés de la vulve et se prolongent jusqu'à la partie postérieure de l'ouverture anale en décrivant autour de la suture une espèce de croissant.

5° Quelques lamelles d'agaric servent à prévenir l'écoulement du sang, et un bandage en T maintient les différentes pièces du pansement.

6° Enfin, la malade est reportée dans son lit, où elle doit être sondée toutes les trois heures. — Tilleul sucré, potion calmante.

Le 15, les lamelles d'agaric sont enlevées et les plaies sont pansées à plat. Le pouls est à 80. — Diète absolue.

Le 16, M. Jobert permet quelques cuillerées de bouillon de poulet.

Le 17, les plaies sont lavées avec de l'eau de guimauve; un dépôt de lymphe plastique recouvre en partie les fils.

Le 18, les points de suture sont enlevés; la lymphe, déjà organisée, maintient en contact les lèvres de la plaie. La malade est immédiatement reportée dans son lit, et elle continue d'être sondée avec précaution.

Le 21, les règles ont paru avec abondance; la malade a un peu de fièvre; elle ressent quelques douleurs aux parties génitales. L'introduction de la sonde devient très douloureuse; on permet à Mme X... d'uriner seule et on lui donne une petite quantité d'aliments solides. — Lotions émollientes.

Le 22, les règles continuent, quoique en petite quantité (même régime); le 23, elles ont cessé.

Le 25, M. Jobert, après avoir examiné l'état des parties et constaté la parfaite réunion des lèvres de la plaie, prescrit un léger purgatif.

Le 28, Mme X... prend un grand bain.

Le 29, elle croit avoir senti des gaz sortir par la vulve. M. Jobert procède à un nouvel examen, qui ne permet de découvrir aucune solution de continuité sur la paroi recto-vaginale.

Le 6 juin, elle est examinée une dernière fois; cet examen nous permet de constater:

1° Sur la ligne médiane et à la place de la déchirure, une cicatrice s'étendant de la partie inférieure de la vulve jusqu'à l'anus et simulant aussi bien que possible le raphé normal;

2° A droite et à gauche de cette cicatrice médiane, on aperçoit deux autres cicatrices encore rosées qui circonscrivent en dehors deux espèces de piliers charnus qui ont servi à réparer le périnée complétement refait, aussi bien suivant sa longueur que suivant son épaisseur, ce dont il est facile de s'assurer en introduisant le doigt indicateur dans le rectum;

3° La vulve a ses dimensions ordinaires.

Obs. II. — *Déchirure complète du périnée. — Perte de substance de la cloison recto-vaginale. — Réparation. — Autoplastie par glissement. — Guérison.*

Mme G..., d'une constitution pléthorique, n'a jamais fait aucune maladie grave.

En 1845 elle mit au monde son premier enfant. Le travail fut long et laborieux; l'accouchement ne fut terminé qu'après deux applications successives du forceps, qui permirent de retirer un enfant mort. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier, et au bout de trois mois elle devint enceinte pour la seconde fois. La grossesse n'offrit rien d'anomal, et parvint sans accident à son terme ordinaire. L'accouchement fut pénible, et ne put être terminé qu'après quatre jours; encore fut-on obligé de pratiquer plusieurs incisions, qui ne dispensèrent cependant pas d'avoir recours au forceps. Ce second enfant fut retiré mort, comme le premier, et la délivrance ne put être opérée qu'au bout de douze heures.

Une déchirure complète du périnée compliquée de la gangrène des parties lésées fut le résultat de cet accouchement, dont les suites s'accompagnèrent d'accidents graves qui allèrent jusqu'à compromettre les jours de la malade; sa santé en fut notablement ébranlée, et pendant quatre années la menstruation ne se rétablit pas. Ce fut alors surtout que Mme G..., fortement incommodée par le sang, ne parvint à combattre les accidents qui pouvaient en être la conséquence qu'en rétablissant autant que possible l'écoulement mensuel au moyen d'une application de sangsues renouvelée tous les mois.

Au bout de quatre ans le retour des règles apporta un peu d'amélioration à la santé générale; mais l'irritation qu'occasionnait sur les parties le contact du flux menstruel était pour notre malade la cause de douleurs intolérables et d'un écoulement presque continuel. Ces différents symptômes augmentaient d'intensité sous l'influence d'une marche tant soit peu prolongée ou d'une position assise trop longtemps gardée. De plus, lorsque Mme G... allait à la garde-robe, les matières fécales étaient projetées vers la vulve.

Malgré le concours des symptômes que nous venons d'énumérer, Mme G... conserva d'autant plus longtemps son infirmité qu'elle n'en soupçonnait même pas l'existence, jusqu'au moment où, atteinte d'une péritonite aiguë, elle réclama les soins de M. Jobert (de Lamballe), auquel elle raconta la nature habituelle de son indisposition. Rétablie de son affection aiguë, M. Jobert examina l'état des parties, et après avoir reconnu la nature de la lésion, proposa à la malade de l'en débarrasser au moyen d'une opération.

La malade est alors dans l'état suivant:

La santé générale est excellente.

Le périnée est non-seulement le siége d'une déchirure, mais encore d'une énorme perte de substance, qui fait que cet organe manque complétement, de telle sorte qu'en considérant les parties génitales externes dans leur ensemble, on voit que la vulve, qui s'étend inférieurement jusqu'à l'anus, est constituée par une énorme fente qui va en s'élargissant de plus en plus à mesure que l'on se rapproche de l'ouverture anale, et qui se trouve, en écartant les cuisses, avoir la forme d'un triangle dont la base, située inférieurement, correspond à la cloison recto-vaginale, dont elle occupe toute la largeur, et à la surface de laquelle on aperçoit un tissu cicatriciel résultant de la perte de substance dont cette cloison a été le siége. La grande lèvre du côté gauche se continue avec la partie supérieure de la cicatrice du même côté; celle du côté droit se termine un peu plus en dehors, où elle forme une espèce de petit lobule.

Sur la marge de l'anus, existent deux petites tumeurs hémorrhoïdales.

Après avoir préparé la malade par un régime convenable et un traitement approprié, M. Jobert pratique l'opération, le 29 juin 1854, de la manière suivante:

1° Mme G... est placée sur le dos, le siége sur le bord du lit et maintenue, en un mot, dans la position donnée aux femmes qui subissent l'opération de la fistule vésico-vaginale.

2° Toute la partie inférieure du triangle décrite plus haut, en d'autres termes celle recouverte de tissu cicatriciel, est ravivée au moyen d'une pince à dents et du bistouri. En allant de la partie inférieure de la grande lèvre du côté gauche à la même partie de la grande lèvre du côté opposé, l'instrument tranchant passe au-dessus de ce qui reste de la cloison recto-vaginale, qui est elle-même rendue saignante. Il en résulte une énorme plaie qui a plusieurs centimètres de profondeur, et dont l'affrontement des lèvres est d'autant plus difficile que leur écartement est plus grand.

3° Trois points de suture ont été successivement appliqués; l'un supérieur, près de la vulve, l'autre au milieu, le troisième près de l'anus. C'est celui du milieu qui fut appliqué le premier. C'était celui qui présentait le plus de difficulté, puisque c'était où se rencontrait le plus grand écartement et en même temps le plus de tissus à comprendre dans l'anse de fil entre les lèvres destinées à être affrontées. Voici comment M. Jobert surmonta la difficulté; il fit une suture que l'on pourrait désigner sous le nom de *suture entrecoupée à points en devant*, ou *suture par froncement des tissus*. Une aiguille courbe armée d'un fil plat ciré et portée sur un porte-aiguille est introduite à un demi-centimètre environ du bord saignant gauche; elle traverse ce dernier de dehors en dedans et va sortir dans la plaie à 1 centimètre et demi environ de l'ouverture d'entrée, puis elle est introduite de nouveau en continuant d'aller de gauche à droite, et ressort à 2 centimètres de la lèvre droite de la plaie. Enfin, elle pénètre une dernière fois dans la plaie, à 1 centimètre et demi de son bord, pour aller ressortir à un demi-centimètre en dehors en traversant la peau.

Les deux autres points de suture ont été appliqués comme à l'ordinaire, c'est-à-dire que l'aiguille traverse chaque lèvre de la plaie et la paroi recto-vaginale, en pénétrant à 5 millimètres en dehors de la surface saignante du côté gauche, et sortant à la même distance sur le côté opposé.

Cela fait, les parties saignantes sont exactement affrontées et les fils sont noués et coupés sur la ligne médiane.

4° A 2 centimètres et demi en dehors de la suture, et dans la région fessière, deux incisions latérales semi-elliptiques sont pratiquées; elles s'étendent de la partie inférieure et externe des grandes lèvres jusqu'à la région anale, où elles se terminent sur les côtés et un peu en arrière de l'anus.

La lèvre externe se renverse un peu en dehors, tandis que l'interne, tirée par la suture, glisse, ainsi que le lambeau intermédiaire, vers la ligne médiane, en réparant la perte de substance et s'opposant à toute espèce de tiraillement qui serait de nature à compromettre la solidité de la suture.

5° Deux lamelles d'agaric sont appliquées sur les parties saignantes par-dessus quelques compresses trempées dans de l'eau froide. Enfin, le tout est maintenu par un bandage en T, puis la malade est reportée dans son lit, où elle devra être sondée toutes les trois heures.

La journée se passa sans accidents, et la nuit fut assez bonne.

Le lendemain, l'agaric et les compresses sont retirés et remplacés par un linge troué enduit de cérat. Le même pansement est continué les jours suivants.

Le deuxième jour un peu de rougeur a paru au voisinage de la plaie, elle se dissipe sous l'influence de quelques lotions émollientes. Les lèvres de la suture sont parfaitement appliquées l'une contre l'autre. Pouls normal. — Potage.

Le 1er juillet, les règles sont arrivées pendant la nuit. Les parties sont un peu douloureuses.

Le 2, les règles continuent sans accident, la malade demande des aliments.

Le 4, les points de suture sont enlevés, les bords de la suture sont adhérents, tout est dans un état aussi satisfaisant que possible. — Pansement avec un linge troué enduit de cérat.

Le 6, Mme G... se trouve gênée par l'accumulation des gaz dans le canal intestinal. — Lavement émollient.

Le 7, elle prend un léger purgatif qui procure trois selles sans aucun accident.

Le 8, bouillons et potages.

Le 9, M. Jobert examine l'état des parties et constate que la réunion est parfaite. Les incisions de débridement ne sont pas encore cicatrisées. La malade peut se coucher sur le côté. Les jours suivants elle prend une alimentation plus substantielle et les garde-robes arrivent naturellement.

Le 15, elle prend un grand bain.

Enfin le 18, elle est examinée une dernière fois en présence de MM. Andral et Rayer.

1° Le périnée est réparé complétement et refait d'autant mieux que la suture, remplacée par une cicatrice linéaire, simule exactement le raphé normal; cette cicatrice, encore un peu rosée, s'étend de la vulve à l'anus.

2° La vulve a ses dimensions ordinaires; il en est de même du va-

gin, de l'anus et du rectum. Il n'existe aucune communication anomale entre ces deux conduits.

3° A droite et à gauche de la cicatrice médiane on aperçoit deux autres cicatrices rosées semi-elliptiques comme les incisions desquelles elles résultent. Ces cicatrices circonscrivent à gauche et à droite de la cicatrice médiane deux espèces de piliers charnus. Pris au départ de la région fessière, ces piliers se sont portés en dedans et ont concouru à réparer le périnée, tout en servant à maintenir la solidité de la suture d'abord, de la cicatrice ensuite.

Les faits qui précèdent viennent, comme nous l'avons annoncé en commençant, corroborer l'opinion que nous avons émise sur l'efficacité du procédé autoplastique mis en usage par M. Jobert. Ils en font d'autant mieux ressortir la supériorité que chez nos malades, la dernière en particulier, il existait une perte de substance considérable. C'est, il faut bien le reconnaître d'ailleurs, une complication qui doit se rencontrer fréquemment. Il est facile de comprendre, en effet, que dans un accouchement laborieux l'effort violent qui donne lieu à la déchirure est bien susceptible d'occasionner en même temps la mortification des tissus; de telle sorte qu'en pareille circonstance le périnée n'est pas seulement déchiré, il est de plus entièrement détruit. Cette déperdition de substance doit être prise en grande considération, et les efforts du chirurgien doivent tendre à la réparer, sous peine de voir la suture échouer dans un grand nombre de cas. C'est sans doute pour n'avoir pas apporté à cette circonstance toute l'attention qu'elle méritait que plusieurs chirurgiens habiles n'ont pu obtenir la cicatrisation des parties ravivées et réunies. Nous sommes d'autant plus porté à le penser qu'envisagée sous ce point de vue la dernière malade dont nous venons de rapporter l'observation se trouvait placée dans les conditions les plus défavorables, et cependant la réunion par première intention s'est opérée sans difficulté; la cicatrisation a été prompte et rapide, et la guérison radicale. Le résultat est incontestablement dû à l'influence protectrice des incisions profondes pratiquées sur les côtés de la suture.

Il est une autre particularité importante qui mérite de fixer un instant notre attention, je veux parler de la suture que nous avons désignée sous le nom de *suture entrecoupée à points en devant*.

Lorsque le périnée est déchiré ou détruit, l'opération n'a pas seulement pour but de refaire une forme extérieure en réunissant les lèvres cutanées de la solution de continuité; le chirurgien se propose de reconstituer l'organe en entier en le rétablissant suivant sa hauteur et suivant son épaisseur. Pour cela, il faut mettre en contact de larges surfaces saignantes; il faut de plus que la suture assure autant que possible l'affrontement de toutes les parties ravivées et surtout celles qui sont placées le plus profondément; sans cette précaution, on pourrait craindre qu'il ne demeurât quelque hiatus ou infundibulum où le pus en séjournant s'opposerait à la cicatrisation. C'est pour éviter cet inconvénient et obtenir le contact parfait de toutes les parties ravivées que l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu a imaginé la suture que nous avons décrite dans le courant de l'observation. Pour peu qu'on réfléchisse même à la manière dont elle est pratiquée, il est facile de voir que, les tissus profonds étant traversés plusieurs fois par l'aiguille, lorsque la suture est terminée le serrement du fil produit un froncement qui doit nécessairement assurer le contact parfait des parties rendues saignantes. Sous ce rapport, cette suture a une importance qu'il était bon, nous le croyons au moins, de ne pas laisser passer inaperçue.

A. Rosé.

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA DU MAMELON.

L'eczéma du sein peut exister sans qu'il y en ait la moindre apparence sur aucune autre partie du corps. Comme il peut, à la longue, dénaturer le mamelon ou l'auréole en ulcérant les tissus, il est prudent de l'attaquer de bonne heure, de ne pas en négliger le traitement. Parmi les topiques usités en pareil cas, M. le professeur Velpeau se sert de préférence des deux formules suivantes :

1° Axonge lavée à l'eau de roses. . . . . 30 grammes
Bicarbonate de soude ou sulfure de chaux. 50 centigr.
Mêlez.

2° Cérat blanc à l'eau. . . . . 30 grammes
Précipité blanc du calomel. . . . . . 4 —
Camphre. . . . . 20 centigr.
Mêlez.

Après avoir fait tomber les croûtes au moyen du beurre frais ou d'un cataplasme de farine de lin, on enduit soigneusement la surface rouge avec l'une de ces pommades, ou bien encore avec la pommade soufrée, faite avec le beurre frais et le soufre en poudre, plutôt qu'avec le soufre sublimé. Si l'eczéma résiste à ces moyens, on en triomphe en promenant sur toute la région dénudée un crayon de nitrate d'argent, trois ou quatre fois dans l'espace de quinze à vingt jours.

L'action de ces topiques doit en outre être le plus souvent secondée par des bains généraux, soit mucilagineux, soit sulfureux, soit alcalins. On donne en même temps à l'intérieur la tisane de bardane, de patience, de saponaire ou de douce-amère, ou bien quelques eaux minérales alcalines.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 août 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Adolphe Richard adresse une lettre de remercîments à la Société, qui lui a conféré le titre de membre titulaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAVAIL DE M. DEMARQUAY.

M. FOLLIN pense, comme quelques membres de la Société, qu'on ne retire pas toujours facilement avec l'anneau de Graefe les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, et il apporte un fait à l'appui de cette assertion. Un enfant de trois ans avait avalé deux centimes, qui restaient arrêtés dans l'œsophage au niveau de la fourchette sternale, l'anneau de Graefe, facilement introduit, ne fit qu'en constater la présence, mais sans les amener au dehors. Persuadé que ces corps étrangers pouvaient traverser le tube digestif, et craignant, par des tentatives répétées d'extraction, d'enflammer l'œsophage, M. Follin se décida à repousser à l'aide d'une éponge les deux centimes dans l'estomac. Cela fut fait, et un léger purgatif aida le lendemain à la sortie des deux pièces de monnaie.

M. Follin insiste ensuite sur les rétrécissements de l'œsophage consécutifs à une inflammation amenée soit par le séjour trop prolongé d'un corps étranger dans ce canal, soit par des essais d'extraction trop multipliés. Il en cite plusieurs exemples consignés dans sa thèse d'agrégation (1853) sur les *Rétrécissements de l'œsophage*. Dans le but d'éviter un accident si grave, il croit qu'on doit préférer l'œsophagotomie à des tentatives d'extraction qui, par leur nombre ou leur violence, amènent nécessairement soit une phlegmasie, soit des perforations de l'œsophage. A ce propos, il rappelle que, faite dans des cas simples, l'œsophagotomie n'est point une opération d'une grande gravité. Il a recueilli sur l'homme 7 guérisons sur 10 opérations, et sur les animaux 16 guérisons sur 18 cas. Même dans les deux cas terminés d'une manière fatale chez les animaux, la mort ne peut guère être rapportée à l'œsophagotomie.

En résumé, il faut :

1° Si l'on ne peut promptement retirer certains corps étrangers réguliers, les repousser dans l'estomac;

2° Préférer l'œsophagotomie à des tentatives d'extraction assez fréquentes pour produire soit des rétrécissements, soit des perforations de l'œsophage.

RAPPORT.

M. Broca lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Oscar Heyfelder, intitulé *De la nature du cancroïde*. (Commissaires : MM. Danyau, Lenoir et Broca, rapporteur.)

Nous reproduisons ci-dessous les conclusions scientifiques de ce rapport.

1° Le cancroïde est une tumeur homœomorphe constituée par les éléments de l'épithélium.

2° La tumeur cancroïde se distingue de celle du cancer par une double série de caractères dont les uns se constatent à l'œil nu et les autres au microscope. L'anatomie pathologique nous commande par conséquent de séparer l'une de l'autre deux affections dont les lésions sont différentes.

3° La marche locale du cancroïde présente de grandes analogies avec celle du cancer; mais à côté de ces analogies existent des différences notables. Celles-ci, considérées isolément, ne suffiraient peut-être pas pour établir la distinction de ces deux affections; mais par leur réunion elles constituent un ensemble de caractères distinctifs aussi précis que puissent l'être des caractères purement cliniques.

4° Le cancroïde se développe très souvent sous l'influence de causes purement locales, telles que des irritations légères fréquemment répétées. L'influence des causes locales sur le développement du cancer est contestée par beaucoup de personnes, et à coup sûr si elle s'exerce, ce n'est que dans des cas très exceptionnels.

5° Le cancer se développe sous l'influence d'une cause diathésique générale. Il n'en est pas de même du cancroïde. Il peut arriver, il est vrai, très exceptionnellement, que deux ou plusieurs cancroïdes se forment simultanément ou successivement sur le même individu. Leur présence sur plusieurs points du système tégumentaire est l'indice d'une sorte de diathèse de ce système, comme cela a lieu pour les verrues multiples et pour beaucoup d'autres affections également locales. Mais personne ne voudra confondre ces diathèses locales, limitées à un système organique, avec les diathèses générales, au nombre desquelles figure la cause diathésique du cancer.

6° L'hérédité, qui est si souvent la cause du cancer, a paru jusqu'ici étrangère à la production du cancroïde. Il n'est sans doute pas impossible que deux personnes de la même famille soient atteintes de cancroïde; le calcul des probabilités démontre qu'il en doit être quelquefois ainsi; mais ces cas sont encore à l'état d'hypothèse, tandis que l'hérédité du cancer repose sur des faits nombreux, précis et inexplicables par de simples coïncidences.

7° Le cancroïde ne débute que sur les membranes tapissées d'épithélium. Le cancer, au contraire, peut débuter partout où il y a des vaisseaux.

8° Beaucoup d'organes où le cancroïde est très fréquent sont rarement atteints de cancer. Beaucoup d'organes où le cancer est commun ne sont jamais atteints de cancroïde.

9° Le véritable cancer de la peau est très rare. La plupart des affections suspectes de la peau, désignées autrefois sous les noms de cancer du visage, cancer du sein, cancer du prépuce, cancer de la peau des membres, etc., ne sont autre chose que des cancroïdes.

10° La marche du cancroïde est beaucoup plus lente, en général, que celle du cancer. La durée moyenne de la vie, lorsqu'on abandonna ces affections à elles-mêmes, est beaucoup plus considérable pour le cancroïde que pour le cancer, presque dans la proportion de 10 : 1.

11° Le cancer débute, en général, par une tumeur circonscrite; le cancroïde débute soit par un bouton à base diffuse, soit par une verrue, soit par une hypertrophie papillaire, soit par une surface à peine indurée, fendillée ou exulcérée, qui pendant longtemps se recouvre de croûtes avant de devenir le siége d'une ulcération véritable.

12° Ces caractères sont tellement tranchés, que de tout temps les cliniciens en avaient été frappés, et avaient cru devoir distinguer par un nom particulier les tumeurs que nous désignons aujourd'hui sous le nom de cancroïdes.

13° Les ulcères cancéreux donnent lieu à des hémorrhagies beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus abondantes que les ulcères cancroïdes.

14° Le cancer envahit les ganglions beaucoup plus fréquemment et beaucoup plus rapidement que le cancroïde.

15° Le cancer et le cancroïde, abandonnés à eux-mêmes, se terminent, en général, par la mort; mais la mort, dans le cas de cancroïde, ne présente rien de spécial; elle est la conséquence, soit du siége de la tumeur, comme dans le cas de cancroïde du larynx, soit de l'épuisement produit par la suppuration, soit d'une sorte d'infection putride produite par la résorption ou par la déglutition des matières que sécrète l'ulcère, etc. Dans le cancer, les mêmes phénomènes peuvent entraîner la mort; mais de plus, le cancer détermine une intoxication spéciale, la cachexie cancéreuse ou l'infection cancéreuse.

16° Le cancroïde et le cancer peuvent récidiver après l'extirpation; mais l'étude des récidives montre de nouvelles différences entre ces deux affections.

17° Au point de vue de la fréquence, il est démontré que la récidive du cancer est infiniment plus fréquente que celle du cancroïde. La vérité de cette proposition a été reconnue et proclamée à toutes les époques, et longtemps avant l'intervention du microscope.

18° Il est certain qu'on guérit par l'opération un grand nombre de cancroïdes. Il est douteux qu'on ait jamais guéri le véritable cancer.

19° Le cancroïde ne récidive que par continuation, c'est-à-dire dans la sphère d'action locale de la tumeur primitive, soit sur place, soit par irradiation, soit dans les ganglions correspondants, ce qui n'a lieu du reste que par exception. Le cancer récidive souvent de la même manière, mais souvent aussi il récidive par repullulation véritable sur un point quelconque de l'organisme.

20° A l'autopsie des individus morts par les progrès du cancer, on trouve très souvent, environ une fois sur deux, des cancers multiples disséminés dans les organes internes, et méritant le nom de cancers par infection. Rien de pareil ne se constate à l'autopsie des individus morts de cancroïde. Sur plus de cinquante autopsies de ce genre faites en France, il n'y en a pas eu une seule où on ait trouvé des cancroïdes multiples, et l'exception unique citée par M. Paget, lors même qu'elle serait sans réplique, serait de nature par son excessive rareté à contraster de la manière la plus frappante avec l'excessive fréquence des cancers par infection.

21° Le cancroïde est une tumeur, le cancer est une maladie; le premier est le résultat d'une affection locale du système tégumentaire, le second est dû à une affection générale de l'économie.

22° La distinction entre le cancroïde et le cancer a été pressentie, indiquée ou même développée par un grand nombre de chirurgiens pendant la durée du siècle qui vient de s'écouler. L'anatomie pathologique n'a fait que confirmer et rendre irrécusable une distinction déjà reconnue par la pathologie proprement dite.

Après ces conclusions purement scientifiques, M. Broca termine son rapport en proposant au nom de la commission :

1° Le renvoi du travail de M. Heyfelder fils au comité de publication;

2° L'inscription du candidat sur la liste des membres correspondants étrangers.

DISCUSSION SUR CE TRAVAIL.

M. MICHON approuve presque complétement les opinions émises par M. Broca dans son rapport. Toutefois il désirerait qu'on modifiât la conclusion relative à l'hérédité du cancroïde. Il conserve à cet égard quelques doutes. Il y a peut-être là quelque prédisposition héréditaire. Assurément les pneumonies ne sont pas héréditaires; toutefois dans certaines circonstances l'on paraît hériter d'un poumon prédisposé aux phlegmasies; l'on hérite aussi d'une peau prédisposée à certaines maladies. N'en serait-il pas de même pour le cancroïde?

M. BROCA accepte les réserves faites par M. Michon; mais il ajoute que ce genre d'hérédité, si différent de celui qui appartient au cancer, doit être bien rare, puisque jusqu'ici on n'en a pas cité un seul exemple.

(La discussion continuera dans la prochaine séance.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MARJOLIN met sous les yeux de la Société un calcul vésical qui, malgré son volume assez considérable, a été rendu spontanément. Le malade, qui est âgé de soixante-quatorze ans, est depuis plus de dix ans atteint de gravelle. A plusieurs reprises, il a rendu des calculs gros comme des lentilles; mais jamais il n'en avait rendu d'aussi volumineux que celui-ci, qui a la forme d'une amande de cacao. Sa longueur est de 2 centimètres et demi; dans son plus grand diamètre, il a 1 centimètre. Sa forme, l'absence de facettes et quelques symptômes locaux éprouvés par le malade, portent M. Marjolin à croire que ce calcul est unique, qu'il s'est formé dans un des uretères, et que pendant un temps assez long il est resté à la partie inférieure de l'un de ces canaux.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans un de nos derniers numéros (24 août) nous avions, d'après la *Revue thérapeutique du Midi*, annoncé la prochaine nomination de M. le docteur Donné au rectorat de Montpellier. Nous nous empressons de rectifier cette erreur : Notre honorable confrère est nommé recteur de l'académie de Nancy, tandis que le nouveau recteur de Montpellier est M. l'abbé Noirot.

— Le prix des *Annales médico-psychologiques* a été décerné cette année à M. Félix Boureau, interne des hôpitaux de Paris. Son travail, qui a pour titre : *Influence des altérations du sang et des modifications de la circulation sur le système nerveux*, a plus spécialement pour objet les hallucinations.

Le Gérant

Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

Paris, le 30 aout 1854.

Nous n'avons rien à dire aujourd'hui de la séance de l'Académie de médecine. Des formules de traitements plus moins nouveaux ont fait le fond de la correspondance officielle. Quant aux rapports, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer nos lecteurs au compte rendu; nous aurons d'ailleurs à revenir sur le travail de M. Heurteloup et sur la malade présentée par M. Maisonneuve.

HOPITAL NECKER. — M. Monneret.

Remarques sur le bruit tympanique dans les épanchements.

Depuis quelques années l'auscultation est devenue le sujet de recherches importantes destinées, les unes, à perfectionner et à corroborer les principales propositions établies et formulées par notre immortel Laënnec, les autres à contester leur valeur ou même à les mettre au néant. Je ne viens pas me déclarer le défenseur de tout ce qui a été écrit par Laënnec, ni dresser l'inventaire de toutes les hérésies acoustiques promulguées dans ces derniers temps; la dernière tâche surtout serait trop longue à fournir m'entraînerait au delà des limites que je veux donner à cette courte note (1). Elle n'a qu'un but; elle est destinée à montrer que le son clair, pulmonaire, que l'on entend à la partie supérieure de la poitrine, est dû à une cause très simple, connue de tout le monde, qui n'est autre que la présence du tissu pulmonaire, sans interposition d'un autre corps. Deux faits récents de pleurésie qui se sont terminés par la mort présentent, comme à souhait, les preuves expérimentales les plus décisives et les plus propres à renverser toutes les théories que l'on a émises dernièrement sur la cause de ce bruit. J'en ferai bientôt la critique lorsque j'aurai d'abord exposé les conditions anatomiques que renferment les faits en question. Les voici :

Obs. I. — Barré (Louise), âgée de vingt-sept ans, entra à l'hôpital Necker le 7 avril 1854.

La maladie actuelle remonte à trois semaines. Elle contracte un rhume qui s'accompagne d'un point de côté violent, de crachats sanglants, de fièvre et de tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie, qui est combattue par la saignée, les vésicatoires, de l'émétique à haute dose. Une légère amélioration survient et elle entre dans la salle Sainte-Adélaïde.

Le 7, cette femme n'est point amaigrie; elle est pâle, anémiée et affirme qu'elle n'a jamais eu d'autre affection antécédente que celle que nous avons actuellement sous les yeux. Jamais de rhume, jamais d'hémoptysie.

Je ne reproduirai pas ici jour par jour les symptômes qui ont été recueillis avec une attention extrême; j'indiquerai seulement ceux qui ont trait au point spécial que je veux élucider.

La respiration est médiocrement génée, 36 par minute. Le décubitus a lieu presque horizontalement et sur les deux côtés indifféremment. En avant et à gauche, depuis la clavicule, sur cet os et jusqu'à la troisième côte, on obtient par la percussion un son clair, différent du son pulmonaire naturel et un peu plus sourd que lui. On le retrouve en arrière et du même côté dans la fosse sus-épineuse, dans la partie la plus élevée de la fosse sous-épineuse et dans l'espace interscapulaire qui sépare ces deux régions de la colonne vertébrale. Seulement le son clair est un peu obscurci par les masses charnues qui existent dans ces points.

La vibration thoracique est singulièrement exagérée par comparaison, soit avec les parties inférieures, soit avec la côte droite, dans tous les points occupés par le son clair.

Le souffle tubaire et la bronchophonie s'entendent également avec une grande intensité dans les mêmes lieux.

Au-dessous, en avant, le son est mat, la vibration éteinte : broncho-égophonie très marquée sur l'angle de l'omoplate; souffle tubaire; râle muqueux entendu dans le lointain.

(1) Cette note et les observations qui l'accompagnent ont été lues par M. Monneret à la Société médicale des hôpitaux.

Respiration pure et supplémentaire à droite.

Le cœur est refoulé à droite derrière le sternum et s'avance vers le sein : voussure précordiale, matité étendue, bruit de râpe superficiel dans les deux temps, plus intense au premier, perçu sur le sternum et ne dépassant pas cette région. Persistance de la douleur pectorale gauche étendue à presque toute la paroi, toux fréquente; expectoration de crachats muqueux aérés semblable à ceux de la bronchite.

Perte d'appétit, selles naturelles, pouls à 120.

Cet état persiste sans changement notable, malgré un traitement actif, jusqu'au 14 avril.

A cette époque, le souffle et la bronchophonie avaient été remplacés par le silence complet de la respiration. La dyspnée avait augmenté.

Je me décidai à pratiquer la thoracentèse le 15 au matin suivant le procédé de M. Reybard, entre la cinquième et la sixième côte. Il s'écoula par la canule un litre à peine d'un pus très épais, blanchâtre, lié, semblable au pus des abcès chauds; mais dégageant une odeur d'hydrogène sulfuré et phosphoré tellement fétide que toute la salle et les assistants en furent incommodés. J'injectai 300 grammes d'eau tiède pour laver la plèvre, et je ne pus en retirer qu'une partie. Rien de particulier pendant l'opération. La malade fut soulagée aussitôt.

Le lendemain 16, le son perçu sous la clavicule gauche était un peu moins clair que les jours précédents, et on entendait le bruit respiratoire un peu rude seulement et mêlé à des rouchus sonores. En arrière et en haut, le son conservait son timbre clair. En bas, une égophonie très distincte avait remplacé la bronchophonie. Le cœur s'était un peu rapproché de la région précordiale.

Cependant l'amélioration obtenue par la thoracentèse ne fut que passagère; la toux resta fréquente, la respiration accélérée, 36 à 40; le pouls à 132. Les crachats muqueux avaient une odeur spermatique très prononcée.

Le 20 avril, à quatre heures du matin, après une nuit assez paisible, la malade commença à expectorer des crachats constitués par du pus d'une odeur fétide, qui rappelait celle qu'exhalait le pus extrait de la plèvre. Il était évident qu'une communication s'était établie entre la plèvre et les bronches. Une quantité assez minime de liquide avait été aussi expulsée. Cependant, malgré l'exploration la plus attentive, aucun changement notable ne s'était déclaré dans les symptômes thoraciques. Le son clair restait invariablement dans son siége habituel, en arrière et en avant. Dans ce dernier lieu, un souffle bronchique et une bronchophonie très intenses avaient remplacé le bruit respiratoire rude des jours précédents. On ne trouvait ni le son clair tympanique, ni l'absence de vibration, ni le tintement métallique qui annoncent la perforation du tissu pulmonaire. En effet, on verra que celle-ci était oblitérée par de fausses membranes.

Le 21 avril, vers quatre heures du soir, une toux continuelle, suivie de l'expectoration de quelques crachats toujours fétides, de cyanose, de dyspnée et d'une sueur intense, se déclara et précéda de quelques minutes la mort, qui eut lieu sans agonie.

Autopsie le 23 avril. — Le poumon gauche adhère en avant aux côtes depuis la clavicule jusqu'à la troisième côte et au sternum par du tissu cellulaire très anciennement organisé. Il est relié de la même manière à la partie supérieure externe et postérieure du thorax, c'est-à-dire dans les points qui correspondent très exactement à l'aisselle, à la fosse sus et sous-épineuse. Il coiffait en quelque sorte l'épanchement par son lobe supérieur. L'inférieur était appliqué contre le rachis et le médiastin, et avait été séparé du lobe supérieur par l'épanchement. Celui-ci occupait donc les trois quarts inférieurs et externes de la cavité pectorale.

Dans le fond de la scissure inter-lobulaire ainsi disséquée, à la racine même des grosses bronches, s'ouvre une perforation excessivement étroite, admettant à peine un stylet, et formée aux dépens du tissu pulmonaire, ramolli en ce point seulement, et exempt de toute altération que l'on puisse rapporter soit à la gangrène, soit à des tubercules, dont il n'existait aucune trace ailleurs. Plusieurs couches de fausses membranes épaisses, les unes très molles, les autres résistantes, tapissaient ce point et obstruaient l'orifice. Elles se continuaient avec une autre fausse membrane pyogénique, épaisse, qui tapissait toute la plèvre et le poumon, et représentait ainsi une vaste poche où se trouvait logé l'épanchement.

Le poumon gauche est sain partout, excepté dans le point où il s'est enflammé et ramolli partiellement. Son tissu est dense, non crépitant, nullement infiltré. Du pus, en assez grande quantité, occupait une petite partie de la plèvre. Il m'a été impossible de m'assurer de la présence de gaz.

Le poumon droit est sain. Un peu d'emphysème intra-vésiculaire sur les bords.

La cavité du péricarde entièrement oblitérée par un magma de fausses membranes très épaisses, dont il est difficile de dégager le cœur. Son tissu musculaire et sa membrane interne sont sains.

Voici maintenant les faits principaux qui ressortent de l'étude des symptômes mis en présence des lésions :

Dans les lieux où existait un son clair, tympanique, des adhérences solides attachaient le poumon à la paroi thoracique. Les points d'adhérence correspondaient très exactement à cette région.

Le tissu pulmonaire condensé était le seul corps qui se continuât avec la paroi pectorale percutée.

Ni liquide ni gaz ne se trouvait interposé entre elle et le tissu pulmonaire.

Donc, l'organe qui rendait le son clair était le poumon, et rien que le poumon, recouvert par la paroi thoracique. On pouvait, sur le cadavre, reproduire le son clair entendu pendant la vie.

Je placerai immédiatement après l'observation précédente un cas non moins curieux et non moins décisif, qui me servira à discuter quelques nouveautés que l'on tend à introduire dans la percussion.

Obs. II. — Un jeune homme, My..., âgé de vingt-huit ans, entra à l'hôpital Beaujon avec tous les signes d'une pleurésie chronique droite, produite par des tubercules. L'épanchement occupe d'abord les deux tiers inférieurs de la plèvre; la matité remonte jusqu'à l'épine en arrière, mais en avant elle ne s'étend qu'à la partie latérale et inférieure. Toute la région claviculaire et sterno-mamelaire rend un son clair et tympanique qui a, en travers, au niveau du mamelon, 19 centimètres, et 20 de haut en bas sur le même point. Une vibration thoracique très intense, du souffle et de la bronchophonie allant même jusqu'à la pectoriloquie certains jours, se font entendre dans cette région. On trouve partout ailleurs, en arrière, les signes les plus marqués d'un épanchement qui fait chaque jour des progrès plus rapides.

J'observe des variations assez singulières, et sur lesquelles je ne saurais trop insister, dans l'étendue et l'intensité du son clair, ainsi que dans les autres signes qui l'accompagnent. Tantôt l'espace où existe le clair diminue; tantôt il s'agrandit; tantôt j'y entends une respiration rude, mais point de souffle ni de bronchophonie; tantôt ces deux symptômes s'y montrent de la manière la plus évidente.

Cependant le son clair n'a jamais cessé d'exister pendant le temps où j'ai observé le malade (trente-cinq jours). Après avoir siégé dans les régions que j'ai signalées, il a fini par se réfugier sous le tiers interne de la clavicule droite, puis sur tout le sternum, jusque sur son bord gauche et vers son appendice. C'est dans ces points que la respiration rude, le souffle, la bronchophonie et la vibration persistent jusqu'à la fin.

On ne trouve pour expliquer ces symptômes que la présence du poumon, qui, fortement réduit et entièrement privé d'air et repoussé par l'épanchement, avait fini par contracter de fortes adhérences et par se coller contre le médiastin intérieur et la partie postérieure du sternum. J'ai rencontré comme un fait du même genre et dans lequel la même altération reproduisit les mêmes effets, c'est-à-dire les mêmes symptômes stéthoscopiques.

Laissons maintenant parler les faits, car je n'ai aucune théorie à faire prévaloir. Je suis convaincu, pour ma part, que nous sommes encore aujourd'hui aussi peu versés en acoustique médicale qu'on l'était du temps de Laënnec, pour une raison fort simple à comprendre. Il n'est pas un physicien qui ait osé aborder ce sujet difficile, et si l'on excepte la phonation, aucun des phénomènes qui se passent dans l'appareil respiratoire et circulatoire n'a été soumis à une expérimentation rigoureuse et régulière par des hommes versés dans l'étude de la physique.

Je veux seulement constater que les auteurs qui, comme M. Skoda, ont attribué le son clair, tympanique, à la présence d'un liquide interposé entre le poumon et la paroi pectorale, se sont trompés. La disposition anatomique que j'ai signalée précédemment, et que d'autres ont fait connaître bien avant moi, prouve d'abord que le poumon condensé et par conséquent privé d'air et accolé à la poitrine produit dans le son pulmonal naturel une modification de timbre par lequel il devient plus sourd et plus obscur, ce qui est en rapport avec la densité, l'imperméabilité à l'air, et l'épaisseur plus grande du tissu pulmonaire. Ceux mêmes qui ont reconnu la réalité de la condition physique que je signale ont dit qu'elle n'était pas indispensable, et que le poumon plus ou moins environné de liquide donnait lieu à ce son tympanique. Examinons si cette opinion est vraie.

A en croire quelques auteurs, il semble que le poumon, dans la pleurésie, nage au hasard du flot qui l'entraîne, à la manière d'une vessie qu'on plonge dans un liquide. J'imagine bien que cette opinion n'est pas sérieuse, et qu'elle n'a été alléguée que pour les besoins des théories. Nous ne sommes plus au temps où l'on croyait qu'en faisant changer la situation du malade, on forçait ainsi le liquide à prendre son niveau autour du poumon, comme il le fait dans une bouteille. Les cliniciens savent que ce n'est chose ni facile, ni commune. Il en est de même dans la pleurésie, où le poumon fortement attaché, en dedans et en arrière, contre le rachis, reste dans cette situation au lieu de se mouvoir au gré du liquide, je dirai presque du théoricien.

D'ailleurs, ceux qui ont voulu faire circuler aussi la sérosité autour du poumon, et expliquer ainsi le son clair, n'ont oublié qu'une

chose, à savoir, que tous les autres symptômes qui annoncent d'une manière irréfragable la présence d'un liquide dans le lieu occupé par le son clair manquent complètement. Ainsi, la vibration thoracique nulle ou presque nulle lorsqu'un liquide se place quelque part entre le poumon et la paroi thoracique; cette vibration, dis-je, au lieu d'être nulle, est intense et exagérée comme dans la pneumonie ou le tubercule. Première preuve que du liquide n'est pas dans le lieu où le son est clair.

En second lieu, la bronchophonie allant même jusqu'à la pectoriloquie existe au niveau du tissu pulmonaire induré, ce qui n'aurait pas lieu si de la sérosité était interposée entre le poumon et la plèvre; car, si la couche de liquide était mince, on aurait de l'égophonie; très considérable, on n'entendrait plus rien. Il en est de même du souffle tubaire et des modifications de timbre du bruit respiratoire, qui sont très intenses dans les indurations pulmonaires, nulles ou faibles quand le liquide épanché est abondant.

Dans le premier exemple que j'ai cité, la quantité de pus extrait n'était pas considérable, et d'ailleurs, après l'opération, le bruit clair n'en a pas moins persisté avec la même intensité et dans les mêmes lieux. Preuve évidente que le liquide n'était pour rien dans la production du phénomène. Nous voyons aussi le souffle, la bronchophonie, la vibration, ou augmenter, ou persister avec la même intensité; comment donc soutenir que le liquide est pour quelque chose dans la production du son clair. Autant vaudrait dire que la pectoriloquie s'entend mieux dans la pleurésie que dans les indurations pulmonaires.

Mais, dira-t-on, pourquoi, si le liquide est étranger à la production du phénomène, ne trouve-t-on le son tympanique que dans la pleurésie? Je répondrai d'abord que cette maladie est la seule qui comprime le poumon et le fixe en un point du thorax, sans altérer sa contexture. Telle est, suivant moi, la condition physique qui favorise la production du bruit clair. Dans ce cas, le tissu pulmonaire qui confine, d'une part, à la paroi thoracique, et d'une autre part, aux premières bronches, à la trachée et au larynx, transmet facilement la vibration sonore déterminée par la percussion. Cette vibration acquiert son timbre clair et un peu sourd en résonnant dans les gros tuyaux dont je viens de parler. De même que l'on fait paraître plus évident le bruit de pot fêlé, en faisant ouvrir largement la bouche au malade et en faisant ainsi consonner le bruit solidien dans l'air de la caverne, de la trachée et du larynx.

Je ne terminerai pas sans protester contre la gamme étrange de sons inventée par M. Skoda. Les noms de son plein creux, plein vide tympanique, etc., à l'aide desquels il a voulu rendre les modifications que nous sommes habitués à exprimer d'une manière beaucoup plus lucide et plus exacte par les noms des organes percutés (son pulmonal, fémoral, matité, etc.), loin d'être un perfectionnement de l'acoustique médicale, ne serviront qu'à l'obscurcir et à y jeter une grande confusion. Fort heureusement que la clinique est là pour rectifier toutes les erreurs dont fourmille le traité de M. Skoda, et dont notre collègue M. Aran a su faire justice, en grande partie du moins, dans l'excellente traduction qu'il a publiée. Elle me paraît devoir faire ressortir mieux encore toutes les grandes découvertes et toutes les vérités éclatantes qui sont contenues dans l'immortel ouvrage de Laënnec.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Obstruction de l'intestin pendant quatre-vingt-dix jours. — Refus de l'entérotomie. — Mort.

Par M. le Dr Roux (de Brignolles).

M. le docteur Joel, de Rolle (Suisse), a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 11 mai dernier une observation dans laquelle l'entérotomie a été pratiquée par lui sur l'intestin grêle, en suivant à peu près le procédé décrit par M. Maisonneuve dans les *Archives de médecine* de 1845. Des eschares à la région lombaire l'ont empêché d'employer la méthode de Callisen, modifiée par M. Amussat, et lui ont fait choisir de préférence la région inguinale.

M. Joel paraît être dans le doute sur la nature de la cause qui a oblitéré le côlon descendant; et par voie d'exclusion, il conclut cependant que des matières durcies avaient fait *bouchon*, ou qu'il y avait invagination, et peut-être ces deux causes réunies.

J'avoue que je ne crois point à une invagination arrêtant les matières et formant bouchon pendant quatre-vingt-deux jours, parce que ses effets ordinaires sont rapidement mortels. Un bouchon de matières fécales durcies, sans invagination, serait bien tenace, et après l'opération, la nature ne manquerait pas de se débarrasser d'un corps étranger qui ne pourrait certainement rester en place indéfiniment, une fois l'intestin déblayé par la partie supérieure. Or, le côlon descendant étant souvent le siége de tumeurs ou de rétrécissements qui d'ordinaire oblitèrent le canal intestinal, il est bien plus probable que Mme Rod Monnard a dû les phénomènes qu'elle a présentés à l'une de ces deux causes, et que c'est à elle que M. Joel a dû l'avantage de pouvoir pratiquer avec habileté et succès l'une des plus belles et des plus rares opérations de la chirurgie.

Voici une observation d'oblitération du côlon descendant dans laquelle il ne m'a pas été permis de tenter l'opération que j'avais proposée, et où l'autopsie est venue démontrer encore une fois ce que M. Amussat a souvent rencontré; savoir, une tumeur squirrheuse difficile à atteindre dans l'exploration, et permettant néanmoins l'établissement d'un anus artificiel sur le gros intestin.

Obs.— Mlle Saint-M.., âgée de quarante-six ans, d'un tempérament en apparence un peu lymphatique, était néanmoins très forte, très vigoureuse, avait le système musculaire bieu développé et s'était toujours livrée, au village, à des occupations pénibles de ménage, malgré une fortune qui lui aurait permis de goûter le repos. Son père est mort depuis peu, âgé de quatre-vingt-six ans; sa mère vit encore et est fort avancée en âge. La menstruation avait été constamment régulière. Dans son jeune âge, elle avait eu l'habitude de manger de la terre, du plâtre et autres substances inorganiques. Autant qu'elle peut se le rappeler, elle avait toujours un peu souffert du ventre. Depuis plus de vingt ans même elle se plaignait de douleurs abdominales plus ou moins fortes qui, sans lui ôter les forces et l'appétit, lui faisaient désirer du soulagement. La langue était habituellement rouge et fendillée; mais les digestions étaient faciles, les selles naturelles; le ventre, quoique un peu volumineux, ne présentait rien d'extraordinaire quand on le palpait.

Mlle Saint-M... vint me consulter il y a douze ans pour une tumeur squirrheuse du sein gauche du volume du poing, que j'enlevai en conservant la presque totalité de la glande mammaire, et qui depuis lors ne donna plus aucune inquiétude.

Il y a environ trois mois, Mlle Saint-M .. éprouvait plus fréquemment qu'à l'ordinaire le besoin de se présenter à la selle; elle rendait beaucoup de vents et une fort petite quantité de matières fécales un peu molles, jamais dures. L'appétit et les forces se soutenaient néanmoins, les douleurs n'étaient pas plus vives, aussi la malade ne tint pas grand compte de cette différence dans ses fonctions.

Un mois plus tard, elle perdit un peu de son appétit et de sa vigueur, les selles se supprimèrent et les gaz s'échappèrent avec peine et rarement. Les douleurs abdominales augmentèrent, et pourtant la malade vaquait encore à ses occupations et se bornait à prendre quelques boissons émollientes et laxatives.

Le médecin du village, M. le docteur Reynaud, observateur judicieux et instruit, fut appelé le 6 juin, vingt jours après la suppression des selles, et trouva le pouls abdominal, sans fréquence, la langue rouge comme il l'avait vue souvent, peu de soif, urines rares et rouges, ventre tendu, douloureux, sonore dans toute son étendue. Le développement de la tympanite empêchait de constater la présence d'aucune tumeur dans l'abdomen.

Des lavements émollients et laxatifs, des boissons de même nature, des bains de siége, un régime sévère furent prescrits. Dans les moments de calme la malade conserve toute sa vigueur et le désir de se livrer aux travaux du ménage.

Les premiers moyens employés ayant produit un peu de calme, on prescrivit une émulsion avec 60 grammes d'huile de ricin, qui occasionna un peu de colique, beaucoup de borborygmes, mais aucune envie d'aller à la selle.

L'impuissance de ce purgatif surprit le médecin, qui conçut pour la première fois des soupçons sur la possibilité de l'existence d'un obstacle mécanique dans le tube digestif. Il ajouta aux moyens prescrits des lavements tantôt avec le séné et des sels purgatifs, tantôt avec les huileux, et toujours sans succès.

Le tube digestif paraissait supporter les purgatifs, on voulut quelques jours après essayer l'eau de Sedlitz; mais la veille, dans la soirée, il survint des douleurs plus vives, des envies de vomir, et plus tard quelques vomissements de matières bilieuses. Nonobstant ces nouveaux symptômes, l'eau de Sedlitz fut administrée, mais elle fatigua l'estomac et augmenta les vomissements. Dès ce moment aucune boisson ne fut plus supportée et l'état de la malade s'aggrava sensiblement. Le pouls devint filiforme, la peau froide, le faciès profondément altéré, les douleurs abdominales très vives; tout semblait annoncer une terminaison promptement funeste. Cependant, à l'aide de bains de siége, où la malade se trouvait fort bien, d'embrocations huileuses sédatives et de lavements de même nature, il survint un peu de calme, et la malade put se lever et prendre quelques aliments légers. Pendant quatres jours il y eut un état de bien-être parfait et la constipation seule faisait craindre le retour des symptômes alarmants.

Les douleurs se réveillèrent, en effet, peu après; le ventre se tendit plus fortement et la malade, au bout de deux jours, se trouva dans un état aussi alarmant. Un médecin des environs fut appelé en consultation, et il fut convenu qu'on insisterait sur les moyens qui avaient réussi précédemment à calmer; mais, l'indication pressante étant d'obtenir des selles, il fut décidé que l'huile de ricin serait mitigée par l'huile d'amandes douces. Elle ne put être mieux gardée. L'état général s'amenda cependant, il survint une réaction favorable; les gargouillements persistèrent et semblaient annoncer un travail expulsif. Un lavement avec le sulfate de soude provoqua la sortie d'une petite quantité de matières fécales liées, ayant le volume et la forme d'un gros tuyau de plume. A partir de ce jour, l'eau des lavements fut plus trouble et contint souvent des matières semblables à de la purée de lentilles, qui surnageaient dans le vase.

D'autres purgatifs, sous forme sèche, furent administrés (calomel, savon médicinal, résine de jalap), et ne produisirent que des coliques et des borborygmes. Bientôt des vomissements bilieux se répétèrent, le hoquet devint fréquent, et les bains, qui jusque-là avaient soulagé, semblèrent fatiguer davantage (probablement la chaleur dilatait les gaz contenus dans les intestins); le ventre devint énormément distendu.

L'inefficacité des moyens employés jusqu'alors fit recourir à l'huile de croton tiglium à la dose de deux gouttes dans une once d'émulsion. Elle fut bien supportée, provoqua des gargouillements, et n'empêcha pas la malade de dormir pendant la nuit. Le lendemain, la dose fut doublée. A la dernière cuillerée, des coliques très fortes se manifestèrent avec de nombreux gargouillements, et tout se termina par des vomissements dans lesquels la malade crut reconnaître l'odeur des matières fécales.

Mon frère, M. J. Roux, chirurgien de 1re classe de la marine, en retraite, avait été prié de donner son avis sur la malade, et il avait cru devoir communiquer au médecin ordinaire les mémoires de M. Amussat sur la tympanite stercorale et les opérations auxquelles elle a donné lieu. Avant d'en venir à ce moyen extrême et pour satisfaire les désirs de la famille, il avait pris part au traitement médical et indiqué successivement divers moyens. Après ceux dont je viens de parler, on eut recours aux lavements et aux fomentations d'eau froide, et sous leur influence les douleurs se calmèrent, le ventre s'assouplit, le hoquet et les vomissements s'arrêtèrent, les urines coulèrent plus abondantes et plus limpides. Une bonne réaction s'établit, et la malade se trouva pendant quelques jours dans un état fort satisfaisant.

On essaya de la strychnine pour réveiller la contractilité des intestins, des frictions sur l'abdomen avec l'huile de croton, le tout sans aucun résultat.

Enfin, dans cet état passager d'amélioration, on essaya l'usage de l'eau verte de Vaquiras, purgatif fort doux que les malades supportent généralement fort bien. Comme tous les autres remèdes analogues, elle produisit des coliques violentes qu'on dut modérer par l'administration d'une potion calmante.

Depuis soixante jours l'oblitération de l'intestin était complète, et Mlle Saint-M. avait perdu peu de ses forces, de son embonpoint; le moral était excellent. On ne faisait plus usage que de moyens hydrothérapiques, car on était découragé de l'emploi des purgatifs. La malade était calme, et se prêtait aux explorations les plus minutieuses; aussi, lorsque je fus appelé auprès d'elle, le 20 juillet, le doigt ne trouvait aucun obstacle dans le rectum, et l'on pouvait vider trois fois une seringue ordinaire dans le gros intestin. Une sonde œsophagienne était introduite à une grande profondeur, et quand elle s'arrêtait et se recourbait, on ne pouvait reconnaître si c'était contre le point oblitéré ou contre la courbure gauche du côlon transverse.

Le volume du ventre s'était toujours opposé à une exploration complète à travers les parois. La quantité d'eau qu'on pouvait injecter et le point reculé où la sonde s'arrêtait étaient bien capables de jeter de l'hésitation sur la région que l'on devait choisir pour pratiquer l'opération de l'anus artificiel. Cependant je n'hésitai pas à la proposer, avec l'intention d'ouvrir dans la région lombaire droite le côlon ascendant. Je connaissais par expérience le courage de Mlle Saint-M.; je savais qu'elle ne bougerait pas. J'avais répété cette opération sur deux cadavres morts avec diarrhée chronique, présentant par conséquent un affaissement des parois intestinales, et j'avais acquis la conviction que, même dans ces dispositions défavorables, il était assez facile d'arriver à la partie postérieure de l'intestin en dehors des feuillets péritonéaux.

Mais plusieurs médecins de la contrée avaient déjà été questionnés par la famille sur les chances et les résultats de cette opération, et la plupart d'entre eux, peu au fait des travaux récents et des ressources chirurgicales, présentèrent la chose comme peu praticable et comme entraînant, même dans le succès, les inconvénients d'une infirmité dégoûtante. La famille ajourna donc pour prendre une détermination, et plus tard elle découragea complétement la malade, qui succomba vers le quatre-vingt-dixième jour.

M. le docteur Reynaud obtint l'autorisation de faire l'autopsie, et trouva, outre les traces d'une inflammation péritonéale consécutive et une collection de liquide dans cette séreuse, une tumeur squirrheuse fort dure, occupant dans une étendue de deux pouces la partie supérieure du côlon descendant. Cette tumeur, développée dans l'épaisseur des membranes de l'intestin, oblitérait si bien le calibre de cet organe qu'il fut impossible d'y faire pénétrer le stylet le plus mince, ce qui expliqua la tympanite.

Ce fait présente une très grande analogie avec la première observation publiée dans le premier mémoire, et la première du second mémoire de M. Amussat. Ce qui s'était passé chez Mlle Saint-M. douze années auparavant rendait fort probable pour moi la présence d'une tumeur de nature suspecte; mais ce n'était pas une raison suffisante pour la laisser succomber de tympanite, et quand ce résultat eut lieu je regrettai profondément qu'on eût méconnu ce que l'art pouvait faire dans de telles circonstances.

QUELQUES MOTS SUR LES APOPLEXIES,

Par M. le docteur Charpignon (d'Orléans).

Il n'est pas un médecin qui n'ait senti combien l'application judicieuse des principes de la pathologie est délicate et hérissée de difficultés. A l'étude, en effet, le diagnostic et la classification des maladies sont faciles, et la thérapeutique vient tout naturellement; mais, combien de fois il n'en est plus de même lorsqu'on est en face de la réalité, c'est-à-dire de l'homme malade! Quelle sagacité il faut dans certains cas pour reconnaître la nature et le siége de l'affection, au risque de compromettre la vie par une décision trop précipitée ou par une présomption coupable!

Hippocrate a écrit : *Ars longa!...* La médecine, en effet, est bien autant un art qu'une science; et quelle différence entre la pratique d'un art ou d'une science!

L'apoplexie est une maladie bien connue et dont le traitement paraît très simple dans son application, et pourtant il est possible qu'un médecin appelé près d'un individu frappé d'apoplexie porte un diagnostic incomplet et applique un traitement nuisible. Dans le monde on n'en pense pas si long, et on nous dit toujours : « Docteur, saignez vite, sans cela c'est un homme perdu!... » et pourtant la saignée est loin d'être utile dans tous les cas d'apoplexie.

D'abord, que faut-il entendre par apoplexie? Nous pensons avec plusieurs pathologistes modernes que l'apoplexie est une maladie de l'encéphale caractérisée par la perte subite, plus ou moins complète et plus ou moins longue, du sentiment et du mouvement. (Cruveilhier, Requin, etc.)

Cette définition, qui ne comprend que la physionomie de la maladie et nullement sa nature, ne peut être remplacée par celle que l'anatomie pathologique amène si naturellement, que quand un certain laps de temps s'est écoulé depuis l'invasion de la maladie. En effet, il est très souvent impossible et imprudent de déterminer la nature et de fixer le siége de la maladie, lorsque, appelé près d'un malade frappé d'apoplexie, vous le trouvez étendu sans senti-

ment aucun et sans mouvement, et surtout s'il vous est complétement inconnu.

Est-ce une hémorrhagie ou seulement une congestion cérébrale? Est-ce une congestion idiopathique ou sympathique? Ou bien est-elle pernicieuse ou nerveuse?

Le mot apoplexie nous semble donc un terme générique convenant aux maladies de l'encéphale qui amènent la chute soudaine de l'homme en abolissant tout d'abord les fonctions sensitives, perceptives et locomotrices.

Mais l'apoplexie doit être divisée en plusieurs genres, qui tirent leur dénomination de la nature même de l'affection. Ainsi :

1° Apoplexie hémorrhagique avec ses divisions anatomiques;

2° Apoplexie congestive ou hyperémique avec ses différentes espèces si importantes à bien diagnostiquer pour le traitement; telles les congestions idiopathiques, les congestions sympathiques de l'estomac;

3° Apoplexie séreuse : hydrocéphale aiguë non inflammatoire, forme apoplectique (Andral, Guersant, Requin, etc.);

4° Apoplexie nerveuse; ce genre d'apoplexie, admis par tous les observateurs, présente plusieurs variétés : hystérique, épileptique (Sandras), anémique;

5° Apoplexie saturnine; les encéphalopathies saturnines ont une forme véritablement apoplectique (Tanquerel, Grisolle, Requin);

6° Apoplexie pernicieuse; fièvre pernicieuse apoplectique.

Tous ces genres d'apoplexie sont éminemment différents par leur nature; mais, pendant un certain temps de leur période initiale, les symptômes sont les mêmes, et il est vraiment très difficile de caractériser la nature de la maladie à ce moment, et surtout, comme je l'ai déjà dit, si aucun renseignement sur l'individu ne peut être donné.

Il est donc rationnel de conserver le mot traditionnel d'apoplexie et de n'appliquer la dénomination du genre que quand certains signes et symptômes auront révélé la nature de l'apoplexie.

Sans aucun doute l'hémorrhagie et la congestion cérébrales sont de toutes les apoplexies les plus fréquentes, et cette fréquence même nous dispose à juger de suite ces genres d'apoplexies, comme à appliquer sans hésitation le traitement banal de la saignée.

Cependant il est des cas où l'emploi des émissions sanguines est contre-indiqué, et où elles peuvent être suivies de la mort ou au moins d'accidents consécutifs qui n'eussent pas eu lieu si on se fût abstenu de la saignée ou si on l'eût faite moins largement.

Appuyons par quelques faits les réflexions qui précèdent.

M. S..., âgé de soixante-six ans, d'un tempérament robuste, s'éveille une nuit pour uriner, et en prenant le pot il s'affaisse sur lui-même et tombe sans mouvement. Sa femme appelle du secours. On étend le malade sur son lit; il râle bruyamment; il reste insensible aux excitants qu'on lui fait respirer. Un des assistants propose alors un remède qu'il a contre l'apoplexie : c'est la liqueur de la Grande-Chartreuse. On en fait couler avec peine une cuillerée dans la bouche du malade; on écarte les dents et on abaisse la langue pour aider la liqueur à passer. La déglutition s'opère, la respiration devient moins stertoreuse, des mouvements ont lieu; enfin le malade revient peu à peu et est pris de diarrhée abondante.

Le lendemain à mon arrivée, je trouve de la fièvre, de la céphalalgie et tous les signes d'un embarras gastrique. Il y avait eu là congestion cérébrale sympathique d'une indigestion.

Ces mêmes accidents se sont renouvelés deux fois depuis, toujours pendant la nuit, et, encouragée par le succès obtenu, Mme S... se hâte de mettre une cuillerée de la liqueur des Chartreux dans la bouche de son mari, qui revient à lui au bout de quelques minutes.

Dans les congestions cérébrales sympathiques de l'état de plénitude de l'estomac et de la suspension des fonctions digestives, la saignée ne doit être faite qu'avec circonspection. Chez certains individus une émission sanguine augmenterait évidemment l'atonie des forces digestives, et la mort arriverait, laissant le médecin persuadé que l'hémorrhagie cérébrale a été foudroyante. Heureux quand ceux qui l'entourent pensent de même, ce qui n'est pas toujours, car tandis que les uns vous invitent à saigner, vous entendez les autres dire : Mais si la digestion n'est pas faite?

La liqueur des Chartreux, ainsi que d'autres alcoolés et alcoolats composés, tels que l'eau des Jacobins, celle des Carmes, sont vantés par le public comme des spécifiques dans les apoplexies. Cette propriété, qui semble en contradiction avec le caractère inflammatoire des congestions et des hémorrhagies cérébrales, s'explique cependant par les quelques cas où les congestions cérébrales sont déterminées par le trouble de la digestion. Quand on se rappelle que ces eaux spiritueuses ont été composées depuis longues années dans les couvents de moines, où, comme chez les Chartreux, par exemple, le régime est exclusivement composé d'aliments maigres, et le plus souvent de végétaux, il est facile de comprendre que des indigestions fréquentes doivent avoir lieu par atonie des forces digestives, et qu'elles déterminent souvent chez les hommes faibles et âgés des congestions cérébrales. Or, contre ces attaques d'apoplexie, tandis que la saignée serait nuisible, une liqueur stimulante de l'estomac agit à merveille. Mais dans le monde, où le régime alimentaire ne ressemble pas à celui des cénobites, et où par conséquent les apoplexies sympathiques de l'estomac sont incomparablement plus rares, il est dangereux de se servir de cette liqueur. Ce ne peut être du reste qu'au médecin à décider s'il y a bien un remède de cette nature.

Obs. — Au mois de janvier dernier, dans la nuit, le docteur X. est appelé auprès d'un malade qui vient de tomber frappé d'apoplexie. En effet, notre confrère reconnaît tous les signes d'une violente attaque. On pratique une large saignée, des sinapismes sont appliqués. Quelques heures après, le malade commence à faire des mouvements. Le soir, l'intelligence n'est pas encore revenue, mais les mouvements sont assez libres, excepté du côté gauche, qui est paralysé. Le lendemain matin, vingt-six heures après l'attaque, le malade a recouvré son intelligence, mais la paralysie du côté gauche persiste. — Sinapismes; eau froide sur la tête.

Dans la même journée je suis demandé, et les renseignements qui précèdent me sont donnés par la famille, le médecin n'ayant pas été prévenu de ma visite. Le malade répond bien aux questions; il a de la fièvre; il a soif; la langue est blanche; il a beaucoup de peine à faire des mouvements avec les membres du côté gauche, dans lesquels il dit éprouver des crampes douloureuses. Ces mouvements sont plus faciles que le matin.

Cette résolution rapide de la paralysie, résolution qui suit la marche des heures, ces douleurs crampoïdes me donnent des doutes sur l'existence d'une hémorrhagie cérébrale, et l'état fébrile sur une congestion franche.

La situation de l'habitation près d'un cours d'eau presque stagnante, la profession du malade, qui est marinier, l'état pluvieux et doux de l'atmosphère, me portent à penser à une fièvre pernicieuse, et mes doutes se changent en certitude quand, après mes questions, la femme et le malade lui-même me disent que le soir du jour de l'attaque il avait tremblé pendant plus d'une heure, et qu'à la suite de ce frisson la fièvre l'avait pris avec un violent mal de tête. C'était en se levant pour uriner qu'un étourdissement l'avait pris et qu'il était tombé.

J'avais affaire à une fièvre pernicieuse apoplectique. Je demandai la présence du médecin; mais comme, attendu la distance, cela ne pouvait avoir lieu que le lendemain, je prescrivis 4 grammes de sulfate de quinine à prendre en six heures, et une limonade tenant en suspension 30 grammes de quinquina pulvérisé.

Le lendemain matin, mon confrère et moi nous étions réunis, et avant de voir le malade, le docteur X. me raconta ce qu'il avait vu. Son opinion était arrêtée à une hémorrhagie cérébrale, et il s'attendait à trouver encore la paralysie. Or, il n'en était rien; le malade remuait maintenant aussi bien le côté gauche que le droit. Il y avait encore de la fièvre; les yeux étaient brillants, la physionomie agitée.

Mon confrère ne partagea pas complétement mes craintes sur l'état pernicieux, et expliquait la résolution de la paralysie par celle de la congestion, qui avait seulement existé, au lieu d'une hémorrhagie, comme il l'avait d'abord pensé. Le frisson pouvait, en effet, faire croire à une complication d'une fièvre intermittente; aussi accepta-t-il le sulfate de quinine, mais à la dose de 1 gramme fractionné en dix doses. Il redoutait l'action du quinine sur le cerveau, et croyait prudent d'insister sur les dérivatifs; car, selon lui, la congestion sanguine était l'élément morbide principal.

Ayant fait prendre la veille de fortes quantités de quinine et de quinquina, devant donner dans cette journée encore 1 gramme de sulfate, je me rendis à la manière d'agir de mon confrère plutôt par déférence que par conviction; car il est des circonstances où un médecin jeune craint de blesser un doyen et de paraître vouloir primer par un amour-propre déplacé. Je souscrivis donc à l'avis de mon honorable confrère, et mon rôle de consultant fut terminé.

Le reste de la journée se passa bien; il en fut de même pour le lendemain; mais dans la nuit du quatrième jour, un frisson reparut, et bientôt après une nouvelle attaque apoplectique eut lieu. Malgré les soins du médecin, qui fut rappelé de suite, l'agonie s'établit et la mort arriva vers le soir.

Les apoplexies pernicieuses sont moins rares qu'on ne le croit dans certaines saisons. Lorsque les émissions sanguines sont employées largement et réitérées, comme on est entraîné à le faire par la durée de l'état comateux, la plénitude du pouls, la congestion du visage, on empêche la réaction qui termine presque toujours le premier accès des fièvres pernicieuses, et alors le coma ne cesse pas, et la mort arrive.

Quand la congestion s'est dissipée, que l'accès est terminé, si on n'a pu s'éclairer sur la nature de la maladie, on croit les choses en voie de guérison, on ne cherche qu'à éviter une nouvelle congestion, et un second accès apoplectique emporte le malade, comme je viens d'en rapporter un exemple.

INJECTIONS DE NICOTINE

dans la paralysie de la vessie.

Par M. Pavesi.

Un homme de plus de soixante ans, atteint de paralysie de la vessie à la suite de douleurs violentes à la région lombaire, dans les aines et à la région de la vessie, avait eu recours sans succès à divers moyens de traitement, entre autres à l'électricité, lorsque M. Pavesi songea aux injections de nicotine pour rendre à la vessie sa contractilité. La vessie ayant été préalablement vidée et nettoyée, on injecta 15 grammes de la solution suivante ;

Nicotine.	60 centigrammes
Eau distillée.	360 grammes
Mucilage.	30 —

L'opération fut répétée une seconde fois dans l'après-midi et les jours suivants. Après trois jours, la solution fut portée à 30 grammes. En continuant ainsi tous les jours, la vessie reprit graduellement sa puissance contractile, de sorte qu'après quinze jours le malade pouvait se passer complétement de cathétérisme. Jamais les injections n'amenèrent d'effet particulier sur les centres nerveux. Après vingt jours, le malade urinait à plein jet parabolique sans aucun effort. (*Bull. de thérap.*)

DELIRIUM TREMENS. — CHLOROFORME.

La *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 4 mars de cette année, publiait plusieurs observations fort intéressantes sur l'administration interne du chloroforme dans le traitement du delirium tremens. Aujourd'hui nous empruntons aux *Annales de la Flandre occidentale* la note suivante sur le même sujet.

Le docteur Lange (de Kœnigsberg) vient de communiquer dans le *Deutsche Klinik* plusieurs cas de delirium tremens, dans lesquels, après avoir fait usage, sans le moindre succès, du tartre stibié, de l'acétate de morphine, etc., il a eu recours, avec un effet avantageux, à l'usage interne du chloroforme. Il a prescrit le médicament de la manière suivante :

Chloroforme.	8 grammes.
Eau distillée.	125 —

A prendre de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure une cuillerée suivant le cas. L'effet le plus remarquable de cette médication était une tranquillité plus grande et puis du sommeil; la guérison ne tarda pas à survenir.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

SOLUBILITÉ DU DEUTO-IODURE DE MERCURE DANS L'HUILE DE FOIE DE MORUE,

Par M. Barnes.

L'auteur a reconnu que le deuto-iodure de mercure était soluble dans l'huile de foie de morue.

Ces deux médicaments étant souvent ordonnés en même temps, MM. les médecins pourront facilement les faire administrer ensemble lorsqu'ils le jugeront convenable.

La solution se fait rapidement à la température ordinaire, à la proportion de 0,025 par 30 grammes, en broyant le deuto-iodure dans un mortier avec une petite portion d'huile; on ajoute le reste et on agite dans une bouteille pendant quelques instants.

A 50 degrés, 30 grammes d'huile peuvent dissoudre 0,10 de deuto-iodure.

L'huile d'amandes douces, l'huile de ricin, le chloroforme, l'esprit-de-vin et l'axonge fondue dissolvent le deuto-iodure avec la même facilité.

ÉCORCE SÈCHE DE GRENADIER. — MOYEN DE LUI RENDRE SA VERTU TÆNIAFUGE.

On sait que l'écorce de grenadier perd ses qualités tæniafuges en séchant. M. Bourgeois propose, pour lui rendre cette propriété, de la faire macérer pendant vingt-quatre heures dans l'eau où elle doit bouillir ensuite. M. Grisolle a fait une fois l'essai de ce moyen avec succès. (*J. de ph. d'Anv.*)

Le succès sera plus assuré en employant l'écorce *sèche de racine de grenadier de Portugal*, déjà préconisée par M. Lesage. Il est indispensable, en été, d'effectuer la macération à la cave.

(*Répert. de pharm.*)

HUILE DE FOIE DE MORUE. — NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION,

Par M. Sauvan.

L'huile de foie de morue est un médicament si précieux, surtout chez les enfants, que tous les artifices imaginés pour en rendre l'usage plus commode ont, à nos yeux, une véritable valeur. Voici donc encore une formule présentée comme un moyen de masquer complétement la saveur et l'odeur désagréables de l'huile de foie de morue;

Jaune d'œuf.	n° 1
Sucre.	60 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.	30 —
Huile de foie de morue.	90 —
Essence d'amandes amères.	1 goutte.

(*Ann. clin. de Montpellier.*)

ANTIDOTE DU PHOSPHORE,

Par M. Béchard.

Les expériences de M. Béchard semblent établir que l'hypochlorite de magnésie jouit, à un degré prononcé, de la propriété d'empêcher l'action toxique du phosphore. Pour comprendre l'action de cet antidote, il faut admettre que l'action délétère du phosphore ne tient pas seulement à son oxydation, mais qu'elle tient surtout à l'absorption de l'hydrogène et à la formation de l'hydrogène phosphoré. La magnésie est propre à neutraliser le premier effet seulement; le chlore ou l'acide hypochloreux annule et détruit le second.

On obtient l'hypochlorite de magnésie en faisant absorber du chlore à l'hydrate de magnésie. (*Bull. gén. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 août 1854. — Présidence de M. Rostan.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Choléra. — M. le ministre du commerce transmet, comme suite à l'envoi fait à l'Académie, le 22 juillet dernier, une notice écrite en français sur la nouvelle méthode de traitement du choléra présentée par le docteur Wittmarck (d'Oldeslohe, près Hambourg). Le même

ministre transmet des notices de MM. Blin (de Caen), Feunings (de l'île de Wight) et Mausonnet (de Dijon), sur le même sujet.

M. Léon Gigot, de Levroux (Indre), informe l'Académie que plusieurs cholériques, auxquels il a été appelé à donner des soins dans son canton, ont été rapidement guéris par l'emploi du nitrate d'argent (de 10 à 20 centigrammes dans une potion).

—M. Leroy d'Etiolles fait hommage à l'Académie, au nom de M. le professeur Evrat (de la Haye), d'une brochure relative au choléra qui règne en Russie, et il joint à cet envoi une courte analyse qui lui paraît utile dans la circonstance actuelle.

Le traitement auquel on donne la préférence dans les hôpitaux militaires russes est celui qu'a proposé M. Mandt, médecin de l'empereur. Il se compose de moyens internes et de moyens externes. Les médicaments internes sont : l'extrait alcoolique de noix vomique, l'acide phosphorique, l'ellébore blanc, le musc et le camphre. L'extrait de noix vomique est la base du traitement; on l'associe d'abord à l'acide phosphorique, et, si la chaleur tarde à revenir, on le combine avec l'ellébore, puis avec le musc et le camphre. Chaque substance est donnée à la dose de 1/50e de grain toutes les cinq minutes s'il y a des vomissements, tous les quarts d'heure ou même toutes les demi-heures s'il n'y en a pas.

Les moyens externes consistent à envelopper le corps d'un drap trempé dans de l'eau salée froide, tordu avant son application et recouvert d'une couverture de laine.

— M. Evrat dit avoir vu une grande diminution de la mortalité sous l'influence de ce traitement; toutefois, il a cru devoir le modifier en se basant sur une double considération :

1° Le choléra ressemblant, par son invasion, à la fièvre intermittente, il convient de le combattre par le sulfate de quinine associé à la noix vomique, dont l'action se fait particulièrement sentir sur le système nerveux.

2° L'estomac et les premières voies digestives étant dans un état de phlogose, il vaut mieux administrer ce médicament par l'anus; la dose est de 1/20e de grain d'extrait alcoolique de noix vomique et de 2 à 3 grains de sulfate de quinine dans 2 onces de liquide, toutes les deux heures jusqu'à sept lavements.

L'emploi de cette médication, qu'il faut commencer lorsque les évacuations alvines ont cessé, a produit de très bons résultats. Cette assertion, venant d'un médecin aussi distingué et aussi haut placé que M. le docteur Evrat, mérite d'être prise en considération.

— M. Pennes, pharmacien à Paris, demande l'ouverture du paquet cacheté qu'il a adressé à l'Académie à la date du 15 août, désirant livrer immédiatement à la publicité les formules et le mode d'emploi des agents thérapeutiques qu'il propose pour le traitement préventif et curatif du choléra.

Ce traitement consiste dans l'emploi d'un bain dit électro-chimique, d'une mixture cordiale et d'une poudre neutralisante.

En voici les formules :

Bain électro-chimique.

Bromure de potassium	1 gramme.
Carbonate de chaux	1 —
Carbonate de soude	1 kilogramme.
Phosphate de soude	25 grammes.
Sulfate de soude	15 —
Sulfate d'alumine	2 —
Sulfate de fer	2 —
Huile volatile de lavande	1 —
— de romarin	3 —
— de thym	2 —
Delphine	10 centigrammes.

Mêlez exactement selon l'art et versez dans l'eau d'un bain de corps adulte.

Mixture cordiale.

Alcoolature d'aconit napel	1 gramme.
Alcoolat d'arnica composé	1 —
Alcoolé de nux vomica	1 —
Alcoolé de cinnamome	5 —
Acétate d'ammoniaque	2 —
Sirop d'éther	50 —
Eau de laurier-cerise	25 —
Eau de menthe	15 —
Vin de quina jaune	25 —

Mêlez selon l'art, etc.

Donner une cuillerée à café toutes les dix minutes, toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant la gravité du cas.

Poudre neutralisante.

Albumine desséchée et pulvérisée	2 grammes.
Charbon animal porphyrisé	3 —
Tan pulvérisé	5 —

Mêlez exactement selon l'art avec un verre d'eau de graine de lin, et à défaut d'empois clair pour administrer en lavement toutes les demi-heures, toutes les heures ou les deux heures.

Fièvres intermittentes. — M. Lagarde, de Confolens (Charente), qui exerce dans une contrée où règnent en cette saison les fièvres intermittentes, se met à la disposition de l'Académie pour essayer tels remèdes nouveaux qu'elle voudra lui confier. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Erysipèle dans les prisons. — M. le docteur Faucher, chef du service médical de la maison centrale de Looz (Pays-Bas), adresse un mémoire sur l'érysipèle dans les prisons. (Commissaires : MM. Ferrus, Robert.)

— M. Commaille, médecin à Douéra (Algérie), adresse une lettre au sujet de la réclamation de priorité faite par M. Rancurel, sur les cas d'empoisonnement par l'*atractylis gummifera* qui ont eu lieu à Douéra. Commission : MM. Adelon, Caventou et Chatin.)

Des applications de l'extrait de viande à l'usage de la médecine. — M. Eugène Bellat, pharmacien, propose l'application de ses extraits de viande à l'usage de la médecine sous forme de pains au gluten, sirops, pâte, pastilles, pilules et chocolats.

Dans chacune de ces préparations, les quantités de principes animalisés sont dosées de telle sorte que le praticien puisse immédiatement connaître d'une manière exacte la valeur nutritive de chacun de ces produits.

C'est ainsi qu'une cuillerée de sirop contenant 2 grammes d'extrait de viande en solution représente 125 grammes d'un bouillon gras dans lequel on aurait fait entrer 500 grammes de viande pour 1 kilogramme d'eau. Les autres préparations sont dosées avec la même exactitude.

M. Bellat se propose de démontrer, si sa communication est jugée digne de l'examen d'une commission, que son procédé de préparation donne un produit dont la pureté et la richesse en principes organiques azotés ne laissent rien à désirer. Sa conservation parfaite sous toutes les formes pharmaceutiques indiquées plus haut lui donne encore une valeur que l'Académie appréciera sans aucun doute.

La viande de bœuf fait la base de toutes ces préparations médicamenteuses, ainsi que des extraits alimentaires que M. Bellat applique en grand à la confection du bouillon gras.

Cependant, comme la médecine emploie la chair d'autres animaux, tels que poulets, veaux, escargots, tortues, etc., et qu'il est dans la plupart des cas très difficile ou très dispendieux pour les malades de s'en procurer au moment du besoin, l'auteur a complété la série de ses produits par la préparation des extraits de ces diverses viandes, de telle sorte que non-seulement le médecin pourra désormais prescrire le bouillon de ces divers animaux, mais encore le malade aura l'avantage de payer trois et quatre fois moins cher le produit dont il a besoin.

La raison de ce fait se trouve dans les achats en grand et en temps convenable, non moins que dans le mode de préparation par lequel l'auteur obtient d'une quantité de viande donnée deux fois plus de matière organique que n'en donnent aujourd'hui les procédés ordinaires appliqués à la confection du bouillon gras.

L'auteur est tout prêt à mettre à la disposition de la commission non-seulement son mémoire, mais encore tous les renseignements qui pourraient servir à l'éclairer dans cette question. (Commissaires : MM. Boucbardat, Gaultier de Claubry, Chevallier.)

RAPPORTS.

Formules de préparations d'eaux minérales. — M. H. Gaultier de Claubry lit un rapport sur des formules de préparations d'eaux minérales et limonades gazeuses proposées par M. L...

L'autorisation de vendre des eaux qui ne renferment que du gaz carbonique, dit M. le rapporteur, ne peut être accordée que sous la dénomination d'*eau acidule gazeuse*. Celle d'eau de Seltz, improprement appliquée à ce genre de produits devant être réservée pour celui qui contient les éléments de l'eau naturelle de cette localité, autant qu'un produit artificiel peut représenter un produit naturel.

La commission pense qu'il y a lieu d'appeler d'une manière toute particulière l'attention du ministre sur cet objet.

Quant à ce qui a trait aux formules de limonade gazeuse, rien de s'oppose à ce que M. L... soit autorisé à les suivre. (Adopté.)

Eaux minérales. — M. H. Gaultier de Claubry lit, au nom de M. O. Henry, un rapport sur l'eau minérale naturelle de Schoultzbach (Haut-Rhin); eau froide, acidule, gazeuse, bicarbonate, sodique et ferrugineuse.

Les eaux du genre de celle de Schoultzbach étant nombreuses et bien connues, et leurs propriétés médicinales ne faisant pas de doute, la commission propose d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source. (Adopté.)

Rétrécissements de l'urètre. — M. Heurteloup termine la lecture commencée dans la dernière séance de son mémoire sur les rétrécissements de l'urètre, cause de rétention d'urine.

Effet énervant du lait. — M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Ardoin, ancien médecin de l'hospice de Draguignan (Var), ayant pour titre *Effet énervant du lait*.

Le titre du travail de M. Ardoin, dit M. le rapporteur, semble d'abord, par sa généralité, conduire à quelque paradoxe; mais M. Ardoin n'est pas aussi exclusif que ce titre pourrait le faire présumer. Pour prouver que le lait exerce parfois sur l'économie une action excessivement débilitante, M. Ardoin rapporte onze observations ayant pour sujets des individus d'âge, de sexe, de tempéraments et de positions sociales divers, chez lesquels l'usage du lait a produit sur les fonctions nerveuses des effets très évidents. Dans aucun de ces faits il n'a existé ni rapports, ni gastralgies, ni colique, ni diarrhée, ni hémorrhagie antérieure qui pût rendre raison de la déperdition des forces. La nature des symptômes et le retour presque subit des forces après la suppression du lait se sont montrés les mêmes dans toutes les observations.

Que faut-il penser de pareils faits? se demande M. le rapporteur; dépendent-ils du climat ou de quelques habitudes locales? M. Ardoin n'en parle pas. Faut-il en accuser des dispositions individuelles comme causes déterminantes? Cela devient probable, puisqu'il a vu le lait de la même vache produire chez quelques individus les accidents qu'il signale, et n'en déterminer aucun chez d'autres qui le prenaient en même temps.

Quoi qu'il en soit, le mémoire de M. Ardoin prouve son titre, c'est-à-dire qu'il établit par des faits que le lait exerce quelquefois sur l'économie une action énervante grave; il est bien composé, il décèle dans son auteur un médecin, un observateur éclairé et persévérant. Mais ces faits ont quelque chose de si imprévu, de si étrange même pour beaucoup de praticiens, qu'avant de porter un jugement définitif sur leur importance, il nous semble convenable d'attendre que des cas semblables, recueillis par d'autres observateurs, viennent leur donner toute l'authenticité désirable.

En attendant cette confirmation nécessaire, les commissaires proposent le dépôt du travail dans les archives et des remerciments à l'auteur, avec invitation de faire part à l'Académie des nouveaux faits qu'il pourra recueillir. (Adopté.)

Désarticulation du genou. — M. Maisonneuve présente une malade à laquelle il a pratiqué la désarticulation du genou pour une tumeur sarcomateuse de la tête du péroné.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 2 octobre 1854, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à une place de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire du vendredi 1er septembre 1854 au vendredi 15 du même mois, à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général,

Signé : L. Dubost.

M. le docteur C. Maupoint (d'Angers) nous communique quelques détails sur une nouvelle expérience d'assoupissement des abeilles qu'on ne lira pas sans intérêt, et qui, si nous sommes bien informé, devrait conduire prochainement à une ingénieuse invention médicale.

.....A l'heure indiquée, on apporta sur une table une nouvelle ruche (système de Beauvoys), dont la veille au soir on avait clos toutes les issues. Un côté de cette ruche, fermé seulement par une toile métallique, laissait aux abeilles le libre accès de l'air, et donnait aux curieux la faculté de suivre toutes les phases du narcotisme qu'on allait si facilement obtenir. Une ouverture pratiquée vers la base du côté opposé permit d'introduire l'extrémité d'un soufflet armé de l'*enfumoir* disposé à cet effet (1). Quelques fragments de *lycoperdon giganteum* étant mis en ignition à l'aide d'allumettes recouvertes d'encens pour éviter l'effet destructeur de la fumée de soufre, M. Ferré dirigea sa fumigation dans la ruche.

Deux minutes n'étaient pas écoulées, que toute la bruyante colonie était plongée dans une ivresse évidente ou dans un sommeil léthargique. La reine, qui semblait avoir conservé la liberté de son intelligence et de ses mouvements, put être facilement saisie; on la mit en sûreté sous un verre, escortée de quelques butineuses pour lui conserver le prestige de sa royauté.

Les abeilles endormies et tombées presque toutes au fond de la ruche, c'était le moment de commencer la visite domiciliaire, de retirer tous les cadres *verticaux* (qui aujourd'hui méritent une préférence légitime sur les autres), d'inspecter tous les gâteaux, de choisir quelques rayons de miel, de faire enfin une ronde de police pour chasser tous les malfaiteurs. Toutes ces opérations demandèrent à peine un quart d'heure, pendant lequel la population, en sieste profonde, fut aisément délogée dans une grande boîte en fil métallique. Au bout de ce temps, le mouvement, le bourdonnement et la vie commençaient à renaître dans cette espèce de cimetière apparent; on assistait à la résurrection de tous ces cadavres ailés, qui bientôt allaient reprendre sous la direction de leur reine les utiles fonctions que leur assigne leur poëte-historien : *Ore legunt sobolem* (Virgile).

Après cette expériences si pratique, si triomphante pour les propriétés soporifiques de l'humble vesse de loup (*lycoperdon*), un intelligent apiculteur présenta une ruche d'un autre modèle, qu'il supposait envahie par le plus cruel ennemi des abeilles, le *galleria cerella* ou *alvearia*, plus connu sous le nom de *fausse teigne*. La ruche était close avec une simple serviette. On procéda de suite à la fumigation narcotique; deux minutes après, l'oreille, appliquée sur les parois de la ruche, constatait la suspension complète de tout bourdonnement : le mystère fut de suite dévoilé; puis, comme dans les romans tant soit peu moraux, le vice puni et la vertu récompensée! Suivant les prévisions, on trouva une si grande quantité de cocons de fausses teignes qu'indubitablement l'avenir de la ruche était compromis. On fit précipitamment une *razzia* sur tous les insectes *communistes*, et les abeilles à leur réveil, grâce à cette intervention tutélaire, purent jouir en paix de l'intégrité de leur territoire, à l'ombre d'un gouvernement monarchique.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Icery (P.-L.-E.), né à l'île Maurice (colonies anglaises); *Des différentes méthodes de traitement des fractures du fémur.*

Maingault (V.-P.-A.), né à Paris (Seine); *De la paralysie du voile du palais à la suite d'angine.*

Hunt (J.), né à Brattlebon (Etats-Unis); *Etude sur le diagnostic et la symptomatologie des maladies du poumon.*

Riegé (Ch.-A.), né à Munster (Haut-Rhin); *Du caoutchouc vulcanisé et de son emploi médico-chirurgical.*

Bernard (H), né à Toulouse (Haute-Garonne); *Des maladies simulées.*

Dupau (A.-V.-L.), né à Carbonne (Haute-Garonne); *De l'ictère considéré comme symptôme.*

Alby (A.-G.), né à Figeac (Lot); *Etude sur l'hystérie.*

Lacroix (C.-E.-M.), né à Monsols (Rhône); *Des ulcérations du col utérin en général et de leurs rapports avec divers points névralgiques.*

Carrère (M.-L.-J.-G.); *Des classifications des maladies de la peau.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Par suite d'une faute typographique, qui s'est, paraît-il, glissée dans quelques exemplaires du *Moniteur*, nous avons été induits en erreur au sujet de la nomination de M. le docteur Donné, qui est en effet nommé recteur à Montpellier. M. l'abbé Noiron est nommé recteur à Lyon.

(1) M. de Beauvoys, qui ne tend qu'à populariser toutes ses découvertes, a fait faire en terre cuite, au prix de 25 ou 30 centimes, un enfumoir qui pourra s'adapter au premier soufflet venu.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

N° 104. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 104. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 » — Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 2 SEPTEMBRE 1854.

M. le ministre de l'intérieur vient de présenter à l'Empereur un rapport sur les résultats obtenus dans le service du traitement des malades à domicile de la ville de Paris.

Nous empruntons à ce rapport des détails qui seront lus avec intérêt :

La nouvelle institution a été mise en activité le 1er janvier dernier. 159 médecins sont attachés à ce service; ils sont répartis dans les divers arrondissements en raison du chiffre de la population malheureuse et de l'étendue des distances à parcourir; ils donnent, dans les maisons de secours, des consultations à toutes les personnes qui se présentent, et traitent à domicile les malades, sur l'avis qui leur en est transmis par le bureau de bienfaisance. Ces visites se renouvellent pendant toute la durée de la maladie, et aussi souvent que la situation du malade l'exige.

Des sages-femmes sont également appelées à donner leurs soins aux femmes enceintes pendant l'accouchement et les neuf jours qui le suivent.

Du 1er janvier au 30 juin 1854, les inscriptions au traitement à domicile se sont élevées, pour les douze arrondissements, à 14,330. Dans ce nombre figurent 6,704 indigents inscrits sur les contrôles ordinaires des bureaux de bienfaisance. Les autres malades, soit 7,625 individus, sont pour la plupart des ouvriers, pères de famille, qui jusqu'ici n'avaient pas eu recours à l'assistance publique, et dont le plus grand nombre seraient venus, sans l'organisation du nouveau service, chercher un asile et des soins dans les hôpitaux.

Au 30 juin, les bureaux de bienfaisance comptaient 1,178 malades en traitement; 13,152 avaient cessé de recevoir à leur domicile les soins des médecins des bureaux, et sur ce nombre, 6,590 avaient été guéris, 2,636 renvoyés aux consultations comme atteints d'affections légères, 1,918 rayés pour causes diverses, telles que le caractère chronique de leurs maladies, ou bien encore parce que la nature de l'affection pour laquelle ils avaient réclamé l'assistance à domicile ne présentait aucune gravité; 1,294 étaient décédés, et 714 avaient été transportés dans les hôpitaux, soit que la nature de la maladie exigeât des soins particuliers, soit que le dénûment ou l'isolement du malade ne permît pas de le traiter d'une manière efficace dans son habitation.

La durée moyenne du traitement ne peut encore être établie; mais des chiffres déjà connus il est permis de conclure qu'en général elle aurait été assez courte. Les malades, assurés de trouver à côté d'eux une assistance prompte et facile, n'ayant plus de déplacement à subir, plus de séparation à redouter, viennent avec confiance solliciter les soins du médecin dès le début de la maladie. Le traitement à domicile, appliqué ainsi avec opportunité, prévient l'invasion ou arrête les progrès d'affections que le défaut de soins eût rendues dangereuses, et qui, aggravées par le retard, eussent exigé ensuite une médication longue et dispendieuse dans un hôpital. Les secours, non compris les médicaments et les bains donnés sur ordonnance aux malades, se sont élevés, pendant le premier semestre de 1854 :

Les secours en nature, à.	37,076 fr. 78 c.
Les secours en argent, à.	13,622 35
Au total, à.	50,699 fr. 13 c.

Ce qui porte pour les douze arrondissements le chiffre moyen de chaque secours à 3 fr. 86 cent.

Ces allocations accordées par les commissions sont calculées sur les besoins du malade et sur ceux de sa famille, et données principalement en nature; leur moyenne générale, de 3 fr. 86 c. pour les douze arrondissements, a varié de 2 fr. 42 c. dans le cinquième, à 5 fr. 06 c. dans le douzième.

Le dépouillement des ordonnances délivrées par les médecins des bureaux de bienfaisance n'a pu être encore effectué, et l'administration ne saurait, en conséquence, indiquer actuellement le chiffre de la dépense faite en médicaments.

A côté du traitement à domicile, et comme complément utile de ce nouveau mode d'assistance, se trouve le service des consultations. Les médecins des bureaux, désignés à tour de rôle, reçoivent, aux mairies et dans les maisons de secours, toutes les personnes qui, atteintes d'affections légères, peuvent se déplacer sans inconvénient. Le nombre des consultations ainsi données pendant le 1er semestre de 1854 s'est élevé, pour dix arrondissements, à 50,860. Le 7e et le 12e ne sont pas compris dans ce chiffre; les médecins y reçoivent à leur domicile les indigents malades, et n'ont pas tenu note exacte du nombre de leurs consultations.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

MARCHE ET CARACTÈRES DE L'ÉPIDÉMIE.

M. le docteur Martin (de Tonneins), envoyé en mission à Bazincourt par M. le préfet de la Meuse, nous adresse le résultat des observations qu'il a faites soit sur les conditions hygiéniques des localités qu'il a parcourues, soit sur le caractère et la marche de l'épidémie et sur les effets comparatifs des diverses médications qu'il a mises ou vu mettre en usage.

Nous extrayons de sa communication les passages qui suivent et qui ont presque tous en vue de confirmer ou d'infirmer les observations de M. le professeur Borelli (de Turin) :

« Et d'abord il n'est pas douteux, pour ce qui a trait à la question d'âge, que le choléra attaque indistinctement tout le monde. Depuis des vieillards nonagénaires jusqu'à des enfants de quelques mois et même de quelques jours, l'épidémie ne semble nullement faire de choix. Seulement, je n'ai pas remarqué que la mortalité fût plus considérable chez les gens très âgés que chez les enfants à la mamelle, eu égard, bien entendu, à la cause morbide épidémique. Contrairement aux faits cités par M. Borelli, les femmes comptent plus de victimes ou de malades que les hommes. Beaucoup d'entre elles se plaignent de douleurs utérines, que je parviens à calmer assez facilement par des émissions sanguines locales et des topiques émollients; les menstrues, brusquement supprimées soit par des imprudences, soit par l'invasion soudaine de la maladie, me paraissent être surtout la cause de ces affections de la matrice et de l'acuité des douleurs qu'elles provoquent. Je crois que plus une femme approche du terme de sa grossesse plus le choléra sévit fortement sur elle. J'ai pu cependant en sauver une qui était enceinte de huit mois et demi; l'accouchement, qui a eu lieu en pleine période de réaction, s'est fait normalement; mais le fœtus ne vivait plus depuis environ une huitaine de jours et était complétement cyanosé.

» J'ai observé, ainsi que M. Borelli, deux complications graves du choléra.

» La première consiste en la présence de vers, qui sont bien des ascarides lombricoïdes, rendus autant par les voies inférieures que par l'estomac sans cesse agité par des nausées et des vomissements opiniâtres. Je dois ajouter toutefois que les enfants n'y sont pas plus sujets que les adultes et même les vieillards, et que ce phénomène, du reste assez fréquent, ne s'est jamais manifesté chez les deux tiers de mes malades. En examinant avec soin les matières rendues par 100 cholériques des deux sexes et de tout âge, c'est à peine si j'en ai compté 20 chez lesquels ait paru cette complication remarquable.

» La seconde complication, que je signale également avec M. Borelli, c'est la présence à la peau d'éruptions analogues à celles de la varicelle ou de la varioloïde, tantôt blanchâtres, le plus souvent rouges, envahissant littéralement, outre la face et la partie antérieure de la poitrine, le cou, les bras, l'abdomen, la partie interne et antérieure des cuisses et des jambes, sans toutefois présenter de l'analogie avec l'éruption qui accompagne la suette miliaire et dont je n'ai pas encore observé ici un seul cas bien évident.

» J'ai observé, comme M. Borelli, qu'en général la cyanose n'était pas le phénomène le plus prononcé, et que les crampes, quoique douloureuses au début, ne persistaient pas longtemps, qu'elles se résolvaient bientôt au contraire en des douleurs sourdes; la raucité de la voix est presque constante chez mes malades; elle persiste même pendant la convalescence.

» D'après M. Borelli, le caractère essentiel de l'épidémie serait la prédominance absolue des phénomènes cérébraux sur ceux du ventre. Ici le caractère essentiel de l'épidémie, c'est la prédominance non pas absolue, mais enfin la prédominance des phénomènes gastriques et intestinaux sur ceux que fournit l'encéphale.

» Quant au traitement, et notamment aux moyens mis en usage par M. le professeur Borelli pour obtenir la calorification, j'ai pu, à défaut de neige et de glace, exciter la réaction cutanée avec des vases remplis d'eau chaude, des briques fortement chauffées et des frictions avec l'alcool camphré. J'ai retiré peu d'avantages de l'essence de térébenthine.

» J'ai donné à l'intérieur quelques-uns des médicaments les plus en honneur aujourd'hui. Je puis certifier que les neuf dixièmes de mes malades n'en peuvent supporter aucun. Même à faible dose, ils augmentent ou provoquent les vomissements; je me trouve beaucoup mieux d'une légère infusion de menthe ou de feuilles d'oranger, d'eau vineuse ou pure, ou acidulée faiblement avec du suc de citron.

» Les vésicatoires posés sur la région de l'estomac me sont très utiles pour dissiper cette constriction particulière qui gêne tous les cholériques. Je les saupoudre, suivant les cas, avec du chlorhydrate de morphine.

FEUILLETON.

DE LA DIFFERENCE DE SENSIBILITÉ DANS L'ESPÈCE HUMAINE.

Plutarque dit, sur la fin de son traité intitulé *Que les brutes usent de la raison*, qu'il ne trouve point si grande la distance de bête à bête, comme elle est d'homme à homme.

Il parle de la suffisance de l'âme et des qualités internes. Nous allons considérer cette question sous le point de vue de la *sensibilité tactile*, ce qui nous conduira à examiner les extrêmes différences qui existent entre les capacités thérapeutiques individuelles, et combien il devient difficile de faire l'application de chaque médicament sur les sujets divers.

Avant d'aller plus loin, enchérissons sur Plutarque, et disons, avec Montaigne, qu'il y a plus de distance de tel homme à tel homme, et surtout de telle femme à telle femme, qu'il n'y en a de tel homme à telle bête.

Les exemples ne nous manqueront pas. Voici des enfants qui jouent dans la poussière du chemin; ils sont presque nus; les mouches les piquent; d'autres insectes voltigent autour d'eux; leurs mains, leurs pieds, leur corps entier sont sordides; ils viennent de manger; leurs visages sont tout barbouillés par les aliments, leur face leur a servi de lèvre : rien ne les incommode. Malgré la malpropreté de tous leurs orifices naturels, ils sont heureux.

Approchons-nous encore, nous verrons que ce qui se passe actuellement est pour le jour. La nuit, sont-ils plus tranquilles, sont-ils à l'abri des outrages qui les assaillent en ce moment? Ne le croyez pas; chaque heure a ses tourments; et voyez à leur peau ces mille et mille petits points noirs qui se répètent en autant d'hémorrhagies sur le haillon qui leur sert de chemise, c'est l'effet des morsures de puces; ils y sont insensibles. Les punaises mêmes ne sauraient troubler leur repos.

Quant à leur régime, il se compose de fruits verts, de pain, de quelques pommes de terre et d'eau. Comme vous le voyez, ils sont essentiellement herbivores.

Leur santé est bonne, et à vingt ans ils seront forts. Continuons. Voici dans le jardin public d'une ville d'autres enfants du même âge; ils jouent proprement; ils évitent avec le plus grand soin de souiller leurs vêtements; leur peau est claire; ils sont nets sur toutes les parties de leur corps; ils viennent de manger, mais rien ne le fait voir à l'extérieur, et leurs lèvres sont exactement essuyées; ils chassent avec impatience les rares insectes qui s'approchent d'eux et les agacent.

Si nous pénétrons dans leur habitation, tout y est en ordre, et pas la moindre harde qui ne soit à sa place. Ils dorment, et j'en aperçois un qui s'agite; son sommeil est troublé; j'examine avec précaution, et je vois que c'est la couture de son drap qui, s'imprimant sur sa peau délicate, suffit pour l'empêcher de se reposer.

Voici pour l'enfance.

Cherchons de nouveaux exemples. Ce sont un homme et une femme, le père et la mère des enfants que nous avons vus d'abord. L'homme est hâlé par le soleil; il fait les plus rudes travaux la tête découverte; il commence sa journée à quatre heures du matin, il la finit à neuf heures du soir. Il endure pendant tout ce temps, moins les deux heures du midi, un labeur que nous ne saurions soutenir quelques instants. Ne vous inquiétez pas, il recommencera demain et les jours suivants; puis, l'hiver venant, il maniera le fléau à la grange ou la pioche aux champs, sans éprouver autre chose que la fatigue modérée que nous ressentons après une promenade.

La mère est une forte créature. Elle a été élevée comme nos premiers enfants, et elle en a elle-même un chaque année, qu'elle allaite outre un nourrisson étranger. Elle est occupée aux rudes travaux des champs; elle porte des fardeaux, et ne rentre à la maison que pour accommoder ses enfants et son bétail.

Ces gens, comme vous le voyez, ont une vie dure; un régime frugal leur suffit; ils sont bien portants et souvent heureux.

Continuons. En entrant dans ce salon, nous trouvons un homme mince de corpulence, au visage pâle, aux mains blanches, aux doigts effilés; il se balance nonchalamment; il paraît fatigué des autres, de lui-même et de toutes choses.

Il s'entretient d'une manière indifférente avec une jeune dame fort élancée, blanche du visage, du cou et des mains; sa peau est dia

» Les sangsues m'ont beaucoup servi dans deux ou trois cas de forme ataxique.

» Le sous-nitrate de bismuth me réussit très bien pour combattre la diarrhée, quand l'estomac des malades peut le supporter. »

— Nous recevons de M. le docteur Bertrand (de Saint-Germain), envoyé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce à Pesmes (Haute-Saône), où le choléra et la suette ont fait d'horribles ravages, des renseignements sur la marche de l'épidémie dans quelques parties de ce département, qui ne sont pas sans intérêt, et qui font sentir de plus en plus que l'on ne peut établir aucune donnée scientifique sur les influences physiques qui fixent le miasme cholérique, favorisent son développement ou y mettent obstacle.

« Ainsi, nous dit notre correspondant, en 1832 Mantureux et Mantoche, deux villages peu distants de Gray, qui vient de payer, comme on sait, un si large tribut à l'épidémie, ont été envahis et ravagés par la maladie, tandis que Gray lui-même a joui d'une complète immunité. Cette année, où Gray a tant souffert, Mautureux a été épargné.

» En 1849, Gray a été fortement atteint, tandis que les villages environnants n'ont point eu de mal.

» Le sol des contrées que l'on parcourt de Dijon à Gray est onduleux et présente fréquemment de larges sillons marécageux. On supposerait d'abord que l'influence épidémique pèse plus particulièrement sur ces bas-fonds? Nullement. C'est souvent le contraire qui se présente.

» Gray est bâti sur un monticule à base calcaire qui domine de vastes prairies arrosées par la Saône, dont le cours est lent et sinueux. Eh bien! à Gray, la partie de la ville qui occupe les hauteurs et le plateau a été beaucoup plus maltraitée que les rues basses composées de maisons pauvres pour la plupart, et avoisinant des cours d'eau et même des cloaques. A peine a-t-on remarqué quelques cas de choléra dans les maisons situées aux bords de la Saône.

» Les premiers symptômes de l'épidémie se sont manifestés cette année avec violence dans la nuit du 13 au 14 juillet, à la caserne de cavalerie, qui est sur un des points culminants de la ville, admirablement aérée et aussi bien tenue qu'il soit possible, et dans cette caserne il y a eu constamment plus de soldats atteints au second étage qu'au premier. En 1849, la garnison se ressentit à peine de l'épidémie.

» Cette année, les maisons de tolérance, fort multipliées dans cette petite ville, ont été à peu près épargnées, tandis qu'en 1849 elles ont eu beaucoup à souffrir.

» La commune d'Echevanne, située dans une vallée humide, est la seule du canton de Gray où il n'y ait point encore eu cette année de décès cholérique, et Bathzans, qui est dans un fond marécageux, n'a présenté qu'un seul cas.

» Ainsi, pour cette circonscription, ce sont les lieux les plus à découvert et les mieux aérés qui ont été le plus maltraités. »

M. Bertrand (de Saint-Germain) s'engage à nous communiquer les faits de quelque intérêt qu'il aura eu l'occasion d'observer à Pesmes, où il est en ce moment. Il se borne, en terminant sa lettre, à constater que l'épidémie est partout en décroissance, mais qu'il y a toujours quelques cas nouveaux, des suettes qui se prolongent et se compliquent d'exanthèmes et de cholérine, et un assez grand nombre de malades tombés dans l'état typhoïde.

DE QUELQUES TRAITEMENTS DU CHOLÉRA.

Traitement par la strychnine. — M. le docteur Hérard, chargé du service des cholériques à l'hôpital Saint-Antoine, a administré le sulfate de strychnine à 24 malades, qu'il répartit ainsi pour la gravité :

Cas excessivement graves.	14
Cas graves.	7
Cas moyens.	3

Les malades de la première catégorie présentaient la forme cyanique algide. De ces 14 malades, 11 ont succombé, 3 ont guéri. Parmi ceux qui ont succombé, 1 est mort avant d'avoir pris assez de sulfate de strychnine pour qu'il y eût un effet produit. Resterait donc 10 morts sur 13.

Les 3 malades qui ont guéri se sont réchauffés assez rapidement, et ont guéri sans qu'il ait été possible de décider si la guérison a été le résultat du sulfate de strychnine ou des efforts de l'organisme aidés de quelques moyens (sinapismes, boissons, ouate) employés concurremment. Quoi qu'il en soit, chez ces malades pas plus que chez les 20 autres traités par le sulfate de strychnine, M. Hérard n'a observé le plus petit effet physiologique qu'il ait pu rapporter à l'action du médicament.

Sur les 7 malades rangés dans la catégorie des cas très graves, 2 ont guéri, 1 est mort. 4, après avoir pris le sulfate de strychnine pendant deux à trois jours, se trouvaient dans un état beaucoup plus grave qu'auparavant; les vomissements et la diarrhée persistaient, le refroidissement et la cyanose gagnaient des parties du corps non encore envahies. M. Hérard s'est empressé de cesser la médication et de lui substituer un moyen qui lui a fourni dans des cas semblables d'excellents résultats, l'ipécacuanha. Ces 4 malades guérirent, et l'amélioration suivit de si près l'administration de la poudre vomitive, qu'il n'hésite pas à lui rapporter l'honneur de la guérison.

Les 3 malades de la troisième catégorie guérirent comme guérissent par un grand nombre de moyens, et même par les seuls efforts de la nature, la plupart des cholériques dont les symptômes présentent une gravité moyenne.

En résumé, dit M. Hérard, si le sulfate de strychnine n'a pas produit dans nos mains les accidents sérieux qui ont été notés par quelques praticiens, il a échoué dant la plupart des cas excessivement graves, réputés cyaniques algides; et dans les cas moins graves il n'a pas donné de résultats à beaucoup près aussi avantageux que ceux qu'ont procurés d'autres médicaments.

Il importe d'ajouter que M. Hérard s'est conformé exactement, pour l'administration du médicament, aux règles prescrites par M. Abeille (sulfate de strychnine à la dose de 15 milligram. à 2 ou 3 centigram,, suivant la gravité des cas; application simultanée de sangsues à la base du thorax, etc.). (*Union méd.*)

— Nous avons reçu, soit directement, soit par voie indirecte, plusieurs communications relatives à l'emploi du sulfate de strychnine dans le choléra; mais l'absence de détails précis ne permettant que difficilement d'apprécier les effets obtenus, nous devons nous borner à les signaler sans commentaires.

Nous signalerons donc entre autres une lettre de M. le docteur Cousin, qui annonce avoir obtenu 4 guérisons sur 5 cas, et cela, dit notre confrère, malgré des imprudences commises pendant l'administration du médicament, et qui auraient pu en compromettre l'effet.

Nous signalerons aussi une lettre de M. le docteur Sansot (de Charly-sur-Marne), qui nous annonce que depuis le 27 juillet jusqu'à ce jour il a eu recours à l'usage du sulfate de strychnine dès le début de l'invasion, pendant les huit premières heures, et qu'il a été obligé dans tous les cas d'aider l'action insuffisante de ce médicament par l'adjonction de divers moyens usités par lui dans les précédentes épidémies. Ses essais l'ont conduit à reconnaître que le sulfate de strychnine seul était insuffisant pour guérir les cas de choléra grave, mais qu'il était un excellent adjuvant des moyens ordinaires, notamment des excitants et des rubéfiants. Cette méthode combinée lui a donné des résultats plus satisfaisants que ceux qu'il avait obtenus par chacune d'elles isolément.

Traitement par l'acide sulfurique. — Nos lecteurs ont sans doute présente à l'esprit la méthode de traitement instituée par M. le docteur Lepetit (de Poitiers) et formulée dans un mémoire inséré dans les numéros du 24 et du 27 décembre dernier. Cette méthode consiste à placer les malades dans un bain salé et à leur donner l'acide sulfurique dilué par cuillerées à bouche (20 grammes d'acide sulfurique dilué pour 250 grammes d'eau). L'effet constant de ce traitement et en particulier de l'administration de l'acide sulfurique aurait été, suivant M. Lepetit, d'arrêter immédiatement et complétement les vomissements et les selles cholériques.

Nous recevons de deux de nos correspondants, MM. les docteurs Millet (de Tours) et Guilbaud (de Ruffec), des observations à l'appui des bons effets qu'ils ont obtenus de l'emploi de ce traitement. Nous les reproduisons sous leur garantie, et en faisant remarquer que la cessation des vomissements et de la diarrhée, que l'on obtient d'ailleurs par beaucoup d'autres moyens, n'est pas toujours une condition essentielle et un signe certain de guérison prochaine.

Depuis un mois, nous écrit M. Guilhaud, j'ai eu à traiter une trentaine de cas environ de choléra asiatique, et dans tous ceux où j'ai pu employer l'acide sulfurique j'ai constaté la cessation presque immédiate de la diarrhée et des vomissements.

Voici un résumé de quelques-uns des principaux cas que M. Guilhaud a observés :

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de quarante ans, en proie à des vomissements incessants, des selles extrêmement fréquentes et caractéristiques, yeux enfoncés dans leurs orbites, altération profonde des traits, crampes continuelles dans les membres inférieurs, suppression des urines depuis la nuit précédente, refroidissement général, taches livides sur les membres et sur la poitrine. A la suite d'une potion dans laquelle entraient le laudanum et le tanin, des frictions sur les membres avec un mélange à parties égales d'essence de térébenthine et d'alcool camphré, et d'un quart de lavement avec une décoction de tête de pavot et une demi-cuillerée d'amidon, le froid des extrémités est un peu moins considérable, les crampes sont moins intenses; mais les selles et les vomissements étant à peu près ce qu'ils étaient le matin, M. Guilhaud ordonne la potion ci-après:

Acide sulfurique médicinal. . .	1	gramme.
Eau.	125	—
Sirop de sucre.	60	—

A prendre une cuillerée toutes les demi-heures. Continuation des frictions avec le liniment excitant; tisane de riz et de camomille en très petite quantité et seulement pour tromper la soif ardente du malade.

Deux heures après les vomissements avaient cessé; la diarrhée avait beaucoup diminué, ainsi que les crampes, et le lendemain un mieux sensible était survenu. Continuation de la potion par cuillerée de deux en deux heures. L'état du malade s'améliore de plus en plus; après une diminution graduelle de tous les symptômes morbides, il a parfaitement guéri.

Sur un deuxième malade, âgé de trente-cinq ans, pris tout à coup de vomissements et de selles blanchâtres presque incessantes, avec froid glacial et crampes très douloureuses dans les membres inférieurs, chez lequel on avait prescrit d'abord sans succès l'eau de riz pour boisson, un quart de lavement avec décoction de pavot et amidon, trois pilules chacune de 2 centigrammes d'extrait gommeux d'opium de deux en deux heures, emplâtre de thériaque saupoudré de 10 centigrammes d'acétate de morphine sur la région épigastrique, frictions avec parties égales d'essence de térébenthine et d'alcool camphré, etc., les vomissements et la diarrhée cessèrent peu d'heures après l'administration de la potion sulfurique, et une réaction violente ne tarda pas à s'établir. Les vomissements et la diarrhée ne reparurent plus à dater de l'emploi de la potion sulfurique, mais le malade succomba le troisième jour aux suites de la réaction.

Dans un troisième cas, un femme âgée de trente-trois ans, atteinte, après huit jours d'une diarrhée assez intense, de tous les symptômes du choléra cyanique algide, après un traitement composé d'infusion de camomille, de lavements de pavot et d'amidon, de frictions avec le liniment alcoolique camphré térébenthiné déjà, et de pilules de diascordium et sous-nitrate de bismuth toutes les heures, n'ayant éprouvé aucune amélioration, si ce n'est dans les crampes, qui sont moins fréquentes et moins douloureuses, on remplace les pilules par la potion sulfurique, sinapismes sur les membres inférieurs et emplâtre de thériaque saupoudré d'acétate de morphine sur le creux de l'estomac. On continue d'ailleurs ces frictions excitantes et le lavement amidonné.

---

phane, ses yeux sont langoureux; son visage exprime un peu la souffrance; elle est belle comme le beau monde.

Ces deux personnages habitent des appartements sains et somptueux; ils donnent à leurs personnes tous les soins de l'hygiène la plus recherchée; ils se nourrissent des mets les plus succulents et les plus délicats.

L'indifférence et l'affaissement dans lesquels nous les avons trouvés annoncent qu'ils sont blasés sur toutes choses par l'abus de toutes choses;

Ils sont mal portants, et rarement heureux.

— Ne voyez-vous pas, *médecin*, si vous l'êtes, car on peut dire de nous comme d'un ami :

Rien n'est plus commun que le nom,
Rien n'est plus rare que la chose;

ne voyez-vous pas, dis-je, l'immensité qui sépare ces sujets? Ils seront, si bon vous semble, égaux devant la loi, mais qu'il ne vous arrive jamais de les considérer ainsi devant la médecine; sachez combien les vétérinaires, qui, sans vous abaisser ni vous ni moi, sont souvent capables de nous en apprendre, font de différence d'un animal de pur sang d'avec un sujet de race commune.

Demandez au premier venu d'entre eux s'il entend traiter ce charles ou cette fine levrette avec les mêmes drogues ou les mêmes doses que le dogue qui garde la cour, ou le chien de Brie propre au service des troupeaux!

La nature, croyez-le, est prévoyante; il faut que tout se fasse; l'homme des champs est apte à remplir sa tâche; faisons tous nos efforts pour être propres à satisfaire à la nôtre.

Quant à la sensibilité, ne parlons pas de la race nègre, qui s'habitue au bâton, puisque quelques-uns prétendent qu'elle n'est point *humaine* et qu'elle sert de transition pour arriver des quadrumanes à l'homme; ils ajoutent que son abdomen saillant et la forme de sa bouche annoncent la pure bestialité.

Ne nous occupons que de cette portion privilégiée qui a la peau plus ou moins blanche, à laquelle appartient, dit-on, le monopole du commandement et de l'intelligence.

Voyez quelles distances existent entre les êtres dont nous avons esquissé le tableau; vous ne pouvez croire que, si différents au physique et au moral, ils réagiront de la même façon sous l'influence de vos remèdes.

Il faut donc vous identifier avec cette pensée, à savoir : qu'il y a non-seulement une thérapeutique pour chaque âge et chaque tempérament, mais encore pour chaque classe de la société, et chaque sujet du même âge et de la même idiosyncrasie.

Les moyens qui nous sont donnés pour le soulagement des hommes ressemblent aux lettres de l'alphabet : ils peuvent servir au bien comme au mal; le tout dépend de leur arrangement; ce qui revient à dire, en d'autres termes, ce que proclame si souvent le professeur Trousseau, mon maître, qu'il n'y a pas de médicaments, mais qu'il n'y a que des médications.

Dieu a permis que dans la nature tout fût à sa place : aux vallées les prairies, aux plaines les moissons, aux montagnes les bois; mais aussi aux champs les hommes forts, rustiques, tempérants et sobres.

Aux villes la délicatesse, l'intelligence, par conséquent les arts et les travaux de l'esprit.

C'est en comprenant la distance qui sépare l'homme de l'homme que vous serez capable de mesurer les dissemblances de sensibilité physiologique.

Et alors vous vous familiariserez avec les modifications thérapeutiques et posologiques, et vous pratiquerez votre art avec fruit.

Le physicien qui a réfléchi à ces énormes disproportions voit chaque jour s'éloigner de lui ce vulgaire tableau, vainement rêvé par les éleveurs de systèmes, indiquant d'un côté la maladie et en regard le remède; il sent la nécessité de se livrer successivement à une série d'opérations mentales avant d'agir.

Il recherche les causes éloignées ou générales.

Puis, se servant immédiatement de ses sens pour éclairer sa science, il confie les données qu'il a acquises à son jugement.

C'est alors qu'il tire les conséquences utiles à son art.

Et, selon qu'elles sont plus ou moins intelligentes, il est plus ou moins *idoine* (propre) à l'exercice utile de cet art : il est ou n'est pas médecin.

Amédée Joux, D.-M.-P.

Le soir, la diarrhée et les vomissements ont considérablement diminué; la réaction commence à s'établir. L'éruption menstruelle ayant eu lieu sur ces entrefaites, le mieux va croissant et la malade finit par se rétablir complétement.

Enfin une quatrième malade, âgée de trente ans, nourrice de quinze mois, présentant un ensemble de symptômes qui ne permet pas de méconnaître le choléra asiatique, est traitée immédiatement par la potion sulfurique et les frictions avec le liniment formulé précédemment. La diarrhée et les vomissements s'arrêtent comme chez les autres malades en peu de temps. Cette femme, à part une grande faiblesse, était parfaitement guérie au bout de cinq jours.

En résumé, dans un grand nombre de cas, tant de choléra épidémique que de simples cholérines ou diarrhées passives, M. Guilhaud dit avoir obtenu *constamment* le même résultat heureux, à savoir : la prompte cessation des vomissements et des selles sous l'influence de la potion sulfurique.

Quant aux bains salés, complément indispensable du traitement du choléra, d'après M. le docteur E. Lepetit, les conditions peu favorables dans lesquelles se trouvaient tous les malades qu'il a eu à traiter ne lui ont pas permis d'en faire usage.

M Guilhaud insiste beaucoup sur l'importance de la dose de l'acide sulfurique. Il pense que si ce médicament, employé déjà bien des fois, n'a pas toujours eu le même succès qu'entre ses mains, cela tient uniquement à ce qu'on l'a beaucoup trop étendu, et qu'alors ou la qnantité d'acide ingérée a été trop faible pour produire un effet salutaire, ou l'estomac s'est révolté contre l'énorme quantité de liquide qu'il a fallu donner pour arriver à introduire dans l'économie une dose convenable d'acide.

Enfin, M. Guilhaud constate en passant les heureux résultats du liniment excitant (essence de térébenthine et alcool camphré mélangés à parties égales) qui, dans tous les cas où il l'a employé, a fait disparaître, ou tout au moins considérablement diminué les crampes.

— Deux jeunes enfants, dont le père venait de succomber au choléra, l'un âgé de neuf ans, et l'autre de trois ans, ont été traités par M. le docteur Millet à l'aide de cette même méthode. Chez ces deux enfants le choléra était des mieux caractérisés et marchait avec une effrayante rapidité. M. Millet prescrivit d'abord une potion contenant du tanin et du laudanum. Le lendemain, les accidents semblant avoir pris plus d'intensité, M. Millet prescrivit 10 grammes d'acide sulfurique dans un litre d'eau sucrée, et, séance tenante, il fit prendre ce breuvage à ses deux petits malades, une cuillerée toutes les heures (une demi-cuillerée seulement additionnée d'autant d'eau sucrée pour le plus jeune), et il prescrivit des bains salés contenant 500 grammes de sel par décalitre d'eau, matin et soir. Enfin, à la médication formulée par M. Lepetit, M. Millet ajouta des frictions sur la colonne vertébrale avec l'huile essentielle de térébenthine.

Cette médication, continuée pendant trois jours, arrêta les évacuations, fit cesser le refroidissement, les crampes et amena une guérison rapide et presque sans convalescence chez l'aîné des petits malades.

Quant au plus jeune, qui se rebuta du breuvage à l'acide sulfurique, il éprouva une rechute dont on triompha cependant en persistant dans l'emploi de ces mêmes moyens.

PROPHYLAXIE.

Iode. — M. le docteur Bories, pharmacien de première classe de la marine au port de Brest, propose l'usage de l'iode comme moyen désinfectant et préservatif du choléra. Voici sur quelles données M. Bories fonde la méthode prophylactique qu'il propose et de quelle manière il en comprendrait l'application.

Admettant par hypothèse que le choléra est un empoisonnement miasmatique dû à un état particulier et exceptionnel de l'atmosphère, il se demande s'il ne serait pas possible de modifier le milieu dans lequel nous vivons, l'air que nous respirons, et dans lequel nous puisons le poison par tous nos pores et nos organes respiratoires. De tous les antiseptiques et désinfectants connus l'iode lui paraît devoir être préféré, à cause de l'avantage qu'il offre d'avoir constamment un dégagement lent et continu, de la facilité de se le procurer et de l'avoir toujours préparé, etc. Dans les hôpitaux, dans les casernes, les batteries des vaisseaux, les écoles, les églises, dans tous les lieux, en un mot, où se trouvent réunis, où respirent, où séjournent une masse d'individus, une évaporation continuelle de vapeurs d'iode modifierait et changerait d'une manière heureuse l'air qu'ils respireraient. Il suffirait de placer dans ces divers endroits des vases à fond plat, tels que des assiettes, des soucoupes, contenant de petites quantités d'iode que l'on renouvellerait dès que l'évaporation serait terminée. Ce qui s'effectuerait dans ces établissements publics pourrait avoir lieu dans les maisons particulières; chaque individu pourrait avoir dans chaque pièce de son appartement un petit vase d'où s'échapperaient nuit et jour des vapeurs d'iode. Enfin, les médecins, les personnes qui soignent, qui approchent des cholériques, pourraient avoir sur eux un flacon d'iode imparfaitement bouché, de manière à avoir leurs vêtements imprégnés de vapeurs d'iode.

Du sulfate de quinine comme préservatif. — Le sulfate de quinine a été proposé et mis en pratique dès l'épidémie de 1832 comme moyen curatif du choléra avec des résultats variables et assez peu certains pour que cette médication ne soit restée dans la pratique qu'à titre exceptionnel. On l'a proposé depuis comme moyen prophylactique. Bien qu'en fait de prophylaxie il soit toujours fort difficile de constater des résultats qui ne reposent en définitive que sur des éventualités, nous croyons néanmoins devoir signaler à l'attention de nos lecteurs les essais suivants tentés par M. le docteur Manget, médecin du bureau de bienfaisance du 5e arrondissement.

A l'exemple de M. le docteur Jules Guyot, qui conseille le sulfate de quinine à la dose d'un décigramme chaque matin pendant toute la durée de l'épidémie cholérique, comme rassurant les voies digestives, M. Manget a adopté cette méthode. Voici ce qu'il a observé sur 38 personnes redoutant le choléra, pour la plupart tourmentées par des nausées et des borborygmes quotidiens, et placées ainsi dans l'imminence morbide de l'épidémie.

a. 10 personnes (3 hommes, 7 femmes) n'ont éprouvé aucun effet physiologique du sulfate de quinine donné à la dose de 1 décigramme chaque matin à jeun, dans quelques cuillerées de café noir.

b. 22 personnes (15 femmes, 2 hommes, 5 enfants) ont éprouvé des bourdonnements d'oreilles, des vertiges passagers et une légère accélération du pouls. Une de ces personnes, un homme de quarante ans, a pris le choléra malgré le préservatif; la mort a eu lieu au bout de deux jours, avec la cyanose la plus complète. Aucun des 21 autres sujets n'a éprouvé une heure de diarrhée.

c. Les 6 dernières personnes soumises à ce traitement prophylactique ont eu la diarrhée pendant toute la durée de l'administration du médicament. Ce n'était pas une diarrhée cholérique, mais une supersécrétion intestinale occasionnant deux à trois selles liquides par jour, avec des coliques. La thériaque a réussi dans deux cas rebelles où cette diarrhée avait pris une intensité alarmante.

Ainsi, en résumé, sur 38 individus qui ont pris le sulfate de quinine chacun au moins pendant trente jours (du 10 juillet au 10 août), un seul a été frappé de choléra. Parmi les 73 autres, aucun ne s'est trouvé malade au point de garder le lit.

Mouvement de l'épidémie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Le 24	août,	cas nouveaux,	36,	décès,	17
25	»	»	45,	»	21
26	»	»	58,	»	35
27	»	»	55,	»	39
28	»	»	47,	»	25
29	»	»	41,	»	24
30	»	»	49,	»	18
			331,		179

Situation générale des hôpitaux au 30 août.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		5,599
Sorties.	2,217	5,085
Décès.	2,868	
Restant en traitement.		514

Choléra à Londres.

Semaine du 19 au 26 août 1854.

Mortalité générale.	2,039
— due au choléra..	847
— due à la diarrhée.	214

Cette mortalité se répartit de la manière suivante entre les divers quartiers de la ville :

Quartier de l'ouest..	179
— du nord.	53
— du centre.	36
— de l'est.	119
— du midi.	460
Total.	847

En cherchant à apprécier le rapport entre la mortalité cholérique et le plus ou moins d'élévation des localités au-dessus de la Tamise, on trouve que cette mortalité croît dans des proportions énormes à mesure que l'on observe des habitations plus rapprochées du niveau de la rivière.

Ainsi dans les localités élevées de moins de 10 pieds au-dessus de la Tamise, sur 100,000 habitants la mortalité a été de 287.

Dans la région moyenne (10 à 40 pieds au-dessus du niveau), elle a été de 109.

Enfin, dans la région la plus élevée (40 pieds et au-dessus), elle a été seulement de 32 pour 100,000 habitants.

Pendant les dernières sept semaines, la mortalité cholérique a atteint successivement les chiffres suivants, qui donnent une idée de la marche rapide du fléau : 5, 26, 133, 399, 644, 729, 847.

Choléra en Italie.

A Turin, à la date du 23 août, on constatait;
Cas nouveaux, 18 (dont 8 à domicile, et 10 dans les hôpitaux);
Décès, 9 (6 à domicile, 3 dans les hôpitaux).
Le total général, à cette époque, s'élevait à 140 cas, et 97 décès.

— A Gênes, dans la nuit du 24 au 25 août :

En ville.	cas nouveaux,	55	décès,	31
A l'hôpital de la Municipalité.	—	13	—	8
A l'hôpital de Pammatone. .	—	6	—	6
A l'hôpital militaire.	—	2	—	2
A l'hôpital du bagne. . . .	—	5	—	»
A l'hôp. du port au Môle neuf.	—	3	—	1
Prison Saint-André. . . .	—	»	—	1
Total. . . .	—	82	—	49

Chiffres antérieurs.	4,199	2,141
Total depuis l'invasion. .	4,281	2,190

— A Naples, on estimait le 16 août le nombre des cholériques en traitement à. . . . . . . 4,108 (1,942 hommes et 2,166 femmes).

Le même jour, le nombre des cas nouveaux était de .	302	(141 hommes, 161 femmes).
Total.	4,410	
Il y avait eu dans la journée.	149	décès (55 hommes, 58 femmes).
Restaient en traitement. .	4,261	
Le 17, cas nouveaux . .	276	Décès des jours précédents. 118
		— dans la journée. . . 42
		Total. . . . 160

— Grand-duché de Toscane, journée du 23 :

Cas nouveaux,	67	décès,	46

— Dans la province d'Oneglia, du 18 au 22 août :

Cas nouveaux,	483	décès,	205
Cas antérieurs,	976	—	432
Total général depuis l'invasion,	1,459	—	637

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Tumeur sarcomateuse de la tête du péroné. — Désarticulation du genou. — Guérison (1).

L'amputation de la jambe dans l'articulation, dit M. Maisonneuve, était une opération presque entièrement oubliée, lorsqu'en 1829, M. Velpeau entreprit de la réhabiliter et l'exécuta avec succès. Cet illustre chirurgien démontra par des faits nombreux et des raisonnements péremptoires que cette opération, moins dangereuse peut-être que l'amputation de la cuisse, avait encore sur cette dernière l'immense avantage de laisser le malade dans des conditions bien préférables pour l'application d'un membre artificiel.

Malgré cette autorité imposante, la désarticulation du genou trouva peu de partisans parmi les chirurgiens de Paris, et c'est à peine si, depuis dix ans, elle a été pratiquée une ou deux fois dans les hôpitaux.

Je ne pense pas, ajoute M. Maisonneuve, que cette sorte de proscription soit méritée; et, dernièrement, ayant à choisir entre cette amputation et celle de la cuisse, je n'ai pas hésité à pratiquer la désarticulation.

On peut juger du résultat par l'observation suivante :

Ninot (Augustine), âgée de 22 ans, se présente le 1er mars 1854, à l'hôpital Cochin pour y être traitée d'une tumeur volumineuse développée à la partie supérieure et externe de la jambe gauche. Cette tumeur, dont la malade dit ne s'être aperçue que vers le mois d'octobre 1853, acquit en peu de temps un développement considérable, malgré l'emploi de nombreux moyens résolutifs.

Plus volumineuse qu'un gros œuf d'autruche, elle remplissait le creux poplité et faisait saillie à la partie supérieure et externe de la jambe.

Sa base, complétement immobile, se confondait évidemment avec les parties osseuses; sa surface externe, lisse, régulière, ne présentait au contraire aucune adhérence aux téguments. Sa consistance était ferme et légèrement élastique, on n'y reconnaissait aucun battement. La malade n'y accusait aucune douleur lancinante, seulement l'obstacle mécanique qu'elle apportait aux mouvements du membre rendait la marche presque impossible.

D'après ces symptômes, M. Maisonneuve pensa qu'il avait affaire à une tumeur sarcomateuse, et que celle-ci enveloppait la partie supérieure de la tête du péroné. Or la nature de cette affection, et surtout la marche rapide de son développement ne pouvait guère laisser d'illusion sur la terminaison funeste, si l'art n'intervenait. M. Maisonneuve crut donc devoir proposer l'opération. Du reste, la malade y était parfaitement résignée; c'était même dans cette intention qu'elle était venue à Paris.

Mais une grande question restait à résoudre. La tumeur communiquait-elle avec l'articulation du genou, ou bien lui était-elle étrangère? Dans le premier cas, l'amputation du membre était de rigueur; dans le second, au contraire, il n'était peut-être pas impossible de le conserver.

L'opinion de M. Maisonneuve fut que l'articulation était bien réellement compromise. Cependant, comme il n'en avait pas une certitude complète, il fit connaître à la malade que pendant l'opération, et le bistouri à la main, il ferait une dernière exploration; que s'il reconnaissait la possibilité de lui conserver la jambe, il ne négligerait rien pour obtenir ce résultat, mais que dans le cas contraire il n'hésiterait pas à faire l'amputation séance tenante. C'était le 2 mars 1854.

Tout étant disposé pour ces diverses éventualités, et la malade étant soumise au chloroforme, M. Maisonneuve fit à la partie postérieure du jarret une longue incision qui divisa la peau et toute l'épaisseur du muscle jumeau externe. La tumeur ainsi mise à nu, le chirurgien chercha d'abord à l'énucléer des parties voisines. Mais il acquit promptement la certitude qu'elle était intimement confondue non-seulement avec le péroné, mais encore avec les fibres du muscle soléaire qui y prennent insertion. Il reconnut aussi qu'elle pénétrait jusque dans l'articulation du genou, et que les gros troncs vasculaires et nerveux y adhéraient d'une manière intime.

La conservation du membre était dès lors impossible; aussi, sans plus tarder, M. Maisonneuve se décida à en faire le sacrifice, et pratiqua la désarticulation du genou par la méthode circulaire. Cette opération fut simple et rapide, et la plaie fut réunie au moyen de bandelettes de diachylon.

Pendant les premiers jours tout se passa sans le moindre accident; mais le 12 mars il se manifesta à la chute du fil principal une hémorrhagie grave, qui força le chirurgien de faire la ligature de l'artère fémorale à la partie moyenne du membre.

(1) La malade qui fait le sujet de cette observation a été présentée par M. Maisonneuve dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

Depuis ce moment, la plaie prit un aspect moins favorable; elle se remplit de pus fétide, dont la résorption entretint un dévoiement colliquatif. La malade tomba dans un état de dépérissement extrême. Il devenait urgent de combattre cette putridité et de soustraire la malade à cette cause incessante d'empoisonnement.

Pour cela, M. Maisonneuve enveloppa le moignon d'un manchon de caoutchouc vulcanisé, puis à l'aide d'une petite pompe adaptée à l'extrémité de ce manchon, il fut facile d'extraire tout le pus renfermé dans les anfractuosités de la plaie. Cette opération, répétée plusieurs fois par jour sans douleur, sans gonflement du moignon, eut tout le succès qu'on s'en était promis. Les accidents colliquatifs cessèrent, la cicatrisation reprit sa marche, et peu à peu la malade arriva à la guérison complète.

Aujourd'hui la plaie est entièrement cicatrisée; la malade a recouvré ses forces, sa fraîcheur et son embonpoint, et grâce à la jambe artificielle construite dans les ateliers de M. Ferdinand Martin, l'un de nos plus habiles mécaniciens orthopédistes, elle peut se servir de son moignon avec autant de facilité que si l'amputation eût été pratiquée dans la continuité de la jambe.

Examen de la tumeur. — La tumeur est un ostéosarcôme fibro-plastique de la partie supérieure du péroné. Sa surface extérieure est entièrement recouverte par le périoste épanoui et reçoit l'insertion de toutes les fibres musculaires et tendineuses qui, dans l'état normal, vont s'attacher à cette partie du péroné.

L'intérieur de cette tumeur contient de nombreuses lacunes remplies de sang et de sérosité rougeâtre, et séparées par des cloisons fibreuses d'épaisseur extrêmement variable. Dans le point où cette tumeur se continue avec la partie saine du péroné, on voit les fibres de l'os s'écarter en éventail pour se confondre avec sa coque ostéo-fibreuse. Le microscope n'y a démontré que du tissu fibro-plastique, sans mélange de cellules cancéreuses.

DES FRACTURES DU MEMBRE PELVIEN

traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens (1).

(Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 août.)

Apprêts de l'appareil. — La boîte étant déployée, on étend sur son plancher le long coussin de crin dont il a été parlé. On a soin de le rendre plus épais dans les points correspondants aux dépressions de la face postérieure du membre. Par-dessus ce grand coussin, on dispose la talonnière.

La boîte étant ainsi préparée pour le moment où il faudra s'en servir, on applique l'appareil qui doit fixer sur le genou et sur le pied du malade les *lacs de l'extension.*

Le membre étant soulevé par des aides, on enveloppe la jambe depuis le pied jusqu'au-dessus du genou d'une couche protectrice de ouate, plus épaisse autour des articulations fémoro-tibiale et tibio-tarsienne, où s'insèrent les liens. On commence par appliquer sur le pied, sans le comprimer, le bandage de l'étrier. On prend ensuite les lacs extenseurs, deux bouts d'une bande élastique longs d'un mètre, dont on place la partie moyenne sur la plante du pied; on met par-dessus, pour servir de soutien, un morceau de carton long et large de deux travers de doigt, un peu concave, pour bien l'adapter à la voûte du pied. Le tout est solidement fixé en continuant le bandage de l'étrier. On entoure alors la jambe d'un bandage roulé à doloires rapprochées pour en augmenter la solidité, et lorsqu'on est arrivé au-dessus de la rotule, on place les lacs de l'extension destinés à agir sur le condyle du tibia. De chaque côté du genou, sur la partie moyenne des lacs, on met, comme au pied, un petit morceau de carton, et le tout est assujetti par quelques tours de bande. Le carton s'applique sur chaque condyle sans les dépasser, surtout en arrière, sans quoi il déterminerait une pression douloureuse. Il est destiné, comme au pied, à empêcher le froncement du bandage quand fonctionnent les lacs extenseurs. Ceux-ci étant ainsi fixés par le milieu, on rabat le chef supérieur sur le rebord de la plaque de carton, en le renversant de haut en bas pour le diriger vers le pied, ainsi que le chef inférieur. Le lac réfléchi est maintenu ensuite par deux ou trois jets de bande passés autour du genou. De la sorte le chirurgien dispose de quatre lacs extenseurs : deux de chaque côté. S'ils sont assez longs, on les attache directement dans les trous de la planchette plantaire. S'ils sont trop courts, on les lie de chaque côté en forme d'anse, comme sur la figure n° 2, et dans cette anse on passe d'autres liens qui descendent au bas de la caisse, où ils sont attachés.

Ainsi, l'extension s'opère à l'aide de six lacs : quatre au genou, deux au pied. Nous avons constaté que l'extension se fait avec plus d'avantage à la plante du pied que sur ses côtés, autour des malléoles; aussi avons-nous renoncé à la porter dans ce point, où elle est moins bien supportée par le malade.

On met sur ce bandage plusieurs couches d'une épaisse solution de gomme (trois parties de gomme sur une partie d'eau) pour le solidifier et le rendre inamovible. Vingt-quatre heures, même en hiver, suffisent pour qu'il soit sec. La gomme lui donne une dureté ligneuse. Dès ce moment on peut opérer l'extension, et lui demander toute la puissance désirable, sans crainte de déranger les pièces qui constituent cet appareil-cuirasse.

Voilà pour l'extension; passons à la *contre-extension.*

Nous avons dit en quoi consiste l'anneau destiné à la contre-extension. Il doit être engagé jusqu'à la racine du membre fracturé, et être assez ouvert pour dégager complétement le grand trochanter. On a soin de le faire porter en plein sur le périnée en le tirant en arrière et en haut par un point de sa circonférence; on remplace ensuite les doigts par une longue corde flexible qu'on fera passer sur l'échancrure du plancher, et qu'on ramènera au verso de celui-ci pour l'attacher à la paroi digitale de la boîte. On conçoit que plus on tire sur cette corde, plus on donne de puissance à la contre-extension.

Tout étant ainsi disposé, des aides glissent la boîte déployée et préparée sous le membre, qu'on laisse doucement retomber dès que la paroi externe dépasse un peu la crête iliaque et que la paroi interne se trouve à deux travers de doigt du périnée. On a soin que la pyramide de coussins corresponde bien exactement au creux poplité, et la talonnière à la dépression du tendon d'Achille. Le membre s'enfonce dans le matelas épais et souple; on engage les doigts sur les côtés de ce matelas sans coutures pour garnir de crin les endroits où il porte à faux; on bourre convenablement la cuisse à sa partie moyenne pour soutenir la courbure naturelle du fémur; on borde ensuite le petit matelas en roulant sur les côtés du membre, en forme de gouttière, tout ce qui excède le plancher, on croise sous la plante du pied, pour la bien soutenir, les angles du petit matelas, qu'on fixe sur les malléoles avec des épingles; puis on ferme la boîte en relevant ses parois, à l'exception de la paroi externe, qui reste rabattue pour procéder plus aisément à la réduction de la fracture.

Réduction des fractures du fémur. — La réduction est indiquée quand il existe un déplacement des fragments. Si le déplacement est angulaire, il suffit de ramener le fragment inférieur à une direction convenable. Quand le déplacement est par rotation, on fait tourner sur son axe, jusqu'au degré nécessaire, le fragment inférieur; mais, si le déplacement est avec chevauchement, raccourcissement, il faut recourir à la contre-extension, à l'extension et à la coaptation, en évitant soigneusement la compression des muscles voisins de la fracture; car ce serait neutraliser leur puissance. Leurs auxiliaires sont : les mains des aides, des lacs et même des machines.

Contre-extension. — Réfléchis sur l'échancrure du plancher de la boîte et ramenés le long de sa face postérieure jusqu'à la planchette digitale, les lacs de la contre-extension sont saisis par un aide qui tire sur eux jusqu'à ce que l'anneau soit suffisamment tendu, puis il les fixe dans les trous de cette planchette. Portée trop loin, celle-ci ne tarderait pas à déterminer au périnée, point d'appui de l'anneau, de la douleur. Il faudrait, s'il y avait de l'inconvénient à relâcher les liens, momentanément porter l'anneau contre-extenseur de l'autre côté du périnée en attachant les lacs à la tête du lit. Le moyen de n'avoir pas trop à demander à la contre-extension, c'est d'éviter que le tronc glisse vers les pieds du lit; pour cela, il ne faut mettre sous la tête du malade qu'un simple traversin. Ce qui serait désirable, si c'était possible, ce serait que la contre-extension se fît en quelque sorte seule, par une tendance du tronc à remonter au lieu de descendre.

On complète la contre-extension par la serviette pliée en cravate, passée autour des hanches et dont les chefs vont s'attacher à un trou de la paroi externe de la boîte.

Extension. — Dès qu'à l'aide des mains on a opéré des tractions douces, graduées et sans secousses, en faisant concourir aux efforts la jambe, qu'on tire d'abord horizontalement dans la direction naturelle du membre, puis en bas et en arrière, pour la faire doucement basculer; sur la petite pyramide de coussins correspondant au creux du jarret on tend les liens extenseurs pour suppléer à l'action des mains et on les noue, soit isolément, soit avec les liens contre-extenseurs, sur le chevalet représenté par la planchette digitale, et toujours bien directement dans l'axe du membre fracturé, en choisissant les trous dont est percée cette planchette.

Lorsque la fracture est toute récente, simple, sans tressaillements musculaires, le membre s'allonge ordinairement sans beaucoup d'efforts. On peut dès le premier jour lui rendre sa longueur normale; mais, s'il y a des contractions spasmodiques, il faut ajourner la réduction; tout effort provoquerait une lutte impuissante, qui, en outre, pourrait développer des convulsions, avec délire et même le tétanos. De même, quand, par le fait de l'inflammation déjà survenue, les tissus engorgés sont durs, privés d'élasticité, les tentatives de réduction seraient tout à fait intempestives et même dangereuses. Poussées trop loin, elles ne manqueraient pas de déterminer des ruptures. Il faut alors s'abstenir de toute traction et combattre préalablement l'inflammation à l'aide de la glace, de tous les antiphlogistiques, le plus puissant. On sait que nous en avons généralisé l'emploi contre toutes les lésions de cause traumatique, et quelle présente le précieux avantage de ne pas prédisposer le malade à l'infection purulente, comme les déplétions sanguines. Boyer, dans un cas de fracture du fémur réduite après de grands efforts, vit périr immédiatement son malade par suite d'une hémorrhagie foudroyante.

Si la saillie à travers la peau de l'un des fragments s'oppose à la réduction, on agrandit la plaie à l'aide d'un bistouri; quand ce moyen échoue, on résèque la pointe du fragment. Lorsqu'après ces opérations, l'inflammation, le spasme des muscles, rendent encore la réduction impossible, il faut attendre le moment de la détente qui, au plus tard, arrivera à l'époque de la suppuration.

L'expectation trop prolongée a aussi ses écueils. Il se forme des adhérences difficiles à rompre, le cal se fait d'une manière vicieuse, les muscles subissent une rétraction en quelque sorte acquise. Toutefois, jusqu'au dixième jour, il n'y a pas grand péril dans l'expectation. On pourrait même dépasser ce terme s'il y avait nécessité; mais il ne faut pas oublier qu'autant que possible il faut réduire la fracture dès les premiers jours.

Notre appareil présente sur les autres bandages à fracture l'avantage d'opérer la réduction lentement, doucement, par une action continue et prolongée, analogue à celle des doigts et dans la direction de l'axe de l'os fracturé. Nous apportons une excessive prudence dans cet acte; aussi nous arrive-t-il de n'obtenir la réduction complète qu'après deux ou trois jours. Ainsi faite, l'extension est facile, sans souffrances, sans risque aucun. On comprend, du reste, qu'elle doit varier selon la disposition des surfaces fracturées. Lorsque celles-ci sont à peu près horizontales, comme on le voit communément chez les enfants, l'extension triomphe sans peine de muscles doués, d'ailleurs, de peu de résistance, et l'on parvient assez aisément à mettre en rapport les fragments en engrenant les unes dans les autres leurs anfractuosités. Pour conserver cette réduction, les puissances extensives ont peu à faire et la guérison a souvent lieu sans raccourcissement.

Mais chez l'adulte les cassures étant presque toujours en bec de flûte, les surfaces très obliques, incapables de s'arc-bouter, tendant sans cesse à glisser l'une sur l'autre, sollicitées par les puissants muscles de la cuisse, l'extension et la contre-extension doivent dépenser une bien plus grande somme de force, et quoi qu'elles fassent, avec les appareils ordinaires, le raccourcissement est presque impossible à éviter.

Les fractures comminutives compliquées de plaie communiquant avec le foyer de la fracture, toujours excessivement graves, le deviennent plus encore à la suite des coups de feu. Nous avons, dans notre clinique des plaies d'armes à feu, démontré que le corps des os longs, quand une balle en pleine vitesse l'atteint, le brise en éclats d'autant plus nombreux qu'il a opposé plus de résistance à cause de sa dureté plus grande. C'est à ces longues esquilles déjetées en tous sens, et dont les pointes lacèrent les parties molles, que ce genre de solution de continuité du fémur emprunte un surcroît de gravité. Ribes, Larrey à son exemple, presque tous les chirurgiens militaires ont professé comme nous-même l'opinion que sur le champ de bataille toute fracture du fémur par coup de feu est un cas d'amputation. Mais les ressources précieuses fournies par notre appareil, surtout quand il peut être secondé par la glace pour combattre la violence de l'inflammation traumatique, nous portent à penser qu'à la condition d'extraire les esquilles mobiles, et de redresser avec le doigt porté au fond de la plaie les longues pièces osseuses à adhérences fortes et nombreuses, afin que la plaie devienne simple de compliquée qu'elle était, on pourrait tenter la conservation du membre, quitte à faire, s'il le fallait, l'amputation à une époque plus éloignée. Quand une balle, au lieu du corps de l'os, atteint ses extrémités spongieuses, la résistance est moindre et les dégâts sont moins considérables; mais en revanche les fentes se prolongent souvent dans les articulations, et le danger est tout aussi réel. Quoi qu'il en soit, avant de prendre parti pour ou contre l'amputation, il faut porter le doigt au fond de la plaie, afin de bien étudier les désordres produits. Si on se décide pour la conservation du membre, il faut laisser s'opérer un raccourcissement proportionnel à la portion d'os retirée en esquilles, n'exercer aucune violence dès que ce travail s'opère, et se bien rappeler qu'ici c'est le cas de dire : Le mieux est l'ennemi du bien. L'essentiel, c'est d'obtenir la consolidation osseuse.

SUR LES PROPRIÉTÉS PURGATIVES DU RHAMNUS FRANGULA.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié dans le numéro du 7 mars dernier un article sur le rhamnus frangula, qu'elle empruntait aux *Annales de la Flandre occidentale*, et dans lequel M. Ossieur était présenté comme le seul propagateur de cet agent thérapeutique longtemps tombé dans l'oubli. M. le docteur Gumprecht (de Hambourg) nous adresse une réclamation à laquelle nous nous empressons de faire droit.

En 1843, nous dit-il, il a fait paraître dans *Holscher's Annalen der gessammten Heilkunde* un travail sur l'efficacité de l'*écorce sèche et vieille d'une année* du rhamnus frangula, comme un purgatif indigène, résolvant, tonique et nullement drastique contre les affections du bas-ventre et les hémorrhoïdes.

En 1848, on institua, d'après l'ordre du ministre d'Etat de Bavière, dans les cliniques des Universités de Munich, d'Erlangen et de Witzbourg, des essais thérapeutiques sur cette substance, et plusieurs professeurs, parmi lesquels on peut citer le professeur Dicterich, à Munich, et le docteur Brockmann, à Clausthal (Hanovre), ont publié des rapports favorables, et un grand nombre de médecins de Hambourg font usage presque journellement de cet agent.

M. Gumprecht a précisé la dose du remède. Ainsi il prescrit une décoction de 1 à 9 drachmes de l'écorce, à 6 de colature, une cuillerée à bouche toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu trois ou quatre selles molles. Du reste, cette dose peut varier d'après la constitution, les habitudes ou la sensibilité du malade.

Dans la constipation habituelle, il suffit ordinairement de prendre de cette décoction plusieurs fois pendant la semaine, deux à deux cuillerées et demie à bouche le soir, et même encore une cuillerée le lendemain à dix heures, si le besoin s'en fait sentir.

Notre honorable confrère termine en conseillant de faire usage, dans les dispensaires et surtout dans les hôpitaux de France du nerprun bourdaine, comme d'un médicament indigène *très efficace* et *très peu dispendieux.*

(1) Suite. — Voir les numéros des 12 et 24 août.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Séance de l'Académie des sciences. — CLINIQUES ÉTRANGÈRES. Hôpital Ste-Catherine à Moscou. Un mot sur l'hydrophthalmie. — Regio manicomio, à Turin. Lypémanie. Refus d'alimentation pendant deux ans et cinquante jours. Alimentation à l'aide de la sonde œsophagienne. Guérison. — Observation d'hydrophobie hystérique. — Académie des sciences, séance du 28 août. — Société de chirurgie, séance du 23 août. — Chronique et nouvelles scientifiques.

PARIS, LE 4 SEPTEMBRE 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

Nos lecteurs se rappellent sans doute la communication récente de M. le docteur Guyon sur un cas de plaie de poitrine par coup de feu et de balle enkystée dans le poumon, ainsi que les faits que MM. Duméril et Velpeau ont rapportés à cette occasion, à l'appui de l'innocuité du séjour prolongé de certains corps étrangers dans les organes. M. le professeur Sédillot vient, à ce sujet, d'adresser à l'Académie une note dans laquelle, sans contester la réalité de ces faits, il exprime une opinion qui tendrait à les faire considérer comme plus rares et plus exceptionnels qu'on ne serait porté à le croire. Il résulte, en effet, des recherches auxquelles M. Sédillot s'est livré sur ce point qu'il est certains organes humains, tels que la moelle épinière, la moelle allongée, et, en général, la masse encéphalique, dans lesquels on n'a jamais rencontré les projectiles de guerre sans des accidents mortels ou excessivement graves. (Il faudrait en excepter au moins le fait cité par M. Duméril.)

A l'égard des autres organes, M. Sédillot établit une distinction importante, sous le rapport de leur nocuité, entre les divers corps étrangers qui peuvent être portés accidentellement dans l'économie, et il résulte de son expérience clinique à cet égard que les pièces de vêtements, les étoffes de laine, de coton ou de fil sont généralement moins bien tolérées que les corps métalliques, le fer ou le plomb. En résumé, l'étude de ces faits conduit M. Sédillot à penser que c'est avec raison (nonobstant quelques exceptions qui ne sauraient l'infirmer), que les chirurgiens militaires ont adopté pour règle générale l'extraction de tous les corps étrangers, ainsi que des esquilles osseuses engagées dans les tissus, pourvu toutefois que les dangers de leur extraction ne soient pas plus grands encore que ceux qui peuvent résulter de leur séjour.

Le travail que M. Faivre a communiqué à l'Académie sur l'anatomie de quelques parties du cerveau révèle, entre autres faits importants au point de vue anatomique, un fait dont l'étude pourrait offrir quelque intérêt pour la pathologie. Nous voulons parler du dépôt de matières inorganiques qui se fait par suite des progrès de l'âge dans les plexus choroïdes. L'étude de cette circonstance ne pourrait-elle pas donner la clef des prédispositions plus spéciales à cet âge pour certaines affections de l'organe encéphalique? C'est une simple question que nous soumettons aux observateurs.

Dr Brochin.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAL SAINTE-CATHERINE, A MOSCOU. — M. GROS.

Un mot sur l'hydrophthalmie.

Quelle que soit la cause obscure de l'hydrophthalmie, les praticiens ont cherché à s'en rendre maîtres par des moyens thérapeutiques qui, ordinairement, ne donnent pas de résultats satisfaisants, ou par des procédés opératoires qui se pratiquent de diverses façons, selon le degré de l'hydrophthalmie et le but qu'on se propose.

On a distingué une hydrophthalmie antérieure et une postérieure, selon que telle partie du globe est plus distendue. Nous laissons de côté, pour le moment, les hydropisies choroïdiennes, sous-rétiniennes et capsulaires (des Allemands).

La sclérotique, peu à peu distendue par un excès de liquide, cède uniformément et fait un œil énorme, ou bien elle s'amincit plus facilement sur quelques points, ordinairement entre les muscles, et donne cette variété appelée cirsophthalmie. L'évolution pathologique peut être la même, quelle que soit la forme accidentelle que prenne l'œil malade. Les troubles fonctionnels peuvent varier, et indiquent toujours combien l'organe est compromis.

La distension des tuniques ne peut manquer de produire une lésion de nutrition qui rentre dans les lois générales de la pathologie. Bien qu'à travers la sclérotique amincie se laisse voir la couleur de la choroïde, même variqueuse, cette dernière n'en finit pas moins par souffrir dans sa vascularité. La compression des nerfs ciliaires entraîne aussi des troubles spéciaux. Une moindre quantité de sang est versée à l'intérieur de l'œil, et il s'établit souvent une sorte de circulation supplémentaire dans les annexes du globe. La dilatation morbide des vaisseaux, ou leur rétrécissement, peut servir à expliquer l'atrophie consécutive aux opérations pratiquées pour combattre cette affection.

Féodor Iliin, âgé de quinze ans, scrufuleux, robuste d'ailleurs, se présente à ma consultation du 12 août 1853. Depuis plus de deux ans, son œil droit a pris des dimensions telles, que les paupières, distendues et projetées, peuvent à peine le recouvrir. La sclérotique est partout bleuâtre, et porte surtout une énorme bosselure entre le droit inférieur et le droit externe. La chambre antérieure est un peu diminuée par l'appareil cristallinien poussé en avant. La pupille est dilatée, à peine mobile. L'œil malade compte encore les doigts.

Je pratique la paracentèse par la sclérotique, au-dessous du muscle droit externe. Un bourrelet de corps vitré se présente, et s'échappe en partie avec un liquide aqueux et du sang. L'œil s'affaisse et est mis sous bandelettes.

Le 13, pas de douleur; la plaie est béante et laisse suinter de l'humeur aqueuse. Iris verdâtre.

Le 15, iris vert. La plaie tend à se cicatriser. Un stylet est introduit et fait couler quelques gouttes aqueuses. L'opéré reconnaît mieux les objets, qu'il dit voir en jaune.

Le 22, douleurs orbitaires. Pas d'exsudations dans la pupille. La vue est assez bonne; les objets paraissent verdâtres. Toute la sclérotique a une teinte ictérique. — Calomel.

Le 27, nouvelle ponction, après laquelle l'œil s'affaisse sensiblement. — Calomel, digitale.

Le 29, nouvelle ponction. L'iris est contracté; vue moins nette. — Belladone.

Le 1er septembre, sixième ponction avec l'aiguille de Desmarres.

Le 4, septième ponction et scarifications. Vue encore assez nette. L'œil est flasque au point que la paracentèse se fait comme sur le cadavre. Le globe est réduit à peu près au volume de l'autre.

Dans le courant du mois, l'œil conserve un volume normal; la cicatrice de la ponction tiraille l'iris, et déforme un peu la pupille; la vue est incertaine.

En octobre, l'œil reste mou, et la cornée se moule en cône entre les paupières.

Jusqu'au mois de février, l'œil est stationnaire; la vue se perd entièrement. Par la pupille, on voit la rétine soulevée et plissée devant la cicatrice. La pupille elle-même n'est plus sensiblement déformée.

A la fin de cette observation, on se demande : 1° si la vue pouvait être conservée; 2° si la ponction était la seule ressource; et 3° comment elle devait être pratiquée?

La vue était compromise et perdue en tous cas. La ponction était l'unique indication pour provoquer la réduction du globe, qui devenait nécessaire.

Quant à la manière de ponctionner, j'avais fait une incision de 3 à 4 millimètres. Tant que la plaie resta béante, malgré l'inflammation traumatique, comme ordinairement, il n'y eut point de douleurs. Le traumatisme, l'issue des liquides, l'atrophie ancienne des vaisseaux ont amené la réduction du globe, qui était notre but. Mais nous en sommes à nous demander s'il ne vaudrait pas mieux faire une plus petite ponction, la répéter plus souvent, afin d'être maître des liquides, de ne pas s'exposer à intéresser trop brusquement le corps vitré malade, et de régler le degré de tension à conserver à la coque oculaire.

Nous avons revu notre opéré le 10 avril, huit mois après les ponctions. La difformité n'est pas sensible. Le succès est-il proportionné à la satisfaction de notre malade?... Cependant, dans une opération semblable, qui devient aussi quelque peu cosmétique, il nous paraît prudent d'éviter une trop large ouverture de la sclérotique, qui laisse un sillon cicatriciel, qui intéresse les cellules distendues ou déchirées du corps vitré, et qui, dans bien des cas, pourrait amener une atrophie difforme de l'œil.

REGIO MANICOMIO, A TURIN. — M. ZELASCHI.

Lypémanie. — Refus d'alimentation pendant deux ans et cinquante jours. — Alimentation à l'aide de la sonde œsophagienne. — Guérison.

Le docteur Zelaschi a recueilli à l'hôpital des Maniaques de Turin, l'observation fort curieuse d'un lypémaniaque qui, par refus d'aliments, fut nourri deux ans et cinquante jours à l'aide de la sonde œsophagienne introduite dans l'estomac par les fosses nasales. Pendant le cours de sa maladie il garda un silence obstiné, et présenta durant près de six semaines les symptômes d'une véritable stupidité. On avait inutilement eu recours à tous les procédés connus, ainsi qu'à la méthode que j'ai souvent employée avec succès. Au bout de ce long espace de temps, on s'aperçut d'un changement dans sa figure qui fit des progrès; il cessa de se faire alimenter de force, et se mit à parler. Le docteur Zelaschi, qui avait donné des soins assidus à ce malade, de concert avec notre excellent confrère et ami le docteur Bonacossa, lui adressa plusieurs questions. Il résulta de ses réponses qu'il avait eu toujours faim, mais qu'il se défiait des personnes qui l'environnaient; ce n'était pas la crainte du poison, mais une inquiétude vague qu'il ne put définir. Lors de l'introduction de la sonde par mon procédé, il éprouva une douleur extrême, mais il avait pris la ferme résolution de tout supporter, et il ne céda pas. Pendant tout ce temps, il ne fut sujet ni aux conceptions délirantes, ni aux hallucinations; il avait conservé la conscience de ses actions et des choses qui se passaient autour de lui, même durant la période de stupidité; seulement il se croyait fortement magnétisé. Vers la fin de l'accès, il lui sembla sentir une main qui se promenait avec rapidité sur tout son corps dans le but de le surcharger d'électricité. Il ne put se rappeler quel motif l'avait porté à manger, il dit seulement qu'il s'était fait alors ce raisonnement : *Je n'ai fait de mal à personne. Si je veux, je puis manger; mangeons donc. Jusqu'alors j'ai agi dans un sens, j'agirai maintenant dans un autre.*

(A. B. DE B. *Gaz. dell'Ass. med. degli Stati sardi.*)

OBSERVATION D'HYDROPHOBIE HYSTÉRIQUE.

Par M. le docteur CAVARÉ.

L'hydrophobie ayant été dans quelques circonstances un sujet de méprise, et quelques confrères ayant pu prendre pour elle une véritable affection hystérique, nous avons pensé qu'il ne serait pas hors de propos de livrer à la publicité le fait que nous allons exposer.

Le 7 mai, je fus invité à me transporter dans un village à deux lieues de l'Isle-en-Jourdain (Gers), où se trouvaient déjà réunis deux de mes confrères, à l'effet de donner mon avis sur les soins que réclamait l'état de la femme Esparbès.

Cette femme, âgée de trente ans, d'une forte constitution, mais très nerveuse, avait été mordue le 10 avril, pendant qu'elle travaillait dans les champs, au gras de la jambe par un chien que l'on supposait atteint de la rage. Les dents de l'animal avaient pénétré profondément dans les chairs; une assez grande quantité de sang s'était échappée de la blessure, que l'on s'était contenté de laver avec de l'eau fraîche. Quoiqu'on n'eût pas la certitude qu'il fût enragé, le chien fut abattu presque immédiatement, contrairement à toutes les règles d'une intelligente prudence. La femme Esparbès, très effrayée, rentrée chez elle, mangea un peu de soupe et se mit au lit.

Les voisines, ayant tenu conseil, l'engagèrent fortement d'envoyer au plus vite à l'hôpital de l'Isle-en-Jourdain faire préparer par les sœurs de charité l'omelette contre la rage si renommée dans toute la contrée (1). En effet, quelques heures après elle possédait le précieux antidote, qu'elle mangea avec une croyance religieuse et une avidité remarquable qui l'empêchèrent de s'arrêter à son extrême amertume.

La plaie se cicatrisa bientôt de la manière la plus normale dans sa marche et sans accident aucun. Cependant cette femme ne fut jamais bien rassurée sur les suites de son accident : elle avait conservé un air triste et soucieux, qui contrastait avec la gaieté habituelle de son heureux caractère; elle pensait constamment aux terribles éventualités de la morsure; elle en faisait un tableau des plus hideux et des plus désolants.

Lorsque je la vis, elle était assise près de son lit, la face rouge et animée, les pupilles dilatées, le pouls assez développé (88 pulsations); la peau sèche, sa température plus élevée que d'habitude. Elle se plaignait de ce sentiment particulier qui constitue la boule hystérique. Quoique la menstruation fût régulière, le flux cataménial était moins abondant que de coutume. Elle éprouvait un malaise général : sa tête était pesante et douloureuse, son sommeil était troublé par des rêves qui empruntaient leurs caractères à la nature particulière de ses préoccupations; ses réponses étaient brusques et laconiques; le pourtour de la cicatrice qui existait à la jambe mordue n'était ni tuméfié, ni douloureux, malgré l'opinion générale. La langue était blanche, un peu sèche, car la malade crachotait presque continuellement; pas d'appétit; soif vive, qu'il lui était impossible de satisfaire, car le seul

(1) Cette omelette, dont les sœurs font un grand secret, se fait avec de la poudre d'écailles d'huîtres, des blancs d'œufs et de la petite centaurée hachée menu, etc. Ces diverses substances étant mêlées et battues ensemble, on les fait cuire à la poêle.

aspect d'un liquide quelconque lui faisait éprouver ce que l'on est convenu d'appeler le *frisson hydrophobique*; constipation opiniâtre; urines claires et limpides, quoique peu abondantes.

Malgré la circonstance particulière dans laquelle se trouvait placée cette malade, et au grand étonnement de mes confrères, je considérai ce cas d'hydrophobie comme un symptôme hystérique et proposai le traitement suivant :

Saignée de 400 grammes, un bain entier dans l'après-midi, lavement émollient le matin, le soir lavement avec 4 grammes d'assa-fœtida, tisane de valériane, trois bouillons. Toutes les deux heures une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Infusion de valériane	150 grammes.
Eau de fleurs d'oranger	30 —
Sirop de capillaire	30 —
Teinture de castor	2 —
Oxyde de zinc	0,40 centigr.
Extrait de jusquiame	15 —
Teinture de musc	25 gouttes.

Mêlez.

Les honorables confrères avec lesquels je me trouvais en consultation étaient d'avis d'appliquer le cautère actuel sur la cicatrice qui existait à la jambe, afin de rouvrir la blessure produite par la morsure du chien. C'était, disaient-ils, la principale indication à remplir. Malgré cette coïncidence qui plaçait notre malade dans une position particulière, je n'en vis pas l'opportunité et combattis leur opinion. Et en effet dans quel but appliquer le cautère actuel? Était-ce pour détruire le virus rabique inoculé avec la bave dans la plaie? mais la plaie était fermée, hélas! depuis vingt-sept jours environ, et le virus, s'il y en avait eu et *s'il avait été inoculé*, avait déjà sans aucun doute été porté par les vaisseaux lymphatiques dans le torrent circulatoire.

Il n'était donc plus possible d'arrêter dans sa marche, en le détruisant, le principe d'un mal, qui, après un certain temps d'incubation, avait surmonté la barrière que la cautérisation appliquée en temps opportun aurait pu l'empêcher de franchir. Aussi, n'étant plus maîtrisé, et livré à lui-même, si je puis m'exprimer ainsi, le virus rabique avait porté ses ravages dans toute l'économie. Dans ce cas, le bien et le mal étaient faits. Mes efforts pour détruire la conviction de mes confrères ne furent pas longtemps infructueux; j'eus le bonheur de leur faire partager mon opinion, et il fut convenu que l'on suivrait le traitement que j'avais conseillé.

Le 8 mai, à notre visite, il nous fut rapporté que la malade avait été parfaitement tranquille dans son bain, mais qu'elle n'avait pas pu boire de la tisane; la malade n'éprouvait plus l'horreur des liquides, mais dès qu'ils touchaient ses lèvres, il se manifestait un sentiment de constriction spasmodique dans le pharynx qui l'empêchait d'avaler. Quelques cuillerées de la potion avaient pu seulement être administrées avec la plus grande difficulté.

A l'aide d'une sonde œsophagienne, nous lui fîmes avaler successivement trois ou quatre cuillerées de la potion qui soulevèrent un instant l'estomac, mais qui, cependant, ne furent pas rejetées. La céphalalgie avait bien diminué. La malade avait dormi pendant deux heures la nuit précédente; elle était moins altérée, crachait plus rarement. Pas encore d'appétit. Un verre plein d'eau lui étant présenté, elle éprouva un sentiment convulsif qui l'empêcha de le fixer et surtout de le porter à ses lèvres. A l'exception de la saignée, même prescription que la veille.

Le 9, l'état de la malade s'est bien amélioré. Elle a pu boire, quoique avec difficulté, quelques cuillerées de la potion et un peu de tisane. Elle nous témoigne le désir qu'elle a de prendre un peu de nourriture. Elle crache encore de temps en temps. Elle est plus gaie. — Bain entier, lavement avec l'assa-fœtida; 2 soupes, 3 bouillons.

Le 10, la malade allait encore mieux que la veille. — Bain et lavement marq.; 3 cuillerées de la potion dans la journée. 1/2 portion.

Le 12, la femme Esparbès était parfaitement bien, et elle se disposait à faire son ménage.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 août 1854. — Présidence de M. REGNAULT.

Doctrine chirurgicale relative à la présence de projectiles et autres corps étrangers portés dans l'économie. — M. Sédillot, à l'occasion d'une communication de M. Guyon, présentée dans la séance du 17 juillet dernier, adresse sous ce titre la note suivante :

« On a soutenu, à diverses reprises, que les corps étrangers introduits dans l'économie, et particulièrement les projectiles de guerre, étaient sans inconvénients et sans dangers, et que l'organisme les rejetait spontanément au dehors, ou en tolérait facilement la présence.

» Il ne serait pas exact d'admettre qu'on a trouvé des projectiles, plombs, chevrotines, balles, dans tous les organes humains, sans qu'il en résultât d'inconvénients sérieux. On n'en a jamais rencontré dans la moelle épinière, la moelle allongée, les pédoncules cérébraux, le cervelet et le reste de la masse encéphalique sans accidents mortels ou excessivement graves. Le fait si remarquable cité par le savant M. Duméril, d'une balle logée et comme suspendue dans un des hémisphères du cerveau, est l'expression habituelle de ces cas complétement exceptionnels.

» Les rares malades qui ont échappé aux accidents primitifs éprouvent des désordres locaux et fonctionnels plus ou moins prononcés, auxquels ils finissent par succomber. Il est beaucoup d'autres organes encore où des projectiles ne sauraient impunément persister. Supposez-les dans les milieux de l'œil, et la vue sera détruite; placez-les à la surface de rapport d'une articulation, et les mouvements seront abolis.

» Le fait le plus commun, auquel on s'est arrêté avec trop de complaisance, est celui des projectiles *enkystés* dans le tissu cellulaire, ou enclavés dans l'épaisseur ou à la surface des os.

» Certains hommes d'une constitution vigoureuse ont pu porter impunément ainsi, pendant un grand nombre d'années, des balles ou des fragments de plomb; mais il arrive un moment où les douleurs apparaissent, l'inflammation survient, et il faut en retirer les corps étrangers et quelquefois sacrifier les membres profondément altérés qui les renferment.

» La clinique si instructive de notre illustre et regrettable maître le baron Larrey était féconde en observations de ce genre, et nous lui avons vu, à l'hôtel des Invalides, pratiquer de fréquentes amputations pour des lésions osseuses et articulaires dépendant de la présence de corps étrangers datant de quinze et vingt ans.

» Une distinction importante mérite d'être faite au sujet de la tolérance de l'organisme.

» Le plomb est le métal le mieux supporté; les fragments osseux désignés sous le nom d'esquilles le sont moins bien, et c'est à l'enclavement, entre les extrémités d'une fracture, d'une portion osseuse privée de vie, que l'on doit souvent attribuer le défaut de la consolidation et les ostéites consécutives qui entraînent la perte du membre. Les pièces de vêtement, et particulièrement celles de fil, de coton et de laine, sont fort dangereuses. Les recueils chirurgicaux sont remplis d'observations de morts déterminées par la présence de ces substances, dont l'expulsion spontanée ou l'extraction ont quelquefois amené des guérisons inespérées.

» Sous ce rapport, le fait de M. Guyon (*Comptes rendus* du 17 juillet dernier) est peut-être unique, puisqu'il s'agissait d'un kyste du sommet du poumon, contenant une balle de calibre, deux esquilles et deux sortes de tissus, l'un de toile et l'autre de drap.

» Cette guérison extraordinaire se serait-elle maintenue, et le malade fût-il resté longtemps capable de continuer à servir? Le doute est au moins permis, et il est très probable qu'à la suite de quelque effort ou de quelque inflammation intercurrente le poumon se serait altéré au pourtour du kyste, sous l'influence des corps étrangers qui y étaient contenus. Broussais rapportait comme preuve de tuberculose produite par irritation locale l'histoire d'un militaire dont un des poumons renfermait une simple balle enkystée. La mort avait eu lieu sept ans plus tard, par tuberculisation de l'organe blessé, tandis que le poumon du côté opposé était resté sain.

» Ces faits confirment la règle donnée par les chirurgiens militaires les plus expérimentés, de pratiquer l'extraction de tous les corps étrangers portés dans l'économie. Cette indication n'a pour limites que le danger de causer, par des recherches intempestives, plus de désordres et d'accidents que la présence des corps étrangers eux-mêmes ne pourrait en provoquer. »

Structure du conarium et des plexus choroïdes chez l'homme et les animaux. — M. Faivre communique sur ce sujet un travail d'anatomie qui l'a conduit à reconnaître, entre autres faits, que trois éléments entrent dans la constitution du conarium chez l'homme et les animaux : une capsule fibro-vasculaire, une matière molle parenchymateuse, différant complétement de la substance grise dont on l'a crue formée jusqu'ici, et un élément inorganique;

Que la glande pinéale est constituée par un élément histologique particulier, distinct de ceux qui entrent dans la composition du tissu nerveux;

Que les plexus choroïdes de l'homme offrent trois dispositions particulières qu'il désigne sous les noms de villosités choroïdiennes, d'amas choroïdiens et de vésicules choroïdiennes;

Que chez l'homme, comme chez les animaux supérieurs, on trouve dans les plexus choroïdes de nombreuses concrétions, tantôt produites dans les cellules d'épithélium, tantôt disposées dans les vésicules ou attachées sur la paroi des vaisseaux, ou libres dans les espaces compris entre les flexuosités vasculaires et la couche d'épithélium.

Lorsqu'on réfléchit, dit l'auteur, à la signification des plexus choroïdes et des nombreuses concrétions qui s'y développent, on ne tarde pas à reconnaître qu'il se passe dans cette partie de l'encéphale des phénomènes importants et nombreux, et qu'il y a là un dépôt de matériaux inorganiques divers, résultant de l'influence de l'âge sur la nutrition du cerveau. La constance des produits inorganiques et leur augmentation avec l'âge conduisent à formuler ce résultat.

D'après les inductions légitimes, auxquelles cependant je n'accorde pas la confiance que les expériences seules méritent, je crois devoir avancer que les plexus choroïdes, dont la surface vasculaire est plus que décuplée par les villosités, ont un rapport intime avec la production du liquide céphalo-rachidien. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Cl. Bernard.)

Moyen de faciliter la transmission des sons pour les personnes affectées de surdité. — M. Strauss-Durckheim rappelle, à l'occasion de la communication de M. l'abbé le Cot sur ce sujet, qu'il a faite en 1842, en présence de M le professeur Puybonnieux, des expériences de ce genre sur les élèves de l'institution des Sourds-Muets, dont les résultats ont été publiés depuis dans plusieurs recueils; notamment l'*Echo du monde savant*, septembre 1842.

Ces expériences ont consisté à faire très bien entendre et parfaitement apprecier non-seulement les coups frappés par une montre à répétition dont ces élèves tenaient la queue entre les dents, mais surtout toutes les modulations de la musique, exécutées par une boîte à musique également appuyée contre les dents. Enfin l'auteur réclame même la priorité à l'égard de la découverte du moyen que M. le Cot a employé pour faire entendre la voix aux sourds-muets, l'ayant formellement indiqué dans le journal cité ci-dessus, comme devant indubitablement réussir. (Renvoi à la commission nommée pour l'examen de la note de M. l'abbé le Cot, commission qui se compose de MM. Velpeau, Rayer et Cl. Bernard.)

Phénomènes visuels. — M. Champmas adresse, de Nérac, une note sur certains *phénomènes visuels* qui se produisent lorsque l'œil a été frappé d'une vive lumière. L'auteur décrit avec soin les modifications qui s'opèrent depuis le moment où cesse l'action de la lumière sur l'œil jusqu'à celui où l'impression produite sur la rétine a complétement disparu. Ces observations lui paraissent devoir être prises en considération, quand on se propose de se rendre compte de la manière dont s'opère la vision. La théorie à laquelle ces faits lui semblent plus favorables est celle qui veut ramener tous les sens à n'être que des modifications du sens du toucher. (La note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Magendie et Babinet.)

Inspiration de l'oxygène dans les cas de choléra et autres maladies. — M. Dumoulin soumet au jugement de l'Académie une note sur le parti qu'on peut tirer de l'inspiration de l'oxygène dans les cas de choléra et dans quelques autres circonstances qu'il indique. Il propose, pour faciliter l'emploi de ce moyen dans les hôpitaux, un appareil qu'on peut établir aisément et à peu de frais.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 août 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. le docteur Depaul présente à la Société un malade qu'il a traité et guéri d'un anévrisme poplité par la compression de l'artère fémorale. Il est facile de constater l'absence de battements dans la poche anévrismale. M. Depaul, dans une prochaine séance, fera connaître tous les détails de ce fait.

Vacance d'une place de membre titulaire. — M. le président annonce qu'une place de membre titulaire est vacante dans la Société et que la nomination aura lieu dans un mois.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. BROCA.

M. MARJOLIN adresse à M. Broca deux remarques : l'une sur la non-hérédité du cancroïde, l'autre sur l'incurabilité du cancer. Il voudrait que le rapporteur modifiât la conclusion 21e de son travail dans laquelle il dit : « Le cancroïde est une tumeur, le cancer est une maladie. » Puisque M. Broca, dans la dernière séance, a reconnu avec M. Michon que le cancroïde pouvait se rattacher à une prédisposition héréditaire, ne doit-on pas en conclure qu'il y a là autre chose qu'une tumeur? M. Broca a soutenu que le cancer était incurable; mais une telle proposition doit jeter dans le désespoir les malades et les chirurgiens. D'autre part, il existe des cas de tumeurs cancéreuses qui sont restées stationnaires. M. Lenoir a cité le fait d'une femme opérée cinq fois de véritables tumeurs cancéreuses. Ces opérations laissèrent enfin à la malade cinq ans de calme pendant lesquels elle put mener à bien une grossesse. Mais survinrent de nouvelles récidives et, à la treizième opération, la malade succomba. M. Marjolin rapproche de ce fait un autre de M. Velpeau, où un cancer opéré depuis dix ans n'aurait point récidivé. Est-on en droit de dire que ces longues années passées sans récidive ne sont pas une guérison?

M. BROCA tient à conserver la proposition 21e de son rapport à laquelle M. Marjolin a fait allusion. Il a voulu dire et soutient encore que dans le cancer la tumeur se développe sous l'influence d'un état général diathésique transmis par hérédité, tandis que dans le cancroïde la tumeur est originairement toute la maladie. Si l'on enlève complétement un cancroïde, l'on guérit le malade; s'il s'agit d'un cancer, l'opéré ne sera point guéri, parce que la tumeur est dominée par un état général, une diathèse exprimée dans la proposition 21e par le mot *maladie*.

Pour revenir à la question de l'hérédité, M. Broca répond à M. Marjolin qu'il n'a point fait à cet égard une concession aussi grande qu'il semble le croire. En effet, qu'il y ait dans le cancroïde une certaine espèce d'hérédité, elle ne peut être comparée à celle du cancer. En effet, cette dernière n'est plus à l'état d'hypothèse; on peut la suivre facilement à travers plusieurs générations, et M. Broca cite à ce propos une famille dans laquelle, depuis 1748, on a constaté quatorze cas de cancer, presque tous chez des femmes et dans la glande mammaire. C'est là un fait entouré d'une grande certitude. Pourrait-on en citer d'analogues pour le cancroïde? Non, assurément; et M. Broca croit avoir eu raison d'établir que cette hérédité n'était point démontrée.

M. Broca reconnaît avec M. Michon qu'on peut hériter d'une peau prédisposée à contracter des phlegmasies. Mais il faut ajouter que cette sorte d'hérédité localisée n'est point démontrée; on la comprend, mais on en cherche encore les preuves.

M. Marjolin voudrait qu'on supprimât la conclusion relative à l'incurabilité du cancer. M. le rapporteur ne peut accepter ce changement; car il croit établie l'incurabilité du cancer, et la vérité est ici nécessaire à dire. Mais M. Marjolin, s'appuyant sur cette incurabilité du cancer, a semblé faire dire à M. Broca qu'il ne faudrait pas opérer les tumeurs cancéreuses. C'est là une autre question bien distincte de la première. Assurément, l'on ne peut point ranger au nombre des guérisons, comme l'a fait M. Marjolin, la malade de M. Lenoir. Cependant les opérations nombreuses qu'elle a subies lui ont été éminemment utiles et elle doit à la chirurgie un certain nombre d'années d'existence sans récidive de son mal. C'est à ce point de vue bienfaisant qu'on doit considérer les opérations entreprises contre le cancer. A ce propos, M. le rapporteur cite le fait d'un homme opéré pour la première fois, par Blandin en 1843, d'une tumeur cancéreuse reposant sur la trachée; en 1849 il éprouvait sa huitième récidive, et en septembre 1850 il succombait. En calculant les jours que cet homme a passés libre de toute tumeur, on trouve qu'il a vécu deux ans et onze mois sans récidive. C'est assurément là un bienfait énorme, et M. Broca insiste pour établir qu'à ce point de vue le cancer est opérable; mais il maintient qu'il n'est pas démontré que la chirurgie ait arraché un seul cancéreux à la mort. Ainsi sur dix-neuf cancéreux dont M. Broca a suivi l'histoire, dix-sept étaient morts au bout de deux ans et les deux autres ont succombé depuis. Il faut vraiment que cette incurabilité soit la règle; car, depuis que la négation de la guérison du cancer a été émise, on n'a cité contre cette doctrine qu'un petit nombre de faits insignifiants. Mais admettons que la diathèse cancéreuse disparaisse, cela ne peut avoir lieu que dans des cas exceptionnels, tandis que le cancroïde guérit fréquemment. Cette dernière proposition est démontrée depuis un siècle, depuis le remarquable travail de Ledran. M. Broca a recueilli dans le service de Blandin plusieurs cas de cancroïde guéri et, pendant deux années, il a pu les suivre sans constater de récidive. En résumé, dit M. le rapporteur, il existe entre le cancroïde et le cancer une immense différence; l'un peut ne pas récidiver, l'autre récidive toujours.

M. MARJOLIN répond en exprimant le désir que M. Broca envisage la question de l'incurabilité du cancer d'une façon moins absolue.

M. VERNEUIL demande la parole pour faire au rapporteur une question sur le travail de M. Heyfelder fils. Cet auteur, dans ses recherches sur le cancroïde, a-t-il tenu compte des diverses variétés que présente cette affection encore mal déterminée?

M. Verneuil fait remarquer que, lorsqu'on a commencé à recon-

naître que toutes les tumeurs ulcérées de la peau n'étaient pas des cancers, on s'est contenté de les ranger dans deux catégories : la première renfermant les vrais cancers, la seconde comprenant sous le nom de cancroïde (mot déjà ancien) tout ce qui n'était pas du cancer. Au point de vue clinique, on a confondu sous ce nom au moins cinq espèces d'affections distinctes qui ont quelques caractères communs, mais qui diffèrent essentiellement quant à leur structure.

Ce sont :

1° Les tumeurs épidermiques formées par une accumulation circonscrite d'épiderme ou de l'épithélium de revêtement des muqueuses ;

2° Les hypertrophies papillaires ulcérées ou non ;

3° Les tumeurs glandulaires qu'on rencontre à la peau, où elles ont pour base les glandes sudoripares, et aux muqueuses, où elles siégent dans les diverses glandes qu'on y rencontre ;

4° Quelques tumeurs ulcérées qui ont pour point de départ les glandes sébacées, comme M. Huguier l'a déjà noté, peuvent également simuler des cancroïdes : les dermatologistes connaissent déjà une variété d'ulcères de la face qu'ils placent dans cette classe si mal déterminée des lupus et qui reconnaît pour siége les follicules sébacées ; M. Verneuil a vu tout récemment une ulcération qui avait envahi une partie du lobule et des ailes du nez ; elle était recouverte de croûtes épaisses ; son fond était saignant, inégal ; ses bords saillants, durs, un peu renversés, et il a pu reconnaître dans ce cas une hypertrophie énorme des glandes sébacées, qui avaient détruit le derme, puis s'étaient ramollies et détruites à leur tour, d'où résultait une perte de substance ;

5° Enfin, quelques kéloïdes spontanées ou cicatricielles ulcérées peuvent encore offrir une grande ressemblance avec les tumeurs épidermiques, les cancroïdes, et il cite à ce propos le cas suivant : M. Denonvilliers enleva dernièrement une tumeur du bras du volume d'une grosse aveline, recouverte de croûtes à sa surface et reposant sur une base dure. M. Verneuil examina d'abord la superficie de cette pièce, et reconnut tous les caractères d'une accumulation considérable d'épiderme cutané. Cet élément formait une couche molle, friable, blanchâtre, de 3 ou 4 millimètres d'épaisseur ; quand, au contraire, il examina la base dure de la tumeur, il la trouva formée par une hypertrophie fibreuse du derme. Il y avait donc là deux choses distinctes ; mais l'histoire de la maladie en rendait un compte satisfaisant. Le malade portait depuis longtemps une tumeur dans l'épaisseur de la peau ; cette tumeur, dure, indolente, était devenue au bout de plusieurs années douloureuse au moindre contact ; on avait diagnostiqué alors un de ces tubercules cutanés douloureux confondus longtemps avec les tumeurs squirrheuses, et on avait cherché à le détruire par des applications réitérées et insuffisantes d'un agent caustique. Cette pratique avait provoqué l'apparition d'une ulcération, et sans doute on doit lui rapporter aussi l'accumulation d'épiderme qui, au premier abord, aurait pu faire prendre le change sur la vraie nature du mal.

M. Verneuil pense que le mot de cancroïde doit disparaître ; il croit qu'il faut désormais étudier à part chaque variété de tumeur ulcérée de la peau, en déterminer la structure, l'origine, le siége, l'évolution. Il y aura dès lors lieu de faire une description particulière de chacune de ces maladies, de chercher leurs affinités et leurs différences tirées et de la composition anatomique et de la marche clinique.

Il croit que l'on pourra sans trop de difficultés faire cette histoire, et déjà au lit du malade, et sans examen microscopique, on peut soupçonner à quelle affection on a affaire. Il faudra ensuite chercher la gravité relative de chaque variété. C'est ainsi qu'il pense que la tumeur épidermique est la plus grave de toutes au point de vue de la récidive, de la propagation, de la marche envahissante, etc., etc. L'hypertrophie papillaire, d'après les faits qu'il a vus, lui paraît moins grave.

Au reste, la nécessité de ces distinctions a été bien entrevue par les auteurs, qui ont déjà reconnu la plupart des variétés énoncées plus haut. C'est ainsi que MM. Lebert, Paget, Simon ont bien étudié quelques-unes des hypertrophies papillaires, et que le second, entre autres, ne les range plus dans les cancroïdes, réservant ce nom aux seules hypertrophies épidermiques.

M. Verneuil ne voit pas que M. Heyfelder et M. Broca aient suffisamment tenu compte de ces variétés, et il est d'avis qu'on ne peut rien généraliser sur le cancroïde, tant qu'on comprendra sous cette dénomination vicieuse une foule d'affections distinctes.

On peut avec avantage poursuivre le même principe pour les muqueuses. Ainsi, on trouve à la lèvre des tumeurs épidermiques, des hypertrophies papillaires, des tumeurs glandulaires ; aux gencives, qui sont dépourvues d'éléments sécréteurs, on trouve des ulcérations épidermiques et des hypertrophies papillaires ulcérées. Les mêmes variétés se retrouvent à la muqueuse linguale ; mais la prédominance des papilles rend très commune la forme correspondante d'ulcération non cancéreuse.

Même observation pour les muqueuses de la vulve, du vagin, du col de l'utérus. Sur ce dernier organe, on trouve bien manifestement trois variétés : les hypertrophies épidermiques, papillaires, glandulaires. Un grand nombre de prétendus cancers se rapportent surtout à cette dernière, qui a été bien étudiée par M. Robin.

En un mot, ces recherches, poursuivies par tous ceux qui s'occupent sérieusement de la détermination du siége et de la nature des maladies, réalisent déjà, et promettent encore les résultats les plus féconds pour la chirurgie et la pathologie générale.

M. Verneuil adresse encore un léger reproche au rapporteur, qui a dit que jamais le cancroïde ne naissait sous une influence diathésique. D'accord avec MM. Marjolin et Michon, il pense au contraire que rarement une tumeur ulcérée de la peau, épidermique ou papillaire, existe seule, et sans que d'autres points du tégument présentent diverses altérations analogues à des degrés différents.

La multiplicité des verrues sur le même sujet, ou des ulcérations superficielles avec formation incessante de croûtes est un fait des plus communs, et une malade vue par M. Broca lui-même dans le service de M. Lenoir en fait foi. Cette femme, affectée d'une tumeur épidermique assez étendue pour que l'amputation de l'avant-bras ait été jugée indispensable, a la peau parsemée d'une foule de petites tumeurs de la même nature, mais qui sont encore très rudimentaires et tout à fait indolentes. Cette femme dit très explicitement que tous ces points malades n'ont d'abord présenté qu'une très petite élevure analogue à une verrue, à peine visible à l'œil nu, et comme on en trouve encore bon nombre au moment actuel. Elle affirme que l'évolution a été la même pour toutes, la plus grosse y comprise.

Comment nier la diathèse dans ces cas qui constituent presque la règle, surtout chez les vieillards, chez lesquels les cancroïdes sont si communs?

Que, du reste, les adversaires des recherches modernes ne voient pas là une raison pour assimiler les cancroïdes au cancer. Dire que les premiers peuvent naître sous une influence diathésique, c'est tout simplement ranger très logiquement le système tégumentaire sous les mêmes lois que tous les autres systèmes organiques. En effet, quoi de plus commun qu'une influence morbide se généralisant à tout un système. La carie, le rachitisme restent-ils bornés à un seul os? la goutte, le rhumatisme à une seule articulation? Les anévrismes multiples sont-ils rares, et le système veineux n'est-il jamais variqueux qu'en un seul point? Ne voit-on pas, pour descendre des organes compliqués aux tissus simples, des sujets porter plus de cent lipômes ou un grand nombre de tumeurs fibreuses? Pourquoi donc les papilles ou la couche épidermique ne pourraient-elles pas devenir malades simultanément ou successivement en plusieurs points?

On ampute une jambe pour une carie ; la lésion se montre quelques mois plus tard dans le genou ou dans le membre opposé, la diathèse s'est continuée, et voilà tout. On enlève un lobule hypertrophié de la mamelle ; un an plus tard, un autre lobule se prend, et à la rigueur un troisième en fait autant plus tard. Qui songe à s'étonner de cela? Personne. Eh bien ! on enlève aujourd'hui une tumeur papillaire ulcérée ; elle ne se reproduit pas, mais les papilles voisines deviennent malades ; c'est que la cause générale persiste. Que faut-il faire? Enlever la cause générale si on le peut, ou poursuivre la récidive indéfiniment. Mais comme la chirurgie ne peut aller jusqu'à enlever toutes les papilles, c'est-à-dire jusqu'à décortiquer l'individu, on doit voir sans surprise l'affection se généraliser et déborder les efforts de l'art. Il faut d'ailleurs se rappeler que la peau est un organe dans lequel une maladie se propage et se généralise avec le plus de facilité.

La question de la reproduction, de la récidive ne peut être sainement jugée qu'alors qu'on tiendra compte de la différence radicale qui existe entre la diathèse portant sur un seul système et celle qui porte sur l'ensemble de l'économie, aussi bien sur les solides que sur les liquides, et qui, comme le cancer, par exemple, envahit ici un os, là une glande, sans point de départ fixe, sans terminaison anatomique régulière.

M. Demarquay rapporte plusieurs cas de cancers suivis, selon lui, de guérison. Une dame, fille d'une femme morte d'un cancer de l'utérus, est restée guérie depuis quatorze ans d'une tumeur cancéreuse du sein qui a nécessité l'opération. Il y a quatre ou cinq ans, une sœur de cette dame a dû aussi se faire enlever une tumeur cancéreuse de la joue. Un homme examiné par M. Cloquet et opéré d'un encéphaloïde du testicule n'a point eu de récidive depuis douze ans. Un sarcocèle cancéreux enlevé depuis trois ans par M. Velpeau n'a point reparu. M. Demarquay croit qu'il faut tenir compte de ces faits dans la question de la curabilité du cancer, et il s'engage à compléter ces observations si les personnes dont il a rappelé l'histoire viennent à succomber.

COMITÉ SECRET.

La Société se réunit en comité secret à cinq heures moins un quart.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Nous recevons de notre honorable confrère M. le Dr Destrem, envoyé par le ministre du commerce dans l'arrondissement de Neufchâteau (Vosges) pour y organiser les secours médicaux, des détails intéressants sur la double épidémie de choléra et de suette qui vient de sévir dans cette contrée, et sur le traitement qu'il leur a opposé.

Nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs un extrait de la lettre de M. Destrem, que nous ferons suivre, dans le prochain numéro, d'un tableau synoptique résumant le traitement analytique qu'il a institué en vue de chacune des périodes et des formes diverses de la maladie.

A monsieur le Dr Brochin, *rédacteur de la* Gazette des Hôpitaux.

Neufchâteau, le 25 août 1854.

Mon cher confrère,

J'avais promis de vous adresser quelques mots sur l'épidémie de choléra qui règne dans le département des Vosges, et en particulier dans l'arrondissement de Neufchâteau, où j'ai été envoyé par M. le ministre pour organiser les secours à apporter aux populations atteintes par ce fléau. Je n'ai pu trouver plus tôt un moment pour vous écrire, encore ne sera-ce que quelques mots à la hâte que je vous adresserai aujourd'hui.

De la fin de juin à la fin d'août, c'est-à-dire en deux mois, sur 132 communes dont se compose cet arrondissement, près de 100 ont déjà été atteintes par le choléra, et presque toutes par la suette, qui nous a paru en être une compagne inséparable. Dans quelques localités, la suette s'est développée seule ; mais le plus souvent elle s'est présentée quelques semaines avant le choléra, frappant toujours plus de la moitié de la population. La suette semblait avoir pour effet, en affaiblissant les malades par la diète plus ou moins rigoureuse et plus ou moins prolongée qu'elle nécessitait, de les disposer à subir plus facilement l'influence du choléra, qui suivait de près, et d'occasionner un très grand nombre de cholérines.

Ne pouvant pas vous donner de détails, et ne voulant que vous donner des chiffres qui vous fassent comprendre la gravité de ces épidémies, je résumerai les résultats ainsi :

Sur une population de 65,000 âmes, divisée en 132 communes, près de 100 (94) ont été atteintes soit par la suette, soit par le choléra. Le nombre total des suettes a été de 19,000 à peu près.

Le nombre des cholérines a été de 13,000 au moins.

Le nombre des choléras graves a été de 6,500 au moins.

Et celui des décès, jusqu'à présent, est de 2,500, et ira probablement à 3,000.

C'est-à-dire que la moitié des habitants n'a pu échapper à une maladie assez sérieuse pour nécessiter le séjour au lit, et que plus des trois quarts ont été sous l'influence épidémique de l'une ou de l'autre maladie. C'est, comme vous le voyez, un des arrondissements qui ont eu le plus à souffrir du choléra et de la suette ; mais cela ne vous paraîtra pas étonnant si vous réfléchissez que c'est un arrondissement enclavé ou entouré des arrondissements les plus fortement atteints par le fléau dans les départements de la Meurthe, de la Haute-Marne, de la Meuse et des Vosges (arrondissement de Mirecourt).

Il est curieux d'observer que dans le département des Vosges les arrondissements de Mirecourt et de Neufchâteau ont été les seuls atteints par l'épidémie. Ils touchent, il est vrai, les départements les plus maltraités de la France, mais ce sont aussi les seuls arrondissements à sol calcaire, tandis que le reste du département est un sol granitique, ce qui a fait dire que le choléra semblait épargner les pays à sol granitique et s'attacher au sol calcaire. Mais il serait peut-être mieux de remarquer que le choléra a épargné les sols granitiques comme les plus élevés au-dessus de la mer, et a semblé se fixer avec prédilection dans les villages bas et humides, placés sur les bords des rivières, ou plutôt des cours d'eau qui ont le plus de tendance à déborder souvent et à former des marais et des eaux stagnantes ; où la chaleur et les pluies se succédant fréquemment cet été, ont favorisé le développement rapide, abondant et général de miasmes putrides ; ces miasmes auront aidé au développement du choléra, tout en engendrant des fièvres intermittentes plus ou moins franches et plus ou moins graves, compliquées souvent d'engorgement du foie et de la rate, de diarrhées, d'infiltration des extrémités inférieures jusqu'aux bourses, de suette, etc., puis devenant pernicieuses sous la mauvaise influence de l'état endémique et de l'épidémie.

Mes idées sur le traitement du choléra ne diffèrent pas beaucoup des idées généralement admises en ce qui concerne les cholérines légères, la diarrhée prodromique du choléra ou les prédispositions à subir l'influence de cette maladie ; elles ne diffèrent pas non plus beaucoup des idées généralement admises pour le traitement des maladies diverses qui peuvent survenir à la suite du choléra, lui succéder ou le transformer en états typhoïdes et autres. Mais il en est tout autrement pour le traitement spécial des périodes caractéristiques du choléra, c'est-à-dire des symptômes les mieux définis et les plus invariables du *vrai choléra*, depuis la diarrhée blanche aqueuse à grumeaux de riz jusqu'aux vomissements et aux diarrhées avec des contractions plus ou moins violentes de l'estomac ou du rectum produisant les vomissements en ondées et les diarrhées en fusées, et jusqu'aux diarrhées qui s'écoulent en nappe sous le malade sans la moindre résistance de l'anus ; depuis le refroidissement simple des extrémités jusqu'à la sueur froide et onctueuse de tout le corps ; depuis l'affaiblissement général de toutes les parties ou de toutes les fonctions jusqu'à l'absence de contractilité de la peau qui reste plissée sans réaction quand on la pince, avec cyanose à tous les degrés ; depuis la simple coloration des orbites et des lèvres jusqu'à la cyanose asphyxique avec marbrures plus ou moins foncées et plus ou moins uniformes ; depuis les crampes les plus violentes jusqu'à la cessation de la vie par la cessation de la circulation, de l'hématose et de l'assimilation sans lesquelles ne peuvent se produire la chaleur animale dans le poumon et dans toutes les parties du corps.

En face de ces accidents si terribles qui doivent bientôt déterminer la mort, je crois ne devoir me servir que de trois ou quatre médicaments qui me paraissent les plus profonds modificateurs de l'organisation ou les plus puissants moyens médicamenteux, en même temps que les plus faciles à administrer et les plus certains dans leurs effets : les mercuriaux, comme les plus puissants modificateurs altérants du système lymphatique et intestinal ; la fève de Saint-Ignace, comme l'un des plus énergiques excitateurs ou modificateurs du système musculaire et nerveux ; l'opium, l'un des calmants et des astringents les plus sûrs ; enfin les éthers, et le chloroforme en particulier, comme les calmants les plus prompts et les excitants diffusibles les plus énergiques.

Il s'agit ici d'abord de détruire cette diarrhée inévitablement et fatalement mortelle en peu de temps, ou du moins de la modifier par de puissants altérants, de manière à lui faire perdre ses caractères mortels, et à la transformer en une diarrhée bilieuse et colorée plus ou moins épaisse, ou fétide et naturelle, qui n'a plus le même danger imminent, et vous laisse le temps nécessaire pour la guérir par les moyens ordinaires. Malheureusement, le calomel entrecoupé d'opium met longtemps à agir, et alors même qu'on l'unit à l'aloès ou au jalap, pour le faire agir plus vite sur les sécrétions intestinales, biliaires et urinaires, il lui faut encore douze à quinze heures, et quelquefois même dix-huit heures pour agir assez puissamment et produire la modification nécessaire.

Il s'agit donc, comme second point important, de soutenir et de prolonger assez la vie du malade pour que la première partie du traitement produise son effet curatif. Nous remplissons cette seconde indication si importante par les moyens capables de soutenir la vie et l'organisation vitale épuisée, de réveiller l'influence nerveuse, la force impulsive de la circulation surtout, et toutes les forces vitales affaissées par le choléra comme par une intoxication puissante, ou anéanties comme par un coup de foudre.

Nous nous servons de moyens thérapeutiques divers : les excitants de la circulation et de l'innervation, la chaleur extérieure et tous les moyens de réaction, les infusions de thé, de camomille, de menthe et autres aromatiques ; le rhum, le vin chaud, les liqueurs alcooliques ou vin liquoreux ; l'eau froide ou à la glace par la bouche ou sur l'estomac ; mais toujours et toutes les boissons par petites quantités : deux cuillerées à la fois au plus. Les excitants diffusibles, tels que l'éther et le chloroforme, dans certains cas particuliers, les eaux distillées et les essences de menthe ou autres ; les teintures excitantes qui forment les élixirs contre les coliques, etc., etc. Ainsi j'emploie d'habitude un élixir tonique et aromatique composé des teintures qui m'ont paru les

plus utiles contre les coliques, et d'autres fois ce même élixir additionné d'un sixième de teinture de fèves de Saint-Ignace.

D'autres fois, lorsque l'estomac du malade ne peut supporter l'élixir et vomit tout ce qui a un goût plus ou moins fort, mais supporte l'eau froide plus facilement, je donne la poudre de cette substance à la dose de 40 à 50 centigrammes pris dans un demi-verre d'eau froide et par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure.

J'emploie la fève de Saint-Ignace de préférence à tous les autres strychnés, parce qu'elle a réussi contre le choléra dans les Indes et offre les grands avantages d'un médicament naturel, inaltérable, contenant plus que la strychnine, c'est-à-dire d'autres substances connues telles que *brucine*, *acide lactine*, huile concrète, etc., et peut-être quelque substance échappée à la chimie, et dans laquelle résident ses principales propriétés. Qui ne sait que la quinine n'est pas le seul principe du quinquina, comme la morphine n'est pas le seul principe de l'opium? Quel est le médecin qui n'a pas vu produire par le quinquina et l'opium bruts des guérisons qu'il n'avait pu obtenir par la quinine ou par les principes isolés de l'opium? Et pourquoi en serait-il autrement de la fève Saint-Ignace? Pourquoi ne serait-elle pas plus puissante ou plus habile à produire la guérison du choléra? Pourquoi ne contiendrait-elle pas une substance plus utile que la strychnine seule, puisqu'elle produit plus souvent et plus facilement les guérisons que ne peut le faire la strychnine isolée ou le sulfate de strychnine? Et, puisque cette substance naturelle réussit si bien aux Indes contre le choléra et m'a réussi si souvent à moi-même, pourquoi ne pas l'employer en France comme l'emploient les Indiens? Pourquoi chercher à innover lorsqu'on a sous la main une substance dont l'utilité a été confirmée par l'expérience, d'un usage plus facile et beaucoup moins dangereux?

En 1849 et en 1854, j'ai employé cette médication indienne, aidée, il est vrai, du chloroforme et d'autres moyens reconnus utiles dans certains cas, et encore dernièrement dans le département des Vosges il n'est pas une commune fortement atteinte par l'épidémie où quelques cas désespérés n'aient été soumis avec succès à ce traitement. C'est surtout les cas les plus graves, les accidents les plus opiniâtres que j'ai soumis à ces nouvelles épreuves. La proportion des guérisons obtenues a dépassé mes prévisions. Cinq à six ans d'expérience m'ont démontré qu'avec cette médication complexe du calomel uni à l'opium, aidé des excitants divers, depuis l'eau de menthe jusqu'à l'éther, le chloroforme et la fève de Saint-Ignace, j'obtenais beaucoup plus qu'avec chacune de ces substances isolément.

Voilà pourquoi je recommande et préconise cette médication complexe, ces moyens combinés pour en faire un ensemble d'agents modificateurs, les meilleurs moyens d'action contre le choléra. Avec eux, je suis sûr d'obtenir le succès pour peu que l'organisation du malade s'y prête et que le cas ne soit pas foudroyant, ou que j'aie quelques heures devant moi.

Je veux remplir les indications naturelles avec les moyens les plus simples, suivant la nature du mal, ou, pour mieux dire, suivant la nature même de chaque symptôme grave si différent à telle ou telle période du choléra. Je cherche à rappeler à la vie toutes les fonctions, et surtout la chaleur animale, en favorisant la circulation, l'hématose et l'assimilation, qui s'arrêtent ou s'éteignent sous l'influence de l'intoxication cholérique.

Voilà pourquoi je ne crois pas aux spécifiques, et m'en méfie lorsque j'ai à combattre une maladie qui offre des périodes si différentes et si opposées.

Au moyen de cette médication modificatrice et altérante, je n'ai pas les accidents que déterminent souvent les médicaments que l'on donne comme spécifiques, et qui par suite sont administrés dans plusieurs périodes du choléra si différentes l'une de l'autre, font souvent plus de mal que de bien, tandis qu'ils seraient peut-être chacun si utiles dans la période de la maladie où ils sont vraiment indiqués et rationnellement convenables.

Mais comme le succès dépend souvent de la manière de manier et d'administrer le médicament le plus utile, je vous demande la permission de vous présenter mes idées de traitement en tableau synoptique, pour vous donner une idée plus nette et plus claire de ma médication, et vous mieux expliquer comment se sont produits les succès particuliers obtenus dans l'arrondissement de Neufchâteau. Trop heureux si quelques-uns de mes confrères y trouvent un moyen de sauver un plus grand nombre de malades.

Nous publierons ce tableau dans un prochain numéro.

M. le procureur impérial nous a adressé les deux pièces suivantes pour être insérées dans un de nos prochains numéros. Nous nous empressons de nous rendre à ses réquisitions.

RÉQUISITOIRE.

Le procureur impérial près le tribunal de première instance du département de la Seine, séant à Paris;

Vu le jugement du tribunal d'Orléans, en date du 15 juin dernier, qui condamne le sieur Edme-Etienne Limosin, âgé de soixante-quatre ans, propriétaire, demeurant à Voulx (Seine-et-Marne), à 200 fr. d'amende pour tromperie sur la qualité médicinale de l'objet vendu, et ordonne qu'il en sera fait insertion dans trois journaux;

Requiert M. le directeur gérant de la *Gazette des Hôpitaux*, dont les bureaux sont établis à Paris, rue des Saints-Pères, nº 40,

D'insérer textuellement ledit jugement, moyennant taxe, dans l'un des plus prochains numéros dudit journal, et d'en justifier par la remise au parquet d'un exemplaire contenant cette insertion et revêtu de la signature du gérant;

A l'effet de quoi une expédition dudit jugement a été annexée au présent.

Au parquet, à Paris, le 31 août 1854.

Le procureur impérial, C. SAPEY.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français, à tous présents et à venir salut;

Le tribunal civil de première instance, séant à Orléans, département du Loiret, jugeant en matière correctionnelle,

A rendu le jugement dont la teneur suit:

Entre M. le procureur impérial près le tribunal civil de première instance d'Orléans, élisant domicile en son parquet sis près ledit tribunal au palais de justice, poursuivant aux fins des exploits de Champion et Paille, huissiers à Orléans et Fontainebleau, en date des six et douze mai dernier, enregistrés;

Et le sieur Edme-Etienne Limosin, propriétaire, âgé de soixante-quatre ans, né à Voulx (Seine-et-Marne) le vingt-deux mars mil sept cent quatre-vingt-dix, demeurant à Voulx, marié, ayant trois enfants;

Cité comme inculpé du délit de tromperie sur la nature de la marchandise;

Comparant en personne;

La cause appelée à tour de rôle;

Et ouï, à l'audience du premier juin dernier, M. Bimbenet, substitut de M. le procureur impérial, en ses conclusions verbales;

Le tribunal, après en avoir délibéré conformément à la loi en la chambre du conseil, rapportant son délibéré en audience publique;

Considérant que, depuis un laps de temps qui remonte à moins de trois ans, Limosin a mis en vente et fait débiter à Orléans, comme alcaline, albumineuse, iodurée, comme curative et médicinale, une eau à laquelle il donne le nom d'eau de Villaines-Saint-Aubin;

Que cette mise en vente durait encore, le huit février dernier, lors de la saisie qui a été faite chez M. Lahaussois, pharmacien à Orléans, dépositaire de cette eau;

Que sur l'étiquette des flacons qui la contiennent se lit l'annonce des prétendues propriétés curatives dont elle est douée;

Que Limosin a répandu dans le public un mémoire-prospectus, imprimé en mil huit cent cinquante-trois, sur le traitement par cette eau d'un grand nombre de maladies qu'il énumère, et où il la présente comme ayant été soumise à l'Académie de médecine et par plusieurs chimistes distingués, analyse de laquelle il résulte qu'elle est alcaline et contient de l'iode dans une proportion considérable;

Que, dans les journaux d'Orléans, et notamment dans le journal le *Moniteur du Loiret* du vingt-sept janvier mil huit cent cinquante-quatre, il a fait annoncer cette eau, se vendant chez Lahaussois, comme salutaire pour la guérison de maladies nombreuses;

Considérant qu'il résulte d'une analyse faite à Paris par Chevallier, et d'un rapport fait à Orléans par Rabourdin, tous deux experts chimistes commis à cet effet; qu'il est résulté également de la déposition à l'audience de Rabourdin que cette eau ne renferme ni sels alcalins, ni iode; qu'elle n'a aucune vertu médicinale, et que si elle diffère de l'eau ordinaire, c'est en ce qu'elle serait moins pure;

Que la bonne foi, dont Limosin excipe, ne saurait être légalement admise;

Qu'en effet il a eu connaissance de la décision de l'Académie de médecine qui, consultée en 1849, et loin de reconnaître, comme il l'annonce, les vertus de cette eau, a déclaré qu'elle ne différait pas sensiblement de l'eau pure, et ne lui a attribué aucune puissance curative; qu'il a eu connaissance également du refus fait par le conseil d'hygiène de l'arrondissement d'Orléans, en date du vingt-sept décembre mil huit cent cinquante-deux, de prendre en considération sa demande d'examen de cette eau;

Qu'en agissant ainsi qu'il l'a fait, il a trompé les personnes qui achetaient son eau sur la qualité et la nature de la substance qu'il leur vendait, délit prévu par l'article 423 du Code pénal;

Le Tribunal, ayant égard aux circonstances atténuantes de la cause:

Condamne Limosin en deux cents francs d'amende et aux dépens, taxés et liquidés à la somme de cent quatre-vingt-quatorze francs cinquante centimes;

Prononce la confiscation des flacons saisis, et ordonne l'effusion du liquide qu'ils contiennent;

Ordonne en outre que le présent jugement sera inséré aux frais de Limosin dans les journaux d'Orléans le *Loiret* et le *Moniteur du Loiret*, et à Paris dans la *Gazette des Hôpitaux;*

Par application des articles 423, 463 du Code pénal et 194 du Code d'instruction criminelle, dont lecture a été faite à l'audience par M. le président, et desquels la teneur suit:

« Art. 423. Quiconque aura trompé l'acheteur sur le titre des matières d'or ou d'argent, sur la qualité d'une pierre fausse vendue pour fine, sur la nature de toutes marchandises; quiconque, par usage de faux poids ou de fausses mesures, aura trompé sur la quantité des choses vendues, sera puni de l'emprisonnement pendant trois mois au moins, un an au plus, et d'une amende qui ne pourra excéder le quart des restitutions et dommages-intérêts, ni être au-dessous de cinquante francs.

» Les objets du délit ou leur valeur, s'ils appartiennent encore au vendeur, seront confisqués; les faux poids et les fausses mesures seront aussi confisqués, et de plus seront brisés. »

« Art. 463. Dans tous les cas où la peine de l'emprisonnement et celle de l'amende sont prononcées par le Code pénal, si les circonstances paraissent atténuantes, les tribunaux correctionnels sont autorisés, même en cas de récidive, à réduire l'emprisonnement même au-dessous de six jours, et l'amende même au-dessous de seize francs; ils pourront prononcer aussi séparément l'une ou l'autre de ces deux peines, et même substituer l'amende à l'emprisonnement, sans qu'en aucun cas elle puisse être au-dessous des peines de simple police. »

« Art. 194 du Code d'intruction criminelle. Tout jugement de condamnation rendu contre le prévenu et contre les personnes civilement responsables du délit, ou contre la partie civile, les condamnera aux frais même envers la partie publique.

» Les frais seront liquidés par le même jugement. »

Fait et jugé en audience publique le quinze juin mil huit cent cinquante-quatre, par MM. Dupuis, vice-président, Souque, Loret, juges, en présence de M. Sarrehourse, juge suppléant, faisant fonction de substitut du procureur impérial, et avec l'assistance de maître André, commis greffier.

La minute du présent jugement est ainsi signée: Dupuis, H. Souque, Loret et André, commis greffier.

En marge dudit jugement est la mention suivante:

Enregistré à Orléans, le 28 juin mil huit cent cinquante-quatre, folio quatre-vingt-treize, case quatrième; débet, deux francs vingt centimes, décime compris.

Signé: B. DUCLOSEL.

Mandons et ordonnons à tous huissiers sur ce requis de mettre le présent jugement à exécution;

A nos procureurs généraux et à nos procureurs près les tribunaux de première instance d'y tenir la main;

A tous commandants et officiers de la force publique d'y prêter main-forte lorsqu'ils en seront légalement requis.

Pour expédition délivrée à la requête de M. le procureur impérial par le greffier soussigné, ANDRÉ.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM.:

Clément (F.-M.), né à Troyes (Aube); *Considérations générales sur la prophylaxie et le traitement de la variole.*

Calvo (D.), né à Marseille (Bouches-du-Rhône); *De l'albuginite syphilitique, et du diagnostic, pronostic et traitement des sarcocèles cancéreux et tuberculeux.*

Battailler (A.-A.), né à Tarascon (Bouches-du-Rhône); *De l'adénopathie vénérienne.*

Parmentier (L.-E.), né à Paris; *Quelques recherches sur la cicatrisation des plaies exposées au contact de l'air.*

Quentin (L.), né à Cambrai (Nord); *Du principe mucilagineux et de ses usages en thérapeutique.*

Remy (E.), né à Verdun (Meuse); *Essai sur la nature et le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique.*

Bézine (P.), né à Briennon (Yonne); *Quelques considérations sur les épanchements pleurétiques en général, leur diagnostic et les indications de la thoracentèse.*

Delbecq (C.-A.), né à Hazebrouck (Nord); *De l'influence des boissons alcooliques sur la santé.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans une touchante allocution prononcée par M. Michel Levy, inspecteur directeur du service de santé de l'armée d'Orient, sur la tombe de deux médecins militaires enlevés par l'épidémie le même jour et presque à la même heure, à Varna, nous trouvons de tristes détails sur les pertes qu'a faites le corps toujours si héroïque et si dévoué de nos confrères de l'armée:

A Gallipoli, ont succombé les aides-majors Plassan, Musard, Stéfani, Dumas, Gérard;

A Nagara, l'aide-major Claguart.

A Varna, les médecins majors Pontier et Lagèze.

— Cent et un médecins militaires, choisis dans tous les grades du corps, viennent de partir pour l'armée d'Orient. Parmi eux se trouvent plusieurs professeurs du Val-de-Grâce, et entre autres notre collaborateur et ami M. Champouillon.

— L'honorable M. Bégin a éprouvé ces jours derniers quelques accidents qui ont un instant inspiré des inquiétudes à ses nombreux amis. Nous sommes heureux d'apprendre aujourd'hui que sa santé est complétement rétablie.

— M. le docteur Debeauvais vient d'être nommé chef de clinique de la Faculté en remplacement de M. le docteur Lebled, dont les fonctions expirent au mois de novembre prochain.

— M. Lépine, ancien chirurgien militaire, médecin en chef de l'hôpital de Châlon-sur-Saône, vient d'être nommé membre de la Légion d'honneur.

— Un des plus dignes et respectables médecins du département de Maine-et-Loire, M. le docteur Hautreux (de Saint-Florent-le-Vieil), vient de succomber dans un âge peu avancé et à la suite d'une courte maladie.

MM. Charles Rabouin et Mirault (d'Angers) ont payé sur la tombe de cet honorable confrère un juste tribut d'éloges à cet homme qui représentait si bien par son courage, son dévouement et son abnégation, le véritable type du médecin de campagne.

— La question de l'établissement des médecins cantonaux est, comme on sait, soumise en ce moment aux conseils généraux. Le conseil général de Maine-et-Loire vient, sur le rapport de M. de Melun, ancien membre de l'assemblée législative, de prendre la décision suivante;

« Considérant que, grâce à la charité des médecins, la plupart des malades pauvres de nos campagnes sont déjà traités gratuitement, s'en remet à M. le préfet du soin d'encourager et de généraliser ce service si nécessaire, d'après les principes qui ont jusqu'ici guidé son administration, et ne croit pas utile l'établissement des médecins cantonaux dans le département. »

— Par suite de la surcharge du service médical de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi (de Montpellier), deux agrégés vont être chargés du traitement d'une partie des militaires fiévreux. (*Ann. clin.*)

— Un concours vient d'avoir lieu à l'Ecole de pharmacie de Montpellier pour les prix de fin d'année. Quatre candidats sont entrés en lice, et M. Ernest Rousset a obtenu le seul prix que l'Ecole ait cru devoir décerner. (*Revue thérap. du Midi.*)

— M. Broca, suppléant de M. le professeur Laugier dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, a commencé sa clinique hier lundi, et la continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine. — La visite commencera à sept heures et demie. Les leçons auront lieu à neuf heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Ang. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Result of an inquiry into the invariable existence of a premonitory diarrhœa in cholera; by David MACLOUGHLIN, M.-D., member of the Legion of honour of France, etc. 2e édition; London, John Churchill, Prince's-Street; in-8º, 64 pages. — Price: eighteen pence (2 fr.).

Choléra-Morbus, Guide du médecin-praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie; suivi d'un *Dictionnaire de thérapeutique* appliqué au choléra-morbus, et d'un *Formulaire spécial*; par feu le docteur FABRE, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, etc. — Un vol. in-8º de 384 pages. Prix: 5 fr. — Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hôpital Saint-Louis (M. Hardy). Du pityriasis et de ses variétés. — Des fractures du membre pelvien traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens. — Académie de médecine, séance du 5 septembre. Traitement du choléra-morbus par le sulfate de strychnine. — Correspondance. Lettre de M. Chassaignac. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 6 SEPTEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu dans la dernière séance, avec le plus vif intérêt, le rapport fait par M. Gérardin sur la communication de M. Abeille relative au traitement du choléra par la strychnine. Ce rapport et la discussion qui l'a suivi pourraient se prêter ici à d'amples commentaires; nous aimons mieux laisser la parole sans partage à M. le rapporteur, dont nous reproduisons intégralement le travail, afin de n'atténuer ni de modifier en quelque sens que ce soit l'impression qu'il devra produire sur l'esprit des lecteurs. Quant à la discussion, elle n'a été, sauf quelques restrictions émises par M. Desportes, qu'une sorte de paraphrase approbative du rapport. Si les réserves et les défiances que nous avons exprimées à l'égard de la méthode de M. Abeille n'avaient déjà dû le préparer à entendre le jugement sévère que vient de prononcer aujourd'hui l'Académie, ce jugement le convaincra sans doute que nos réserves et nos défiances n'avaient d'autre mobile que l'intérêt de la science et de la vérité. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question, sur laquelle la discussion n'a apporté au fond aucun élément nouveau, et qui pourrait gagner peut-être à être envisagée d'une manière plus générale que ne l'a fait l'Académie, appelée à se prononcer seulement sur les faits de M. Abeille.

Cette discussion a amené incidemment quelques interpellations et explications nouvelles sur le rapport si impatiemment attendu de la commission du choléra. L'honorable rapporteur, qu'une maladie récente a momentanément obligé de suspendre le travail considérable qu'il a consacré à cette œuvre importante, se trouve mis en demeure, par les vives instances de l'Académie, d'en hâter la présentation. Nous ne pouvons que joindre nos instances à celles de l'Académie pour l'inviter à satisfaire au plus tôt une si légitime impatience. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Du pityriasis et de ses variétés.

Le mot *pityriasis* vient du grec, πίτυρον (*son*), et exprime l'aspect farineux, écailleux que présentent les affections dartreuses réunies par Willan sous cette même dénomination. Je dis les affections dartreuses, car les variétés du pityriasis, ainsi que nous le verrons plus bas, comprennent des états pathologiques assez distincts les uns des autres; aussi quelques-unes des différentes formes que nous allons décrire sont-elles quelquefois confondues par des personnes peu attentives avec d'autres maladies dartreuses. Le pityriasis de Willan n'est autre chose que la *dartre furfuracée volante* d'Alibert (*herpes furfuraceus volitans*), *dartre farineuse* du vulgaire. Nous le définissons une maladie caractérisée par des squames minces, petites, peu adhérentes, semblables le plus souvent à de la poussière ou à du son.

Le pityriasis débute sur une partie plus ou moins étendue du tégument, par un état particulier de sécheresse de l'épiderme, lequel ne tarde pas à se résoudre en squames très petites qui se détachent et tombent sous forme de poussière, soit spontanément, soit sous l'influence de frottements. Ces squames sont ordinairement d'un blanc grisâtre ou jaunâtre. Il s'en détache des quantités parfois incroyables; c'est une pluie incessante et intarissable. Parmi ces squames farineuses, il en est quelquefois de plus larges, lamelleuses, un peu adhérentes et enroulées sur un de leurs bords; il n'y a pas de gonflement, pas de rougeur à la peau, excepté pourtant dans une forme particulière, le *pityriasis rubra*, et dans certains cas de *pityriasis capitis*. Mais, par contre, la chaleur et surtout la démangeaison sont souvent très intenses.

Sauf dans le cas de *pityriasis rubra*, il n'y a pas de phénomènes généraux.

Passons à la partie la plus importante de cette leçon : la distinction des variétés. On peut les ranger en trois groupes : 1° suivant la *coloration*; 2° suivant la *forme* que présente la maladie; 3° suivant le *siége* qu'elle occupe. Ces points de repère serviront à guider le praticien pour porter un diagnostic précis.

Les variétés suivant la *couleur* sont au nombre de quatre :

1° Le *pityriasis alba*, ou *simplex*. Nous devons y rattacher le *pityriasis capitis*, variété suivant le siége, mais dont la description séparée ferait double emploi. Ce pityriasis doit son nom à la couleur blanche des squames et à la région qu'il occupe le plus habituellement. Dans sa plus grande simplicité, dans sa forme la plus légère, il se présente sous la forme d'une petite plaque revêtue de squames blanches, minces, peu adhérentes, se détachant par le frottement, et occasionnant de légères démangeaisons. On l'observe surtout chez les enfants, et à la figure. Sa durée est de huit à quinze à vingt jours. C'est la *dartre farineuse*. Elle mérite à peine le nom de maladie. Chez les femmes, elle est quelquefois plus tenace; elle prend une marche chronique; le visage est couvert de petites pellicules blanches ou grisâtres, s'accompagnant parfois de rougeur, de chaleur et de prurit. Si l'on enduit la partie malade d'un corps gras, les squames se collent à la peau et l'affection semble guérie, mais elle reparaît le lendemain, quand l'épiderme a repris sa sécheresse.

Ce pityriasis occupe le plus ordinairement soit le cuir chevelu, soit les surfaces velues du visage, où il se présente sous deux aspects différents.

Dans le premier cas, les *squames sont en poussière*. C'est là un état très commun du cuir chevelu, qui sécrète une sorte de farine, parfois assez abondante pour qu'elle tombe sur les épaules et blanchisse le collet de l'habit, comme du temps où l'on portait de la poudre. Du reste, pas de démangeaison, pas de chute de cheveux.

Dans le second cas, des *squames lamelleuses* plus ou moins nombreuses, plus ou moins larges, quelquefois de la grandeur d'un centime, se mêlent aux poussières farineuses de la forme précédente, et tombent d'elles-mêmes ou sont entraînées par l'action du peigne. Ce pityriasis lamelleux occupe quelquefois les régions de la barbe, mais plus souvent le cuir chevelu. Chez les femmes, on l'observe assez souvent au niveau des raies où les cheveux sont séparés pour l'agencement de la coiffure. Il y a là de la rougeur, de la démangeaison, puis les cheveux deviennent secs, cassants, et tombent facilement. Tout le cuir chevelu est très sec; de même pour la barbe. Chez les enfants, ces squames lamelleuses s'unissent aux cheveux, et la tête présente une sorte de calotte fendillée en écailles épidermiques. On dirait une enveloppe d'*amiante*. Alibert, qui avait parfaitement saisi cette disposition, en avait fait la *teigne amiantacée*. (C'est le plus souvent le dernier terme de l'eczéma du cuir chevelu.)

2° Le *pityriasis rubra*, qui vient ensuite, est une forme beaucoup plus rare. La peau est plus ou moins vivement colorée et couverte de squames plus larges et plus adhérentes que dans les autres variétés. Il se montre le plus ordinairement au cou, et coexiste quelquefois avec le *pityriasis capitis*. M. Devergie a décrit une forme particulière de *pityriasis rubra*, qui n'est autre chose que le pemphigus foliacé; c'est ce que prouvent, suivant moi, l'étendue du mal, les dimensions des squames, le gonflement du tissu cellulaire, la sécrétion séreuse de la peau, et enfin l'existence de bulles vers la fin de la maladie.

3° Le *pityriasis nigra* est très rare. Willan l'a rencontré chez de jeunes Indiens transportés en Angleterre. Les squames sont grises, et même noires.

4° Le *pityriasis versicolor*, ou mieux *lutea* (jaune), est une forme assez commune qui mérite de nous arrêter quelques instants.

On le reconnaît à l'existence de plaques d'un jaune brun, qui tranchent vivement sur les portions de téguments restées saines, de telle sorte que celles-ci semblent décolorées et affectées de vitiligo. Ces plaques sont recouvertes d'une desquamation furfuracée qui se détache en farine sous l'influence du frottement. La démangeaison est quelquefois assez vive. Le *pityriasis versicolor* occupe surtout le cou, la poitrine, le dos et le ventre. Il peut se montrer sous deux formes différentes :

1° *Pityriasis circumscripta*, en plaques isolées de forme ovale ou arrondie, et de couleur café au lait; ce sont les *taches hépatiques* de certains auteurs, bien que le foie ne soit nullement intéressé;

2° *Pityriasis diffusa*, en larges plaques irrégulières offrant l'aspect que nous venons de décrire plus haut.

M. Gruby croit que cette maladie est déterminée par un champignon particulier. Mais le pityriasis est une affection essentiellement mobile, qui vient, disparaît, reparaît, etc., avec une grande facilité; il ne se transmet pas par contagion, et n'offre par conséquent aucun des caractères propres aux affections parasitaires si remarquables par leur ténacité et leur faculté de se transmettre. Le champignon, s'il existe réellement, ne peut être là qu'accidentel et secondaire.

Nous ne trouvons à mentionner qu'une seule variété suivant la *forme*.

C'est le *pityriasis herpetiformis*, constitué par de nombreux anneaux couverts de squames blanches et farineuses. Seulement il n'y a pas de bourrelets saillants comme dans l'herpès circiné avec lequel cette maladie a été confondue; mais il nous semble que ces deux affections doivent être nettement séparées. L'herpès circiné est une maladie parasitaire, tandis que le pityriasis herpétiforme n'est qu'une variété du pityriasis ordinaire, comme le *lepra vulgaris* n'est qu'une variété du *psoriasis*.

Quant aux différences suivant la *région*, elles n'offrent rien de particulier qui ne rentre dans les formes précédentes dont nous avons indiqué le siége particulier à la tête et au tronc.

La marche du pityriasis est essentiellement chronique; sa durée longue et indéterminée. Le *pityriasis capitis* dure souvent toute la vie; le *pityriasis versicolor* disparaît souvent pendant la saison froide, pour reparaître au printemps et persister pendant l'été.

Le diagnostic est quelquefois embarrassant pour des personnes peu attentives. Rappelons que le pityriasis est caractérisé par des plaques blanches ou diversement colorées, sans saillie et recouvertes d'une desquamation furfuracée. Dès lors, on ne saurait le confondre avec le psoriasis, où les squames, larges, épaisses et nacrées, reposent sur des surfaces rouges et saillantes.

Lorsque l'eczéma est sur le point de guérir, il offre souvent l'aspect du pityriasis; les squames sont devenues véritablement farineuses, mais les antécédents sont là pour différencier et séparer les deux maladies.

Dans certains cas de *pityriasis rubra*, il peut y avoir un léger suintement, mais qui ne saurait être pris pour l'écoulement si abondant, tachant et empesant le linge qui caractérise l'eczéma. D'ailleurs, quand ce dernier est à sa période de sécrétion, il y a toujours des squames larges et molles.

Dans l'*herpès circiné*, c'est un bourrelet saillant, quelquefois des vésicules.

Dans le *pemphigus foliacé*, on voit des lames épidermiques très larges; la peau est ulcérée, etc. Il ne saurait y avoir de confusion qu'avec la forme particulière décrite par M. Devergie comme un pityriasis rubra, si cette forme n'était à nos yeux autre chose qu'un véritable pemphigus.

Enfin, dans les *éphélides* il n'y a qu'une coloration brune, sans squames, sans démangeaisons.

Le pityriasis est assurément une maladie bien légère, et sous ce rapport son pronostic n'offre aucune gravité; mais sa ténacité, la place disgracieuse qu'il occupe au cou, à la poitrine et aux épaules sont très désagréables pour les malades, les femmes particulièrement. Quant à la chute des cheveux dans le *pityriasis capitis*, elle n'est que temporaire.

Les causes prédisposantes de cette maladie sont surtout la jeunesse et le sexe féminin; le tempérament bilieux paraît être une prédisposition au *pityriasis versicolor* : la longueur des cheveux semble appeler le *pityriasis capitis*. Enfin, il faut constater l'influence de l'hérédité. Comme cause accidentelle, nous signalerons l'accouchement récent, la convalescence des maladies graves et les excès.

Le traitement, comme pour les autres dartres, est général ou local; mais le dernier est sans contredit le plus important pour le pityriasis, ce qui est précisément le contraire pour les autres maladies du groupe. Si le pityriasis siége sur des parties garnies de poils, comme au cuir chevelu ou dans la barbe, il faudra couper ces poils dans toute l'étendue de la partie malade. Dans le cas où la démangeaison est un peu intense, où il y a de la rougeur et quelques autres signes d'irritation, on commencera par des lotions émollientes, puis, et dans tous les cas, on aura recours aux excitants, aux lotions savonneuses ou alcalines (2 à 4 grammes de sous-carbonate de soude pour 500 grammes d'eau), aux lotions sulfureuses avec l'eau de Barèges artificielle, la solution de sulfure de potasse ou de chaux, etc. Ces divers moyens et les bains sulfureux sont surtout avantageux dans le *pityriasis versicolor*. Dans d'autres formes plus étroitement circonscrites, comme dans les *pityriasis simplex* et *capitis*, on pourra employer avec avantage diverses

pommades, telles que la pommade à l'acide nitrique ou pommade oxygénée (4 grammes d'acide pour 30 grammes d'axonge), les pommades sulfureuses; des lotions aromatiques avec les alcoolats de toilette, eau de Cologne, de Portugal, de mélisse, eau athénienne, sont encore très utiles pour le pityriasis du cuir chevelu.

Quant au traitement interne, il consiste, comme pour les autres dartres, dans l'emploi des amers et des purgatifs, mais moins souvent répétés. Quand le pityriasis est très étendu, très rebelle, on pourrait essayer les arsenicaux et la teinture de cantharides, comme pour le lichen et le psoriasis (*Gazette des Hôpitaux* du 10 et du 26 août), mais sans grand espoir de succès.

Enfin, le régime diététique est utile et consiste particulièrement à éloigner tous les excitants.

On enverra les malades avec avantage aux eaux de Saint-Gervais, d'Uriage, d'Aix en Savoie, d'Aix-la-Chapelle, de Luchon, etc., etc.

DES FRACTURES DU MEMBRE PELVIEN

traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens (1).

(Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 août.)

Coaptation. — Elle présente quelquefois les plus sérieuses difficultés : l'opposition des engrenures de certaines fractures dentelées, la présence d'une ou de plusieurs esquilles placées entre les fragments, ou l'interposition entre ceux-ci d'une portion de muscle. Des tractions plus énergiques, sans cesser d'être prudentes, en imprimant au fragment inférieur de légers mouvements de rotation, l'intelligence des doigts portés directement sur les fragments, finissent assez souvent par faire rentrer les angles saillants dans les angles rentrants. S'il existe une plaie qui pénètre jusqu'à la fracture, on extrait les esquilles, ou bien on les remet en place si on croit pouvoir les conserver. S'il n'y a pas de plaie, on fait pour le mieux, sans jamais pousser les manœuvres assez loin pour déterminer d'accidents. Une bride composée de parties molles séparant les fragments est une complication très fâcheuse qu'il importe essentiellement de faire disparaître. La méthode des incisions sous-cutanées, imaginée par M. Jules Guérin, serait une précieuse ressource.

La coaptation une fois obtenue ne tarderait pas à perdre de sa précision si les mains n'étaient remplacées par d'autres puissances aussi efficaces et permanentes. Ces puissances, que notre appareil seul met en jeu avec méthode, sont représentées par des bouts de bande ordinaire ou en tissu élastique. Placés sous la cuisse fracturée, ils doivent être repliés en forme d'anses de chaque côté du membre pour l'embrasser et agir en sens opposé d'action en se faisant équilibre. On met autant de lacs qu'on le juge nécessaire. S'il s'agit de remédier à un déplacement angulaire, les liens seront diversement disposés, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors, soit d'avant en arrière ou d'arrière en avant, selon les indications. Ils seront, en outre, engagés dans la rangée des trous de la boîte la plus élevée ou la plus rapprochée du plancher, suivant qu'on voudra soulever plus ou moins les fragments. Les lacs réfléchis dans les trous de la caisse, où ils sont fixés, se relâchent difficilement; il est d'ailleurs facile de les resserrer. Nous recommandons de les relâcher complétement, et par intervalles, afin de juger du résultat obtenu, d'apprécier les effets de la compression sur les téguments et de varier les points sur lesquels elle porte; on évite ainsi des douleurs et des eschares. Il ne faut jamais perdre de vue qu'une puissance, même fort modérée, donne, pourvu qu'elle soit continue, de grands résultats. Ainsi, l'écartement de l'os maxillaire supérieur avec division de la voûte palatine disparaît graduellement par la simple pression de la lèvre après l'opération du bec-de-lièvre.

On ne demandera donc aux puissances de la contre-extension, de l'extension et de la coaptation qu'une action modérée, mais constante. Il y a même un moment où il ne faut plus rien demander du tout. L'effet désiré est obtenu quand le cal a acquis un certain degré de solidité. D'actifs, les liens doivent dès ce moment devenir en quelque sorte passifs, d'ailleurs tout prêts à fonctionner derechef s'il y avait lieu. Agir autrement serait provoquer des souffrances, des excoriations sans profit aucun.

C'est parce que ces préceptes n'ont pas toujours été fidèlement observés ou ont été méconnus que les appareils à extension ont tant été critiqués.

Objections. — On prétend que l'extension permanente est fort douloureuse et très difficilement supportée. C'est une erreur qui tient à ce que l'on n'établit pas de distinction entre l'extension musculaire active et passive.

La première, l'extension musculaire active, sans doute ne saurait être longtemps soutenue. Ainsi, quand on tient le bras en l'air, horizontalement tendu, une lassitude extrême commande bientôt le repos et le relâchement involontaire des fibres musculaires; mais si dans ce moment des coussins étaient mis sous le bras, l'extension, d'active devenant passive sans efforts musculaires, serait facilement supportée pendant un temps indéfiniment prolongé; c'est précisément ce qui a lieu pour les membres soumis à l'extension.

Pour rendre l'extension passive possible, il faut, en outre, ne lui demander que ce qu'elle peut donner normalement. Ainsi, tant que la fibre musculaire n'est pas dans un état de tension exagérée, tant qu'elle ne cède que dans ses limites physiologiques, il n'y a pas de douleurs à redouter. Exiger plus serait vouloir allonger le membre fracturé au delà de ses dimensions naturelles.

D'après ces considérations, que nul n'a présentées avant nous, on voit que ces objections n'ont guère de valeur.

De la position à donner au membre fracturé. — Guidé par la position que les membres affectent le plus ordinairement, Hippocrate est d'avis de fléchir les membres supérieurs et d'étendre les inférieurs. Galien, ayant cherché la position qui s'écarte le plus des mouvements extrêmes, conseillait un certain degré de flexion. De ce précepte, faisant une loi générale pour les fractures du membre pelvien, Pott recommandait de faire coucher le malade sur le côté. Il a été combattu vivement par Desault, qui, du reste, a bien plutôt réfuté le décubitus latéral que la méthode de flexion elle-même. Aussi Dupuytren, auquel cette distinction n'a pas échappé, s'est-il efforcé de donner satisfaction à Desault tout en sauvegardant le principe. Il traitait les fractures du corps et du col du fémur à l'aide d'un double plan incliné composé d'oreillers superposés, mais en substituant le décubitus dorsal au décubitus latéral, conseillé par le chirurgien anglais. Notre appareil comporte, comme celui de Dupuytren, un certain degré de flexion avec le décubitus dorsal; il a en outre des avantages de solidité et d'extension que n'a pas le simple plan incliné tel qu'il s'employait.

On ne doit jamais perdre de vue que la résistance aux efforts de réduction venant des muscles, pour vaincre cette résistance, le moyen le plus efficace, c'est de les mettre tous, autant que possible, dans le relâchement. D'une autre part, en raison de l'antagonisme d'action de ces puissances musculaires, la flexion complète, ainsi que l'a remarqué Bichat, ne profite aux fléchisseurs qu'au détriment des extenseurs, et réciproquement, quand on opère l'extension; aussi faut-il faire prendre un juste milieu, n'exagérer, comme l'a conseillé Dupuytren, ni la flexion, ni l'extension.

Généralement, on adopte la demi-flexion; nous préférons le quart tout au plus de flexion, afin de faire sur le genou, à l'aide de liens extenseurs, une traction qui soit plus dans l'axe du fessier, et éviter ainsi non-seulement le chevauchement des fragments, presque inévitable quand on emploie le double plan incliné, mais de plus une consolidation angulaire.

Les ligaments articulaires sont moins tendus, les cartilages moins serrés, les muscles pris en masse moins allongés; la courbure du fémur à concavité postérieure commande d'ailleurs tout au plus le quart de flexion, car si l'on faisait une flexion plus grande, de même que si on plaçait la cuisse dans une position complétement horizontale sans garnir sa face postérieure, le déplacement angulaire dans le point fracturé serait facile à se produire.

Le quart de flexion s'opère avec notre appareil dans l'articulation tibio-fémorale au moyen d'une petite pyramide de coussins de crin placée sous le creux poplité, tout en conservant le décubitus dorsal.

Il nous reste, pour compléter l'exposition des règles selon lesquelles il faut appliquer notre appareil, à montrer comment sont assujettis le genou et le pied du malade pour empêcher le fragment inférieur de tourner en dehors.

Le genou est facilement immobilisé par la gouttière qu'il se creuse dans les coussins sur lesquels il repose, et au besoin en l'embrassant dans un lacs coaptateur préalablement fixé par une forte épingle sur le bandage du genou, et dont les chefs vont s'attacher aux trous de la boîte.

Quant au pied, il est tenu en place par les lacs extenseurs, et en même temps en croisant sous sa plante et sur ses côtés, où ils sont fixés par des épingles, les bouts libres du drap qui a servi à faire le petit matelas qui a été déposé sur le plancher de la boîte.

Pour empêcher les couvertures de peser sur les orteils, on engage les bouts d'un gros fil de fer courbé en arc de cercle dans deux petits trous creusés sur le rebord des parois latérales de la boîte. Il ne reste plus dès lors qu'une seule indication à remplir, celle de garnir d'un grand coussin, en forme de matelas étroit, le membre sain et le côté correspondant du bassin pour l'élever à la hauteur de la boîte et le repousser même un peu de ce côté.

Cet appareil laisse la cuisse à découvert dans tous les endroits où elle n'est pas embrassée par les liens plus ou moins multipliés de la coaptation. La jambe et le pied devant donner un point d'appui aux lacs de l'extension sont, au contraire, complétement entourés par un bandage légèrement contentif inamovible et d'une seule pièce, grâce à la solution de gomme dont il est imbibé. De la sorte, les efforts extensifs uniformément répartis sur cette grande surface ne sauraient occasionner ni douleurs, ni engorgements, ni eschares.

Avant de faire fonctionner activement l'appareil ainsi disposé, nous ne saurions trop rappeler qu'il faut préalablement combattre les accidents inflammatoires et le gonflement des parties molles par la glace déposée en permanence sur le membre, en la secondant, au besoin, par une ou deux saignées du bras, et surtout par un purgatif. Du reste, dans la très grande majorité des cas, dès le premier jour on peut parfaitement, à notre exemple, associer à l'action permanente des réfrigérants la puissance des lacs extenseurs et contre-extenseurs, pourvu qu'elle soit dirigée avec prudence.

Notre appareil a pour principaux avantages :

1° D'être applicable à toutes les fractures du col et corps du fémur;

2° De permettre au chirurgien, pendant toute la durée du traitement, de se passer d'aides;

3° De laisser à la cuisse, presque complétement découverte, la salutaire influence de l'air et de la lumière; on peut suivre constamment de l'œil la marche de l'affection, appliquer des topiques et panser les plaies aussi facilement qu'un simple vésicatoire;

4° De faciliter le transport des blessés, surtout aux armées;

5° De conserver au membre sa conformation normale, sans le déformer, sans l'atrophier, sans retarder sa consolidation comme les appareils à attelles;

6° D'étendre le cercle de la chirurgie conservatrice et de prévenir souvent l'amputation, surtout si on fait concourir la glace au traitement;

7° De pouvoir guérir sans raccourcissement les fractures obliques, parce qu'on a toujours sous la main le moyen de graduer l'extension et la contre-extension suivant l'axe du membre.

La permanence de l'extension et de la contre-extension, en maintenant la fracture dans l'immobilité la plus parfaite, apaise l'inflammation, abrége le traitement. Le membre restant à découvert, on examine la fracture, on panse les plaies, s'il y en a, sans secousses, ni douleurs. Avec l'appareil de Scultet, au contraire, le membre, pendant les pansements, doit être soutenu par des aides qui, à raison de la fatigue éprouvée, ne peuvent rester dans une immobilité absolue et impriment incessamment au col de nuisibles ébranlements. C'est surtout en vue de ces écueils que les appareils inamovibles ont été imaginés; mais, nous l'avons dit, insuffisants pour les fractures compliquées de raccourcissement opiniâtre, ils s'opposent en outre au pansement des plaies, ou bien, si on les rend, comme M. Seutin l'a fait, amovo-inamovibles, c'est aux dépens de leur qualité essentielle, l'inamovibilité, qui est tout un principe.

Le membre restant à découvert permet, en outre, de constater à tout instant s'il conserve sa direction normale; si les lacs extenseurs et contre-extenseurs ne fonctionnent pas assez, trop ou convenablement; si les liens de la coaptation, parfaitement harmonisés d'action, ont redressé le déplacement angulaire; si la serviette qui entoure le bassin pour l'immobiliser solidement et empêcher ainsi tout mouvement du fragment supérieur sur l'inférieur agit suffisamment. On peut, quand toutes ces conditions sont bien remplies, rapprocher si exactement les fragments qu'on ne retrouve plus aucun indice de fracture, et la réunion a lieu avec tant de précision qu'à la levée de l'appareil on ne retrouve que difficilement les traces du cal. Ces beaux résultats, très souvent obtenus, nous confirment dans la pensée que les os se réunissent comme les parties molles par première ou par deuxième intention, selon que les fragments sont affrontés par un contact immédiat ou qu'ils restent écartés l'un de l'autre. Dans ce dernier cas, la nature vient au secours du chirurgien inhabile et remplit la brèche qui sépare les fragments par d'abondantes sécrétions de sucs osseux qui débordent en tous sens, constituent le cal provisoire d'abord, et le cal définitif des auteurs ensuite.

De ce qui précède nous pouvons dire encore que notre appareil jouit de tous les avantages des bandages amovibles et inamovibles sans en avoir aucun des inconvénients; qu'il est d'une facile application, d'un prix modique et aisé à se procurer partout. Exempt des reproches adressés aux autres appareils à extension continue, il a sur eux l'avantage de combiner à l'extension et à la contre-extension les précieuses ressources d'une coaptation faite avec la plus grande précision; et, en définitive, comme les appareils ne sont que des moyens pour remplir les indications, le nôtre nous semble sous ce rapport réaliser un progrès.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 septembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce et de l'agriculture transmet un rapport de M. Du Garray, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy (Haute-Loire), sur une épidémie de rougeole compliquée de dyssenterie qui a régné dans la commune de Beaulieu.

Choléra. — Le même ministre prie l'Académie de lui adresser le plus tôt possible des rapports sur les communications qu'il lui a transmises relativement aux remèdes proposés contre le choléra.

Le même ministre transmet un grand nombre de formules de traitement contre le choléra. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Albert père, correspondant de l'Académie à Saint-Chinian (Hérault), fait savoir que le choléra sévit dans cette commune depuis un mois avec une grande intensité, et qu'il y a fait de nombreuses victimes. Il fera connaître plus tard le résumé de ses observations. (Commission du choléra.)

— M. Rigot, pharmacien à Melun, soumet à l'Académie une préparation qu'il désigne sous le nom de potion anticholérique, et qu'il dit avoir administré avec succès dans les cholérines et dans la première période du choléra. (Même commission.)

— M. Guibert indique un mode de traitement du choléra qui lui a donné, dit il, un grand nombre de guérisons. Ce traitement consiste dans l'emploi de l'ipécacuanha suivi de purgatifs huileux. (Même commission.)

— M. Rouhier, de Grancey-le-Château (Côte-d'Or), adresse une note étendue sur le choléra, et en particulier sur le traitement des prodromes du choléra par les purgatifs et l'émétique. (Même commission.)

— M. le docteur Houzelot (de Meaux) adresse une note sur le trai-

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 24 août et 3 septembre.

tement préventif du choléra par les purgatifs salins. (Même commission.)

— M. Monchaux appelle l'attention de l'Académie sur une particularité relative au choléra qu'il dit avoir remarquée : c'est qu'il est sans exemple à sa connaissance que le choléra ait atteint un seul individu pendant qu'il fumait. (Même commission.)

Fébrifuges. — M. Bourhier (de Saint-Quentin) écrit qu'il fera des essais avec les nouveaux fébrifuges proposés par la commission pendant la saison d'automne, durant laquelle règnent ordinairement les fièvres intermittentes. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Clément, des Forges de Bigny (Cher), écrit à l'Académie que depuis qu'il lui a communiqué une note et un tableau concernant l'emploi d'un nouveau fébrifuge extrait des différentes parties du lilas, il a eu de fréquentes occasions d'en constater les bons effets. Il appelle de nouveau sur ce fébrifuge l'attention de la commission chargée de faire un rapport sur sa communication. (Commission des succédanés du quinquina.)

Efficacité purgative du nerprun. — M. Gumprecht (de Hambourg) rappelle qu'il a adressé, il y a quatre ans, à l'Académie un mémoire sur l'efficacité purgative du nerprun bourdaine (rhamnus frangula); il sollicite un rapport, se fondant sur ce qu'une publication vient d'être faite récemment en Belgique sur le même sujet.

Tumeur cancéreuse du rein. — M. Dufau, correspondant de l'Académie à Mont-de-Marsan, adresse une observation de tumeur cancéreuse du rein gauche, pesant 5 kilogrammes et demi, prise pour une intumescence de la rate par plusieurs médecins et développée à la suite de la ligature de deux tumeurs hémorrhoïdales. (Commissaire : M. Barth.)

Paquet cacheté. — M. le docteur V. Baud, inspecteur des eaux de Contrexeville (Vosges), adresse un paquet cacheté dont il se réserve de demander prochainement l'ouverture.

Nouveau modèle d'aiguille à suture. — M. Charrière fils adresse à l'Académie un nouveau modèle d'aiguille destinée aux diverses sutures, soit dans les cavités, pour la staphiloraphie, les fistules vésico-vaginales, celles ordinaires, et de même pour les ligatures d'artères profondes.

Les avantages de son principe consistent à pouvoir employer avec facilité de simples aiguilles à manche divisées latéralement dans une certaine étendue. Les unes ont le chas divisé près de la pointe; les autres, qui sont moussés, sont divisées à partir du bout.

Un des côtés de la division étant plus faible devient élastique et permet de maintenir le fil pendant l'introduction de l'aiguille sans le laisser rétrograder. Aussitôt que l'aiguille a pénétré d'avant en arrière ou d'arrière en avant dans les cavités ou sur les surfaces, on saisi le fil passé que l'élasticité du chas permet de dégager très facilement. (Commissaire : M. Jobert.)

Paralysie atrophique graisseuse de l'enfance. — M. le Dr Duchenne (de Boulogne) présente à l'Académie un mémoire intitulé *De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance et de son diagnostic, de son pronostic et de son traitement par l'électrisation localisée.* (Nous en donnerons le résumé dans le prochain numéro.)

RAPPORT.

Traitement du choléra-morbus par le sulfate de strychnine. — M. Gérardin lit le rapport suivant relatif à un mémoire sur le traitement du choléra-morbus par M. Abeille, médecin de l'hôpital militaire du Roule :

Messieurs, je viens remplir la mission dont vous avez bien voulu me charger et vous rendre compte des documents qui vous ont été transmis sur le traitement du choléra-morbus par M. Abeille, médecin de l'hôpital militaire du Roule. Ces documents se composent d'un mémoire et d'un recueil d'observations divisées en deux séries.

Dans son mémoire, après avoir signalé l'impuissance actuelle de l'art en présence du choléra parvenu au summum de son développement, M. Abeille soumet à votre examen une méthode de traitement par la strychnine, qui, selon ses expressions, n'est point inférieure par ses effets dans le choléra au sulfate de quinine dans la fièvre marématique, c'est-à-dire que la strychnine en constitue le spécifique proprement dit.

Dans l'intervalle compris entre le 26 avril et le 3 juin, M. Abeille avait traité par cette substance 22 cas de choléra arrivé à la période cyanique algide. Sur ce nombre, 10 malades guérirent, 12 succombèrent. Tous ces malades avaient été frappés du choléra dans l'hôpital. Ce sont ces 22 observations qui composent la première série du recueil dont nous avons parlé.

Le 19 juin, M. Abeille informait l'Académie des sciences des succès de sa méthode curative et adressait les mêmes documents au conseil de santé des armées.

Par suite de cette dernière communication, et sur sa demande, notre confrère fut soumis à un contrôle supérieur ou plutôt à une contre-expérimentation officielle. M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital, fut chargé de désigner les malades à traiter, de suivre toutes les phases du traitement, de vérifier de nouveau les malades à leur sortie et d'assister aux autopsies cadavériques.

Dans cette contre-expérimentation, M. Abeille soigna du 2 au 31 juillet 38 cholériques algides; il arrêta ses observations après le 22e malade, afin d'avoir un chiffre égal à celui de ses premières expériences. Sur les 22 nouveaux cholériques, 9 guérirent et 13 moururent; 5 avaient été atteints dans la salle des fiévreux; les 17 autres étaient arrivés du dehors : ces 22 observations forment la 2e série du recueil précité.

Tous ces cholériques de la 1re et de la 2e série présentaient une telle uniformité dans les symptômes qu'il a été facile de les réunir et d'en former un tableau aussi concis qu'exact.

Refroidissement général, toujours plus prononcé à la face et aux mains; absence du pouls radial, ou pouls impossible à compter à cause de sa petitesse. Langue et haleine froides, teinte bleue noirâtre de la face et des extrémités et quelquefois du tronc en entier. Vomissements et déjections de matières blanchâtres, liquides comme de la solution de gomme; crampes dans la moitié des cas; gêne très grande de la respiration avec menace d'asphyxie; suspension de la sécrétion urinaire au moins depuis vingt-quatre heures; aphonie, excavation des yeux, effilement des traits de la face; tels sont les phénomènes constants que présentaient les malades lorsque la strychnine a été administrée.

Le premier effet signalé a été la réapparition du pouls radial, le rétablissement graduel de la circulation et itérativement le retour de la chaleur et des fonctions d'hématose.

Sur les 22 malades de la 1re série, 3 ont succombé dans l'état algide, les 19 autres ont éprouvé une réaction plus ou moins vive.

La réapparition du pouls de manière à pouvoir être compté s'est effectuée chez les 19 malades entre six et dix-sept heures à partir du moment où la strychnine a été ingérée, et la réaction complète, c'est-à-dire le retour de la chaleur générale avec pouls saillant et plus ou moins fort, entre seize et quarante-six heures.

En somme, cette réaction a eu lieu par gradation et sans secousse brusque. Quelquefois cependant elle a été assez forte au bout de vingt-quatre heures pour nécessiter la saignée générale ou locale.

D'après les observations, il paraît démontré que la strychnine n'a déterminé aucun accident du côté du cerveau, du tube digestif et des organes de la locomotion. Les crampes elles-mêmes ont cédé au bout de seize à vingt-six heures. Enfin, la sécrétion urinaire, sûr indice d'une réaction franche, s'est rétablie à des intervalles plus ou moins éloignés.

En définitive, sur les 22 malades de la 1re série, 3 sont morts à l'état algide; 4, après avoir eu une bonne réaction pendant quarante-huit heures à trois jours, se sont refroidis subitement, et sont morts asphyxiés comme dans une seconde algidité; 4 ont succombé à l'état torpide. Le 12e paraît surtout avoir été victime d'une consomption précipitée par une double otorrhée et une parotidite suppurée.

Quant aux 10 cholériques qui ont guéri, plusieurs sont sortis de l'hôpital, les autres ont été transférés dans d'autres salles pour être traités de leurs maladies antérieures.

Les observations de la 2e série, recueillies par la contre-expérimentation officielle, sont également au nombre de 22; elles comptent 9 guérisons sur 13 décès. De ces 22 cholériques, 5 ont vu la maladie se développer dans la salle des fiévreux; 3 sont morts et 2 ont échappé. Les 17 autres sont arrivés du dehors et ont été fournis : 13 par les voltigeurs et les grenadiers de la garde casernés à Courbevoie, 2 par les sapeurs-pompiers de Paris, 1 par le 22e de ligne et 1 par le 8e léger, casernés à Paris. Sur les 13 voltigeurs et grenadiers de la garde, il y a eu 8 décès. Des 2 sapeurs-pompiers, l'un est mort, l'autre a guéri; et les deux cholériques du 22e et du 8e, l'un est également mort et l'autre a été sauvé.

Si l'on réfléchit que plusieurs de ces militaires de Courbevoie sont arrivés dans un état tellement avancé d'algidité, que la mort s'en est suivie une heure et une heure et demie après leur arrivée, on sera de nouveau convaincu de l'immense danger qui menace les cholériques transportés dans un hôpital éloigné.

Mais il est des circonstances qui ont une part encore plus active sur le nombre des décès fournis par les militaires de Courbevoie. Voici, à cet égard, comment s'exprime M. Abeille :

« Il est des choses qui, au premier abord, confondent la raison humaine; celle dont nous allons parler se trouve de ce nombre. Nous avons fait l'autopsie de 7 des grenadiers et des voltigeurs qui figurent parmi les 8 décès cholériques de Courbevoie; et, chose incroyable, si elle n'avait eu pour témoins notre médecin en chef et de jeunes médecins sous-aides, nous avons rencontré dans les 7 militaires des affections organiques du cœur plus ou moins avancées. »

Après avoir décrit les lésions organiques et les avoir rapprochées d'autres cas analogues, M. Abeille en déduit la fatale conclusion que les maladies du cœur concourent puissamment à la terminaison funeste dans le choléra.

Sur les 22 malades, il en est 5 qui sont morts sans avoir éprouvé de réaction; c'est 2 de plus que dans la 1re série. Un seul est tombé dans la période torpide après la réaction, tandis qu'il s'en trouve 5 dans cette 1re série.

Quant aux effets de la strychnine sous le rapport de la décroissance et de la disparition des phénomènes cholériques, tout s'est passé à peu près comme dans les 22 premiers cas.

Après cet exposé sommaire des résultats fournis par le recueil d'observations, nous arrivons au point capital de la question, au mode de traitement proposé par M. Abeille.

Ce traitement est-il une conséquence logique et rigoureuse des faits observés?

Pour résoudre cette grave question, il faut, messieurs, vous faire connaître la formule définitive à laquelle notre confrère s'est arrêté. Voici les prescriptions hors desquelles il n'est point de salut pour le malade :

1° Lorsqu'on donne le sulfate de strychnine au commencement ou dans un état avancé de la période algide, il faut se hâter de faire un vide dans les capillaires. Comme la saignée générale est impuissante pour atteindre le but, puisqu'on n'obtient pas de sang par la veine, il faut appliquer 15 à 40 sangsues sur la base du thorax, suivant la force des sujets.

2° A mesure que sous l'influence de la strychnine la circulation se rétablit, et qu'il se montre de la réaction, on réitère l'application de sangsues, on ouvre même la veine, pour vider en partie les vaisseaux et donner plus de liberté au cours du sang.

3° Un peu plus tard, on plonge le malade dans un bain chaud, avec la précaution de lui tenir de la glace ou des compresses d'eau froide sur la tête.

4° Le sulfate de strychnine est donné dans 60 grammes d'eau distillée ou de solution de gomme. Dans les cas très graves ou algides, la dose est portée à 0,02 ou 0,03 deux fois par jour.

5° Ces doses du médicament dans 60 grammes de véhicule doivent être prises en quatre heures, c'est-à-dire par quart de la portion par heure.

6° Dans le choléra, les malades ont des vomissements fréquents, et rejettent toutes les boissons qu'ils prennent. Il importe de bien surveiller l'administration du médicament, sous peine de cruelles déceptions; car s'il est rejeté par le vomissement, les malades n'en auraient réellement point absorbé, lorsqu'on croirait ceux-ci en avoir pris des doses considérables. Il est donc nécessaire de leur faire avaler un petit morceau de glace après chaque prise, ou quelques gouttes d'eau fraîche. S'ils ne vomissent pas avant dix minutes, et que les fonctions d'absorption s'exécutent encore, la strychnine a eu le temps d'être absorbée. S'ils vomissent avant ce temps, il faut répéter de suite la dose.

7° Quand la réaction s'est établie bien franche, c'est-à-dire quand le pouls a reparu large et avec une certaine résistance, quand la peau est le siége d'une chaleur douce et humide, il faut cesser l'usage du médicament et continuer à donner en abondance les boissons chaudes. L'usage des boissons froides, tant désirées par les malades, doit être sévèrement proscrit.

8° A cette période de la maladie, on se contentera de surveiller les phénomènes appelés improprement typhiques, et on les combattra par les saignées générale et locale, la glace sur la tête, les révulsifs cutanés, les larges vésicatoires en calotte sur la tête.

Je répète ma question : Cette méthode de traitement, dite spécifique, est-elle la conséquence légitime et irrésistible des faits observés?

Chez les 22 cholériques composant la 1re série, et sur lesquels on compte 10 guérisons et 12 décès, jamais un plus ou moins grand nombre de sangsues n'a été appliqué à la base du thorax, jamais les malades n'ont été plongés dans un bain chaud avec des réfrigérants sur la tête, afin de faciliter et d'entretenir la réaction.

Chez un certain nombre la glace a été prescrite de préférence aux boissons chaudes.

Enfin dans plus de la moitié des cas la strychnine a été administrée à la dose de 15 milligrammes matin et soir; dans les autres, la dose a varié de 1 à 2 centigrammes, rarement 3, également matin et soir.

Vous voyez, messieurs, que le mode de traitement adopté pour les malades de cette 1re série non-seulement s'éloigne, mais diffère en totalité de la formule générale que nous avons exposée.

Pour les 22 cholériques de la 2e série, le traitement se rapproche davantage de cette formule.

Je dis davantage, parce que les bains chauds n'ayant été employés que trois fois, il me paraît difficile de fixer leur efficacité signalée dans la formule;

Parce que enfin le traitement est en opposition formelle avec le traitement dit spécifique, l'usage de la strychnine a été continué nonobstant une réaction franche, ainsi qu'on peut le constater dans les observations 15, 16 et 17.

Je n'hésite point à dire que M. Abeille a commis une profonde erreur lorsque, réunissant et confondant les 44 observations, il arrive à cette conclusion : que sur 44 cas très graves il a obtenu, par son traitement spécifique, 19 guérisons.

Cette conclusion n'est point admissible, puisque le traitement des malades de la 1re série n'offre aucune analogie avec celui de la 2e série; au lieu d'une méthode curative unique et spéciale, il est évident qu'il en existe deux dont les résultats ne sauraient être comparables et compris dans la même catégorie. Auquel de ces deux traitements doit-on donner la préférence? Le choix ne saurait être douteux, puisque le traitement adopté par les malades de la 1re série est plus simple dans son administration et compte plus de guérisons.

Ce traitement, qui se substitue naturellement à celui formulé avec tant de soins par M. Abeille, se réduirait, en dernière analyse, à l'usage de la strychnine donnée à la dose de 0,01 à 0,02 centigr. deux fois par jour.

Tel est, messieurs, le remède spécifique du choléra-morbus dans tous ses degrés, spécifique dont l'action est aussi positive que celle du sulfate de quinine dans les fièvres d'accès.

Lorsqu'on veut élever un médicament au rang d'un spécifique, il est indispensable de bien préciser ses différents modes d'action et les conditions qui peuvent en assurer les effets. Relativement à la strychnine, quand et comment la tolérance s'est-elle établie? a-t-il fallu souvent rapprocher les doses du médicament qui pouvait être expulsé par les vomissements? son extrême amertume a-t-elle provoqué la répugnance des malades et par suite les nausées et les vomissements? dans quelles circonstances a-t-il fallu augmenter ou diminuer les doses? quelles modifications a-t-il apportées dans la nature des liquides excrétés?

Toutes ces questions et celles qu'elles supposent ont été éludées dans les 44 observations de M. Abeille. Est-ce ainsi que les médecins thérapeutistes ont établi les préparations de fer, d'antimoine, d'iode, de quinine, de morphine, de digitaline, etc.?

Dans la question qui nous occupe, il était également indispensable d'apporter les plus grands soins aux autopsies cadavériques, et surtout aux lésions des organes digestifs. Les autopsies manquent en totalité dans la 1re série d'observations; dans la 2e série, sur les 13 décès, 10 autopsies ont été pratiquées. Sur les 10 ouvertures cadavériques, 7 ne contiennent pas un mot sur les organes digestifs; les 3 autres constatent seulement l'existence de la psorentérie.

Mais, dira-t-on, les faits parlent plus haut que la critique et feront toujours autorité. Les faits..... mais sans parler des journaux et du nombre incalculable d'écrits qui ont paru sur le traitement du choléra, ouvrez les cartons des Académies de tous les pays, et vous y trouverez une foule de recettes et d'observations tout aussi merveilleuses que celles de M. Abeille. En 1832, Broussais m'interpellait en ces termes :

« Vous venez de parcourir l'Europe pour en rapporter une hérésie
» monstrueuse. Vous prescrivez dans le traitement du choléra les bains
» de vapeur, le sulfate de quinine et l'opium à hautes doses, je vous
» l'accorde; mais baser votre traitement sur l'emploi de l'ipécacuanha,
» des boissons et des lotions froides, voilà l'erreur grave et inexcusa-
» ble. Je suis à l'œuvre pour combattre et mettre à néant cette prati-
» que erronée et éminemment dangereuse; je guéris tous mes cholé-
» riques par la méthode antiphlogistique. »

Sur le premier point, Broussais a tenu parole : il s'est égayé à son aise sur les commissionnaires en Russie; mais sur le second point, je crois qu'il n'a pas eu le même succès.

A la même époque, Dupuytren disait avec un air de satisfaction si rare sur sa physionomie : « Je possède un traitement infaillible pour la guérison du choléra, » Ces paroles de Dupuytren me rappelèrent à

l'instant Récamier, qui, placé près de moi à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, déclara, avec le sentiment de la plus profonde conviction, qu'il guérissait tous les cancers du sein par sa méthode de compression.

Sans prolonger cette revue rétrospective, et sans sortir de l'hôpital du Roule, notre honorable collègue M. Bonnafont n'a-t-il pas soumis à l'examen de la Compagnie son mémoire remarquable sur le traitement de l'orchite, appuyé sur plus de 40 observations? Etait-il possible de rencontrer un problème de thérapeutique plus simple, plus facile à résoudre et moins susceptible de controverse : d'une part, une tumeur dont le siége et la nature sont connus, tumeur qu'à chaque instant on peut voir, palper, examiner dans tous les sens; d'autre part, une simple couche de collodion. Eh bien! messieurs, vous savez tous ce qu'il est advenu. Nous ne contestons donc pas les faits, mais nous ne les acceptons que sous bénéfice d'examen et de vérification.

Telle est, messieurs, l'impression que m'a laissée le travail de M. Abeille; telles sont les réflexions qu'il m'a suggérées. Je les livre sans réserve à votre appréciation et à votre jugement. Vous déciderez si vous devez encourager un traitement dit spécifique basé sur une expérimentation imparfaite, empirique et dangereuse.

Je dis dangereuse; car si l'usage de la strychnine doit se répandre dans le public pour combattre, comme le propose M. Abeille, non-seulement tous les choléras, mais encore la cholérine, il s'élèvera bientôt une redoutable question de responsabilité médicale.

J'ai l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Abeille de sa communication;

2° D'inviter instamment cet honorable confrère de publier ses observations, afin que chacun puisse en apprécier la valeur;

3° De renvoyer les documents à la commission du choléra.

M. Gibert donne son entière approbation au rapport de M. Gérardin, et demanderait seulement qu'on ajoutât aux conclusions une phrase exprimant ce fait capital, que le résultat statistique de la méthode de M. Abeille ne diffère pas du résultat moyen des méthodes de traitement le plus habituellement usitées. Le moyen préconisé par M. Abeille ne saurait, par conséquent, être considéré comme doué d'une vertu spécifique. Il est d'autant plus important de prémunir les populations contre de semblables tentatives, qu'elles pourraient n'être pas toujours sans danger.

M. Londe. Si M. Abeille n'était connu pour un homme de mérite et de bonne foi, on croirait qu'il n'a jamais vu de cholériques à la manière dont il parle de sangsues et de saignées. Tout le monde ne sait-il pas qu'on ne peut pas obtenir de sang par la saignée chez les cholériques, et que les sangsues, le plus souvent, ne prennent pas?

La strychnine est présentée par M. Abeille comme un spécifique. Peut-on donner ce nom à un remède qui donne pour résultat moitié de guérisons et moitié de morts?

M. Gérardin a parlé des lésions intestinales de cholériques; il n'y a pas dans le choléra de lésion intestinale qui explique la mort.

M. Londe rappelle à ce sujet un discussion qui eut lieu dans le temps en sa présence entre Broussais et un de ses élèves, au sujet de la lésion de l'intestin, dans laquelle M. Broussais s'obstinait à voir une cause suffisante de mort.

M. Bouchardat exprime le regret qu'on n'ait point recherché si les matières vomies après l'administration du médicament contenaient ou non de la strychnine. Cette recherche eût été très importante pour savoir si l'absorption du médicament avait pu ou non se faire.

M. Collineau. M. Abeille paraît attacher une grande importance à ce que la réaction s'est faite en général chez ses malades dans les premières vingt-quatre heures. Mais rien n'est plus commun dans l'épidémie actuelle que de voir survenir la réaction au bout de quelques heures sans qu'on soit fondé pour cela à attribuer ce résultat en particulier à tel ou tel médicament.

M. Bouvier. Il est dit dans le rapport que certaines questions ont été éludées dans le mémoire de M. Abeille. Ce mot semble impliquer une intention de la part de l'auteur qu'on ne peut supposer. Ne vaudrait-il pas mieux substituer le mot négligées?

M. Larrey regrette que M. Bourdon soit absent; il aurait pu donner des renseignements sur cette méthode qu'il a été chargé par M. le ministre du commerce d'étudier dans les hôpitaux militaires. Il s'est présenté en cette qualité à l'hôpital du Val-de-Grâce, où on n'a pu lui présenter un seul fait, aucun malade n'ayant été traité par la strychnine.

M. Requin. M. Bourdon, qui s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, s'est plaint de ne trouver nulle part des médecins disposés à expérimenter la méthode de M. Abeille. J'ai répondu pour mon compte à M. Bourdon que je ne me croyais pas autorisé à faire de semblables expériences.

M. Bouillaud saisit cette occasion de dire sa pensée sur ce sujet. On ne peut voir qu'avec peine la médecine rationnelle ainsi sacrifiée tous les jours à l'imagination et aux rêveries du premier venu. Il n'est pas moins regrettable de voir au milieu de cette confusion l'administration patroner toutes ces inventions et en appeler aux médecins des hôpitaux pour expérimenter de ridicules recettes. Ce serait aux corps compétents, à l'Académie, qu'il appartiendrait de réduire toutes ces prétentions. Il est regrettable que dans une pareille circonstance l'Académie reste muette. Elle a ici un rôle à remplir.

Ce n'est pas à chercher des formules pour guérir la cyanose qu'elle doit diriger ses efforts; autant vaudrait demander qu'on cherchât un remède pour guérir les pendus ou les foudroyés. Ce qu'il faut chercher, c'est une méthode de traitement convenable appropriée aux premières périodes de la maladie. Il faudrait surtout encourager les travaux et les recherches qui ont pour objet l'étude des causes réelles, de la source première de la maladie, de son mode de propagation, etc. Ce qu'il faudrait enfin, ce serait de s'efforcer de trouver la *vaccine* du choléra. Rien n'indique qu'on ne puisse arriver un jour à découvrir l'origine, la cause principale de la maladie. Je n'insisterai pas trop làdessus en ce moment, un rapport devant être fait à l'Académie sur toutes ces questions. Je ne puis m'empêcher, en terminant, d'exprimer le vœu que ce rapport soit prochainement fait, et au besoin je proposerais même que l'Académie décidât que ce rapport lui soit incessamment présenté.

M. Davenne. Les paroles de M. Bouillaud sembleraient impliquer un reproche à l'administration que j'ai l'honneur de diriger. Je dois dire à ma justification que l'administration est littéralement accablée tous les jours de communications de remèdes et de recettes contre le choléra. J'ai dû naturellement, dans cette circonstance, en appeler à l'expérience et aux lumières de MM. les médecins. L'administration sera toujours heureuse en pareil cas de pouvoir s'abriter derrière leur autorité.

M. Desportes. Le rapport laisse à désirer sous plusieurs points de vue; il n'y est point question des effets physiologiques de la strychnine. Or, comment peut-on juger si la strychnine a produit l'action thérapeutique qui lui est attribuée, si l'on ne connaît pas les effets physiologiques qu'elle a produits? D'un autre côté, M. Abeille vous a dit que c'était sur les cas les plus graves qu'il a employé la strychnine; c'est dans ces cas qu'il s'agit de savoir si la strychnine peut produire quelque chose. La solution ordinaire des cas graves est la mort. Or c'est dans cette catégorie que M. Abeille vous dit avoir eu une proportion de guérisons égale à celle que donnent les autres traitements appliqués à tous les degrés de la maladie indistinctement. On n'a pas, à ce qu'il paraît, assez tenu compte de cette circonstance dans le rapport.

On a reproché encore à la strychnine d'être un traitement empirique; je ne saurais partager cette opinion. L'un des caractères de cette affection, c'est l'asphyxie. Que voit-on d'irrationnel à ce que l'on cherchât à stimuler la moelle épinière? On en pourrait dire autant de l'action de l'électricité sur les nerfs pneumo-gastriques, dont on n'a point parlé non plus dans le rapport, et qui pourrait certainement être utilisée dans le but de réveiller l'action respiratoire.

Il ne faudrait donc pas trop se hâter de condamner sans examen la méthode proposée par M. Abeille. Le choléra est une maladie assez grave pour qu'on doive chercher à sortir des moyens empiriques et s'efforcer par tous les agents connus de réveiller l'action des centres nerveux qui tiennent la respiration sous leur dépendance. Je désirerais que M. Gérardin voulût bien modifier ses conclusions dans ce sens. (Aux voix! aux voix!)

M. Cazeaux demande à dire un mot pour appuyer la proposition de M. Bouillaud. (Aux voix!)

M. le président met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées sans qu'aucun membre lève la main à la contre-épreuve.

M. Gibert insiste pour qu'on ajoute une quatrième conclusion ainsi conçue :

« 4° Enfin appeler l'attention sur ce fait capital, que le chiffre des guérisons annoncé par M. Abeille est celui que l'on obtient généralement du traitement méthodique du choléra. » (Appuyé.)

Cette quatrième conclusion est mise aux voix et adoptée sans opposition.

M. Gérardin demande que les observations de M. Abeille soient paraphées par M. le président. (Adopté.)

M. Moreau appuie la proposition de M. Bouillaud, et pense comme lui qu'en présence d'une calamité publique l'Académie ne saurait rester inactive; elle doit chercher à arrêter le débordement du charlatanisme et à prévenir les sottises dans lesquelles on entraîne les populations. Il voudrait enfin que, comme en 1832, l'Académie rédigeât une instruction destinée à vulgariser les moyens préventifs à mettre en usage, et à prémunir les populations contre tous les piéges du charlatanisme.

M. Rostan. Une commission a été nommée à cet effet il y a cinq ans; il est regrettable que le rapport n'ait pas été fait. On conçoit, dans cette position, l'embarras de l'Académie.

M. Dubois (d'Amiens). Le rapporteur de la commission, M. Jules Guérin, a été sérieusement malade; c'est là le motif principal qui l'a empêché jusqu'ici de présenter son rapport. Ce rapport est, du reste, très avancé; c'est un travail très considérable. Au point où en sont les choses, après le dépouillement des volumineux documents administratifs auquel a dû se livrer M. le rapporteur, on ne pourrait songer à renvoyer ce travail à un autre membre. Cet incident doit d'ailleurs être un nouveau motif d'engager M. Guérin à hâter le plus possible l'achèvement de son rapport; il y a lieu de compter sur la presse médicale pour venir en aide au bureau dans cette circonstance.

M. Velpeau craint que M. Moreau ne se fasse illusion sur l'influence de l'Académie. Il n'en désire pas moins vivement, comme tout le monde, que le rapport soit promptement fait; mais il ne faut pas se dissimuler que tout ce que pourra faire l'Académie n'empêchera pas les inventeurs de remèdes de dire qu'ils guérissent mieux que les autres, et le public, qui saura que vous ne guérissez que 1 malade sur 2, s'empressera de courir à eux.

M. Bouillaud pense qu'il y a quelque chose à faire, et que l'Académie rendrait un grand service si elle provoquait et encourageait des recherches sur la prophylaxie du choléra. Il propose de faire pour l'épidémie actuelle ce qu'on a fait pour l'épidémie de 1849, de nommer une commission. (Appuyé.)

L'Académie consultée décide qu'une commission sera nommée.

M. Gérardin exprime le désir que M. Davenne soit engagé à faire un rapport semblable à ceux qu'il a faits pour les précédentes épidémies.

M. Davenne se met tout à la disposition de l'Académie.

— La parole est à M. Gibert pour une présentation. (Nous y reviendrons.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, 3 septembre 1854.

Monsieur le Rédacteur,

Pendant que j'étais éloigné de Paris, M. Maisonneuve a fait insérer dans la *Gazette des Hôpitaux* une note que je ne puis laisser sans réponse, car elle porte atteinte à ma position comme praticien.

J'avais adressé à l'Académie une réclamation que je crois légitime. Si M. Maisonneuve s'était borné à combattre cette réclamation, en démontrant qu'elle n'est point fondée, j'aurais gardé le silence. Mais, transportant la question sur le terrain de ma propre pratique, il vient affirmer que je n'ai jamais extirpé ni tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus, ni tumeur profonde du cou. C'est là une assertion complètement inexacte, et à laquelle je ne puis que donner le démenti le plus formel.

Non-seulement j'ai fait des ablations de tumeurs profondes du col, mais j'ai enlevé des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus. Je n'ai eu recours, il est vrai, à ce dernier genre d'opération que le plus rarement possible et quand elle m'était en quelque sorte imposée, suivant en cela les préceptes de ceux qui s'abstiennent avec soin de toute folle témérité.

M. Maisonneuve avance que je n'ai jamais enlevé de tumeur profonde du cou, lorsqu'il est de toute notoriété que dernièrement encore (12 juin 1854) je faisais à l'hôpital, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves, l'ablation d'un goître, cause d'asphyxie imminente. Je dus poursuivre la tumeur latéralement jusqu'à la colonne vertébrale en la séparant des carotides primitives, et en bas jusque dans la poitrine, avec mise à nu du tronc brachio-céphalique profondément refoulé derrière le sternum. Tout cela, chez une malade qui cinq semaines après regagnait son pays.

C'est apparemment là une ablation de tumeur profonde du cou, et même un peu plus sérieuse que celle dont M. Maisonneuve a fait tant de bruit.

Sera-t-il donc permis d'affirmer, au détriment d'un chirurgien, qu'il n'a jamais fait telle ou telle opération, par cela seul qu'il ne va pas occuper toutes les Académies d'un même et unique fait? Faudra-t-il, sous peine d'être déclaré incapable, consentir à initier les journaux politiques à la connaissance de ses merveilles chirurgicales?

Quant au point primitif du débat, quelque peu oublié par suite de l'excursion malheureuse faite sur le terrain de ma pratique, je laisse à d'autres le soin de faire comprendre à M. Maisonneuve que diviser une tumeur en trois segments par l'ablation d'une tranche taillée entre ses deux parties latérales, c'est là précisément ce qu'il lui plaît d'appeler dans son langage la méthode du morcellement.

En résumé, de quoi s'agissait-il?

D'une manière de faire toute simple, comme il s'en présente journellement dans la pratique de tous les chirurgiens. Le procédé une fois indiqué dans les livres classiques, cela suffisait pour que chacun en fît usage en temps et lieu. Jamais personne n'avait songé à en tirer avantage, et voilà que tout à coup cette manœuvre si simple se transforme en une méthode annoncée avec fracas dans toutes les Académies par la fameuse formule en usage pour l'histoire des grandes découvertes : C'est en 1849....... Tout bomme d'un peu de tact conviendra que ce n'était pas la peine de signaler par un exorde si pompeux l'idée de couper une tumeur en trois morceaux.

Les citations que j'ai faites des noms si honorables de MM. Velpeau, Malgaigne et Sédillot ne sont pas, semble-t-il, du goût de M. Maisonneuve. En voici une qui trouvera sans doute grâce à ses yeux; qu'il prenne donc la peine de lire le procès-verbal de la séance du 7 mars 1849 de la Société de chirurgie, il y verra (ce sont ses propres paroles) la phrase suivante: « J'ai pensé alors à une idée qu'avait émise » M. Chassaignac, celle d'enlever une portion cunéiforme de la tu- » meur, afin de détacher ensuite plus facilement les parties latérales. »

Il y verra également que M. Huguier avait déjà, bien avant 1849, opéré et guéri deux malades par morcellement de tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus.

Ainsi, en 1833 M. Velpeau divise un corps fibreux utérin pour l'extraire; en 1848, M. Huguier fait deux fois avec succès cette opération pour des corps fibreux utérins interstitiels. On conviendra, dès lors, qu'il n'a pas fallu un bien grand effort d'esprit pour avoir eu, en 1849, exactement la même idée, et qu'il en a fallu moins encore pour l'annoncer en 1854.

Agréez, etc.

E. Chassaignac.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 13 août 1854, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon vient d'être réorganisée.

Sont nommés *professeurs titulaires* des chaires suivantes :

Anatomie et physiologie : M. Richard.

Pathologie et médecine opératoire : M. Petrequin.

Clinique externe : M. Bonnet.

Pathologie interne : M. Senac.

Clinique interne : M. Davay.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants : M. Colrat.

Matière médicale et thérapeutique : M. Brachet.

Pharmacie et notions de toxicologie : M. Glenard.

Sont nommés *professeurs adjoints* :

Clinique externe : M. Bouchacourt.

Clinique interne : M. Teissier, médecin à l'Hôtel-Dieu.

Anatomie et physiologie : M. Foltz.

M. Davallon est nommé professeur adjoint hors cadre, attaché à la chaire de pharmacie et notions de toxicologie.

Sont nommés *professeurs suppléants* :

Pour les chaires de médecine proprement dite : M. Gromier, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements : M. Barrier.

Pour les chaires de sciences accessoires : M. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. Foltz, professeur adjoint, est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Richard, professeur d'anatomie et de physiologie, est nommé directeur de l'Ecole.

— Par décret en date du 16 août 1854, M. Le Roy (Jacques-Philippe), ancien officier de santé de marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 107. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 107. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

MARCHE ET CARACTÈRES DE L'ÉPIDÉMIE.

Nous recevons de M. le docteur Fiévet quelques renseignements sur le caractère et la marche de l'épidémie dans la Haute-Marne, la Côte-d'Or et l'Aube.

La suette, nous écrit notre correspondant, a précédé l'invasion du fléau asiatique; le plus ordinairement le choléra n'a pas tardé à la suivre. Dans d'autres localités, il a précédé cette affection. Tantôt il s'est développé d'une manière bénigne, d'autres fois il a frappé avec une énergie excessive. Une fois développé, il a paru s'arrêter, puis la suette a repris son cours, et enfin le choléra a reparu avec intensité et frapppant alors indistinctement toutes les classes de la société. Primitivement, il affectionnait les personnes faibles, débilitées, les vieillards. Dans la commune de Cérafin, forte de 1,247 habitants, le fléau a enlevé en deux mois 133 personnes. Il y a eu 3 à 400 malades. Les habitants pauvres généralement avaient éprouvé de dures privations dans le cours de l'année de disette de 1853 à 1854.

M. Fiévet, atteint lui-même après des fatigues de jour et de nuit pendant deux mois consécutifs, a d'abord été affecté de la suette, et au cinquantième jour, de symptômes cholériformes qui pouvaient compromettre son existence. Il est heureusement sorti victorieux de la suette. La médication qu'il a généralement employée chez ses malades, et qu'il s'est appliquée à lui-même, est celle-ci: lavements d'amidon laudanisés dès l'apparition de la diarrhée; cataplasmes chauds sur l'abdomen; puis lavement de décoction de ratanhia ou d'écorce de chêne dans les cas de résistance ou d'opiniâtreté de la diarrhée, toujours avec addition de laudanum.

En second lieu, il ajoutait 20 à 25 grammes de teinture de cachou au lavement. Si la diarrhée n'était pas arrêtée par les premiers lavements, elle s'arrêtait ordinairement comme par enchantement à la suite de ceux-ci.

Les vomissements ont cédé, après avoir employé l'éther, le laudanum inutilement, à une infusion de feuilles d'oranger avec addition de chloroforme. Cette dernière potion était prise par cuillerée à café tous les quarts d'heure. Dans le choléra intense, il faisait appliquer un large vésicatoire sur l'épigastre, des sinapismes sur les extrémités, pour réveiller la sensibilité et produire une réaction. Le malade était placé dans une couverture de laine après qu'on lui avait fait faire des frictions avec l'essence de térébenthine le long de la colonne vertébrale surtout, et fers chauds sur toute la surface du corps, etc. Les réactions trop vives étaient combattues par les applications de sangsues derrière les oreilles ou à l'anus, ou au plat des cuisses, suivant les circonstances du moment.

Inutile d'ajouter que dans le cours du traitement la glace n'a pas été épargnée, suivant les désirs des malades, qui à l'eau de Seltz préféraient toujours l'eau fraîche de la fontaine à défaut de glace.

Ici, comme ailleurs aussi, la fièvre typhoïde a apparu avec des symptômes cholériformes qui ont disparu pour lui céder la place et parcourir leurs périodes ordinaires.

PROPHYLAXIE.

M. le docteur Lucas (d'Orléans) signale comme moyen prophylactique la combustion du charbon de terre. « Sans savoir, dit-il, si cette combustion agit par les gaz qu'elle dégage, par les molécules de charbon qui s'échappent, ou tout simplement par le feu qu'elle produit, il est certain que l'épidémie (le *quid ignotum*) a été nulle ou amortie, à peu d'exceptions près, dans les pays où l'on fait communément usage de ce combustible. »

Voici les résultats des expériences directes qu'a faites M. Lucas :

Il a fait allumer de petits fourneaux de houille grasse dans les cours des maisons infectées par la présence du choléra, et entretenir le feu jour et nuit sans interruption jusqu'à ce qu'il eût complétement disparu, soit par la guérison du malade, soit par l'enlèvement du cadavre. Jamais de nouveaux cas ne se sont reproduits pendant la combustion, et les maisons ont été délivrées pour tout le reste de l'épidémie.

M. le docteur Lucas signale en outre d'autres faits qui pourraient, suivant lui aider M. Bouquet (de Marseille) à trouver la cause de l'immunité dont jouissent Aubagne et La Ciotat.

« Nous avons ici, nous dit M. Lucas, aux portes d'Orléans, les rives du Loiret au midi, avec 5,000 habitants; les rives de la Bionne à l'est, les rives des Mauves à l'ouest, qui n'ont pas souffert de l'épidémie, qui a rôdé dans leur voisinage, *querens quem devoret*. Les quelques malades qui sont allés mourir sur les bords du Loiret n'ont fait qu'attester l'impuissance du choléra à s'y propager.

» Le Cosson, le Beuvron, dans la Sologne; l'Essonne et ses affluents, l'Œuf et la Rimarde, dans leur cours à travers le département du Loiret, n'ont point eu jusqu'à ce jour, dans les trois épidémies, de cholériques sur leurs bords. Pithiviers seul, à quelque distance de l'Œuf, en a été atteint en 1832. L'influence des grandes routes l'a emporté cette fois. La Conie, qui coule au milieu de marais, entre Patay et Châteaudun, où la fièvre intermittente au printemps et à l'automne, et le maraudage toute l'année sont dans les habitudes, n'a vu qu'une fois, en 1849, le choléra enlever en peu de jours deux ou trois habitants d'un village; mais il ne s'est point propagé. Qu'ont de commun tous ces cours d'eau? Ils sont alimentés d'un bout à l'autre, en totalité ou en grande partie, par des sources vives. Les rivières du département où dominent les eaux pluviales, les canaux la Loire, ont été des véhicules du choléra. »

Voici encore quelques vues prophylactiques basées sur la théorie étiologique du choléra que nous communique l'honorable professeur M. Burggraeve (de Gand) :

Le choléra est dû à un principe qui tue la vitalité par l'intermédiaire du système nerveux. C'est la respiration qui en reçoit la première atteinte : de là langueur, insuffisance de l'hématose. Le foie, obligé de suppléer à cette dernière, sécrète une grande quantité de bile âcre qui, en s'amassant dans l'intestin, occasionne ces symptômes abdominaux, tels que coliques, diarrhées bilieuses, considérés à juste titre comme prodromiques. Nous pourrions étendre ce thème; mais chacun de vos lecteurs le complétera. Voici la pratique :

Aider l'action du foie et empêcher la bile de s'amasser. Pour cela, prendre chaque matin dans un verre d'eau une pincée de sel anglais, ou une cuiller à café. La selle obtenue, déjeuner substantiellement avec une côtelette, de l'eau rougie ou une tasse de café au lait.

Pour peu qu'on éprouve de la prostration nerveuse, faire usage de la poudre suivante dans un verre de vin, soit dans la journée, soit pendant le repas :

Camphre.	1/25 de gram.
Musc.	1/50 —
Sucre de lait.	q. s.

Il faut que la préparation soit faite par une longue trituration (trois ou quatre heures).

L'effet de cette poudre est de réchauffer l'estomac et le cœur et de porter une légère excitation au cerveau.

Le régime doit être essentiellement animal. De préférence on fera usage de vin de Champagne pris modérément.

On portera de la flanelle légère ou du molleton sur la peau nue. Les vêtements extérieurs seront légers. Les bains chauds doivent être proscrits. Le soir et le matin, on lotionnera tout le corps avec de l'eau fraîche au moyen d'une éponge ou d'un essuie-main. Immédiatement après, on fera quelque mouvement. On écartera toute idée morale triste; surtout on se persuadera que le choléra n'est pas contagieux.

L'aération des chambres, bureaux, ateliers doit être strictement maintenue.

TRAITEMENT.

Rhum associé à des substances fortement excitantes. — M. le docteur Montanier, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, nous écrit qu'après avoir tout essayé en vain dans la période algide du choléra, y compris le sulfate de strychnine, qui a échoué trois fois dans ses mains, les frictions avec l'essence de térébenthine, qui ne lui ont pas donné de meilleurs résultats, et l'arsenic, qui fut toléré, mais inactif, probablement faute d'absorption, il a eu l'idée de revenir au rhum en y associant des substances aromatiques fortes. Il a composé une sorte de liqueur avec du rhum, du sel, du poivre, du girofle et du thé.

Voici comment il opère ce mélange :

Dans un flacon bouché à l'émeri, à large ouverture et de la capacité d'un verre ordinaire, on met une forte cuillerée de sel gris, deux bonnes pincées de thé noir, dix à douze clous de girofle, une forte cuillerée à bouche de poivre pilé et renfermé dans un nouet de linge; puis on remplit le flacon de bon rhum et on bouche très hermétiquement. On laisse macérer pendant trente-six, quarante-huit heures et davantage en secouant de temps en temps; puis on passe à travers un linge fin, en ayant soin de bien exprimer entre ses doigts le nouet renfermant le poivre.

Cette liqueur est destinée à ramener la circulation et par suite la calorification; aussi ne doit-on la donner que dans la période algide. M. Montanier la fait prendre de la manière suivante : une cuillerée à bouche mélangée à quatre cuillerées de thé très chaud toutes les heures jusqu'à ce qu'on obtienne un commencement de réaction, qui continue ensuite. Deux ou trois cuillerées de la liqueur lui ont paru suffire jusqu'ici; il pense cependant qu'on pourrait pousser sans inconvénient la dose plus loin.

Il ne l'a encore employée que quatre fois, et chaque fois il a obtenu la réaction : dans trois cas avec une extrême facilité; la quatrième fois avec une peine infinie, et la malade a succombé. Voici la relation sommaire de ces quatre observations :

Dans la première, le nommé M..., âgé de vingt-sept ans, est pris subitement sans prodromes, le matin du 23 août, de vomissements, de diarrhée et de crampes très douloureuses. A la première visite, à neuf heures du matin, il y a eu plusieurs vomissements bilieux, deux ou trois garde-robes très liquides, crampes très fréquentes et très douloureuses, urines rares, pouls faible, mais appréciable; extrémités encore assez chaudes, face un peu froide, sueur abondante, chaleur de la peau nullement en rapport avec l'abondance de la transpiration. — Infusion de thé et de menthe; potion composée avec l'eau de tilleul et de menthe, le sirop de fleurs d'oranger et 4 grammes d'esprit de mindererus; frictions avec un liniment camphré et laudanisé; lavement au laudanum; sinapismes aux extrémités inférieures.

A une heure de l'après-midi les mêmes symptômes persistant et s'étant même aggravés, M. Montanier prescrit une cuillerée de sa potion dans quatre cuillerées de thé. Recommencer au bout d'une heure.

A quatre heures après midi, réaction franche. Les extrémités sont chaudes; le pouls plein et fort; pas de garde-robes; pas de vomissements; plus de crampes. (Troisième cuillerée de la potion.)

A huit heures du soir la réaction continue et se maintient dans de bonnes limites. Plus de crampes ni de diarrhée; pouls plein, fort, à 72; pas encore d'urines. On continue le thé et on reprend la potion avec esprit de mindererus.

Le 24, le malade est en très bon état; il a pu sortir et se promener le 30.

La deuxième observation est une femme de trent-un ans, prise le 3 septembre au soir. Le 4, à neuf heures du matin, elle présente tous les symptômes du choléra grave (cyanose et refroidissement). Même prescription que ci-dessus. Thé au rhum; potion avec esprit de mindererus; liniment laudanisé et camphré, etc.

A quatre heures de l'après-midi, même état. (Même prescription.)

A sept heures du soir, l'état de la malade est notablement aggravé. Elle est complétement algide. (Deux cuillerées de la potion à une heure d'intervalle l'une de l'autre, et mélangées à quatre cuillerées de thé très chaud.)

Le 5 septembre, à neuf heures du matin, la malade est infiniment mieux; la diarrhée, les vomissements et les crampes ont cessé; la peau est chaude; le pouls fort et plein, à 104.

Le 6, la malade va tout à fait bien; elle n'accuse qu'un peu de douleur à l'estomac.

La troisième observation est relative à un jeune garçon de onze ans, atteint d'un choléra un peu moins intense que les deux précédents. Il a pris une cuillerée de la potion, et le lendemain il était parfaitement guéri. Chez le quatrième malade, atteint très gravement, et qui avait pris de la strychnine à la dose de 2 centigr. à deux reprises et de l'arsenic sans aucun résultat, la potion au rhum produisit la réaction au troisième jour de la période algide; mais le malade succomba aux phénomènes typhiques consécutifs.

M. Marbot (de Nevers) est d'avis que la méthode stimulante, la plus généralement usitée, est beaucoup plus nuisible qu'utile. Il a adopté une méthode simple dont il dit s'être très bien trouvé, et qui consiste en boissons délayantes ou acidulées, froides en été et

tièdes en hiver, et même de l'eau pure pour étancher la soif et calmer les vomissements; des demi ou quarts de lavements additionnés de laudanum (4 ou 5 gouttes) pour diminuer le nombre des selles. Contre les crampes, lorsqu'elles sont violentes, il prescrit l'infusion de tilleul et de feuilles d'oranger, à titre d'antispasmodique, et des frictions légères avec un liniment camphré et laudanisé, les bains tièdes. A la cyanose et au refroidissement prononcés, il n'oppose que des sinapismes, quelques frictions stimulantes sur les membres et la région du cœur, etc. Enfin les phénomènes congestifs de la réaction sont combattus par les émissions sanguines modérées et employées avec beaucoup de réserve.

M. Marbot bannit rigoureusement du traitement du choléra tous les stimulants internes sans aucune exception et à toutes les périodes de la maladie. Ce n'est pas seulement sur des raisonnements théoriques et sur des *à priori* qu'il fonde cette exclusion, c'est aussi sur des faits. Il assure qu'en 1849 il n'a perdu avec ce traitement qu'un malade sur quatre.

On nous signale comme une particularité digne d'attention que depuis le début de l'épidémie aucune des localités où gisent des eaux minérales n'a été atteinte jusqu'ici par le fléau, celles même qui se trouvent dans le voisinage des pays envahis. Nous pourrions citer entre autres Vichy, Contrexeville, Pougues, Eaux-Bonnes, Bagnères, etc., etc.

Mouvement de l'épidémie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 31 août,	31	7	38	38	26
Le 1er septemb.,	32	13	45	14	20
2 »	29	8	37	25	15
3 »	30	11	41	40	19
4 »	22	14	36	33	16
5 »	23	12	35	26	17
6 »	32	8	40	21	10
	199	73	272	197	123

Situation générale des hôpitaux au 6 septembre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		5,871
Sorties.	2,414	5,405
Décès.	2,991	
Restant en traitement.		466

Décès en ville et dans les communes rurales.

Le 28 août, en ville,	53	communes rurales,	22
29 » —	57	—	17
30 » —	34	—	42
31 » —	37	—	»

La mortalité par le choléra depuis la recrudescence de février a été en ville de. 3,360

Dans les communes rurales de. . . 1,964

— Les nouvelles des départements sont en général plus rassurantes; l'épidémie est en pleine décroissance dans les parties de la France qui ont été le plus frappées, et notamment dans le Midi. A Marseille, on ne compte plus qu'une dizaine de décès par jour en moyenne.

On signale parmi les départements nouvellement atteints l'Ariége, l'Aude et la Haute-Garonne.

Le chiffre total des décès cholériques pour toute la France s'élève en ce moment à plus de 68,000.

Choléra à Londres.

Semaine du 26 août au 2 septembre 1854.

Mortalité générale.	2,515
— due au choléra..	1,287
— due à la diarrhée.	243

Cette mortalité se répartit de la manière suivante entre les divers quartiers de la ville :

Quartier de l'ouest..	300
— du nord.	99
— du centre.	69
— de l'est.	149
— du midi.	670
Total. . . .	1,287

Dans les huit dernières semaines, le choléra a fait à Londres 4,070 victimes, sur lesquelles 2,317 appartiennent au quartier méridional de la ville, dont la population dépasse à peine le quart du chiffre total des habitants de Londres.

Pendant la dernière semaine, la hauteur barométrique moyenne à l'observatoire de Greenwich a été de 30,212 p. = 76,70 c. La température moyenne, 65,1 Fahr. = 18°,5 (centigrades), et le vent a soufflé généralement du nord.

— Des nouvelles récentes apprennent que le choléra sévit avec une grande intensité a l'île Maurice. Voici d'après le *Civil status office* le chiffre de la mortalité du 7 mai au 14 juin compris :

Le 27 mai.	19	Le 6 juin.	155
Le 28	80	Le 7	153
Le 29	108	Le 8	155
Le 30	79	Le 9	207
Le 31	73	Le 10	184
Le 1er juin.	88	Le 11	187
Le 2	69	Le 12	158
Le 3	80	Le 13	143
Le 4	113	Le 14	112
Le 5	164		

Cas d'autoplastie pour réparer une cicatrice vicieuse de la face.

Un coutelier âgé d'une vingtaine d'années, d'une bonne constitution, entra dans le courant de mars dernier dans le service de M. Denonvilliers pour se faire traiter d'une plaie de la face excessivement grave, dont il venait d'être atteint dans les circonstances suivantes. Tandis qu'il aiguisait un couteau sur la meule, celle-ci s'étant brisée, les éclats furent projetés avec violence au dehors par l'effet de la force centrifuge, et cet homme fut frappé au côté droit du visage par un fragment assez volumineux. La plaie s'étendait depuis l'angle externe de l'œil jusqu'à la partie latérale droite du cou, en suivant la joue, la commissure des lèvres du côté correspondant et le menton, et occupant une longueur de 20 à 25 centimètres. Les bords de cette plaie étaient mâchés, contus, irréguliers, offrant d'autres petites plaies transversales qui venaient aboutir à la grande division verticale. Les parties molles avaient été détachées par la violence du coup et refoulées en arrière. Les os de la partie externe de l'orbite avaient même été intéressés. Enfin, à ces désordres ajoutez une infiltration sanglante de la conjonctive, un boursouflement énorme des lambeaux, et vous aurez l'idée de l'aspect repoussant que présentait ce malheureux.

La guérison fut traversée par quelques accidents : une inflammation assez vive s'empara de la joue, un érysipèle phlegmoneux se forma à la partie inférieure du cou, et nécessita quelques incisions. Enfin la cicatrisation fut obtenue, mais non sans difformité.

D'après la direction que nous avons assignée à la solution de continuité, on voit que le trajet passant par l'angle externe de l'œil et la commissure des lèvres du côté droit, il a dû en résulter une cicatrice creusée en sillon qui suit précisément ce trajet. Or, la rétraction du tissu cicatriciel a amené un rapprochement entre l'angle externe de l'œil et la commissure des lèvres, d'où il résulte que le premier a été abaissé, et la commissure portée en haut.

Ces deux lésions sont inégalement graves et gênantes, et, quoique dues à une même cause, elles sont tout à fait indépendantes l'une de l'autre, et peuvent être traitées séparément et successivement. M. Denonvilliers a dû se préoccuper tout d'abord des désordres siégeant du côté de l'œil, car il n'y a pas seulement là une difformité, mais encore un état pathologique assez sérieux pour entrer en ligne de compte. La vision, le cours des larmes ne sont pas gênés, il est vrai; mais par suite de l'inclinaison en bas des deux tiers externes de la fente palpébrale, l'œil ne peut être exactement fermé par la paupière, une portion du grand angle reste béante et reçoit l'action irritante de l'air et de la lumière, qui a déjà déterminé une rougeur granuleuse. Vers le petit angle, c'est l'inverse : la paupière supérieure chevauche sur la paupière inférieure. Il en résulte qu'un paquet de cils vient à chaque clignement frotter contre la conjonctive, et s'y appuyer quand l'œil est fermé; de là encore une irritation très vive et une rougeur inflammatoire qui ne pourra que s'accroître, et qui finirait par amener un trouble dans la vision. A ces lésions purement pathologiques, se joint l'inconvénient très réel d'une difformité chez un jeune homme.

Tel est l'ensemble des raisons qui ont déterminé M. Denonvilliers à tenter les ressources de la chirurgie réparatrice, et à braver les chances d'un insuccès qui à coup sûr n'aurait pas aggravé la situation des choses.

Que fallait-il donc faire ?

Laissant de côté les notions fournies par les livres sur les procédés divers de l'autoplastie, l'opérateur s'est exclusivement préoccupé de son malade et des désordres particuliers auxquels il s'agissait de remédier. Or les lésions avaient été assez profondes, les os de la partie externe de l'orbite avaient été intéressés. Il en était donc résulté des adhérences intimes et très résistantes qu'il fallait détruire par une dissection délicate et laborieuse. Les deux tiers externes de l'œil étaient, nous l'avons dit, fortement inclinés par en bas ; il fallait les relever, et, pour cela, rendre les paupières mobiles et indépendantes des parties voisines, et les reporter en haut. Mais pour faire remonter ainsi une partie des paupières, il était nécessaire d'avoir une place vide entre l'angle de l'œil et le sourcil, il était également indispensable de combler la perte de substance que laisserait en bas la place actuellement occupée par l'angle externe de l'œil. L'habile opérateur se proposa de résoudre ce double problème à l'aide d'une combinaison très ingénieuse d'incisions circonscrivant des espaces triangulaires et qui devaient se substituer l'un à l'autre. C'est ce que je vais tâcher de faire comprendre.

Une première incision partant du tiers interne de l'espace compris entre le bord libre de la paupière supérieure et le sourcil fut dirigée en dehors et en bas parallèlement au bord de la paupière déviée, et portée à un centimètre environ en dehors de l'angle externe de l'œil; puis une seconde incision commençant au-dessous du bord libre de la paupière inférieure, au niveau de son tiers interne, fut portée en dehors et un peu en bas de manière à rencontrer l'extrémité de la première. La portion déviée de l'œil se trouvait ainsi renfermée entre deux incisions formant un angle ouvert du côté de la racine du nez. Alors M. Denonvilliers pratiqua une troisième incision qui, partant de l'extrémité interne de la première, longeait la partie inférieure du sourcil et se terminait un peu en arrière du point de jonction des deux autres, de manière à former un angle ouvert du côté de la tempe. Ainsi, ces trois incisions circonscrivaient deux espaces triangulaires ayant un côté commun et le sommet de chacun juxtaposé à la base de l'autre.

Le triangle supérieur, à sommet interne, fut disséqué jusqu'à la base et renversé sur la tempe; puis le second triangle, à sommet externe et comprenant la portion inclinée de l'œil, fut disséqué sur ses bords seulement, de manière à ne pas intéresser le repli oculo-palpébral de la conjonctive. Dès lors il devint facile de relever ce triangle et de le porter dans l'intervalle resté vide sous le sourcil par le renversement du premier lambeau, tandis que l'espace saignant situé au-dessous de l'œil relevé était rempli par ce même lambeau, qui de supérieur était alors devenu inférieur. La dissection fut assez laborieuse au niveau des cicatrices, et quelques artérioles durent être liées; puis les lambeaux furent maintenus en place à l'aide de quelques points de suture entortillée et des serres-fines.

La cicatrisation marcha de la manière la plus heureuse, à part le sphacèle de l'extrémité du lambeau palpébral dans l'étendue de quelques millimètres seulement.

Aujourd'hui 25 août, un mois après l'opération, l'œil est devenu parfaitement horizontal; il s'ouvre et se ferme avec facilité, et les cicatrices résultant des incisions sont très peu apparentes.

M. Denonvilliers se propose d'abaisser l'angle externe de la bouche par une nouvelle opération, dont nous rendrons compte prochainement. — Dr Brochin.

DES TRANCHÉES UTÉRINES.

Par M. Liégard.

Injections froides dans la veine ombilicale pour opérer le décollement du placenta (1).

Je pourrais encore rapporter des faits nombreux à l'appui de l'efficacité des injections froides pour opérer le décollement du placenta, si je ne craignais de prolonger inutilement ce travail, dont le raisonnement et la saine physiologie démontrent suffisamment la proposition fondamentale; qu'il me soit permis néanmoins d'insérer en peu de mots le fait suivant, parce qu'il démontrera aussi que l'injection seule est assez puissante pour prévenir à la fois l'hémorrhagie et les tranchées utérines.

Obs. — On vint me chercher à deux heures de l'après-midi, le 7 octobre 1848, pour aller promptement donner des soins à la femme qui fait le sujet de la première observation de ce second chapitre. Le cas était en effet très pressant, car en arrivant je trouvai l'enfant expulsé depuis quelques minutes (c'était son dixième accouchement). Je me hâtai de faire la ligature et la section du cordon, puis j'attendis dix minutes environ sans qu'aucune contraction utérine se manifestât. Cette femme me parla de ses craintes touchant l'hémorrhagie et les tranchées utérines, auxquelles elle avait autrefois été exposée. Je la rassurai par le souvenir de sa dernière couche, en lui faisant connaître que depuis ce succès j'en avais obtenu beaucoup d'autres, qui me donnaient la certitude de réussir encore aussi parfaitement. Je pratiquai dans la veine ombilicale trois injections successives de 115 grammes d'eau froide. Après la deuxième, il y eut une légère sensation de fraîcheur intérieure. Après la troisième, contraction utérine énergique. Une faible traction suffit pour faire sortir le placenta. Il était un peu froid dans toutes ses parties, et très distendu par l'eau injectée. Il n'y eut aucune hémorrhagie; la matrice resta constamment sous l'influence d'une contraction continue et nullement alternative.

Le lendemain matin, interrogée sur les suites de son accouchement, cette femme m'assura n'avoir éprouvé *aucune colique*. Elle était sans fièvre. Elle avait déjà donné plusieurs fois le sein à son enfant. L'utérus était toujours contracté, beaucoup moins volumineux que la veille. Les lochies, légèrement sanguinolentes, marchaient bien.

Elle s'est relevée le septième jour.

Dans tous les cas, après l'emploi de ce précieux moyen, la marche des choses est semblable à celle d'un premier accouchement. Les parois de la matrice, rapprochées énergiquement, s'opposent à l'accumulation du sang et à la formation des caillots; les tranchées utérines, le plus souvent nulles, si elles se montrent, ne tardent pas à s'éloigner, s'affaiblir et disparaître entièrement. L'écoulement des lochies sanguines se fait facilement, sans obstacle, est moins considérable et dure beaucoup moins longtemps. En effet, au lieu de se prolonger trente à quarante-huit heures, on le voit diminuer déjà dix ou douze heures après l'accouchement; sa couleur vermeille s'affaiblit peu à peu, ce n'est bientôt plus qu'une sérosité roussâtre qui constitue enfin ce que l'on appelle *lochies séreuses*, qui du reste, ainsi que les lochies blanches, suivent la marche ordinaire.

Quant au mode opératoire de ces injections, comme il est parfaitement connu et fort simple, je n'en donnerai pas ici une description détaillée. Je crois seulement utile de recommander de se servir d'une seringue contenant au moins 150 grammes, et dont la canule soit longue et fine; de faire, avant de l'introduire dans la veine, une section bien nette du cordon, afin de bien voir ce vaisseau. Cette section a aussi pour but de raccourcir le cordon, qui ne doit conserver que 20 à 30 centimètres de longueur. Dans la première expérience j'employais l'eau vinaigrée, surtout lorsque je redoutais l'hémorrhagie. Depuis quelques années je me sers tout simplement d'eau froide, et son action me paraît tout aussi puissante.

Lorsqu'on fait la dissection d'un placenta détaché par l'injection de la veine, on remarque que partout où l'on peut suivre la ramification de ce vaisseau, on rencontre le liquide de l'injection. Les deux faces du placenta présentent un aspect bien différent. La face interne ou fœtale est parcourue en tous sens par les ramifications

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 mai et 6 juillet.

transparentes de la veine distendue par l'eau froide ; la face utérine, au contraire, est rouge et injectée par le sang qui y a été refoulé. Le liquide de l'injection ne pénètre pas jusqu'à sa face externe; aussi la température de cette surface se maintient-elle plus élevée que l'autre, et la sensation de froid éprouvée par l'accouchée n'est pas aussi vive qu'on aurait pu le penser *à priori*. Au reste, comme cette sensation est nécessaire, puisqu'elle annonce et détermine les contractions utérines indispensables au succès de l'opération, la quantité de l'eau injectée doit être d'autant moins considérable qu'elle est plus froide. Par conséquent, dans l'hiver, une injection de 150 grammes d'eau à la température commune suffit souvent, tandis que dans l'été il en faut quelquefois deux ou trois.

Il est encore une circonstance assez pénible qui vient souvent embarrasser et inquiéter les chirurgiens, et dans laquelle ces injections se montrent aussi bien précieuses par leur prompte efficacité; je veux parler de l'adhérence du placenta se prolongeant indéfiniment après l'accouchement.

M. P. Dubois, interrogé sur la question de savoir quelle est la limite moralement nécessaire pendant laquelle on peut, *sans inconvénient*, attendre la sortie du placenta, répondit qu'on pouvait attendre douze et même vingt-quatre heures.

Il serait facile de démontrer que cette longue attente offre, au contraire, de graves inconvénients pour la patiente et pour son accoucheur. Mais enfin que faire alors? A cette deuxième question, le célèbre professeur décida qu'arrivé à cette extrême limite de l'expectation il fallait se hâter d'aller chercher le placenta par l'introduction de la main dans l'utérus!

J'en demande bien pardon à M. Dubois, je ne puis nullement partager son avis ; et, en présence d'un cas pareil, je me croirais coupable si, ayant dans ces injections un moyen si doux et si sûr d'opérer la délivrance, je lui préférais l'introduction de la main dans des organes fatigués, irrités en opérant violemment la dilatation du col utérin déjà revenu sur lui-même, m'exposant ainsi à occasionner de vives douleurs et peut-être même une violente inflammation.

Puisqu'elles ont été jusqu'à ce point oubliées, qu'il me soit permis de rapporter ici, en les abrégeant beaucoup, quelques-unes des observations que j'avais publiées sur ce sujet il y a bientôt vingt ans.

Obs. I. — Le 3 décembre 1829, à huit heures du matin, je terminai par le forceps l'accouchement d'une dame Ardentpont, âgée de vingt ans. Cinq heures après, je retournai la voir ; la délivrance n'était pas faite, et la sage-femme m'assura qu'il n'y avait aucune contraction utérine, et que l'adhérence du placenta avait continuellement résisté à toutes les tractions qu'elle avait renouvelées bien des fois. Différents moyens (compresses froides, frictions et massage sur le bas-ventre, etc.) ayant été continués longtemps encore, à trois heures et demie on vint me prier de retourner près de cette dame pour la délivrer. Je voulus introduire deux doigts dans le vagin et suivre le cordon jusque dans le col utérin ; mais ces parties étaient revenues sur elles-mêmes, très chaudes et tellement douloureuses que la malade jetait des cris aigus : elle était agitée de mouvements convulsifs....... Deux injections de 150 grammes chacune suffirent pour ranimer aussitôt les contractions utérines, et il suffit d'une traction très faible sur le cordon pour faire sortir le placenta. Les suites de couches ont été on ne peut plus heureuses.

Obs. II. — Le 14 juin 1828, je fus appelé à Vaucelles près d'une femme accouchée à cinq heures du matin (il était dix heures et demie). Je trouvai la sage-femme fort embarrassée: la délivrance n'était pas faite. Le cordon était déchiré en plusieurs points par les tractions qu'on avait exercées sur lui. La sage-femme m'assura que depuis deux heures au moins elle ne cessait de recouvrir le ventre de compresses trempées dans de l'eau presque bouillante, et l'accouchée, pour donner plus de poids à ces paroles, se plaignit d'avoir le ventre *presque rôti*. Je me fis présenter de l'eau très froide ; j'y plaçai plusieurs mouchoirs dont je recouvris le ventre de cette femme, en les changeant alternativement de minute en minute : la sensation de froid dut être d'autant plus forte que les premiers linges avaient été plus chauds ; on stimula l'utérus par des frictions et des massages. Enfin, voyant l'inutilité de ces manœuvres, je me décidai à pratiquer les injections froides dans la veine ombilicale ; mais à cause des déchirures dont j'ai parlé, je fus obligé de couper le cordon à quelques centimètres seulement des parties sexuelles. Aussi, au moment de la première injection, cette femme ressentit tout à coup un froid assez vif; presque aussitôt une douleur se manifesta. Une deuxième injection détermina promptement des contractions énergiques de la matrice qui détachèrent complètement le placenta..... Les lochies suivirent leur marche habituelle, et la femme se rétablit parfaitement.

Obs. III. — Quelques mois plus tard, Mme L. C... était accouchée naturellement et heureusement de son 2e enfant. Trois heures après j'étais encore retenu auprès d'elle, parce que, malgré le *seigle ergoté*, les réfrigérants sur le bas-ventre, les tractions sur le cordon, le placenta restait adhérent, nulles contractions utérines ne se manifestaient. Les injections froides déterminèrent immédiatement les contractions, et une douce traction sur le cordon me permit d'attirer le placenta au dehors. Les lochies coulèrent comme à l'ordinaire; les tranchées furent nulles, et le rétablissement fut très prompt, quoique cette dame n'ait pas nourri.

Obs. IV. — Le 17 novembre 1829, la même sage-femme dont j'ai parlé dans la deuxième observation m'envoya chercher à cinq heures du soir pour opérer la délivrance d'une femme accouchée à une heure de l'après midi. C'était un premier accouchement ; le travail avait été fort long ; le pouls était fréquent, la fatigue très grande. Après avoir inutilement et longtemps essayé les moyens ordinaires, j'eus recours aux injections. Une légère déchirure de la veine ombilicale, située à 6 centimètres seulement de l'orifice du vagin, me força de couper le cordon au-dessus de cette perforation. Aussi la première injection détermina-t-elle immédiatement de fortes contractions utérines ; cependant le placenta adhérait encore. Je fis donc une deuxième injection, et bientôt après je le trouvai détaché et descendu dans le vagin, d'où je le fis sortir sans le moindre effort. Lochies ordinaires ; rétablissement prompt et parfait.

Obs. V. — Au mois de mars 1831, je fus appelé près d'une dame accouchée à minuit (il était alors onze heures du matin). D'un tempérament nerveux, d'une bonne constitution (trente-quatre ans), elle avait éprouvé un travail de dix heures. Son enfant, venu à terme, était bien constitué. La délivrance n'avait pu encore être opérée, ce qui avait mis cette mère primipare dans un état d'agitation et d'inquiétude difficile à exprimer. Le pouls était fréquent, l'utérus sans aucune contraction. Après une demi-heure de tentatives inutiles par les frictions abdominales, les réfrigérants, etc., je mis en usage les injections. La femme, après avoir ressenti une sensation de froid légère, nous présenta presque aussitôt une forte contraction utérine ; quelques faibles tractions sur le cordon suffirent pour entraîner le placenta. Cette personne a nourri son enfant et s'est relevée quelques jours après.

En présence de ces faits (et nous pourrions en citer beaucoup d'autres dans lesquels nous avons toujours reconnu la prompte efficacité et la parfaite innocuité de ces injections), pourquoi ne généraliserions-nous pas un moyen si facile pour l'accoucheur, si avantageux et si peu pénible pour la femme, qu'elle s'en aperçoit à peine? Pourquoi n'admettrions-nous pas ce précepte comme règle générale : Pratiquer les injections froides dans la veine ombilicale pour opérer le décollement du placenta quand il n'est pas encore détaché dix à vingt minutes après la sortie de l'enfant? Alors plus de craintes de ces terribles hémorrhagies dont la pensée poursuit comme un remords le chirurgien qui s'éloigne d'une femme nouvellement accouchée, plus d'une heure même après la délivrance naturelle. Plus de ces tranchées utérines si pénibles pour la pauvre mère, qui aurait si grand besoin de repos après un si long et si douloureux travail. Plus de ces renversements de la matrice, dont la *Gazette des Hôpitaux* rapportait encore dernièrement un exemple. Plus de ces introductions de la main dans l'utérus douze ou vingt-quatre heures après l'accouchement pour en arracher le placenta, opération toujours si pénible et si effrayante pour la patiente, et qui n'est pas toujours sans graves conséquences.

FISTULE VÉSICO-INTESTINALE.

Le docteur Sturm rapporte le fait suivant, qui doit être rangé parmi les cas pathologiques les plus rares :

Un homme de quarante ans, jusque-là d'une bonne santé, à l'exception de quelques légers accès d'hypocondrie, ressentit, en 1844, les premiers signes d'une affection hémorrhoïdale : selles irrégulières, constipation, douleurs dans la région du sacrum, gonflements veineux autour de l'anus, bientôt après, des élancements douloureux d'une nature toute particulière et revenant par accès de courte durée s'étendent de la racine du pénis à la couronne du gland. D'ailleurs pas d'autres troubles dans sa santé. En décembre 1844, le malade remarque que pendant l'émission de l'urine, et quelquefois même sans uriner, il s'échappe du gaz par le pénis. Un peu plus tard, il retrouve dans son vase de nuit des fragments d'amandes qu'il avait mangées la veille, et qui sont rendus avec l'urine, puis des morceaux de matières fécales dont la quantité va en augmentant et obstrue par intervalles le conduit de l'urètre. Les évacuations cessent peu à peu d'avoir lieu par l'anus. Ni le cathétérisme de la vessie ni celui de l'intestin ne font découvrir une fistule qui établisse une communication entre la vessie et l'intestin. En 1845, Dieffenbach est consulté. Ses prescriptions sont sans effet; le seul soulagement que le malade éprouve est dû à l'ingestion de grandes quantités d'eau. L'aspect général est bon, l'appétit intact, l'amaigrissement ne fait que des progrès très lents, les forces se soutiennent assez bien. Cependant les douleurs s'exagèrent, et finissent par devenir si intolérables, qu'elles déterminent de véritables accès d'agitation maniaque. En avril 1845, péritonite terminée par la mort. La maladie avait duré seize mois.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen, il s'écoule une grande quantité d'un liquide brunâtre, infect, mêlé de flocons purulents. Le côlon ascendant et descendant a contracté des adhérences avec les autres intestins et avec le mésentère épaissi. Le foie, la rate, la vésicule biliaire, sont recouverts de fausses membranes résistantes; leur texture n'est pas altérée. Le côlon ascendant est distendu par les gaz et renferme beaucoup de matières fécales; la portion descendante est, à sa partie inférieure, si fermement adhérente à la vessie et aux organes environnants, qu'on ne peut la détacher. A 8 pouces environ au-dessus de l'anus, adhérence de l'intestin avec la vessie encore plus intime, du diamètre de 2 pouces, et au milieu de laquelle s'ouvre un orifice d'un pouce de diamètre par lequel s'établit la communication entre la vessie et l'intestin. La vessie contient un liquide fécal jaunâtre; sa membrane muqueuse est épaissie, bleuâtre, marbrée, couverte d'un mucus jaunâtre, et parsemée de dilatations variqueuses très saillantes. Pas de diminution de calibre du côlon ou du rectum. Les replis muqueux du rectum sont très développés, et immédiatement au-dessus du sphincter anal on voit une couronne de veines dilatées. Pas de traces de tubercules ou de produits cancéreux.

Le docteur Sturm attribue la fistule à l'inflammation ulcéreuse d'une varice vésicale qui aurait d'abord provoqué une adhérence locale, et plus tard amené la perforation.

(*Deutsche Klinik.* et *Arch. de méd.*)

SUR L'EMPLOI CHIRURGICAL

du bandage plâtré de MM. Mathijssen et Van de Loo.

Les personnes qui fréquentent le service chirurgical des cliniques ont vu souvent M. le professeur Nélaton se servir d'un bandage plâtré qui lui a rendu de grands services et qu'il semble affectionner dans les cas où un membre doit être condamné à l'immobilité. C'est ce bandage, dû aux travaux de MM. Mathijssen et Van de Loo, qui, soumis à l'appréciation de l'Académie royale de Belgique, vient d'être l'objet d'un rapport remarquable de M. Didot, professeur à l'Université de Liége. Nous allons en donner une courte analyse.

Le travail de l'honorable rapporteur comprend trois parties.

Dans la première, il expose la partie historique de cet appareil

Dans la seconde, M. Didot traite la question clinique, et ajoute aux différentes observations qui lui sont parvenues dix-sept observations de sa pratique personnelle où il n'a eu qu'à se louer de l'appareil. L'énoncé seul des affections traitées par ce moyen vaut mieux que tous les éloges :

4	fractures d'avant-bras ;	
1	—	de la clavicule ;
1	—	des deux os de la jambe ;
2	—	du péroné ;
4	entorses ;	
1	—	du genou ;
1	luxation du coude ;	
1	—	du poignet ;
1	nécrose du péroné avec maladie articulaire ;	
1	pied-bot.	
17		

On voit par cette simple énumération que ce bandage s'applique dans tous les cas où l'immobilisation du membre est indiquée.

Dans la troisième partie, l'honorable rapporteur consigne toutes les objections faites à ce procédé. La question, portée devant la Société des sciences médicales et naturelles, y avait reçu un échec complet. La critique avait porté sur tous les points. Onze chefs d'accusation étaient établis, mais tous sont tombés tour à tour sous l'examen du rapporteur, qui a pris les conclusions suivantes :

« 1° Les appareils plâtrés réalisent un progrès notable;

» 2° Ils se prêtent admirablement à toutes les indications de la méthode amovo-inamovible de M. le baron Seutin, dont ils deviendront l'un des meilleurs auxiliaires ;

» 3° La chirurgie militaire trouvera dans leur emploi des avantages qu'aucun autre appareil solidifiable ne saurait lui offrir ;

» 4° De tous les appareils inamovibles ou amovo-inamovibles, aucun ne paraît offrir autant de conditions de succès que les appareils plâtrés appliqués conformément aux indications des deux auteurs. »

Les appareils plâtrés pouvant rendre de grands services, nous croyons que les praticiens liront avec plaisir les procédés de MM. Mathijssen et Van de Loo pour la préparation des diverses sortes de bandages.

APPAREILS PLATRÉS.

Le bandage plâtré peut être appliqué sous quatre modes principaux, qui sont :

1° L'appareil à bandes roulées ;

2° L'appareil à bandelettes ou de Scultet;

3° L'appareil bivalve ;

4° L'appareil à cataplasme.

Appareil à bandes roulées. — « On étend sur une table, dit M. Van de Loo, un morceau de coton exempt d'amidon, de toile à demi usée ou de flanelle, de la longueur d'un mètre et demi sur un demi-mètre de largeur; sur ce morceau d'étoffe, on répand au moins un demi-kilogramme de plâtre bien sec en poudre, qu'on fait entrer autant que possible dans l'étoffe en frottant à pleine main; puis, après avoir écarté le superflu, on retourne le morceau, et on agit de la même manière de ce côté. Les deux côtés de l'étoffe étant bien imprégnés de plâtre, on la coupe, étant encore sur la table, en bandes de 4 à 5 centimètres de largeur, ce qui se fait nettement en y faisant auparavant à distances égales une rainure au moyen d'une corde mince que l'on tend sur l'étoffe et qu'on laisse en l'élevant un peu vers le milieu frapper dessus; puis on les roule sur la table en les serrant beaucoup moins que des bandes ordinaires.

» Ces bandes roulées se conservent très bien pourvu qu'on les place dans une boîte fermée.

» Pour en faire usage on prend, s'il s'agit d'une fracture de la jambe, le membre étant auparavant entouré d'une bande ordinaire ou de ouate, une de ces bandes au plâtre, que l'on mouille bien avec de l'eau à l'aide d'une éponge (on fait entrer l'eau par les deux côtés de la bande, et on l'applique comme une bande ordinaire, avec cette différence que les tours doivent se couvrir pour les trois quarts ou les quatre cinquièmes; de la même manière, on mouille et on applique une seconde, une troisième bande, et ainsi de suite, en ayant soin de placer le chef de la suivante au-dessous de celle que l'on a précédemment appliquée. De cette manière l'appareil se laisse mieux dérouler.

» Si l'on ne veut pas faire de renversés, on coupe la bande chaque fois qu'un changement de direction devient indispensable.

» Pour donner au bandage l'égalité et l'élégance désirables, il suffit de passer légèrement sur sa surface une éponge peu mouillée chaque fois que l'on a appliqué deux ou trois bandes roulées.

» Pour le fenêtrer d'*emblée*, on s'y prend de la manière suivante : arrivé près d'une plaie, par exemple, on coupe la bande, pour recommencer de l'autre côté, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait dépassé la plaie.

» Veut-on rendre le bandage *amovible*, on le coupe au moyen des ciseaux Seutin, et l'on obtient des *valves mobiles* en se conformant aux indications spéciales qui seront posées plus loin.

» Veut-on l'enlever, il est bon de le mouiller un peu pour empêcher le dégagement de la poussière de plâtre. »

Appareil à bandelettes ou de Scultet. — Deux modes de confection d'une valeur bien différente ont été proposés pour l'établissement de ce bandage.

« Pour le premier, on arrange en bandage de Scultet vingt-cinq à trente bandelettes plâtrées sur un coussin garni d'une alèze; elles doivent se couvrir dans les trois quarts de leur largeur. Sur celle-ci, on met une couche de bandelettes ordinaires, et sur cet appareil ainsi préparé on place le membre fracturé.

» Après avoir appliqué les bandelettes ordinaires, on mouille à l'aide d'une éponge une ou deux bandelettes plâtrées, que l'on applique immédiatement, et l'on continue jusqu'à ce que toutes les bandelettes plâtrées soient appliquées.

» Pour fenêtrer ce bandage, ou pour le rendre *amovible*, on s'y prend comme pour l'appareil à bandes roulées. »

Pour confectionner le deuxième bandage de Scultet, voici comment on procède :

« Sur un coussin garni d'une alèze, on place d'abord une *bandelette plâtrée*, sur laquelle on étend une bandelette *non plâtrée* de même largeur, mais plus longue de deux travers de doigt, de façon à dépasser la première d'un travers de doigt de chaque côté, et avec la précaution de lui faire également dépasser la bandelette plâtrée dans le sens de sa *largeur* d'un autre travers de doigt. La bandelette *plâtrée*, qui a les mêmes dimensions en ce sens que la *non plâtrée*, offrira donc un liséré plâtré pour s'agglutiner avec les autres pièces de l'appareil. Ces deux premières bandelettes étant ainsi disposées, on étend une bandelette *plâtrée* sur la *non plâtrée*, en allongeant l'appareil d'un travers de doigt à chaque addition; sur cette nouvelle bandelette une autre *non plâtrée*, et ainsi successivement jusqu'à ce que tout le bandage soit disposé.

» Alors on place le membre sur cet appareil, on le mouille avec une éponge dont on exprime l'eau, et on applique *premièrement une bandelette non plâtrée, et une plâtrée du même côté*, et aussitôt on ajuste de la même façon les chefs opposés. On continue ainsi jusqu'à ce que tout l'appareil soit établi.

» De cette manière, il y a toujours une bandelette *non plâtrée* entre deux bandelettes *plâtrées*, et *vice versâ*. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

BRONCHITE CHRONIQUE; TRAITEMENT PAR LE CHLORURE AMMONIQUE.

Dans ces derniers temps, M. Delvaux (de Bruxelles) a souvent employé le chlorure ammonique (sel ammoniac, chlorhydrate d'ammoniaque), et il a été frappé des bons effets qu'il produit dans la bronchite chronique. Dans plus de vingt cas qu'il a observés durant l'hiver dernier, il a obtenu, sinon des guérisons complètes, du moins des améliorations des plus notables.

Avant l'emploi du chlorure ammonique, qu'il administre à la dose de 1 à 3 grammes dans les vingt-quatre heures, M. Delvaux donne toujours un purgatif, et il prescrit un régime plus ou moins sévère pendant un ou plusieurs jours. Ce sel provoque ordinairement une forte transpiration, des urines abondantes; quelquefois, après plusieurs jours de son emploi, il survient un léger mouvement fébrile, qui disparaît quand on supprime le médicament pendant un temps plus ou moins long.

Sous l'influence du chlorure ammonique, la dyspnée diminue, la toux devient moins fatigante, l'expectoration plus facile, moins abondante, l'appétit ne tarde pas à reparaître.

M. Delvaux administre le sel ammoniac d'après les formules suivantes, publiées par lui dans la *Presse médicale belge* :

Pilules avec le chlorure ammonique.

Chlorure ammonique.	5 grammes.
Miel, poudre d'althea, de chaque.	q. s.

Pour faire vingt pilules. A prendre de quatre à huit pilules dans les vingt-quatre heures.

Electuaire avec le chlorure ammonique.

Rob de sureau.	120 grammes
Chlorure ammonique.	1,2,3 —

A prendre par cuillerées à café d'heure en heure.

Potion avec le chlorure ammonique.

Eau de tilleul.	200 grammes.
Chlorure ammonique.	1,2,3 —
Sirop de pavot blanc. . . .	16 —

A prendre une cuillerée à soupe d'heure en heure.

Déjà le chlorhydrate d'ammoniaque a été employé en Allemagne contre les bronchites; on le prescrivait à la dose de 5 grammes dans une infusion de réglisse. (*Répert. de pharm.*)

ACTION SÉDATIVE DU BROMURE DE POTASSIUM SUR LES ORGANES DE LA GÉNÉRATION.

Outre l'administration de ce sel à l'intérieur, le docteur Thielmann conseille l'emploi local sur le pénis de compresses d'eau tiède recouvertes de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation. Le bromure semble avoir réussi entre les mains de ce praticien contre les satyriasis et les pollutions nocturnes. La formule qu'il emploie est la suivante :

Bromure de potassium. . . .	1 à 2 grammes.
Sucre en poudre.	6 —

Mêlez et divisez en douze paquets égaux; en prendre un toutes les deux heures.

(*Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles.*)

PRÉPARATIONS DE GUANO CONTRE LES MALADIES DE LA PEAU ET LES SCROFULES.

Par M. GIRARDIN, pharmacien.

Le guano n'était guère employé que sous forme de bains ou de cataplasmes. M. Girardin, pharmacien, a publié dans le *Journal de chimie médicale* la formule suivante d'une pommade et d'un sirop de guano, dont il a constaté l'efficacité dans les maladies de la peau et les scrofules.

Extrait de guano.

Guano, 500 grammes; pulvérisez, tamisez. Traitez par deux déplacements avec 1,500 d'alcool dilué (alcool 1/3, eau distillée 2/3), filtrez, faites évaporer lentement jusqu'à ce que le résidu se prenne en masse. Faites dessécher à l'étuve. Cette quantité donne 300 grammes d'extrait sec.

Pommade de guano contre l'herpès.

Guano purifié...	8 grammes.
Axonge.	24 —

Cette pommade irrite dès ses deux ou trois premières applications; mais le malade évitera cet inconvénient en passant quelque temps avant un peu d'huile d'amandes douces sur la dartre.

Sirop de guano, dépuratif très puissant et antistrumeux.

Guano purifié..	8 grammes.
Eau.	250 —
Sucre.	500 —

F. S. A. un sirop qu'on aromatise avec :

Teinture de vanille..	8 grammes.

Ce sirop est très agréable, malgré la répugnance qu'inspire sa provenance. (*Journ. de chimie médicale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1854.

Paralysie atrophique graisseuse de l'enfance. — M. le Dr Duchenne (de Boulogne) présente à l'Académie un mémoire intitulé *De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance et de son diagnostic, de son pronostic et de son traitement par l'électrisation localisée.* En voici le résumé :

I. Il existe deux paralysies de l'enfance dont les symptômes sont tellement identiques dans la période d'acuité, qu'il est impossible alors de les distinguer entre elles.

II. L'une se termine toujours par une guérison rapide, et a été particulièrement décrite par Kennedy, qui lui a donné le nom de paralysie temporaire de l'enfance, nom qui me paraît juste et devoir être conservé.

III. L'autre a une longue durée et se termine par l'atrophie ou par la transformation graisseuse d'un plus ou moins grand nombre de muscles, et plus tard par la déformation des membres ou par leur attitude vicieuse consécutivement au trouble apporté dans l'équilibre des forces musculaires. Cette dernière paralysie a été parfaitement étudiée par Heine, surtout au point de vue des difformités qu'on observe dans une seconde période (période d'atrophie). Je propose d'appeler cette dernière maladie paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.

IV. Ces deux espèces de paralysies ont été confondues par M. Rillet, qui les a décrites sous la dénomination de paralysies essentielles de l'enfance.

V. La paralysie temporaire de l'enfance me paraît être une affection périphérique légère, peut-être de nature rhumatismale, tandis que la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance doit être rapportée à un état morbide quelconque d'une partie plus ou moins étendue de la moelle épinière.

VI. L'exploration électro-musculaire permet de distinguer à coup sûr, à une époque voisine du début, ces deux espèces de paralysies de l'enfance. En effet, dans la paralysie temporaire, la contractilité électro-musculaire est toujours intacte; elle est, au contraire, affaiblie ou abolie dans la paralysie atrophique graisseuse.

VII. On peut encore reconnaître dans la période d'acuité de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, alors que tous les muscles sont également paralysés, quels sont ceux qui doivent recouvrer plus tôt leurs mouvements sans souffrir dans leur nutrition; quels sont ceux qui s'atrophieront plus ou moins; quels sont enfin ceux qui sont frappés de mort ou menacés de devenir graisseux; car les premiers conservent leur contractilité électrique à peu près normale, les seconds perdent une grande partie de cette propriété et les troisièmes la perdent complétement.

VIII. Dans une période avancée, la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance pourrait être quelquefois confondue avec une paralysie de cause cérébrale de l'enfance, si l'on n'employait pas l'exploration électro-musculaire comme moyen de diagnostic différentiel. On constate, en effet, dans celle-ci, l'existence de tous les muscles que l'on fait contracter individuellement, quelque atrophiés qu'ils soient, tandis que dans l'autre il est toujours un certain nombre de muscles qu'on ne retrouve plus par cette même exploration électro-musculaire.

IX. La paralysie atrophique de l'enfance qu'on observe chez l'adulte a une grande analogie avec l'atrophie graisseuse progressive; mais la première se distingue par un arrêt de développement qui n'a pas encore été observé dans la seconde.

X. L'électrisation localisée appliquée à temps, c'est-à-dire à une époque rapprochée du début de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, pourrait abréger la durée de la paralysie, diminuer, sinon prévenir l'atrophie des muscles, et peut-être empêcher leur transformation graisseuse.

XI. A une époque très avancée de la maladie (après un an et plus de durée), les muscles qui ne sont pas graisseux ont recouvré leur contractilité électrique, quelque atrophiés qu'ils soient. L'électrisation localisée peut être très utile en développant leur force et en favorisant leur nutrition.

XII. Lorsque dans cette même période l'absence de la contractilité électro-musculaire fait craindre que le tissu musculaire soit entièrement graisseux, on peut encore espérer cependant, d'après le résultat de mes expériences, qu'il reste quelques fibres musculaires saines cachées dans l'épaisseur du tissu graisseux, autour desquelles il serait possible de développer, par un long traitement électrique, d'autres fibres qui, par leur réunion, formeraient des faisceaux musculaires, des portions de muscles et même des muscles entiers. (Commissaires : MM. Jolly, Rostan et Cruveilhier.)

Molluscum. — M. Gibert présente une malade affectée de *molluscum*. On donne le nom de molluscum à Amboyne, capitale des îles Moluques, à une éruption tuberculeuse endémique, dont les analogues ont été observées çà et là accidentellement par Tilesius en Suède, par M. Jacobovits à Paris, par Batemann en Angleterre, par divers observateurs en France, etc. Il existe diverses variétés de cette éruption; celle qui fait l'objet de la communication de M. Gibert paraît devoir être rapportée au *molluscum athéromateux* de Batemann.

Il s'agit d'une marchande de Granville (Normandie), âgée de trente-deux ans, en traitement à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert, depuis un an environ.

L'affection pour laquelle cette malade était venue réclamer les soins de M. Gibert avait l'apparence impétigineuse, et ne semblait présenter rien d'insolite, si ce n'est une extrême ténacité et une remarquable diffusion sur presque toutes les régions du corps, lorsque, il y a environ quatre mois, commencèrent à se développer sur la face interne des cuisses, puis sur le ventre, la poitrine, à la nuque, aux tempes, etc., des tumeurs rouges, d'une consistance médiocre, mamelonnées, douloureuses à la pression, dont quelques-unes ont atteint le volume d'une grosse noix. Depuis quelque temps se montrent sur le visage de nouveaux tubercules sessiles, rouges et sensibles au toucher, qui diffèrent de ceux de la lèpre, ou *éléphantiasis*, par leur mode de développement, leur forme, leur couleur, leur sensibilité, etc. Les autres membres de la famille de cette femme n'ont jamais rien présenté d'analogue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Voici la liste des médecins appartenant aux hôpitaux militaires de Paris qui sont partis pour l'Orient :

MM. Champouillon, Mounier, médecins principaux;
Chenu, médecin major de 1re classe;
Garnier, Legouest, médecins majors de 2e classe;
Casteran, Verneau, Lasnier, Carpentier, sous-aides au Gros-Caillou;
Richet, Godin, Martin, Gaillot, Charles, sous-aides au Roule.

Ces officiers de santé sont partis de Paris le 4 septembre; ils ont dû s'embarquer le 6 à Marseille.

— M. Laurens, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine de Nancy, vient d'être nommé professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à ladite école, en remplacement de M. Planchon, démissionnaire.

— MM. les médecins militaires Thomas et Pétronelli sont nommés médecins principaux de 1re classe.

— Sont promus à l'emploi de médecin major de 1re classe, MM. Brugnière, Biston, Leclerc, Dupont, Legay, Goret, Jullienne, Félix, Pau Saint-Martin, Cardaillac, Menau, Colmant.

— Sont promus à l'emploi de médecin major de 2e classe, MM. Colau, Bertrand, Saugerres, André, Beaucamp, Pauli, Lamonta, Serrier, Witlich, Tavernier, Pauly, Dujardin.

— Nous sommes invité, pour éviter toute méprise, à déclarer que M. le docteur Goupil (de Paris) est complétement étranger à la découverte d'un préservatif infaillible du choléra.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

L'art de formuler, contenant : 1° les principes élémentaires de pharmacie; 2° les tables synoptiques, *a* des substances médicamenteuses tirées des trois règnes, avec leurs doses et leurs modes d'administration : *b* des eaux minérales employées en médecine : *c* des substances incompatibles; 3° les indications pratiques nécessaires pour composer de bonnes formules; par M. DESCHAMPS (d'Avallon), pharmacien de la maison impériale de Charenton, etc. Un vol. in-18 de 478 pages avec 19 fig. Prix : 4 fr. 50 c. Chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Monographie des sangsues médicinales, contenant la description, l'éducation, la conservation, la reproduction, les maladies, l'emploi, le dégorgement et le commerce de ces annélides, suivie de l'hygiène des marais à sangsues; par M. CH. FERMOND, pharmacien en chef de la Salpêtrière, etc. Un vol. in-8° de 528 pages avec 36 fig. Prix : 6 fr. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; ouvrage honoré de souscriptions par les ministères de l'agriculture et du commerce, de la guerre et de la marine; par le docteur A. FOUCART, lauréat (médaille d'or) et ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Légion d'honneur, secrétaire général de la Société de médecine pratique. Un volume in-8°. Prix : 6 fr. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé an mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

PARIS, LE 11 SEPTEMBRE 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

Des lectures médicales d'un grand intérêt ont occupé la plus grande partie de cette séance. M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) a lu une note sur la cautérisation ignée, dont il s'est proposé de généraliser l'emploi et d'étendre les indications à un beaucoup plus grand nombre de cas qu'on ne l'a fait jusqu'ici, en simplifiant cette méthode, en la dépouillant de l'appareil effrayant qui en rend l'application si difficile dans la pratique commune. On verra, dans l'extrait de la note de M. Sédillot que nous publions au compte rendu, en quoi consiste cette simplification ; on y trouvera aussi une explication physiologique du mode d'action du cautère actuel beaucoup plus rationnelle et beaucoup plus conforme aux véritables données de l'observation que cette théorie banale de la révulsion inflammatoire, sorte de selle à tout cheval, qui n'a servi si longtemps qu'à couvrir notre ignorance. La méthode de la cautérisation ponctuée, préconisée par M. Sédillot, n'est pas nouvelle ; nous avons eu pour notre propre compte de fréquentes occasions de la voir mettre en pratique; et nous l'avons pratiquée nous-même avec succès dans des cas divers où il y avait pour indication principale et commune d'exciter la vitalité des tissus. M. Sédillot ne prétend pas d'ailleurs à l'invention de cette méthode. Le principal mérite de son travail, et c'est le seul qu'il revendique, sera d'avoir étendu les limites de son application en signalant une série d'indications nouvelles, et d'accroître les ressources de l'art en tendant à généraliser un moyen qui dans des cas spéciaux a donné jusqu'à présent d'excellents résultats.

Ce que nous venons de dire au sujet de la méthode de la cautérisation ponctuée peut s'appliquer avec non moins de raison au procédé de thoracentèse sous-cutanée qui a fait l'objet de la seconde lecture. Tout le monde connaît les principes féconds de la méthode sous-cutanée et les nombreuses et heureuses applications que M. Jules Guérin en a faites à une foule d'opérations chirurgicales diverses. Parmi ces applications, l'une des plus belles peut-être est celle dont M. Guérin a exposé les résultats dans cette séance. Nous regrettons de n'avoir pas eu sous les yeux les observations détaillées et le travail original qui nous eussent permis d'apprécier avec plus de connaissance de cause et la méthode elle-même et ses résultats. Nous espérons être mis à même plus tard de revenir sur cette importante question.

Nous signalerons enfin le sujet de la troisième lecture, qui est une observation intéressante d'opération césarienne vaginale pratiquée pour frayer passage à un fœtus, dans un cas d'oblitération de l'orifice utérin par des cicatrices. Dr Brochin.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Décès déclarés en ville et dans la banlieue du 1er au 7 septembre.

Pour le 1er.	82
2	72
3	78
4	90
5	78
6	82
7	80

Ces chiffres se répartissent ainsi ;

	1er	2	3	4	5	6	7
1er arrondissement.	3	3	7	4	4	5	3
2e —	5	4	6	3	6	11	0
3e —	2	1	1	2	5	3	1
4e —	1	1	2	6	3	0	4
5e —	6	2	5	8	4	6	5
6e —	8	7	5	7	4	4	5
7e —	8	5	2	3	2	5	5
8e —	5	6	7	9	5	5	1
9e —	3	3	3	7	3	1	3
10e —	8	3	8	5	5	4	2
11e —	0	0	0	4	2	0	1
12e —	5	5	6	5	4	5	6
Communes rurales.	28	32	26	27	31	33	44
	82	72	78	90	78	82	80
Les décès des hôpitaux civils ayant été pour les mêmes journées de :	20	15	19	16	17	10	18
et ceux des hôpitaux militaires de :	4	4	1	2	3	6	3
Total général.	106	91	98	108	98	98	101

Nous nous empressons de rectifier une erreur qui s'est glissée dans l'impression de la prescription de M. le docteur Burggraëve. (*Voir notre dernier numéro, 1re page, 2e colonne.*) *Au lieu de :*

Camphre. . . . 1/25e de gramme, *lisez* : 1/25e de grain.
Musc.. . . . . 1/50e de gramme, *lisez* ; 1/50e de grain.

Cette dose, faible en apparence, est cependant d'un grand effet, et en l'excédant on pourrait provoquer de la céphalalgie, comme après un excès de table. Le camphre et le musc ont particulièrement pour effet de faire cesser les spasmes et la prostration nerveuse. Ils donnent au vin, et même à la bière une générosité qui leur manque généralement. Nous ajouterons qu'ils rendent ces boissons très agréables au goût, et leur donnent un bouquet extraordinaire.

REVUE GÉNÉRALE DU CHOLÉRA.

(Premier article.)

De l'absorption des médicaments dans le choléra.

Fidèle à notre mission et pénétré des obligations que crée la situation actuelle de la santé publique, nous avons accueilli jusqu'ici et reproduit le plus exactement qu'il nous a été possible tous les essais, toutes les tentatives de traitement plus ou moins rationnels qu'a dû dicter à nos confrères le désir si naturel de conjurer le fléau pendant que celui-ci, se jouant de tous nos efforts et de tous nos calculs, semble aboutir toujours, comme par une loi fatale, au même résultat. Nous nous disposions à faire le bilan de nos ressources thérapeutiques, à résumer l'impression faite sur notre esprit par les essais nouveaux, et à formuler à notre tour le résultat de notre expérience personnelle éclairée par l'exemple et la pratique de nos maîtres, quand nous est parvenu un travail qui ne peut manquer d'exercer une influence notable sur la thérapeutique du choléra et de faire diversion à l'idée dominante qui dirige la plupart de ces tentatives (1).

Un interne distingué de nos hôpitaux, M. Duchaussoy, aidé du concours de son chef de service, M. le docteur Vernois, a entrepris une série d'expériences dans le but de vérifier un fait qui n'avait sans doute pas échappé à l'attention de la plupart des observateurs, mais qui manquait jusqu'ici de la sanction expérimentale et du cachet de la démonstration scientifique. Ce fait, c'est que dans la période algide du choléra les fonctions d'absorption sont plus ou moins complétement abolies, et que les médicaments dirigés contre la maladie pendant le cours de cette période sont nécessairement inertes par suite de ce défaut d'absorption. L'importance de ce travail, l'exactitude avec laquelle son auteur paraît avoir recueilli les faits et institué les expériences destinées à les mettre en lumière, et surtout la haute portée des conséquences pratiques qui en découlent, nous font un devoir d'en mettre un extrait sous les yeux de nos lecteurs. Ce sera d'ailleurs la meilleure manière pour nous d'entrer en matière ; nous ne pouvions choisir un meilleur préambule à l'appréciation critique des effets attribués si gratuitement à une foule de méthodes qui ont

(1) ESSAI PRATIQUE SUR L'ABSORPTION DES MÉDICAMENTS DANS LE CHOLÉRA. Thèse inaugurale par M. Duchaussoy.

FEUILLETON.

OBSERVATION DE CATALEPSIE.

Parmi les maladies nombreuses qui affectent notre organisme, la catalepsie est une des plus rares, des plus extraordinaires par ses symptômes variés et nombreux affectant les formes diverses de l'hypochondrie, de la manie ou de l'hystérie. Ici l'assoupissement d'un sens et la lucidité des autres, souvent l'anéantissement presque total de tous ; là une contemplation extatique, une méditation profonde révèlent le trouble des facultés intellectuelles. En tout temps, la superstition crédule, le fanatisme aveugle ont cherché un explication à ces phénomènes étranges. Les partisans de Mesmer, de nos jours, veulent trouver la leur dans l'influence d'un fluide mystérieux, du magnétisme animal. Malade, voilà la nôtre!

Nous considérerons la jeune fille cataleptique qui fait le sujet de cette observation sous le double rapport du physique et du moral, dans son état de santé et dans celui de souffrance.

Marie X... est née à la campagne, de parents vignerons ; elle est âgée de vingt-deux ans. Sa constitution belle et forte, une figure colorée annoncent que jusqu'à cet âge sa santé a été bonne. Elle est pieuse et d'une conduite régulière. Son caractère, pour l'observateur, malgré un air de douceur et de timidité, se fait remarquer par beaucoup d'irrégularités qu'on pourrait appeler caprices. D'une gaieté quelquefois folle, ses pleurs, un instant après, coulent facilement et sans cause connue; sa vivacité fait souvent peine à voir. Rien ne peut la détourner du projet qui l'occupe dans le moment, et qui le lendemain sera sans attrait pour elle. Malgré une intelligence fine et déliée, elle est néanmoins confiante, crédule jusqu'à l'excès, pleine de superstitions, craignant les sorciers et les sortilèges. Elle jouit d'une grande facilité d'imitation; mais nous reviendrons plus tard sur cette faculté, qui chez elle a produit des phénomènes fort curieux. Pour en finir avec son moral et montrer l'influence de l'hérédité, nous dirons que son père a donné à plusieurs reprises des traces frappantes d'aliénation mentale ; que sa mère est bonne, mais d'un caractère irrésolu et sans force ; enfin, je ne parlerai pas de quelques proches parents dont les facultés morales ne feraient guère ombre à ce petit tableau ; j'ajouterai seulement, pour dernier trait caractéristique, que toute la famille avait vu dans la malheureuse maladie du père les conséquences d'un sort (c'est ainsi qu'elle s'exprime) qui lui avait été jeté par un berger voisin.

En mars 1845, notre jeune fille rompit avec ses habitudes des champs et entra au service d'une maison riche, possédant un personnel nombreux de serviteurs. Ses travaux, à peu de chose près, furent ceux d'une femme de chambre ; elle resta donc renfermée, occupée le matin à quelques soins de propreté, et passant ensuite une bonne partie de la journée à repasser ou à coudre.

Il y avait environ huit mois qu'elle remplissait le poste indiqué, lorsque les personnes qui l'environnaient remarquèrent que depuis quelque temps, un mois environ, le caractère de Marie, déjà difficile, était devenu d'une irascibilité extraordinaire. La plus légère observation, faite avec douceur, était toujours reçue avec humeur. Elle s'absentait sans permission, donnait des motifs variables de ses absences et menaçait fréquemment d'abandonner son service.

On remarqua aussi que depuis quelque temps elle mangeait d'une manière extraordinaire à ses repas, qu'elle emportait encore du pain pour le cacher sous son oreiller et le manger la nuit. On se rappela aussi que pendant tout l'été et l'automne elle avait mangé beaucoup de fruits, recherchant les plus acides. C'est vers cette époque qu'il faut placer un dérangement très notable dans ses règles, qui, au lieu d'être périodiques, laissaient à peine un intervalle de quatre à cinq jours, duraient de sept à huit jours pour cesser et reparaître de nouveau après quelques jours d'interruption.

A six heures elle soupait ; après le souper, elle se rendait dans une pièce commune, dite lingerie, où se trouvaient constamment plusieurs autres personnes réunies là pour travailler et passer la soirée.

Le 8 décembre, à sept heures du soir, on s'aperçoit pour la première fois que sa main cesse de diriger son aiguille, que sa tête s'incline et qu'elle dort. On la réveille, on l'excite à aller se promener dans la cour. Le lendemain à la même heure le sommeil revient, puis après quelques minutes elle se met à causer tout bas. Les jours suivants cette envie de dormir est de plus en plus forte ; elle se répète à tout instant : on n'ose plus la laisser seule, parce qu'elle s'endort sans cesse, partout et même debout. Dans le sommeil, la loquacité est très grande, et souvent elle se met à chanter. Le réveil est accompagné d'accidents si graves, le sommeil est si extraordinaire, qu'on juge nécessaire de me faire appeler.

Le 15 du même mois, à sept heures, je me rends auprès d'elle. Je note que je suis parfaitement connu de cette jeune fille, la voyant souvent et depuis longtemps. A mon arrivée, je la trouve assise dans un fauteuil ; sa pose est naturelle ; sa gaieté vive se change souvent en tristesse ; elle parle constamment. Le pouls est presque naturel, mais un peu plein. La respiration est régulière, les extrémités sont froides. Quand on presse l'épigastre, elle accuse plutôt du malaise que de la douleur. La main fait éprouver dans cette région quelque chose d'insolite. Les yeux sont fermés. J'ouvre les paupières ; je vois l'axe de l'œil dévié et porté en haut.

Voici ce que me présente son physique. Je vais faire connaître une autre série de symptômes. J'étais instruit de tout ce qui était arrivé depuis quelque temps. Placé près d'elle, je commence la conversation suivante ;

Bonsoir, Marie. — Bonsoir, M. Bayard. — Vous dormez? — Oui, monsieur. — Depuis quelle heure? — Depuis sept heures. — Dormirez-vous encore longtemps? — Jusqu'à huit heures. — Quelle heure est-il maintenant? — Il n'est pas encore sept heures et demie.

toutes entre elles cela de commun qu'elles reposent sur une erreur physiologique et sur des illusions.

Les substances sur lesquelles ont porté les expériences de M. Duchaussoy sont : le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, la belladone et la strychnine, substances dont les effets physiologiques sont assez bien connus et assez faciles à apprécier lorsqu'elles sont administrées à une certaine dose pour qu'il soit aisé d'en constater la manifestation ou l'absence.

Le *sulfate de quinine* a été administré à deux malades en prises par la bouche, et en lavement en même temps (1 gramme en lavement et 1 gramme par la bouche, en 2 ou 3 paquets).

Dans un premier cas, 5 grammes de sulfate de quinine ont été administrés en quarante-huit heures. Sur ces 5 grammes, 4 sont restés dans les voies digestives beaucoup plus de temps qu'il n'en faut pour être absorbé, et cette quantité considérable n'a donné aucun signe de son action.

Dans un second cas, une quantité plus considérable (de 5 à 6 grammes) est prise dans un temps plus court (en trente-six heures) sans produire plus de résultat pendant toute la durée de la période algide; mais aussitôt qu'une réaction, qui devait avoir un heureux résultat, a eu lieu, et que la sécrétion urinaire s'est établie, le malade a présenté un des phénomènes qui caractérisent l'absorption de la quinine, le bourdonnement d'oreilles. Toutefois, ce symptôme, comparé au groupe qu'une pareille dose aurait dû faire naître, ne dénotait qu'un commencement d'absorption encore incomplète. Mais, dans la crainte qu'une accumulation de doses ne déterminât brusquement des accidents fâcheux, l'administration du sulfate de quinine a été suspendue.

L'*iodure de potassium* a été prescrit chez cinq malades. Trois d'entre eux n'ont présenté aucun signe d'action physiologique. L'un de ces trois malades a pris de l'iodure de potassium pendant six jours, en tout 14 grammes, tant par la bouche que par l'anus. Le médicament est resté chaque jour assez longtemps dans le tube digestif pour y être absorbé s'il avait dû l'être; il n'a cependant donné aucun signe d'absorption pendant les premiers jours. Ce n'est que dans les derniers jours, alors que le malade était en pleine réaction et que les fonctions principales étaient rétablies, que le malade a commencé à percevoir la saveur particulière qui suit l'ingestion de l'iodure.

Chez deux malades, il y a eu quelques signes d'absorption, mais seulement au bout de plusieurs jours, et après des signes de réaction incomplète suivie de mort. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'une femme enceinte de huit mois. 8 grammes d'iodure de potassium pris en quatre jours ne manifestent pas leur absorption. Au bout de ce temps l'accouchement a lieu et est suivi aussitôt d'un urticaire.

Chez le deuxième malade, 5 grammes d'iodure de potassium introduits dans l'estomac et le rectum, et conservés pendant longtemps, ne donnent pas de signes d'absorption. Cependant à l'autopsie une petite quantité d'iodure trouvée dans les glandes salivaires et le pancréas prouve que l'absorption a pu avoir lieu, bien qu'en très petite proportion, pendant la faible réaction qui avait précédé la mort.

La *belladone* a été donnée à dix malades, et dans des conditions très variées qui nous obligeront à entrer ici dans quelques détails, qui sont d'ailleurs d'une extrême importance pour le sujet qui nous occupe.

Dans trois cas la belladone a été donnée par la bouche seulement, à des doses de plus en plus élevées (30 centigr. d'extrait de belladone dans un cas, onze heures avant la mort; 40 centigr. en seize heures dans le deuxième cas, et la même dose dans le troisième cas conservée pendant sept heures), sans aucun résultat appréciable, sans manifestation du signe spécifique de l'action de cette substance, la dilatation de la pupille.

Dans une quatrième observation, 110 centigrammes d'extrait de belladone introduits dans l'estomac et le rectum en trente heures environ restent inertes. Une friction faite dans les aisselles cinq heures avant la mort n'a pas plus d'effet.

Dans une autre observation le médicament a été porté sur la peau seulement, dans le creux axillaire, et avec frictions, mais à dose considérable, 4 grammes; il n'y a pas eu de résultat appréciable.

Les cas dont il vient d'être question étaient tous des cas de choléra algide, cyanique, avec asphyxie plus ou moins avancée. Dans ces formes graves, le résultat a été constamment le même; il n'y a jamais eu aucun signe d'absorption. La même substance a été donnée dans la période de réaction; ici les résultats ont été tout différents: l'absorption s'est manifestée par les effets spéciaux de la belladone, et ils ont été d'autant plus prononcés que cette réaction était elle-même plus prompte et plus complète. Ainsi, chez l'un des sujets de cette catégorie, la belladone introduite par l'estomac au moment où le pouls venait de se relever et où la sécrétion urinaire avait reparu, a produit la dilatation de la pupille. Le même phénomène s'est produit dans des circonstances identiques chez un autre malade chez lequel la même dose du médicament, donnée avant la réaction, n'avait pas produit de résultat appréciable.

Dans quelques cas d'algidité très prononcée, des frictions faites autour du globe de l'œil, sur la peau sèche ou préalablement débarrassée de la sueur visqueuse qui la recouvrait, ont produit la dilatation de la pupille, alors que la même substance ingérée dans les voies digestives n'avait point produit ce phénomène; mais la dilatation n'avait lieu, dans ce cas, que du côté frictionné seulement, ce qui indique une action locale qui doit être distinguée de celle qui résulte de l'absorption et du transport de l'agent médicamenteux dans le torrent circulatoire.

Enfin, abandonnant les voies ordinaires de l'absorption, M. Duchaussoy a tenté une injection de belladone dans les veines. Le malade commençait à se cadavériser; sa peau était complétement insensible; pas une gouttelette de sang ne sortait de l'incision; la veine elle-même isolée de sa gaîne paraissait vide, et cependant trois *minutes* après l'injection (solution de 10 centigrammes d'extrait de belladone dans 15 grammes d'eau distillée tiède; les trois quarts de la solution environ ont été injectés) les pupilles étaient complétement dilatées.

Ce dernier fait tendrait à prouver, comme on le voit, qu'alors que toutes les autres voies d'introduction des médicaments dans l'économie sont fermées, il en reste une qui semble persister encore jusqu'aux limites extrêmes de la vie, et qui pourrait être utilisée dans ce but. C'est là un des résultats les plus intéressants des recherches de M. Duchaussoy, et sur lequel il y aura lieu de revenir. Nous nous bornons pour l'instant à l'indiquer.

La *strychnine* devait naturellement occuper un rang important dans cette curieuse série d'expériences. Ainsi en a-t-il été. Longtemps avant de connaître les recherches de M. Abeille, dit l'auteur, M. Vernois avait prescrit le sulfate de strychnine, et l'avait présenté à différentes surfaces d'absorption. Depuis il a été administré dans ce service de la manière indiquée par le médecin du Roule. Voici le résultat de ces deux séries d'expériences, dont la dernière a été entreprise plus spécialement en vue de déterminer si le sulfate de strychnine, donné dans le choléra, augmente le nombre ou la force des contractions du cœur, et surtout s'il jouit du privilége d'être absorbé lorsque les autres médicaments paraissent l'avoir perdu.

M. Vernois a commencé par quelques milligrammes seulement, puis il a graduellement élevé la dose, au point d'atteindre 4 centigrammes introduits en une seule fois dans le tissu cellulaire.

Dans une première observation, il n'y a pas eu d'effets physiologiques sur les muscles (la dose n'était que de 5 milligrammes, pris en cinq heures par la bouche). Il n'y a pas eu non plus d'action sur le cœur; le pouls, qui marquait 96 avant l'administration, ne donnait plus que 90 après, bien que la réaction eût eu lieu.

Dans une deuxième observation, la strychnine a été administrée par le rectum à la dose de 1 centigramme, sans donner aucun signe d'absorption. Il en a été de même d'un troisième cas, dans lequel la strychnine a été donnée à la dose de 3 centigrammes par la bouche. Portant une attention spéciale à l'action du médicament sur le cœur, M. Duchaussoy a compté les battements un grand nombre de fois pendant une heure et demie; leur énergie lui a paru rester la même, et leur nombre n'est augmenté que de 4. Il ne s'est produit d'ailleurs aucun signe appréciable d'action physiologique.

Dans un autre cas, le médicament a été tout d'abord porté à 4 centigrammes. A cette dose, il y avait lieu de compter qu'il surviendrait des contractures et des roideurs si l'absorption avait lieu; il n'y a pas eu le plus petit signe d'absorption. Ajoutons que, vu la gravité de symptômes, M. Duchaussoy, dans l'espoir d'agir plus directement et par la voie la plus courte, avait introduit directement la strychnine dans le tissu cellulaire sous-cutané en y faisant une longue incision. La belladone, introduite de la même manière, n'a eu non plus aucune action.

Enfin, dans une dernière observation de choléra très grave, 0,065 de sulfate de strychnine ont été successivement introduits sous la peau, et dans ce cas on a pu constater la non absorption de deux manières : par l'absence des signes et par l'inspection directe de la surface d'absorption; le médicament est resté vingt-quatre heures dans la plaie sans diminuer d'une manière sensible; l'absence des signes physiologiques de l'absorption s'est prolongée même pendant la période de réaction, qui a été suivie de la guérison. Jusque-là, dans toutes les observations qui précèdent, on n'avait pas vu la perte de l'absorption persister au delà du commencement de la réaction franche. C'est la première observation qui paraît établir ce fait, et l'auteur a eu l'occasion de voir depuis un second fait qui montre l'absence des signes physiologiques de l'absorption pendant une réaction comateuse. Le malade avait pris *neuf centigrammes* de sulfate de strychnine par la bouche, et le pouls, loin de se relever, est devenu plus lent et plus dépressible; en outre, cette dose si considérable n'a provoqué aucun signe d'action physiologique, pas même l'amertume de la bouche.

Nous n'avons cru devoir emprunter au travail de M. Duchaussoy que les faits qu'il a vus lui-même, les expériences qu'il a faites sous les yeux et avec le concours et le contrôle de M. Vernois. Il eût été aisé d'étendre beaucoup encore ces citations, en reproduisant les témoignages nombreux qu'il emprunte aux auteurs, autant en ce qui concerne les substances qui ont fait l'objet de ses expériences, que celles en plus grand nombre encore qu'il n'a point expérimentées, témoignages qui confirment presque tous le fait qu'il s'est proposé de démontrer, savoir: l'absence d'absorption pendant la période algide du choléra. Nous renverrons les lecteurs, pour ce supplément de démonstration, à la première partie de son travail, où il accumule les preuves de cette absence d'absorption soit par la surface interne, soit par la surface externe, notamment pour les agents les plus usités et les plus énergiques, tels que l'opium, le haschisch, le chlorofome, les mercuriaux, les sinapismes, les vésicatoires, etc.

En résumé, M. Duchaussoy s'est cru fondé à déduire de ces faits et de ces expériences les conclusions suivantes :

Toutes ces réponses sont exactes; elle me reconnaît et prononce souvent mon nom. Je continue :

Marie, réveillez-vous donc? — Je ne le puis pas. — Vous êtes souffrante? — Oui, monsieur. — Où sont vos souffrances? — Au cœur. — Qu'est-ce que vous éprouvez? — On me serre et on me déchire la chair. (Sa main, en même temps, se porte sur l'épigastre.) — Que faut-il faire pour vous guérir? — Oh! monsieur, vous savez mieux que moi ce qui est nécessaire pour cela; faites ce que vous voudrez, et faites pour le mieux.

A toutes les questions qu'on peut lui faire, elle répond avec justesse, avec bonté, sans haine pour les personnes qu'elle n'aime pas, disant qu'il faut pardonner. Je dirai même que sa franchise et sa naïveté, jointes à ses principes religieux, dans ces malheureuses circonstances, semblent rehausser ses facultés intellectuelles. Je dois néanmoins dire que jamais elles ne me parurent excéder les bornes de l'intelligence que je lui connaissais. Je continue encore :

— Que faisiez-vous avant que je vinsse? — Je chantais.

— Voulez-vous chanter encore? — Je veux bien.

On lui donne un livre de cantiques, elle l'ouvre et chante une strophe. Je m'aperçois que ce qu'elle chante ne se trouve point sur la page ouverte. Je prends le livre, tourne le feuillet et le renverse; elle le reprend avec vivacité, montre un peu de mauvaise humeur et commence la strophe suivante de son cantique, tenant le livre renversé. Sa voix est juste, mais elle s'affaiblit; les notes en sont lentes, elles annoncent une voix lointaine ou une respiration courte et qui s'éteint. Pendant qu'elle chante je prends du tabac dans une tabatière déposée sur la table, je lui en mets dans les narines sans rien dire; elle se fâche, me nomme par mon nom, disant que je lui ai fait respirer du tabac; elle éternue, se mouche et continue à chanter. Je l'interromps et lui dis : — Vous avez assez chanté, et votre voix est fatiguée; je vous engage à reprendre votre ouvrage de couture. — Je le veux bien. Alors, adressant la parole à une des personnes présentes: Donnez-moi, dit-elle, la serviette que j'ourle; donnez-moi mon dé, il est dans la poche de mon tablier, et mon tablier est sur le fauteuil auprès de la croisée; donnez-moi également le peloton de fil, il se trouve dans le panier qui est sur la commode.

Tout ce qu'elle dit est très exact. On lui donne les objets demandés; elle retrouve facilement son aiguille, se met à son travail, attache son ouvrage à son genou au moyen d'une épingle, poursuit sa couture au point où elle l'a laissée, et la fait avec autant de régularité et d'aisance qu'en pleine santé et au grand jour; mais elle se plaint bientôt de la difficulté de son ouvrage, accusant la toile d'être trop dure; sa main, en effet, se ralentit; sa voix faiblit de plus en plus; on dirait que l'heure du réveil approche et qu'un autre ordre de phénomènes va apparaître.

— Marie, lui dis-je, il va être huit heures, vous allez vous réveiller? — Oui, monsieur. — On vous conduira dans votre chambre, et vous vous coucherez? — Je le veux bien.

Ces dernières paroles sont à peine articulées. Sa tête se penche plus profondément sur la poitrine. Sa figure est décolorée, elle est froide comme les membres; les lèvres entr'ouvertes laissent échapper une salive filante. Deux personnes la prennent sous les bras; elle fait quelques pas, mais bientôt elle pousse un cri déchirant; ses jambes alors fléchissent, s'inclinent sur les cuisses, les cuisses sur le tronc, et le tronc entier s'affaisse, tous ses membres sont sans mouvement, le pouls est à peine sensible; un flacon d'ammoniaque promené sous les narines ne contracte nullement les muscles de la figure, elle est comme une masse inerte. J'insiste sur cette prostration absolue niée par quelques auteurs, mais à tort, suivant l'honorable professeur M. Forget. On lui plonge les pieds dans un bain chaud et fortement sinapisé; ils y restent longtemps froids. On la met au lit, on la réchauffe avec peine; sa figure enfin s'anime un peu et son pouls revient lentement; ses premiers signes sont un mouvement d'affaissement qui entraîne le corps au pied du lit, en même temps qu'elle pousse quelques cris affreux pareils à des hurlements; je dis hurlements, car, les nuits précédentes, ceux qui couchaient dans les appartements voisins de sa chambre avaient cru entendre les hurlements d'un chien égaré rôdant dans la cour ou dans les corridors de la maison. Elle finit par s'endormir; son sommeil est fréquemment interrompu par les cris et les mouvements brusques du corps.

Pendant le sommeil, le sang lui coule de la bouche comme coulerait la salive; seulement les bruits qui s'échappent de son estomac font croire que là est le siége de cette hémorrhagie. Dans la nuit quatre serviettes en sont trempées. Quand elle se réveille, elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé dans son état cataleptique.

Le lendemain matin, je la trouvai assez tranquille, la figure un peu colorée et le pouls assez vibrant. Sans lui parler de ce qui s'était passé, je lui proposai une saignée, elle y consentit; je prescrivis en même temps des pédiluves sinapisés, des boissons gommeuses; je repos absolu et l'éloignement d'une garde-malade dont la présence semblait la contrarier. Les symptômes diminuèrent. Le surlendemain, nouvelle saignée, eau de gomme, eau de veau et pédiluves. Le 19, eau de Sedlitz, ainsi que les deux jours suivants. Au bout de huit jours, un mieux très sensible était survenu; mais les envies de dormir n'avaient pas entièrement cessé. Je conseillai donc de la rendre à ses premières habitudes et de la renvoyer pour quelque temps dans son pays natal; ce qui eut lieu. Marie revient de temps en temps voir ses maîtres; à chaque visite, elle dit toujours qu'elle n'éprouve plus rien de fâcheux et qu'elle est guérie. Elle rentre dans son service un mois après son départ; bientôt ses envies de dormir la reprennent. Elle va de nouveau chez ses parents, revient encore après six semaines de nouvelle absence; mais on s'aperçoit encore qu'elle n'est pas guérie. Elle quitte pour la troisième fois et définitivement sa place pour habiter depuis cette époque avec sa famille.

Cette maladie, que je considérai dès le principe comme un cas de catalepsie, me parut fort grave. Je craignis pendant longtemps pour

1° Dans l'algidité, les cholériques ont perdu la faculté d'absorber les médicaments qu'on leur administre soit par l'estomac, soit par le rectum, soit par la vessie, soit par la peau, soit par le tissu cellulaire sous-cutané; le manque d'expériences personnelles m'empêche de joindre à ces voies la muqueuse pulmonaire, bien que je sois persuadé qu'elle n'offre pas plus de ressources.

2° Cette perte de la faculté d'absorber cesse dans les cas de moyenne gravité à l'époque où une réaction bien franche s'établit; mais dans les cas très graves, elle persiste encore quelque temps après qu'une réaction salutaire s'est prononcée sans qu'on puisse rattacher d'une manière précise le rétablissement de cette fonction à la cessation des évacuations morbides ou même à la réapparition de l'urine, bien qu'en général cette coïncidence soit exacte.

3° Malgré le retour de la chaleur et du pouls, si le coma survient, l'absorption ne se fait pas mieux que pendant l'algidité; il en est de même dans la cyanose inteuse et dans la période terminale dite d'asphyxie.

4° Si dans quelques cas l'absorption n'est pas absolument nulle, elle est au moins tellement faible qu'on ne saurait compter sur elle pour obtenir un résultat thérapeutique. Il se peut néanmoins que de rares exceptions se présentent et qu'un médicament donné dans ces circonstances soit absorbé; on comprend, en effet, que les efforts du vomissement puissent quelquefois débarrasser la muqueuse de l'estomac d'une partie du mucus qui la recouvre, et que pour cette raison ou pour toute autre il puisse y avoir une absorption accidentelle.

5° Par conséquent tout médicament actif porté pendant ces périodes dans les voies précitées est pour le moins inutile; il y a plus, il peut être nuisible; car si le médecin, confiant dans une prétendue tolérance, élève considérablement les doses des médicaments toxiques et que ceux-ci ne soient pas expulsés par les selles ou par les vomissements, il pourra se faire qu'au moment où les organes retrouveront leurs propriétés l'absorption se fasse d'une manière assez rapide pour produire l'empoisonnement. Aussi dans la prévision d'un pareil accident le médecin qui aurait prescrit, par exemple, le laudanum à haute dose dans la période algide devra-t-il, si le malade revient à la santé et s'il n'a ni selle ni vomissements, faire prendre immédiatement des évacuants; il devrait de même faire administrer un contre-poison, si la substance ingérée pendant l'algidité en comportait l'emploi.

6° Les médecins ne sont nullement fondés à attribuer les guérisons qu'ils ont obtenues à l'action des substances qu'ils ont employées dans ces périodes, et ils le sont moins encore, s'il se peut, à vouloir établir la prééminence de leurs médications; car, en réalité, le malade a guéri par les bénéfices de la nature aidée de bonnes conditions hygiéniques, et nullement par l'action d'un médicament qui n'a pas été absorbé.

7° Si l'on fait pénétrer une substance curative au sein des organes d'un cholérique dans ces périodes, il faut s'adresser directement au système veineux par la méthode des injections. J'ai cité un exemple bien remarquable de la promptitude avec laquelle les signes physiologiques se manifestent après cette opération : j'en possède beaucoup d'autres, et j'espère pouvoir plus tard traiter cette question avec les détails qu'elle mérite.

— Nous venons de reproduire sans commentaire le résumé sommaire des faits contenus dans l'intéressante thèse de M. Duchaussoy et les conclusions qu'il s'est cru fondé à en déduire. Bien que sur certains points peut-être ces observations et ces expériences ne soient pas complétement à l'abri de quelques objections, ou tout au moins de quelques réserves, ces objections et ces réserves ne pouvant porter que sur des points accessoires et non sur l'ensemble des faits et le fond même des conclusions, qui nous paraît inattaquable, nous avons cru devoir nous abstenir de les présenter ici, afin de maintenir les conclusions dans toute leur force. Ces conclusions sont-elles aussi décevantes qu'on pourrait le penser au premier abord, et doit-on en tirer cette dernière et triste conséquence, que la médecine est entièrement désarmée contre le choléra, et que les médecins n'ont plus qu'à assister en spectateurs passifs aux diverses péripéties du mal? Non, sans doute. On l'a déjà dit avant nous; mais les vérités utiles ne sauraient être trop répétées. Le problème thérapeutique n'est que déplacé; et si les résultats décisifs de l'expérimentation ne font que confirmer ce que l'expérience générale avait déjà fait pressentir, l'inefficacité, on peut dire maintenant l'inutilité presque constante de tout moyen de traitement dans la période algide cyanique du choléra, l'attention des praticiens n'en doit être que plus vivement dirigée vers un but plus utile et plus fécond en résultats, la thérapeutique de la période prodromique et mieux encore la prophylaxie. C'est de ces deux points que nous nous occuperons plus spécialement à l'avenir.

NOTE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE

du choléra-morbus asiatique (1).

Par M. le docteur A. Legrand.

Monsieur le président, j'espère avoir trouvé une thérapeutique rationnelle vraiment efficace du choléra-morbus asiatique. J'en serai tout à fait convaincu (et l'Académie partagera sans doute avec moi cette conviction) si de nouveaux faits viennent confirmer les heureux résultats que je viens d'en obtenir sur deux malades du sexe féminin, ayant offert toutes deux les symptômes qui caractérisent le mieux cette terrible maladie : sensation incroyablement pénible d'oppression à l'épigastre, déjections incessantes par haut ou par bas de matières ressemblant à de l'eau de riz; ralentissement de la respiration, qui est anxieuse et suspirieuse; dépression du pouls avec accélération (115 pulsations) chez une des deux malades, mais disparition chez l'autre; refroidissement marqué chez toutes les deux, mais plus prononcé chez la seconde, qui offre une teinte ardoisée de la peau de la figure et du haut de la poitrine; chez toutes deux excavation des yeux, altération de la figure, mais caractéristique chez la seconde (*facies cholérique*); affaiblissement très prononcé de la voix, qui est presque éteinte chez l'une des deux; chez toutes deux crampes dans la région épigastrique et dans les membres abdominaux; suppression de la sécrétion urinaire.

Le traitement a consisté dans l'usage des moyens suivants :

1° Potion où entre l'*extrait aqueux de noix vomique* dans la proportion de 10 à 25 centigrammes pour 150 grammes de véhicule (eau distillée simple, eau distillée de tilleul de chaque 75 grammes), à prendre par cuillerées à bouche de deux en deux heures;

2° Quarts de lavement avec l'empois léger et l'extrait thébaïque (5 centigrammes environ par quart de lavement) de deux en deux heures;

3° Application d'un large vésicatoire sur la région épigastrique;

4° Frictions de quatre en quatre heures avec le baume tranquille sur tout l'abdomen, qui est ensuite recouvert d'un cataplasme de farine de lin entre deux linges, peu humide et très chaud;

5° Pour tisane, eau de Seltz naturelle coupée avec moitié d'eau froide et bue en petites quantités à la fois, mais fréquemment;

6° Sinapismes adoucis sur les extrémités, mais sans exagérer l'emploi de ce moyen, qui est secondaire, tandis que les trois premiers sont essentiels et *caractérisent la méthode*.

Pour instituer ce traitement, je me suis placé à ce point de vue que le choléra est caractérisé par une lésion de tout le système nerveux ganglionaire résultant de l'union intime des nerfs grand sympathique et pneumo-gastrique et ayant son siége principal dans les *ganglions semi-lunaires* et dans le *plexus solaire*, que d'anciens anatomistes ont considéré comme le centre de la vie nutritive ou organique, et qu'ils ont nommé le *cerebrum abdominale*.

J'essaierai de mieux préciser mon opinion sur le siége et la nature du choléra-morbus asiatique en le comparant à une gastro-entéralgie portée à son summum d'intensité et développée sous une influence miasmatique de nature inconnue.

Cette opinion sur la nature et le siége du choléra, que j'ai puisée dans la comparaison de tous les symptômes qui le caractérisent, que l'anatomie pathologique, ainsi qu'il arrive pour toutes les névroses, ne dément ni ne confirme; cette opinion, dis-je, m'a fait naître la pensée d'appliquer au traitement du choléra-morbus asiatique des moyens analogues à ceux que j'emploie pour combattre la gastralgie, mais en leur donnant une plus grande énergie, de manière à bien les concilier avec l'intensité des symptômes de la *gastro-entéralgie miasmatique* et la rapidité avec laquelle ils se succèdent.

(1) Cette note a été adressée à l'Académie des sciences, séance du 19 décembre 1853, sous forme d'un paquet cacheté enregistré sous le n° 1,372.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 septembre 1854. — Présidence de M. Combes.

Cautérisation ignée. — M. le professeur Sédillot lit une note sur ce sujet.

Instruit par une expérience déjà ancienne de l'immense utilité de la cautérisation, nous avons cherché, dit M. Sédillot, à en faire disparaître les inconvénients, et nous avons fait choix d'un procédé aussi avantageux que les moyens ordinaires et plus acceptable.

La réforme que nous proposons consiste à remplacer habituellement le moxa et ces fers volumineux rougis sur un brasier ardent par un stylet de trousse, en or, en argent ou en acier, chauffé à la flamme d'une simple lampe à alcool. On touche très légèrement les parties malades de manière à ne produire ni phlyctènes ni eschares. L'épiderme seul est atteint et présente une tache sèche et jaunâtre du diamètre d'une tête d'épingle. Ces pointes de feu sont instantanées, et c'est à peine si les malades les ressentent. Les plus impressionnables comparent la douleur à celle d'un pincement ou d'une légère piqûre. Dans l'immense majorité des cas, cette sensation ne se prolonge pas. Si, par exception, il persiste un peu de cuisson et de chaleur, on diminue le nombre des cautérisations, ou l'on entoure pendant quelques minutes la partie intéressée d'un linge mouillé, et la douleur disparaît.

Le nombre des pointes de feu varie selon la nature et l'étendue de l'affection et selon la susceptibilité du malade, de trois ou quatre, à trente, cinquante et même plus, et on les répète une ou plusieurs fois en vingt-quatre heures, ou seulement tous les deux ou trois jours, selon les mêmes règles.

Ce mode d'application, déjà employé d'une manière spéciale et dans des conditions assez rares, nous a paru mériter d'être généralisé, et nous en avons fait heureusement usage dans la plupart des cas où l'on n'a pas recours au feu comme moyen d'hémostasie ou de destruction.

L'effet du cautère actuel est d'appeler énergiquement le sang artériel dans les tissus touchés par le feu. Sur les parties saines, la rougeur est uniforme. Si l'inflammation est inégalement disséminée, la rougeur apparaît plus marquée aux points où la phlogose est plus intense. Sous ce rapport, la cautérisation est un moyen de diagnostic des inflammations profondes et cachées.

La fluxion de sang artériel, principal résultat de l'application du feu, en explique l'action et les avantages.

Dans les ulcérations infectieuses, sources de lymphites et de phlébites toujours dangereuses et souvent fatales, l'abord du sang rouge modifie immédiatement les dispositions organiques des tissus lésés. L'oblitération des orifices vasculaires ulcérés met obstacle aux intoxications par introduction dans l'économie de principes délétères. On arrête de même avec certitude l'inflammation des lymphatiques et des veines, dont les vasa vasorum hypérémiés tendent à produire des infiltrations séreuses et des suppurations d'une extrême gravité. L'afflux artériel provoque des épanchements globulaires et fibrineux qui forment barrière à toute extension inflammatoire et à toute propagation infectieuse.

---

cette infortunée une congestion cérébrale ou la folie. Les personnes qui en furent témoins virent là quelque chose d'extraordinaire. Dans son village on se rappela la maladie du père et les sorciers qui avaient jeté sur lui un sort funeste; d'autres parlèrent de fureurs utérines, d'extase, de contemplation ou de magnétisme. On exagéra la lucidité de ses réponses dans son sommeil; on répandit qu'elle lisait les yeux fermés, etc., etc. Je ne vis rien de semblable; j'éprouvai de la compassion, et fis ce qui dépendit de moi pour empêcher toute espèce d'éclat. J'avouerai même que je n'osai pas poursuivre ou répéter sur les sens de cette fille les expériences propres à m'en montrer toute la finesse, tout le développement nouveau ou leur insensibilité, craignant, dans ces circonstances affreuses et affligeant de nombreuses personnes, faire preuve d'un esprit plus curieux que bienveillant. Cependant je dis également avec bonne foi que je ne crois avoir omis rien de ce qui est nécessaire pour diagnostiquer positivement cette affection.

J'ai parlé d'une faculté d'imitation qu'elle possédait à un haut degré. En effet, chaque fois qu'elle parlait de quelqu'un elle en prenait immédiatement le rôle; ses expressions, ses gestes, le timbre même de sa voix répétaient, rendaient et imitaient les expressions, les gestes et la voix de la personne qui l'occupait dans le moment. On souriait d'abord, attribuant cette imitation à un peu de malice de sa part; mais bientôt, ainsi qu'elle l'avouait elle-même, on voyait que c'était malgré elle qu'elle agissait de la sorte.

Voici un fait que j'appellerai manie d'imitation, qui s'est passé quelque temps avant sa grande crise :

Après souper, à la lingerie, plusieurs personnes, comme je l'ai dit, se réunissent pour y passer la soirée. Parmi elles se trouve fréquemment un jeune homme, ex-militaire, qui, son travail de la journée terminé, vient dans cet appartement prendre quelque temps de distraction. Le visiteur est gai de son naturel, et un peu narrateur. Un soir la conversation tombe sur les différentes professions, sur celle de savetier en particulier. Voici notre jeune homme qui, après avoir parlé du tranchet, de la poix, du tire-pied, etc., se met, pour parler vulgairement, à faire le savetier. Sa main, en guise de marteau, frappe la semelle sur son genou; sa bouche mouille les doigts, et ses bras s'étendent pour serrer les fils cirés.

Marie est un peu éloignée et occupée de sa couture. Ses yeux voient les mouvements du savetier improvisé; bientôt ses membres suivent en quelque sorte la même impulsion, son poing vient frapper par intervalles son genou, et ses deux bras s'allongent régulièrement; elle semble craindre qu'un de ses mouvements ne soit pas en harmonie avec ceux qu'elle imite. « Mon Dieu! mon Dieu! dit-elle, je suis en retard!... » quand ses deux bras ne sont pas arrivés avec autant de promptitude et aussi loin que ceux du jeune homme: puis elle frappe avec plus de force son genou, et tire ses fils avec plus de rapidité.

Les personnes présentes s'aperçoivent de cette distraction, qui provoque des éclats de rire dans la petite réunion. Notre jeune fille se fâche un peu, se lève et sort. Au bout de quelque temps elle rentre. Le savetier recommence son travail, Marie l'imite encore. On rit de nouveau. Elle pleure et s'en va. Une troisième fois elle revient. Le jeune homme ne continue qu'à demi son jeu; mais n'importe le mouvement qu'il fasse, ce mouvement est toujours fidèlement copié. — Marie, lui dit alors quelqu'un, vous voyez bien qu'il veut se moquer de vous. Pourquoi faites-vous comme lui? — Mon Dieu! répondit-elle en pleurant de nouveau, je ne puis m'en empêcher. — Eh bien! tournez-lui le dos. En effet, elle déplace sa chaise et lui présente le dos.

Malgré ce déplacement, ses yeux cherchent de côté à voir les gestes du jeune homme, et le geste imparfaitement aperçu est toujours répété par cette infortunée fille. Enfin le militaire se retira, comprenant que son absence seule pouvait faire cesser cette imitation, cause de tant d'impatience et même de larmes.

Mon nom est garant de l'authenticité des faits que je viens de rapporter, faits qui se sont passés sous les yeux de plusieurs autres témoins auxquels j'ai communiqué ce que je viens d'écrire, et qui, au besoin, comme moi, en confirmeraient la vérité.

Je me suis décidé à publier cette observation, qui fut adressée dans le temps à l'Académie de médecine, d'abord parce qu'elle est rare, et qu'ensuite, à l'époque où elle fut écrite, elle avait un intérêt d'actualité; le magnétisme animal cherchait beaucoup l'éclat. Mon but fut de signaler une maladie peu fréquente et extraordinaire là où le vulgaire et les magnétiseurs voulaient voir autre chose, et de démontrer à certains esprits combien est grande la variété des symptômes d'une organisation souffrante. Un mot sur l'issue de cette maladie en dira plus que mes réflexions.

On n'a pas oublié les symptômes de douleur éprouvés par la pression à la région épigastrique, l'appétit bizarre et déréglé et les hématémèses qui marchèrent avec la première crise. Rentrée dans sa vie première, j'eus occasion de voir cette fille plusieurs fois. Elle éprouvait un besoin impérieux d'être saignée fréquemment. Néanmoins elle disait sans cesse jouir d'une bonne santé; mais ses traits ne sont plus si réguliers, sa fraîcheur disparaît; il semble qu'elle a vieilli. Son caractère reste constamment empreint de mobilité et ses gestes conservent une vivacité qui me fait croire que, rendue à des habitudes sédentaires, elle ne tarderait pas à éprouver les accidents que nous venons de décrire. Insensiblement sa santé s'altéra, ses idées tournèrent à la mysticité; enfin, en 1851 elle succomba à un squirrhe du pylore.

A. Bayard, d.-m.

Dans les ulcérations phagédéniques, les plaies virulentes et de mauvaise nature, la cautérisation ponctuée avec le stylet donne d'excellents résultats : les douleurs brûlantes de la partie lésée cessent immédiatement et sont efficacement combattues lorsqu'elles reparaissent par de nouvelles cautérisations; le gonflement, l'œdème et la coloration d'un rouge brunâtre diminuent, et les malades éprouvent une amélioration si notable qu'ils sont les premiers à réclamer cette médication vraiment héroïque et que plusieurs se l'appliquent eux-mêmes avec confiance.

Les inflammations profondes compliquées d'altérations des os, de gonflements séreux et d'indurations couenneuses sont également modifiées avec une grande rapidité par la cautérisation, et une de nos malades atteinte de gonflement du tibia et privée de sommeil par excès de douleur depuis quatre mois, réfractaire, en outre, aux traitements les plus variés, se trouva sur-le-champ soulagée et en voie de guérison dès la seconde application de notre mode de cautérisation.

On n'ignore pas de quelle ressource est le cautère actuel pour prévenir la gangrène ou en arrêter la marche, et toutes les fois qu'une révulsion énergique est nécessaire la cautérisation ignée en est le moyen le plus puissant.

Thoracentèse sous-cutanée. — M. Jules Guérin lit sur ce sujet un mémoire qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° La thoracentèse sous-cutanée constitue une application de la méthode sous-cutanée réalisant, à l'aide d'instruments particuliers, les caractères et tous les avantages de la méthode dont elle émane.

2° Les instruments employés par la thoracentèse sous-cutanée se composent : A, d'un trocart plat recourbé à son extrémité libre et muni d'un robinet sur son trajet; B, d'une pompe hermétique munie d'un robinet à double effet, destiné à permettre l'aspiration et l'expulsion du liquide sans déplacement.

3° La thoracentèse sous-cutanée a pour caractère et pour but spécial d'opérer l'évacuation du liquide renfermé dans le thorax à l'abri du contact de l'air, avant, pendant et après l'opération. Elle se propose en outre d'opérer cette évacuation de façon qu'aucune partie du liquide extrait ne s'épanche dans le trajet sous-cutané parcouru par le trocart, soit pendant, soit après l'opération. Le résultat physiologique de cette double précaution est de prévenir toute inflammation suppurative de la plaie thoracique et d'en obtenir l'organisation immédiate.

4° L'application de la thoracentèse sous-cutanée consiste à faire un large pli à la peau, à ponctionner le thorax à la base de ce pli, de façon qu'après l'opération les deux plaies cutanée et thoracique soient distantes l'une de l'autre de 3 à 4 centimètres. L'instrument étant introduit avec les précautions qui préviennent sûrement l'entrée de l'air, l'extraction du liquide s'opère au moyen de la pompe, avec une précision qui permet de s'aider des mouvements d'expiration dans la mesure et au degré utile au succès de l'opération.

5° Sur 16 sujets atteints d'empyème et opérés en public au dépôt de Saint-Denis, à l'Hôtel-Dieu et au Val-de-Grâce, et qui ont nécessité trente ponctions, aucune opération n'a été suivie d'accidents immédiats ou consécutifs; 11 sujets ont été complétement guéris; les 5 sujets restants ont succombé à des récidives compliquées : 1 d'une affection organique du cœur, 3 d'une affection tuberculeuse pulmonaire et constitutionnelle, et 1 d'une pleurésie purulente aiguë résultant d'un décollement traumatique de la plèvre.

6° Le but que se propose la thoracentèse sous-cutanée, les moyens qu'elle emploie et les résultats qu'elle produit, constituent des caractères positifs qui la distinguent de toutes les méthodes employées jusqu'ici et qui permettent de lui reconnaître le caractère d'une méthode originale, ou au moins d'une application nouvelle de la méthode sous-cutanée.

Opération césarienne vaginale pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant. — M. le docteur Baudelocque lit la relation suivante :

Le 15 mars dernier, ayant été demandé par un médecin pour l'aider à terminer un accouchement chez une femme de trente-six ans, déjà mère de quatre enfants, je reconnus, comme le médecin l'avait fait déjà, une oblitération complète du col utérin, avec une bride d'avant en arrière formée par la muqueuse vaginale. Cette oblitération, qui n'avait pas le moindre pertuis, était probablement la conséquence de la chute d'eschares qui avait eu lieu pendant le traitement d'une affection utérine que cette dame avait eue avant de devenir enceinte. Il s'agissait d'ouvrir la partie inférieure de l'utérus pour donner issue au produit de la conception ; c'est ce que je fis de la manière suivante :

Après avoir enveloppé de linge un bistouri droit jusque près de sa pointe, que je recouvris d'une boulette de cire, je le glissai sur la face palmaire de l'indicateur de ma main gauche introduite préalablement dans le vagin, et j'enfonçai sa pointe très doucement dans le tissu de l'utérus, qui avait à cet endroit un demi-centimètre environ d'épaisseur, en ayant le soin d'avancer le doigt indicateur en même temps que le bistouri, de sorte que bientôt l'ongle de ce doigt sentit les membranes; alors avec un bistouri boutonné j'agrandis l'incision en travers, dans l'étendue de 5 centimètres environ, puis je donnai à prendre à la malade 50 centigrammes de seigle ergoté, et j'en attendis l'effet pendant une demi-heure : ce temps écoulé, les contractions utérines ne se ranimant pas, mais l'ouverture artificielle étant dilatable, j'appliquai le forceps et fis l'extraction d'un gros garçon qui continua de vivre. La délivrance fut naturelle.

Le quatrième jour des couches, des symptômes de péritonite s'étant manifestés, je les combattis avec 8 gouttes de teinture d'aconit, que je continuai plusieurs jours de suite; et le dixième jour, cette dame étant sans fièvre et complétement convalescente, je la laissai aux soins de son médecin; le dix-huitième jour elle descendit à son comptoir, et depuis cette époque sa santé n'a pas été troublée un seul instant. (Commissaires : MM. Andral, Velpeau, Rayer.)

Surdi-mutité. — M. Baudelocque, avant cette lecture, a présenté à l'Académie un enfant sourd-muet de naissance qu'il a traité par la méthode qu'il avait, dans de précédentes communications, annoncée à l'Académie comme lui donnant des résultats remarquables.

Traitement du choléra par le carbonate de soude. — M. E. Baudrimont annonce l'intention de soumettre prochainement au jugement de l'Académie un mémoire sur le traitement du choléra suivant une méthode imaginée par son oncle, M. A. Baudrimont, en 1832, et dont les heureux effets ont pu être constatés dans l'épidémie de 1849, comme dans celle de cette année. A la lettre est jointe une notice imprimée sur ce mode de traitement, qui consiste dans l'emploi à haute dose des carbonates alcalins et particulièrement du carbonate de soude.

La lettre et la notice sont renvoyées, à titre de renseignements, à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, chargée de prendre connaissance des pièces adressées au concours pour le prix Bréant, et de toutes celles qui, sans être destinées à ce concours, sont relatives à la nature, aux causes ou au traitement du choléra.

— M. le président invite à cette occasion la section de médecine et de chirurgie à présenter le plus promptement possible le programme qui lui a été demandé, programme destiné à faire connaître aux concurrents les conditions, les règles auxquelles ils devront se conformer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 août 1854. — Présidence de M. Huguier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. BROCA.

M. Giraldès pense que M. Broca a très nettement résumé l'état de la science sur le cancroïde dans les propositions qui terminent son travail : aussi n'a-t-il pas compris les objections que M. Verneuil a adressées au rapporteur. Ces objections avaient pour but de mettre en relief quelques points que M. Verneuil croyait tout à fait inconnus. Il a voulu établir que des hypertrophies papillaires, glandulaires ou des follicules sébacés pouvaient en imposer pour des cancroïdes épithéliaux. Mais la plupart de ces distinctions ont déjà droit de domicile dans la science.

Ainsi, MM. Lebert, Vogel et Pajet ont fait ressortir les analogies et les différences qui existent entre les tumeurs papillaires et les cancroïdes épithéliaux. Quant aux hypertrophies des glandes sudoripares, qui pourraient être prises pour des cancroïdes, M. Giraldès ne connaît rien de publié à cet égard, et il accorde à M. Verneuil la priorité de cette distinction. Mais il ajoute, relativement aux autres hypertrophies glandulaires ulcérées, que leur similitude avec le cancroïde a déjà été signalée.

Arrivant ensuite à l'examen des faits que M. Demarquay a recueillis çà et là et qu'il croit pouvoir opposer au rapporteur, M. Giraldès les divise en deux catégories :

1° *Ceux où il y a eu examen microscopique;*

2° *Ceux où l'on n'a point fait intervenir le microscope.*

Les faits de la première catégorie, en supposant qu'on ait évité toute erreur, signifient seulement qu'une femme a pu rester plusieurs années sans récidive de son mal. La chose n'est point rare, et M. Giraldès cite un relevé statistique, emprunté à M. Pajet, où l'on voit certaines tumeurs cancéreuses ne récidiver qu'après plusieurs années. L'objection que M. Demarquay a voulu tirer de la non-récidive au bout de quelques années est donc sans valeur pour établir la curabilité du cancer.

Quant aux faits de la seconde catégorie, ils ne peuvent véritablement figurer dans cette discussion. L'autorité de Blandin, quelque respectable qu'elle soit, ne peut servir ici de garantie, et à ce propos M. Giraldès rappelle qu'il enleva un jour de la région mammaire une tumeur hypertrophique que Blandin examina et crut être un encéphaloïde. Les faits de M. Demarquay ne prouvent donc pas que le cancer soit curable, et la proposition du rapport de M. Broca reste dans son intégrité.

M. Verneuil ne s'est point attribué la priorité des faits qu'il énonçait; il a seulement voulu dans un tableau d'ensemble présenter des faits anatomiques en les rattachant aux faits cliniques. Il soutient de nouveau que chacun des éléments d'une membrane cutanée ou muqueuse peut s'hypertrophier et être pris pour un cancroïde. Il ne faut donc point s'engager dans l'histoire de cette dernière production morbide sans faire les distinctions qu'il a établies.

M. Broca partage complétement l'opinion de M. Giraldès sur la valeur des observations invoquées par M. Demarquay en faveur de la curabilité du cancer. Il se contentera de faire remarquer que sur quatre observations deux seulement renferment des détails microscopiques. Or, c'est dans les deux cas où le microscope n'est point intervenu que la récidive a été le plus longtemps à se faire attendre; dans les deux autres la non-récidive n'a duré que de trois à cinq ans. Ainsi ces observations n'apportent aucun fait nouveau dans la science.

Restent maintenant les arguments de M. Verneuil. Ce dernier distingue cinq variétés de cancroïde; mais M. Broca ne saurait accepter comme cancroïde quelques-unes de ces variétés.

Le cancroïde est une tumeur constituée par l'épithélium, et ce sont les tumeurs épithéliales que M. Broca a eues en vue dans son rapport. Or les tumeurs dont parle M. Verneuil ne sont pas composées par l'épithélium seul, et l'on ne s'y trompe point, même à l'œil nu. Ainsi le lupus n'a aucunement la structure du cancroïde. A la vérité, M. Verneuil y a trouvé des hypertrophies des follicules sébacés ; mais c'est le tissu fibro-plastique qui en forme la base. Si donc, à une certaine période de son développement, le lupus peut avoir quelque analogie anatomique avec le cancroïde, il en est en général fort différent. M. Broca pense donc que M. Verneuil a introduit quelque confusion dans ce sujet, en faisant ces divisions. Après avoir éliminé certaines espèces morbides qui ne peuvent être confondues avec le cancroïde, on se trouve en présence de trois variétés qui méritent un examen plus sérieux : 1° la tumeur épidermique; 2° la tumeur papillaire; 3° l'hypertrophie glandulaire de la peau.

M. Verneuil a bien voulu montrer à M. Broca une pièce où il avait trouvé une hypertrophie glandulaire de la peau. On trouvait là, dans la peau d'un doigt, une tumeur formée par un noyau central d'où s'irradiaient des traînées blanchâtres, sortes de boyaux tapissés d'épithélium, et formés évidemment par des glandes sudoripares. Le noyau central était un cancroïde épithélial, reconnaissable à ses globes épidermiques. Que s'était-il passé là? Evidemment, autour du cancroïde s'était fait un travail en vertu duquel les glandes circonvoisines s'étaient hypertrophiées, de même qu'autour d'un cancer de la mamelle on trouve des hypertrophies glandulaires. Voilà comment M. Broca interprète le fait de M. Verneuil.

Viennent ensuite les variétés épidermique et papillaire. Suivant M. Verneuil, la tumeur épidermique diffère de la tumeur papillaire non-seulement par sa structure, mais par sa malignité. M. Broca ne saurait encore partager cette opinion, car selon lui la tumeur papillaire, comme la tumeur épidermique, détruit profondément les tissus et infecte les ganglions. Il a vu une tumeur papillaire qui avait profondément creusé la peau du talon, et M. Robin lui a cité trois cas de véritables tumeurs papillaires qui avaient infecté les ganglions. Dans un fait emprunté au service de M. Jobert, c'étaient les ganglions parotidiens qui étaient infectés. Dans un second cas, observé dans le service de M. Nélaton, un cancroïde papillaire de la lèvre était accompagné de ganglions infiltrés d'épithélium et de globes épidermiques. Enfin dans un troisième fait, sur lequel M. Michon pourra donner quelques renseignements, l'on a vu un cancroïde de la main, magnifique type de cancroïde papillaire, après avoir nécessité l'amputation de l'avant-bras, récidiver dans les ganglions de l'aisselle qu'on enleva, et qui furent trouvés infiltrés d'épithélium.

En résumé, M. Broca repousse les distinctions établies par M. Verneuil entre la forme épithéliale et la forme papillaire.

Toutefois, il se plaît à reconnaître que les cancroïdes papillaires marchent moins vite que les cancroïdes épithéliaux. La forme papillaire est d'abord une forme superficielle; mais peu à peu elle creuse et détruit les tissus; enfin elle finit par se comporter comme le cancroïde épithélial.

M. Michon ajoute, sur le fait qu'il a observé, quelques détails à ceux que M. Broca a donnés. Il s'agissait d'une ulcération cancroïdale développée sur les doigts et sur la main à la suite d'une brûlure. L'avant-bras fut amputé à son tiers supérieur par un chirurgien de province; mais la récidive eut lieu dans le moignon, puis dans deux ganglions, l'un brachial, l'autre axillaire. M. Michon enleva d'abord les deux ganglions et amputa plus tard le bras. Les ganglions étaient infiltrés d'épithélium. Toutefois, la santé générale s'était bien conservée, et six mois après la dernière amputation le malade allait encore bien.

M. Verneuil se défend d'avoir voulu faire rentrer le lupus dans le cancroïde. Il a dit seulement que les ulcérations de la peau qui avaient pour base des hypertrophies folliculaires pouvaient être prises pour des ulcérations cancroïdales. Il croit que le mot cancroïde doit disparaître de la nosologie; car si l'on appelait cancroïde toutes les tumeurs qui ont de l'épithélium, cette définition serait mauvaise. Ainsi, des tumeurs glandulaires de l'utérus finissent, en se développant, par s'infiltrer d'éléments épithéliaux qui peuvent les faire ressembler à des cancroïdes épidermiques. M. Broca a rappelé un des faits qui ont servi aux recherches de M. Verneuil; mais ce fait est le moins concluant de tous. M. Verneuil a pu examiner sur d'autres pièces de petites tumeurs formées uniquement par les tubes sudoripares, sans mélange d'infiltration épidermique; mais dans un cas où l'on pouvait observer plusieurs de ces petites hypertrophies glandulaires simples, on ne trouvait d'épithélium infiltré que lorsqu'on se rapprochait de tumeurs plus volumineuses. M. Verneuil cite en dernier lieu l'examen d'une tumeur de la sous-cloison du nez que lui a remise M. Denonvilliers. Elle était formée de tubes sudoripares hypertrophiés.

M. Broca ne conserve pas le moindre doute sur les hypertrophies glandulaires de la peau. Ce qu'il conteste, c'est leur parenté avec les tumeurs ulcéreuses désignées sous le nom de cancroïde épidermique ou papillaire. Même dans les faits qu'a cités M. Verneuil, il n'est pas disposé à croire que la maladie ait débuté par l'hypertrophie des glandes sudoripares.

Cette discussion close, la Société adopte la première conclusion du rapport de M. Broca, relative au renvoi du travail de M. Oscar Heyfelder au comité de publication. Le rapport de M. Broca sera annexé à ce travail.

— La Société procède ensuite au vote sur la candidature de M. O. Heyfelder. Celui-ci, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Lacronique (Jean-Sébastien), médecin-major de 1re classe au 2e léger, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Simon (Ch.-Etienne), pharmacien aide-major de 2e classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Notre collaborateur et ami M. le docteur Foucart, dont nous avions annoncé il y a quelques semaines le départ pour la Haute-Marne, vient de nouveau d'être envoyé par M. le ministre du commerce dans le département de la Haute-Garonne, où règne le choléra.

— Une affaire grave vient de se plaider devant la cour d'assises de l'Aube, présidée par M. Frayssinous. Dans cette affaire, sont inculpés un nommé Duret et la fille Garot, qui déjà avaient figuré, à Lyon, devant les assises, accusés, de concert avec un nommé Virling, d'avoir endormi les époux Bollerue par un puissant narcotique, et d'avoir étranglé la femme Bollerue pour commettre un vol. A cette époque, Virling fut condamné à mort, et exécuté le 13 octobre 1853.

Dans l'affaire qui se présente aux assises de l'Aube, Duret et la fille Garot sont inculpés d'avoir, de concert avec le nommé Virling, endormi un colporteur, le nommé C..., en lui faisant boire, dans un cabaret, à Germigny, du vin dans lequel ils avaient introduit une liqueur narcotique, et de l'avoir conduit dans un lieu désert, où, après l'avoir volé, ils l'abandonnèrent sur le sol, qui était couvert de neige.

L'examen de la liqueur qui fut saisie, celui des semences qui furent trouvées dans un sac que portait Duret, fit connaître aux experts commis par la justice que les semences étaient celles du *datura stramonium*, et que la liqueur saisie participait de cette semence.

Les faits avancés contre les inculpés ont été prouvé à l'audience; Duret a été condamné aux travaux forcés à perpétuité, et la fille Garot à quinze ans de travaux forcés. (*Journ. de chim. méd.*)

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 109. — JEUDI 14 SEPTEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 109. — JEUDI 14 SEPTEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DES CLINIQUES. Observation pour servir à l'histoire anatomique des hypertrophies du sein. — Observation de hernie crurale étranglée chez l'homme réduite par les réfrigérants (la glace surtout), la compression et la position. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 12 septembre. Rapport sur un mémoire relatif à l'empoisonnement par les allumettes chimiques. — Tumeur encéphaloïde de la face. Extirpation simultanée de l'os maxillaire supérieur et de l'œil du côté droit. Guérison. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, fin de la séance du 30 août. — Exercice de la pharmacie par un médecin. Réponse à une lettre de M. S... — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 13 SEPTEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La dernière séance de l'Académie a été remplie par deux lectures également dignes d'intérêt : un rapport de M. Chevallier sur un sujet de chimie industrielle qui touche par de nombreux liens à la salubrité et à la sécurité publiques, et une note de M. Ricord sur une question pendante devant l'Académie depuis quelque temps.

On trouvera dans le compte rendu de la séance un extrait étendu du rapport de M. Chevallier, et la relation des expériences sur lesquelles il fonde l'utilité d'une modification dans la fabrication des allumettes chimiques, qui est commandée à la fois par l'intérêt de la santé des ouvriers employés à ce genre d'industrie et par la nécessité de soustraire à des mains criminelles une occasion trop facile de seconder de funestes projets.

Quant à la note de M. Ricord, dont nous sommes obligé, faute de place, de renvoyer la publication au numéro prochain, elle a donné lieu à une petite discussion qui va nécessiter quelques développements. Il s'agit de la question du traitement de l'orchite par l'emploi du collodion élastique, soulevée devant l'Académie par une communication récente de M. Bonnafont. On se rappelle que le chirurgien du Roule annonçait avoir obtenu par l'emploi de ce moyen des guérisons beaucoup plus rapides, plus sûres et infiniment moins douloureuses que par les autres méthodes en usage.

« Etait-il possible, disait dernièrement M. Gérardin dans son remarquable rapport sur la strychnine, en rappelant le sujet qui nous occupe en ce moment, de trouver un problème de thérapeutique plus simple, plus facile à résoudre, et moins susceptible de controverse ? D'une part une tumeur dont le siége et la nature sont connus, tumeur qu'à chaque instant on peut voir, palper, examiner dans tous les sens ; d'autre part une simple couche de collodion. Eh bien ! messieurs, vous savez tous ce qui est advenu. » On sait, en effet, ce qui est advenu. Les faits de M. Bonnafont n'ont pas été contestés, parce qu'ils n'étaient pas contestables en tant que faits, et que la véracité du chirurgien ne pouvait être mise en doute ; mais ils ont étonné, parce qu'ils n'étaient pas conformes à ce qui avait été observé jusque-là ; on a pu croire à quelque erreur d'interprétation, tant il est vrai que les faits en apparence les plus faciles à apprécier ont toujours un côté accessible au doute ou à l'erreur. C'est ce qu'a démontré encore une fois la discussion d'hier.

MM. Velpeau et Ricord, conformément à l'engagement qu'ils avaient pris de contrôler chacun de leur côté la méthode préconisée par M. Bonnafont en la soumettant à de nouvelles épreuves, sont venus faire connaître le résultat de cette sorte d'enquête clinique. L'accord sur les points principaux entre les résultats constatés par ces deux chirurgiens n'est pas moins remarquable que leur différence avec les résultats obtenus par M. Bonnafont. On en jugera par cet exposé rapide :

M. Ricord a soumis dans son service 38 malades affectés d'épididymites blennorrhagiques à des applications de collodion élastique en suivant les préceptes de M. Bonnafont, répétant de deux à cinq fois ces applications et laissant au moins quarante-huit heures entre chaque application.

Voici les résultats qu'il a obtenus :

Il a constaté d'abord, comme l'avait avancé M. Bonnafont, que le collodion élastique n'occasionnait pas des douleurs d'aussi longue durée que le collodion ordinaire qu'il avait d'abord expérimenté. La douleur de l'épididymite ne lui a pas paru avoir été plus efficacement ni plus promptement calmée que par d'autres moyens. Chez tous les malades, la diminution de volume du testicule a été insensible dans les premières vingt-quatre heures ; chez quelques-uns, il y a eu au bout de quarante-huit ou de cinquante-six heures une diminution de 1 centimètre à peu près. La maladie suivait après cela sa marche décroissante ordinaire et d'une manière graduelle. L'action la plus prononcée du collodion a été sur l'engorgement du tissu cellulaire sous-scrotal et peut-être sur l'inflammation du scrotum lui-même. M. Ricord n'a pas remarqué d'ailleurs que le collodion fût, comme on l'a dit, un moyen de compression énergique ; la compression lui a paru dans tous les cas très faible. Quant à la durée de la maladie, elle a été de 17 à 18 jours ; 15 jours en moyenne ; le minimum a été de 7 jours pour un cas léger et le maximum de 35 jours pour un cas avec récidive. Sur ces 38 malades, 35 sont sortis avec des épididymes plus ou moins engorgés, 5 seulement ont pu être considérés comme complétement guéris, 3 ont eu des récidives dans la huitaine. En résumé, dans l'opinion de M. Ricord le collodion n'est pas un moyen aussi efficace qu'on l'a dit et que cela paraissait résulter des faits énoncés par M. Bonnafont ; il ne calme pas plus promptement la douleur que beaucoup d'autres moyens, et la durée de la cure est la même qu'avec toutes les autres méthodes.

M. Velpeau est arrivé à un résultat qui ne diffère pas sensiblement, en ce qui concerne l'action du collodion, de celui de M. Ricord ; mais ce résultat a sur les faits rapportés par le chirurgien de l'hôpital du Midi l'avantage de mieux faire ressortir la part qui peut revenir à cet agent par la comparaison établie avec d'autres moyens employés parallèlement.

De 35 cas d'orchites qu'il a eus dans son service depuis que cette question a été soulevée devant l'Académie, M. Velpeau a fait trois groupes : 8 malades ont été traités par le collodion, 21 par les petites piqûres ; 6 n'ont été soumis à aucun traitement actif, on s'est borné pour eux au repos et à l'application de compresses d'eau blanche. Or voici quel a été le résultat constaté, en tenant un compte exact du début de la maladie et du traitement : la durée de la maladie a été de dix-huit jours également pour les malades traités par les petites piqûres et pour ceux qui ont été traités par le collodion, et de dix-sept jours pour ceux qui n'ont été soumis à aucun traitement.

L'énoncé de ce résultat, qui a provoqué un léger sourire dans l'assemblée, n'a pas, il faut le dire, toute la portée qu'on pourrait lui prêter au premier abord. Il est échappé à M. Velpeau un aveu que nous nous empressons de relever pour l'honneur de la thérapeutique, c'est que les cas appartenant à cette dernière catégorie étaient tous des cas légers. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins remarquable qu'entre les mains de M. Velpeau comme de M. Ricord, le collodion appliqué d'après les indications de M. Bonnafont, indications, il faut le dire, qui constituent un progrès réel sur la manière de faire ordinaire) n'ait donné, en définitive, en ce qui concerne la durée de la maladie, qu'un résultat égal à celui que donnent uniformément toutes les autres méthodes, c'est-à-dire un résultat à peu près négatif. Mais si le collodion n'a pas paru diminuer sensiblement la durée moyenne de la maladie, il a du moins diminué les douleurs et soulagé les malades :

Maintenant d'où peut venir la différence des résultats constatés à l'hôpital du Roule et de ceux qui ont été obtenus à la Charité et à l'hôpital du Midi ? Nous ne serions pas éloigné d'en voir une raison plausible dans une circonstance que M. Velpeau lui-même a fait ressortir, sans en tirer toutefois la même conséquence. Cette raison, c'est la difficulté très grande, dans la pratique des hôpitaux civils, de remonter à l'origine de la maladie et de traiter surtout les orchites à leur début. Pareille difficulté est beaucoup moins commune, et souvent même n'existe pas du tout dans les hôpitaux militaires, où les malades sont dirigés habituellement dès le début des accidents. Nous aurions au besoin, pour soutenir cette thèse, l'appui de M. Malgaigne, qui a fait remarquer, avec beaucoup de raison à notre sens, qu'il était bien différent d'avoir affaire à un engorgement débutant du testicule ou à une orchite en voie d'évolution, qui souvent a déjà été traitée et mal traitée avant que le malade ait recours au chirurgien. L'orchite, dans ce cas, comme presque toutes les inflammations parvenues à un certain degré, suit fatalement sa marche naturelle, quoi qu'on fasse.

C'est là, croyons-nous, la cause la plus probable des résultats différents obtenus dans la pratique de M. Bonnafont et dans celle de MM. Velpeau et Ricord. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES.

Observation pour servir à l'histoire anatomique des hypertrophies du sein (1).

Par MM. Ch. ROBIN et P. LORAIN.

L'observation suivante offre l'exemple d'un diagnostic chirurgical infirmé par le microscope, et réciproquement si l'on se place au point de vue clinique. Une tumeur du sein présentant tous les caractères cliniques d'un cancer ligneux est extirpée. Cette extirpation est justifiée par toutes les raisons que peut et doit invoquer un excellent clinicien ; le diagnostic porté avant l'opération est confirmé par l'examen anatomique de la tumeur fait à l'œil nu ; les suites de l'opération sont heureuses en ce sens qu'aucune complication n'entrave la cicatrisation. Un pareil fait est à l'abri de toute critique : aussi nous a-t-il paru qu'on ne pouvait rencontrer de meilleures conditions pour expérimenter si le microscope donnait dans ce cas des résultats identiques à ceux que donne la clinique, et s'il confirmait non pas le diagnostic chirurgical ni l'opportunité de l'opération, ce qui n'est pas le rôle du microscope, mais le nom donné au produit morbide en question. L'anatomie générale ne peut prétendre à s'immiscer dans la pathologie qu'autant que les cliniciens acceptent le terrain de l'anatomie pathologique ; car, s'il est vrai de dire que l'anatomie ne suffit pas pour expliquer les fonctions des corps organisés et qu'elle est seulement un instrument entre les mains du physiologiste, la même chose peut se dire à plus forte raison de l'anatomie en présence de la pathologie. De même que les physiologistes, sans renier l'anatomie qui leur est un puissant et indispensable auxiliaire, ne la prennent cependant pas pour base de leurs classifications, de même les pathologistes ne peuvent prendre l'anatomie pathologique pour seule base de leurs classifications. L'anatomie ne s'est jamais donné d'autre rôle que d'indiquer ce qui est anatomiquement ; c'est à la physiologie et à la pathologie de s'accommoder de l'anatomie. Les pathologistes accepteront un jour comme les physiologistes sans les discuter les faits anatomiques ; pour cela il faut que l'anatomie soit faite, qu'elle soit une, et qu'il n'y ait plus l'anatomie pathologique clinique et l'anatomie pathologique de laboratoire ; alors le pathologiste renoncera à une classification fondée sur une anatomie imparfaite et par suite erronée, telle que celle sur laquelle il s'appuie encore chaque jour.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de quarante et un ans, d'une bonne santé, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien réglée. Elle est née et a été élevée dans le département de la Côte-d'Or. Elle a été réglée à dix-huit ans ; elle a eu trois accouchements à terme et ses trois enfants sont vivants ; elle en a allaité deux. Elle ne paraît avoir subi l'influence d'aucune maladie héréditaire. Il y a cinq ans, elle est venue à Paris, où elle exerce la profession de domestique. Il y a trois ans, elle sentit pour la première fois une tumeur très petite encore à la partie inférieure de l'aisselle droite, sur les limites de la mamelle ; cette tumeur était mobile, lente dans son développement et non exempte de douleurs. La malade ne peut assigner aucune cause traumatique ou autre à sa maladie. Peu à peu, la tumeur devint moins mobile et finit par adhérer au reste de la mamelle avec laquelle elle se confondait ; les douleurs devinrent vives dans ce point. Interrogée sur la nature de ces douleurs, la malade nous dit qu'elles étaient lancinantes, intermittentes, exaspérées par le toucher, le moindre frottement et par les mouvements imprimés au membre thoracique du côté droit. La malade croit même devoir confondre dans cette cause unique et les douleurs localisées dans la mamelle, et d'autres douleurs rhumatoïdes qui survinrent dans l'épaule et dans le bras de ce côté.

On voit que les douleurs n'ont pas manqué ici, et c'est un signe sur lequel nous insistons, parce qu'il a été donné comme accompagnant de certaines altérations anatomiques de préférence.

Depuis plusieurs mois la tumeur a augmenté de volume ; elle est devenue fortement adhérente à la peau ; elle occasionne des douleurs assez vives et donne lieu à des préoccupations qui sont justifiées par l'opinion de plusieurs médecins.

Cette femme entre à l'hôpital dans les derniers jours du mois d'avril 1854.

On constate à la fois la présence d'une tumeur mammaire d'un médiocre volume et de ganglions indurés sous l'aisselle. Au niveau de la tumeur existe une petite dépression rougeâtre ressemblant à une cicatrice. Dans ce point, la peau est dure et adhère intimement à la tumeur, dont la forme est irrégulière, qui est mal limitée et offre une très grande dureté.

On diagnostique une affection cancéreuse du sein avec altération identique des ganglions axillaires. Tout le reste du sein est intact ; le mamelon, l'auréole, la glande dans toute son étendue, sauf au point indiqué, offrent les caractères normaux. L'opération est pratiquée. Deux incisions circonscrivent la tumeur, qui est enlevée avec la portion de peau correspondante ; on ne peut énucléer cette tumeur, qui est mal limitée et se confond de toutes parts avec le tissu sain ; les ganglions engorgés sont recherchés dans l'aisselle et extirpés.

Aucun incident notable n'a marqué cette opération, et la malade a pu quitter l'hôpital un mois après, la plaie étant entièrement cicatrisée.

Lorsque la tumeur fut enlevée, on l'examina aussitôt ; on la fendit ;

(1) Cette observation a été présentée à la Société de biologie.

on vit qu'elle était dure, criait sous le scalpel, formait une masse très distincte de la glande, et le diagnostic parut confirmé.

Voici quel était l'aspect de la partie malade :

Au milieu du tissu mammaire sain, une petite masse de 4 centimètres de diamètre tranchait par sa couleur, sa consistance, sa forme avec le reste de l'organe; elle était jaune, et à la coupe de nombreux filaments blanc jaunâtre la parcouraient et s'élevaient irrégulièrement sur les surfaces incisées. On ne pouvait énucléer cette tumeur, qui se continuait avec la glande : aussi fut-on obligé de couper dans les tissus sains tout autour. La peau était très adhérente à la tumeur et ne pouvait en être séparée. Cependant on n'en exprimait pas le liquide connu sous le nom de suc cancéreux. Il n'était pas possible d'écraser sous les doigts le tissu malade; il avait une dureté particulière. Mais de tels caractères précisés dans la forme, la couleur et les apparences extérieures ne nous parurent pas de nature à établir une certitude, et nous voulûmes savoir quels étaient les éléments anatomiques de cette tumeur.

Examen microscopique. — Si l'on examine au microscope les filaments jaunes, qui ressemblent à des poils coupés ras et qui se voient au centre de la tumeur, on reconnaît que ces filaments ramifiés plus consistants que le reste du tissu et qui lui ôtent par places son aspect homogène grisâtre demi-transparent sont composés entièrement de fibres élastiques, dont la largeur varie de 1 à 2 millièmes de millimètre. Ces fibres élastiques sont flexueuses, ramifiées, anastomosées, disposées en couches, comme on le voit dans les membranes muqueuses à épithélium pavimenteux et comme on le voit aussi à l'état normal dans les conduits galactophores; seulement ici ces fibres sont beaucoup plus rapprochées, beaucoup plus serrées, immédiatement contiguës les unes aux autres, nullement mélangées de tissu cellulaire, ce qui leur donne un aspect extérieur beaucoup plus élégant que dans les muqueuses. On peut isoler des fragments de ces filaments, qui, portés sous le microscope, offrent l'aspect canaliculé le plus net. On peut alors constater qu'ils sont représentés uniquement par une gaîne complète de tissu élastique. En outre, plusieurs d'entre eux renferment encore de l'épithélium pavimenteux à noyaux ovoïdes, à cellules petites, finement granuleuses. La plupart de ces noyaux manquent de nucléoles, et chez ceux qui en ont ce nucléole est toujours très petit. Les faits les plus remarquables à signaler sont ceux qui concernent la structure du tissu morbide.

Dans la tumeur même se voit un tissu homogène grisâtre. Ce tissu est entièrement composé de culs-de-sac glandulaires sans mélange d'autres éléments anatomiques; aussi lorsque avec le scalpel on gratte la surface du tissu, il se réduit en pulpe homogène, sans pourtant donner de *suc* à la pression ni par aucun autre moyen. Les culs-de-sac glandulaires offrent une largeur double en moyenne de celle des culs-de-sac normaux, et quelquefois trois fois plus. Tous sans exception offrent une paroi propre réduite à une mince couche de substance amorphe. Tous également sont tapissés par un épithélium pavimenteux à cellules très petites ne dépassant pas 15 millièmes de millimètre; elles sont régulièrement pavimenteuses ou prismatiques, très serrées les unes contre les autres, uniformément granuleuses. Toutes renferment un noyau semblable à l'épithélium nucléaire de la mamelle normale, mais toutefois offrant une forme un peu plus sphérique. Ces noyaux sont également finement granuleux, tantôt pourvus de nucléoles, tantôt n'en offrant pas. Dans un certain nombre de culs-de-sac on observe des cellules offrant une dilatation vésiculiforme qui leur donne un diamètre double et triple du diamètre normal. Les cellules ainsi dilatées sont complétement claires, homogènes, transparentes, sans granulations, tantôt isolées au milieu des cellules plus granuleuses et polyédriques; mais plus souvent elles sont réunies en nombre plus considérable et se compriment mutuellement, ce qui leur donne une disposition fort élégante. Beaucoup ont un noyau qui est sphérique au lieu d'être ovoïde, noyau généralement dépourvu de granulations et de nucléole. C'est du reste là une modification des épithéliums qui est commune dans les hypertrophies glandulaires ainsi que dans l'épithélium de la capsule du cristallin. Elle a déjà été décrite par l'un de nous dans un autre travail. En comparant le tissu sain de la mamelle qui se continue sans interruption avec la partie malade, mais qui offre à une certaine distance l'aspect ordinaire du tissu mammaire, on observe les dispositions suivantes : les culs-de-sac offrent ici la grandeur ordinaire, mais ils sont séparés les uns des autres par du tissu cellulaire, et çà et là quelques vésicules adipeuses, comme on le voit dans la mamelle normale. Ces culs-de-sac mammaires sont tapissés d'un épithélium nucléaire dans un certain nombre d'entre eux, et dans d'autres déjà passés en partie à l'état pavimenteux, en sorte que les gaînes épithéliales sont composées en partie d'épithélium nucléaire et en partie d'épithélium devenu pavimenteux, tout à fait semblable à celui que nous venons de décrire dans le tissu malade, si ce n'est que les noyaux ont une forme ovoïde et un peu allongée, comme à l'état sain, disposition que nous avons indiquée être un peu moins prononcée au centre même de la tumeur. Notons que dans ces cellules d'épithélium, comme dans celles déjà décrites, il en est quelques-unes qui sont ovoïdes ou prismatiques au lieu d'être parfaitement pavimenteuses.

Ainsi, en résumé, ce qu'il y a d'essentiel à signaler dans la tumeur, ce qui concourt à lui donner son aspect homogène, c'est (en dehors de l'hypertrophie, des culs-de-sac et des épithéliums) l'atrophie des éléments anatomiques interposés aux culs-de-sac (tissu cellulaire et vésicules adipeuses).

Ganglions. — Le tissu des ganglions offre l'aspect extérieur des portions de la tumeur qui ne sont pas mélangées des filaments élastiques jaunâtres décrits en commençant. Ce tissu, placé sous le microscope, offre ce fait remarquable d'être entièrement composé de gaînes épithéliales qui ont les mêmes modes de ramifications et de terminaison en culs-de-sac arrondis, que nous venons de décrire d'après l'examen de la tumeur. Ces culs-de-sac offrent les mêmes dimensions, c'est-à-dire en moyenne 8 centièmes de millimètre; ils vont se jeter dans des conduits communs qui ont le double ou le triple du diamètre que nous venons de donner. Ces conduits ont un épithélium semblable à celui des culs-de-sac.

Voici quels sont les caractères de cet épithélium. Cet épithélium est principalement pavimenteux, à cellules parfaitement régulières dans le plus grand nombre des culs-de-sac, mélangé pourtant de cellules prismatiques ou cylindriques, ou ovoïdes dans quelques-uns d'entre eux. Dans un certain nombre de culs-de-sac enfin, on peut constater la présence d'un assez grand nombre de cellules épithéliales nucléaires semblables à celles que nous venons de signaler dans les portions encore saines de la mamelle. Ces épithéliums nucléaires, comme les noyaux existants dans les cellules, sont pour la plupart ovoïdes ou sphériques comme un certain nombre de ceux du tissu morbide précédemment décrit. Quelques-uns d'entre eux sont à contour un peu irrégulier; ils sont finement granuleux, mais la plupart manquent de nucléole. Quant aux cellules elles-mêmes dans lesquelles se trouvent placés ces noyaux, elles ont tellement l'aspect extérieur des cellules prises dans la mamelle malade, que vouloir en donner la description serait vouloir aussi répéter ce que nous avons dit plus haut. On y trouve même les cellules dilatées en forme de vésicules transparentes dont nous venons de donner aussi la description.

Notons que les seuls éléments anatomiques qui, dans les ganglions, accompagnent les culs-de-sac mammaires sont des éléments fibro-plastiques, avec une petite quantité de matière amorphe granuleuse et un assez grand nombre de gouttes graisseuses libres.

OBSERVATION DE HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE CHEZ L'HOMME

réduite par les réfrigérants (la glace surtout), la compression et la position;

Par M. le Dr PETEL, du Cateau (Nord).

Dans les numéros des 3 et 6 juin dernier, la *Gazette des Hôpitaux* rendait compte du mémoire de M. Baudens sur l'efficacité de la glace combinée à la compression pour réduire les hernies étranglées et combattre la péritonite consécutive.

J'avais lu attentivement toutes les observations rapportées à l'appui de ce nouveau mode de réduction, me promettant bien, le cas échéant, d'en faire l'essai. L'occasion ne s'est pas fait longtemps attendre. En effet, le 26 juin, vers le soir, un exprès arrivait en toute hâte de la commune de Maretz, distante d'environ 10 kilomètres, et me remettait un billet de M. Legrand, officier de santé de l'endroit, qui m'engageait instamment à m'y rendre de suite pour voir un nommé Ducornet, atteint d'une hernie crurale étranglée rebelle aux moyens qu'il avait employés jusque-là pour la réduire et pratiquer l'opération sur-le-champ.

D'abord, je ne pouvais arriver assez tôt pour profiter de la clarté du jour, et j'avoue qu'il me répugnait singulièrement de pratiquer la kélatomie pendant la nuit, à cause des embarras sans nombre que suscite la lumière artificielle, qui n'est jamais distribuée selon les intentions de l'opérateur, malgré toute l'intelligence qu'on peut supposer aux aides. Ayant eu, pour ma part, l'occasion de pratiquer deux opérations de ce genre pendant la nuit (bien que le succès les ait couronnées toutes les deux), j'ai conservé bon souvenir des difficultés de la situation, et me suis bien promis de les éviter autant que cela sera possible.

Ensuite, j'étais bien aise de tenter le traitement que M. Baudens venait de préconiser.

Ne croyant avoir rien de mieux à faire jusqu'au lendemain matin, je remis une note pour M. Legrand, où je disais : « Vous » mettrez Ducornet de manière à ce que son bassin soit aussi élevé » que possible; vous lui ferez un spica de laine, et, vu l'absence » de glace, on tirera toutes les demi-heures de l'eau du puits, dont » on mouillera des compresses épaisses qui seront renouvelées deux » fois par minutes. Demain de bon matin je me joindrai à vous. »

Le malade avait commencé à se plaindre le 25 après midi. Sa hernie, qui n'était jamais maintenue, rentrait plus ou moins difficilement quand elle était sortie. Il avait mangé des aliments indigestes, que je soupçonne avoir été pour beaucoup dans le développement des accidents. La nuit du 25 au 26 n'avait pas été bonne. Dans la journée du 26, il y eut un vomissement et beaucoup de nausées. Les environs de la hernie devenaient douloureux et le ventre se tympanisait; c'est alors que fut commencé le traitement que j'avais prescrit dans ma note.

Le 27 au matin, les choses n'avaient pas empiré. Je pratiquai à mon tour le taxis avec lenteur et prudence sans rien obtenir. Nous envoyâmes chercher de la glace à Cambrai, ville distante de 18 kilomètres, et du même coup nous nous procurâmes des bandes de caoutchouc. Une vessie remplie de glace pilée fut constamment maintenue sur la région de l'aine. La journée et la nuit qui suivirent furent assez bonnes.

Le 28, dans la matinée, je me rendis de nouveau près de Ducornet; il avait bien supporté la glace, le pouls était excellent, le facies tout à fait rassurant, le ventre s'affaissait, les nausées étaient rares, et quelques gaz s'étaient échappés par le rectum. Le spica enlevé, nous crûmes à une réduction complète; mais en y regardant de près, nous reconnûmes qu'il y avait encore environ un huitième de la tumeur. J'insistai quelque temps pour réduire cette petite portion; je ne fus pas plus heureux que la première fois, tant il est vrai que les hernies crurales sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus difficiles à réduire que les autres.

Bien qu'à dater de cet instant nous fussions maîtres de la position, je préparai une petite pelote ronde et disposai à distances calculées sur une bande de toile ordinaire d'autres bandes solides en caoutchouc, de 0,25 centimètres de longueur chacune, fixées au moyen de coutures, de telle sorte qu'elles répondaient toutes au pli de l'aine et pouvaient être tendues à volonté, quoique celle en toile ne fût pas interrompue dans sa longueur, et cela par le petit artifice suivant qui me fut suggéré par M. Legrand : la bande en caoutchouc étant cousue par un bout sur celle en toile, on faisait un pli à cette dernière avant d'y coudre le bout opposé; de cette manière on peut obtenir une élongation aussi forte qu'on le veut, sans craindre que la bande en toile ne soit mise en jeu en cet endroit.

Ce procédé est tout aussi efficace et plus économique qu'une bande complète en caoutchouc. La petite pelote fut maintenue à l'aide d'un nouveau spica parfaitement établi, on continua la glace, et le lendemain Ducornet échappait aux chances toujours un peu incertaines de l'opération; j'ai dit un peu incertaines, et, en effet, faite à temps, habilement et surtout en dehors des grands centres de population, c'est à peine si on perd un malade sur 30, je crois même que cette proportion est exagérée.

A la date où ce fait se passait, je ne sais s'il y avait déjà eu d'autres essais depuis la lecture de l'important travail de M. Baudens. Je suis d'autant plus heureux d'avoir réussi, que le malade et les parents redoutaient beaucoup l'opération, se souvenant que dans leur pays on en avait pratiqué deux depuis quelques années, trop tard il est vrai, puisque les intestins étaient gangrenés, et qu'elles n'avaient pas sauvé les malades. D'autre part j'espérais peu de succès dans une hernie de cette nature et qui n'était pas très ancienne; ce qui doit être pris en considération.

Puisque je parle de l'emploi de la glace en chirurgie, je saisis cette occasion pour adresser dans ce journal, où j'ai souvent lu de remarquables articles de M. Baudens, cette question à leur auteur : Est-ce que des accidents tétaniques ne se seraient *jamais* développés dans la pratique de cet éminent chirurgien pendant l'emploi d'un agent aussi héroïque, auquel aucun méfait de ce genre n'a été imputé jusqu'ici, que je sache du moins?

Depuis bientôt vingt années d'exercice, j'ai pratiqué un grand nombre d'opérations et traité des plaies de toutes sortes avec bonheur; mais dans le chiffre fort restreint d'ailleurs des insuccès que j'ai éprouvés, je compte deux morts par le tétanos, précisément pour des lésions traumatiques qui m'avaient paru et à d'autres confrères justiciables des irrigations continues d'eau froide. Ce dernier mode serait-il donc plus dangereux que l'emploi de la glace, ou bien ces deux cas auraient-ils été fatalement suivis de ce terrible accident si je n'avais pas eu recours aux réfrigérants? Je dois ajouter qu'il s'agissait ici de plaies graves de la main, et pour lesquelles l'amputation immédiate avait été agitée.

Toutefois, nous n'oublierons pas que des autorités très respectables ont regardé le froid dans les plaies comme prédisposant au tétanos. Une masse imposante de faits cliniques viendrait-elle donc prouver que nos illustres devanciers se sont trompés? Sur ce chapitre, j'en appelle à la bonne foi et à la vaste expérience de M. Baudens.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 septembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet deux rapports de M. Morère, médecin à Monléon-Magnouac, sur des maladies épidémiques qui ont régné dans le canton de Castelnau-Magnouac (Hautes-Pyrénées.)

Eaux minérales. — Le même ministre transmet un certificat de puisement d'une source dite l'Espérance, située à Vals (Ardèche), et demande l'avis de l'Académie.

Décret du 3 mai 1850. — Le même ministre transmet deux demandes d'application du décret du 3 mai 1850 : la première relative aux préparations de fer réduit par l'hydrogène, de M. Quevenne; la deuxième pour les préparations de digitaline, de MM. Quevenne et Homolle.

Remèdes du choléra. — Le même ministre transmet des recettes et remèdes contre le choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Enfants unis par l'abdomen. — M. Lenoël (d'Amiens) adresse la relation d'un accouchement de deux enfants unis par l'abdomen. (Commissaire : M. Cazeaux.)

Education physique. — MM. Pouget, médecin inspecteur des bains de mer de Royan, et Valat, ancien recteur, adressent un mémoire sur la nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation physique, et son utilité dans l'éducation intellectuelle. (Commissaires : MM. Londe et Collineau.)

Belladone dans la hernie étranglée. — M. Delarue (de Bergerac) communique une nouvelle observation à l'appui de l'efficacité de la belladone administrée par la bouche pour le traitement de la hernie étranglée. (Commissaire : M. Malgaigne.)

Choléra. — M. Pennes communique une nouvelle observation de choléra intense guéri par les bains électro-chimiques. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Czernikowski soumet à l'Académie une ceinture de laine électrique pour la guérison du choléra. (Même commission.)

— M. Manget adresse un exemplaire d'un formulaire à l'usage des sœurs de charité et des personnes momentanément appelées à donner des soins aux cholériques.

Aiguilles à clapet. — M. Mathieu adresse une lettre relative aux aiguilles à clapet que M. Charrière fils a présentées dans la dernière séance; il dit les avoir exécutées il y a trois ans d'après les indications de M. Chassaignac, et il dépose sur le bureau une boîte de six

aiguilles se montant sur un seul manche, système à levier de son modèle. Il est facile de voir, ajoute-t-il, que cette boîte et ces instruments servent depuis longtemps et sont très bien connus par toutes les personnes qui ont suivi les cliniques de Saint-Antoine, de Lariboisière et le cours de médecine opératoire fait cette année par M. Chassaignac.

Choléra. — M. Padioleau (de Nantes) adresse quelques remarques sur l'épidémie cholérique de cette ville. Il y a eu 282 décès (dont 89 enfants) du 11 juin au 9 septembre. M. Padioleau rapporte de nouveaux faits propres à appuyer les doutes qu'il a déjà élevés dans l'épidémie de 1849 sur la non-contagion du choléra. Quant au traitement, il pense que le traitement rationnel des indications est toujours jusqu'ici le meilleur. Il ajoute que c'est à la marche naturelle de la maladie et non aux prétendus spécifiques employés que doivent être attribués les succès annoncés par les inventeurs. (Commission du choléra.)

RAPPORT.

M. Chevallier lit un rapport sur le mémoire de M. Severin Caussé (d'Albi), relatif à l'empoisonnement par les allumettes chimiques.

M. Caussé a voulu fixer l'attention de M. le ministre :

1° Sur un genre d'intoxication dû à la pâte fixée sur les allumettes chimiques, intoxication qui devient de plus en plus fréquente, et qui doit son action au phosphore que l'on fait entrer dans cette pâte;

2° Sur la difficulté que le chimiste éprouve, lors des cas d'empoisonnement, de constater la présence dans les organes du toxique, le phosphore, dans divers cas, se transformant en combinaisons qui s'unissent avec les bases, forment des sels analogues à ceux qui se trouvent dans l'organisme, sels qui ne peuvent être distingués lors de l'analyse chimique;

3° Sur la possibilité qu'il y aurait d'ajouter à la pâte phosphorée qui sert à la préparation des allumettes chimiques une substance qui, par sa présence dans les produits fournis par l'autopsie, viendrait en aide au chimiste et lui permettrait d'être plus affirmatif dans les conclusions qu'il établirait par suite de ses recherches.

La substance que M. Caussé propose pour additionner la pâte qui sert à confectionner les allumettes chimiques est le tartrate acide de potasse et d'antimoine, l'émétique.

Ce médecin fait observer avec juste raison :

1° Que l'emploi de ce sel ne pourrait augmenter sensiblement le prix des allumettes chimiques;

2° Que, mêlé au phosphore pour faire la pâte qu'on utilise, il n'augmente pas l'action toxique de la pâte phosphorée;

3° Qu'il pourrait, au contraire, faciliter le vomissement de l'aliment empoisonné par la pâte phosphorée;

4° Qu'il pourrait avertir la victime et peut-être la sauver;

5° Qu'il n'empêche en aucune manière l'inflammation des allumettes, de telle sorte qu'on peut obtenir du feu par frottement avec les produits dans la pâte desquels on a fait entrer l'émétique;

6° Qu'il serait nécessaire de réglementer la fabrication des allumettes phosphorées.

M. Caussé a appuyé ces raisonnements de faits qui viennent en aide à son opinion. Il cite plusieurs exemples d'empoisonnements volontaires par la pâte des allumettes chimiques.

La lecture du mémoire de M. Caussé a vivement fixé notre attention en raison de la gravité des faits qu'il signale à l'Académie. En effet, dans ce mémoire M. Caussé fait connaître les graves dangers qui résultent de ce que l'on trouve dans le commerce et entre les mains de tout le monde un produit capable de donner la mort, produit dont l'action toxique commence à être connue des habitants des campagnes, d'un produit qui est plus dangereux que l'arsenic, car on sait comment l'on peut combattre l'action toxique des composés arsenicaux, tandis qu'on ne sait pas encore positivement quelles seraient les préparations à administrer dans les cas d'empoisonnement par la pâte phosphorée ou plutôt par le phosphore qui entre dans cette pâte.

Les considérations développées par M. Caussé nous ont porté à nous poser la question suivante :

Peut-on préparer des allumettes chimiques dans des conditions telles qu'on puisse les utiliser pour les usages ordinaires sans qu'elles puissent être employées pour déterminer l'empoisonnement?

M. le rapporteur rappelle ici les divers essais qu'il était en train de faire avec diverses substances amères et colorantes, lorsqu'on lui remit une certaine quantité de phosphore rouge amorphe (oxyde de phosphore), non lumineux dans l'obscurité, ne répandant pas au contact de l'air de vapeurs alliacées comme le phosphore, ne brûlant pas comme le phosphore ordinaire à la température de l'air, etc.

Tous ces caractères ayant porté M. Chevallier à penser que l'on pourrait tirer un grand parti dans la fabrication des allumettes chimiques de cette substance, il a cherché à s'assurer avant tout si elle n'était pas susceptible d'empoisonner comme le phosphore ordinaire.

Des expériences faites par MM. Lassaigne et Reynal ont fait connaître :

1° Qu'on pouvait faire prendre à des oiseaux du phosphore rouge amorphe à la dose de 3 centigrammes sans déterminer d'accidents;

2° Qu'on trouvait le phosphore amorphe dans les excréments de ces oiseaux;

3° Que le phosphore jaune, le phosphore ordinaire, tue les oiseaux à la dose de 3 centigrammes.

Les expériences faites par MM. Lassaigne et Reynal, ajoute M. le rapporteur, démontraient d'une manière positive que le phosphore rouge administré à des animaux ne donnait lieu à aucune altération dans leur santé; mais la solution de cette question ne me suffisait pas, il fallait savoir si le phosphore rouge mêlé de chlorate de potasse, tel qu'on l'emploie dans la fabrication des allumettes chimiques, n'aurait pas d'action. M. Lassaigne fit à notre prière l'expérience suivante :

Il administra à un jeune chien une pâte composée de chlorate de potasse, de phosphore rouge et de gomme : cette pâte, qui avait été détachée de 135 allumettes, pesait 13,5. L'animal n'éprouva aucun dérangement dans la santé, et six heures après il prenait avec plaisir son second repas.

Les expériences que nous venons de faire connaître, les résultats qui en découlent semblaient devoir trancher la question; mais lorsqu'il s'agit de faits graves, on ne saurait trop répéter ces expériences.

Voulant, avant de vous présenter ce rapport, que les faits que nous venons de vous signaler fussent répétés, nous demandâmes à l'Académie que MM. les membres de la section de médecine vétérinaire fussent invités à répéter les expériences faites sur le phosphore amorphe mêlé de chlorate de potasse et à faire connaître les résultats de leurs expériences. Les essais sollicités par votre rapporteur ont été faits par MM. Renault et Delafont, qui ont reconnu que le phosphore rouge ne jouit pas de propriétés toxiques.

On voit par ce qui vient d'être dit que l'application du phosphore rouge à la fabrication des allumettes chimiques présente un très grand avantage sous le rapport moral, puisque la pâte qui sert à rendre les allumettes inflammables n'est pas toxique, et que ces allumettes, qui se trouvent entre les mains de tout le monde, ne pourront servir à commettre le crime d'empoisonnement, ce qui pourrait arriver et ce qui est arrivé avec les allumettes phosphorées ordinaires.

La préparation des allumettes chimiques à l'aide du phosphore rouge peut encore rendre un immense service; elle soustraira les ouvriers qui préparent ces allumettes à une horrible maladie, la nécrose, qui a été observée dans un très grand nombre de fabriques.

La substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire serait, dans ce cas, un immense service rendu à l'humanité; car dans un mémoire qui m'est commun avec MM. Bricheteau et Boys de Loury, nous avions établi que la nécrose n'était due ni à la malpropreté des ouvriers, ni au défaut de sobriété, ni à la présence du soufre qui est fixé sur les allumettes chimiques, mais à la vapeur qu'exhalent la pâte et les allumettes préparées avec cette pâte...

M. Caussé a eu pour but, non de rendre l'empoisonnement par les allumettes chimiques impossible, mais de le prévenir par la crainte du châtiment, l'empoisonnement par les moyens qu'il indiquait pouvant être plus facilement constaté. Mais ne serait-il pas possible de profiter des indications données par M. Caussé en modifiant son procédé et en l'appliquant aux pâtes phosphorées qui ont pour but la destruction des animaux, pâtes qui ont été détournées de leur emploi et qui quelquefois ont été employées pour l'empoisonnement de l'homme?

A cet effet le procédé de M. Caussé devrait être modifié, car il ne serait pas possible de faire entrer dans les pâtes phosphorées de l'émétique qui tendrait à provoquer le vomissement de l'animal empoisonné, de telle sorte que cette pâte ne jouirait pas des propriétés toxiques qui nécessitent sa préparation.

La modification que je propose serait de faire entrer dans la pâte phosphorée du kermès préparé par la méthode de Fabroin, qui est d'un prix peu élevé. Ce kermès donnerait à la pâte une couleur brune, diminuerait les chances d'emploi de cette pâte pour l'empoisonnement criminel; de plus on pourrait, dans les cas où cette pâte aurait été employée comme toxique, constater soit dans les matières excrémentitielles, soit dans les organes, la présence d'une préparation d'antimoine, but que s'était proposé M. Caussé en adressant son mémoire à M. le ministre.

De tout ce qui précède il résulte :

1° Que le mémoire présenté par M. le docteur Caussé (d'Albi), mémoire qui aurait pour but de rendre l'empoisonnement par la pâte qui sert à fabriquer les allumettes chimiques (allumettes phosphorées) moins fréquent, est un mémoire dont la lecture présente un vif intérêt;

2° Que la lecture de ce mémoire nous a conduit à étudier l'emploi du phosphore rouge dans la fabrication des allumettes chimiques, et que cette étude, faite sur notre demande par des hommes habiles, a démontré que ce phosphore n'agit comme toxique ni sur les oiseaux ni sur les chiens;

3° Qu'il y aurait avantage, sous le rapport de la sécurité publique, de ne préparer les allumettes phosphorées commerciales qu'avec ce phosphore;

4° Que l'emploi de ce phosphore dans les fabriques d'allumettes soustrairait les ouvriers à une grave maladie, à la nécrose, maladie qui le plus souvent se termine par la mort.

En résumé, nous proposons à l'Académie :

1° De remercier M. Caussé de son intéressante communication;

2° De renvoyer le présent rapport et le travail de M. Caussé à M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, qui seul pourrait ordonner la substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes phosphorées.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur encéphaloïde de la face. — Extirpation simultanée de l'os maxillaire supérieur et de l'œil du côté droit. — Guérison. — M. Maisonneuve présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué, le 27 juillet dernier, l'extirpation simultanée de l'os maxillaire supérieur et de l'œil du côté droit pour une dégénérescence cancéreuse qui avait envahi tout un côté de la face.

Voici les détails de ce fait :

Vincent Zacbniewitz, âgé de quarante-six ans, Polonais, s'aperçut il y a dix ans d'une légère tuméfaction au niveau du rebord orbitaire inférieur du côté droit. Pendant plusieurs années, cette tumeur sembla rester stationnaire; mais vers 1850, ses progrès étant devenus plus sensibles, le malade consulta plusieurs médecins, et d'après leur conseil se soumit à des médications méthodiques par les préparations iodurées, la ciguë, l'arsenic et les eaux sulfureuses thermales. Malgré ces médications, le mal n'en continua pas moins ses progrès.

En 1853, la joue, fortement tuméfiée, devint le siége d'une ulcération profonde; en même temps apparurent des douleurs lancinantes. C'est à cette époque que le malade se rendit à Montpellier, où pendant plusieurs mois il se confia aux soins de MM. Alquié et Bouisson. Là encore il fut soumis à des traitements médicaux divers qui n'apportèrent aucun soulagement à ses souffrances. Rebuté de l'insuccès de la médecine, il prit la résolution de venir à Paris réclamer les secours de la chirurgie. Il entra d'abord à l'hôpital des cliniques de la Faculté, où il ne séjourna que quinze jours, et où, malgré ses instances, on ne crut pas devoir entreprendre une opération qui paraissait presque impossible. C'est dans ces conditions qu'il vint consulter M. Maisonneuve.

Le côté droit de la face était le siége d'une tuméfaction énorme, produite par une dégénérescence fongueuse de l'os maxillaire supérieur tout entier, par celle des parties molles de la joue, de l'orbite, de la paupière inférieure et du côté droit du nez. Le centre de cette tumeur était occupé par une ulcération profonde d'où s'écoulait un ichor fétide.

Le malade, en proie à des douleurs atroces, ne pouvait plus goûter un moment de repos. Abandonné à lui-même, il était inévitablement voué à la mort; et d'un autre côté les ressources médicales les plus énergiques employées avec persévérance par des praticiens éminents n'avaient produit aucun résultat. Il ne pouvait donc rester d'espoir que dans une opération. Mais cette opération était-elle possible?

D'illustres chirurgiens de Montpellier et de Paris l'avaient déclarée inexécutable, et avaient refusé de l'entreprendre à une époque où le mal était moins avancé. Malgré ces opinions imposantes, M. Maisonneuve, considérant que la dégénérescence n'englobait aucun organe essentiel à la vie, que les ganglions cervicaux eux-mêmes étaient intacts, et que rien ne dénotait l'existence de la cachexie, pensa qu'au moyen de l'opération il restait encore quelque chance de sauver ce malheureux, et ne crut pas devoir lui refuser cette dernière ressource.

C'est le 27 juillet 1854 que l'opération fut pratiquée dans la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu.

Le malade étant couché sur un lit et soumis aux inhalations de chloroforme, M. Maisonneuve fit sur le côté droit du nez une incision longitudinale, qu'il prolongea jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure. Une deuxième incision oblique, partant de la commissure externe des paupières, contourna le bord externe de l'ulcération de la joue, et vint rejoindre la première au niveau de l'aile du nez. Le chirurgien put alors, par une dissection rapide, renverser le lambeau formé d'une partie de la lèvre et de la joue, de manière à mettre à découvert toute la partie antérieure de la tumeur.

Portant ensuite une scie à chaînettes dans la fente sphéno-maxillaire, il la fit ressortir au-dessous de l'arcade zygomatique, et divisa promptement les os compris dans sa concavité; puis, à l'aide d'une pince de Liston, il coupa successivement la voûte palatine et l'apophyse montante de la mâchoire supérieure. Enfin, après avoir détaché d'un coup de histouri le voile du palais de ses adhérences aux parties osseuses, il fit basculer la tumeur, et en acheva l'isolement au moyen de quelques coups de ciseaux.

Cette partie principale de l'opération étant achevée, M. Maisonneuve procéda immédiatement à l'extirpation de l'œil et à la destruction de tous les tissus dégénérés renfermés dans l'orbite ou dans les anfractuosités des fosses nasales et des sinus frontaux. Ce dernier temps exigea l'emploi énergique du fer rouge.

Enfin, quand il fut bien constaté que sur toute la surface de cette large excavation il ne restait plus rien de suspect, l'opérateur rapprocha autant que possible les lèvres de la plaie au moyen de serres-fines et de la suture entortillée. Il resta toutefois au centre de la joue un vide assez considérable, que M. Maisonneuve ne crut pas devoir combler par un lambeau autoplastique, afin de pouvoir mieux surveiller la cicatrisation des parties profondes.

Les suites de cette opération si grave furent vraiment d'une simplicité étonnante.

Dès le quatrième jour, la cicatrisation des parties qu'on avait pu mettre en contact était complète. La plaie, restée béante, se recouvrit bientôt de bourgeons charnus de bonne nature, et aujourd'hui que six semaines se sont à peine écoulées depuis l'opération le malade, complétement débarrassé de ses douleurs et de ses insomnies, a recouvré toutes ses forces et son embonpoint. Enfin, grâce à un obturateur habilement construit par M. Charrière, l'énorme perte de substance est entièrement dissimulée et la parole est aussi nette que dans l'état le plus normal.



Examen de la tumeur. — La tumeur est un ostéosarcome de l'os maxillaire supérieur droit; à l'exception du rebord alvéolaire qui a échappé à la dégénérescence et est encore garni de toutes ses dents parfaitement saines, tout le reste de l'os a presque entièrement disparu dans la masse cancéreuse. Le globe oculaire est sain, mais tous les tissus qui l'environnent sont envahis par la maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 30 août 1854. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Gerdy fait à la Société la communication suivante sur la *carie* et la *nécrose*.

Je me propose, dit-il, de vous montrer aujourd'hui quelques pièces de nécrose propres à éclairer plusieurs points de l'histoire de cette maladie; mais comme M. Bouvier m'a manifesté des doutes sur l'existence de la carie dure, j'ai apporté aussi de nouvelles pièces de carie dure pour qu'on en pût bien constater la réalité.

M. Gerdy montre alors une douzaine de pièces osseuses dont un

tiers se laisse pénétrer facilement par la pointe de grosses épingles et dont les deux autres tiers résistent à cette pénétration.

Ces caries dures, dit M. Gerdy, sont peut-être plus communes que les caries tendres ou molles. Plus j'en examine comparativement, plus cette vérité m'apparaît évidente. C'est encore ce que j'ai vérifié ce matin même au musée du Val-de-Grâce, que M. Larrey a bien voulu faire ouvrir à mon examen. D'ailleurs, le même os peut offrir sur la même surface cariée des points durs et réfractaires à l'épingle et des points tendres à divers degrés, et l'un à côté de l'autre, à un millimètre de distance. Mais notre honorable collègue me fait passer un billet où il me dit: « On n'a pas nié l'état dur d'os cariés; mais on a soutenu que c'était une période de la carie, non une espèce distincte, non une carie toujours dure de sa nature. » Si l'on reconnaît l'existence du fait, c'est l'essentiel; c'est bien certainement un mode, et un mode qui s'observe à toutes les époques de la maladie, mais pas exclusivement à la fin, vers la guérison, comme on pourrait le croire d'après ce qui se passe dans le rachitis et les arthrites ramollissantes qu'on nomme arthrites sèches, où l'os s'indure en guérissant.

J'ajouterai un dernier mot sur les caries tendres; c'est qu'elles sont ordinairement accompagnées d'ostéite raréfiante chez les scrofuleux, et que cette ostéite ressemble à celle du rachitisme qu'on a décrite comme propre à cette affection.

M. Gerdy présente alors une série de pièces propres à démontrer ce fait, et il en conclut que la raréfaction des os n'appartient pas exclusivement au rachitisme, qu'elle appartient aussi à d'autres maladies, à la scrofule, entre autres, et concourt à former divers modes de l'ostéite, en même temps qu'elle peut être indépendante de l'inflammation des os.

M. Gerdy présente ensuite divers séquestres de vraie nécrose, de la nécrose admise par tout le monde, pour prouver que tous ces séquestres sont invasculaires et inenflammés. Il montre, au contraire, que les séquestres de carie, mortifiés par l'érosion qui les sépare de l'os vivant, sont vasculaires et enflammés; que, tandis que dans la vraie nécrose l'os meurt *initialement* sans être séparé des parties vivantes, dans la carie il meurt secondairement par le fait de cette séparation, comme une oreille, un nez, un doigt coupés, abattus et privés de sucs nourriciers; qu'on ne peut pas supposer que les vraies nécroses soient la suite de l'ostéite du séquestre, puisque leur séquestre n'offre pas de traces d'inflammation; que l'érosion qui se développe autour de ces séquestres n'est pas une érosion ulcérante de carie, puisqu'elle se guérit spontanément après l'expulsion du séquestre, mais une érosion provoquée par sa présence; que dès lors la mort de l'os, de la partie nécrosée est antérieure à l'érosion et au phénomène initial; qu'il est d'ailleurs parfois impossible de distinguer une carie dure du tissu celluleux surtout d'une vraie nécrose.

Enfin M. Gerdy montre que les nécroses complexes profondes et mortelles des amputations se composent de nécroses superficielles qui tiennent à la périostite, de nécroses profondes dues à la myélite, en sorte que ce sont des affections extrêmement compliquées; que c'est cet ensemble de lésions auxquelles peut se joindre la phlébite qui entraîne la mort de la plupart des amputés, et non la phlébite en particulier que nos imaginations chirurgicale et médicale ont tant calomniée, tant noircie depuis un quart de siècle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

EXERCICE DE LA PHARMACIE PAR UN MÉDECIN. — RÉPONSE A UNE LETTRE DE M. S...

Monsieur et confrère,

Je viens répondre aux questions que vous m'avez posées dans votre lettre du 21 juin 1854.

Première question. — Le médecin établi dans une localité où il existe une pharmacie a-t-il le droit de fournir des médicaments à des malades de la ville?

Réponse. — Non. Il ne faut pour cela que s'en référer aux jugements rendus sur la matière, pour voir que le médecin établi dans la localité où il y a un pharmacien n'a pas le droit de vendre des médicaments. Il faudrait, pour plaider cette question, lire dans la *Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France* par M. Trébuchet, chef à la préfecture de police, pages 346 et suivantes, ce qui est relatif à l'affaire Johan et Gauthier, officiers de santé à Châteauneuf. On y trouve le dispositif d'un jugement qui établit:

1° Que les pharmaciens ont action pour se plaindre devant les tribunaux de ce que les médecins vendent et débitent des médicaments;

2° Que les médecins établis dans une ville où il existe des pharmacies ouvertes n'ont pas le droit de débiter des médicaments dans les communes circonvoisines où il n'existe pas de pharmacie.

Deuxième question. — Les médecins ont-ils le droit de délivrer des médicaments à leurs malades de la campagne?

Réponse. — Le jugement précité répond négativement à la question.

Troisième question. — Les médecins ont-ils le droit de délivrer des médicaments aux malades qui viennent les consulter chez eux?

Réponse. — Non. Si le fait était constaté, il pourrait être déféré aux tribunaux et le médecin traduit en police correctionnelle. Le pharmacien, dans ce cas, devrait se porter partie civile.

Quatrième question. — Le pharmacien signalant au jury, lors de sa tournée médicale, des officines tenues par des médecins exerçant illégalement la pharmacie, le jury doit-il visiter les officines clandestines et saisir les médicaments qui s'y trouvent contrairement à la loi?

Réponse. — Si je faisais partie d'un jury médical, je visiterais, pour remplir mes devoirs, et aux termes de la loi: 1° toutes les officines et magasins dans lesquels on vend légalement des médicaments; 2° tous les lieux où l'on fabriquerait et débiterait sans autorisation légale des préparations ou compositions médicinales. Assisté de l'autorité locale, je demanderais au représentant de cette autorité qu'il fût dressé procès-verbal du résultat de ces visites pour qu'il fût procédé contre le délinquant conformément à la loi.

A. Chevallier.

(*Jour. de chim. méd.*)

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM.:

Béhier (C.-A.), né à St-Malo (Ille-t-Vilaine); *Etudes sur quelques-uns des phénomènes qui accompagnent et compliquent la grossesse. Déductions hygiéniques résultant de cette étude.*

Leydier (A.-A.), né à Châteauneuf (Var); *Considérations sur divers cas de croup observés dans le service des enfants de la Charité de Lyon.*

De Foresta (T.), né à Nice-Maritime (Etats sardes); *Des orbitocèles enkystées.*

Lenormant (E.-C.), né à Quimper (Finistère); *De la pustule maligne.*

Dupuy (B.), né à St-Genis-Laval (Rhône); *Etude sur le perchlorure de fer.*

Fouhert (H.-E.), né au Havre (Seine-Inférieure); *De l'anesthésie locale.*

Guiffard (F.-A.), né à Cherhourg (Manche); *Essai sur l'aménorrhée idiopathique et les affections secondaires qui peuvent en être la conséquence.*

Thèze (J.-B.-A.), né à Rochefort (Charente-Inférieure); *Des causes, des symptômes et du traitement des fièvres intermittentes simples.*

Guillon-Kérédan (A.-C.-E.), né à Carhaix (Finistère); *Des services rendus au diagnostic des maladies par l'anatomie pathologique.*

Rouhinet (A.), né à Ste-Mère-la-Breuille (Creuse); *Des amygdales et de leurs maladies.*

Bride (F.-D.), né à Orgelet (Jura); *Hygiène appliquée à la seconde enfance.*

Guyot (C.-T.-P.-T.), né à Cugney (Haute-Saône); *De l'importance de l'appétit et de la considération des fonctions digestives dans le traitement des maladies chroniques.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre hureau.

La *Gazette médicale* donne les nouvelles suivantes sur la santé de nos troupes en Orient:

Varna, 27 juillet.

Il y a beaucoup de malades dans les troupes campées autour de Varna; la diarrhée est générale, la fièvre se montre, et le choléra a régné ici avec quelque violence.

L'hôpital de Varna est encombré; les malades remplissent les salles, les corridors, les escaliers. Le 23 juillet, il y a eu 83 admissions à l'hôpital anglais. Un nombre considérable de malades de l'armée anglaise devait s'embarquer dans un jour ou deux pour changer d'air et désencombrer les locaux. La saison fiévreuse ne commence pas en ce pays avant septemhre.

Le 23 juillet, les renseignements officiels donnaient pour les forces anglaises campées à Varna et aux environs (25,600 hommes) un tota de 1,507 malades, chiffre qui représente la proportion de 6 malades environ sur 100 hommes. On comptait, en outre, à Scutari 500 hommes, dont la plupart convalescents.

Du 22 au 24, il y a eu 49 admissions et 16 décès cholériques dans le camp de Devna. Du 19 au 25 inclus à Varna, il y a eu parmi les Anglais 73 admissions et 23 décès; les troupes françaises ont compté 139 admissions et 71 décès cholériques.

— *9 août.* A cette date, les troupes anglaises comptaient 260 décès cholériques. Depuis leur translation au camp de Monastir, l'état sanitaire s'était amélioré. On y avait compté encore jusqu'à 30 décès cholériques par jour.

Les pertes des troupes françaises étaient très grandes; depuis le 14 juillet, l'hôpital français de Varna comptait un grand nombre de décès et seulement 79 guérisons.

L'évacuation de l'hôpital était la question à l'ordre du jour.

Cet hôpital est une ancienne caserne turque, énorme bâtiment quadrangulaire à l'instar des casernes de Scutari. Chaque façade de cet édifice a 150 pieds de long et trois étages. Les deux tiers du hâtiment appartiennent aux Français et constituent l'hôpital; l'autre tiers forme l'hôpital anglais. Quoique cette construction ne date pas d'une époque reculée, les planchers sont vermoulus et les fenêtres percées à jour. Depuis l'invasion de l'épidémie, ce local a été reconnu comme insalubre et a été un foyer cholérique des plus intenses; il s'en exhale une odeur animale ahominable, comme de tous les édifices habités par les soldats turcs.

Les chirurgiens des deux corps d'armée appartenant à cet hôpital habitaient un local des plus insaluhres.

Vers le milieu d'août, les fièvres continues commençaient à se montrer dans les parties les plus salubres du pays.

15 août. L'ordre suivant, émané de l'état-major général de l'armée anglaise, indique un progrès dans les prescriptions hygiéniques et alimentaires en temps d'épidémie. Il aurait été à désirer que ces prescriptions eussent été faites avant l'invasion des maladies, qui ont enlevé en deux mois 2,000 hommes environ sur 25,000 de troupes anglaises.

« Les affections du tube intestinal étant fréquentes à cette époque de l'année, et les officiers de santé de l'armée étant d'avis qu'une augmentation de rations de vivres pourrait être utile dans ces circonstances, le commandant en chef des troupes autorise, comme mesure temporaire, la distribution de 2 onces de riz par homme et par jour, et une demi-mesure (*gill*) de liqueur alcoolique pour les sous-officiers et les soldats. Cette boisson sera distribuée immédiatement après le dîner.

» Le commandant en chef ordonne, en outre, à chaque homme une tasse de café le matin, avant toutes les corvées ou exercices, et le soir avant le coucher.

» La ration de viande est aussi temporairement accrue d'une livre à une livre et demie. »

On ajoute que les rations de pain, qui étaient d'une livre et demie par jour et par homme, sont maintenant portées à 2 livres et demie; les rations de viande seraient même de 2 livres. Des mesures ont été prises pour une fourniture régulière de sucre et de sel, dont les troupes ont manqué complétement à une époque. Enfin, il aurait été décidé qu'une pinte d'ale ou de porter serait accordée par jour et par homme. Les rations de viandes salées que les médecins réclamaient pour les troupes au commencement d'août ont été accordées et seront distribuées d'une à deux fois par semaine.

De la même ville, 17 août.

L'événement important de cette première quinzaine a été l'invasion foudroyante du choléra sur les troupes conduites dans la Dobrutscha par les généraux Espinasse et Youssouf: un régiment de zouaves embarqué à Varna, déharqué à Kustendjé, partit de cette ville le 28 juillet au matin et arriva à Kargalik le 29. Le choléra se déclare le 29. Le 30 au matin, il y avait de 35 à 40 morts et de 70 à 80 cholériques mourants. On quitte la localité, qui avait été signalée comme très insalubre. On se hâte le jour même de partir; mais avant d'arriver à la zone saluhre, la division perd, sur un effectif de 10,000 hommes, 2,000 cholériques au moins; en outre, 4,000 hommes sont épuisés par la diarrhée cholérique: il ne reste plus que 4,000 hommes valides.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La *Gazette médicale de Lyon* donne sur l'Ecole vétérinaire de cette ville des détails qu'on ne lira pas sans intérêt:

« La première école vétérinaire d'Europe fut fondée à Lyon en 1761 par Claude Bourgelat. Elle fut installée d'abord à la Guillotière, et ce ne fut qu'en l'an V qu'on la transféra à la place de l'ancien monastère du tiers ordre de Sainte-Elisaheth, où elle est encore. Ce monastère était appelé des *deux amants* à cause d'un tombeau démoli en 1707 pour élargir la voie publique. Ce fut un acte de vandalisme, car ce monument, à en juger par les nombreuses dissertations auxquelles il donna lieu et par les gravures qu'en ont laissées Ménestrier et Brossette dans leurs ouvrages, était assez digne d'intérêt par son architecture et par ses inscriptions pour être conservé.

» L'Ecole vétérinaire est un ensemhle de trois corps de bâtiments sans ornements, formant une cour avec des portiques et fermé sur le quai par une grille. Cet ensemble est de la plus pauvre simplicité, et à l'entrée d'une grande ville on désirerait quelque chose de mieux. Derrière s'étendait un vaste clos en amphithéâtre célèbre par la beauté de sa situation et de ses ombrages. Il a été morcelé par une route qui monte au cimetière, et qui laisse à découvert quelques maisons banales sur la colline et les hatteries d'un fort.

» L'Ecole a été depuis peu agrandie aux dépens de l'antique église. Les nouvelles constructions, faites avec les beaux matériaux que l'on emploie à Lyon, sont sans aucun doute fort utiles, mais elles sont d'un style d'architecture insignifiant et qui rappelle ces pauvres essais soi-disant dans le genre antique que le peintre Landon publiait au commencement du siècle dans les *Annales du musée*.

» On peut en dire autant d'un édicule qui fait l'angle de la nouvelle route et qui reste inachevé; on assure que c'est une église destinée à remplacer l'ancienne. Jusqu'à présent rien n'annonce la destination religieuse de ce bâtiment.

» L'emplacement de l'Ecole avait appartenu, en partie du moins, aux Bellièvre, puis à Jacques Moyron, baron de Saint-Trivier, procureur général de la ville, né le 15 février 1564, mort le 26 mai 1656, laissant son immense fortune aux pauvres de l'Aumône générale.

» Claude Bourgelat naquit à Lyon le 27 mars 1712, de Pierre Bourgelat, échevin, et de Geneviève Terrasson. Il fut d'abord directeur de l'académie d'équitation établie sur le rempart d'Ainay, à l'endroit qu'occupe la rue qui porte son nom. Il composa un grand nombre d'ouvrages: le *Nouveau Newkastle*, publié en 1745; les *Eléments d'hippiatrique*, Lyon, 1750; l'*Anatomie comparée du cheval, du bœuf et du mouton*, Paris, 1766; la *Matière médicale*, Lyon, 1767; *Traité de la conformation extérieure du cheval*, Paris, 1769; *Eléments de l'art vétérinaire*, Paris, 1808, et rédigea les articles de médecine vétérinaire dans l'*Encyclopédie*.

» L'Ecole vétérinaire de Lyon passa ensuite entre les mains de l'abbé Rozier. Bourgelat fut appelé en 1765 par le gouvernement pour fonder celle d'Alfort, et mourut pauvre le 3 janvier 1779, ne laissant que des sœurs alliées aux du Gas, aux Prost de Grangehlanche et aux Fayard de Champagneux. Son huste fut exécuté par Boisot en 1780, et l'on trouve sur lui, dans les biographies de la Société Monthyon et Franklin, une notice fort bien faite ct un portrait ressemblant; je dis ressemblant, à en juger d'après une excellente miniature venant de sa famille, dans laquelle il est représenté avec une figure ouverte, intelligente et d'un caractère que l'on ne pouvait inventer. Une de ses boucles d'oreilles représente un petit fer à cheval. Et en effet, Bourgelat, destiné à la magistrature, laissa le Code pour se donner entièrement à l'étude de la race chevaline, pour laquelle il avait une vocation non douteuse. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Pari

Choléra-Morbus, Guide du médecin-praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie; suivi d'un *Dictionnaire de thérapeutique* appliqué au choléra-morbus, et d'un *Formulaire spécial*: par feu le docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, etc. — Un vol. in-8° de 384 pages. Prix: 5 fr. — Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; ouvrage honoré de souscriptions par les ministères de l'agriculture et du commerce, de la guerre et de la marine; par le docteur A. Foucart, lauréat (médaille d'or) et ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, memhre de la Légion d'honneur, secrétaire général de la Société de médecine pratique. Un volume in-8°. Prix: 6 fr. Chez Lahé, lihraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Sourd

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 110. — SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 110. — SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Choléra. — Des lavements de borate de soude contre la diarrhée des enfants. — De quelques applications du pansement par occlusion à l'aide de la baudruche. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Leçons cliniques sur les hernies. — Des fractures du membre pelvien traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens. — ACADÉMIE DE MÉDECINE (addition à la séance du 12 septembre). Traitement des épididymites et des orchites par le collodion.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

Si l'on en juge par le mouvement des hôpitaux, qui donne une diminution sensible sur le nombre des invasions nouvelles et surtout une diminution relative sur le chiffre des décès, l'épidémie paraîtrait tendre à entrer dans sa période de décroissance à Paris. Il n'en est malheureusement pas de même à Londres. Le bulletin que nous recevons de cette capitale pour la semaine du 2 au 9 septembre accuse une augmentation considérable. On remarquera que cette augmentation coïncide avec la persistance du vent du nord-est. On verra plus bas les déductions qu'on peut tirer d'une observation faite dans cette ville sur l'influence des diverses provenances des eaux potables sur la proportion des attaques dans certains quartiers.

Quant aux départements de la France, les dernières nouvelles sont généralement satisfaisantes. L'épidémie paraît à peu près éteinte à Marseille et dans tout le département des Bouches-du-Rhône ; elle est en décroissance sensible dans les divers départements du centre et de l'est qui ont été le plus frappés. Lyon continue toujours à jouir de la même immunité; on n'y compte que quelques cas isolés, fournis pour la plupart par des émigrations des départements voisins.

Nous continuons du reste à résumer sous leurs principaux chefs respectifs les documents qui nous sont communiqués tant sur les caractères, la marche et l'étiologie de la maladie que sur son traitement ou sa prophylaxie.

ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE.

Influence des eaux potables sur le développement du choléra. — On vient de constater à Londres un résultat qui pourrait n'être pas sans importance s'il était moins circonscrit, et qui dans tous les cas, et sauf nouvelle confirmation, offre assez d'intérêt pour que nous lui donnions place ici.

Un acte du parlement anglais enjoint aux compagnies chargées de fournir de l'eau potable à la métropole de puiser cette eau hors de la portée de la marée, au-dessus du déversement des égouts de Londres. Le temps accordé aux compagnies pour exécuter les travaux nécessaires n'est pas encore expiré, mais une des compagnies, celle de Lambeth, est déjà en règle, et fournit depuis un an de l'eau provenant de Thames-Ditton. Il n'en est pas de même de la compagnie de Southwark and Vauxhall, qui prend encore son eau près du Vauxhall. Or, dans les districts de Londres uniquement desservis par la première compagnie, le choléra n'a pas encore paru. Dans ceux où les deux compagnies concourent à l'approvisionnement, il résulte d'inspections domiciliaires que le choléra est beaucoup plus fréquent dans les familles qui boivent l'eau de la compagnie du Vauxhall que dans celles qui s'approvisionnent à la compagnie de Lambeth (54 cas contre 8). (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

Il est évident qu'il peut y avoir d'autres causes inconnues qui influent sur cette différence, mais elle n'est pas moins remarquable et digne de fixer l'attention. Ce fait ouvre dans tous les cas la voie à une nouvelle série d'investigations.

— Nous recevons de notre confrère d'Orléans M. le docteur Lucas une lettre qui complète les renseignements qu'il nous a fournis dans une précédente communication, et qui nous met à même de réparer une omission involontaire de notre part. M. Lucas nous dit que ce n'est pas sur la combustion de la houille grasse uniquement qu'il fonde sa sécurité contre le choléra; elle ne fait que concourir, avec l'usage qu'il fait des chlorures pour désinfecter les déjections alvines, à détruire ou chasser l'agent cholérique (agent qui, dans son opinion, réside dans des essaims d'animalcules cholérifères).

« Je ne fais allumer du charbon de terre, dit M. Lucas, que dans les maisons évidemment infectées et qui offrent une cour assez grande, mais je fais toujours désinfecter les latrines, les vases de nuit et les linges salis. » Cette pratique est fondée sur cette observation que si les professions qui consument le charbon de terre jouissent d'une exemption remarquable, les blanchisseuses et les garde-malades payent un tribut disproportionné. M. Lucas partage, comme on le voit, cette opinion déjà émise par plusieurs médecins, et soutenue dans le temps avec une grande énergie de conviction par M. Pellarin, que les évacuations alvines sont un des moyens les plus actifs de propagation du choléra.

L'un des points principaux sur lequel insiste surtout notre correspondant, c'est la constance de la diarrhée prodromique et la possibilité de l'arrêter, qui lui font affirmer qu'on peut aussi sûrement se garantir du choléra que de la petite vérole. Si nous n'insistons pas plus longuement en ce moment sur cette question, c'est qu'en raison même de son intérêt capital, nous nous réservons d'en parler prochainement avec développement.

Méthode de traitement formulée par M. le docteur Destrem. — Nous avons fait connaître, dans notre numéro du 5 septembre, la méthode de traitement analytique proposée par M. Destrem, et mise par lui en pratique soit à Paris, soit dans le département des Vosges, où il a été en mission. Voici les formules et les prescriptions spéciales dont se compose ce traitement, appropriées à chacune des périodes et des degrés divers de la maladie :

1° *Diarrhée prédisposante.* —(Selles bilieuses, liquides et abondantes, affaiblissant le sujet et le disposant à subir l'influence de l'épidémie.) — Vomitif d'ipécacuanha, 1 gramme ou 2 dans de l'eau tiède, de dix minutes en dix minutes; trois fois par jour un quart de lavement avec de l'eau de riz ou de l'eau de graines de lin et de pavot; diète et repos.

2° *Diarrhée prémonitoire.* (Selles très liquides, plus ou moins odorantes, et colorées encore par des restes de matières fécales entraînées par cette nouvelle sécrétion de l'intestin, et état saburral des organes digestifs.) — Frictions sur les membres avec des matières excitantes, alcooliques ou ammoniacales; couvrir le ventre et les membres de cataplasmes de farine de lin saupoudrés de farine de moutarde; infusion aromatique de thé, mélisse, camomille, dans laquelle on ajoute un peu d'élixir contre les coliques, ainsi composé :

Alcoolat de mélisse.	30 grammes.
Teinture de cannelle..	8 —
— de cachou.	8 —
— de vanille.	4 —
Essence de menthe.	30 gouttes.
— d'anis.	30 —

Mêlez pour prendre par demi-cuillerée à café ou par 20 gouttes dans chaque demi-tasse d'infusion; quarts de lavements émollients et astringents, avec 7 à 8 gouttes de laudanum, et ajouter, s'il le faut, une ou deux pilules contenant soit 2 centigrammes et demi d'opium, soit 35 centigrammes de diascordium ou autres astringents toniques, tels que l'extrait de quinquina; faire précéder ces médicaments de l'administration de l'ipécacuanha, en favorisant les vomissements pendant une heure seulement.

3° *Cholérine.* (Selles tendant à prendre les caractères cholériques ; tendance au refroidissement des extrémités). — Attaquer la maladie par des moyens puissants et capables de modifier la nature des selles et de toutes les sécrétions, tels que le *calomel uni à l'aloès et entrecoupé d'opium* :

Calomel à la vapeur	1 gramme.
Aloès en poudre.	25 centigrammes.
Sucre..	1 gramme.

Mêlez et divisez en quatre ou cinq doses pour prendre une dose toutes les heures, en ayant soin de boire quelques gorgées pour les faire avaler rapidement. — Les trois dernières doses sont *entrecoupées d'une pilule* de 2 centigrammes et demi d'extrait d'opium (ou 2 centigrammes et demi d'extrait d'opium avec 10 centigrammes d'aloès, lorsque, chez des enfants et certains malades difficiles, on donne le calomel seul à cause du mauvais goût de l'aloès). L'aloès cependant a l'avantage d'agir plus rapidement et plus efficacement en poudre qu'en pilules.

4° *Choléra confirmé.* — Après les moyens conseillés pour la cholérine, et surtout l'ipécacuanha, sinapismes promenés sur toute la surface du corps, sur la colonne vertébrale, sur l'estomac et sur tous les points affectés de crampes, frictionner vigoureusement toutes ces régions avec des liniments excitants ou même vésicants; infusions très chaudes et en petite quantité. Puis employer les moyens les plus capables d'agir vigoureusement sur l'innervation et surexciter les fonctions de la vie. Les plus utiles alors sont la poudre de fève de saint Ignace à la dose de 40 à 50 centigrammes dans un verre d'eau froide pris par cuillerées à bouche de quart d'heure en quart d'heure, ou bien l'extrait ou la teinture de la même substance, divisés dans l'élixir contre les coliques déjà formulé, et donnés toujours dans un verre d'eau froide et par cuillerées, pour rendre l'absorption plus facile.

C'est le cas d'employer le vin chaud, les vins liquoreux et les excitants diffusibles, éthers et chloroforme, mais surtout le chloroforme donné soit par gouttes dans l'eau sucrée, dans le sirop diacode ou de coings, soit en potion ou émulsion :

Huile d'amandes douces. . . .	15 à 20 grammes
Chloroforme pur.	1 à 3 —
Eau distillée de tilleul. . . .	90 —
Sirop de morphine, ou sirop d'acide prussique médicinal. . .	30 —

Pour prendre par cuillerées tous les quarts d'heure.

Les plus fortes crampes et les points de côté les plus opiniâtres sont calmés par le liniment suivant :

Huile de camomille camphrée. . . .	60 grammes
Chloroforme.	8 —
Laudanum de Rousseau.	8 —

Mêlez pour employer en frictions avec de la flanelle ou sur des cataplasmes.

5° *Choléra asphyxique.* — On renouvelle alors avec avantage le bain à la moutarde et les frictions excitantes les plus vigoureuses, ammoniacales ou cantharidées; donner le calomel, *dont on n'attendra pas l'effet* pour s'occuper avec énergie de prolonger la vie au moyen des excitants de l'innervation, de la circulation, de l'assimilation (vins d'Espagne, punch léger, café, etc.), par cuillerée tous les quarts d'heure, ou bien l'élixir contre les coliques précédemment formulé et qui aurait été additionné d'un dixième de teinture de fève de saint Ignace, à la dose de 5 à 10 grammes, dans une potion ou un verre d'eau froide, par cuillerée à bouche tous les quarts d'heure; et agir violemment à l'extérieur au moyen des vésications sur le creux de l'estomac, sur la colonne vertébrale, derrière le cou, aux jambes, etc.

C'est aussi dans ce cas que M. Destrem a eu recours avec quelque succès à l'action des poudres sternutatoires qui, en donnant des secousses violentes, réagissent puissamment sur l'organisme, et ont parfois déterminé des réactions.

Enfin au besoin de petites saignées comme moyen anti-asphyxique, dans cette forme spéciale du choléra où l'asphyxie survient avec des accidents nerveux sans avoir été précédée de la période phlegmorrhagique.

Noix vomique. — Parallèle avec la méthode symptomatique ordinaire. — M. le docteur E. Prieur, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Gray (Haute-Saône), vient de publier un résumé de son service des cholériques dans lequel nous trouvons quelques renseignements intéressants, surtout en ce qui concerne le traitement.

Depuis le 14 jusqu'au 20 juillet, il a été apporté à l'hôpital de Gray 147 militaires. Sur ce nombre, 137 ont présenté les symptômes cholériques les plus graves; 5 d'entre eux ont été frappés sans aucun symptôme précurseur. De ces 137 malades, 6 ont été traités par la teinture alcoolique de noix vomique, à la dose de 25 à 60 gouttes, sans en avoir obtenu le moindre effet; ces 6 malades sont morts. Sur les 131 restants, traités par la méthode symptomatique ordinaire (ipéca, opium, éther, ratanhia, acétate d'ammoniaque, etc., suivant les indications), il y a eu 64 morts et 67 guérisons; les cas légers ont tous guéri.

Dans le service des femmes, M. Prieur a reçu, du 16 juillet au 15 août, 65 malades toutes dans un état extrêmement graves, à l'exception de trois cas légers. 6 de ces malades ont été traitées par la teinture de noix vomique; elles ont également toutes succombé. 56 ont été traitées par la méthode commune, il y a eu 32 guérisons et 26 décès.

Dans la salle des hommes (civils), 66 malades : 6 ont été traités par la noix vomique; ils ont tous succombé. Sur 56 traités par la méthode commune, il y a eu 21 guérisons et 35 décès.

En résumé, pour 131 militaires, 67 guérisons, 64 décès.

—	58 femmes,	32 —	26 —
—	56 hommes,	21 —	35 —

(Ces derniers venaient presque tous de loin et étaient apportés la plupart dans un état désespéré.)

Total : 245 cas très graves, 120 guéris, 125 décès, soit la moitié des guérisons moins 2 1/2 sur 245. Tous les cas légers ont été guéris par la même médication, ce qui donne un total de 259, sur lesquels on a obtenu 134 guérisons, soit un peu plus de 50 p. 100.

Si l'on place à côté de ce résultat les 18 cas traités par la noix vomique et tous suivis de mort, on devine assez quelle est la conclusion de M. Prieur.

TRAITEMENT.

M. le docteur L. Gigot (de Levroux) nous transmet la formule suivante d'un traitement du choléra, qui a produit suivant lui d'excellents effets dans un grand nombre de cas.

1° Faire prendre aux malades, toutes les heures ou toutes les demi-heures, selon la gravité des cas, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Eau distillée.	60 grammes
Nitrate d'argent.	10 centigr.
Sirop de sucre.	30 grammes

2° Donner pour boisson un quart de verre d'eau froide toutes les dix minutes environ;

3° Envelopper les malades entièrement nus dans des couvertures de laine que l'on entoure de bouteilles d'eau chaude;

4° Si l'état algide est très prononcé, le malade est placé entièrement nu sous les couvertures soulevées par deux cerceaux, de manière que sa tête seule soit libre; on allume deux lampes à alcool à ses côtés, la température du milieu ne devant pas dépasser 40 à 45° centigr.;

5° Les malades peuvent être enveloppés aussi dans un drap mouillé fortement tordu et dans des couvertures de laine.

Dans un cas extrêmement grave, qui paraissait au-dessus des ressources de l'art, M. Gigot a porté la dose de nitrate d'argent dans la potion à 20 centigrammes. Cette tentative a été couronnée de succès; à la quatrième cuillerée les évacuations ont été arrêtées.

Pour les cas peu graves, la dose de nitrate d'argent est limitée à 5 centigrammes.

C'est principalement dans la période d'invasion caractérisée par de nombreuses évacuations que la potion au nitrate d'argent réussit bien. Un grand nombre de cholérines qui auraient conduit infailliblement les malades à la période algide ont été rapidement arrêtées par ce moyen simple.

— M. le docteur Henri Vincent, d'Aï (Marne), formule en ces termes une méthode de traitement avec laquelle il a pu, dit-il, enrayer bien souvent dans leur marche des cholérines très intenses, et guérir les deux tiers des individus atteints de choléra asiatique franchement prononcé.

Contre les simples diarrhées bilieuses sans vomissements. — Diète, repos au lit; eau d'orge; lavements avec 250 grammes d'eau très froide, une cuillerée et demie d'amidon et 8 à 10 gouttes de laudanum.

Contre la diarrhée blanche, rizacée, avec ou sans vomissements. Deux lavements à une heure d'intervalle, contenant chacun 250 grammes d'eau froide et 40 à 50 gouttes de chloroforme; repos au lit, eau d'orge, diète absolue. On peut aller jusqu'à quatre lavements semblables sans déterminer d'autres accidents qu'un sentiment de légère cuisson à l'anus.

Contre le choléra confirmé. — Toutes les demi-heures ou tous les quarts d'heure, selon la force du sujet et l'intensité de la maladie, donner une cuillerée de la potion suivante :

Chloroforme.	40 à 50 gouttes.
Eau fraîche.	120 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. . .	30 —

M. Vincent préfère l'eau fraîche à tout autre véhicule, parce que les vomissements sont entretenus ou excités par l'eau qui a bouilli et qui sert aux infusions.

Chez des malades robustes, pendant la période algide la plus prononcée, il a administré jusqu'à 20 gouttes de chloroforme en une seule fois dans deux cuillerées d'eau fraîche, et toujours dans un court espace de temps le pouls et la chaleur ont reparu. Concurremment avec cette potion, il fait prendre toutes les heures un lavement avec 250 grammes d'eau froide et 40, 50 et même 60 gouttes de chloroforme. Les malades sont couverts chaudement, et on les frictionne sur la poitrine et les bras avec de l'essence de térébenthine dans le but de calmer les crampes; mais en général elles cessent promptement sous l'influence du chloroforme. Dans quelques cas rares, il a dû avoir recours à de larges sinapismes appliqués aux jambes.

Choléra à Londres.

Semaine du 2 au 9 septembre 1854.

Mortalité générale.	3,413
— due au choléra..	2,050
— due à la diarrhée.	276

Cette mortalité se répartit de la manière suivante :

1° Sous le rapport du sexe :

Hommes.	954
Femmes.	1,096

2° Sous le rapport de l'âge :

Au-dessous de 15 ans.	644
De 15 à 60 ans.	1,128
De 60 ans et au-dessus.	287

3° Sous le rapport des localités :

Quartier de l'ouest..	545
— du nord.	208
— du centre.	117
— de l'est.	208
— du midi.	972

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne ; 30,1 p. = 76°,4 cent.; hauteur thermométrique moyenne : 59°,2 Fahr. = 15°,1 centigr.; électricité positive, vent du nord-est.

Mouvement de l'épidémie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 7 septembre,	30	14	44	44	18
8 »	31	7	38	22	17
9 »	16	12	28	34	18
10 »	13	8	21	20	13
11 »	18	3	21	24	11
12 »	17	3	20	13	15
13 »	13	10	23	16	10
	138	57	195	173	102

Situation générale des hôpitaux au 13 septembre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,078
Sorties.	2,592	5,692
Décès.	3,100	
Restant en traitement.		386

Le résumé suivant indique pour quatre mois (de mai à août) le chiffre des cholériques entrés, sortis ou décédés dans les hôpitaux de Paris, avec la mortalité moyenne.

	Cas.	Sorties.	Décès.	Mortalité moyenne.
Mai.	377	237	255	67,63 p. 0/0
Juin.	903	199	472	52,26 p. 0/0
Juillet.	976	470	509	52,15 p. 0/0
Août.	1,670	716	810	48,50 p. 0/0
	3,926	1,622	2,046	52,11 p. 0/0

Pour apprécier la valeur de cette moyenne, il faut la rapprocher de celle de 1832 et de 1849.

En 1832, la mortalité moyenne a été de 47 p. 0/0
En 1849 — — 55 p. 0/0.

Des lavements de borate de soude contre la diarrhée des enfants.

On sait combien il est difficile de guérir certaines diarrhées de l'enfance qui surviennent dans le cours de la première dentition. Leur nature même est l'objet de nombreuses discussions. Autrefois les médecins anatomistes ne voyaient dans ce flux d'entrailles qu'une entérite, ou même un ramollissement de la muqueuse de l'estomac, si les évacuations étaient accompagnées de phénomènes cholériformes. M. Bouchut n'admet pas qu'il en soit ainsi, et il professe que dans la grande majorité des cas la muqueuse intestinale est, en pareille circonstance, le siége d'un flux dont le point de départ est le gros intestin. Il y a en effet deux espèces de diarrhée chez les jeunes enfants : la diarrhée symptomatique des lésions de texture survenues dans la muqueuse, et la diarrhée idiopathique, nerveuse, catarrhale, véritable flux du gros intestin, capable d'entraîner la mort, et ne laissant après lui aucune trace matérielle appréciable.

C'est surtout dans le cas de diarrhée idiopathique que les lavements de borax employés par M. Bouchut semblent réussir. Nous avons vu à l'hôpital Sainte-Eugénie un certain nombre d'enfants avec cette forme de diarrhée datant déjà d'assez loin, et chez lesquels les lavements de borax ont parfaitement réussi. Cinq enfants actuellement traités ont vu leur diarrhée disparaître rapidement sous leur influence.

Ainsi, au n° 3 de la salle Sainte-Marguerite, une fille de dix ans, entrée le 26 juillet pour une diarrhée idiopathique datant de cinq mois, et accompagnée de fièvre quotidienne, avec toux et râles sibilants dans la poitrine, prit longtemps de la décoction blanche et du phosphate de chaux en nature. La diarrhée persistait. Le 17 août on lui donne un lavement avec 10 grammes de borax, et le lendemain il y eut une selle moulée. Chaque jour un nouveau lavement de borax, et chaque fois l'enfant rendait une selle naturelle. Elle sortit au bout de six jours.

Au n° 7 de la même salle, une enfant de quatre ans entra le 19 juillet pour une diarrhée datant d'un mois et consécutive à une fièvre typhoïde. Elle avait huit ou dix selles par jour. On lui donna des lavements de borax, et il n'y eut plus qu'une seule garde-robe dans les vingt-quatre heures; les matières, noirâtres, restèrent demi-molles et mal formées.

Au n° 10 de la même salle, une petite fille de cinq ans entra le 19 juillet pour une bronchite chronique sans doute de nature tuberculeuse et avec une diarrhée abondante datant de vingt jours. Elle prit un lavement de borax. Dès le lendemain les selles diminuèrent, et le surlendemain il y eut une selle moulée.

Au n° 13 de la même salle, une fille de deux ans vint le 14 juin avec une bronchite aiguë, qui ne tarda pas à se convertir en bronchite chronique granuleuse.

Le 17 juillet, la diarrhée commença et eut lieu abondamment sans interruption jusqu'au 17 août. Des vomissements survinrent. L'enfant, tombée dans le plus grand état de marasme, semblait proche de la mort. Elle prit un lavement avec 15 grammes de borax. Dès le premier jour, il n'y eut que deux garde-robes.

Le 18 août, pas de garde-robes et pas de vomissements.

Le 19, un troisième lavement, qui fut rendu sans autre garde-robe ni vomissement.

Le 20, la diarrhée reparut, et l'enfant mourut dans la journée.

L'estomac et l'intestin grêle étaient sains; le gros intestin offrait une légère arborisation de sa muqueuse sans ramollissement ni ulcération de son tissu.

Les poumons étaient remplis de granulations fibro-plastiques demi-transparentes et de tubercules miliaires à l'état de crudité.

Au n° 20 de la salle Sainte-Rosalie, une fille de quatre ans entra avec un impétigo de la tête le 22 juillet. Elle eut la rougeole, et depuis ce moment une diarrhée très abondante de vingt à trente selles par jour.

Le 19 août, cette enfant prit un lavement de borax à 20 gram., et dès le lendemain les selles furent arrêtées. Chaque jour un nouveau lavement fut administré, et la diarrhée ne reparut pas.

Il résulte de ces faits, auxquels on en pourrait ajouter d'autres semblables, que l'action topique du borate de soude sur la muqueuse du rectum et du gros intestin est très efficace contre certains flux diarrhéiques des enfants. Ce sel agit à le fois comme astringent faible et comme substance alcaline destinée à neutraliser l'acescence des liquides du gros intestin qui irritent la muqueuse et en provoquent secondairement l'ulcération, tout comme elles déterminent l'ulcération du pourtour de l'anus. C'est un bon remède à opposer aux flux du côlon, et auquel on peut également recourir avec avantage dans le choléra et dans l'entéro-colite simple.

On n'avait pas encore employé dans la thérapeutique des enfants le borate de soude sous forme de lavements, et ces premiers essais appellent de nouvelles observations. M. Bouchut a voulu appliquer sur le gros intestin malade la méthode qu'on oppose si fréquemment aux phlegmasies buccales de l'enfance, et particulièrement au muguet. Le succès du borate de soude dans les maladies de la muqueuse buccale fait espérer des avantages semblables avec ce même sel donné en lavement contre les flux et les phlegmasies du côlon. Quelques faits semblent justifier l'induction établie par notre confrère, et nous croyons que le médecin aura désormais un assez bon médicament de plus à opposer à diverses diarrhées de l'enfance. Le borate de soude a cet avantage sur les autres lavements généralement mis en usage en pareille circonstance, surtout sur le nitrate d'argent, qu'il ne se décompose pas dans la seringue, qu'il n'est pas irritant et qu'il est alcalin, qualité essentielle et qu'il ne faut pas oublier.

La formule pour ce lavement alcalin est la suivante :

Eau sucrée.	125 grammes.
Borate de soude.	10 à 15 et 20 grammes.

Si l'on augmentait la quantité de borate de soude, il faudrait augmenter également la quantité d'eau, car le borax n'est pas très soluble, et le chiffre indiqué dans la formule représente exactement les proportions à employer.

M. Bouchut a eu recours, dans plusieurs autres cas de diarrhée symptomatique, d'ulcérations intestinales au borate de soude donné à l'intérieur à la dose de 2 grammes dans une potion gommeuse de 80 grammes. Quelques enfants ont paru en éprouver une véritable amélioration; mais les observations de ce genre ne sont pas assez nombreuses ni assez concluantes pour être consignées ici.

Le fait principal de cet article, c'est l'action efficace et prompte des lavements de borate de soude contre certaines diarrhées idiopathiques de l'enfance ayant pour siége la muqueuse du côlon.

De quelques applications du pansement par occlusion à l'aide de la baudruche.

Nous avons eu l'occasion ces jours derniers, en parcourant les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, de voir plusieurs malades qui ont retiré un bénéfice notable d'un mode de pansement sur lequel nous avons appelé dans le temps l'attention des praticiens, mais qui ne nous paraît pas encore, en raison de ses avantages, assez connu ni assez répandu. Nous voulons parler du mode de pansement par occlusion que M. le professeur Laugier pratique et préconise depuis bientôt dix ans, et qui consiste à appliquer soit sur les plaies saignantes et suppurantes, soit sur les brûlures comme sur les simples incisions, un ou plusieurs morceaux de baudruche que l'on fait adhérer à l'aide d'une couche de solution épaisse de gomme arabique. Ce pansement a entre autres avantages celui de réaliser en partie le but que l'on se propose par les divers procédés de la méthode sous-cutanée, c'est-à-dire de soustraire les plaies au contact de l'air, et de les maintenir constamment à l'état d'occlusion, tout en permettant à l'œil du chirurgien de voir incessamment à travers la transparence de cette sorte de tégument artificiel l'aspect et les phases diverses que peut présenter la plaie. Ses avantages principaux sont enfin de prévenir le développement de l'inflammation traumatique dans la plupart des cas, lorsque le pansement est fait à temps; d'abréger la durée du travail de suppuration et de cicatrisation dans les autres cas, et en général d'atténuer ou de faire cesser même les douleurs, ainsi que cela a lieu par exemple dans les brûlures.

Quatre malades de la salle Sainte-Marthe nous ont offert en même temps une sorte de spécimen des bons résultats de ce mode de pansement. Nous allons en rapporter brièvement l'histoire.

Le premier est un jeune garçon de dix ans qui est entré à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Marthe) pour une plaie par écrasement des orteils. La plante du pied était décollée au-dessous des trois premiers orteils; une plaie assez étendue existait aussi à la face dorsale; les articulations métatarso-phalangienne et phalango-phalangienne du gros orteil étaient ouvertes. Le malade fut soumis d'abord pendant quinze jours aux irrigations froides, puis on pansa avec le cérat; mais le malade accusant de vives douleurs à chaque pansement, M. Laugier eut recours à l'application de la baudruche d'après le procédé que l'on connaît : un badigeon de solution de gomme arabique fut promené sur les deux surfaces de la région

métatarso-phalangienne du pied et sur les orteils eux-mêmes, et le tout recouvert d'une couche de baudruche. A dater du moment où ce pansement a été appliqué, le malade n'a plus souffert, la plaie s'est cicatrisée d'une manière graduelle et rapide ; à peine a-t-il été nécessaire, depuis trois semaines environ que ce pansement a été appliqué, de le renouveler deux ou trois fois. Aujourd'hui la cicatrisation est presque complète ; et grâce à un petit appareil de pansement accessoire destiné à maintenir les orteils, et qui consiste en un petit tampon placé sous les orteils et maintenu par un tour de bande, ce petit malade marche et court même dans les salles depuis plus de quinze jours, malgré les désordres considérables dont son pied a été le siége.

Le deuxième malade est un homme âgé de cinquante ans, qui est entré le 20 juillet pour des brûlures nombreuses et très étendues qu'il s'était faites en tombant dans une bassine de confitures. Il avait une large brûlure du deuxième et troisième degrés à la face du côté gauche, des brûlures du deuxième degré aux deux avant-bras, et une large et profonde brûlure du troisième degré au genou gauche. Ce malade a été pansé dès le premier jour par la baudruche. Il souffrait horriblement de ses brûlures quand il est entré. Presque aussitôt après qu'il a été pansé, ses douleurs se sont notablement calmées d'abord, et très rapidement dissipées. Au bout de trois semaines environ, la face et les deux avant-bras ont été complétement guéris. Depuis plus d'un mois le pansement a été supprimé. Il conserve encore le pansement au genou, où, en raison de la profondeur et de l'étendue de la brûlure, on a dû mettre deux ou trois couches de baudruche superposées. La douleur du genou a cédé aussi rapidement que celle de la face et des avant-bras.

Le troisième fait est celui d'un jeune garçon d'une douzaine d'années, qui, en nageant dans la Seine pendant les journées caniculaires du mois d'août, et faisant ce que les nageurs appellent la coupe, eut presque toute la région du dos brûlée par le soleil, au point de présenter une large surface érysipélateuse avec soulèvement de l'épiderme dans quelques points. Une vaste couche de baudruche appliquée sur toute la surface brûlée a immédiatement fait cesser les douleurs vives qu'éprouvait le jeune malade, et la résolution a eu lieu avec une grande rapidité; il est sorti au bout d'une quinzaine de jours.

Nous ne parlerons que pour mémoire seulement du quatrième sujet, qui est encore en traitement, et pour lequel M. Broca, qui remplace en ce moment M. Laugier, a pratiqué à l'aide de la baudruche l'occlusion complète des paupières dans le but d'obtenir la résolution d'un épanchement de la cornée. Nous reviendrons sur ce dernier fait, qui constitue une application de cette méthode différente de celle qu'on vient de voir dans les faits précédents.

D[r] Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur Malgaigne.

Causes des hernies crurales. — Prédisposition. — Sexes. — La hernie crurale est plus commune chez la femme que chez l'homme. La proportion des hernies crurales chez l'homme peut être évaluée à 4 ou 5 p. 0/0 des hernies inguinales; chez la femme, on trouve 2 hernies crurales contre 3 hernies inguinales, ou 66 p. 0/0. Or, si l'on se rappelle que les hernies sont quatre fois moins nombreuses chez la femme que chez l'homme, on peut voir quelle est chez cette dernière la proportion des hernies crurales. Le sexe féminin peut donc être considéré comme prédisposant aux hernies crurales.

Age. — Il n'y a pas un seul exemple dans la science de hernie inguinale avant la naissance; on connaît un fait de hernie crurale chez un très jeune fœtus. Sur une série de 23 sujets, M. Malgaigne n'a trouvé qu'un seul cas de hernie crurale avant vingt ans, 6 de 20 à 30, 5 de 30 à 40, 4 de 40 à 50, 3 de 50 à 60, 4 de 60 à 70.

Chez la femme, la hernie crurale se développe comme la hernie inguinale. Sur 72 femmes, M. Malgaigne a trouvé : avant 20 ans, 1 cas; de 20 à 30, 6; de 30 à 40, 18; de 40 à 50, 18; de 50 à 60, 19; de 60 à 70, 4; de 70 à 80, 6.

L'*hérédité* paraît avoir une influence prédisposante : 5 hommes sur 14 et 3 femmes sur 9 étaient issus de parents hernieux.

Il était intéressant de rechercher si la hernie crurale est plus fréquente chez les femmes qui ont une plus grande ampleur du bassin. Les résultats ont été nuls à cet égard. Chez des sujets hernieux l'intervalle entre les deux épines iliaques a été trouvé très étroit, tandis qu'un grand nombre de femmes à bassin très large ne portaient point de hernie.

La grossesse, à laquelle on a voulu faire jouer un rôle particulier dans la production de ces hernies, n'a pas paru avoir l'influence qu'on lui a attribuée. Ayant comparé le développement des hernies inguinales chez la femme en rapport avec la grossesse et le développement des hernies crurales, M. Malgaigne a trouvé que sur 102 hernies inguinales chez la femme, 26 avaient lieu chez des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants. Les trois quarts seulement (75 sur 102) avaient eu leur hernie inguinale après la grossesse.

Sur 61 femmes ayant une hernie crurale, 14 n'avaient pas eu d'enfants, 46 en avaient eu un ou plusieurs, et une avait eu une fausse couche.

On arrive, comme on voit, au même résultat pour les deux sortes de hernies, et le résultat définitif de ces recherches c'est que, en somme, la grossesse ne constitue pas une prédisposition bien prononcée, et qu'elle ne constitue pas surtout une prédisposition spéciale pour telle ou telle espèce de hernie.

Causes déterminantes. — Les causes déterminantes sont les mêmes pour les hernies crurales et pour les hernies inguinales. Les coups directs sur l'abdomen n'y figurent que pour une petite proportion (9 fois sur 310 hernies inguinales, et 2 fois sur 83 hernies crurales). Les autres causes se présentent dans des proportions à peu près égales dans l'un et l'autre cas. Les plus fréquents sont l'action de porter un fardeau, de soulever un poids, de tirer un corps pesant, l'action de tousser ou de crier, etc.

Les efforts de l'accouchement constituent chez la femme une cause spéciale; il est remarquable qu'ils produisent plus souvent la hernie inguinale que la hernie crurale. Sur 102 hernies inguinales chez des femmes, 23 étaient survenues pendant l'accouchement (près de 1/4), tandis que sur 83 hernies crurales il n'y en a eu que 8 dues à la même circonstance (1/10[e]).

Symptômes et accidents auxquels donne lieu la hernie crurale. — La hernie crurale donne lieu à peu près à la même série de phénomènes que la hernie inguinale : c'est une douleur vague, une sensation de gêne et de pesanteur dans l'aine, des digestions difficiles, un sentiment de faiblesse. Mais indépendamment de ces phénomènes communs, la hernie crurale donne lieu à une série de phénomènes qui lui sont spéciaux. On sait, en effet, que l'anneau crural traversé par la hernie est rempli par l'artère et la veine crurale, par le nerf, et enfin un peu plus loin par le nerf saphène.

Les malades éprouvent en général, lorsqu'ils sont debout et par conséquent pendant l'extension de la cuisse, non pas de la douleur, comme le disait Astley Cooper, mais une grande gêne, surtout dans l'aine. Quelques sujets accusent une faiblesse dans le membre inférieur du côté de la hernie et ont quelquefois le pied enflé le soir. Dans un petit nombre de cas, M. Malgaigne a vu des varices se développer à la suite de la hernie crurale, mais sans y attacher l'idée d'un lien nécessaire avec la hernie. Enfin, dans quelques cas trop rares pour faire règle, on a constaté des douleurs vagues dans la jambe le long de la veine saphène interne.

Diagnostic. — Le diagnostic de la hernie crurale est déjà fait en réalité par l'exposé même de ses caractères, et l'histoire de la hernie inguinale renferme presque tout ce qui a rapport à son diagnostic différentiel. Cependant il est encore quelques points de diagnostic qui demandent encore à être éclairés.

Lorsque la hernie est sortie et qu'elle rentre facilement avec ou sans gargouillement, on peut se demander si c'est réellement à une hernie qu'on a affaire ou à une varice. On a proposé plusieurs moyens pour faire cette distinction; voici le seul signe pathognomonique à l'abri de toute chance d'erreur : au lieu de faire rentrer la tumeur, il faut au contraire la faire sortir et presser sur l'anneau de manière qu'elle ne puisse plus rentrer; puis on saisit son pédicule. Si c'est une hernie, on sentira une tumeur dure et résistante; si c'est une varice, elle disparaît par le fait de la pression.

Quand la hernie est sortie et qu'elle ne peut rentrer, elle peut être confondue avec un ganglion engorgé. On n'a, dans ce cas, pour les distinguer, que l'aide des commémoratifs.

Traitement des hernies crurales. — Dans l'ignorance où nous sommes sur le mécanisme suivant lequel s'opèrent les guérisons naturelles de la hernie crurale, nous manquons d'indications pour la cure radicale de cette hernie. Une seule opération a été proposée, le bouchon de peau, mais on ne l'a jamais mis en pratique hors les cas d'étranglement. On en est donc réduit aux bandages. Mais le bandage ne contient jamais exactement la hernie crurale; comment pourrait-il la guérir?

Il y a une raison anatomique qui fait qu'on ne peut pas maintenir complétement une hernie crurale. Lorsque dans les cas de hernie inguinale on met une pelote sur l'anneau inguinal, la paroi antérieure du canal inguinal se trouve appliquée contre la paroi postérieure, et l'anneau externe se trouve aussi comprimé, de sorte que la hernie réduite ne peut plus sortir. Mais dans la hernie crurale, quand on applique la pelote, elle porte assez bien sur le canal crural, mais elle ne porte pas sur l'orifice externe; d'abord, parce qu'elle est dirigée en sens opposé à celui du ligament de Fallope, et en second lieu, parce que la disposition des parties s'oppose à ce que l'on puisse appuyer sur lui de manière à l'appliquer contre le pubis. En effet, d'une part, on ne pourrait comprimer ce ligament sans comprimer en même temps plus ou moins complétement l'artère et la veine crurale, ainsi que le nerf crural. D'autre part, ce ligament lui-même est disposé de manière à ne pouvoir pas se laisser déprimer jusqu'au pubis. Enfin, il n'est pas plus possible de diriger la pression sur l'autre extrémité de l'anneau; de sorte que de quelque manière qu'on s'y prenne, même dans les meilleures conditions, on ne peut jamais maintenir la hernie qu'incomplétement; on ne peut pas l'empêcher de faire une pointe. Les difficultés sont bien autres, on doit bien le penser, dans les circonstances ordinaires, c'est-à-dire pendant la marche, la position assise, accroupie, et en un mot dans les diverses attitudes et les divers mouvements qu'exigent les besoins de la vie. Le malade fléchit-il la cuisse, par exemple, la pelote remonte aussitôt et cesse de presser sur l'anneau; il en est de même dans la position assise. En présence de ces difficultés, on a cherché différents moyens d'y obvier. On a essayé de raccourcir et d'incliner le ressort. M. Rivet a imaginé un bandage qui consiste en une ceinture que l'on place aussi haut que l'on veut, et dont la pelote s'applique aussi bas que possible. C'est là un perfectionnement qui peut faire espérer que l'on arrivera peut-être à quelque chose de satisfaisant.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février; 7, 28 mars; 4, 11 avril; 2, 9 et 30 mai.

DES FRACTURES DU MEMBRE PELVIEN

traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens (1).

(Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 août.)

La difficulté de maintenir les fractures du fémur exactement réduites par les appareils ordinaires est si grande que très rarement on obtient une consolidation sans difformité et sans raccourcissement. Après n'avoir pu trouver dans les musées d'anatomie pathologique une seule fracture oblique du fémur consolidée sans raccourcissement; après avoir acquis, en outre, la certitude que Boyer, Lisfranc, Dupuytren n'étaient pas plus heureux que lui, M. Malgaigne (*Gazette des Hôpitaux*, 22 octobre 1853) s'exprime ainsi : « Je formulai donc très nettement et très carrément ce » principe, à savoir : que dans les fractures obliques du fémur la » guérison avec raccourcissement est la règle. »

Nous pensons, nous, que la pratique des habiles chirurgiens précités, y compris celle de M. le professeur Malgaigne, n'a été défaillante que faute d'un bon appareil, et nous avons la ferme confiance que le nôtre, quand on en tirera tout le parti possible, permettra de renverser les termes de la proposition précitée et de dire: la guérison avec raccourcissement est l'exception.

Laissons maintenant parler les faits (2).

Les observations n[os] 1, 2 et 3 qui suivent ont été rédigées par notre aide de clinique M. le docteur Marturé, actuellement chirurgien major. Entre autres mérites, elles ont celui d'avoir dix ans de date, sans avoir vieilli; les faits, à quelque époque qu'on les consulte, ont toujours leur enseignement.

Obs. I. — *Fracture oblique du corps du fémur gauche vers sa partie moyenne.*

Au n° 33 de la salle 31 (service de M. Baudens) était couché le nommé Dillensager, soldat au 13[e] régiment de ligne, âgé de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution. Ce militaire travaillait, dans la soirée du 9 octobre 1843, aux fortifications d'Ivry, lorsqu'un éboulement considérable de terre le renversa brusquement sur une brouette; dans cette chute la cuisse gauche porta à faux, et il s'ensuivit une fracture du fémur. Le blessé fut immédiatement transporté au Val-de-Grâce, où la crépitation, la déformation et le raccourcissement du membre firent reconnaître sans peine une fracture oblique du corps du fémur vers le milieu de sa longueur, sans plaie, ni autre complication. Une saignée de 500 grammes fut pratiquée par le chirurgien de garde, des fragments de glace furent mis en permanence sur le point de la blessure, préalablement masquée par une légère couche de charpie.

Le membre fut placé dans un appareil provisoire composé d'un grand coussin de crin, souple, dans lequel il se creusa une gouttière en s'enfonçant par son propre poids. Ce coussin fut ensuite bordé sur ses côtés, et des lacs transversaux soutinrent ce petit appareil, que recouvrit un cerceau. On avait eu soin de déposer plus de crin que partout ailleurs à la région poplitée, afin de plier légèrement l'articulation fémoro-tibiale pour mettre les muscles de la cuisse dans le relâchement et avoir le bénéfice du double plan incliné.

Le lendemain 10 octobre, la cuisse fracturée est le siége d'un engorgement et d'une tension considérables; elle est douloureuse, surtout lorsqu'on vient à lui imprimer quelques mouvements. Elle offre sur sa surface externe une convexité très prononcée qui tient à la tendance du fragment inférieur à se diriger en haut et en dehors. Le pied se porte aussi dans la rotation en dehors. Il y a un raccourcissement de 5 à 6 centimètres dans la longueur du membre. — Diète, limonade, continuation de la glace. On soutient le pied à l'aide d'un lac.

Le 11, les accidents inflammatoires, au lieu de faire des progrès, ont un peu diminué. On entoure la jambe d'un bandage roulé, et l'on dispose sur le pied et sur le genou les lacs destinés à l'extension. Tout le bandage est couvert d'une solution gommeuse très épaisse.

Le 12, on trouve le bandage complétement sec; et comme les accidents sont encore allés en diminuant d'intensité, M. Baudens applique ce matin son appareil.

Par suite de l'extension et de la contre-extension, on fait disparaître le raccourcissement et l'on rend au membre sa longueur normale. Le fragment inférieur se portant en haut et en dehors, on remédie à ce déplacement par l'application d'un lacs coaptateur dont les chefs sont dirigés et noués sur la partie interne de la cuisse. A l'aide des lacs extensifs, on ramène en dedans le pied qui a de la tendance à se porter en dehors, de manière à lui donner une direction convenable. (On continue les applications de glace et l'on prescrit une alimentation très légère.) — Le malade se trouve bien dans l'appareil.

Le 13, le lacs coaptateur est un peu relâché par suite de la diminution de l'engorgement. On le serre de nouveau, et l'on rend la coaptation plus efficace en appliquant sur le membre deux autres liens disposés comme le précédent, au-dessous duquel on les place. Et comme en même temps on s'aperçoit que le fragment supérieur est tiré en dedans, un lien dirigé en sens opposé est appliqué au niveau de ce fragment pour obtenir son redressement.

La glace a été continuée jusqu'au 16; à cette époque il n'existe plus

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 24 août, 2 et 7 septembre.

(2) M. le professeur Goffres, l'un des plus éminents chirurgiens de l'armée, a publié en 1853, dans le Bulletin général de thérapeutique, les beaux résultats qu'il a obtenus de nos appareils dont l'usage se répand chaque jour davantage dans les grands hôpitaux militaires, notamment dans ceux de Lille, de Metz, de Strasbourg.

ni tension, ni engorgement dans les parties. On se borne à faire des applications d'eau froide, que l'état satisfaisant du membre rend bientôt inutiles à leur tour.

On a soin de resserrer les liens, soit extenseurs, soit contre-extenseurs, soit coaptateurs, toutes les fois qu'on les trouve relâchés. Aucun accident n'est venu entraver le travail de la cicatrisation osseuse.

Le 6 janvier l'appareil est enlevé, et l'on observe une consolidation parfaite de la fracture. Le cal offre si peu de volume et les fragments sont soudés d'une manière si exacte, qu'il est difficile de trouver de prime abord le point où a existé la solution de continuité. A l'endroit de la fracture, le fémur n'est presque pas plus volumineux que dans les points voisins.

Il n'y a pas le moindre raccourcissement, et le membre n'est nullement déformé, ni amaigri. Les articulations tibio-tarsienne et tibio-fémorale sont le siége d'un peu de roideur, contre laquelle on prescrit des mouvements fréquemment répétés de ces jointures et des frictions avec un liniment campbré.

Quelques jours après, le blessé se lève et marche avec des béquilles, qu'il ne tarde pas à remplacer par un simple petit bâton.

Le 20 février, il sort de l'hôpital bien guéri, ne boitant pas et marchant sans appui d'aucune espèce.

Obs. II. — *Fracture oblique du fémur droit à son tiers supérieur.*

Dans le lit précédemment occupé par Dillensager se trouve couché un soldat du même régiment, le nommé Le Châton, âgé de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lympbatico-sanguin. Dans la nuit du 9 mars, ce militaire s'est cassé la cuisse droite en se laissant tomber d'un lit de camp sur le sol. Transporté immédiatement d'Alfort au Val-de-Grâce, on constate, le 10 mars au matin, une fracture du fémur droit au tiers supérieur avec raccourcissement de 9 centimètres. La cuisse offre une déformation considérable, due à la fois au déplacement des fragments et à l'engorgement survenu dans les parties molles. Elle forme en dehors une courbure très prononcée, déterminée par la tendance du fragment supérieur à se porter en dehors; quant au fragment inférieur, il est tiré en dedans et en haut. Le membre, mesuré au niveau de la fracture, a dans sa circonférence 8 centimètres de plus que celui du côté sain. La crépitation est facile à percevoir à la main et à l'oreille, malgré la tuméfaction et la tension des parties; les manœuvres exécutées pour la sentir sont peu douloureuses. Le blessé ne peut mouvoir le membre fracturé; il n'éprouve point de douleur. On ne remarque ni plaie, ni contusion à la peau. Le pied est fortement tourné en dehors. Point de réaction générale. Pouls normal.

M. Baudens entoure le pied et la jambe jusqu'au-dessus du genou d'un bandage roulé qui sert à la fois à exercer une légère compression et à fixer sur le pied et sur le genou les liens destinés à l'extension; ce bandage est ensuite recouvert d'une solution gommeuse très concentrée. — Diète, limonade pour boisson, saignée du bras de 500 grammes et application continue de glace sur la fracture. Le membre est mis dans le quart de flexion sur un coussin en crin.

Le 11, le blessé est dans un bon état; il a dormi une partie de la nuit et n'éprouve pas de douleurs dans la cuisse affectée. L'engorgement et la tension des parties ont notablement diminué; absence du mouvement fébrile. Le bandage est entièrement sec. Le membre est placé dans l'appareil et soumis à l'extension, à la contre-extension et à la coaptation. Cette dernière est opérée par deux bandes, dont l'une, supérieure, agit de dehors en dedans pour combattre la direction vicieuse du fragment supérieur, et l'autre, inférieure, agit au contraire de dedans en dehors pour s'opposer au déplacement en dedans du fragment inférieur. Le pied est ramené et maintenu dans une position convenable à l'aide de lacs extensifs. Par suite de ces diverses manœuvres, le membre a repris sa longueur et sa direction normales. — On continue les applications de glace.

Le 18, plus d'engorgement ni de tension dans les parties molles, qui ont repris leur souplesse. On resserre les liens relâchés; on remarque que la cuisse tend à se bomber en avant. Pour remédier à cette tendance, un nouveau lien coaptateur est appliqué, qui exerce une compression modérée sur la partie antérieure du membre au niveau de la fracture. La glace supprimée est remplacée par des fomentations froides, suspendues à leur tour au bout de peu de jours, afin d'agir plus efficacement contre la rotation du pied et de la jambe en dehors, on porte et l'on maintient le genou légèrement en dedans au moyen d'une bande, dont le plein est appliqué et fixé par une forte épingle sur la partie externe de l'articulation et dont les chefs sont engagés obliquement en bas dans les trous de la paroi interne de la caisse et noués sur cette paroi.

L'appareil a été enlevé le 28 mai.

La fracture est parfaitement consolidée sans raccourcissement ni difformités. Le cal forme une très petite tumeur à peine appréciable, difficile à distinguer du corps du fémur. Point d'amaigrissement du membre. Il y a un peu de roideur au cou-de-pied et surtout au genou. On prescrit des frictions builleuses campbrées sur ces articulations.

Le 3 juin, on permet au malade de marcher avec des béquilles. Sous l'influence de l'exercice, des frictions et des douches, les mouvements articulaires se sont parfaitement rétablis, et aujourd'hui Le Châton marche très bien sans la moindre claudication et sans se servir d'aucun appui.

Obs. III. — *Fracture oblique du fémur droit à son quart supérieur.*

Au n° 32 de la salle 31 est couché le nommé Pérasse, soldat au 16e léger, âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution. Il travaillait dans la matinée du 11 avril aux fortifications de l'enceinte, à Saint-Mandé, lorsqu'il fut subitement renversé par un éboulement de terre qui lui fractura la cuisse droite.

Transporté aussitôt au Val-de-Grâce, on constate une fracture oblique du corps du fémur au quart supérieur accompagnée des phénomènes suivants :

Déformation considérable de la cuisse, fortement convexe en dehors, sens dans lequel se porte le fragment supérieur; tuméfaction et tension des parties molles (le membre au niveau de la fracture a en circonférence 9 centimètres de plus que celui du côté sain); crépitation facile à percevoir, raccourcissement de 6 centimètres; mobilité anomale de la cuisse dans le point correspondant à la solution de continuité osseuse; impossibilité de la part du blessé de mouvoir le membre, qui devient douloureux à la moindre pression, au moindre mouvement imprimé; enfin, rotation du pied en dehors. Point de plaie aux téguments, point de réaction fébrile.

On place le membre dans le quart de flexion sur un coussin en crin, et l'on prescrit diète, limonade, saignée de 500 grammes, application continue de glace sur la fracture.

Le 13, application autour du pied et sur la jambe pour disposer les lacs extensifs d'un bandage enduit d'une solution épaisse de gomme. Il y a un peu de fièvre depuis hier; la tuméfaction de la cuisse a notablement diminué.

Le 14, le bandage gommé est tout à fait sec. Le membre placé dans l'appareil est ramené à sa longueur et à sa forme ordinaires par la réduction de la fracture. Un lac coaptateur agissant de dehors en dedans combat avantageusement le déplacement en dehors du fragment supérieur. On s'oppose à la rotation du pied en dehors en dirigeant et fixant à la partie interne du chevalet les liens extensifs qui partent de la région plantaire. Les applications de glace sont continuées.

Le 16, la fièvre a cessé et la tuméfaction de la cuisse a encore diminué. On supprime la glace.

Le 28, on resserre les liens relâchés; il n'existe plus d'engorgement dans les parties. L'état général est aussi satisfaisant que l'état du membre malade.

Le 1er mai, la cuisse offre en dehors une convexité anomale. L'application de deux nouveaux lacs coaptateurs agissant de dehors en dedans fait disparaître cette disposition vicieuse, tenant au déplacement en dehors du fragment supérieur. A l'aide d'une troisième bande placée sur le genou et dirigée dans le même sens, on maintient dans une position convenable la jambe et le pied, qui ont toujours une grande tendance à se porter en dehors.

A mesure que les liens se relâchent, on les resserre; c'est à quoi se bornent désormais les soins du chirurgien. Aucun accident du reste n'est venu entraver le travail de la consolidation.

Le 3 juillet, levée de l'appareil. On trouve la fracture très bien consolidée, sans la moindre difformité ni le moindre raccourcissement. La tumeur du cal est très peu volumineuse; il faut même de l'attention pour pouvoir la distinguer du corps de l'os. La cuisse est à peine amaigrie. Roideur très faible du genou et du cou-de-pied, contre laquelle on prescrit l'exercice et les frictions builleuses campbrées. Au bout de peu de jours, cette roideur a disparu, et aujourd'hui le blessé marche très bien sans appui et sans boiter le moins du monde.

Chez les malades qui font le sujet des observations que nous venons de rapporter, nous avons pu nous convaincre que le cal était solide dès le quinzième jour; mais M. Baudens recommande de ne pas laisser marcher les malades avant quatre-vingts à quatre-vingt-dix jours, surtout quand la fracture est oblique, sous peine de s'exposer à un raccourcissement consécutif par suite du glissement des fragments.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1854.

Traitement des épididymites et des orchites par le collodion. — M. Ricord lit sous ce titre la note suivante :

L'intéressante communication de M. Bonnafont sur les résultats extraordinaires qu'il a obtenus de l'emploi du collodion dans le traitement des orchites, ayant rencontré un peu d'opposition au sein de l'Académie, je viens, messieurs, selon votre désir, vous rendre compte des nouvelles observations que j'ai recueillies sur ce mode de traitement.

J'ai soumis, dans mon service, à l'hôpital du Midi, 38 malades affectés d'épididymites blennorrhagiques à des applications de collodion élastique, en suivant les préceptes de M. Bonnafont. Ces applications ont été répétées de deux à cinq fois, en laissant au moins quarante-huit heures entre chaque application.

Voici les résultats obtenus :

Douleur. — Chez presque tous les malades, la douleur n'a duré que de six minutes à un quart d'heure au plus.

Quatre seulement ont eu des récidives de douleur dans la journée.

Un seul a éprouvé des douleurs si violentes qu'il a fallu appeler l'interne de garde. Il faut dire que ce malade s'était levé dans la journée.

En général, la douleur est assez vive, et, quoique de courte durée, quelques malades ont de la peine à la supporter, et redoutent beaucoup de nouvelles applications.

On peut diminuer les souffrances par une rapide évaporation de l'éther, en dirigeant un courant d'air à l'aide d'un soufflet sur les parties qu'on couvre de collodion.

Je me plais donc à reconnaître que M. Bonnafont a eu raison lorsqu'il a dit que le collodion élastique n'occasionnait pas des douleurs d'aussi longue durée que le collodion ordinaire que nous avions d'abord expérimenté.

Quant à la douleur symptomatologique de l'épididymite, elle avait déjà cessé ou considérablement diminué chez presque tous les malades, et le collodion n'a pas paru avoir sur elle beaucoup d'influence. Sur 5 malades cependant, elle a augmenté pendant toute la journée après l'application.

Diminution de volume. — Chez aucun malade nous n'avons eu de ces diminutions miraculeuses que notre confrère a observées. Nous n'avons jamais eu à courir, passez-moi l'expression, après le testicule; il n'a jamais été nécessaire de lui barrer le passage, en comprimant d'abord la racine des bourses. Nous avons pu commencer l'application par n'importe quel point du scrotum, sans que rien soit déplacé.

Chez beaucoup de malades, j'ai compris la totalité des bourses, ce qui constitue un meilleur mode d'application que celui indiqué.

Pour être bien sûr des résultats, j'ai fait prendre des mesures exactes avec un compas d'épaisseur du diamètre vertical, du diamètre antéro-postérieur et du diamètre transverse des tumeurs.

Chez tous les malades, la diminution de volume a été insensible dans les premières vingt-quatre heures. Dans 17 cas seulement, on a constaté, quarante-huit ou cinquante-six heures après l'application, une diminution d'un centimètre à peu près, et presque toujours dans le diamètre transverse. La maladie suivait, après cela, sa marche décroissante ordinaire et d'une manière graduelle; les applications de collodion étant répétées, comme je l'ai dit en commençant.

Sur quelques malades, soit que le gonflement inflammatoire s'accrût malgré l'emploi du collodion, soit que celui-ci se rétractât plus qu'il ne diminuât la tumeur, il en résultait de nombreuses fissures ou des décollements plus ou moins étendus.

Durée de la maladie. — La durée moyenne de la maladie a été de dix-sept à dix-huit jours. Le minimum a été de sept jours pour un cas très léger, et le maximum de trente-cinq jours pour un cas avec récidive.

Des 38 malades traités par le collodion, 35 sont sortis avec des épididymes plus ou moins engorgés, 5 seulement ont pu se considérer comme étant complétement guéris.

Trois de ces malades sont revenus dans la huitaine, à l'hôpital, avec des récidives. L'un d'eux avait eu quatre applications de collodion en douze jours; les deux autres en avaient eu deux chacun.

Les 38 malades dont il vient d'être question n'étaient affectés que d'épididymites blennorrhagiques. Il n'y a pas eu un seul cas d'orchite proprement dite. Chez aucun le corps du testicule n'a été atteint par l'inflammation; chez tous, le cordon a été plus ou moins engorgé, et le plus souvent le canal déférent seul; 4 seulement ont présenté un épanchement un peu considérable dans la tunique vaginale.

En même temps que j'expérimentais le collodion, 11 malades, dans des conditions aussi analogues que possible aux premiers, ont été traités par le repos et des applications de compresses imbibées d'eau blanche. On les a tenus comme les autres à une diète convenable, à l'usage des boissons rafraîchissantes, et on a eu le soin d'entretenir la liberté du ventre.

Les douleurs de l'inflammation ont rapidement disparu.

Le volume a diminué dans un cas d'un centimètre en trente-deux heures. Chez les autres malades, il a suivi la marche de ceux soumis à l'usage du collodion.

La durée a été de dix-sept à dix-huit jours. Un cas très léger est sorti quatre jours après son entrée. Le maximum a été de vingt-cinq jours.

De ces malades, 2 seulement sont sortis de l'hôpital parfaitement guéris. Les autres conservaient, comme ceux traités par le collodion, des noyaux d'induration.

D'autres malades, au nombre d'une vingtaine, et toujours dans les mêmes conditions, ont été traités par le repos et la compression à l'aide du coton cardé (ouate) et du suspensoir.

La douleur inflammatoire a aussi promptement cédé.

Le volume chez 11 avait diminué d'un centimètre au moins en vingt-quatre heures, et chez 2 de moitié.

La durée moyenne a été de quinze jours. Un malade est sorti guéri au bout de six jours, un autre après huit jours.

Du reste, de ce grand nombre de malades soumis soit au collodion, soit aux autres traitements comparatifs, aucun ne présentait, au moment du traitement, des symptômes de suracuité et de complication sérieuses. Mais lorsque les expériences furent instituées, il y avait dans les salles deux malades affectés d'épididymites très inflammatoires, d'un volume considérable, très douloureuses, et pour lesquelles il a suffi de quatre jours de traitement par le repos, les sangsues, les cataplasmes laudanisés, les quarts de lavements laudanisés, les laxatifs et les boissons délayantes pour les réduire à l'engorgement de terminaison. Un cas d'orchite véritable et très intense, traité par la saignée du bras, les sangsues, le débridement de la tunique albuginée et la compression à l'aide du coton, a diminué de 2 centimètres en quarante-huit heures, et s'est terminé par la résolution franche en seize jours.

Je n'ai pas besoin de rappeler à l'Académie la rapidité avec laquelle, dans quelques circonstances, on voit cesser la douleur et diminuer le volume des épididymites sous l'influence de la ponction de la tunique vaginale, dans les cas d'épanchement, de la cessation de la douleur dans l'orchite et de la rapidité de la résolution, par la saignée du bras, et surtout par le débridement de la tunique albuginée, plus rarement obligée.

Je conclus donc, sans passer en revue tous les moyens rationnels employés contre les épididymites et les orchites :

1° Que le collodion élastique ne fait pas autant souffrir que le collodion ordinaire, mais qu'il fait un peu plus souffrir que d'autres traitements;

2° Que ce n'est pas un agent thérapeutique aussi efficace qu'on aurait pu le croire;

3° Qu'il ne calme pas plus promptement la douleur que beaucoup d'autres moyens;

4° Que la durée de la cure est celle que donnent les autres méthodes;

5° Que son action la plus prononcée est sur l'engorgement du tissu cellulaire sous-scrotal, et peut-être sur l'inflammation du scrotum lui-même;

6° Que c'est un faible moyen de compression;

7° Que si le collodion n'agissait que par le refroidissement qui résulte de l'évaporation au moment où on l'applique, il suffirait de faire évaporer l'éther sur les bourses, ou de traiter simplement par le froid;

8° Enfin, qu'il n'est pas rationnellement permis de croire que le collodion peut guérir l'épididymite et l'orchite en mettant les parties malades à l'abri de l'action de l'air.

Nota. — Les observations qui ont servi pour faire ce résumé ont été recueillies par mon interne, M. Nassans.

— La lecture de cette note a été suivie d'une petite discussion, dont nous avons reproduit les principaux points dans le dernier numéro.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

PARIS, LE 18 SEPTEMBRE 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

Quelques anatomistes avaient déjà signalé l'existence d'une membrane d'enveloppe des nerfs indépendante du *névrilème*, mais sans lui avoir assigné ses caractères propres. C'est ainsi que Bogros, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences en 1825, distinguait du névrilème fibreux une tunique particulière à laquelle il a donné le nom de *tunique pulpeuse*, tunique que M. le professeur Cruveilhier a désignée à son tour sous le nom de *gaîne propre*, et qu'il considère comme étant de la même nature que les membranes *séreuses*. M. le docteur Ch. Robin a lu dans la dernière séance un mémoire dans lequel il démontre l'existence de cette tunique propre, à laquelle il donne le nom de *périnèvre*. Cette tunique, parfaitement distincte du névrilème, avec lequel la plupart des anatomistes l'ont confondue jusqu'à présent, constitue un élément anatomique spécial, simple, homogène, sans vaisseaux, et que l'on ne saurait par conséquent comparer aux séreuses. Il résulte de cette différence dans la composition anatomique du périnèvre et du névrilème des différences corrélatives dans les divers états pathologiques auxquels ils peuvent participer, qui confirment et complètent leur distinction.

Ainsi, tandis que le névrilème est considéré par la plupart des anatomo-pathologistes comme étant le siége de la névrite, le périnèvre, entièrement dépourvu de capillaires, reste évidemment étranger à cette affection. C'est à cette même circonstance de l'absence de vascularité de cette tunique que les filets nerveux doivent la propriété de traverser des tissus diversement altérés sans participer à cette altération. Sa résistance considérable et son peu d'élasticité expliquent aussi comment les nerfs peuvent résister à de fortes tractions ou à la distension que leur font éprouver les tumeurs, malgré l'extrême délicatesse des fibres primitives dont ils sont formés. D'un autre côté, M. Ch. Robin signale dans le périnèvre une modification de structure qu'il a observée très fréquemment chez les sujets âgés de plus de soixante ans, et qu'à cause de cela il suppose être une altération sénile; elle consiste en un dépôt de granulations graisseuses, tantôt éparses, tantôt plus ou moins rapprochées, ou même contiguës, de manière à former des plaques d'étendue et de configuration variées, incluses dans l'épaisseur de la substance du périnèvre.

Ce travail de M. Ch. Robin, dont nous n'avons pu signaler ici que quelques-uns des principaux résultats, renferme, comme on le voit, des données qui peuvent jeter quelque lumière sur des faits encore peu connus de la pathologie du tissu nerveux. Nos lecteurs trouveront dans le compte rendu quelques détails anatomiques et physiologiques relatifs à cette membrane qui, grâce aux recherches de cet habile anatomiste, devra désormais prendre rang dans nos traités d'anatomie.

Dans la même séance, M. Legrand a présenté une petite note de sur un nouveau mode de traitement du choléra par l'extrait aqueux de noix vomique; nous l'avons publiée dans notre avant-dernier numéro. A cette occasion, on n'apprendra pas sans plaisir que la section de médecine a enfin arrêté les bases du programme pour le prix Bréaut, dont elle nous promet la communication très prochainement.

Dr Brochin.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

RELEVÉ DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES EN VILLE ET DANS LES COMMUNES RURALES, DU 8 AU 14 SEPTEMBRE.

Pour le 8	70
9	68
10	74
11	28
12	61
13	54
14	59

Ces chiffres se répartissent aiusi :

	8	9	10	11	12	13	14
1er arrondissement.	4	2	2	0	1	3	4
2e —	4	3	0	0	0	1	4
3e —	1	1	1	3	2	2	1
4e —	1	0	0	0	0	1	0
5e —	5	3	5	1	2	3	2
6e —	3	7	5	1	3	0	1
7e —	4	4	3	2	1	1	1
8e —	5	1	1	2	2	4	1
9e —	2	0	3	2	2	1	1
10e —	1	1	8	2	1	3	2
11e —	1	1	3	0	1	0	0
12e —	2	6	5	0	8	2	4
Communes rurales.	16	19	19	(1)	13	17	15
Hôpitaux civils.	17	18	13	11	15	10	16
— militaires.	4	2	6	4	0	6	7
Total général.	70	68	74	28	61	54	59

On peut voir par ces chiffres, comparés à ceux de la semaine précédente, que le nombre quotidien des décès diminue sensiblement en ville et dans la banlieue, comme dans les hôpitaux de Paris.

(1) Inconnu.

Au 10 septembre, on évaluait le nombre total des décès cholériques en France à 73,500.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

De l'acné et de ses différentes variétés.

Les auteurs de l'école de Willan ont réuni sous le nom d'*acné* plusieurs affections cutanées essentiellement différentes quant à leur nature, et dont la plupart n'ont de commun que d'affecter les follicules sébacés de la peau. Ainsi sous ce nom d'acné ils ont rangé de simples difformités de la peau, telles sont les *tannes* (*acne punctata*), une hypersécrétion de la matière sébacée (*acne sebacea*), de simples inflammations folliculeuses de la peau, et enfin des affections réellement dartreuses (*couperose* et *acne indurata*).

Si nous suivions rigoureusement les bases de notre classification, nous devrions éliminer de l'histoire de l'acné les affections que nous venons de signaler comme n'étant pas de nature dartreuse. C'est aussi ce que nous comptons faire désormais. Cependant pour nous conformer cette fois à l'usage et pour offrir un tableau comparatif des maladies folliculeuses de la peau, nous passerons successivement en revue les maladies auxquelles on donne généralement le nom d'acné. Mais nous partagerons cette leçon en deux parties : dans la première, il sera question des acnés non dartreuses et dans la seconde des acnés qui appartiennent véritablement à l'ordre des dartres.

PREMIÈRE PARTIE. — DES ACNÉS NON DARTREUSES.

1° *Acne punctata* (*tannes*). — C'est une affection caractérisée par de petites tumeurs solides, rénitentes, du volume d'une tête d'épingle ou même d'un pois, arrondies, indolentes, sans changement de couleur à la peau, offrant un point grisâtre ou même noir au sommet. Ce point indique l'orifice du follicule. C'est sa présence qui a fait donner à cette affection le nom d'*acne punctata*. Les tannes sont formées par l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules de la peau. En les comprimant latéralement avec les ongles, on en fait sortir une matière épaisse, suifeuse, qui s'effile en forme de ver par son passage à travers l'orifice rétréci des follicules. Le petit point noir qui se trouve au sommet du petit cylindre de matière sébacée a fait croire au vulgaire qu'il s'agit d'un ver véritable, et dans ce dernier temps MM. Gruby et Devergie ont voulu voir là un parasite, mais cela n'est pas démontré.

Les tannes se montrent surtout à la face et plus particulièrement aux ailes du nez, au front et aux joues. Quand elles sont très nombreuses, le visage est couvert d'une multitude de petits points noirs comme s'il eût reçu un coup de fusil chargé à poudre. On en trouve aussi aux aisselles, aux aines, au pubis, aux épaules.

Quelque tenace, quelque rebelle que soit cette affection, on ne peut voir là une maladie véritable, et encore moins une dartre qui suppose une diathèse.

2° *Acne sebacea* (décrite pour la première fois par Biett). — C'est une hypersécrétion de la matière sébacée; on peut reconnaître ici deux formes assez distinctes :

1° Dans la première, la matière sébacée conserve sa fluidité;

FEUILLETON.

RÉFLEXIONS SUR LA PATHOGÉNIE.

Je ne fais point de doute qu'il ne m'advienne souvent de parler de choses qui sont mieux traitées chez les maîtres du métier.

(ESSAIS DE MONTAIGNE, t. IV, liv. 2, chap. x.)

En parcourant avec étude l'examen des doctrines médicales de Broussais, on a sous les yeux un livre rempli de science; l'énergique génie qui passait en revue tous les systèmes pour prouver l'excellence du sien était, comme les esprits exclusifs, victime de graves erreurs; cependant cet homme avait pu, malgré ses insoutenables théories, intimider les écoles pendant un certain nombre d'années; au moment de cette terreur, quelques champions épars osaient à peine élever la voix et d'un geste le colosse les réduisait au silence.

Oui, Broussais a bien fait d'examiner les doctrines médicales et de les réduire à leur juste valeur; toutes, sans exception, avaient quelque mérite; aujourd'hui la sienne est allée se ranger auprès des autres, et l'inflexible science de la nature et de la vérité est restée debout malgré les chocs et les combats des controverses les plus ardentes.

A ce propos, je vais tracer une histoire de pathologie comparée qui prouvera dans quelles graves erreurs peuvent nous jeter les apparences. Je veux faire un moment allusion à l'anatomie pathologique.

Les jeunes arbres de mon verger étaient toujours tourmentés par des insectes qui déposaient leurs œufs sous l'écorce et donnaient naissance à des larves serpigineuses dont les ravages étaient semblables à ceux des taupes, ou bien encore à certains ulcères qui semblent fouiller, comme on le dit vulgairement, entre cuir et chair.

Connaissant la remarque des voyageurs, qui savent par une triste expérience combien les moustiques et autres insectes des pays chauds incommodent les nouveaux débarqués de préférence aux naturels du pays ou aux habitants acclimatés, je me suis demandé si en semant des pepins et en plantant les sujets venus presque sur place les insectes les tourmenteraient comme les arbres que je faisais venir du dehors.

Je fis donc des semis, que je greffai, et puis je dis à mon jardinier de les planter l'hiver par la gelée, en enlevant la motte, par conséquent sans aucun risque pour les racines et radicelles et pour que les sujets n'éprouvassent aucun retard, puisqu'ils seraient transportés dans leur terre natale et pendant le sommeil.

La chose fut faite; au printemps suivant, je vis avec satisfaction mes arbres pousser vigoureusement, être respectés par les insectes dévastateurs et conserver l'écorce lisse et bien portante; un seul poirier ne végétait pas bien; j'en étais d'autant plus étonné que sa place était près de la pépinière et que ceux qui y étaient restés jouissaient de la plus brillante santé.

Cet arbre donna quelques feuilles; mais les divers insectes venaient comme à l'envi et les rongeaient sans cesse; je considérais chaque jour ces feuilles, et toujours elles avaient subi quelques nouveaux outrages, tandis que tous ceux qui avaient été transportés en motte par la gelée et ceux de la pépinière continuaient à jouir de la santé la plus intacte et la plus florissante.

Etant occupé un jour à considérer de très près les tiges de mon malade pour en faire l'anatomie pathologique, j'aperçus mon jardinier sourire; je lui demandai pourquoi. — C'est parce que je vous vois toujours regarder les feuilles de cet arbre et que le mal n'est pas là.

— Où est-il donc?

— Lorsque je le plantai, la motte ne put résister comme celle des autres; elle se fendit, les racines se brisèrent un peu, et voilà pourquoi il va mal.

Je compris comment mes arbres transplantés sans souffrance et jouissant d'une vie énergique pouvaient résister aux attaques de leurs ennemis, tandis que ceux que j'achetais n'y réussissaient pas; alors je fus forcé de reconnaître l'exactitude des quatre propositions suivantes :

1° Que la connaissance de la lésion des organes n'était pas toujours l'expression de la vérité;

2° Que les germes pathogénérateurs abondaient dans la nature et se développaient en masse lorsque l'occasion favorable se présentait;

3° Que cette occasion était un état de faiblesse ou un commencement de souffrance; puisque les agents de destruction trouvaient des circonstances favorables à leur développement sur les êtres débiles;

4° Que, par conséquent, le seul moyen efficace pour conserver la

c'est une exagération de l'état onctueux normal de la peau. Seulement ici elle est grasse, huileuse. La sécrétion est parfois tellement considérable qu'elle se reproduit presque aussitôt après que la peau a été essuyée, et qu'on voit la substance huileuse sourdre des orifices folliculeux. Cette lésion, bien qu'assez rare d'ailleurs, coexiste le plus ordinairement avec les autres sortes d'acnés.

2° La seconde forme est encore moins commune. Ici la matière sébacée a perdu sa fluidité ; elle s'est concrétée ; elle forme sur la peau des taches ou plutôt des plaques ayant quelquefois un ou deux millimètres d'épaisseur, arrondies ou irrégulières, ayant l'étendue d'une pièce de 1 ou de 2 francs, grisâtres, souvent ponctuées de noir, assez adhérentes. Si l'on vient à les détacher avec un couteau mousse, on trouve au-dessous d'elles la peau un peu rouge et humide. Le siége le plus ordinaire de cette acné sébacée concrète est sur le nez, les joues et le front. Des personnes peu attentives pourraient la confondre avec l'eczéma ou le *noli me tangere*.

Mais dans l'eczéma les croûtes sont sèches et minces ; elles n'ont pas l'épaisseur, la mollesse et l'aspect de cire que présentent les plaques sébacées ; de plus, dans l'eczéma, au-dessous des squames, la peau est altérée ; elle est rouge, ulcérée, fendillée. Quant au *noli me tangere*, la croûte enlevée laisse voir une ulcération rongeante, et il n'y a rien de pareil dans l'affection qui nous occupe ici.

Quand cette supersécrétion occupe le cuir chevelu, elle donne lieu à une altération particulière ; les cheveux s'agglutinent entre eux, et il en résulte une sorte d'intrication semblable à celle de la plique. De là l'idée de M. Cazenave que la plique reconnaît pour cause un flux sébacé qui colle et réunit les cheveux par mèches, par masses, etc.

3° *Acne juvenilis.* — Rien de plus commun que de voir au front, au visage, à la poitrine, chez les jeunes sujets, des pustules à base plus ou moins dure et rouge, et dont le sommet, en pointe, renferme une gouttelette de pus jaunâtre. Ces pustules, constituées par les follicules enflammées, sont disséminées ou réunies par groupes ; elles se renouvellent plus ou moins rapidement, de manière à donner à la maladie une durée totale de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Souvent il y a en même temps supersécrétion des follicules voisins, de manière que la face, outre les pustules, présente un aspect huileux. Cette éruption s'accompagne parfois de cuissons, rarement de démangeaisons.

Si l'on considère chaque pustule en particulier, on voit qu'elle dure quelques jours, parfois huit à dix, puis le sommet se rompt, et le pus bien lié qui s'y trouve renfermé se concrète sous forme de croûte, puis il reste une petite induration qui persiste pendant plus ou moins longtemps. Enfin, le follicule étant revenu sur lui-même, la place occupée par la pustule est le siége d'une petite cicatrice. Il arrive aussi parfois que la base de la pustule persiste pendant assez longtemps à l'état d'induration.

C'est particulièrement à l'époque de la puberté, de seize à dix-huit ans, que l'on observe cette acné ; rarement elle se montre en deçà ou au delà de cet âge. *Guérie, elle ne récidive pas.* Nous soulignons ce caractère ; car il sépare bien nettement la forme qui nous occupe des affections dartreuses en général, et en particulier des acnés qui appartiennent au groupe des dartres.

L'*acne juvenilis* est généralement regardée comme un effet de la continence à l'époque précitée, d'où le nom de boutons de sagesse qu'on lui donne dans le vulgaire. Le fait est que cette affection disparaît chez les jeunes filles après les premières approches conjugales, et qu'on la rencontre surtout chez les jeunes gens qui observent rigoureusement la chasteté.

4° *Acné varioliforme.* — A été réellement bien décrite pour la première fois par M. Bazin, qui lui a donné ce nom. C'est le *varus miliaris* d'Alibert. Cette acné succède quelquefois à la forme précédente. Elle est caractérisée par une petite tumeur arrondie, pleine et opaque ou transparente, avec un point central qui forme ombilic, et donne à ces petites élevures une certaine ressemblance avec les pustules de la variole. Du reste, c'est plutôt une terminaison d'inflammation qu'une inflammation proprement dite.

L'acné varioliforme siége habituellement au cou, à la poitrine, aux parties génitales (pénis chez l'homme, grandes lèvres chez la femme), et déjà M. Huguier, qui avait constaté la présence de la maladie dans la région génitale, avait distingué cette éruption de la syphilide tuberculeuse, en insistant sur l'existence du point central comme moyen de diagnostic.

Il arrive quelquefois qu'une inflammation aiguë s'empare de cette petite tumeur. Alors elle rougit, s'entoure d'une auréole inflammatoire, suppure, se transforme en pustule, s'ouvre, le follicule se sépare, et il reste à la place une petite cicatrice. D'autres fois la guérison a lieu par l'atrophie du follicule. Enfin les petites tumeurs peuvent persister pendant des années, et même pendant toute la vie, sans autre inconvénient que la légère difformité qu'elles occasionnent.

Voyons maintenant le traitement de ces différentes sortes d'acnés. Il est évident que ces lésions, n'étant pas de nature constitutionnelle, réclament surtout des moyens locaux.

1° Les *tannes* se vident facilement quand on les comprime entre deux ongles, mais le follicule ne tarde pas à se remplir et la tumeur se montre dans le même état qu'auparavant. Quelques personnes, pour solliciter les propriétés vitales des follicules et s'opposer à l'accumulation passive de la matière sébacée, conseillent les lotions excitantes, aromatiques, alcalines, ammoniacales.

2° Dans l'*ané sebacea*, les mêmes lotions sont indiquées. On emploie aussi les astringents, tels que la solution d'alun, dans le but de tarir la sécrétion exagérée des follicules. On peut aussi avoir recours aux douches simples ou sulfureuses. Dans l'acné sébacée concrète, on enlèvera l'enduit épais qui caractérise la maladie au moyen d'un couteau mousse et après l'avoir ramolli à l'aide d'une douche, puis on fera des lotions astringentes ou sulfureuses.

3° L'*acné varioliforme* est ordinairement plus rebelle. On la combat à l'aide des alcalins, qui favorisent le dégorgement des follicules. M. Bazin a vanté l'huile de cade, mais ce moyen ne réussit pas toujours. On peut piquer la petite tumeur avec une lancette, et, pressant assez vivement la base entre les ongles, on parvient quelquefois à énucléer le follicule. Cette petite opération ne laisse aucune trace.

HOPITAL DE SAINT-MALO. — M. L. Chapel.

Observation et réflexions sur un anévrisme artérioso-veineux faux consécutif du pli du bras suite d'une saignée malheureuse. — Ligature par la méthode d'Anel ; insuccès. — Ablation du kyste ; guérison.

Quoique la blessure de l'artère brachiale qui résulte de la saignée s'observe moins souvent qu'autrefois, il n'en pas moins vrai que l'ignorance ou l'inattention en fournissent encore des exemples malheureusement trop fréquents. L'observation qui suit témoigne de la gravité que peut atteindre une opération considérée généralement comme très simple, et qui a nécessité par ses accidents deux opérations sérieuses qui étaient de nature à compromettre l'existence du malade.

Obs. — Merdrignac (Louis), âgé de vingt-neuf ans, est marin. Sa constitution est forte, le système musculaire bien développé ; il est d'un tempérament sanguin-nerveux, et il n'a jamais été malade.

Plusieurs jours après une saignée pratiquée par une sœur de Saint-Vincent-de-Paul, le malade vit se développer au bras droit une tumeur dont il ne se préoccupa pas et pour laquelle il ne demanda aucun conseil. Pendant tout le temps qu'il put travailler, il resta dans une telle indifférence sur son état qu'il n'attira son attention que deux ans après l'accident, arrivé en 1844, lorsque la tumeur avait déjà la grosseur d'un œuf de poule et occasionnait quelques difficultés dans les mouvements du bras.

Le malade alla se confier aux soins d'un chirurgien ambulant qui me pria de l'aider dans l'opération de la ligature qu'il avait l'intention de pratiquer, ce qui me permit d'examiner la tumeur qui siégeait au pli du bras et qui avait à peu près le volume d'un œuf de poule.

La main, légèrement appliquée à plat sur la tumeur, sent un frémissement très sensible qui a son maximum d'intensité pendant la diastole artérielle, remonte le long des vaisseaux à quelque distance du pli du bras, et disparaît aussitôt que l'artère est comprimée entre le cœur et l'anévrisme, puis s'affaisse en partie si l'on exerce une compression directe. Les veines sont médiocrement développées.

M... se plaignait de ressentir depuis quelque temps des engourdissements dans la partie interne de l'avant-bras et principalement dans le pouce et l'indicateur, engourdissements qui avaient augmenté et qui s'accompagnaient actuellement d'une faiblesse qui l'effrayait. Cet homme m'a assuré plusieurs fois qu'il n'avait jamais ressenti de frémissements ni aucune sensation particulière dans la tumeur.

Une ligature fut jetée sur la brachiale à 9 ou 10 centimètres au-dessus de l'anévrisme, qui subit une diminution de grosseur pendant quelques jours, au dire du malade, et qui revint bientôt à son premier volume, en sorte que le blessé ne jouit pas longtemps du bénéfice de l'opération qui avait été pratiquée.

Je ne l'avais pas revu depuis le jour où il avait été opéré en ma présence, quand il se présenta à l'hôpital de Saint-Malo, le 21 décembre 1853, pour y être traité d'une tumeur énorme qui l'empêchait de travailler.

Située au niveau du pli du bras, elle envahit le tiers supérieur de l'avant-bras : elle s'incline vers la partie interne du membre, position qui devient exagérée quand le malade fléchit l'avant-bras sur le bras. Une forte compression exercée sur la tumeur ne la fait pas diminuer ; il en est du même quand on veut intercepter le cours du sang en comprimant l'artère humérale. On ne perçoit aucun battement, aucun frémissement ; l'auscultation ne fournit non plus aucun renseignement. Le pouls radial droit paraît un peu moins développé que celui du côté opposé. La tumeur semble avoir de profondes racines si l'on en juge par le peu de mobilité de la base, qui compte une circonférence de 34 centimètres et 11 centimètres de hauteur. Elle est un peu allongée dans son diamètre vertical. Sa consistance offre des différences suivant qu'on l'examine à sa base, qui est solide, ou à son sommet, qui est ramolli et le siége d'une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Le malade ne ressent de douleurs d'aucune espèce, et, si ce n'était la gêne qui l'empêche de travailler, il ne serait pas entré à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, il a perdu l'appétit, le sommeil ; il a maigri, et la peau présente une teinte semblable à celle que l'on observe dans les maladies chroniques. Il a avoué à un de ses voisins qu'il était très effrayé des changements qui s'étaient opérés dans sa tumeur depuis près de trois mois et de l'idée d'une seconde opération.

Le 22 et le 23 décembre, la tumeur paraît augmenter de volume ; la peau rougit, s'enflamme au sommet, et du pus séreux sort en assez grande quantité par l'ulcération. Des douleurs de plus en plus vives se font sentir au point de ne plus laisser de repos au malade.

Le 24, altération profonde des traits, souffrances continuelles ; augmentation de la tumeur, à laquelle participe l'avant-bras ; ramollissement et rougeur de plus en plus prononcés, écoulement de pus à la moindre pression.

Il n'y avait plus à hésiter, il fallait opérer.

Dans cette conjoncture, je pris conseil de mon honorable collègue M. le docteur Martel, médecin en chef de l'hôpital, qui partagea mon opinion.

Tout étant préparé pour l'opération, j'y procédai de la manière suivante en présence de mes confrères MM. Martel, de Krollier et Cabaret :

Le malade soumis à l'action du chloroforme, l'artère brachiale étant ensuite exactement comprimée, je cernai toute la portion de peau malade par deux incisions en demi-lune partant de 3 centimètres environ au-dessus de la base, se terminant à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la tumeur. Alors je me livrai à une dissection assez pénible pour isoler l'anévrisme enkysté, tout en ménageant autant que possible les vaisseaux et les nerfs. La tumeur, qui avait contracté de fortes adhérences avec les aponévroses d'enveloppe, avait non-seulement comprimé principalement les muscles qui s'attachent à l'épitrochlée en leur faisant perdre leur forme et leur couleur naturelles, mais elle avait même pénétré dans leurs interstices au point d'obliger à une dissection qui, dans un langage un peu hyperbolique, pouvait ressembler à une préparation myologique.

L'opération terminée, il resta à la place de la tumeur une énorme caverne que le sang combla aussitôt que j'eus fait diminuer la compression. Des fils furent jetés sur un grand nombre de vaisseaux, au nombre desquels furent comprises les artères radiales et cubitales, qui me parurent diminuées de volume. Je croyais en avoir terminé avec les ligatures, quand j'aperçus un jet de sang rutilant extrêmement délié qui sortait d'un vaisseau à parois minces, flasques, bleuâtres, que je pris tout d'abord pour une veine : c'était l'artère brachiale

---

santé de ces arbres et de rendre impuissantes les causes pathologiques était de les maintenir toujours dans la plénitude de leur vigueur physiologique.

Je me livrai à d'autres expériences, et je fus de plus en plus convaincu que les causes de destruction abondaient et surabondaient dans la nature, et qu'elles s'adressaient toujours à des sujets souffrants ; que les mousses, les champignons, dans le règne végétal, les affections de la peau dans les animaux, étalent le partage des êtres faibles ; que les sujets vigoureux étaient, à la vérité, environnés des mêmes causes de destruction, mais que leur puissance vitale leur permettait d'y résister.

Je réfléchis aussi à cette circonstance de feuilles malades que je ne pouvais pas perdre de vue, et qui n'étaient rien moins que l'effet d'une cause qui était connue de mon jardinier et que je ne soupçonnais pas.

Je pensai que l'hygiène était la partie la plus utile des sciences médicales.

Et je fus amené à conclure que l'école anatomique, comme les autres doctrines médicales, avait son côté utile ; mais que si elle visait à l'excellence exclusive, elle serait bientôt convaincue d'impuissance et couverte d'une juste confusion.

Agréez, etc.

Amédée Joux,
Docteur en médecine et en chirurgie,
médecin de l'hôpital de la Ferté-Gaucher.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, ce 6 septembre 1854.

Mon cher confrère,

Ne trouveriez-vous pas convenable de rectifier enfin une erreur trop répandue et très développée récemment par M. Alexandre Dumas dans un roman en cours de publication et intitulé l'*Ingénue?*

Dans le feuilleton du *Siècle* de samedi dernier, l'auteur des *Mousquetaires* attribue l'invention de l'instrument de supplice actuellement en usage au docteur Guillotin, qui n'a jamais mérité le triste honneur qu'on lui a rendu, car ce médecin, qui a été remarqué à l'Assemblée nationale, dont il était membre, pour la sagesse de ses vues et la modération de ses opinions, n'a jamais fait autre chose que d'obtenir qu'on décrétât l'égalité des peines, l'abolition des divers genres de supplices usités jusqu'alors, *et a recommandé en même temps la recherche d'un supplice prompt et uniforme.*

Cette dernière proposition, renvoyée d'abord au comité de législation, qui consulta Antoine Petit, secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie, fut reprise par l'Assemblée législative ; celle-ci s'adressa au docteur Louis (Antoine) *pour avoir son avis sur le meilleur mode de décollation.* Ce dernier chirurgien, qui a publié entre autres ouvrages encore estimés des *Lettres sur la certitude des signes de la mort* (in-12, 1753), donna le conseil qu'on s'en rapportât à la consultation donnée antérieurement et signée par le secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie.

C'est alors, mon cher confrère, qu'on adopta l'instrument usité aujourd'hui, *mais d'une invention fort ancienne.*

Ainsi, on en trouve un dessin dans le roman de la *Rose*, publié, je crois, à la fin du quinzième siècle. J'ai eu entre les mains une gravure sur bois, de 1573, qui représente très fidèlement le même instrument, dont on retrouve aussi une image fort exacte dans une gravure déposée au musée d'Edimbourg, et qui représente un gentilhomme de la cour de Marie Stuart subissant ce genre de supplice, antérieurement appliqué (13 mai 1507) à un habitant de Gênes qui avait poussé ses compatriotes à se révolter contre Louis XII, conquérant de cette ville, et plus tard au duc de Montmorency, qui fut aussi décapité de cette façon en 1632 dans la ville de Toulouse.

Vous voyez donc, mon cher confrère, combien Guillotin a été étranger à l'invention de la fatale machine qui porte son nom et qu'il ne faut pas davantage rapporter à Louis, parce que l'Assemblée législative donna à ce dernier la mission de surveiller la construction (qu'il confia à un nommé Schmitt, facteur de pianos d'origine allemande) d'une machine de ce genre, qui fonctionna pour la première fois à Paris le 25 avril 1792 et quoique le peuple, aussi injuste que l'histoire, eût appelé le fatal instrument *Louisette* ou *petite Louison!*

C'est à cette même époque que fut apporté à ce triste instrument, sans qu'on puisse bien savoir à qui l'attribuer, un grand perfectionnement, celui de faire arriver le couteau de biais sur le cou du patient, tandis qu'antérieurement il tombait perpendiculairement, ce qui souvent nuisait à son action.

A. Legrand, d.-m.-p.

modifiée, qui fut immédiatement liée. Après avoir terminé, j'explorai l'artère radiale droite au-dessus du carpe, qui me présenta des battements qui n'étaient pas si affaiblis que l'on ne pût les sentir facilement.

Étant resté deux heures à l'hôpital avant de procéder au pansement dans la crainte qu'il ne survînt quelque hémorrhagie au milieu de cette vaste plaie, je réunis ensuite le plus exactement possible au moyen de bandelettes agglutinatives disposées par *occlusion*, et terminai par le pansement ordinaire. Je plaçai le bras demi-fléchi sur un coussin un peu élevé, et je fis administrer un cordial qui était réclamé par le malade.

La tumeur, qui pèse 532 grammes, est enveloppée d'un sac épais, de consistance fibreuse et même fibro-cartilagineuse, dans une étendue de 2 à 3 centimètres carrés, excepté à la partie supérieure où existait l'ulcération. Les caillots sont disposés en couches fibrineuses, régulièrement concentriques, les plus denses se trouvant généralement en rapport avec les parois du kyste. Cependant plusieurs points de la tumeur sont ramollis, et l'un d'eux occupe la circonférence en arrière de l'ulcération. Vers la base et au centre, on remarque plusieurs petits foyers sanguins, dont quelques-uns paraissent de formation récente. Il était impossible de reconnaître quel avait été le rapport du kyste avec les vaisseaux. — Potion calmante pour la nuit.

Le 25, le malade a passé une nuit tranquille et dit n'avoir pas souffert. Les pièces d'appareil sont légèrement tachées, l'avant-bras est tuméfié. Les pulsations de la radiale droite sont plus sensibles qu'après l'opération; elles marquent 88 à la minute. Peau chaude, pas de soif. — Deux bouillons, un potage; continuer la potion.

Le 26, le pouls bat 76 fois le matin, 84 fois le soir; il a dormi d'un bon sommeil; la peau n'est pas chaude; il n'a pas de soif; il demande à manger. — Trois potages.

Le 27, 80 pulsations; bon sommeil pendant toute la nuit. L'état du malade est très satisfaisant. J'enlève les pièces d'appareil jusqu'à la cuirasse, que je nettoie, et sur laquelle j'applique de nouveaux linges à pansements. — Trois potages, œufs.

Le 28, le malade, qui avait été triste, préoccupé jusqu'à présent, prend confiance en voyant l'appétit, le sommeil revenir, et son caractère devient plus gai, plus expansif.

Le 29, les bandelettes, étant enlevées, laissent voir une plaie d'un bon aspect et dont les lèvres sont écartées de 1 centimètre environ.— Nouveau pansement par occlusion.

Le 2 janvier, le malade est heureux de sa position, qui est excellente. Je renouvelle le pansement, pendant lequel toutes les ligatures tombent. La plaie est vermeille, les granulations offrent un bon aspect; la suppuration est peu abondante et de bonne nature.

Il serait inutile de suivre le malade par toutes les phases de la cicatrisation de la plaie, qui était complétement fermée six semaines après l'opération.

Il me suffira de dire que le même pansement a été appliqué jusqu'à guérison.

Voici actuellement dans quel état il se trouve le 10 mars : la cicatrice est légèrement froncée, sans dépression bien marquée. Les battements de la radiale droite sont aussi forts que ceux du côté opposé; le bras est bien développé, les mouvements sont faciles, mais ceux d'extension sont un peu limités, à cause de la cicatrice qui, tiraillée, occasionne de la douleur, et produirait une rupture si le malade forçait (ce qui est déjà arrivé). Il n'y a point d'engourdissement, de perte de la sensibilité, ni de diminution dans les mouvements partiels. La main serre vigoureusement. Finalement, le bras n'a nullement perdu de sa force. Cet homme pourra donc reprendre sa profession pénible de marin, qu'il avait momentanément abandonnée pour se faire traiter.

Maintenant je vais essayer, dans quelques courtes réflexions, de faire ressortir les points principaux de mon observation. Et d'abord, quelle était la nature de l'anévrisme dont il m'a été donné d'étudier les symptômes? Il est généralement admis que le frémissement particulier que l'on observe dans les tumeurs anévrismales est un signe pathognomonique de l'anévrisme artérioso-veineux, surtout quand il se réunit à des renseignements qui mettent sur la voie d'une blessure des vaisseaux veineux et artériels. Cependant cette signification a été contestée par un chirurgien éminent, qui a pensé que la doctrine des anévrismes telle qu'elle est enseignée aujourd'hui avait besoin d'une révision sévère. Il ne croit pas que ce bruissement, ce frémissement particulier que l'on sent à la main et que l'on entend avec le secours du stéthoscope, appartienne davantage à l'anévrisme artérioso-veineux qu'à l'anévrisme faux consécutif. Ainsi, M. le professeur Malgaigne contesterait-il avec raison la justesse de diagnostic d'une observation présentée comme un cas d'anévrisme artérioso-veineux, et qui offrait les trois phénomènes suivants : 1° des pulsations isochrones aux battements du cœur; 2° un frémissement également perceptible au doigt et à l'oreille, frémissement qui ne se fait sentir que dans une très petite étendue au-dessous du point où a été pratiquée la saignée, mais se prolonge au-dessus de ce point de 9 à 10 centimètres; 3° enfin un bruit de souffle bien distinct du frémissement : bruit de souffle continu avec renforcement isochrone à la pulsation artérielle. (Nélaton, *Gazette des Hôpitaux*, 1846.)

Quand on connaît la rigoureuse exactitude avec laquelle observe M. Malgaigne, il est bien permis de douter, de ce doute philosophique qui n'est pas suffisamment éclairé et qui ne demande qu'à l'être. Quoi qu'il en soit des efforts de mon très savant confrère, qui ont été si souvent couronnés de succès, et auxquels on ne saurait trop applaudir, je persiste à croire que la brachiale a été liée pour un anévrisme artérioso-veineux, et l'insuccès de l'opération viendrait encore donner une nouvelle force à cette opinion.

On conseille, surtout au moment ou dans un temps voisin de l'accident, la compression méthodique avec des compresses, une pièce de monnaie ou des disques d'agaric, et les chirurgiens les plus distingués paraissent lui devoir des succès incontestables. Mais il n'est pas toujours possible d'établir un semblable appareil sans voir survenir des symptômes graves, et même la gangrène; tandis que la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, conseillée depuis longtemps par M. le professeur Malgaigne, mise en pratique avec un nouveau succès il y a un ou deux ans par M. A. Thierry, semblerait promettre des résultats heureux, sans exposer aux mêmes accidents que la compression du bras. Ce serait donc un des premiers moyens que je mettrais en usage si j'avais à traiter un anévrisme traumatique du pli du bras, me réservant, bien entendu, de varier les appareils de compression en cas d'insuccès.

Dans un remarquable travail lu à la Société de chirurgie, M. le professeur Roux établit qu'il faut agir dans les cas d'anévrisme artérioso-veineux comme s'il s'agissait d'une plaie artérielle toute récente. Il faut, dit le célèbre chirurgien, lier l'artère immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ouverture par laquelle elle communique avec la veine. Tous les chirurgiens connaissent les effets désavantageux de l'application de la méthode d'Anel aux anévrismes artérioso-veineux, ou pour le moins leur insuffisance, puisqu'ils tendent à s'accroître, et mettent le plus souvent le malade dans la nécessité de subir une nouvelle opération, qui ne le cède en rien pour la gravité à la première, comme je l'ai noté dans l'observation de Merdrignac. L'opérateur, malgré les réflexions qui lui furent adressées, crut que la méthode qu'il allait mettre en usage avait sa raison d'être dans la possibilité de la coagulation du sang dans la poche; mais il avait compté sans la circulation veineuse qui, apportant le sang à la varice, l'engage nécessairement dans l'ouverture de communication entre les deux vaisseaux, ou bien sans le mouvement ascensionnel du sang artériel favorisé par les nombreuses anastomoses, ces innombrables ressources de la nature dans la cure de l'anévrisme, si bien étudiées par les chirurgiens modernes depuis les travaux de Hunter.

La ligature, pratiquée dans le courant du mois d'août 1846, n'eut donc aucune influence sur la marche de l'anévrisme, qui avait repris sa forme primitive et ses battements expansifs avant que la plaie fût complétement cicatrisée. Comme le malade ne s'était fait opérer que pour obéir aux injonctions de son père, qui désirait profiter de l'occasion qui se présentait de pouvoir confier son fils à l'habileté d'un chirurgien ambulant, il se hâta d'assurer ses parents du mieux qu'il éprouvait, et se mit à reprendre le cours de ses voyages sur mer.

Que s'était-il passé depuis sept ans, pendant lesquels le malade n'avait cessé de se livrer à tous les rudes travaux de la navigation sans prendre la moindre précaution? L'anévrisme artérioso-veineux, qui avait pu être simple à son début, et qui ne s'était pas bien sensiblement modifié lors de la première opération, quoique la compression exercée sur la tumeur ne pût la réduire qu'incomplétement, s'était modifié avec le temps et sous l'influence des efforts puissants auxquels les marins se livrent chaque jour. Le sang, au lieu de passer de l'un des vaisseaux dans l'autre, ne se serait-il pas épanché dans le tissu cellulaire en rompant les moyens d'union qui reliaient l'artère à la veine? Ou bien la digue opposée au sang contenu dans ce vaisseau par l'épanchement de lymphe plastique qui avait réuni les lèvres de la petite plaie faite en arrière de l'artère, se serait-elle rompue? Enfin, une troisième supposition ne pourrait-elle pas être faite : celle où le sang sortirait par l'ouverture qui surmonte la veine? Quoi qu'il en soit de toutes ces hypothèses que l'opération ne m'a pas permis de résoudre, le sang, en s'épanchant dans le tissu cellulaire, s'est formé une enveloppe en refoulant les tissus environnants à la manière des kystes dits consécutifs. C'est cette tumeur qui, augmentée par ses épanchements successifs, avait envahi toute la région antérieure et interne de la partie inférieure du bras, de la partie supérieure de l'avant-bras, et avait fini par rendre très difficiles les mouvements du membre.

Une circonstance qu'il n'est pas inutile de signaler, c'est l'augmentation rapide de la tumeur observée par le malade pendant les deux ou trois derniers mois, probablement sous l'influence du travail qui se faisait pour amener la rupture du kyste, qui présentait une solution de continuité derrière l'ulcération qui siégeait à la partie supérieure de l'anévrisme.

Je crus qu'il était de mon devoir, dans une circonstance aussi grave, de recourir aux lumières d'un chirurgien qui pût m'offrir les secours de son expérience et de son talent. Je m'adressai, en conséquence, à mon savant confrère M. Larrey, qui voulut bien me faire une réponse avec cette extrême obligeance qui ne s'est pas démentie dans plusieurs circonstances où j'ai été à même de l'éprouver. Malheureusement les événements, qui avaient marché plus vite que je ne l'aurais désiré, me forcèrent à prendre un parti en compagnie de mes honorables collègues de Saint-Malo. J'ai décrit, dans mon observation, les difficultés qui se présentèrent sous mon bistouri en voulant éviter la section des vaisseaux et des nerfs, en allant disséquer et enlever la tumeur située profondément au milieu des muscles de l'avant-bras : je n'y reviendrai pas. Mais je ne fus pas peu surpris de voir l'artère brachiale donnant du sang, et transformée pour ainsi dire en veine. J'eus besoin de rappeler mes souvenirs pour voir cesser mon étonnement. Ce fait, qui avait déjà été signalé par Hunter, a été vu depuis par bien des observateurs.

Quant à la perméabilité que j'ai observée sur une artère qui avait été liée, elle a également été l'objet de l'attention des chirurgiens, et M. Jobert, dans la séance de la Société de chirurgie du 4 janvier 1854, a rappelé l'observation de plusieurs malades qui portaient des anévrismes traumatiques chez lesquels la circulation s'était rétablie quoique le vaisseau eût été lié. Cet habile chirurgien a tiré de ces faits des conséquences qui me paraissent justes, et qui donneraient raison à l'opinion de J.-L. Petit, qui n'admettait pas que la guérison fût obtenue par l'oblitération du vaisseau, sur celle de Scarpa.

Ne pouvant pas réunir avec des points de suture, à cause de l'écartement trop considérable des bords de la plaie, et cependant voulant les rapprocher le plus possible, je dus recourir aux bandelettes agglutinatives, que je disposai en cuirasse, comme je le fais depuis longtemps. Je vois en effet tous les jours, avec le secours de ce pansement, que M. Chassaignac a recommandé avec raison, les plaies marcher vers une cicatrisation souvent si rapide, que c'est le pansement généralement admis dans le service que je dirige à l'hôpital. Il a eu pour avantage, dans le cas particulier de Merdrignac, où il a été appliqué, d'avoir soustrait le membre malade aux mouvements inséparables des pansements journaliers, qui sont toujours accompagnés d'une douleur plus ou moins forte, et d'avoir favorisé la prompte guérison de la plaie.

Si j'ai fixé à six semaines le temps de la cicatrisation complète, c'est qu'une petite ulcération, suite d'une déchirure de la cicatrice, avait retardé la guérison. Il n'en est pas moins vrai que je n'ai eu qu'à me louer du bon résultat que j'ai obtenu par ce mode de pansement, qui a certainement abrégé la durée du traitement.

Les craintes que j'aurais pu concevoir pour ce résultat de l'opération ne se sont pas justifiées, et Merdrignac sortira prochainement de l'hôpital, ne conservant que le souvenir de ce qui s'est passé.

Si je me suis empressé de donner de la publicité à cette observation, c'est d'abord parce qu'elle m'a paru offrir quelque intérêt, et ensuite parce que la bonne fortune de rencontrer des anévrismes traumatiques ne se présente pas souvent dans les hôpitaux des petites villes de province; j'ai donc cru pouvoir, le malade étant guéri, présenter l'observation et les réflexions qui l'accompagnent à la Société de chirurgie de Paris.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 septembre 1854. — Présidence de M. COMBES.

Du périnèvre, espèce nouvelle d'élément anatomique qui concourt à la constitution du tissu nerveux périphérique. — M. Ch. Robin lit sous ce titre un mémoire dont nous reproduisons un extrait.

Le périnèvre constitue autour des *faisceaux primitifs des nerfs* un tube ou gaîne non interrompue qui s'étend depuis la sortie des nerfs hors de la dure-mère, ou depuis les ganglions pour les nerfs de sentiment jusqu'à la terminaison des tubes nerveux au sein des tissus. Il manque dans les rameaux du grand sympathique, dont la coloration est grise et la consistance molle; il existe dans ceux qui ont une couleur blanche. Chaque tube est composé d'une paroi épaisse de quelques millièmes de millimètre, dont la substance est homogène, sans fibres ni fissures. Les réactifs agissent sur lui tout autrement que sur le tissu cellulaire; l'acide azotique surtout le durcit et le plisse en lui donnant une consistance parcheminée.

Chaque filet nerveux, visible à l'œil nu ou non, est enveloppé par le périnèvre.

Entre les filets qu'enveloppe le *périnèvre* se trouve le tissu cellulaire connu sous le nom de *névrilème*, qui forme en outre une couche assez épaisse autour des gros nerfs. Or les vaisseaux nourriciers des nerfs se ramifient et se distribuent dans le névrilème seulement. Aucun capillaire sanguin ne traverse le *périnèvre* pour ramper dans sa cavité entre les tubes ou fibres nerveuses primitives.

Le périnèvre présente encore plusieurs autres particularités anatomiques et physiologiques intéressantes à étudier. Ainsi cet élément anatomique tubuleux est ramifié comme les filets nerveux qu'il enveloppe d'une manière immédiate. Ces ramifications s'observent dans les plexus et les anastomoses des branches nerveuses : les anastomoses des nerfs ne portent en effet que sur le *périnèvre*; quant aux tubes ou fibres primitives des nerfs, elles ne font que passer d'un filet nerveux dans l'autre, grâce à cette inosculation du périnèvre ou gaîne immédiate de ces filets. Le périnèvre se ramifie encore lorsque dans la peau, les muscles, etc., chacun des faisceaux de tubes ou fibres primitives qu'il enveloppe se dissocie en formant des subdivisions dans lesquelles les tubes sont de moins en moins nombreux. Le périnèvre se subdivise alors d'une manière correspondante et finit par n'envelopper plus qu'un seul élément nerveux sur lequel il est immédiatement appliqué.

Si un élément nerveux se termine par une extrémité libre et aiguë, comme on le voit dans les appareils électriques, dans les muscles, etc., le périnèvre s'amincit peu à peu et cesse d'exister un peu avant la terminaison même du tube nerveux.

Si l'élément nerveux se termine dans un *corpuscule de Pacini*, le périnèvre l'accompagne jusqu'à ce renflement dont les couches sont en continuité de substance avec lui. Si au contraire il se rend à un *corpuscule du tact*, le périnèvre l'accompagne jusqu'à ce corpuscule et se confond avec lui; en sorte que les *corpuscules de Pacini* et ceux du *tact* peuvent être considérés comme une dépendance du *périnèvre*. (Commissaires: MM. Serres, Rayer, Bernard.)

Nouvelle thérapeutique du choléra-morbus asiatique. — M. Legrand prie l'Académie de vouloir bien prendre connaissance d'une note sur ce sujet qu'il lui a adressée sous pli cacheté, et dont elle a accepté le dépôt dans la séance du 19 décembre 1853. (*Voir* notre numéro du 12 septembre.) — Renvoi à l'examen de la section de médecine.

—L'Académie renvoie à la même section deux lettres également relatives au choléra, l'une de M. Marteau, l'autre de M. Erz; cette dernière écrite en allemand.

— M. Serres, à l'occasion de ces communications, annonce que la section de médecine a arrêté les bases du programme pour le prix *Bréant*, et espère pouvoir le soumettre à l'Académie dans la séance du 25 de ce mois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 septembre 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que MM. Sédillot et Prestat, membres correspondants, sont présents à la séance.

Il remercie en même temps M. Sédillot de l'envoi des thèses de la Faculté de Strasbourg et de la *Gazette médicale* de cette ville.

M. SÉDILLOT saisit l'occasion de communications faites à la Société sur la section du maxillaire dans les cas de cancers profonds de la langue, pour indiquer une modification de son procédé, qui lui paraît en assurer le succès.

M. Huguier avait, dans une précédente séance, annoncé qu'il avait pratiqué la section du maxillaire en 1850; mais la première observation publiée par M. Sédillot date de 1844, et a été insérée dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*. M. Sédillot a trouvé une assez grande difficulté à maintenir immobiles et dans un rapport parfait les deux moitiés du maxillaire, et il a paré à cet inconvénient en pratiquant deux sections en *coin* dans le sens horizontal de l'os. Il en résulte un emboîtement de cette espèce de coin osseux ainsi produit dans l'angle rentrant opposé, et une simple fronde embrassant le contour extérieur de la mâchoire suffit pour éviter tout déplacement d'avant en arrière, seul mouvement resté possible, puisque celui de haut en bas est complétement empêché par la disposition et l'emboîtement des segments osseux.

M. Sédillot appelle encore l'attention de ses collègues sur une nouvelle application faite à la blépharoplastie de son procédé à double

lambeau de la méthode indienne. On sait que ce procédé a d'abord été imaginé pour la restauration de la lèvre inférieure, et que plus tard il a donné un succès complet dans un cas de chéiloplastie de la lèvre supérieure (voir les *Mémoires de la Société de chirurgie*). Cette année, M. Sédillot eut à traiter un malade dont toute la paupière inférieure, à l'exception du bord ciliaire, avait été détruite dès l'enfance par un lupus, ainsi qu'une partie de la joue, de la tempe et du sillon labio-nasal. Tous les autres procédés étaient insuffisants. M. Sédillot tailla deux lambeaux, le premier temporal, le second naso-frontal, et parvint à rendre à la paupière une mobilité et une position normales .... M. Sédillot fait remarquer à cette occasion combien il est important de comprendre dans la base du lambeau les points d'émergence de vaisseaux susceptibles d'en entretenir la vitalité. Ainsi le sommet du lambeau, alimenté par l'artère sus-orbitaire qui avait été coupée, se mortifia, tandis que la portion nasale, qui recevait les vaisseaux émergents du grand angle de l'orbite, resta intacte et suffit à la réussite de l'opération.

Discussion sur les communications de M. Sédillot. — M. Gerdy ne croit pas qu'on doive tenter par l'autoplastie ces réparations des paupières. En effet, les téguments voisins de l'orbite sont dans des conditions anatomiques défavorables pour former utilement de minces replis palpébraux. M. Gerdy rappelle ensuite qu'un jour il fut obligé d'enlever des paupières cancéreuses, et quelque temps après il vit avec surprise que le malade pouvait recouvrir son œil par les seules contractions des fibres restantes du muscle orbiculaire.

M. Huguier fait remarquer que dans le cas où il pratiqua la section du maxillaire inférieur la réunion s'opéra facilement, quoique la section fût verticale ; mais il eut soin de disposer l'une des épingles de la suture de façon qu'elle passât très près de la gencive : elle pouvait ainsi fixer les deux fragments de l'os, car c'était une suture qui retenait à la fois les parties molles et les parties dures.

M. Gerdy a prétendu qu'en prenant pour la blépharoplastie les téguments voisins des paupières l'on n'obtenait que des lambeaux épais et peu convenables ; mais souvent aussi ces téguments sont altérés par des cicatrices, tandis que la paupière même est conservée avec ses cartilages. C'est alors que ces cicatrices, en se rétractant, ont fait disparaître les paupières ; l'une est entraînée en bas, l'autre ramenée en haut. Il suffit souvent, pour reproduire ces organes protecteurs de l'œil, de pratiquer au-dessus ou au-dessous des brides cicatricielles, des incisions transversales. Deux fois M. Huguier a pu reconstruire ces voiles palpébraux en faisant ces incisions, en décollant les lambeaux et les réunissant au-devant de l'œil après avoir avivé les bords des paupières.

M. Sédillot partage complétement l'opinion de M. Huguier sur cette disparition apparente des paupières. Une fois il put ainsi décoller une paupière inférieure des cicatrices qui la retenaient ; un appareil fut disposé pour soulever le lambeau ; mais le phagédénisme vint tout détruire, et il y eut insuccès.

LECTURE.

M. Marjolin lit de la part de M. le docteur L. Chapel (de Saint-Malo), membre correspondant de la Société, le travail que nous donnons plus haut.

DISCUSSION SUR CE TRAVAIL.

M. Giraldès croit pouvoir contester le diagnostic de M. Chapel, et il le fait en s'appuyant sur la description de la pièce anatomique et sur la symptomatologie. La pièce montre, en effet, une tumeur à couches fibrineuses concentriques; mais ce n'est point ce qu'on voit dans les anévrismes artérioso-veineux. Ce qui donne un cachet spécial à ces tumeurs, c'est la communication de l'artère avec la veine ; or on ne l'a point trouvée dans ce cas.

La symptomatologie ne vient pas mieux confirmer le diagnostic. Ces anévrismes artérioso-veineux ont des caractères si spéciaux, qu'on ne peut les confondre avec ceux d'un autre anévrisme. D'ailleurs, la tumeur était assez volumineuse pour qu'on eût dû avoir des symptômes exagérés.

L'on ne peut pas davantage soutenir qu'il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux, parce qu'après la ligature de l'artère humérale l'on aurait observé une circulation récurrente.

M. Cloquet ne croit pas qu'il s'agisse ici d'un anévrisme artérioso-veineux. En effet, il est très rare que dans ces tumeurs il se forme des caillots, et l'on y observe des battements en même temps qu'une dilatation des veines superficielles et un bruissement dans les gros troncs veineux, qui ne permettent guère de faire erreur.

L'auteur parle ici de l'opération d'Anel; mais M. Cloquet ne pense pas qu'on doive l'appliquer dans des cas semblables. Il rappelle à ce propos un fait qu'il a déjà publié il y a vingt-cinq ans. Un jeune homme reçut un coup de couteau dans le pli du bras, et à la suite de cette blessure survint un anévrisme artérioso-veineux. L'on pratiqua la ligature de l'artère humérale. Peu à peu le membre se refroidit et une gangrène sèche l'envahit. L'on amputa le bras. L'autopsie du membre fit voir une dilatation énorme des artères et des veines. La ligature avait aussi développé les collatérales d'une façon remarquable.

M. Marjolin pense que, malgré quelques lacunes, cette observation ne manque pas d'intérêt. Peut-être, ajoute-t-il, qu'une inflammation du sac a changé les caractères de l'anévrisme.

— A l'occasion du fait rapporté par M. Chapel, et sans vouloir rien préjuger de la nature de la tumeur, dont le caractère vasculaire était néanmoins de toute évidence, M. Sédillot raconte une observation récente qui prouve la facilité avec laquelle on peut se rendre maître du sang dans des cas de tumeurs artérielles, pourvu qu'elles ne soient pas d'un trop grand volume et qu'elles offrent un point d'appui pour la compression. Une dame portait sur le front une tumeur de la grosseur d'une noisette, alimentée par sept ou huit artères volumineuses partant de la temporale et de la sus-orbitaire, et se rendant à la tumeur, où elles s'entre-laçaient d'une manière très apparente et battaient avec un mouvement de dilatation et de soulèvement très prononcé.

Des céphalalgies fréquentes aggravaient cet état, et le mal faisait des progrès. Fallait-il recourir aux injections de perchlorure, lier les artères, se servir de la pâte de Canquoin? Le médecin de la malade, M. le docteur Artung, proposa une incision cruciale et l'hémostasie par des boulettes de charpie trempées dans du perchlorure. Ce procédé fut adopté, et il réussit. Le sang, qui avait jailli à flots, fut arrêté; la charpie, réduite en pâte par le perchlorure, produisit une croûte noirâtre qui tomba au bout de quatre à cinq semaines, et une cicatrice régulière et peu apparente se fit ensuite rapidement. Les artères affluentes disparurent, ainsi que les migraines, et la guérison est restée parfaite.

RAPPORT.

M. le docteur Voillemier lit, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Houel et lui, le rapport suivant :

Messieurs, M. Apostolidès vous a lu un travail portant le titre de *Nouvelle méthode pour la ligature des artères*; en même temps il vous a présenté plusieurs instruments qu'il a imaginés pour pratiquer cette ligature. Disons tout d'abord qu'il ne s'agit pas d'une méthode nouvelle, mais tout au plus d'un procédé nouveau. Comme tout le monde, l'auteur lie les artères en les saisissant avec une pince et en les étreignant avec un fil. Comme tous les chirurgiens qui, frappés de la difficulté de lier certains vaisseaux, ont inventé des porte-nœuds destinés à conduire la ligature là où les doigts ne pouvaient la guider, l'auteur a imaginé une pince armée d'une tige saillante destinée à porter une anse de fil autour de l'artère que ses mors ont saisie. Jusque-là rien de bien nouveau. Mais, dans la forme de l'instrument et du nœud, dans la manière de porter le fil et de le serrer sur l'artère, M. Apostolidès a apporté des modifications très ingénieuses qui constituent un procédé véritablement nouveau. Le voici en quelques mots:

Avec un fil ordinaire peu ciré, on fait d'abord un premier nœud, qui doit être serré de manière à former une boucle d'environ 2 centimètres de diamètre. On fait ensuite un second nœud; mais au lieu de le serrer fortement sur le premier, il faut abandonner un des chefs et tirer sur l'autre tandis que deux doigts, placés près des nœuds, leur offrent un point d'arrêt. De cette façon les deux nœuds, qui sembleraient devoir se comporter à la manière d'un nœud double ordinaire, se transforment en un véritable nœud coulant. Le cercle formé par l'anse de fil diminuera à mesure que l'on tirera plus fortement sur le chef qui a été conservé. Quant à l'instrument qui sert à porter la ligature, c'est une pince ordinaire; sur le dos d'une des branches est creusée une gouttière dans laquelle glisse un curseur dont l'extrémité peut dépasser le bout de la pince de près d'un centimètre. Cette extrémité du curseur est formée de deux petites lames verticales, contournées en onglet, laissant entre elles un espace suffisant pour le passage d'un fil, mais insuffisant pour le passage d'un nœud.

Pour lier une artère, on commence par faire le nœud double que j'ai décrit; dans ce nœud on passe l'extrémité de la pince en même temps que l'on rabat entre les deux petites lames du curseur le chef de fil, le seul qui reste et qui doit servir à serrer le nœud coulant. Tout étant ainsi préparé, le chirurgien saisit l'artère avec les mors de la pince, puis avec le pouce il chasse en avant le curseur qui porte le nœud coulant autour du vaisseau ; cela fait, de l'autre main il tire sur le chef de fil qui a été conservé et serre avec force le nœud coulant.

Si nous examinons en lui-même le travail de M. Apostolidès, nous n'avons que des éloges à lui donner. L'instrument dont il se sert est des plus simples; c'est une pince ordinaire et qui peut, au besoin, en remplir tous les usages. Son extrémité est mince, effilée, et lors même qu'elle est surmontée du curseur, elle a assez peu de volume pour qu'il soit encore facile d'aller saisir une artère dans une plaie anfractueuse et profonde. Le nœud qu'il emploie est surtout ingénieux. Sans qu'on s'explique parfaitement la manière dont le fil se comporte, il n'en est pas moins vrai qu'à l'aide de la petite modification que nous avons signalée le double nœud se trouve transformé en nœud coulant. Alors vous n'avez plus la double difficulté d'aller porter successivement deux nœuds sur un vaisseau; vous n'avez point à craindre de voir le premier nœud se desserrer pendant que vous préparez le second. En un instant, par la seule traction d'un fil, vous serrez sur l'artère un double nœud, et cela sans aucun aide, sans avoir besoin de porter les doigts dans la plaie, mais en agissant à distance, ce qui permet de bien voir ce que l'on fait.

La première objection qui a été faite à ce mode de ligature est celle-ci : Si un nœud coulant se serre facilement, disait-on, il pourra aussi facilement se desserrer: la ligature ne résistera pas à l'effort incessant de la colonne sanguine, et il se produira des hémorrhagies. Sans examiner les raisonnements qui ont été faits pour ou contre cette manière de voir, l'expérimentation directe était un moyen de contrôle si simple que j'ai préféré y recourir. Ayant lié des artères de divers calibres avec l'instrument de M. Apostolidès, j'ai injecté de l'eau avec beaucoup de force dans leur cavité, et j'ai constaté que la ligature faite avec le nœud coulant se comportait comme la ligature ordinaire. On pouvait craindre aussi que ce nœud n'étreignît pas l'artère avec assez de force pour diviser les deux tuniques internes. Quelques expériences pratiquées sur le cadavre m'ont démontré que cette crainte n'était pas fondée ; en choisissant du fil assez solide et en tirant sur le chef de fil avec assez de force, on divise complétement les deux tuniques internes et dans tous les points de la circonférence de l'artère. Mais j'ajouterai encore que dans les cas où l'instrument de M. Apostolidès me semble le plus convenir, c'est-à-dire quand il s'agit de petites artères, la section des membranes internes n'est pas indispensable pour arrêter l'hémorrhagie et amener l'oblitération du vaisseau.

Après avoir fait une juste part d'éloges au travail de M. Apostolidès, nous ne devons pas en exagérer l'importance. Son instrument est certainement très ingénieux, mais il ne saurait remplacer le mode de ligature généralement employé. Comme tous les instruments de ce genre, il exige de la part de celui qui s'en sert une très grande habitude; malgré sa simplicité, il demande encore de la part de l'opérateur des précautions assez grandes. Ainsi, le fil ne devra pas être trop gros ni trop ciré, car il ne pourrait facilement glisser dans la rainure du curseur; il faudra qu'il ait une certaine force pour ne pas se briser quand on tirera dessus pour serrer le nœud coulant; il devra aussi ne pas être trop fin, car alors le double nœud venant à s'engager dans la rainure du curseur, la ligature ne pourrait être pratiquée. Sans doute il est facile de prendre toutes ces précautions et de s'exercer au maniement de la pince de M. Apostolidès, mais il est encore plus facile d'employer le mode de ligature si simple et si sûre que nous pratiquons chaque jour. C'est ainsi qu'on s'explique pourquoi tous les instruments de ce genre sont tombés dans un oubli presque complet.

Mais il est des cas où il est extrêmement difficile de pratiquer la ligature ordinaire : c'est quand il s'agit d'une plaie profonde, étroite, anfractueuse, à rebords osseux. Ici encore la chirurgie est loin d'être désarmée. Le plus souvent une compression bien faite, les astringents, les caustiques, le feu pourront arrêter l'écoulement du sang. Mais tous ces moyens sont loin d'être sûrs; quelques-uns même ne sont pas sans inconvénients, et nous pensons que M. Apostolidès a fait une chose utile en inventant un nouveau mode de ligature qui, nous en sommes certains, trouvera plus d'une fois son application.

Votre commission, messieurs, vous propose de remercier M. Apostolidès, de déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

— La Société adopte les conclusions de ce rapport, et la séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CORRESPONDANCE.

Douéra (Algérie), le 4 septembre 1854.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 24 août dernier, vous avez inséré une note de M. le docteur Mavel (d'Ambert) sur l'empoisonnement par la belladone; permettez-moi de compléter par le récit d'expériences faites sur moi-même les faits relatifs à la sécrétion urinaire indiqués par M. Mavel, et qui peuvent avoir leur importance en toxicologie.

Pendant plusieurs jours, dans l'après-midi, j'ai pris, pour des accès d'asthme idiopathique, la moitié d'une potion contenant un décigramme d'extrait de belladone. Les effets thérapeutiques furent des plus marqués sur la dyspnée. Les effets physiologiques furent toujours : sécheresse extrême de la bouche, due évidemment à l'abolition presque complète de la sécrétion salivaire; augmentation de l'urine, qui est extrêmement limpide et presque incolore.

Ayant remplacé un jour ma potion ordinaire par une infusion de 3 grammes de feuilles dans une tasse d'eau, dont je bus la moitié, je m'aperçus que l'effet thérapeutique était plus prompt qu'avec l'extrait. Mais les résultats suivants fixèrent surtout mon attention : sécheresse complète de la bouche, et comparable à celle qu'on éprouverait en projetant dans cette cavité un courant continuel d'air brûlant; envies fréquentes d'uriner; urines extrêmement abondantes, incolores; *miction difficile, et qui paraît ne s'exécuter que par le trop plein de la vessie*. En effet, le jet s'arrête fréquemment, et il faut toute mon énergie pour qu'il recommence à jaillir. La tunique musculeuse de la vessie est frappée de paralysie. Cet état se prolonge une partie de la journée du lendemain.

La pupille est énormément dilatée; la vue est trouble, et la lecture n'est possible qu'en éloignant le livre très loin dans le champ de la vision, à la limite de la distance de la vue distincte, comme font les presbytes; elle est intermittente, et au bout de la ligne les yeux ont besoin de se reposer pour continuer leur fonction, le trouble se reproduisant bientôt.

De ceci il résulte,

En thérapeutique :

1° Que dans l'asthme idiopathique, la belladone est un remède héroïque; que les feuilles ont plus d'action que l'extrait, et celui-ci plus d'action que les feuilles fumées, qui, chez moi du moins, ont une action bien incertaine.

En physiologie :

2° Que la belladone a une action très énergique sur les glandes salivaires, dont elle trouble les fonctions en détruisant la sécrétion de la salive;

3° Que la sécrétion urinaire est, au contraire, considérablement augmentée, ce qui a déjà été indiqué par beaucoup d'auteurs, et que la belladone est un diurétique puissant;

4° Que parmi les muscles dont la contractilité est diminuée par suite du médicament pris à l'intérieur à doses suffisantes, on doit mettre la couche musculeuse de la vessie presque au même niveau que l'iris;

En toxicologie :

5° Que la sécrétion abondante des reins et la difficulté de la miction peuvent mettre sur la voie d'un empoisonnement par l'*atropa belladona*, ce qui est un sujet tout nouveau d'observation.

Veuillez agréez,

Ant. Commaille,
Chirurgien à l'hôpital civil de Douéra.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Rostan a proposé au nom du bureau de composer comme il suit la nouvelle commission du choléra pour l'épidémie de 1853-1854 : MM. Bouillaud, Gérardin, Requin, Roche, Mélier, Barth, Davenne. L'Académie a adopté.

— Par décret du 14 septembre 1854, l'Empereur a nommé au grade de chevalier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

M. Moreau, médecin aide-major de 1re classe au 20e de ligne;

M. Maupon, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment de zouaves;

M. Levié, médecin aide-major de 1re classe au 27e de ligne.

M. Noguès, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment de grenadiers de la garde impériale, détaché au 51e de ligne.

MM. Chéron et Gras, chirurgiens de la marine.

Le Gérant

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 112. — JEUDI 21 SEPTEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 112. — JEUDI 21 SEPTEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . : 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 20 SEPTEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

A l'Académie de médecine, nous n'avons à signaler aujourd'hui qu'un très petit nombre de communications. D'abord une petite allocution de M. Velpeau au sujet du traitement de l'orchite par le collodion, qui prouve une fois de plus combien sont élastiques les appréciations des effets thérapeutiques. En second lieu un rapport de M. Bussy sur une communication de M. Marchand (de Fécamp), relative à une question qui intéresse l'hygiène et l'économie domestique, la détermination de la richesse du lait par un procédé facile et susceptible de devenir usuel. On trouvera au compte rendu un extrait suffisamment étendu de ce rapport pour donner une idée du procédé et de son application. Le reste de la séance a été occupé par la lecture des rapports officiels sur les recettes et remèdes proposés contre le choléra, lecture dont l'habile rapporteur, M. Robinet, a su relever l'aridité et la monotonie habituelles par l'esprit et le bon sens avec lesquels il a qualifié, sous les formes les plus variées et les plus piquantes, cette infinité de prétentions toutes plus ou moins ridicules à la découverte du spécifique du choléra et de panacées universelles.

La séance a été terminée par la présentation de deux malades que M. Heurteloup a débarrassés de calculs volumineux en une seule séance à l'aide de son procédé de lithotripsie.

REVUE GÉNÉRALE DU CHOLÉRA.

(Deuxième article.)

De la période prodromique du choléra.

En commençant cette revue par l'analyse de la thèse de M. Duchaussoy et par la relation des intéressantes recherches qu'elle renferme sur l'état des fonctions d'absorption dans la période algide du choléra, nous n'avons pas eu seulement pour but de rendre un juste hommage au zèle intelligent de notre jeune et laborieux confrère. Le fait qui ressort de ces recherches et qui, loin de changer ou de modifier les idées que nous avaient suggérées à cet égard une expérience déjà longue et une observation constante et soutenue des diverses épidémies cholériques que nous avons eu à traverser, n'a fait, au contraire, que les confirmer ; ce fait, disons-nous, venait juste à point pour nous servir de préambule à l'appréciation que nous nous proposions de faire des diverses méthodes de traitement, en nous fournissant un critérium nouveau susceptible de donner la mesure de ce qu'il est permis d'attendre des efforts de l'art.

Toutefois, en acceptant comme démontrée aujourd'hui par voie d'expérience l'abolition des fonctions absorbantes dans la période algide du choléra, nous avons cru devoir faire quelques réserves à l'égard des conséquences pratiques à déduire de la connaissance de ce fait. Nous ne saurions accepter en effet dans toute sa rigueur la conclusion qui semble au premier abord ressortir de ces recherches, car elle ne tendrait pas à moins qu'à condamner le médecin à l'inaction en présence des phénomènes les plus graves et les plus critiques de la maladie, qui sembleraient appeler et qui appellent en effet, aux yeux de la pluralité des praticiens, le concours des plus énergiques efforts de la thérapeutique.

Indépendamment des ressources ultimes que peuvent offrir encore à l'action thérapeutique quelques-unes des autres voies d'absorption, telles que les veines et la surface pulmonaire, nous persistons à penser, tout en considérant comme très réel l'anéantissement des fonctions absorbantes de la peau et de la surface gastro-intestinale, à un certain degré de la maladie, que toute intervention de ces deux grands réceptacles des agents médicamenteux n'est pas encore entièrement perdue, et nous nous fondons sur cette double considération :

1° Qu'il est très difficile, sinon à peu près impossible, malgré la précision des expériences de MM. Vernois et Duchaussoy, de déterminer le moment précis où cessent complétement les fonctions absorbantes, et que dans une certaine limite d'oscillation au moins les tâtonnements sont encore permis ;

2° Qu'alors même qu'il est bien établi et démontré que toute absorption est complétement abolie, il reste encore à se demander s'il ne serait pas possible de compter sur l'action d'un certain ordre de stimulants du système nerveux, susceptibles d'agir par voie médiate sur les centres nerveux situés à proximité, sans qu'il fût nécessaire de faire intervenir l'absorption et le transport de ces agents médicamenteux dans le torrent circulatoire.

Le fait mis en lumière par les expériences en question ne saurait donc justifier l'abandon des malades et la renonciation absolue à toute tentative de médication interne ou topique ; mais il faut reconnaître seulement qu'il limite considérablement ce champ d'action, et qu'il dépose d'avance contre toutes les prétentions à la découverte d'un agent spécifique, d'un modificateur ou altérant quelconque dont l'action suppose la participation d'une fonction qui n'existe plus.

Nous reviendrons sur ce point lorsque nous aurons à nous occuper spécialement du traitement de la période algide du choléra. Nous voulions seulement établir pour le moment ce point de départ de notre examen. Abordons le sujet que nous nous sommes plus spécialement proposé d'examiner dans ce second article. Ce sujet se rattache d'ailleurs au fait dont il vient d'être question, et lui emprunte une importance d'autant plus grande qu'il tend à diminuer les motifs de confiance que l'on pouvait avoir dans les moyens thérapeutiques dirigés contre le choléra confirmé; nous voulons parler des périodes prodromique et initiale du choléra.

Ici encore, comme sur le point qui vient incidemment de nous occuper, les nouvelles recherches n'ont fait que confirmer les résultats de l'observation générale, dont elles font ressortir encore plus complétement et plus directement la valeur. On n'avait pas attendu, en effet, ces expériences pour signaler à l'attention des praticiens toute l'importance que méritent les prodromes et le début de la maladie. Jamais peut-être le vieil adage *principiis obsta* n'a eu plus d'à-propos. Son application en devient plus rigoureuse encore et plus impérieuse que jamais.

Le *principiis obsta* s'applique à deux faits distincts, bien que liés entre eux par une étroite connexité. Il s'applique aux prodromes, et même, en remontant plus haut, à cet état plus vague et plus mal défini encore, qu'on appelle la prédisposition épidémique, et il se résume alors dans les données communes de la prophylaxie ; il s'applique surtout aux débuts même de la maladie, et rentre dans ce cas dans la thérapeutique active spéciale.

La prophylaxie et la thérapeutique de la période initiale du choléra, tels sont donc les deux points de mire vers lesquels doit être incessamment dirigé l'œil vigilant du praticien.

La prophylaxie.... Il ne peut s'agir évidemment ici de cette prophylaxie spéciale ou spécifique qui résulterait d'une notion exacte de l'étiologie du choléra. Dans l'ignorance où nous sommes sur la cause première du mal, sur la nature du toxique cholérigène, il n'est pas plus possible d'asseoir la prophylaxie que le traitement lui-même sur des bases rationnelles et certaines ; et c'est avec raison que notre savant collaborateur M. le docteur Champouillon a dit, en se plaçant à ce point de vue, que la véritable prophylaxie du choléra était encore tout entière à trouver.

Mais, si l'on entend par prophylaxie l'ensemble des moyens hygiéniques ou médicaux capables de prévenir ou de combattre avec efficacité les accidents prodromiques du choléra, de quelque nature qu'ils soient, on ne saurait méconnaître qu'elle existe. Pour en apprécier convenablement la portée, il faut rappeler un fait d'une importance capitale dans l'histoire du choléra : ce fait, signalé à l'attention des médecins dès la première invasion de l'épidémie en France, est devenu aujourd'hui d'une certitude et d'une vulgarité telles, qu'après avoir été longtemps mis en question, c'est à qui s'arrogera en ce moment le mérite de l'avoir le premier découvert; nous voulons parler de la *diarrhée prodromique* ou prémonitoire, ou, pour nous servir d'une expression plus générale et plus compréhensive, de la *période prodromique* du choléra.

Ce fait est acquis en réalité à la science depuis 1832, grâce aux efforts que M. Jules Guérin n'a cessé de faire dès cette époque. Nous avons nous-même en 1849, avec la coopération de notre ami et collaborateur M. Foucart, fait sur ce sujet des recherches nombreuses et suivies qui nous ont conduit à constater l'existence presque constante de la diarrhée prodromique. A peine si sur plusieurs centaines de faits il nous a été possible de constater deux ou trois cas faisant exception à la loi, et encore n'avons-nous pas acquis la certitude que ces exceptions fussent bien réelles (1). On sait quelle a été dans ces derniers temps l'unanimité d'opinion des médecins anglais à cet égard et l'importance qu'ils ont attachée aux phénomènes prémonitoires, qui sont devenus le point de départ du système de mesures préventives adopté à Londres et dans plusieurs des principales villes d'Angleterre envahies par le choléra. Dans une publication récente, M. le docteur Macloughlin résume en ces termes les résultats d'une enquête faite à ce sujet à Londres :

Sur 878 décès attribués au choléra dans Londres, depuis le mois de juillet 1853 jusqu'en février 1854, il ne s'en est trouvé que 21 dont on ait affirmé que le choléra avait été foudroyant, c'est-à-dire sans diarrhée antécédente, sans prodrome.

M. Macloughlin ayant ouvert une véritable enquête au sujet de ces 21 attaques prétendues exceptionnelles, il est parvenu à constater ce qui suit :

Sur ces 21 cholériques, 15 avaient eu bien réellement le corps dérangé avant les crampes et les vomissements (mais le dévoiement, chez eux, avait été de peu de durée); chez un autre, il y avait eu motif intéressé à céler la diarrhée prodromique; pour deux autres, le 17e et le 18e malade, c'était sans examen que les médecins avaient attesté l'absence des excrétions prodromiques; enfin, chez les trois autres, il y avait eu erreur dans la désignation de la maladie et de la cause de la mort, faussement attribuée au choléra; ce qui réduit, en définitive, à néant les prétendues exceptions à la loi de la période prodromique.

Il serait superflu de reproduire ici les documents qui nous parviennent chaque jour, et qui concourent tous à confirmer la constance de la diarrhée prodromique.

Eh bien ! ce fait de la diarrhée prodromique est, répétons-nous, d'une importance capitale, et qui ne peut plus aujourd'hui échapper à personne. « Si l'on est bien pénétré de cette vérité, écrivait M. Tardieu en 1849 dans son *Traité du choléra*, que la vie d'un grand nombre d'hommes dépendra du soin avec lequel on observera et l'on combattra les phénomènes précurseurs du choléra, ou possédera sans contredit le plus sûr spécifique pour diminuer les ravages de cette cruelle maladie. »

C'est là une vérité incontestable, et, si l'épidémie actuelle n'a pas fait de plus grands ravages à Londres, à Paris et dans certaines autres grandes villes, on peut sans trop présumer l'attribuer, en grande partie au moins, à ce que cette notion y a été plus répandue et plus généralisée dans ses applications que dans les épidémies précédentes. (Nous faisons, bien entendu, dans l'énoncé de cette proposition, la part de l'intensité de l'impulsion épidémique qui, arrivée à un certain degré, ne laisse même aux soins préventifs que de faibles chances de succès.) Maintenant quels sont les moyens qu'il convient le mieux d'opposer soit à la diarrhée, soit aux autres phénomènes prodromiques, et quelle doit être la base de la prophylaxie du choléra envisagée d'une manière plus générale? C'est ce que nous examinerons dans un prochain article.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. AD. RICHARD.

Guérison d'une fracture de la base du crâne. — Écoulement de sérosité par la narine remarquable par son abondance, son apparition tardive et intermittente.

Grâce aux progrès de l'anatomie chirurgicale et surtout à la belle découverte de M. le professeur Laugier, les fractures de la base du crâne sont, dans certains cas bien déterminés, d'un diagnostic absolument certain; et bien qu'elles se dérobent à la vue et au toucher, le chirurgien peut alors les reconnaître plus sûrement et plus facilement que les fractures bien plus accessibles qui intéressent les côtes, l'omoplate, le bassin, le haut de l'humérus ou du fémur, les os qui forment le coude.

Le pronostic de ces graves blessures est beaucoup plus vague. Et pour ne parler que de leur issue finale, une opinion trop répandue tend à les regarder comme presque fatalement mortelles. Les fractures de la base du crâne sont presque toujours mortelles,

(1) Ces exceptions ont été peut-être un peu plus nombreuses dans l'épidémie actuelle, bien que nous ne les ayons constatées pour notre part que très rarement; mais cela tient à une circonstance particulière que nous avons déjà eu l'occasion de signaler plusieurs fois dès le commencement de cette épidémie et sur laquelle nous reviendrons plus tard, l'existence d'affections antécédentes de diverse nature qui ont pu jouer le rôle de prodromes.

a dit Boyer; et, de nos jours, les recherches de M. Malgaigne venaient appuyer la sévérité de ce pronostic.

On sait que M. Malgaigne, cherchant à prouver que les fractures de la base du crâne ne sont point capables de se consolider, ne put trouver dans les annales de la science que deux autopsies d'individus ayant survécu à cette blessure un temps assez long pour venir à l'appui de la proposition : un malade de Duverney, mort trois mois après l'accident; un autre de Nauran, qui succomba après trois ans de souffrances.

Dans ces derniers années pourtant, plusieurs guérisons de fractures de la base du crâne avec écoulement de liquide céphalo-rachidien ont été rapportées dans la presse médicale.

L'exemple qui va suivre est remarquable à plusieurs titres. L'observation en a été recueillie avec détail par M. Letellier, interne dans le service de M. Ad. Richard à l'hôpital Saint-Antoine. Nous lui conservons à dessein tout son développement, à cause de la singularité exceptionnelle des symptômes. Pour une question qui se débattait encore contradictoirement il y a quelques jours au sein de la Société de chirurgie, à savoir, l'origine de l'écoulement séreux dans les fractures du crâne, rien ne doit être perdu ni négligé.

Piéplu (Ferdinand), maçon, âgé de trente-cinq ans, entra le 8 juin 1854 salle Saint-François, n° 6.

Le 9 juin, hier, vers la fin de la journée, cet homme se trouva pris sous un éboulement. A la suite de cet accident il perdit connaissance, et au moment où il fut apporté à l'hôpital il était dans un état comateux très prononcé. Il eut alors une épistaxis très abondante, pour laquelle on pratiqua le tamponnement. Pendant la nuit, grande agitation avec douleurs intenses du côté de la tête. Ce matin, persistance de la céphalalgie; le malade, bien que dans un état semi-comateux, répond convenablement aux questions. L'écoulement du sang par le nez a complétement cessé; mais un épanchement sanguin considérable s'est produit dans les paupières supérieures, surtout à gauche, où la conjonctive oculaire est également ecchymosée et enveloppe la cornée d'un cercle rouge foncé. De ce côté les mouvements de l'œil sont conservés, mais à droite ils ont disparu. La sensibilité et la motilité des autres parties du corps ne présentent encore aucune altération bien manifeste. — Saignée de 5 palettes; sinapismes aux jambes; deux pots d'orge avec 1 centigr. d'émétique dans chaque.

Le 10 juin, moins de céphalalgie; point de nouveaux symptômes cérébraux. Le malade reste couché sur le dos, dans une sorte de sommeil apoplectique, d'où on le tire d'ailleurs assez facilement en l'interrogeant à très haute voix. Le pouls est à 100. — Sinapismes; émétique en lavage.

Le 11, même état cérébral. Le gonflement des paupières supérieures a un peu diminué, mais la teinte ecchymotique a envahi tout le pourtour des orbites; cette ecchymose est surtout prononcée à gauche, où l'ecchymose sous-conjonctivale est devenue générale et très intense. A l'œil droit, où les mouvements restent supprimés, la teinte rouge de la conjonctive n'existe que vers le cul-de-sac palpébral. On constate, en outre, un affaiblissement de la myotilité de tout le côté droit avec douleurs dans le bras correspondant. — Deux ventouses scarifiées en arrière de chaque oreille; sinapismes; émétique en lavage.

Le 12, céphalalgie toujours très vive, surtout à droite. La pupille de ce côté est manifestement plus dilatée que de l'autre. Malgré l'émétique en lavage, il n'y a pas encore eu de selles. — Une bouteille d'eau de Sedlitz; une ventouse scarifiée derrière chaque oreille; bouillons.

Le 13, persistance du même état cérébral consistant en un état semi-comateux, qui n'empêche toujours pas le malade de répondre aux questions. — Deux ventouses scarifiées.

Le 15, l'état général reste le même; pas de fièvre; le pouls depuis deux jours reste à 72. Bien que la céphalalgie persiste, le malade demande à manger. Du côté des yeux, il y a à noter l'abolition complète de la vue de l'œil gauche. A gauche, la paralysie complète de tous les muscles de l'œil, y compris le releveur de la paupière supérieure, paraît devoir indéfiniment persister; la vue cependant est intacte. — Un verre d'eau de Sedlitz; émétique en lavage; une portion.

Le 16, céphalalgie toujours très vive, et surtout à droite, mais pas de fièvre. L'hémiplégie faciale du côté droit est actuellement bien marquée; toutefois il n'y a pas de paralysie complète, il y a simplement diminution de la sensibilité et de la myotilité. — 2 ventouses scarifiées, sinapismes.

Le 17, le malade a moins souffert de la tête. Apparition d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien par la narine gauche; cet écoulement se fait goutte à goutte, mais très rapidement. Toujours pas de fièvre; bon état des voies digestives. — 2 ventouses scarifiées, sinapismes.

Le 18, l'écoulement du liquide céphalo-rachidien s'est arrêté hier dans la soirée; il a été assez abondant pour mouiller complétement le mouchoir du malade, une alèze pliée en plusieurs doubles et la taie de l'oreiller. 15 à 20 grammes de ce liquide ont été recueillis en un temps assez court. L'analyse par la chaleur, l'acide nitrique et le tanin a prouvé qu'il ne contenait pas traces d'albumine. Le nitrate d'argent y a au contraire déterminé un abondant précipité de chlorure d'argent. La composition de ce liquide, qui a apparu neuf jours seulement après l'accident, est donc celle du liquide sous-arachnoïdien. L'état de l'œil gauche reste le même, mais à droite la conjonctive est fortement œdématiée et forme un chémosis considérable. La cornée a perdu toute sensibilité, et on la touche impunément soit avec une tête d'épingle, soit avec le stylet sans que le malade accuse la moindre sensation. Cette membrane commence d'ailleurs à perdre sa transparence, et à sa partie inférieure elle offre une tache jaune opaque assez semblable à un abcès interlamellaire. La pupille reste toujours plus dilatée qu'à gauche. Malgré ces symptômes divers, il n'y a dans l'œil ni douleur, ni photophobie, ni larmoiement. — 2 ventouses scarifiées derrière chaque oreille; cessation de l'émétique en lavage.

Le 19, l'écoulement du liquide céphalo-rachidien a recommencé hier au soir, et ce matin, en pressant l'aile du nez contre la cloison, on en fait encore sortir quelques gouttes. Il pourrait d'ailleurs bien se faire qu'une partie du liquide tombât dans le pharynx. On croirait que le malade dort constamment, mais il n'est qu'assoupi, et il dit souffrir toujours beaucoup de la tête. D'ailleurs il n'y a pas de fièvre, et l'appétit se maintient bien. — Eau de Sedlitz, sinapismes; une portion.

Le 20, réapparition pendant la nuit de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, et avec assez d'abondance pour mouiller la taie d'oreiller et deux alèzes. Les douleurs persistent avec une grande intensité dans le côté droit de la tête, surtout pendant la nuit. L'ecchymose sous-conjonctivale gauche commence à disparaître. En rapport avec cette résorption du sang épanché, la vue se rétablit et le malade commence à distinguer le nombre des doigts. Dans l'œil droit les symptômes restent les mêmes, seulement la tache jaune opaque de la partie inférieure de la cornée a un peu augmenté. La vue, du reste, n'est aucunement altérée. L'état de la myotilité et de la sensibilité du côté droit du corps reste le même; il y a diminution, mais non abolition. A la face, la partie qui reçoit du plexus cervical est un peu plus sensible que celle qui est animée par la cinquième paire. L'appétit se maintient; le malade mange seul sa portion. — 6 ventouses scarifiées, sinapismes.

Le 21 chaleur à la peau; 84 pulsations. Il y a eu du délire hier au soir et pendant la nuit. Ce matin le malade est calme; l'écoulement du liquide céphalo-rachidien a cessé. — 6 ventouses scarifiées à la nuque; sinapismes. Bouillons et potages.

Le 22, la journée d'hier a été calme; le pouls était retombé à 72. Néanmoins le malade n'a cessé d'accuser des douleurs de tête excessives, et dans la soirée le délire, consistant surtout dans l'incohérence des discours, a reparu. Pendant la nuit, nouvel écoulement de liquide céphalo-rachidien, après une interruption de deux jours. Cet écoulement a été assez abondant pour que l'infirmier ait pu recueillir en trois à quatre minutes deux cuillerées du liquide, qui cette fois était mélangé d'une masse gélatiniforme transparente, probablement constituée par le mucus nasal. Le sang épanché dans la cavité orbitaire gauche est presque entièrement résorbé. La vue est bien rétablie. Dans l'œil droit, chémosis considérable; ulcération de la cornée au niveau de la tache jaune opaque, mais point de vascularisation cornéale. L'œil est devenu douloureux. Ce matin le pouls est à 92. — On rase le cuir chevelu et on applique un large vésicatoire sur la partie antérieure du crâne et sur le cuir chevelu.

Le 23, l'écoulement du liquide céphalo-rachidien a complétement cessé depuis hier au soir. Le pouls est à 96, et le faciès est altéré. Cependant l'état des voies digestives se maintient bien; la langue est presque naturelle, et le malade demande à manger. On ne peut plus toucher à l'œil droit sans déterminer de vives douleurs. L'immobilité du globe oculaire et le prolapsus de la paupière supérieure persistent.

Le 24, réapparition du liquide céphalo-rachidien, qui s'est encore écoulé avec abondance. Le malade souffre moins de la tête. La paralysie du côté droit de la face est cependant plus prononcée que les jours précédents.

Le 25, l'écoulement a cessé hier vers le milieu du jour. Dans la soirée et pendant la nuit le délire recommence; le malade n'a cessé de chanter. Ce matin il dit qu'il se trouve bien; le pouls est à 96, mais la peau est assez fraîche. — Sinapismes. Bouillons et potages.

Le 26, pouls à 84, température normale. Les douleurs de tête ont disparu; le malade ne souffre plus que dans l'œil droit, où il y a toujours un chémosis considérable et où l'ulcération cornéale gagne en profondeur, mais à peine en largeur. La vue toutefois se maintient de même qu'à gauche, où tout est à peu près à l'état normal.

Le 27, pendant la nuit le malade a eu plusieurs selles très liquides et abondantes. Ce matin il y a un refroidissement manifeste des extrémités, de sorte que, malgré l'absence de vomissements, il est probable qu'il y a là une influence cholérique. — Lavement avec 15 gouttes de laudanum. A l'intérieur, 15 gouttes de laudanum dans de l'eau sucrée.

Le 28, les accidents intestinaux ont notablement diminué d'intensité. Le malade se trouve assez bien; le pouls est à 68. — Bouillons et potages.

Le 3 juillet, pouls à 56. Le malade a bon appétit et mange actuellement deux portions. Bien qu'il reste toujours dans cet état d'hébétude, d'où il n'est pas sorti depuis le commencement de sa maladie, il répond cependant d'une façon convenable aux questions. Lorsqu'on touche l'œil droit, on réveille de vives douleurs; la cornée toutefois reste insensible. Pas de selles depuis deux jours. — Eau de Sedlitz, deux portions.

Le 12, le malade allait très bien; il ne souffrait presque plus, mangeait avec appétit, commençait à sortir de sa somnolence et à causer un peu avec son voisin. Mais pendant la nuit dernière il a été pris de douleurs de tête très vives siégeant surtout au-dessus de l'œil droit, où la conjonctive et le ramollissement de la cornée continuent d'ailleurs. M. A. Richard craint que ces douleurs ne soient l'indice d'une nouvelle poussée inflammatoire du côté des organes intra-crâniens, et fait appliquer un large vésicatoire sur le front et le cuir chevelu.

Le 14, les douleurs ont en partie cédé au vésicatoire. Le ramollissement et l'ulcération de la cornée s'avancent maintenant jusqu'au niveau de la pupille. Celle-ci a recouvré sa contractilité, en même temps les muscles animés par la troisième paire commencent à imprimer quelques mouvements à l'œil. La conjonctive reste toujours très injectée, mais la cornée n'offre aucune vascularisation. L'œil dans sa totalité a subi une atrophie évidente.

Le 19, l'état général est excellent. Le malade ne se plaint plus que de l'œil droit, où il y a toujours des douleurs très vives et où la photophobie est devenue très marquée.

Le 26, depuis trois à quatre jours la vue de l'œil gauche, qui s'était parfaitement rétablie, baisse et devient confuse. Il n'y a cependant ni douleur ni aucun état anatomique capable d'expliquer ce fait.— Large vésicatoire sur la partie du front correspondante.

Le 1er août, l'affaiblissement de la vue n'a pas fait de nouveaux progrès et le mal paraît arrêté dans sa marche. Le malade voit encore assez pour distinguer une fleur, sa forme et sa couleur. A droite, les douleurs intra-orbitaires restent toujours assez vives pour troubler le sommeil; le malade est réveillé par des élancements violents qui retentissent dans tout ce côté de la tête. L'ulcération de la cornée occupe environ un tiers de cette membrane, et pour que la vue s'exerce il faut que les rayons lumineux arrivent par la partie supérieure. La paralysie du moteur oculaire commun diminue tous les jours un peu; néanmoins le prolapsus de la paupière supérieure reste complet.

Il y a toujours diminution légère de la sensibilité et du mouvement à droite; le malade rapporte qu'il sent moins bien la lame du rasoir de ce côté.

L'état général se maintient d'ailleurs dans d'excellentes conditions, et ces jours derniers on a pu commencer à le lever un peu. — Deux portions, nouveau vésicatoire au-dessus de l'œil.

Le 5 août, l'état de l'œil droit est de plus en plus mauvais. Il y a une conjonctivite intense; l'ulcère de la cornée prend une forme inflammatoire; il gagne en profondeur, et on y constate le développement de quelques vaisseaux. L'iris, à peu près sain jusqu'à présent, a pris une teinte louche, et on dirait qu'à la partie inférieure de la chambre antérieure il y a un liquide un peu opaque. — Vésicatoire au-dessus de cet œil; collyre avec sulfate de cuivre, 10 centigr.; eau, 30 grammes.

Le 6, il y a eu perforation de la cornée et écoulement de l'humeur aqueuse. Actuellement l'œil est affaissé; les paupières et la conjonctive sont rouges et œdématiées et le malade dit souffrir beaucoup. — Occlusion de l'œil.

Le 14, l'humeur aqueuse s'est reproduite dans l'œil droit; les douleurs y ont presque entièrement cessé, et la cornée paraît devoir se réparer. La vue de l'œil gauche, quoique faible, se maintient cependant dans d'assez bonnes conditions. On applique un nouveau vésicatoire au-dessus de l'orbite de ce côté.

L'état général se maintient dans les meilleures conditions; le malade se trouve très bien; il se lève et mange quatre portions.

Le 5 septembre, l'état du malade est toujours allé en s'améliorant. Actuellement il est assez fort pour se lever et se promener pendant la plus grande partie du jour. Les membres du côté droit ne sont pas sensiblement plus faibles que ceux du côté gauche. A la face, au contraire, il y a toujours une légère déviation à gauche. Il n'y a plus maintenant de douleurs ni dans la tête ni dans les yeux. La vue de l'œil gauche reste faible, mais elle est nette. A droite, où l'œil est sensiblement atrophié, il n'y a plus de conjonctivite; le travail de réparation de la cornée a continué, et la portion de cette membrane atteinte de ramollissement ne tranche plus sur la transparence de la portion restée saine que par une teinte louche et le dépoli de la surface. L'iris est parfaitement sain, la pupille se contracte bien et la perception des images est nette, pourvu toutefois que les rayons lumineux arrivent par en haut.

Quant aux mouvements, ils sont assez bien rétablis, si ce n'est dans le droit externe et le releveur de la paupière supérieure, qui reste affectée de prolapsus.

En un mot, le malade est actuellement assez bien pour pouvoir sortir de l'hôpital, qu'il quittera d'ici à peu de jours.

Le 15 septembre, le malade, entièrement rétabli, va sortir de l'hôpital.

Réflexions. — Le diagnostic a été ici d'une évidence parfaite. Une fracture s'est faite à la base du crâne, intéressant la moitié droite de l'étage antérieur de cette base, très probablement la voûte de l'orbite et la lame criblée de l'ethmoïde. L'épanchement sanguin qui en a été la suite a dû être considérable, à en juger par la paralysie de la plupart des nerfs crâniens du côté opposé, jointe à l'hémiplégie des membres.

Ici se présente, mais sous une forme plus saisissante, l'insoluble difficulté qu'offre tous les jours l'examen des paralysés à la suite d'hémorrhagies cérébrales.

La lésion cérébrale siége à droite ; le bras et la jambe sont paralysés; jusque-là rien de plus naturel, c'est une conséquence de l'entre-croisement des pyramides. Mais comment expliquer la paralysie des troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième paires du côté gauche?

On trouve quelques observations où la quantité de liquide céphalo-rachidien a été aussi abondante que dans le cas actuel, et on peut estimer que le malade en perdit de 5 à 800 grammes par jour.

Mais ce qui donne un intérêt unique à la relation de ce fait, c'est l'apparition tardive de cet écoulement, le neuvième jour après l'accident. C'est aussi son intermittence. Il dure, en effet, du 17 au 25 juin, mais en cessant absolument durant quatre heures, dix heures, trente-six heures, pour reparaître de nouveau et avec la même abondance.

L'action de la cinquième paire sur la nutrition de la cornée gauche a été bien curieuse à étudier. Quelle différence entre la vitalité de cette membrane et celle des cartilages auxquels on l'a souvent et tout dernièrement encore comparée! Nous l'avons vue s'ulcérer aussi vite qu'elle s'est réparée dès que l'innervation du trijumeau lui est revenue.

Dans la guérison de ce malade, il est difficile de faire la part du traitement : il faut néanmoins remarquer que celui-ci a été très actif et incessant. Après une saignée initiale, les sinapismes n'ont cessé d'être appliqué sur le bas des jambes pendant un mois; dans le même temps, vingt-six ventouses scarifiées ont été posées autour de la tête. L'émétique en lavages et de temps en temps un ou deux verres d'eau de Sedlitz ont agi sur l'intestin. Mais ce qui paraît surtout avoir été très utile, c'est l'application successive de trois larges vésicatoires volants sur le cuir chevelu préalablement rasé.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

De l'acné et de ses différentes variétés (1).

DEUXIÈME PARTIE. — ACNÉS DARTREUSES.

Mais en voilà assez sur ces différentes affections, auxquelles les dermatologistes donnent le nom d'acné; passons actuellement aux formes qui auraient dû seules nous occuper, et qui appartiennent à l'ordre des *dartres*. Elles sont caractérisées par des rougeurs, des pustules, des tubérosités qui ont pour siége principal le visage. Elles se présentent sous plusieurs aspects différents, dont on a fait des variétés, et qui ne sont souvent que les divers degrés de la même affection, coexistent très souvent les unes avec les autres ou se succèdent. Ce sont : 1° l'*acne simplex*; 2° l'*acne indurata*; 3° l'*acne rosacea*.

Acne simplex. — Elle débute ordinairement par le nez, les joues ou le front. C'est d'abord une petite tache rouge, qui s'élève et devient une pustule miliaire. La pustule, rompue, se recouvre d'une petite croûte noirâtre. Celle-ci tombe, et la rougeur ne disparaît pas; elle persiste souvent pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs mois. D'autres pustules se développent de la même manière dans le voisinage des premières, soit simultanément, soit successivement, et les taches rouges peuvent envahir toute la face. Il s'y joint quelquefois un peu de desquamation. La maladie dure ainsi pendant plusieurs années d'une manière continue ou avec des alternatives de guérison et de récidive.

Acne indurata. — Ici, la base de la pustule est constituée par une tumeur solide, rénitente, du volume d'une grosse tête d'épingle ou même d'un pois, et que surmonte une pustule. Cette pustule parcourt ses périodes avec beaucoup de lenteur, et quand elle est rompue sa base indurée persiste, de sorte qu'après plusieurs éruptions successives le visage est comme hérissé d'une multitude de petites tumeurs. Dans certains cas, ces tumeurs sont prises d'une inflammation suppurative; il se forme là de petits abcès cutanés qui se vident et laissent des cicatrices assez profondes, et analogues à celles de la variole. Aussi arrive-t-il souvent que le visage des personnes atteintes de cette affection est maculé simultanément de taches rouges et de petites cicatrices. S'il s'y joint une couche huileuse d'*acne sebacea*, l'aspect est véritablement repoussant. Il peut encore y avoir un gonflement plus ou moins considérable de la peau, un développement variqueux des veinules de la face, surtout aux environs du nez. Enfin, dans certaines circonstances, le tissu cellulaire sous-cutané est lui-même boursouflé; il se forme alors sur le nez des tumeurs bourgeonnantes quelquefois très volumineuses, et qui semblent comme des nez nouveaux surajoutés au nez normal. La difformité peut être portée au point de constituer un état pathologique qui réclame l'intervention de la chirurgie. C'est ainsi que Sanson dut enlever plusieurs tumeurs de ce genre siégeant sur le nez d'un ancien haut fonctionnaire de l'empire, M. Pons (de l'Hérault).

Acne rosacea, gutta rosea (*couperose*). — La couperose est caractérisée par des surfaces ou plaques rouges siégeant exclusivement au visage et particulièrement au nez, aux joues; sur ces plaques se forment habituellement de petites pustules miliaires, à durée éphémère, qui diffèrent par conséquent beaucoup des pustules de l'*acne indurata* et même de celles de l'*acne simplex*. Ces mêmes plaques sont quelquefois squameuses, et alors elles ressemblent assez au pityriasis; le plus habituellement elles sont constituées on entourées par une dilatation variqueuse très fine, très déliée des plus petits vaisseaux de la peau, de manière à former des arborisations qui ressemblent aux injections au carmin parfaitement réussies.

Ces trois différentes formes de l'acné dartreuse ne présentent pas de phénomènes locaux appréciables en dehors de la coloration et des pustules; à peine un peu de démangeaison ou de cuisson, plus souvent de la chaleur.

Du reste, en leur qualité de dartres, elles tendent à gagner de proche en proche et à récidiver.

Le *diagnostic* est en général très facile. Et, en effet, pourrait-on confondre les plaques rouges et pustuleuses de l'*acne rosacea* avec les larges surfaces ulcérées ou fendillées et sécrétantes de l'eczéma?... Prendra-t-on les pustules pleines de pus dc l'ecthyma pour les pustules acuminées et à base dure et épaisse de l'*acne indurata?* etc....

Relativement au *pronostic*, le siége spécial de la maladie qui s'en prend au visage, les taches rouges, les pustules qui la constituent et qui maculent d'une façon tout à fait disgracieuse le nez, les joues, le front, et enfin l'aspect véritablement hideux qu'elle donne quelquefois à la figure, font de l'acné une affection, sinon grave en ce sens qu'elle ne compromet pas la vie, du moins une cause de chagrin et de tourment pour les sujets qui en sont atteints, surtout si ce sont des femmes. Ajoutez que l'acné est très tenace, très rebelle; qu'elle récidive souvent et que, même après la guérison, elle laisse des cicatrices, des taches rouges, des dilatations variqueuses arborisées qui privent la physionomie de sa fraîcheur et de son éclat.

Étiologie. — Les formes non dartreuses de l'acné sont, comme nous l'avons vu plus haut, l'apanage de la jeunesse. Il n'en est pas de même des formes dartreuses; elles se montrent surtout vers l'âge de 40 à 50 ans. Les femmes en paraissent plus souvent atteintes que les hommes, particulièrement vers l'âge critique. On a dit que cette dartre est un effet de la ménopause; je crois que c'est une erreur, car elle la précède souvent. Les femmes sont surtout exposées à la couperose, tandis que les hommes le sont plutôt à l'*acne indurata*. Le tempérament sanguin paraît être une prédisposition manifeste; chez les personnes de ce tempérament, rien de plus commun que ces dilatations variqueuses qui semblent être l'exagération d'une coloration vive et animée. Enfin, parmi les causes prédisposantes, il faut noter l'hérédité comme une des plus actives.

Les causes occasionnelles consistent habituellement dans les excès de table, dans l'abus des aliments trop substantiels et des alcooliques. Les chagrins, les fatigues intellectuelles avec veilles prolongées et privation d'exercice au grand air exercent encore une grande influence. Chez les femmes, on a accusé l'usage de corsets trop serrés qui, gênant la circulation du sang, détermineraient une stase du sang vers les parties supérieures; assurément l'action de cette cause est incontestable, mais elle n'est pas aussi constante que certaines personnes ont paru le croire. M. Cazenave a cherché à rattacher les éruptions de l'acné à des désordres de la menstruation absente ou moins abondante. Mon expérience, comme je vous l'ai fait pressentir tout à l'heure à propos de l'âge critique, n'a pas confirmé les assertions de mon savant collègue. Il est parfaitement vrai que l'*acne juvenilis* (forme non dartreuse) se montre particulièrement chez les jeunes filles mal réglées, et que l'éruption disparaît quand la menstruation se régularise; mais il ne faut pas oublier que cette acné est aussi fréquente chez l'homme!... Pour celui-ci, on a voulu, je le sais, faire dépendre la maladie d'une affection organique de l'intestin ou du foie; mais ici encore mes observations ne confirment pas celles de M. Cazenave. En résumé, je ne puis admettre comme causes réelles qu'une disposition particulière des follicules pour les acnés non dartreuses, et une disposition générale (diathèse) pour les acnés dartreuses.

Le *traitement* des différentes formes d'acné dues à la diathèse dartreuse comprend, comme celui des autres maladies de ce groupe, des moyens locaux et des moyens généraux.

Les moyens généraux sont les mêmes que deux déjà tant de fois indiqués ponr les différentes sortes de dartres, et en tête les purgatifs répétés, surtout les purgatifs salins. Quelques personnes emploient aussi avec avantage les pilules aloétiques. La médication évacuante convient d'une manière toute particulière dans l'*acne simplex* et dans l'*acne rosacea*. Les sulfureux à l'intérieur, l'eau d'Enghien, par exemple, sont parfaitement indiqués. Notons encore les bains de vapeur et les douches avec les eaux sulfureuses naturelles ou artificielles. Les douches de vapeur simple en arrosoir sont souvent très utiles en déterminant une excitation qui favorise la résolution des points indurés.

Relativement aux moyens locaux ou topiques, nous mentionnerons d'abord l'utilité, dans les cas simples, des onctions avec des pommades rafraîchissantes (la pommade de concombre, le *cold cream*), l'application des poudres de riz ou d'amidon, les lotions d'eau aiguisée avec les différents vinaigres cosmétiques. Si ces moyens échouent, on aura recours à une médication plus active: lotions avec de l'eau aromatisée au moyen des alcoolats de lavande, de Cologne; lotions avec l'eau blanche de Goulard. Les pommades mercurielles sont très usitées. On donnera la préférence à celles qui ont ponr base le sublimé (15 à 30 centigr. de sublimé pour 30 gram. d'axonge.) Enfin, quand on échoue, on peut avoir recours à une médication plus active, qui a pour but de déterminer une vive irritation au niveau des parties malades, afin de substituer à l'affection chronique et persistante qui constitue l'acné une inflammation aiguë, artificielle, plus facile à guérir. Dans cette intention, on emploiera l'huile de cade, la pommade au garou, la pommade épispastique; on parvient ainsi à aviver l'inflammation et à déterminer une résolution des parties indurées. Mais il faut bien savoir qu'après une guérison laborieusement obtenue l'acné peut récidiver, ou bien qu'à la suite de l'exacerbation artificielle la maladie peut reparaître telle qu'elle était auparavant.

Un régime rafraîchissant, l'abstinence des substances irritantes, des vins, des liqueurs, etc., peuvent contribuer à la guérison; mais il ne faudrait pas compter sur ces moyens employés seuls.

On a vanté l'usage de certaines eaux minérales sulfureuses, telles que celles de Saint-Sauveur, d'Uriage, de Saint-Gervais. Les eaux sulfureuses ont une action d'autant plus avantageuse qu'elles sont en même temps purgatives.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

GÉNÉRATION SPONTANÉE D'ACIDE CYANHYDRIQUE DANS UN MÉDICAMENT.

Par M. Plumber.

Un fait qu'il est important de signaler vient de se passer en Amérique.

Un jeune docteur, atteint de dyspepsie, faisait usage depuis longtemps d'une mixture composée de teinture de jusquiame et de sous-carbonate de potasse. Le traitement ayant été suspendu quelques jours, la mixture resta exposée à l'action de l'air et subit un commencement de fermentation; le malade, en ayant repris l'usage, éprouva tout à coup des symptômes alarmants. Il perdit connaissance pendant plus d'une demi-heure, puis resta étourdi et privé de ses facultés pendant un temps assez long.

L'auteur de cette observation, M. Plumber (de Richmond), ayant été appelé, soupçonna un cas d'empoisonnement : ayant examiné la mixture, il fut tout d'abord frappé de l'odeur d'amandes amères qui s'en dégageait, et s'assura par l'analyse qu'elle contenait de l'acide cyanhydrique en proportion plus que suffisante pour expliquer les accidents graves qu'avait éprouvés le malade.

M. Plumber attribue la présence de l'acide à la réaction de l'alcali sur la matière organique en fermentation. On en voit, en effet, de fréquents exemples en chimie, et, quoique des cas de cette nature soient nouveaux dans la pratique médicale et qu'ils réclament la confirmation de l'expérience, il est utile de les signaler et de faire ressortir le danger qu'il peut y avoir à prescrire les alcalis conjointement aux matières organiques. (*Americ. journ. of phar.*)

SEL DE PRESTON (PRESTON SALTS).

On demande quelquefois dans les pharmacies un sel anglais connu sous le nom de *Preston Salts*.

M. Mounsey en a publié une excellente formule :

Essence de girofle.	4	grammes.
— de lavande anglaise.. .	8	—
— de bergamote.. . . .	20	—
Ammoniaque liquide très forte. .	500	—

Mélangez pour essence.

On remplit à moitié les flacons de carbonate d'ammoniaque concassé et l'on achève de remplir avec du carbonate d'ammoniaque pulvérisé. On ajoute ensuite autant d'essence que le sel peut en absorber.

POMMADE SICCATIVE DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES.

Par M. Bourgeois de Faverdaz, pharmacien.

Souvent les gens de campagne contractent des plaies aux jambes, qui, par leur négligence, deviennent très difficiles à guérir. J'ai l'honneur de vous soumettre un moyen que j'ai toujours vu réussir : Lavez la plaie matin et soir avec une décoction très concentrée de feuilles de noyer et d'écorce de chêne, étendez ensuite sur la plaie une couche légère de la pommade suivante :

Sous-carbonate de plomb,		
Litharge en poudre, de chaque.	15	grammes.
Cachou en poudre très fine. . .	20	—
Eau pour délayer le cachou. . .	30	—
Huile d'olives..	60	—
Cire jaune..	15	—
Axonge balsamique..	125	—

F. s. a.

PATE PHOSPHORÉE.

La préparation et la conservation de cette pâte, généralement préférée aujourd'hui aux préparations arsenicales pour la destruction des animaux nuisibles, présentent deux graves inconvénients; la facilité du phosphore à s'enflammer dans l'eau bouillante et sa prompte fermentation. On les évite en préparant la pâte d'après la formule suivante : On triture jusqu'à liquéfaction 6 parties de phosphore et une partie de soufre purifié avec 6 parties d'eau froide que l'on ajoute par portions; on y mêle ensuite 2 parties farine de moutarde, 10 parties d'eau froide, 8 parties de sucre et 12 parties farine de seigle; on remue jusqu'à consistance de pâte molle et l'on conserve dans des pots bien bouchés. (*Neues Jahrb. für Pharm.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 septembre 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet : 1° le rapport de M. de Montozon, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château-Gontier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Chatelain. (Commission des épidémies.)

2° Le rapport final de M. le docteur Du Ganoy, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Saint-Etienne-du-Vigan depuis le mois de mai jusqu'au 15 août dernier.

Choléra. — Le même ministre transmet une notice contenant la relation sommaire des observations faites par M. Thomas, pendant sa mission dans la Haute-Marne, sur les épidémies de suette et de choléra qui ont affligé ce département.

M. Thomas a obtenu, sur 105 cas de choléra algide grave, 71 guérisons; il a perdu 34 malades, ce qui laisse en faveur des guérisons un excédant de 37 sur les morts, ou un peu plus des deux tiers rendus à la santé. Ce résultat a été obtenu par la médecine des symptômes, ou la méthode dite des indications.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Succédanés du quinquina. — M. Gintrac (de Bordeaux) informe l'Académie qu'il se propose d'expérimenter les pilules du sieur Boula, qu'elle vient de lui adresser.

Choléra. — M. Albert père, de Saint-Chinian (Hérault), annonce que l'épidémie est entrée en voie d'amélioration dans cette localité.

Fractures de la cuisse par plaies d'armes à feu. — M. Ribes fils réclame contre les assertions contenues dans la communication de M. Hutin relative au résultat des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe dont se compliquent les plaies par armes à feu, particulièrement en ce qui concerne les

faits avancés et les opinions émises par son père. (Renvoi à la commission nommée.)

Choléra. — M. Martin, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Arles, adresse un mémoire ayant pour titre : *Du choléra épidémique observé dans la ville d'Arles et son territoire en 1854, faisant suite aux quatre choléras des années précédentes* (*1832, 1835, 1837 et 1849*). L'auteur désigne le choléra de 1854 sous le nom de choléra avec prédominance du caractère asthénique. (Commission du choléra de 1854.)

Vapeurs d'huiles essentielles contre le choléra. — M. Letellier (de Napoléon-Saint-Leu-Taverny) communique une observation relative aux effets des vapeurs des huiles essentielles, dont il préconise l'emploi contre la cause du choléra. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Atractylis gummifera. — M. Rancurel, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Douéra (Algérie), envoie un rapport médico-légal relatif à l'empoisonnement par l'*atractylis gummifera*, en réponse aux assertions de son interne, M. Commaille. (Commission nommée; M. Chatin rapporteur.)

Amygdalotome. — M. Mathieu présente une modification qu'il a fait subir à l'instrument de Fanestock. Cet instrument est muni de trois anneaux et n'a plus de manche. Sa manœuvre n'exige jamais que l'emploi de la main droite, quel que soit le côté sur lequel on opère ; elle se compose de trois temps, qui se réduisent pour l'opérateur à un seul mouvement, lequel consiste simplement à rapprocher les deux anneaux fixes maintenus par l'indicateur et le médius, et l'anneau mobile que fait avancer le pouce.

On obtient ainsi, et d'une manière instantanée, la fixation de l'amygdale, son élévation et sa section, trois temps qui, ainsi que nous venons de le dire, se réduisent au simple rapprochement des anneaux dans une direction constante.

L'instrument se démonte entièrement en imprimant un quart de tour à la clef, ce qui permet de l'entretenir dans un état de propreté très facilement.

Aiguilles à staphylorapbie. — M. Charrière fils adresse une note en réponse à la réclamation faite dans la dernière séance par M. Mathieu au sujet d'un nouveau modèle d'aiguille brisée.

M. Mathieu dit avoir fait ces mêmes aiguilles, il y a trois ans, pour M. Chassaignac, qui les a employées dans son service. M. Charrière a pris des renseignements auprès de ce chirurgien, et sa réponse consiste en ce qu'il avait voulu en effet essayer des aiguilles présentées par ce fabricant, mais que ces essais n'avaient pas été heureux, que les deux pointes de l'aiguille s'étaient écartées en faisant hameçon dans les tissus et qu'il avait été obligé d'y renoncer complétement.

M. Chassaignac a ajouté que les aiguilles de M. Charrière, dont le principe diffère en tout de celles de M. Mathieu, étaient justement ce qu'il avait demandé à ce dernier; elles ont été employées avec succès dernièrement par MM. Giraldès et Richard dans leurs services à l'hôpital.

— M. Alix adresse un paquet cacheté, dont le dépôt est accepté.

Traitement de l'orchite par le collodion. — M. Velpeau, à l'occasion du procès-verbal, rappelle la question qu'il a adressée à M. Bonnafont relativement à la durée de l'orchite. M. Bonnafont lui ayant répondu que les observations détaillées étaient entre les mains de M. Dechambre et qu'elles seraient publiées dans le prochain numéro de la *Gazette hebdomadaire*, j'y ai recouru, dit M. Velpeau, et j'ai trouvé quelque chose de très singulier.

Je trouve pour une première observation, 21 jours de durée.

» pour une seconde.	29	»
» pour une troisième. . . .	33	»
» pour une quatrième. . . .	26	»
» pour une cinquième. . . .	22	»
» pour une sixième.	16	»
» et pour une septième. . . .	10	»

Ce qui donne pour ces 7 malades un total de 157 jours, soit 22 jours et demi en moyenne pour chaque malade. De sorte que l'on arriverait à ce résultat que le traitement par le collodion donne une durée moyenne de 22 jours et demi, tandis que par les autres traitements la durée moyenne est de 16 à 18 jours. On voit par là qu'il est bon de s'enquérir des faits et de voir les observations en détail.

RAPPORTS.

Procédé pour déterminer la richesse du lait. — M. Bussy, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Boutron et Boullay, lit un rapport sur un nouveau procédé propre à déterminer la richesse du lait, par M. Marchand, pharmacien à Fécamp.

Le fait sur lequel repose ce nouveau procédé est celui-ci : si l'on agite le lait avec parties égales d'éther en volume, on dissout, comme on le savait déjà, le beurre que renferme le lait. Mais si l'on ajoute au mélange un volume d'alcool égal à celui de l'éther, le beurre primitivement dissous se sépare et vient surnager le liquide sous forme d'une couche huileuse, de telle façon que si l'on opère dans un tube gradué, on pourra lire directement sur le tube la quantité de matière huileuse qui s'est séparée et qui se trouve dans un certain rapport avec la quantité de beurre elle-même contenue dans le lait essayé.

Pour éviter la coagulation partielle du caséum, qui aurait lieu par le mélange du lait avec l'éther et l'alcool, et qui s'opposerait à la séparation complète et facile du beurre, M. Marchand a eu l'heureuse idée d'ajouter au lait essayé une petite quantité de soude caustique, qui, sans altérer la matière grasse dans les conditions dans lesquelles on agit, présente cet avantage de maintenir le caséum dans un état de dissolution indispensable à la réussite de l'essai.

L'essai se fait dans un tube divisé en trois capacités égales correspondant aux quantités de lait, d'éther et d'alcool qu'on doit employer.

Toute la manipulation consiste en ceci : introduire dans le tube d'essai une quantité déterminée de lait; ajouter une goutte de dissolution de soude caustique à 36° de densité. Agiter le mélange, sur lequel on verse ensuite un volume d'éther égal à celui du lait; agiter de nouveau; enfin ajouter l'alcool de 86 à 90° centésimaux; agiter encore pendant quelques instants, et jusqu'à ce que les caillots de caséum qui auraient pu se former par le mélange soient entièrement divisés. Laisser déposer à une température de 43° environ. L'on voit alors la matière huileuse surnager. Au bout d'un certain temps cette couche huileuse, plus ou moins colorée en jaune, est devenue transparente; elle cesse d'augmenter de volume. Le liquide inférieur devient luimême d'une transparence presque complète. On lit alors sur le tube le nombre de centièmes occupé par la couche supérieure, et l'on cherche dans le tableau dressé par M. Marchand à quelle quantité de beurre correspond la proportion de matière grasse indiquée par l'instrument. L'expérience ne dure pas en tout plus de 12 à 15 minutes.

Après avoir présenté quelques observations critiques relatives aux corrections qu'exige ce procédé, observations qui ne doivent modifier en rien, dit-il, l'opinion que l'on peut avoir de l'exactitude de ce procédé, M. le rapporteur termine en ces termes :

En somme, le butyromètre de M. Marchand est un moyen nouveau mis à la disposition des chimistes et même des personnes étrangères à cette science pour déterminer la proportion de beurre que renferme le lait et pour apprécier approximativement sa valeur vénale.

Le procédé est simple, d'une exécution très facile. Le résultat peut être obtenu en quelques minutes et avec une exactitude suffisante pour la pratique. Toutefois, de même que tous les procédés qui ne tiennent compte que d'un seul élément, il ne donne pas une idée absolue de la richesse du lait, mais seulement sa richesse relativement au beurre.

Ce nouveau travail, dit en terminant M. le rapporteur, est un titre de plus que M. Marchand s'est acquis à la bienveillance de l'Académie. La commission propose, comme l'a déjà fait la commission qui a rendu compte du travail du même auteur sur les eaux potables, de porter son nom sur la liste des candidats regnicoles.

Ces conclusions sont mises aux voies et adoptées.

Remèdes contre le choléra. — M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes, une série de rapports officiels sur des remèdes secrets ou nouveaux proposés contre le choléra. Aucun des moyens proposés n'étant nouveau ou utile, la commission déclare qu'il n'y a pas lieu d'appeler sur eux l'attention du ministre. (Adopté.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

Lithotripsie. — M. Heurteloup présente deux malades qu'il a opérés vendredi dernier, en présence de MM. Velpeau et Rayer, par le procédé de lithotripsie dont il est inventeur. Le résultat de ce procédé est d'extraire la pierre immédiatement par les voies naturelles. Ces deux opérés ont pu après l'opération regagner leur logis à pied, et n'ont point interrompu leurs occupations.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE.

Hernie crurale réduite par la glace.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, ce 15 septembre 1854.

Monsieur le Rédacteur,

M. le docteur Petel, après avoir rapporté dans votre numéro du 14 septembre l'intéressante observation d'un malade atteint d'une hernie crurale dont il a obtenu la réduction par la glace aidée d'un spica élastique, me fait l'honneur de me demander *si des accidents tétaniques ne se seraient jamais développés dans ma pratique pendant l'emploi d'un agent aussi héroïque* (la glace).

Notre honorable confrère, qu'il me permette de le lui dire, en me posant cette question, me prouve que quelques-unes des règles par nous formulées pour l'emploi de la glace ne sont pas présentes à son esprit.

1° La glace, avec ou sans addition de sel marin, ne doit soutirer que du calorique en excès.

2° Elle doit respecter non-seulement tout le calorique normal physiologique, mais de plus une partie de la chaleur produite par l'inflammation traumatique; car dans certaines limites celle-ci est indispensable au travail de la guérison.

Or, si le membre frappé de glace conserve une température toujours plus élevée que dans l'état normal, comment le tétanos serait-il à redouter?

Pour s'assurer que le membre en proie à une inflammation traumatique conserve, malgré des saignées continues de calorique en excès, d'ailleurs toujours en rapport avec l'intensité de la phlegmasie, une température plus élevée que dans l'état physiologique, rien de plus facile :

« Nous possédons, disons-nous page 15 de notre mémoire *Sur l'efficacité de la glace combinée à la compression pour réduire les hernies étranglées*, un moyen simple et infaillible d'éviter les risques de la méthode réfrigérante et de n'en conserver que les bienfaits : ce précieux critérium nous est donné par le malade lui-même.

» Et d'abord, notons bien que le contact du froid sur une partie phlogosée est agréable et soulage. Il modère l'activité du foyer morbide, générateur du calorique en excès. Excès de calorique qui d'effet ou produit qu'il est devient cause et réagit avec maléfice en exaltant soit l'action de décomposition organo-chimique, comme le pensent les physiciens, soit l'innervation et l'afflux du sang, selon l'opinion des physiologistes, soit les deux à la fois, comme nous inclinons à le croire.

» Cette bienfaisante sensation du froid persiste tant que la température locale est trop élevée : c'est pourquoi il faut graduer l'action des réfrigérants sur l'intensité du foyer.

» Telle que nous l'entendons, la méthode réfrigérante roule sur un axe gradué. A l'un des pôles est l'eau froide, à l'autre pôle la glace avec le sel marin.

» On commence par appliquer sur la partie enflammée une simple compresse de toile qu'on trempe de temps en temps dans une eau froide, et dont la température doit être autant que possible graduellement abaissée de plus en plus; puis on dépose sur la compresse laissée en place des morceaux de glace en nombre et en grosseur variables, selon le degré désiré de réfrigération.

» Si cela ne suffit pas, si la glace ne procure qu'un médiocre soulagement sans anéantir un sentiment de brûlure profonde; si, selon l'expression de quelques malades, la glace semble s'échauffer, c'est que son action est insuffisante; il faut l'augmenter en ajoutant du sel marin à de la glace pilée.

» A l'aide de ce réfrigerant, nous obtenons — 14°. On sait que le froid peut descendre à — 20° 55 en mêlant à deux parties de glace pilée une partie de sel marin.

» Maintenant, pour graduer les moyens à l'action sans risquer de faire fausse route, rien de plus facile.

» Nous avons dit que le contact du froid sur une partie enflammée procure des sensations agréables non douteuses. Eh bien! ce sont ces sensations qu'il faut soigneusement interroger. Tant que vous éprouverez, disons-nous, des réfrigérants un sentiment de bien-être, persistez; dès qu'ils cesseront d'être bienfaisants, ce qu'on reconnaît facilement à une impression de froid et d'humidité désagréable analogue à celle qu'on ressentirait en état de santé, supprimez-les. Seuls, les malades sont juges du degré convenable du froid et de sa durée. Leurs sensations sont leurs guides, et ces guides-là ne trompent jamais. Seulement il faut être en garde contre une reconnaissance exagérée. Les bienfaits du froid engagent quelquefois à en faire un abus. Il doit être gradué dans son action, ne jamais dépasser les limites voulues, afin de le supprimer doucement dès qu'à la chaleur phlegmoneuse locale succède un certain sentiment de refroidissement. Ce signe, nous le répétons, est un avertissement dont il faut tenir bien compte.

» Cette sensation de froid désagréable se produit dès que le foyer pathologique s'éteint, parce qu'alors ce n'est plus du calorique en excès, mais du calorique normal que la glace soutire. Elle irait jusqu'à la souffrance la plus vive si on persistait. Qui n'a ressenti cet engourdissement douloureux du bout des doigts causé par le froid qu'on appelle onglée? Cette onglée, il suffit pour la produire de tenir pendant quelques secondes un morceau de glace entre le pouce et l'index; mais si ces doigts étaient le siége d'un panari, il n'en serait plus de même. La glace, même avec sel marin, serait alors supportée comme un bienfait inappréciable; elle soulagerait au lieu de faire souffrir. Certains remèdes vulgaires n'agissent pas autrement; la pomme de terre râpée, conseillée pour les brûlures, apaise la douleur tant qu'elle est froide; aussi éprouve-t-on le besoin de la renouveler dès qu'elle s'échauffe. Et cependant on n'a pas compris que ce cataplasme n'a d'autre vertu que le froid qu'il procure.

» La glace n'est pas seulement l'arme la plus puissante pour combattre l'inflammation traumatique. Elle présente, en outre, cet immense avantage de ne pas affaiblir comme les saignées. Ses saignées, à elle, sont des soustractions continues, et jusqu'à épuisement, du calorique en excès.

» Le malade conserve toutes ses forces, l'économie toutes ses ressources pour faire face aux frais de la maladie, sans compter que les frais de la maladie sont bien moins considérables par le traitement réfrigérant que par tout autre, attendu qu'il restreint considérablement le cercle inflammatoire. Que de fois les chirurgiens n'ont-ils pas à déplorer la perte de malades conduits jusqu'à la convalescence, touchant au terme de la guérison, parce que, épuisés par des saignées, ils n'ont pu suffire à des suppurations qui cependant allaient cesser!

» Ces remarques générales sur le traitement par la glace, nous les avons réduites autant que possible; elles étaient nécessaires pour combattre des préjugés, rassurer les esprits droits et faire comprendre tout le bien qu'on en peut attendre pour réduire les hernies étranglées.»

Agréez, etc. BAUDENS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Lenoir (C.-F.), né à Léonville (Manche); *De la pleurésie aiguë.*

Valentin (C.-E.), né à Nantes (Loire-Inférieure); *Des effluves.*

Lambert (C.-F.), né à Orgeval (Seine-et-Oise); *De la phlébite et de l'infection purulente en général.*

Viornery (P.), né à Saint-Pierre-de-Bœuf (Loire); *Du traitement des fièvres intermittentes.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une question qui ne manque pas d'importance va être prochainement débattue devant le tribunal de Marseille. Le jury médical des Bouches-du-Rhône a saisi dans les pharmacies homœopathiques des médicaments préparés suivant les prescriptions hahnemanniennes, et a fait poursuivre les pharmaciens, en se basant sur les trois motifs suivants :

1° Ces pharmaciens n'ont pas dans leur officine le registre prescrit pour la vente des substances vénéneuses, ce qui est conséquent avec leurs principes, puisqu'un médicament homœopathique ne peut jamais être un poison;

2° Ils n'avaient pas non plus les médicaments marqués d'un astérisque au *Codex*, et que tout pharmacien est tenu, aux termes des lois et règlements, d'avoir tout préparés à l'avance;

3° Enfin, ils sont accusés du délit commun de tromperie sur la qualité de l'objet vendu, l'analyse chimique ne permettant pas, au moins dans la grande majorité des cas, de constater, dans les globules et dans les dilutions, la matière active qu'on prétend y être renfermée.

Nous ne manquerons pas de tenir nos lecteurs au courant de ce procès.

— Un rapport vient d'être adressé au directeur de l'assistance publique sur le traitement des teignes à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur Bazin, médecin de cet hôpital. Ce rapport, qui asseoit le traitement de la teigne sur des indications nouvelles, analogues à celles qui dirigent si sûrement le traitement de la gale, mérite une attention particulière, et nous aurons occasion d'en parler bientôt.

Le Serant

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 8, rue Garancière.

N° 113. — SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 113. — SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

État sanitaire. Choléra. Fièvres pernicieuses cholériformes en Afrique.

Le bulletin de cette semaine continue à accuser une décroissance sensible dans le nombre des invasions et dans la proportion des décès dans les hôpitaux. Cette diminution coïncide avec une augmentation très notable des cas de fièvres typhoïdes et de varioles, qui semble indiquer le retour des affections habituellement prédominantes à cette époque de l'année, et nous reporter à la constitution médicale qui régnait lorsque le choléra a fait invasion à Paris. C'est là, autant au moins que les oscillations décroissantes du chiffre des cholériques, un signe d'une modification prochaine dans l'état sanitaire.

Les nouvelles des départements sont également satisfaisantes. De toutes parts l'épidémie nous est présentée comme en voie de déclin, si ce n'est dans quelques localités du Midi, et entre autres dans l'arrondissement de Lavaur (Tarn).

Nous n'avions eu depuis longtemps aucune communication directe sur la situation sanitaire de l'Algérie. Une lettre que nous venons de recevoir de M. le docteur Basset (de Philippeville) nous apprend que le choléra a fait invasion dans cette partie de notre colonie, mais qu'il n'y a sévi que très faiblement. Il n'a eu, pour son compte, que trois malades à traiter, et à l'hôpital il y a eu quelques cas, mais sans caractère franchement épidémique. Ce n'est donc pas là le point le plus important de la communication de M. Basset. Ce qui nous y a paru surtout digne d'être signalé à l'attention de nos lecteurs, et particulièrement de ceux qui pratiquent dans ces contrées, c'est l'existence d'une autre affection non moins grave, et qui, à cause de sa ressemblance avec le choléra par quelques-uns de ses traits principaux, pourrait entraîner à des erreurs pratiques qu'il importe au plus haut point d'éviter. Cette affection, c'est la fièvre rémittente pernicieuse cholériforme.

Par suite des longues pluies de l'hiver dernier et des inondations qui s'en sont suivies et qui ont couvert les campagnes de détritus animaux et végétaux, il s'est manifesté dans le pays, au retour des chaleurs de l'été, une épidémie de fièvres rémittentes pernicieuses, dont un grand nombre revêtent la forme cholérique. M. Basset dit avoir eu pour sa part à combattre une quarantaine de ces fièvres, qui ont toutes parfaitement guéri sous l'influence de l'ipéca stibié et de l'antipériodique à haute dose.

Voici les symptômes que présentaient généralement les malades : vomissements bilieux, quelquefois blanchâtres ; selles nombreuses et séreuses; frissons prolongés, refroidissement, crampes dans les jambes, quelquefois dans l'estomac; fièvre intense, pouls petit, filiforme; et, quand par des moyens prompts et énergiques on avait amené le stade de chaleur, tous les accidents congestifs du cerveau (délire, agitation, coma) disparaissaient.

Ce qui a guidé notre confrère dans le diagnostic de ces fièvres, c'est que toujours les malades urinaient, que les yeux n'étaient point aussi renfoncés dans les orbites qu'ils le sont dans le choléra, que les selles n'étaient point aussi blanches et aussi abondantes, que la peau n'était point ridée comme celle des vieillards, et qu'enfin son attention était éveillée par l'épidémie paludéenne actuelle.

Je suis d'autant plus convaincu, ajoute M. Basset, que ces fièvres ont pu en imposer à mes confrères que plusieurs fois j'ai été appelé à soigner des malades qui avaient, disait-on, le choléra et que le sulfate de quinine guérissait parfaitement.

Phlegmon du petit bassin, et en particulier du tissu cellulaire péri-vésical.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* des 6 et 13 avril dernier, M. le docteur Abeille a publié un travail intéressant sur le phlegmon rétro-péritonéal, dans lequel il a fait connaître quelques particularités encore peu connues sur le siége et la marche de ces sortes de phlegmons. M. le docteur Van Gilse (de Bruxelles) nous communique à ce sujet un fait de phlegmon du tissu cellulaire périvésical qu'il a eu l'occasion d'observer et qu'il nous a paru intéressant de rapprocher de ceux qu'a publiés M. Abeille.

Voici le fait de notre correspondant de Bruxelles :

Dengis (Joseph-Alphonse), conducteur au 2e régiment d'artillerie, d'une constitution robuste, fit une chute sur le siége le 5 février 1852. Cette chute d'un lieu peu élevé n'occasionna sur le moment qu'une douleur légère, à laquelle Dengis ne prêta que peu d'attention. Quelques jours après, il ressentit au périnée et à l'hypogastre des douleurs vagues qui augmentaient lorsqu'il montait à cheval. Quelques jours plus tard, le 22 février, il entra à l'hôpital militaire de Liége, porteur d'un anthrax aux lombes. Au commencement du mois de mars, les douleurs du bas-ventre, qui jusqu'alors avaient été peu intenses pendant le repos, augmentèrent d'intensité : la fièvre se mit de la partie. Les symptômes morbides du côté de la vessie prédominant attirèrent l'attention du médecin traitant. On appliqua des sangsues à l'hypogastre, et des diurétiques furent prescrits. Bientôt la rétention complète d'urine succéda à la dysurie; on fut obligé de recourir à la sonde. La constipation opiniâtre fut combattue par des lavements.

Par suite du départ du médecin traitant, cet homme fut confié aux soins de M. Van Gilse, qui le trouva, le 25 mars, dans l'état suivant :

Facies présentant un degré d'amaigrissement effrayant ; traits tirés; pommettes d'une rougeur qui contraste avec la pâleur du reste de la figure ; yeux brillants. Le malade accuse des douleurs lancinantes au périnée et à l'hypogastre s'irradiant à tout le ventre, et des fourmillements dans les membres inférieurs. Le palper exaspère peu la douleur; rétention complète d'urine ; constipation opiniâtre; peau sèche, chaude, brûlante ; pouls petit, misérable, à 112. Le cathétérisme donna issue à une urine foncée exhalant une odeur ammoniacale et laissant déposer un sédiment muqueux abondant. — Petite saignée exploratrice, malgré la grande prostration et la petitesse du pouls; bain général tiède.

Le 26, le malade se dit un peu mieux; les douleurs sont moindres, mais la prostration a augmenté. — 50 grammes d'huile de ricin.

Le 27, trois selles. Le ballonnement du ventre a diminué; l'état général est moins satisfaisant que la veille. — Bain général tiède.

Le 28, l'état général s'est aggravé encore. Un examen attentif fit sentir un certain degré d'empâtement au périnée du côté droit. Cette sensation d'œdème, d'empâtement qui rappelait le signe si bien décrit par J.-L. Petit pour le diagnostic des abcès profonds, fit penser pour la première fois à M. Van Gilse qu'il pouvait bien avoir affaire à un abcès de cette nature. Le doigt indicateur profondément engagé dans le rectum lui ayant donné la sensation d'une tuméfaction du côté droit, qui persistait après avoir vidé la vessie, il vit dans ce nouveau signe la confirmation de son diagnostic. Du reste, tout s'expliquait dès lors, et la fièvre et les phénomènes locaux. — Bain de siége tiède prolongé.

Le 29, le malade a eu des frissons ; les douleurs sont devenues plus gravatives. Ces symptômes physiologiques ayant dissipé tout doute sur la nature de l'affection, M. Van Gilse n'hésita point, après avoir préalablement vidé la vessie, à enfoncer un trocart de gros calibre entre l'anus et la tubérosité de l'ischion à droite, dans la certitude de trouver une collection purulente; il sortit plus d'un demi-litre de pus louable exhalant une odeur stercorale. Une mèche fut introduite dans l'ouverture. — Quinquina et bouillon par cuillerée.

Le lendemain 30, le malade était soulagé ; mais son état général inspirait encore les plus grandes inquiétudes : les frissons s'étaient renouvelés, l'écoulement du pus était abondant.

Au bout de trois à quatre jours (le 3 avril), les symptômes morbides du côté de la vessie avaient diminué.

Dès le 10, l'amélioration devient évidente et progressive ; la suppuration diminue et avec elle la fièvre. — Le malade suce de la viande rôtie ; le fer est ajouté aux amers.

Le 7 mai, l'écoulement purulent a complétement cessé; il ne reste plus que de la faiblesse. Dengis a quitté l'hôpital le 16 juin pour aller en congé de convalescence de trois mois.

Cette observation offre un exemple remarquable des désordres graves que peuvent produire à la longue des causes morbifiques en apparence légères, insignifiantes, si elles ne sont combattues dès le principe. Le travail inflammatoire consécutif à la contusion a mis dans cette circonstance près de deux mois à réduire le tissu cellulaire du bassin en pus.

Ici se présente une question : Quel a été l'organe primitivement malade ? Y a-t-il eu cystite primitivement, et le phlegmon du tissu cellulaire ambiant n'a-t-il été que consécutif en vertu de cette loi générale en pathologie, qu'un organe enflammé échauffe l'atmosphère cellulaire qui l'entoure? Ou bien, la cystite n'était-elle que consécutive au phlegmon pelvien ? M. Van Gilse rejette la première interprétation comme invraisemblable. On a pu voir dans le cours de l'observation les motifs qui justifient cette opinion.

Il resterait encore à se demander par quel mécanisme l'abcès se produit si profondément dans ces cas (chutes) : est-ce par suite de la contusion du tissu cellulaire ? est-ce simplement par ébranlement, commotion locale ou par congestion inflammatoire ?

Enfin, un abcès pelvien doit-il être ouvert par le rectum ou par le périnée? M. Van Gilse pense, et avec raison suivant nous, que c'est toujours sur le point le plus déclive que doit être faite la ponction, car c'est en vain, dit-il, qu'on aurait ponctionné si l'on n'avait pu placer la voie d'élimination dans un point suffisamment déclive ; la nature, qui marche à son but sans regarder le danger, en pratiquerait une autre.

Hydrophobie hystérique.

Le fait d'hydrophobie hystérique inséré dans notre numéro du 5 de ce mois a rappelé au souvenir de M. le professeur Burggraeve (de Gand) un fait analogue qu'il a eu l'occasion d'observer il y a quelques années.

Un individu d'environ cinquante-huit ans, d'une complexion nerveuse, est amené à l'hôpital civil de Gand pour des accès d'hydrophobie caractérisés. Il n'avait jamais été mordu et ne savait à quoi attribuer son mal ; les accès se répétaient à des intervalles de plus en plus rapprochés, et d'une manière vraiment effrayante. Le malade commençait par éprouver à l'épigastre une constriction qui s'étendait bientôt au pharynx et rendait la déglutition non-seulement difficile, mais douloureuse. Aussi l'idée seule de boire le jetait dans une anxiété extraordinaire. Quand on lui présentait le vase pour étancher la soif qui le brûlait, il s'y cramponnait avec rage et, par des efforts violents, parvenait à peine à ingurgiter quelques gouttes d'eau. Les yeux étaient étincelants et fuyaient la lumière : tout corps brillant redoublait son agitation. La langue présentait sur les côtés du frein les deux petites taches observées dans les cas ordinaires d'hydrophobie. Le malade finit par tomber dans un état de congestion cérébrale, à la suite de laquelle il mourut.

L'autopsie ne fit constater rien de particulier du côté du cerveau et des méninges, à part l'injection. L'arrière-bouche et le pharynx étaient rouges, et ce dernier fortement contracté. Au bas de l'œsophage existait une pelote de vers lombricoïdes, dont quelques-uns étaient remontés dans le conduit. M. Burggraeve pense que ce sont ces vers qui ont occasionné les graves symptômes auxquels le malade a succombé. En analysant ces symptômes, dit-il, on y trouve un état hystériforme poussé à sa dernière violence. L'agacement des nerfs œsophagiens s'est étendu au pharynx et y a produit la boule ou la constriction hystérique. Il pense que si la cause avait pu être soupçonnée, un vermifuge ou un simple émétique eussent pu peut-être sauver le malade.

L'hydrophobie pouvant être jusqu'à un certain point considérée comme une hystérie, M. le professeur Burggraeve se demande, en outre, si chez les animaux chez qui cette maladie est plus commune, comme les chiens, la cause ne serait pas la même, et ne dépendrait pas d'une hystérie due à la non-satisfaction du besoin génital. Il fonde cette hypothèse sur ce fait d'observation que la rage est rare, sinon inconnue, chez le chien vivant à l'état de nature. C'est dans la domesticité qu'il contracte cette disposition, peut-être à cause de la disproportion des mâles et des femelles, celles-ci étant moins gardées à cause des inconvénients qu'elles occasionnent.

Quoi qu'il en soit de ce rapprochement et de la manière de voir de l'honorable professeur de Gand, qui demanderait d'autres faits pour pouvoir être appréciée, le fait qu'il nous a communiqué n'en est pas moins intéressant comme un exemple d'hydrophobie spontanée des auteurs, ou plutôt d'hydrophobie symptomatique, liée, suivant toute apparence, à un état nerveux hystériforme.

Amputation de deux doigts nécessitée par une cicatrice douloureuse. — Anesthésie locale à l'aide du mélange réfrigérant.

Papin (François), parfumeur, âgé de vingt-six ans, entre le 7

juillet 1854 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 34.

Le 10, il y a quelques mois ce malade, très bien portant d'ailleurs, eut un écrasement de l'index et du médius de la main gauche. A la suite de cet accident, dont il fut traité à l'hôpital Saint-Louis, il perdit toute la portion des doigts correspondant aux deux dernières phalanges, et les moignons constitués par la presque totalité des premières phalanges restèrent recouverts et réunis par un tissu cicatriciel très dense et très abondant.

Bientôt apparurent au centre de ce tissu de cicatrice des douleurs très vives et acquérant une intensité intolérable au moindre choc un peu violent, si bien qu'il est impossible à cet homme de travailler.

Depuis quatre jours, on emploie inutilement les cataplasmes. Aujourd'hui, dans le but de diviser la branche nerveuse qui est le siége des douleurs, M. Ad. Richard incise profondément la cicatrice. Le malade attendra quelque temps l'effet de cette incision.

Le 17 août, le malade, après un mois de séjour hors de l'hôpital, y rentre avec des douleurs presque aussi vives que la première fois. On se décide alors à amputer les extrémités des deux moignons.

Afin d'éviter la douleur de l'instrument tranchant, M. Adolphe Richard applique pendant sept minutes autour des parties qui devront être attaquées un mélange réfrigérant composé de parties égales de glace et de sel marin et de un cinquième de sel ammoniac, donnant un froid de 16 degrés au-dessous de 0. L'action du mélange fut, au dire du malade, très douloureuse; elle eut pour résultat d'arrêter la circulation dans presque toute l'étendue du moignon, de sorte que pendant l'opération il donna à peine du sang. D'un autre côté, il y eut un engourdissement tel que pendant tout le temps employé à la dissection des deux lambeaux semilunaires, l'un supérieur et l'autre inférieur, ainsi que pendant l'amputation des deux extrémités phalangiennes à 1 centimètre environ de l'articulation, le malade ne sentit absolument rien. Toutes les sensations étaient confondues en une seule, celle de la congélation.

Aucune ligature n'est pratiquée.

Pansement de la plaie par occlusion, après que celle-ci eut été ramenée progressivement à la température normale par des applications successives de glace et de compresses imbibées d'eau fraîche. — Deux portions.

Le 19, le malade dit éprouver des douleurs assez vives. Enlèvement du pansement. Les lambeaux sont parfaitement appliqués l'un contre l'autre et paraissent devoir se réunir par première intention. Aucune espèce de pansement.

Le 20, un peu de suppuration sur les bords de la plaie. — Cataplasme.

Le 25, la plaie est en très bon état; une partie de la surface des lambeaux s'est réunie par première intention. Pansement par occlusion. Le malade se lève et mange quatre portions.

Le 6 septembre, la cicatrisation est complète et le malade se dit entièrement délivré des douleurs qu'il éprouvait avant l'opération.

Le 12, il sort de l'hôpital complétement guéri.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Mouvement de l'épidémie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 14 septembre,	8	6	14	25	16
15 »	8	3	11	19	12
16 »	4	3	7	26	4
17 »	5	6	11	9	10
18 »	11	2	13	14	7
19 »	6	6	12	20	9
20 »	12	2	14	12	8
	84	28	82	125	66

Situation générale des hôpitaux au 20 septembre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,160
Sorties.	2,717	5,883
Décès.	3,166	
Restant en traitement.		277

Choléra à Londres.

Semaine du 9 au 16 septembre 1854.

Mortalité générale.	2,836
— due au choléra..	1,549

Cette mortalité se répartit de la manière suivante sous le rapport des localités :

Quartier de l'ouest.	248
— du nord.	115
— du centre.	106
— de l'est.	224
— du sud.	856

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne : 75°,6 centigr.; hauteur thermométrique moyenne : 12° centigr.; vent du sud-ouest; électricité positive et d'une tension modérée.

Jusqu'à ce jour l'épidémie a fait périr à Londres 7,669 individus.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Fièvre intermittente ayant duré dix-neuf ans. — Accidents déterminés par le sulfate de quinine. — Guérison par l'acide arsénieux.

Par M. le docteur Joulin.

Le malade dont nous allons faire l'histoire est bien connu des élèves en médecine : c'est un joueur d'orgue installé sur le pont Saint-Michel, auprès du marchand d'oiseaux, et dont la pancarte annonce qu'il est aveugle.

Cet homme, nommé Ruckterstuhl (Morand), est âgé de quarante-trois ans, tempérament nervoso-sanguin, constitution profondément altérée par la maladie que nous allons décrire.

Engagé volontaire à dix-huit ans, il fit partie de la première expédition contre Alger. Il arriva en Afrique le 14 juin 1829 et y séjourna jusqu'en 1833. Pendant ce temps, il fit quarante-cinq jours d'hôpital pour une dyssenterie. Huit mois après son retour en France, son régiment fut de nouveau envoyé en Afrique, qu'il ne quitta plus que cinq ou six mois jusqu'à l'année 1841. Pendant cette période de huit ans, il fut le plus souvent en expédition. A son arrivée (1833), il fut dirigé sur Bône, où il contracta la fièvre intermittente. Il entra à l'hôpital et subit sans succès un traitement de quinze jours par le sulfate de quinine administré en solution. Les malades étaient tellement nombreux que les infirmiers manquaient dans le service et que les moins malades durent en remplir les fonctions. Ruckterstuhl était chargé, sous l'inspection du chef de service, de distribuer les médicaments, et il trouvait le moyen pendant la distribution de mettre de côté une, deux et jusqu'à trois doses de sulfate de quinine, qu'il s'administrait pour couper sa fièvre. On sait qu'en Afrique on porte ce médicament à des doses assez élevées.

Au bout de six semaines, le type de tierce devint quarte; sous l'influence d'un pareil traitement, les accès disparaissaient pendant huit, quinze jours, un mois, mais de nouvelles rechutes survenaient constamment; malgré cela le malade reprit son service actif.

En 1836, il vint passer quelques mois en France. Les accès, sans disparaître, furent moins intenses; mais environ trois mois après son retour à Bône, ils reprirent toute leur ancienne énergie. Nouveau séjour à l'hôpital, nouvel insuccès du sulfate de quinine.

L'année suivante, il fut envoyé à Alger et plus tard à Cherchell, où il fut congédié en 1841; son état n'avait subi aucune modification. Pendant son séjour en Afrique, et postérieurement à l'invasion de la fièvre, il fut atteint cinq fois de dyssenteries ou diarrhées graves.

De 1841 à 1847, son histoire n'est qu'un bulletin d'hôpital; il voyage dans l'espoir que le changement de climat améliorera sa position; son espérance ne se réalisa point, et dans ces six années il entre sept fois dans les hôpitaux, où il subit de nouveaux traitements par le sulfate de quinine, dont deux ne durent pas moins de sept semaines. Les embarras gastriques devinrent permanents, et il eut une nouvelle dyssenterie.

Enfin, il vint à Paris en 1847, et entra à la Pitié en novembre 1848. Pendant quinze jours, on lui administra le sulfate de quinine à doses élevées. Point d'amélioration.

C'est ici qu'apparaissent des troubles de nature très complexe du côté du système nerveux. Le malade est pris de surdité presque complète pendant trois ou quatre jours. Il quitte l'hôpital. Il ressent une douleur dans la région dorsale, une constriction pénible à l'épigastre; la respiration est laborieuse, les membres sont le siége de mouvements involontaires choréiformes; il ne peut rester assis, et cependant la station debout ou la marche ne peuvent avoir lieu sans l'assistance d'un aide; le tube digestif est distendu par des gaz dont l'émission soulage le malade; l'anorexie est complète. Ces accès, très irréguliers, se montrent à des époques qui varient entre deux jours et un mois; ils sont complétement distincts des accès fébriles, qu'ils ne modifient d'aucune manière, et déterminent chez le malade une angoisse qui lui fait redouter vivement leur apparition. En quittant l'hôpital, l'œil gauche s'affaiblit.

En 1849, nouveau séjour à la Pitié, nouveau traitement inutile par le sulfate de quinine; l'œil gauche se perd, puis l'œil droit; en quatre mois, la cécité devient complète. Les accidents nerveux, dit le malade, se sont exaspérés à la suite de ce dernier traitement. L'amaurose a été traitée pendant deux ans par le docteur Gondret par sa méthode de cautérisation syncipitale. Je ne parlerai pas du résultat de cette médication, car il pourrait se faire que mon opinion différât un peu de celle du malade sur ce point.

Enfin, au mois d'août 1852 le malade vint me consulter; la fièvre était toujours intense, les accidents nerveux très fréquents; la rate avait 19 centimètres de longueur; il était, disait-il, à bout de courage, et voulait mourir si on ne trouvait pas un remède à ses maux. Les renseignements du malade que je viens de transcrire n'étaient pas de nature à me donner de grandes espérances; je pensais d'autant moins à employer le sulfate de quinine que j'étais fort disposé à lui attribuer une large part dans les souffrances de ce pauvre homme; cependant quelques succès dans des cas moins graves m'encourageèrent à essayer l'acide arsénieux : j'administrai ce médicament à la dose de 0,01 centigr., puis 0,02 centigr. pendant vingt jours; la fièvre disparut, la rate n'avait plus que 12 centimètres, mais les *accidents nerveux ne furent nullement modifiés*. J'employai contre ces symptômes, dont le point de départ me paraissait résider dans l'appareil rachidien, un moyen qui m'a été souvent fort utile. Je fis appliquer à la région cervico-vertébrale un vésicatoire volant ammoniacal d'environ 8 centimètres; deux jours après, un semblable immédiatement au-dessous, et ainsi de suite jusqu'à la région lombaire. Sous l'influence de cette médication, tous les symptômes nerveux disparurent complétement, excepté cependant les flatuosités et les troubles gastriques.

Six mois après, Ruckterstuhl me fit appeler; il était atteint d'une nouvelle dyssenterie grave, dont le traitement ne présenta rien de particulier; mais deux mois après il sentit quelques frissons et deux accès de fièvre tierce; 0,20 centigr. d'acide arsénieux en quinze jours firent disparaître complétement et *sans retour* cette nouvelle apparition, qui ne s'était *nullement accompagnée des accidents choréiques déjà décrits*.

Aujourd'hui le malade n'a conservé de son état passé qu'une grande sensibilité de l'intestin et une disposition à la diarrhée, que je combats par les moyens d'usage quand elle se présente, le régime du malade ne me permettant pas d'espérer sur ce point une guérison définitive.

Réflexions. — Cette observation m'a semblé remarquable à un double titre : d'abord la longue durée de la fièvre (dix-neuf ans), puis les troubles nerveux déterminés par l'abus du sulfate de quinine. Si nous étions moins éloignés du règne de la doctrine physiologique, j'aurais à craindre qu'on discutât le caractère essentiel de cette fièvre en la déclarant symptomatique d'une entérite. Rien ne serait moins soutenable qu'une pareille opinion. Il s'est écoulé une année entre la première dyssenterie et le premier accès de fièvre; les autres accidents intestinaux ne sont survenus que longtemps après et ont été séparés par des intervalles souvent fort longs, pendant lesquels l'intestin ne donnait aucun signe de souffrance. On serait plutôt tenté d'attribuer les entérites répétées aux doses considérables de sulfate de quinine qu'on lui a ou qu'il s'est administré lui-même. Cependant j'écarte ce chef d'accusation; la dyssenterie est si fréquente en Afrique que dans certaines saisons un écart de régime suffit pour la déterminer, surtout chez un sujet qui a déjà subi son atteinte; en outre, sa coïncidence avec la fièvre intermittente est tellement vulgaire que Casimir Broussais lui-même, qui a pu l'observer sur les lieux, constate leur simultanéité sans les rendre solidaires. On ne peut donc guère plus accuser le sulfate de quinine de ces accidents qu'on ne peut contester le caractère idiopathique de cette fièvre.

Mais il est un autre ordre de phénomènes qui méritent de fixer l'attention, c'est la névropathie complexe que j'attribue tout entière à l'intoxication quinique.

Deux esprits éminents, Brachet (de Lyon) et M. Rayer, ont localisé le siége de la fièvre intermittente dans le système nerveux : le premier dans l'appareil ganglionaire, et j'avoue que je partage complétement cette manière de voir; le second dans l'appareil cérébro-spinal. En apparence cette observation pourrait servir de trait d'union entre les deux doctrines. On pourrait considérer les accidents secondaires comme une extension de l'affection du grand sympathique à l'appareil cérébro-spinal. Il suffirait pour renverser cette hypothèse de faire remarquer l'indépendance des deux groupes d'accidents, indépendance que le traitement établit d'une manière complète; la fièvre est coupée, mais la névropathie persiste; à son tour on la fait disparaître, et la fièvre qui revient ne s'accompagne d'aucuns troubles nerveux de l'appareil de la vie de relation.

Ces troubles eux-mêmes méritent, comme nous l'avons dit, une attention toute particulière. L'un d'eux, la surdité, a été noté depuis longtemps par Bretonneau et Ménière. Mais les autres n'ont jamais été observés, que je sache; il est vrai que jamais probablement de pareilles quantités de sulfate de quinine n'ont été absorbées par un seul sujet. Je ne pense pas qu'on puisse considérer ces accidents comme une simple coïncidence. La manière dont ils sont survenus indique leur source. C'est après l'administration du sulfate de quinine à hautes doses que le mal débute par un symptôme déjà noté, la surdité; puis les tremblements surviennent, et l'œil gauche s'affaiblit. Un an après, nouveau traitement; l'œil gauche se perd. Quatre mois après, la cécité est complète, et les autres symptômes deviennent plus intenses. On ne saurait se prévaloir de la longue tolérance du malade pour nier l'action évidente de l'antipériodique dans ce fait. La tolérance la plus grande n'exclut pas la saturation, et on sait qu'en général ses symptômes sont d'autant plus graves qu'ils ont été plus longs à se manifester. Il faut également noter que les phénomènes morbides qui se produisent sous l'influence du sulfate de quinine sont presque exclusivement nerveux.

De ces faits je conclus que la névropathie grave, complexe et persistante que j'ai observée chez ce malade a été déterminée par le sulfate de quinine administré à doses élevées.

LUXATIONS DU FÉMUR;

inhalations de chloroforme; réduction facile.

Par M. Laborderie, docteur en médecine à Bersac (Haute-Vienne).

Les exemples de luxations coxo-fémorales sont assez rares, et la force qu'on déploie pour les réduire est souvent tellement douloureuse et pénible, que nous avons pensé devoir rapporter ici deux observations recueillies par M. Laborderie dans sa pratique, et réduites sans aucune difficulté.

Obs. I. — Dérosier (François), âgé de dix-huit ans, d'une forte constitution, aiguilleur sur le chemin de fer du Centre, section de Bersac (Haute-Vienne), au grand viaduc de la Gartempe, a été renversé en arrière sur le côté gauche de la voie, le 7 avril dernier, par des wagons chargés de matériaux, au moment où, après avoir lancé le convoi sur un plan incliné, il se penchait pour détacher ses chevaux en danger. La jambe gauche a été prise par le rebord saillant du premier caisson.

La douleur est extrême et continue; le moindre mouvement actif est impossible et fait pousser des cris. Le blessé, ne pouvant se relever, fut porté sur un matelas. Nous constatons l'état suivant : tuméfaction de la région fessière droite, sans changement de couleur à la peau; sensibilité extraordinaire, raccourcissement du membre inférieur droit; le pli de la fesse est remonté, la cuisse et la jambe sont un peu fléchies. Le membre tout entier est porté dans l'adduction et la rotation en dedans; la rotule regarde complétement le côté sain; le gros orteil touche la malléole interne gauche. On sent sous la hanche droite deux

tumeurs : l'une, plus apparente, sur la fosse iliaque externe, lisse, arrondie, est due à la tête du fémur déplacée; l'autre, plus diffuse et moins visible, est constituée par le grand trochanter. Une ligne tirée du condyle externe droit à l'épine iliaque antérieure et supérieure fait reconnaître un raccourcissement de 4 centimètres environ. De ce même condyle au grand trochanter du même côté, on constate que la distance est la même qu'à l'état normal. Si on cherche à imprimer des mouvements au membre blessé, on constate que l'extension, l'abduction et la rotation en dehors sont impossibles ; on éprouve une résistance telle que le fémur semble soudé sur l'os des iles. La flexion, l'adduction et la rotation en dedans peuvent au contraire être un peu augmentées, même sans trop de douleur comparativement. Si, saisissant le pied d'une main, l'on tente quelques mouvements en tous sens, on les perçoit parfaitement sous la main qui embrasse l'articulation de la cuisse; ils se communiquent en entier, sans craquement ni crépitation aux deux tumeurs fessières.

Il n'y a pas fracture du corps du fémur. En effet, la distance entre le grand trochanter et le condyle externe est restée normale. On ne saurait admettre une fracture du col, puisque le raccourcissement coïncide avec la rotation en dedans; que l'on ne perçoit ni craquement ni crépitation, et surtout que tous les mouvements imprimés à la jambe sont transmis à la tête du fémur et à son trochanter; enfin l'on ne peut porter le membre ni dans l'abduction, ni dans la rotation en dehors.

La tête de l'os s'est dégagée de la cavité cotyloïde, en passant par l'échancrure postérieure de cette cavité, puis est venue se loger dans la fosse iliaque, sur la surface oblique de l'iléon. Son col s'est appliqué sur le côté de l'os des iles, et son grand trochanter se trouve près de la crête iliaque et de l'épine antérieure et supérieure; il y a luxation *en haut et en dehors*.

Les indications à remplir sont donc bien tranchées. Le fémur est remonté, il faut le descendre; son col est appliqué sur la surface externe de l'os des iles, il faut l'en écarter. Aussi doit-on unir ces deux mouvements : abaisser et relever de dedans en dehors. C'est en même temps porter la tête de l'os en avant. Mais les muscles sont ici très puissants; leur résistance, sinon sans cesse invincible, est toujours excessivement pénible et extrêmement douloureuse à vaincre. Le chloroforme, en détruisant cette force de contraction, devait nous promettre une heureuse, prompte et facile réduction. C'est ce qui est arrivé. Après avoir pris toutes les précautions ordinaires, après avoir endormi le malade, j'ai agi comme d'habitude; de suite un claquement s'est fait entendre à tous les assistants : la tête du fémur venait d'entrer dans sa cavité. Le repos au lit, l'immobilité la plus complète, un bandage serré autour du bassin, la diète les premiers temps et les résolutifs ont terminé la guérison en quinze jours.

Obs. II. — Vanginaud (Louis), âgé de seize ans, d'une constitution peu robuste, est tombé le 21 mai dernier du sommet d'un arbre (12 mètres environ). Dans sa chute en ricochet, la partie postérieure et médiane de la cuisse droite a rencontré d'abord le tronc de l'arbre, et c'est le siége qui a touché le premier à terre. Il a perdu connaissance. Quand il est revenu à lui, il a senti une douleur excessive et continue à la cuisse droite, augmentant encore aux plus petits mouvements. Il n'a pu se relever. Le lendemain matin seulement je cherchai à réduire.

Le membre inférieur droit est tourné en dedans; il y a adduction, mais à un degré moindre que dans le cas précédent. Le raccourcissement est aussi plus léger. Il y a diminution dans la saillie du grand trochanter, qui n'est plus aussi rapproché de la crête iliaque antérieure et supérieure. La tête du fémur se sent directement en arrière sur l'échancrure sciatique. Enfin la cuisse et la jambe sont aussi un peu fléchies. Si l'on embrasse ces deux tumeurs fessières avec les deux mains, tandis qu'un aide cherche à mouvoir tout le membre, on sent parfaitement les mêmes mouvements se communiquer au grand trochanter et à la tête du fémur.

Par les mêmes raisons que dans l'observation précédente, nous n'avons pas de fracture; par les mêmes raisons aussi, nous avons une luxation, seulement elle est un peu plus en bas sur la partie supérieure de l'échancrure sciatique. Nous avons donc affaire à une luxation *en arrière et en bas*. A quel phénomène devons-nous attribuer les différences que l'on observe dans le siége du déplacement que nous constatons dans ces deux espèces de luxation? Est-ce à ce que le sujet étant moins fort et s'étant évanoui, la force musculaire, aidant la cause efficiente, n'a pu relever la tête du fémur et la porter dans la fosse iliaque externe?

Ici encore le chloroforme nous a rendu le même service, et malgré les difficultés plus grandes de cette réduction, elle a été aussi facile et aussi prompte, et la guérison aussi rapide et aussi complète.

D'où je conclus à l'utilité du chloroforme en pareils cas, je dirai même indispensable. Je me propose donc, en circonstances analogues, de l'employer toujours, sauf les cas de contre-indication formelle. C'est enlever toute espèce de difficulté dans l'opération; c'est se mettre à l'abri des cris et de la douleur du malade; c'est lui éviter toute espèce de souffrance; c'est enfin éloigner tous ces appareils de moufles et de cordages qui font la terreur des malades.

Les deux observations de luxation du fémur que nous rapportons ici offrent un double intérêt pratique; premièrement, elles nous montrent quel parti il est possible de tirer des agents anesthésiques pour faciliter la réduction de certaines luxations, de celle où la puissance musculaire est assez considérable pour exiger des tractions très violentes; secondement, elles mettent parfaitement en regard deux variétés d'une même espèce de luxation. La première observation, en effet, a manifestement trait à une luxation *en arrière et en haut* de Boyer, *iliaque* de M. Gerdy; la seconde à une luxation *en arrière et en bas* de Boyer, *sacro-sciatique* de M. Gerdy. La différence entre ces deux luxations ne consiste que dans la position plus ou moins élevée de la tête du fémur, et par conséquent dans la différence du raccourcissement; mais cette différence est-elle assez grande pour motiver la description de deux espèces distinctes? les symptômes sont exactement les mêmes. Sans doute la flexion de la cuisse a dû être un peu plus considérable dans la seconde observation que dans la première; mais cette différence n'a pas été assez tranchée pour appeler l'attention de notre savant confrère M. Laborderie, qui, si nous en jugeons par l'exactitude avec laquelle il a décrit la symptomatologie de son premier malade, aurait signalé une différence notable dans le degré de flexion. Nous pensons donc que c'est avec raison que M. le professeur Nélaton a réuni ces deux variétés sous le nom de luxation *ilio-ischiatique*. M. Laborderie croit pouvoir attribuer la différence entre ces deux luxations à la différence d'énergie de la contraction musculaire; nous ne partageons pas tout à fait son opinion. Pour nous, elle tiendrait au degré de flexion de la cuisse au moment de l'accident. Nous pourrions regretter, dans ces deux observations, une légère lacune, c'est la description des procédés employés pour la réduction. Mais nous n'attachons pas une grande importance à cette omission, puisque la même méthode de réduction est applicable à toutes les espèces de luxation en arrière, *ilio-ischiatique* et *ovalaire*.

Dr A. Jamain.

ANESTHÉSIE LOCALE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Par M. le docteur V. Renouard.

M. D..., âgé de quarante-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, d'un embonpoint assez considérable, sans obésité, est sujet à la goutte depuis cinq ans. Chaque année, à la fin de l'hiver ou au commencement du printemps, il éprouve un accès qui le retient au lit ou dans la chambre deux, trois et même quatre septénaires. Il mène d'ailleurs un régime de vie très hygiénique, évitant toute espèce d'excès. Le seul reproche que l'on peut lui adresser au point de vue de l'hygiène serait peut-être de ne pas faire assez d'exercice.

Pour prévenir ces accès ou pour les combattre quand ils sont arrivés, on a employé jusqu'ici tous les moyens internes et externes, rationnels et empiriques les plus vantés. Le malade a passé une saison à Vichy. Tout cet arsenal thérapeutique a ralenti probablement, mais n'a pas arrêté les progrès de la maladie, qui est revenue chaque année à l'époque indiquée, avec un surcroît d'énergie et de persistance.

Cette fois encore M. D... ayant ressenti pendant quelques jours des pincements dans les articulations, et prévoyant avec beaucoup de sagacité l'approche de son accès annuel, s'est mis aussitôt à l'usage du traitement préventif. Néanmoins, dès le 21 février dernier le pied droit était pris d'une douleur continue assez vive et d'un gonflement médiocre. Après deux jours de souffrance une rémission notable s'opéra, et le malade s'applaudissait déjà de la bénignité de cet accès, dans la croyance qu'il touchait à sa fin. Mais dans la nuit du 24 au 25, le pied gauche fut envahi tout entier.

Dès le 25 au matin, la douleur était des plus intenses. Elle ne fit qu'augmenter dans la journée, et le soir elle arrachait des cris au malade, qui se tordait sur son lit, mordant et déchirant son linge. La nuit se passa sans le moindre soulagement, malgré l'emploi des narcotiques à l'intérieur et à l'extérieur. Le pied était sensiblement œdématié; la peau tendue et d'un rose luisant.

Le 26 au matin, me trouvant à bout de ressources et ne pouvant rester inactif devant des souffrances si aiguës, je proposai l'emploi local du chloroforme, qui fut accepté sur-le-champ.

Muni de l'instrument de M. le docteur Hardy, je commençai l'insufflation des vapeurs anesthésiques à midi, les dirigeant spécialement sur la partie la plus douloureuse. Après vingt minutes de cette opération, qui fut interrompue deux ou trois fois, ce qui réduit sa durée réelle à seize ou dix-sept minutes, le malade se sentit assez bien pour demander qu'on la suspendît. Il ne se disait pas exempt de toute souffrance, mais considérablement soulagé. La partie soumise aux exhalations du chloroforme était devenue pâle et froide, de rouge et brûlante qu'elle était auparavant. On pouvait y exercer une pression modérée sans éveiller la sensibilité du malade, qui tout à l'heure ne voulait pas permettre le plus léger attouchement.

Le calme persista une heure et demie ou deux heures; ensuite la douleur parut se ranimer, et alla en croissant jusqu'au soir. Lorsque je revis ce malade, entre huit et neuf heures, il était très souffrant, quoiqu'à un degré bien moindre que la veille; il craignait surtout pour la nuit. En même temps, le point central de la douleur avait un peu changé de place; il s'était rapproché de la malléole interne.

L'insufflation des vapeurs anesthésiques fut pratiquée de nouveau pendant quinze minutes sans interruption. A ce moment, toute souffrance avait disparu; on pouvait appuyer assez fortement sur le siége principal de la douleur sans que le malade en eût conscience. Il s'endormit quelques instants après d'un sommeil profond qui dura deux heures. A son réveil, il n'éprouva qu'un faible sentiment de douleur, quelques élancements passagers revenant à des intervalles plus ou moins longs, et qui ne l'empêchèrent pas de faire plusieurs autres sommes dans le courant de la nuit.

A compter de ce jour, 27 février, le malade a si peu souffert que l'application du chloroforme a été jugée superflue. L'engorgement a diminué graduellement; pour hâter la résolution, on s'est contenté de liniments émollients et de bains.

Le 28 février, le malade a pu rester une partie de la journée sur son canapé.

Le 5 mars, il a fait une promenade en voiture. Le 7, il marchait sans canne dans son appartement. Le pied avait repris son volume, sa forme et sa couleur ordinaires.

En somme, cet accès a été moins long que ceux des deux années précédentes. La résolution de l'engorgement a paru marcher avec plus de rapidité que de coutume.

Conclusion. — On ne saurait méconnaître en cette occasion l'heureux effet des vapeurs chloroformiques sur les douleurs si intolérables de la goutte; mais l'influence de ces mêmes vapeurs sur la résolution de l'œdème, quoique probable, ne me semble pas suffisamment démontrée. (*Revue médicale.*)

EXTRACTION D'UN MORCEAU DE FER

de l'intérieur de l'œil.

M. Critchett fut appelé à visiter un ingénieur dont l'œil gauche avait été la veille frappé très fortement d'une parcelle de fer détachée pendant qu'il tournait. Au bord supérieur au centre de la cornée existait une solution de continuité irrégulière, dont les lèvres actuellement rapprochées contenaient l'humeur aqueuse. Sur le bord pupillaire supérieur se voyait une marque foncée paraissant être le corps étranger. Déjà le cristallin offrait une coloration laiteuse. Le chirurgien introduisit un petit stylet, mais il reconnut bientôt que ce qu'il avait pris pour le corps étranger n'était qu'une fente faite à la pupille par le passage de ce corps. Malgré la profondeur de la situation actuelle du corps étranger, le chirurgien résolut d'aller à sa recherche, sachant qu'il causerait dans l'œil en y séjournant d'irréparables désordres, et que d'ailleurs la cataracte qui commençait à se former nécessiterait tôt ou tard une opération.

En conséquence, après avoir un peu agrandi l'ouverture de la cornée, on amena au dehors le cristallin à l'aide d'une curette. Alors seulement on put découvrir un fragment métallique oblong situé en arrière et en travers de l'iris, sous la membrane hyaloïde évidemment intacte. Des pinces ne faisant que glisser sur ce corps, on en opéra définitivement l'extraction avec une curette, mais non sans avoir, pendant cette manœuvre, lésé la membrane hyaloïde, ce qui occasionna la sortie d'une petite quantité d'humeur vitrée.

Les suites furent assez favorables. Le globule oculaire avait conservé sa fermeté; la vision s'opérait passablement, et l'on espérait qu'elle serait encore meilleure lorsqu'un peu de lymphe située devant la pupille se serait résorbée.

Malgré ce résultat, assez incomplet encore au moment où l'auteur a pu le constater, nous le considérons comme devant encourager à suivre, dans des circonstances semblables, le même plan opératoire que M. Critchett a mis en œuvre. (*Arch. d'opht.*)

DES FRACTURES DU MEMBRE PELVIEN

traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens (1).

(Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 août.)

Obs. IV. — *Fracture oblique du fémur immédiatement au-dessous du grand trochanter. Appareil inamovible; guérison avec raccourcissement de six centimètres. Rupture accidentelle du cal; traitement par notre appareil; guérison sans raccourcissement.*

Le dessin exposé plus haut a été pris d'après nature sur le malade qui fait le sujet de cette observation. Il permet de saisir facilement les détails qui vont suivre.

Hocquart, caporal du génie, vingt-six ans, forte constitution, tempérament sanguin, s'est fracturé le fémur du côté gauche le 8 octobre 1842 en tombant d'un échafaudage dans les fortifications de Paris.

Traité au Val-de-Grâce par le bandage inamovible de M. Seutin ; il était arrivé au cinquantième jour quand je pris la direction du service chirurgical de cet hôpital. La consolidation était avancée; je crus devoir la respecter, quoique vicieuse. A la levée de l'appareil, après quatre-vingt-cinq jours, on constata en effet un raccourcissement de six centimètres et une saillie très proéminente en dehors du grand trochanter. Cette infirmité fit porter pour une pension de retraite ce militaire, qui se rendit ensuite à son régiment pour en attendre la liquidation.

Le 30 janvier 1843, Hocquart, dont la marche était mal assurée, fait une chute qui rompt le cal et le force à rentrer au Val de-Grâce. Il existe en même temps une entorse du poignet, mais sans importance.

Examen six heures après l'accident. — Déformation angulaire et coude très prononcé en dehors, vers la racine du membre; renflement de la cuisse, tiers supérieur, par le refoulement des parties molles et par la tuméfaction survenue. Raccourcissement de 8 centimètres constaté par la mensuration; forte saillie externe du grand trochanter, qui n'est ni remonté, ni surtout porté en arrière, comme cela a lieu dans les fractures au-dessus de cette épiphyse. Crépitation assez facile à constater à l'aide de l'extension et de la rotation imprimée au membre; pendant ce dernier mouvement, le grand trochanter ne bouge, ni ne décrit d'arc de cercle. Mouvements d'abduction et d'adduction faciles, mais assez douloureux. La souffrance augmente quand on comprime la cuisse en dedans et près du périnée, où l'on rencontre la saillie formée par le fragment inférieur sensiblement attiré en haut et en avant par les muscles adducteurs d'une part, et, de l'autre, par le psoas et l'iliaque insérés au petit trochanter.

Bien que le pouls soit plein et fréquent avec céphalalgie, les phénomènes inflammatoires locaux sont peu développés. L'augmentation de volume tient presque uniquement au chevauchement des fragments; il y a peu de souffrance et pas de tressaillements musculaires. Nous diagnostiquons une fracture oblique du fémur immédiatement au-dessous du grand trochanter, consécutive à la rupture d'un cal vicieux et âgé d'environ trois mois. — Saignée du bras de 500 grammes; application immédiate de notre appareil pour fixer les lacs extenseurs sur le membre.

A peine celui-ci est-il placé dans notre boîte, en fléchissant légèrement son articulation tibio-fémorale, qu'à l'instant même il s'allonge d'environ deux centimètres par la simple position donnée. Des efforts prudemment tentés pour aller au delà donnent peu de résultats, parce que les muscles, depuis plusieurs mois rétractés par suite du chevauchement des fragments, cèdent difficilement; aussi, sans vouloir rendre tout d'un coup au membre sa longueur normale, ne demandons-nous à l'extension et à la contre-extension qu'une action modérée, mais sans interruption, sachant combien ont de puissance des efforts

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 24 août; 2, 7 et 16 septembre.

peu violents, pourvu qu'ils soient continus. Ainsi nous sommes arrivé, en huit jours, à rendre au membre toute sa longueur et à faire disparaître les six centimètres de raccourcissement consécutifs à la première fracture. Sollicité par les puissants muscles fessiers, le grand trochanter, fortement tiré en dehors, était cause d'une déformation angulaire; il fallait le reporter en dedans. Il a suffi de l'entourer de trois lacs coaptateurs disposés en éventail, comme on le voit sur le dessin précité, et dont les chefs sont fixés dans des trous de la paroi interne de la boîte. Le fragment inférieur était attiré en dedans par les muscles adducteurs; il a été ramené en dehors à la rencontre du fragment supérieur par un lacs agissant en sens inverse des lacs précédents, et dont les chefs se fixent à la paroi externe de la boîte.

On ne tarda pas à remarquer que la cuisse offrait une convexité antérieure notablement plus prononcée que dans l'état normal. Pour s'opposer à cette saillie, rien n'a été plus facile; il a suffi d'appliquer sur la partie moyenne et antérieure de la cuisse le milieu d'une bande dont les chefs ont été réfléchis en bas dans les trous les plus voisins du plancher de l'une et l'autre paroi de la boîte. Plus on a fait effort sur eux, plus ils ont redressé le fémur; et quand le degré désiré a été obtenu, on les a liés ensemble par un nœud à rosette.

Ce militaire est resté ainsi dans notre appareil pendant deux mois sans avoir éprouvé de souffrances, tant les puissances extensives ont été employées avec ménagement.

Le résultat obtenu a été si satisfaisant qu'à la levée de l'appareil, en présence d'environ soixante médecins militaires du Val-de-Grâce, il a été constaté, par une mensuration rigoureuse plusieurs fois répétée, qu'il n'y avait plus du tout de raccourcissement.

Cette guérison a fait sensation, et à partir de cette époque nos appareils à fracture se sont de plus en plus propagés dans les hôpitaux militaires, où les praticiens les plus éminents les mettent en pratique.

Quand on apprit au malade qu'au lieu d'être réformé avec une pension de retraite il allait continuer à servir et retourner à son régiment, il fut le seul à ne pas se féliciter de ce beau résultat.

Obs. V. — *Fracture oblique du fémur à son quart inférieur avec raccourcissement considérable. — Efficacité de notre appareil appliqué un mois après l'accident. — Guérison sans raccourcissement.*

Nau, vingt-huit ans, de bonne constitution et infirmier au Val-de-Grâce, a été, le 4 septembre 1847, renversé par un cheval emporté. Une roue de la charrette traînée par ce cheval, qu'il voulut arrêter en barrant le chemin, lui passa en diagonale sur la jambe droite, sur le genou et sur la cuisse du même côté. Relevé presque sans connaissance, il fut saigné et mis au lit.

Uniquement préoccupé d'un épanchement sanguin considérable siégeant autour du genou, le chirurgien ne songea qu'à prévenir par le repos, par des applications de sangsues et des cataplasmes une arthrite redoutable.

Mais un mois plus tard, quand eut lieu la résolution, on s'aperçut que le fémur droit offrait un raccourcissement de 7 centimètres. L'inspection de la région poplitée y fit en outre découvrir une grosse tumeur osseuse à extrémité pointue produite par une fracture oblique du fémur, dont le fragment inférieur, sollicité par les puissants muscles jumeaux, avait basculé en arrière.

A cette époque, M. le médecin inspecteur Alquié fit admettre Nau au Val-de-Grâce, dans une salle de notre service, et le même jour notre appareil fut appliqué d'après les règles indiquées. Les liens de l'extension et de la contre-extension furent soumis à la puissance d'un pas de vis fixé sur la planchette digitale de notre boîte, et en serrant chaque jour un peu plus fortement la vis le cal, dont la consolidation vicieuse offrait une forte résistance, céda graduellement et si bien que cinq jours plus tard nous avions déjà un allongement de 4 centimètres.

Dix jours jours après ce premier résultat obtenu, le membre, allongé de 3 nouveaux centimètres, avait recouvré sa longueur normale; il n'y avait dès lors plus rien à demander aux lacs extenseurs.

Voici comment ont fonctionné les lacs de la coaptation : dès que le cal vicieux a été rompu, des compresses graduées destinées à refouler le fragment inférieur ont été placées dans le creux du jarret, assez épaisses pour un peu le dépasser. La partie moyenne d'un bout de bande dont les chefs étaient réfléchis de bas en haut sur les rebords de la boîte où ils étaient fixés soutenait cette pyramide de compresses. Un autre lacs, dont le milieu portait en plein sur la rotule, agissait en sens inverse pour équilibrer les deux forces. Un troisième lien, appliqué sur la portion moyenne et antérieure de la cuisse, refoulait en arrière le fragment supérieur à la rencontre du fragment inférieur.

Plus tard, ayant remarqué une tendance prononcée du fragment supérieur à se porter en dehors, nous eûmes recours à un quatrième lacs pour lui imprimer une direction en dedans. Ce lacs, prenant un point d'appui au côté externe de la cuisse, venait se fixer à la paroi interne de la boîte.

L'appareil resta en place pendant deux mois. A cette époque, le nouveau cal ayant acquis une solidité suffisante, il fut enlevé, et l'on constata, en présence d'une assistance nombreuse, qu'il n'y avait pas le moindre raccourcissement.

On n'a permis au malade de marcher que dix jours plus tard, et à l'aide de béquilles. Après un séjour de trois mois, il nous a quitté, ne conservant dans l'articulation fémoro-tibiale qu'une roideur légère et passagère.

Ce fait, comme le précédent, a vivement excité l'attention des médecins du Val-de-Grâce.

Obs. VI. — *Fractures du fémur gauche et de la jambe droite par écrasement. — Traitement par notre appareil secondé par la glace. — Guérison sans raccourcissement.*

Le 1er février 1847, Magne, soldat au 1er régiment d'infanterie légère, âgé de vingt-quatre ans, de bonne et forte constitution, fut renversé dans la rue par une voiture de charretier, dont les roues lui passèrent sur les extrémités pelviennes.

Transporté immédiatement au Val-de-Grâce, on constate une fracture par écrasement des deux os de la jambe droite au tiers supérieur, et une fracture également par écrasement du fémur gauche, partie moyenne. Les membres sont déformés, et malgré un épanchement sanguin considérable, on peut constater l'existence de fragments multiples dans l'une et l'autre fracture. Cette double lésion est des plus graves; on la croirait produite par un boulet à la fin de sa course. Toutefois, par une circonstance heureuse, il n'y a ni plaie ni communication de l'air extérieur avec le foyer de ces fractures. La mensuration permet de constater avec précision un raccourcissement de 10 centimètres pour la cuisse, et de 5 pour la jambe. La circonférence de la cuisse a 12 centimètres, et celle de la jambe 4 centimètres de plus que du côté sain. Des pointes d'esquilles se distinguent aisément, et en déprimant les téguments avec la pulpe des doigts, nous essayons, par des manœuvres douces et ménagées, de les remettre en place.

La commotion a été sérieuse, mais la réaction a lieu, et le pouls est déjà à 85 pulsations. Les douleurs éprouvées par le malade sont supportables; de très graves accidents inflammatoires sont à redouter.

En attendant que l'on puisse se procurer une boîte jumelle, on se hâte de faire une saignée du bras de 600 grammes, d'appliquer sur la jambe et sur la cuisse, préalablement recouvertes d'une légère couche de charpie, de nombreux morceaux de glace, et de déposer les membres sur un appareil provisoire composé :

1° De longs coussins de crin disposés de façon à leur donner une position déclive vers le bassin, pour faciliter le retour du sang tout en maintenant le genou légèrement fléchi;

2° De grosses éponges communes, aux trois quarts déchirées par le milieu, représentant ainsi deux petits oreillers jumeaux entre lesquels les membres sont déposés à l'endroit des fractures. Ces oreillers les soutiennent concurremment avec les coussins de crin qu'on roule latéralement; ils retiennent en outre les morceaux de glace.

Prescriptions. — Continuation de la glace sans interruption; purgatif; limonade dans la journée. Les pièces destinées à opérer l'extension sont appliquées sur le genou, sur la jambe et sur le pied du côté du fémur brisé; et pour la jambe fracturée, sur le pied seulement.

Le lendemain, ces appareils étant solidifiés par la dessiccation de la gomme dont ils ont été imprégnés, les deux membres sont déposés dans la boîte jumelle, préalablement garnie de coussins et des accessoires.

Le dessin ci-joint montre l'appareil tel qu'il fonctionne le cinquième jour après l'accident.

A. *Cuisse.* — Les lacs de la contre-extension opèrent par l'intermédiaire de l'anneau de crin recouvert en peau de daim et prenant son point d'appui au périnée sur la branche ascendante des pubis et sur l'ischion. Les lacs contre-extenseurs agissent à la fois sur le genou et sur le pied, les liens de la coaptation s'harmonisent entre eux. Deux agissent comme des mains de dehors en dedans; deux autres, opposés d'action, opèrent en sens inverse. Le fragment inférieur faisant saillie est refoulé en arrière par un cinquième lacs agissant directement d'avant en arrière. Enfin le bassin est immobilisé et maintenu en rectitude par une grande serviette qui, après l'avoir embrassé, vient se fixer à la paroi externe de la boîte.

B. *Jambe.* — La jambe fracturée est restée à nu tout le temps que la glace a été utile. Les lacs de l'extension tirant le pied en bas, et les lacs de la contre-extension fixés au genou, qu'ils attirent en haut en se réfléchissant dans les échancrures du plancher de la boîte, fonctionnent très efficacement, ainsi que le lien de la coaptation, qui repousse directement en arrière le fragment supérieur, dont la pointe menaçait de percer la peau.

Le 2 février, le malade a peu dormi, et cependant les douleurs sont modérées. Malgré la présence de la glace, dont on use très largement, la cuisse et la jambe conservent une chaleur exagérée pathologique, qui augmente rapidement avec surcroît de souffrance dès qu'elle s'épuise et cesse d'être entretenue avec vigilance. Pouls à 95 pulsations, plein et fort; céphalalgie légère, soif modérée, inappétence; langue saburrale. La cuisse et la jambe ont encore un peu augmenté de volume, mais la tuméfaction semble passive, sans spasme, sans contraction musculaire. En somme, l'inflammation traumatique marche doucement, avec régularité, dominée qu'elle est par la glace.

Prescription. — Nouvelle saignée de 250 grammes; purgatif salin; une bouteille d'eau de Sedlitz à prendre en vingt-quatre heures à titre d'hyposthénisant; limonade; diète; glace sur les membres laissés à découvert. A partir de ce moment on commence à faire agir, mais modérément, les lacs extenseurs. La cuisse s'allonge immédiatement de 5 centimètres, et la jambe de 3 centimètres. Ces tractions douces semblent, en rendant à la cuisse et à la jambe leur conformation normale, apaiser les souffrances loin de les exaspérer; et, en même temps que les membres s'allongent, le volume de leur circonférence, exagéré non-seulement par l'épanchement sanguin et par l'inflammation traumatique, mais de plus par le chevauchement des fragments, diminue notablement.

Le 3, le malade a un peu reposé pendant la nuit. Pouls à 90 pulsations: chaleur profonde et plus prononcée dans le siége des fractures. Addition de sel marin à la glace pour augmenter l'intensité du froid et produire des saignées de calorique plus actives, en rapport d'ailleurs avec l'intensité des foyers traumatiques, générateurs de la chaleur en excès. Continuation douce et modérée de l'extension et de la contre-extension : boissons gommeuses; diète.

Le 4, le malade est calme; pouls à 85; moins de chaleur au siége des fractures; glace seule; suppression du sel marin. L'extension a donné 2 centimètres pour la cuisse et 1 centimètre pour la jambe. Quelques instants après que les liens sont en place ils se relâchent, mais uniquement parce que les fragments inférieurs ont cédé. Le malade ne cesse de réclamer de la glace dès qu'elle est fondue comme un grand bienfait.

Le 5, rien de bien notable. Etat à peu près stationnaire jusqu'au 8 février. A cette époque, pouls à 60, régulier; plus de soif; sommeil assez bon; diminution très notable du volume des membres. Le raccourcissement n'est plus que de 1 centimètre et demi pour la cuisse et de 1 centimètre pour la jambe. Le froid cesse d'être agréable au malade; la température du membre est tombée; la glace est supprimée et remplacée par une simple compresse mouillée. Alimentation légère.

Au vingtième jour plus de raccourcissement appréciable ni pour la cuisse, ni pour la jambe.

Le cinquante-cinquième jour on laisse la jambe en liberté dans la boîte et sans liens.

Le quatre-vingt-cinquième jour, la cuisse recouvre également sa liberté, et quinze jours plus tard on permet la marche à l'aide de béquilles. Après un séjour de quatre mois, ce militaire a quitté l'hôpital dans un état fort satisfaisant, sans roideur articulaire, sans claudication et sans qu'on puisse constater, dans un membre ou dans l'autre, la moindre trace de raccourcissement.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, ce 21 septembre 1854.

Monsieur le Rédacteur,

Les paroles que me prête M. Charrière fils dans sa réclamation me mettent dans la nécessité de déclarer que, loin d'admettre que le principe des aiguilles de M. Charrière diffère en tout des aiguilles de M. Mathieu, je lui ai dit absolument le contraire.

Dans mon opinion, le principe est parfaitement identique. C'est, dans les deux instruments, un chas ouvert qui se ferme par le mécanisme du clapet; seulement, au lieu de placer la fente du clapet sur l'axe même de l'aiguille, M. Charrière l'a placée latéralement.

Agréez, etc. E. Chassaignac.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Lambert, de Montigny (Aube), nous apprend que le choléra a fait dans ce canton d'affreux ravages. La mortalité a été d'un 6e, d'un 7e, d'un 12e, selon les villages. 600 décès en tout sur une population de 9,000 âmes (moyenne, un 15e). Un seul village de ce canton a été préservé.

M. Lambert nous fait part en même temps des pertes regrettables essuyées par le corps médical dans l'arrondissement qu'il habite pendant le cours de cette cruelle épidémie. M. le docteur César (de Châtillon), qui avait quitté sa famille pour aider son confrère atteint par l'épidémie, n'a pas tardé à être frappé après plusieurs jours de fatigues excessives, et il a succombé à Gevrolles, où le mal sévissait en ce moment avec une violence extrême. MM. Féraud (de Belan) et Gallereux (de Laignes) ont également succombé à l'épidémie au milieu des rudes travaux de leur profession.

— Il résulte d'un travail tout récent de M. Kosmann (thèse inaugurale) que les jeunes pousses et les feuilles de bouleau recèlent une résine électro-négative (acide bétulorétinique), et que cette résine, à l'état de sel sodique, pourrait être employée comme un *tonique laxatif*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la méningite cérébro-spinale épidémique, par M. E. Durut (Thèse inaugurale.)

Appréciations théoriques sur certains points de l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale, par M. le Dr Holaind. (Thèse inaugurale.)

Considérations sur les anomalies cardiaques et vasculaires qui peuvent causer la cyanose, par M. P.-L. Pize, d.-m. (Thèse inaugurale.)

De l'action du lait comme contre-poison sur quelques dissolutions métalliques, par M. le docteur E. Rupin. (Thèse inaugurale.)

Du phlegmon diffus, par M. le docteur A. Hacque. (Thèse inaugurale.)

Du lait de femme à l'état physiologique, par M. le docteur P. Denis. (Thèse inaugurale.)

Ces différentes thèses se trouvent chez Rignoux, imprimeur de la Faculté de médecine, 31, rue Monsieur-le-Prince.

Guide du baigneur aux Sables d'Olonne, par M. Meunier. Un vol. in-12. Aux Sables d'Olonne, chez Lambert, libraire. Prix : 2 fr.

Des opérations qui se pratiquent sur la mâchoire supérieure, résection et ablation du maxillaire supérieur en particulier, par M. le docteur J.-S. Roux (de St-Maximin. (Thèse inaugurale). A Montpellier, chez P. Grollier, rue des Tondeurs, 9.

Sommaire du traitement du choléra asiatique, par M. le docteur Amé Philippart (de Tournai). Brochure in-12. A Tournai, chez la veuve Vandenbrouck, 20, rue des Chapeliers.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 114. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 114. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

PARIS, LE 25 SEPTEMBRE 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

La lecture de M. Sédillot sur la cautérisation ignée a provoqué une communication semblable de M. Bouvier dans la dernière séance. M. Bouvier s'associe pleinement à l'opinion de M. le professeur Sédillot touchant les abus de la cautérisation transcurrente, qui peut, suivant lui, être remplacée dans un grand nombre de cas par divers moyens connus des praticiens, tels que l'électrisation cutanée, la rubéfaction, la pustulation, et surtout par la simple ustion de l'épiderme et du corps muqueux de la peau.

Nous rappelions il y a quinze jours, à propos de la première de ces communications, que la cautérisation ponctuée ou pointillée était une pratique courante depuis un certain nombre d'années, et que nous avions eu nous-même plusieurs fois l'occasion d'en constater les bons résultats. M. Jules Guérin, de qui nous tenions cette pratique, vient de publier dans le dernier numéro de la *Gazette médicale* un mémoire sur la cautérisation pointillée non suppurante, dans lequel sont exposés les principes sur lesquels repose la conception de cette méthode, les règles de son application et les principales indications de son emploi.

Nous saisissons cette occasion de faire connaître à nos lecteurs la méthode systématisée de M. Guérin, à laquelle se rattachent, comme on le verra, avec de légères variantes, les procédés préconisés par MM. Sédillot et Bouvier.

La cautérisation pointillée non suppurative de M. Jules Guérin consiste :

Physiquement, dans l'application instantanée sur la peau, à l'aide d'une sorte de percussion élastique, de l'extrémité mousse d'une tringle rougie à blanc, ayant de 2 à 3 millimètres de diamètre, et touchant la peau au plus pendant un quart de seconde, sous forme de points en nombre variable.

Physiologiquement, elle consiste dans une ustion de la couche épidermique de la peau, sans phlyctènes, sans apparence d'inflammation suppurative ni même de réaction inflammatoire. Pour donner l'idée la plus juste et la plus complète de son caractère physiologique, M. Guérin la compare à la méthode sous-cutanée, dont elle reproduit à l'extérieur, et sous une eschare sèche, le fait principal, l'organisation immédiate. La cautérisation pointillée n'est ce qu'elle doit être physiologiquement qu'à la condition de ne produire consécutivement ni suppuration, ni même inflammation érythémateuse persistante. Pour remplir sûrement cette condition, M. Guérin soumet l'emploi de cette méthode à certaines règles qu'il formule en ces termes :

« La cautérisation doit être rapide, produite par des coups secs, quoique fermement appliqués ; les points doivent en être suffisamment et régulièrement espacés, ne jamais être appliqués deux fois de suite sur les mêmes points de la peau lorsqu'il est nécessaire qu'ils soient renouvelés; ne jamais être suivis d'immersion dans l'eau salée ou d'aucun liquide excitant, ni même soumis d'une manière continue à l'action de l'eau simple ou d'applications émollientes. »

A la faveur de ces précautions, les eschares épidermiques sont sèches et jaunes ; elles se détachent au bout de deux ou trois fois vingt-quatre heures sous forme de croûtes exclusivement composées de fragments de cellules épidermiques, laissant après elles une tache jaunâtre, sans rougeur persistante ni sensibilité anomale de la peau.

L'action physiologique de la cautérisation pointillée se manifeste par les effets suivants : réveil de la sensibilité éteinte, restauration de la force, rétablissement de la calorification, extinction de la douleur, et finalement impulsion au travail moléculaire de la nutrition. La cautérisation pointillée se résume, en définitive, par la stimulation active, directe des émanations périphériques du système nerveux ganglionaire, laquelle se traduit à son tour par la restauration de la sensibilité et de la contractilité organiques.

En raison du caractère physiologique de son action, M. Guérin catégorise ainsi qu'il suit les maladies auxquelles est applicable la cautérisation pointillée : maladies de la peau, des membranes muqueuses, des membranes séreuses, des muscles, des os, des nerfs, des organes parenchymateux, en tant que ces diverses maladies présentent cette indication commune d'une altération ou d'une perversion des émanations périphériques du système nerveux ganglionaire.

Nous pensons que ce court énoncé suffira pour faire saisir le principe de la méthode instituée par M. Guérin. Quant aux méthodes de cautérisation de MM. Sédillot et Bouvier, qui rentrent naturellement, comme on le voit, dans cette systématisation générale, nous sommes heureux d'avoir à constater la concordance de leurs bons résultats avec ceux dont nous avons été maintes fois témoin nous-même.

— L'étiologie du goître occupe depuis quelques années les médecins et les chimistes. On connaît les diverses théories qui ont été émises sur la cause de cette affection, théories qui peuvent se résumer toutes en deux systèmes : l'un attribuant le goître à l'action spéciale d'une substance unique agissant par sa présence comme la magnésie, ou par son absence comme l'iode ; l'autre le faisant dépendre d'influences multiples, du concours d'un ensemble de causes locales plus ou moins nombreuses. M. E. Maumené, qui a voulu aussi apporter le tribut de ses réflexions et de ses recherches sur cet intéressant sujet, incline vers le premier système. Se fondant sur l'observation de jeunes gens qui se donnent le goître en deux ou trois mois pour échapper à la conscription, et de familles qui sont successivement atteintes du goître aussitôt qu'elles viennent occuper des habitations placées sur certains cours d'eau, M. Maumené considère le goître comme un effet direct de l'action des substances tenues en dissolution dans l'eau. Il a pensé que, pour résoudre la question, la meilleure marche à suivre était d'essayer sur les animaux l'influence des sels dont la présence a été constatée dans quelques eaux, et dont les effets hygiéniques sont loin d'être connus. Cet habile chimiste a entrepris sur ce sujet une série d'expériences ; il a commencé par l'étude des effets des fluorures sur l'économie. On verra, par l'expérience que nous reproduisons au compte rendu, que l'usage prolongé du fluorure de sodium a produit sur un animal le développement d'une tumeur du cou assez semblable au goître. Mais cette tuméfaction est-elle, un goître en réalité ? La relation de M. Maumené laisse du doute à cet égard. D'un autre côté, en supposant que les mêmes expériences réitérées produisent constamment le même résultat, il resterait à rechercher si les fluorures se rencontrent dans les eaux des pays à goître. La question, on le voit, est à peine posée par cette première expérience. Aussi ne la signalons-nous que comme un essai qui doit être continué ; car, quel qu'en soit le résultat définitif, la science n'aura qu'à gagner aux recherches que M. Maumené paraît disposé à poursuivre. — Dr Brochin.

DU SECRET EN MÉDECINE.

Le corps médical belge a été mis en émoi depuis près d'un an par un arrêt de la Cour de cassation de Bruxelles, lequel a décidé que l'accoucheur faisant la déclaration de la naissance d'un enfant, conformément aux articles 55 et 56 du Code civil, est tenu de faire connaître à l'officier de l'état civil le nom de la mère de l'enfant, sous les peines portées en l'article 346 du Code pénal.

Cette décision ne doit point inquiéter les médecins français, car la jurisprudence s'est, grâce à Dieu, fixée depuis longtemps en France dans un sens tout opposé. Nous voulons cependant dire quelques mots sur la question qu'elle tranche, car il peut être bon de rappeler les principes quand on paraît les oublier, et nous sommes heureux de saisir cette occasion de témoigner notre sympathie au corps médical belge, qui résiste avec énergie contre la doctrine consacrée par la Cour suprême de Belgique.

La Cour de cassation de Bruxelles fonde sa décision sur le rapprochement des articles 35, 56 et 57 du Code civil. Dans le système qu'elle adopte, l'article 56 s'expliquerait et se compléterait par l'article 57, et la déclaration de la naissance d'un enfant ne serait complète et conforme à l'article 56 qu'autant qu'elle contiendrait toutes les énonciations nécessaires à la rédaction de l'acte de naissance, et que l'officier de l'état civil ne peut tenir que de celui qui fait la déclaration, aux termes de l'article 35. Le nom de la mère faisant partie des énonciations que doit contenir l'acte de naissance, selon l'article 57, celui qui fait la déclaration devrait l'indiquer, sinon il serait réputé n'avoir point fait la déclaration, et deviendrait passible des peines portées en l'article 346 du Code pénal. Enfin il résulterait par analogie des articles 60, 61 et 95 du Code civil que toujours la déclaration de la naissance d'un enfant devrait être accompagnée de l'énonciation du nom de la mère.

Nous n'entreprendrons point de suivre l'arrêt que nous avons sous les yeux dans la discussion stérile des termes de la loi; la question nous semble devoir être envisagée d'un point de vue plus élevé, et ce n'est pas dans le rapprochement des mots, mais dans l'examen des principes que l'on en doit trouver la solution.

Nous ferons remarquer cependant que les auteurs de l'arrêt, si préoccupés du texte des articles 56 et 57 du Code civil, et du sens qu'il convient d'attacher à chacune des expressions employées par le législateur, ont oublié de se demander ce que signifient ces mots : *déclaration de la naissance d'un enfant*, et si la *naissance* d'un enfant n'est point une chose tout à fait différente de sa *filiation*. C'est là pourtant que se trouve la solution de ce que nous pouvons appeler la question de mots. Si on avait pris la peine de l'examiner, on aurait vu bientôt que s'il est de l'intérêt de la société, d'ordre public, que la naissance d'un enfant soit constatée, des intérêts privés se rattachent seuls à l'établissement de sa filiation, et l'on serait arrivé à cette découverte que les mots *naissance* et *filiation* ne doivent pas être entendus dans le même sens; qu'ils n'ont pas été employés indifféremment par le législateur, et qu'il n'y a que le défaut de la déclaration du fait matériel de la naissance qui tombe sous le coup de la loi pénale.

L'arrêt nous paraît aussi bien peu logique dans le rapprochement des textes de la loi et dans les conséquences qu'il en tire.

Dans le système qu'il adopte, déclarer la naissance d'un enfant ce serait déclarer ce qui doit servir à la rédaction de l'acte de naissance en conformité de l'article 57 du Code civil, et le nom de la mère étant une des énonciations requises par cet article, il devrait être déclaré par le médecin. Mais s'il était vrai que chacune des énonciations de l'article 57 fût essentielle à la rédaction de l'acte de naissance, il ne pourrait pas plus être permis de taire le nom du père que celui de la mère de l'enfant, puisque l'article porte : *l'acte de naissance énoncera les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère*. Voilà donc la conséquence logique à laquelle on est forcé d'arriver, conséquence absurde, puisqu'elle ne tend à rien moins qu'à autoriser la recherche de la paternité. Mais il n'en est pas moins vrai que si l'on veut aller chercher un argument dans les termes de l'article 57 du Code civil pour contraindre le médecin à déclarer le nom de la mère, on est obligé de reconnaître que le nom du père ne peut pas davantage être passé sous silence. Par conséquent l'article 57 doit rester en dehors du débat.

Disons enfin, toujours à propos de cet article 57 du Code civil, que c'est mal le comprendre, ou plutôt ne pas le comprendre du tout, que de dire que tous les actes de naissance doivent contenir chacune des énonciations qu'il prescrit; ni cet article, ni aucun autre dans la loi civile ou pénale, ne contient de défense pour l'officier de l'état civil de dresser un acte de naissance qui n'en indiquerait que quelques-unes, et le bon sens montre qu'il est mille circonstances où il serait impossible de dresser un acte de naissance complétement conforme à l'article 57 du Code civil.

Il ne restait à la Cour de Bruxelles, pour couronner son système d'interprétation, que de violer le plus élémentaire des principes de droit, à savoir : que la loi pénale ne doit être appliquée que dans les cas qu'elle a spécialement prévus. L'article 346 du Code pénal punit toute personne qui ayant assisté à un accouchement n'a point fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil et dans les délais fixés par l'article 55. On juge convenable d'ajouter à ce texte que les mêmes peines seront appliquées à ceux qui auront fait une déclaration à laquelle il manquera l'une des énonciations prescrites par l'article 57, dont il ne parle pas. C'est prendre trop de libertés, et se montrer trop peu respectueux pour les termes de la loi sur lesquels on prétend se fonder.

Nous avons hâte de sortir de cette discussion qui se traîne péniblement terre à terre, et d'en avoir fini avec les disputes de mots. Nous l'avons déjà dit, la question doit être envisagée de plus haut, et on en doit chercher la solution, non point dans les termes de quelques articles du Code civil qui n'y ont pas trait, mais dans la considération de la profession médicale et des devoirs qu'elle impose à ceux qui l'exercent.

Le médecin devient à chaque instant le dépositaire des secrets que la douleur ou la crainte de la mort arrachent au malade; la maladie elle-même dépose souvent contre celui qui en est atteint, et initie le médecin aux mystères de fautes ou de crimes inconnus. Le silence sur ce qu'il apprend ainsi est pour lui un devoir sacré, dont la loi punit la violation.

Se peut-il qu'il ait été dérogé à ces principes de morale dont

l'observation importe à la société tout entière, dans une circonstance où le médecin devient le confident forcé de fautes, de malheurs et de hontes qui ne sont point toujours des crimes, et qui peuvent avoir tant besoin d'être cachées?

Si la naissance d'un enfant restait inconnue, il pourrait en résulter un trouble social, mais le nom du père et de la mère est indifférent à la communauté où ils vivent et où ils viennent d'introduire un nouveau membre. Si la naissance est le résultat d'une faute, si c'en est une autre à des parents timides ou dénaturés de se cacher à leur enfant, il n'en résulte aucun désordre matériel dans la société; les législateurs n'ont point pensé que cette faute appelât à sa suite une répression. La loi constitue le médecin et tous les témoins d'un accouchement gardiens des intérêts de la société; elle les punit s'ils les négligent, mais elle laisse à leur conscience le soin de décider ce qu'ils ont à faire dans l'intérêt de l'enfant ou dans celui de ses parents. C'est pourquoi elle ne leur impose que l'obligation de la déclaration pure et simple du fait, qui laisse dans l'obscurité les secrets qui ne doivent pas être révélés.

Et de quel droit le médecin, lui qui n'est là que par la force d'une nécessité inévitable, substituerait-il sa volonté et son appréciation à celle de la mère qui se confie à lui sous le fait de son honneur et de la gravité du caractère dont il est revêtu? Sait-il si de la divulgation de ce secret qu'on ne lui a confié que dans la conviction qu'il garderait le silence ne dépendent point l'honneur, la fortune et le bonheur d'une famille, et peut-être même de cet enfant qui vient de naître? Quelle sera pour lui la raison de préférer les intérêts de l'enfant à ceux de la mère? Et d'ailleurs les uns et les autres ne sont-ils point sauvegardés par la loi? La mère, si elle a été désignée malgré elle, n'aurait-elle point la ressource du désaveu, et l'enfant, si on lui a caché le nom de sa mère, ne peut-il pas, armé de la simple déclaration de sa naissance, faire la recherche de la maternité?

Voilà les vraies raisons de décider. On les trouve, non point à la surface de la loi, et dans l'examen minutieux de son texte, mais dans la contemplation des principes de morale qui le dominent. C'est là le point de vue qui a échappé à la Cour suprême de Belgique; c'était le seul élevé, c'était le seul vrai. Aussi nous félicitons le corps médical de Belgique de la persévérance et du courage avec lesquels il résiste aux conséquences de cette décision, et nous ne doutons pas qu'il ne parvienne à ramener les tribunaux belges à de plus saines doctrines.

R. MAGNIER,
avocat à la Cour impériale de Paris.

HOTEL-DIEU. — M. LEGROUX.

De l'emploi du seigle ergoté dans les hémoptysies.

La valeur thérapeutique d'un médicament est souvent très difficile à apprécier; on peut invoquer dans un grand nombre de cas la maxime: *Post hoc, ergo propter hoc*, pour nier l'action utile de telle ou telle substance dans telle affection donnée, pour détruire les inductions utiles que l'on croit pouvoir tirer de tel fait favorable dans une circonstance, fait favorable qui ne se reproduira pas dans un autre moment ou chez un autre malade; mais lorsque, cessant l'usage du médicament, l'affection reparaît pour disparaître de nouveau avec une régularité marquée, lorsqu'on revient à l'emploi de la substance active, et ainsi de suite pendant plusieurs périodes, on peut être en droit de dire que cet agent a sur la maladie ou sur le symptôme une action favorable. Lorsque, surtout chez plusieurs malades et dans des maladies diverses se traduisant par un symptôme commun, le médicament demeure fidèle et donne les mêmes résultats, l'expérimentation acquiert une certaine valeur, et on est en droit de dire au praticien: Je suis arrivé à un fait positif, j'ai ouvert une voie, j'entrevois un but, j'ai fait une application; maintenant poursuivez, analysez les faits, et, vous mettant dans les mêmes conditions que moi, vous arriverez probablement à la même conclusion.

M. Legroux a déjà, dans la *Gazette des Hôpitaux* (année 1836), publié le résultat de ses expérimentations sur le seigle ergoté employé comme agent hémostatique dans les hémoptysies; depuis ce temps, il a continué l'emploi de ce médicament dans les mêmes cas, et tout récemment deux observations recueillies dans son service à l'Hôtel-Dieu mettent à même de juger de sa valeur thérapeutique.

Nous allons donner succinctement ces deux observations.

La première a trait à une femme du service des accouchements, lit n° 6, salle Saint-Pierre.

Gluzon (Marie), couturière, âgée de vingt-cinq ans, demeurant à Ivry, arrive le 17 avril 1854 à la dernière période de la grossesse.

Cette femme est pâle, exsangue, la respiration est anxieuse; on entend du râle crépitant à la base des deux poumons en arrière. Elle crache du sang tous les jours et en petite quantité depuis plusieurs mois. — Prescription le jour de l'entrée: sirop d'ipéca, 30 grammes; tartre stibié, 0,20 centigr.

Le 18, quelques crachats sanguinolents; les râles se font entendre dans une étendue plus considérable que la veille. Il y a un souffle très marqué dans les vaisseaux du cou. — Julep kermès, 0,20 centigrammes.

L'accouchement a lieu dans la nuit.

Le 19, toujours des crachats sanglants, même état de la poitrine. — Mauv. sp., julep diacode, 30 grammes; émétique, 0,10.

Le 20, pouls 92. Il n'y a pas eu de vomissements, mais plusieurs selles. Souffle râpeux au cœur præsystolique. Crachats très sanguinolents. — Même prescription.

Le 21, pouls, 80. Crachats visqueux, abondants, très sanguinolents. Râles crépitants et sous-crépitants à la base des deux côtés, diffus. La respiration n'offre rien d'anomal sous les clavicules. — Même prescription.

Le 22, toujours beaucoup de sang dans les crachats. — Id., vésicatoire à gauche, siége principal des bruits anormaux.

Le 23, les crachats sont moins nombreux. — Supprimez l'émétique; julep; eau de laurier-cerise, 4 grammes.

Le 24, les crachats sont mélangés de plus de mucus; les râles diminuent de nombre et d'intensité.

Le 26, les crachats deviennent subitement très abondants et très chargés de sang. La médication précédente est abandonnée. On la remplace par le seigle ergoté, 4 grammes en quatre doses.

Le 27, diminution des deux tiers dans le nombre des crachats. Ils sont petits et contiennent une proportion à peu près égale de sang et de mucus.

Le 28, très peu de crachats disséminés dans le vase. Il y a encore quelques râles crépitants à la base droite, crépitants et sous-crépitants à la base gauche. — Le seigle ergoté est toujours continué à la même dose.

Le 29, quatre ou cinq crachats sanglants.

A partir du 30 mai le seigle ergoté est abandonné. Il y a quelquefois un ou deux crachats, d'autres fois ils manquent tout à fait. La malade est soumise au traitement ferrugineux et analeptique. — Fer réduit, 0,50; viandes rôties, vin.

Elle sort le 5 juin en bonne voie de guérison. La face se colore, les forces reviennent, le souffle carotidien a beaucoup diminué, et les crachats, d'abord légèrement teints, ont complétement cessé.

Voici donc une apoplexie pulmonaire que l'on pourrait presque appeler chronique ou à répétition, durant depuis longtemps, ayant résisté en partie au tartre stibié et ne cédant en dernier ressort qu'à l'emploi du seigle ergoté suivi du traitement ferrugineux.

Le second cas est plus probant encore, et il est facile de voir l'influence de la suspension momentanée du médicament sur la réapparition des symptômes.

Il est question dans cette observation d'une hémoptysie grave, presque foudroyante, accompagnant le développement de tubercules pulmonaires.

Nevejaus (Jean-Romain), né à Gand, cordonnier, est âgé de vingt-huit ans.

Il a craché le sang pour la première fois au mois d'août dernier, puis à l'entrée de l'hiver et une troisième fois au mois de mai 1854. Chaque fois l'hémorrhagie a duré plusieurs semaines et a été tempérée par des saignées, mais jamais elle n'a présenté les caractères alarmants qui la distingue maintenant.

Le 14 août, il ressent un frisson et se dirige vers l'Hôtel-Dieu pour y solliciter son admission; mais avant d'y arriver, et sur la place du Parvis, il est pris d'un vomissement de sang qu'il évalue à deux litres. Il perd connaissance.

On prescrit immédiatement les réfrigérants et une potion émétisée à 0,40 centigr.

Du 14 au 22, les crachats, plus ou moins nombreux, contiennent toujours du sang en quantité notable. — La potion émétisée est continuée.

Le 22, à cinq heures du soir, l'hémoptysie reprend une nouvelle force et en quelques instants le malade remplit cinq palettes de sang pur. — Réfrigérants et sinapismes.

Le 23, l'hémorrhagie continue, mais dans de moindres proportions. Quelques craquements à la base gauche. Matité et craquements sous les clavicules. — Seigle ergoté, 4 grammes en huit paquets; sinapismes aux cuisses.

Nevejaus a encore craché environ 30 grammes de sang après la première prise, mais l'hémoptysie s'arrête à partir de la deuxième dose.

Le 24, quelques crachats non visqueux mêlés de sang et de mucus. — Bouillon froid; seigle ergoté, 2 grammes.

Du 24 au 30, deux ou trois crachats légèrement teintés ou striés. — Même dose d'ergot de seigle.

Le 1er septembre, depuis vingt-quatre heures il n'y a pas eu de crachats; il y a toujours de la matité sous les clavicules; la respiration est libre, les lèvres reprennent leur coloration naturelle. — Suspension du traitement; le malade mange deux portions.

Le 3, deux crachats sanglants. — Seigle ergoté, 2 grammes.

Le 4, un seul crachat légèrement teinté. — Id.

Le 10, le seigle ergoté est suspendu de nouveau; il n'y a eu par jour qu'un ou deux crachats petits, muqueux, n'ayant qu'une légère teinte rosée uniforme. Enfin, les crachats disparaissent complétement le 13 septembre (julep; eau de laurier-cerise, 4 grammes), et ils n'ont pas reparu jusqu'au 20 septembre, date de la sortie de ce malade, qui du reste a promis de revenir faire constater son état à la consultation.

A.-P. MAUGIN,
interne du service par intérim.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Corps étranger de l'orbite. — Difficultés de diagnostic. — Extraction. — Guérison.

(Observation recueillie par M. DOLBEAU, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.)

Un jeune homme âgé de vingt-six ans se présente dans le courant du mois de juin dernier pour se faire traiter d'une fistule lacrymale résultat d'une violence traumatique. Voici les détails fournis par le malade sur l'accident dont il a été victime.

Il y a trois ans, à la suite d'une querelle, il reçoit au niveau du grand angle de l'œil gauche un coup de pomme de parapluie en ivoire. Aussitôt le malade perd connaissance pendant plusieurs heures; puis, revenu à lui, il constate à l'œil gauche une plaie qui suit le contour du bord inférieur de l'entrée de l'orbite. Les premiers soins lui furent donnés au moment de l'accident à la clinique de M. Desmarres. Une inflammation très vive a succédé, et l'on a dû recourir à l'emploi d'un traitement antiphlogistique très énergique.

Au dire du malade, M. Desmarres avait tenté depuis deux opérations dans l'intention d'extraire un séquestre. Ces deux tentatives auraient été sans résultat. Dans la dernière cependant, le chirurgien aurait enlevé quelques parcelles osseuses.

Etat actuel. — Les paupières sont largement ouvertes. Il existe un léger exorbitis; l'axe de l'œil est dévié en dehors; il y a strabisme externe; la sclérotique présente une teinte jaune, légèrement ecchymotique; les milieux de l'œil paraissent transparents.

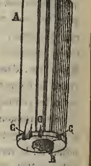
Au-dessous de l'angle interne de la paupière, il y a une dépression qui correspond à l'ancienne plaie. Cette dépression, qui simule parfaitement l'orifice externe d'une fistule lacrymale, a 1 centimètre de profondeur. Quant au sac lacrymal, il est parfaitement intact; il ne contient pas de mucosités purulentes; de plus, les larmes coulent dans les fosses nasales. Ce qui a pu tromper, c'est l'existence de larmes dans la rainure fistuleuse; mais en ayant soin d'éponger cette rainure, et en examinant longtemps, on voit que le liquide vient de l'œil en suivant un petit sillon tracé sur la paupière inférieure, et qui est le résultat de la dépression des téguments au niveau de la fistule. Il y a donc là une fistule dans le voisinage du sac lacrymal, mais un peu plus en dehors.

Le cathétérisme du trajet est très difficile. Le malade, qui en a l'habitude, conduit aisément le stylet, et il est facile de sentir qu'il l'extrémité de l'instrument vient toucher un corps très dur, lisse et immobile. La vision est à peu près abolie. Les mouvements de l'œil sont altérés. Aussi l'œil, qui est dévié en dehors, ne peut être ramené en dedans. C'est à grand'peine que le malade peut le mettre dans l'axe. Les mouvements en haut et en bas sont conservés. Il y a un certain degré d'épiphora.

Il est un autre symptôme important. Le malade, qui souffre à peine pendant le jour, est pris tous les soirs de douleurs extrêmement vives qui occupent tout un côté de la tête.

La fréquence des corps étrangers de l'orbite attirant spécialement l'attention, M. Nélaton a demandé plusieurs fois au malade si le parapluie n'avait pas été cassé; chaque fois la réponse a été négative.

Le 13 juin 1853, M. Nélaton pratique l'opération suivante: une incision courbe de 2 centimètres en demi-parallèle au bord inférieur de l'orbite. Les deux lèvres sont écartées. Le cathétérisme permet alors de constater un corps étranger qui peut être un peu mobilisé. Aussitôt le chirurgien le saisit avec une pince à anneau, et aux acclamations de l'amphithéâtre il extrait une pomme de parapluie sculptée, A, longue de 4 centimètres et demi, cylindrique, de 1 centimètre de diamètre. Les suites de l'opération furent simples; il n'y a eu à noter qu'une épistaxis de la narine droite; l'œil a repris sa place; les douleurs ont cessé et le malade a pu quitter l'hôpital au bout de quelques jours; la fistule était presque fermée, et la vision semblait se rétablir.



Cette figure représente le manche d'ivoire du parapluie, de grandeur naturelle.

A. Pomme d'ivoire du parapluie.
B. Tige en bois du parapluie brisée.
C, C, C. Encoches produites par les tentatives d'extraction faites par M. Desmarres.

Le corps étranger présente quelques encoches résultant des manœuvres faites pour opérer l'extraction. On comprend, du reste, que les débris amenés par les différents instruments ont pu être pris pour des parcelles osseuses.

NOTE DU RÉDACTEUR. — Nous trouvons dans le premier volume de la seconde édition du *Traité des maladies des yeux* de M. Desmarres un résumé de la première partie de l'observation de ce malade. Nous croyons devoir rapprocher de l'observation de M. Dolbeau le texte même de M. Desmarres, afin d'appeler l'attention de nos lecteurs sur les difficultés du diagnostic et de leur faire connaître les sources d'erreurs qui avaient pu tromper l'habile ophthalmologiste qui avait examiné le malade pour la première fois. Nous accompagnerons ce texte de quelques observations, pour bien faire ressortir les points que nous avions signalés.

« Un jeune homme de vingt-huit à trente ans reçut, il y a deux ans environ, un coup droit d'un parapluie ferré sur le bord orbitaire inférieur près du grand angle de l'œil gauche. Une tuméfaction considérable se montra aussitôt dans les parties voisines; cependant je constatai que l'œil n'avait pas été atteint, mais qu'il avait perdu son mouvement en dedans, et que la pupille était dilatée comme dans le mydriasis. Une plaie légèrement enfoncée et saignante existait à 1 centimètre et demi environ de l'angle orbitaire interne et inférieur. Un stylet y fut conduit, et il fut évident que l'os maxillaire avait été brisé, et qu'un éclat osseux, formant une longue pointe anguleuse et se dirigeant entre l'œil et la paroi interne, empêchait les mouvements de l'œil dans cette direction. Des tentatives que je fis au moyen d'un crochet pour ramener cet éclat vers le bord et dans la direction de sa base, qui se confondait avec l'os, à peu près vers le milieu du bord inférieur, pour obtenir une réunion, demeurèrent sans succès, et une fistule s'établit. Peu à peu la suppuration diminua et la peau s'enfonça graduellement vers l'os blessé, et aujourd'hui, après deux ans, le pus est très peu abondant, mais l'œil est toujours un peu dévié en dehors et affaibli. J'ai cru préférable de laisser aller ainsi les choses plutôt que de procéder à l'ablation de l'éclat osseux, dont on reconnaît encore la présence aujourd'hui, parce qu'elle me paraissait présenter des dangers et une assez grande difficulté d'exécution (1). »

Il est plusieurs points fort importants à noter dans cette observation. Si l'on cherche à se rendre compte des antécédents de ce malade, on y voit un fait certain, c'est qu'il a été frappé avec un parapluie. Le malade dit à M. Desmarres que c'était l'extrémité

(1) Desmarres, TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, 2e éd., t. I, p. 102.

ferrée d'un parapluie; il a affirmé à plusieurs reprises à M. Nélaton que le parapluie n'avait pas été brisé lors de l'accident. Pressé de questions, il a répondu que le parapluie qui lui avait été montré était tout à fait intact. Sans aucun doute, le malade a fait les mêmes réponses à M. Desmarres; il était donc parfaitement rationnel d'écarter la supposition d'un corps étranger, et quand bien même cette supposition serait venue à l'esprit du chirurgien, elle eût été sans doute écartée encore par ce fait que dans ses tentatives M. Desmarres avait entraîné avec sa pince de petites parcelles blanchâtres qui présentaient tous les caractères physiques de débris osseux; ces petites parcelles sont représentées par les dépressions que nous avons fait figurer sur la gravure, et le malade disait avoir été frappé avec l'*extrémité ferrée* d'un parapluie.

Il est cependant un point que M. Nélaton a parfaitement signalé, et qui n'a pas été aperçu par M. Desmarres, c'est l'intégrité du sac lacrymal et l'écoulement des larmes par les narines. L'épiphora qui existait chez ce malade a été rapporté par M. Desmarres à une lésion de la partie supérieure du sac et du canal nasal (1). Peut-être, à l'époque où il a examiné le malade, n'était-il pas possible de préciser d'une manière aussi tranchée l'état des voies lacrymales. Dans tous les cas, M. Desmarres avait parfaitement reconnu l'existence d'un corps étranger de l'orbite; il l'a attribué, à la vérité, à un séquestre, mais il a évité un écueil dans lequel un grand nombre de chirurgiens seraient tombés; car, malgré la présence d'une fistule presque dans le point où se rencontrent le plus souvent les fistules lacrymales, malgré l'écoulement des larmes, il a complétement écarté l'idée d'une fistule lacrymale.

(*Archives d'ophthalmologie.*) Dr A. Jamain.

HOPITAL DE MUNICH. — M. A. VOGEL.

Influence des maladies sur la quantité d'urée et de chlorures contenus dans l'urine.

L'analyse quantitative des principes constitutifs de l'urine et de l'urée en particulier offrait autrefois de telles difficultés qu'elle était presque impraticable pour le médecin. Le procédé indiqué il y a peu de temps par Liébig vient de mettre cette analyse à la portée du médecin. Grâce aux règles tracées par l'illustre chimiste allemand, le praticien peut, sans perte de temps considérable, comparer un certain nombre d'analyses d'urines dans diverses maladies ou des périodes différentes de la même affection. Les variations de la quantité d'urée contenue dans l'urine à l'état physiologique ont été étudiées récemment dans un travail très consciencieux du professeur Bischoff, de Giessen (*Der Harnstoff als Maas des Stoffwechsels.* Giessen, 1853). Le professeur J. Vogel, son collègue, a déjà exécuté de consciencieuses études sur les variations quantitatives du même principe à l'état pathologique. M. le docteur A. Vogel, médecin adjoint à l'hôpital de Munich, vient d'étudier ce même sujet. L'urine a été analysée au point de vue de la proportion de l'urée et des chlorures dans un grand nombre de fièvres typhoïdes, dans un cas de phlébite de la veine porte, chez deux malades atteints de maladie de Bright; enfin dans des cas de calculs rénaux, hydropisies par maladies du cœur, polydipsie, pneumonies, cancer du foie. L'auteur donne lui-même le résumé suivant, que nous transcrivons :

1° Dans la fièvre typhoïde et dans l'infection purulente, pendant le cours de l'état fébrile, la quantité d'urée contenue dans l'urine augmente considérablement. Cette augmentation de l'urée coïncide avec l'affaiblissement de toute l'économie, et principalement des muscles de la vie animale. La quantité relative des chlorures est en rapport avec le genre d'alimentation, et diminue surtout dans le cas de splénisation pulmonaire.

2° L'augmentation de la proportion d'urée dans le cours de la fièvre typhoïde indique donc une perte de la masse des principes azotés de l'économie, tandis qu'à l'état physiologique elle dépend d'un excès d'alimentation azotée.

3° Dans la convalescence, alors que les fonctions s'exécutent comme à l'état physiologique, après la disparition de la fièvre, malgré l'augmentation de la quantité d'aliments azotés et de la quantité totale d'urine évacuée dans les vingt-quatre heures, le chiffre de l'urée tombe au-dessous de l'état normal, 37 gram. (Bischoff), et revient ensuite à ce chiffre lorsque la convalescence est complète.

4° Dans la maladie de Bright, sans complications aiguës, la quantité d'urée dans l'urine diminue considérablement; la proportion des chlorures varie suivant l'alimentation et les variations de l'hydropisie.

5° Les calculs rénaux et les kystes du rein, aussi longtemps du moins qu'une partie du parenchyme rénal demeure intacte, n'altèrent nullement la proportion de l'eau et de l'urée.

6° Dans les cas de résorption rapide d'épanchement séreux, la proportion d'eau et des chlorures de l'urine augmente considérablement, sans que la proportion de l'urée éprouve une altération analogue.

7° La proportion des chlorures varie dans ce cas en rapport direct avec la quantité totale de l'urine. Rien d'analogue ne s'observe pour l'urée.

8° Dans la polydipsie, le chiffre de l'urée et des chlorures est minime.

9° La quantité relative des chlorures diminue dans la pneumonie tant que l'hépatisation s'accroît; ils augmentent rapidement dans la période de résolution sans que l'alimentation ait subi aucun changement.

10° Dans l'état d'amaigrissement le plus prononcé, l'urine contient toujours une certaine quantité d'urée, au moins 6-8 grammes dans les vingt-quatre heures, même en l'absence de toute alimentation azotée. (*Henle's und Pfeuffer's Zeitschrift* et *Gaz. hebd.*)

(1) Desmarres, LOC. CIT., p. 310.

OBSERVATION DE LUXATION DU PIED

(ou plutôt de désarticulation) avec issue du tibia et du péroné. — Fracture de la malléole externe. — Gangrène. — Emploi de l'acide chlorhydrique. — Guérison.

Par M. le docteur MORÈRE, à Monléon-Magnoac (Hautes-Pyrénées).

Le 23 mars 1853, Mulle (Jean-Marie), âgé de vingt-trois ans, fils du percepteur de Monléon-Magnoac, se trouvant avec des ouvriers qui sciaient un chêne situé sur un sol dont la pente est rapide, se mit de compagnie avec ces derniers pour leur aider à changer cet arbre de place, lorsque tout à coup une partie se détachant du tronc tombe sur le jeune homme et l'entraîne à une certaine distance du lieu du travail. Les ouvriers témoins de cet affreux accident m'ont dit que, lorsqu'ils relevèrent le blessé, ils crurent que le pied était détaché, *n'apercevant que l'os de la jambe;* ceux-ci n'ont pu toutefois me retracer avec exactitude l'histoire de la chute. Transporté chez lui, voici ce que M. Bruzeau, mon estimable confrère, et moi avons pu constater cinq heures après l'accident.

Le jeune Mulle, d'un tempérament lymphatique très prononcé, était couché tout habillé encore sur un lit, le pouls bon, un peu faible, la face bonne aussi, accusant très peu de souffrance; le blessé cause avec calme, il ne paraît point soupçonner la gravité de sa position. Lorsque j'eus enlevé le linge qu'on avait jeté négligemment sur sa jambe, je constatai l'état suivant :

Le pied gauche était littéralement retroussé sur la partie interne et moyenne de la jambe; le tibia et le péroné, adhérents entre eux, étaient à nu et dépouillés à la partie inférieure d'environ quatre travers de doigt: le pied aurait pu être mu en tout sens si l'on n'eût pris en considération la souffrance du malade. Le tibia n'offrait point de solution de continuité. Du côté du péroné, on constate une fracture de la malléole externe; la moitié environ de cette apophyse est restée sans déplacement en contact avec l'astragale, de telle sorte que, eu égard à la direction transversale de la fracture, on aperçoit les os de la jambe ayant tous deux la même longueur. Les tissus à travers lesquels les deux os se sont fait jour sont déchirés dans une grande étendue; des caillots de sang noirâtre entourent l'articulation tibio-tarsienne et la couvrent en partie.

Devant un pareil accident dont nous comprenions parfaitement toute la gravité, nous nous sommes demandé si l'amputation de la jambe n'était pas le moyen auquel nous devions avoir recours; cependant, comme nous avons pensé que nous trouverions dans l'âge du sujet assez de ressources pour qu'il nous fût permis d'espérer la guérison sans cette opération, nous nous décidâmes donc pour la réduction.

Après avoir convenablement préparé le lit où va souffrir pendant plusieurs jours ce jeune homme, et disposé un appareil de Scultet que nous comptions appliquer, quatre personnes portent le blessé, tandis que M. Bruzeau et moi nous nous chargeons l'un de la jambe et l'autre du pied; le trajet d'un appartement à un autre se fit ainsi sans souffrance. Après avoir couché le blessé dans son lit, nous opérons la réduction de la manière suivante : Quatre hommes soutiennent le malade, deux le tiennent sous les aisselles, les deux autres le maintiennent en exerçant une traction en haut sur les cuisses et le bassin, pendant qu'un de nous fait la traction du pied et l'autre soutient la jambe; il nous fut impossible de ramener naturellement les surfaces articulaires en contact. Ce n'est qu'après avoir fait une incision à la partie externe correspondante à la malléole externe qu'il nous fut possible par ce débridement *de chausser le pied;* nous rapprochâmes autant que possible les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives, et appliquâmes l'appareil contentif. — Diète; tisane d'orge.

Le 24, saignée du bras.

Le 25, rien à noter. La nuit a été agitée, sans sommeil.

Le 26, le malade souffre beaucoup dans l'articulation; fièvre, agitation, la plaie est noirâtre. — Tisane d'orge; saignée.

Le 27, le gonflement a augmenté, la douleur n'a point diminué; le visage est couvert de sueur et présente une teinte ictérique; l'aspect de la plaie est à peu près le même. — Cataplasmes laudanisés; potion avec 16 grains de thridace; sirop diacode, etc.

Le 28, le malade ne peut plus supporter l'appareil contentif; il me fait appeler cinq fois dans la même heure pour le lui enlever. Le gonflement a augmenté; la tension est plus forte à la partie interne, la peau est un peu violacée. La plaie, d'un vilain aspect, offre les apparences de la gangrène. Le malade est très accablé.— Légers toniques à l'intérieur; nous lavons le membre avec une décoction de guimauve, puis nous le recouvrons avec des compresses trempées dans une décoction de quinquina rouge fortement acidulée avec l'acide chlorhydrique six fois par jour, etc.

Le 29, à la partie interne et supérieure de l'articulation, nous constatâmes l'existence d'un abcès dont nous fîmes l'ouverture; l'incision donna issue à beaucoup de pus sanguinolent et de mauvaise nature.

Pendant quatre ou cinq jours nous avons employé le même traitement, les symptômes ayant été les mêmes, sans une notable diminution. Ce n'est qu'au bout de ce temps d'angoisses que nous avons vu peu à peu un léger mieux se faire sentir; la couleur de la peau est moins noirâtre, la plaie semble se déterger, les souffrances ont diminué, et ce n'est que par la continuation de ces moyens que nous avons pu triompher et amener une guérison dont nous avons plusieurs fois désespéré.

Le soixante-dixième jour, ce jeune homme a pu se lever, soutenu par des béquilles; deux mois après il marchait appuyé sur une canne, et aujourd'hui il ne reste que très peu de claudication occasionnée par la difficulté qu'il éprouve à fléchir complétement le pied sur la jambe; cette roideur ne l'a pas empêché cependant de danser pendant le carnaval dernier.

TRAITEMENT CURATIF DE LA GALE

à l'aide du vinaigre.

Par M. le docteur LE COEUR, professeur à l'École de médecine et chirurgien adjoint des hôpitaux de Caen.

Un des inconvénients des plaisirs de la chasse et des promenades à la campagne est pour beaucoup de monde l'insertion sous l'épiderme d'un petit ciron microscopique du genre *acarus*, variété de *sarcopte*, qui une fois logé dans les tissus y détermine de petites vésicules à auréole inflammatoire accompagnées d'atroces démangeaisons. Ce petit *acarus* est vulgairement désigné sous les noms de *rouget* ou de *bête d'août.*

Le meilleur moyen de s'en débarrasser et de faire cesser radicalement les accidents ou, mieux, l'incommodité qu'il occasionne consiste à frictionner vigoureusement les parties affectées à l'aide de fort vinaigre.

Conduit par l'analogie, j'ai appliqué depuis quelque temps ce moyen au traitement de la gale, dont les vésicules reconnaissent aussi pour cause la présence sous l'épiderme d'un *sarcopte* (nocturne selon le docteur Aubé; l'*acarus* ou le *sarcoptes scabiei*).

J'ai déjà mis ce moyen en usage sur dix sujets, et toujours avec un entier et prompt succès. Je ne puis qu'engager mes confrères à en essayer de leur côté.

Je fais pratiquer trois fois par jour sur les parties affectées, à l'aide d'une éponge un peu dure imbibée de bon vinaigre, des frictions assez fortes pour pénétrer la peau et déchirer les vésicules. Dans aucun de mes dix cas la réussite ne s'est fait attendre. La moyenne du traitement a été de *moins de cinq jours*, et je crois qu'à l'aide de frictions générales exactement pratiquées de la même manière cette moyenne de temps pourrait être abrégée.

Il est inutile, je pense, de faire ressortir les avantages de cet agent thérapeutique sur ceux jusqu'ici préconisés dans le traitement de la gale.

L'économie, l'absence d'odeur désagréable, la facilité d'application à l'insu de tout le monde et la célérité d'action doivent lui assurer la préférence sur presque tous ceux jusqu'ici recommandés.

Pour mon compte, il m'a procuré des résultats supérieurs.

Peut-être le même but curatif serait-il obtenu à l'aide de frictions pratiquées avec les acides minéraux étendus d'eau. Cela est probable, mais je ne les ai pas encore expérimentés.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 septembre 1854. — Présidence de M. COMBES.

De la cautérisation cutanée dans les maladies du système osseux. — M. Bouvier lit sous ce titre un mémoire dont nous publions l'extrait qui suit :

Depuis longtemps j'ai été frappé de l'abus que l'on fait de la cautérisation révulsive dans les maladies des os, notamment dans le mal vertébral, la tumeur blanche, la coxalgie.

Les cas de ce genre forment deux catégories. Dans l'une, les irritations cutanées ne sont ni nécessaires ni même utiles, et le traitement interne presque seul conduit à la guérison; dans l'autre, quelque symptôme spécial réclame l'emploi de la dérivation ou de l'excitation cutanée. Mais il n'est pas pour cela nécessaire de détruire le derme; il suffit d'agir sur les couches superficielles de la peau, sur les tissus *sus-dermiques.*

D'une part, la simple douleur de l'électrisation cutanée, la rubéfaction par les liniments irritants ou les sinapismes, les vésicatoires, les ventouses sèches prolongées, la pustulation du tartre stibié, de l'huile de croton, les applications de créosote, d'ammoniaque, etc., peuvent dispenser, plus souvent qu'on ne le croit, d'avoir recours à la cautérisation; en second lieu, quand l'insuffisance de ces moyens indique l'emploi de la cautérisation, on peut substituer à celle que l'on met communément en usage la simple ustion de l'épiderme et du corps muqueux de la peau, comme l'a très bien indiqué M. Sédillot.

Je me sers de deux procédés pour produire cette cautérisation épidermique. L'un n'est autre que l'allumette de M. Goudret, dont la flamme est rapidement appliquée ou promenée sur différents points de la peau, où elle produit autant de petits *moxas épidermiques;* l'autre est l'application également instantanée, mais répétée dans plusieurs points, d'un disque métallique monté sur une tige ou un manche, comme un cachet ordinaire, et chauffé à la flamme d'une lampe à alcool. Le stylet de M. Sédillot ou la sonde de femme des trousses peuvent évidemment servir au même usage. L'essentiel, quelque instrument que l'on emploie, est de ne pas trop le chauffer et de ne pas prolonger le contact au point de désorganiser le derme.

L'intégrité du derme, tel est, en effet, le caractère de cette méthode; c'est ce qui la distingue des cautérisations transcurrentes, ponctuées qui se pratiquent avec le fer rouge, quelque réduites que soient ses dimensions. De là dérive la propriété qui lui est particulière, de ne déterminer aucune solution de continuité, aucune inflammation suppuratique.

J'ai réussi, par cette seule ustion épidermique, à calmer la douleur symptomatique de lésions osseuses, à guérir la paralysie liée au mal vertébral, à procurer la résorption d'abcès ossifluents, aussi bien que par les procédés ordinaires de cautérisation.

D'après les faits que j'ai observés, cette méthode peut remplacer, dans tous les cas d'affection osseuse, non-seulement le fer rouge, mais encore les cautères calci-potassiques, les moxas, les traînées d'acides concentrés que l'on prodigue dans le traitement de ces maladies, et

qui produisent des plaies larges, profondes, de véritables ulcères, le plus souvent inutiles au but qu'on se propose.

J'ai été heureux de voir un chirurgien éminent comme M. le professeur Sédillot provoquer à cet égard une réforme que, de mon côté, j'appelais de tous mes vœux.

Action des fluorures sur l'économie animale. — M. E. Maumené communique les résultats d'une expérience qu'il a faite pour déterminer l'action des fluorures sur l'économie animale, et en particulier sur la production du goître.

« Une petite chienne a été soumise au régime suivant : tous les jours je saupoudrais sa pâtée de fluorure de calcium naturel bien pulvérisé : 5 milligrammes d'abord, puis 10, 15, jusqu'à 50. Les premiers jours, l'animal vomit une ou deux minutes après l'ingestion ; un peu plus tard, il ne vomit que par intervalles et longtemps après avoir mangé. Pendant plus de quatre mois la chienne avala près de 10 gram. de fluorure de sodium ; elle parut n'éprouver aucune gêne, aucun abattement, elle sembla même s'en porter mieux. Dans les derniers jours, on vit distinctement apparaître un gonflement général du cou, une sorte de collier ou bourrelet qui était assez marqué pour attirer l'attention des personnes étrangères.

» Ce gonflement est-il un goître ? Je suis porté à le croire, tout en indiquant ces faits avec réserve. Il ne m'a pas été possible de donner suite à cette première épreuve, et je crois devoir la publier sans plus attendre. »

— M. Maumené adresse en outre une note qui se rattache à ses recherches sur les eaux de la ville et de l'arrondissement de Reims.

Dans ce travail, auquel l'Académie accorda en 1851 le prix de statistique, l'auteur avait traité quelques questions que MM. Boutron et Boudet ont aussi abordées dans un mémoire lu récemment à l'Académie de médecine (action de l'eau sur le savon, théorie des bicarbonates, etc.). La discussion de ce travail forme l'objet de la nouvelle note de M. Maumené, étant à certains égards une réfutation des opinions soutenues par les deux chimistes que nous venons de nommer, et à certains égards une réclamation de priorité.

L'Académie, n'ayant point été appelée à se prononcer sur le travail de MM. Boutron et Boudet, doit se borner à mentionner la réclamation de M. Maumené.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 septembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Huguier présente à la Société un malade atteint d'un goître volumineux et qu'il traite par l'application de sétons passés à travers la tumeur. Ce goître paraît avoir commencé, il y a six ans, à la suite de vomissements provoqués par quelque émétique administré au début d'une fièvre intermittente. Il se développa d'abord une tumeur au bas du cou, à droite, en dehors de la ligne médiane ; puis il survint du même côté, au-dessous de l'angle de la mâchoire, un engorgement ganglionaire, et enfin, trois mois après, une troisième tumeur située à gauche de la ligne médiane et indolente comme la première. Ces tumeurs s'accrurent lentement jusqu'à atteindre aujourd'hui, celle de gauche, le volume d'un très gros œuf de dinde, celles de droite réunies le volume d'une noix de coco de moyenne dimension. Ce malade fut d'abord soumis sans succès à un traitement iodé. M. Huguier se décida ensuite à traverser chaque tumeur isolément par un séton. Un érysipèle, qui occupa le cou et la face antérieure du tronc, se développa après l'application des sétons et céda promptement aux révulsifs et aux antiphlogistiques. Quarante jours après l'application des premiers sétons, M. Huguier en passa un troisième plus gros que les précédents d'un côté à l'autre des deux tumeurs. Un nouvel érysipèle se déclara et fut combattu par quelques révulsifs.

Depuis lors les tumeurs diminuent graduellement, mais d'une manière assez sensible pour qu'on s'en aperçoive chaque jour. C'est dans cet état de rétrogression des tumeurs que ce malade est aujourd'hui présenté à la Société.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Liégard (de Caen) adresse un *Mémoire sur la chloroformisation dans les accouchements*. (Renvoi à M. Laborie.)

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Boeck, un mémoire imprimé sur la *syphilisation*. Ce travail, où l'auteur établit : 1° que par des inoculations répétées de pus virulent l'organisme devient réfractaire au virus syphilitique ; 2° que la syphilis constitutionnelle guérit par les inoculations réitérées, sera l'objet d'un examen ultérieur.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Guersant présente des pièces anatomo-pathologiques prises sur une petite fille de treize ans qui a succombé à la suite de tumeurs cancéreuses multiples.

Nous publierons dans un des prochains comptes rendus tous les détails de ce fait.

COMMUNICATIONS VERBALES.

M. Chassaignac fait part à la Société d'un fait d'anévrisme spontané de la grande musculaire de la cuisse, fait qu'il a observé avec M. le docteur Letenneur (de Nantes).

Cet anévrisme s'est développé, sans cause connue, sur un jeune homme de vingt-huit ans, et formait une tumeur pulsatile, mobile et pouvant se déplacer avec facilité. M. Letenneur pratiqua au-dessus de l'anévrisme la ligature de l'artère dilatée. Pendant un mois, le malade parut guéri ; mais au bout de ce temps, il se manifesta de nouveau quelques battements dans la tumeur. On pouvait suivre un cordon artériel, pulsatile, qui s'étendait de l'artère fémorale jusqu'à cet anévrisme, et celui-ci était le siége d'un léger bruit de râpe. M. Chassaignac a conseillé à M. Letenneur de lier l'artère fémorale au-dessous du ligament de Fallope, au-dessus de l'origine de la profonde.

M. Broca est moins étonné que M. Chassaignac de la récidive qui a eu lieu dans ce cas ; car, sans rechercher avec intention des exemples de récidive d'anévrismes à la suite de la ligature des artères, il en a trouvé 20 cas. Il pense donc que cette récidive est fréquente, et il est même porté à croire qu'elle est plus commune après la ligature qu'après la compression.

Revenant au fait dont a parlé M. Chassaignac, M. Broca ajoute que, selon lui, la compression de la fémorale sur le pubis peut guérir en trois jours un semblable anévrisme, après l'opération qu'il a déjà subie. M. Hosack vit un anévrisme poplité récidiver après la ligature de la fémorale dans le triangle inguinal. La compression méthodiquement appliquée réussit à guérir cet anévrisme en trois jours. L'on sait que Roux conseillait d'opérer par l'ouverture du sac les anévrismes qui récidivaient après la ligature.

M. Giraldès ne vient pas contester la possibilité de guérir cet anévrisme en trois jours par la compression ; mais il demande à M. Broca sur quoi il fonde cette espérance. Sans vouloir en rien infirmer l'action puissante de la compression, il rappelle plusieurs faits où cette méthode a nécessité plus tard la ligature.

M. Broca connaît les faits auxquels M. Giraldès vient de faire allusion en dernier lieu ; mais après avoir recueilli 163 cas d'anévrismes traités par la compression depuis 1843, il trouve que la compression *bien faite* échoue rarement.

Sur ce nombre, il y a 12 cas où on a abandonné la compression très rapidement, sous prétexte qu'elle était intolérable ; mais elle avait été appliquée le plus souvent d'une manière très vicieuse, et dans aucun cas on n'avait fait tout ce qu'on aurait pu faire pour la rendre supportable. Restent 151 cas où la compression a été appliquée avec assez de persévérance pour qu'on ait pu en étudier l'effet.

Il faut encore en retrancher 24 cas où la compression a échoué, parce qu'elle a été appliquée d'une manière inexacte ou inopportune. Ces faits sont instructifs à plus d'un titre, mais ils n'ont aucune valeur pour celui qui cherche à apprécier le degré d'efficacité de la compression.

Après cette double élimination, le nombre des faits probants se réduit à 127. Les résultats que la compression a fournis dans ces 127 cas donnent une idée approximative de ceux qu'elle est appelée à fournir à l'avenir, lorsque tous les chirurgiens seront familiarisés avec elle et l'appliqueront convenablement.

Sur ces 127 cas la compression a été *efficace* 116 fois, c'est-à-dire dans la proportion de plus de 91 p. 100.

La mortalité, dans ces 127 cas, ne s'est pas élevée à 5 p. 100. Il n'y a eu, en effet, que 6 morts imputables au traitement. Quatre ont été consécutives à la compression seule, et deux à la ligature ultérieure.

Sur ces 127 anévrismes, 10 ont été guéris en vingt-quatre heures et 17 autres en quatre jours ; plus de la moitié des guérisons a eu lieu avant le quatorzième jour. La guérison est surtout rapide lorsque les anévrismes contiennent déjà quelques caillots fibrineux. M. Broca connaît plusieurs cas d'anévrismes récidivés après la compression ; un semblable traitement amena la guérison en trois jours. L'anévrisme qu'a traité M. Letenneur est sans doute dans ces conditions, car les battements y sont faibles et il y existe des caillots en notable quantité par suite de la ligature qui a déjà été pratiquée. C'est ce qui permet à M. Broca d'espérer que trois jours environ de compression bien faite suffiraient pour guérir cet anévrisme.

M. Gosselin croit qu'il y a dans l'examen de la récidive des anévrismes une première question à poser : Lorsque ces récidives ont lieu au bout de plusieurs mois, la tumeur est-elle en général suivie des mêmes accidents que la première fois ? a-t-elle la même tendance à se perforer ? M. Gosselin est disposé à répondre à cette question par la négative. Il a vu dans le service de Roux un anévrisme poplité récidivé ; mais la tumeur faisait peu de progrès. Il demande à M. Broca s'il a constaté des accidents dans ces anévrismes secondaires.

M. Broca est disposé à partager l'opinion exprimée par M. Gosselin ; mais la plupart des anévrismes récidivés dont il a recueilli l'histoire ont été traités et non abandonnés à eux-mêmes. Il en rappelle trois cas qui appartiennent à Cutler, à Poland et à un anonyme. Dans ces trois cas, les anévrismes traités par la compression durcissaient ; mais il restait un frémissement assez léger pour qu'on pût croire à un ébranlement communiqué à l'anévrisme par l'artère sous-jacente. Dans un de ces cas, le malade resta guéri dix mois ; mais s'étant forcé le genou, il éprouva un craquement, et l'anévrisme reparut. Cette tumeur récidivée fut guérie en trois jours par la compression.

Chez deux autres malades, l'affection resta stationnaire jusqu'à la mort. Ces anévrismes, déjà traités par la compression, étaient ratatinés et du volume d'une noix. Les deux malades ont vécu, l'un seize mois, l'autre quatre ans, et ils ont succombé à des anévrismes internes. L'artère poplitée était perméable ; une épaisse couche de fibrine remplissait l'anévrisme et ne laissait qu'une petite cavité.

En résumé, l'on voit que ces récidives n'ont pas la même gravité que les anévrismes au début, et l'on peut avec succès leur opposer la compression, car la fibrine appelle la fibrine.

M. Chassaignac distingue de la récidive le retour des battements dans la tumeur ; ce sont là deux choses différentes. Ainsi, dans des ligatures de la carotide pour des anévrismes, on voit les battements reparaître même lorsque la guérison doit arriver. Il faut ensuite remarquer que dans le cas de M. Letenneur la compression devrait être faite seulement sur le pubis, car l'espace manque pour la porter ailleurs et essayer une compression alternative.

M. Gosselin insiste sur la remarque qu'il a déjà faite pour prémunir les chirurgiens contre la pensée d'agir trop vite ou trop énergiquement à l'endroit de ces anévrismes récidivés.

M. Giraldès ne voit point dans la courte distance qui sépare l'anévrisme du tronc de la fémorale d'impossibilité à une application des compresseurs, dont on peut varier à l'infini le volume et la forme.

M. Broca. Le traitement par la compression n'exige pas nécessairement l'application de deux pelotes compressives. Ces deux pelotes sont utiles pour éviter au malade de la douleur, mais on peut réussir avec une seule pelote. D'ailleurs, l'on peut avoir recours à une compression intermittente. Sur 163 cas d'anévrismes traités par la compression, il y a 21 cas de compression intermittente, et l'on ne compte que 2 insuccès. Si l'on se rend bien compte du mécanisme de la guérison par la compression, l'on s'en étonnera moins. Cette guérison s'obtient par un dépôt lent et successif des couches fibrineuses, et non point par la formation de caillots ordinaires. Il rappelle un fait où cette compression intermittente fut suivie du plus heureux résultat. Un malade souffrait d'un anévrisme très douloureux qui ne lui laissait quelque repos qu'en comprimant de temps en temps l'artère avec le doigt. Sous l'influence de cette compression intermittente l'anévrisme fut guéri vers le sixième jour. Il ne faut donc point s'exagérer les difficultés de la compression, car il suffit de diminuer de moitié ou d'un quart le courant sanguin pour obtenir la guérison.

M. Chassaignac objecte encore à l'emploi de la compression le siége de l'artère malade, qui repose sur des muscles et non sur un plan résistant.

M. Broca répond à M. Chassaignac que l'on n'a pas besoin, pour la guérison, d'obtenir l'oblitération de l'artère. Dans 13 cas, où l'on a pu disséquer l'anévrisme guéri après la compression, l'artère n'était point oblitérée. D'autre part, quel que soit le siége de l'anévrisme, la compression doit porter d'abord sur le pubis, et le cas de M. Letenneur ne fait point exception à cette règle.

M. Giraldès rappelle que la compression intermittente a été indiquée dans le travail qu'il a publié dans le journal de M. Malgaigne. Il l'a vu aussi employer à Londres, dans le service de M. Hawckins, à l'aide d'un poids.

M. Huguier croit qu'il ne faut pas attacher une si grande confiance à l'emploi de la compression, et il cite à ce propos un fait qu'il a observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert. Il y a un mois et demi, un homme entra à l'hôpital pour un anévrisme de l'artère crurale ; on essaya la compression permanente, puis intermittente, mais sans résultats heureux ; car le malade est sorti de l'hôpital sans amélioration, et parce que la compression était intolérable.

M. Broca regrette beaucoup que M. Robert ne soit pas présent à la séance pour rectifier quelques détails du fait auquel M. Huguier vient de faire allusion. Chez ce malade, l'anévrisme siégeait un peu au-dessus de la partie moyenne de l'artère crurale ; il avait le volume d'un œuf de dinde, et au-dessus de lui on sentait une dilatation du vaisseau de la grosseur d'une noisette. Cet anévrisme enfin siégeait assez haut pour que M. Robert pût songer à lier l'artère iliaque externe.

M. Huguier a été induit en erreur sur la cause de la sortie du malade de l'hôpital. Cet homme a eu peur du choléra, et a quitté les salles. Voici d'ailleurs ce qui s'était passé. Quinze jours avant d'appliquer la compression, M. Robert avait placé de la glace sur cette tumeur, et déjà elle avait diminué de volume. Puis on en vint à la compression ; on appliqua une pelote sur le pubis, et une autre un peu au-dessous. Cet homme a quitté l'hôpital au bout de huit jours de traitement, et déjà sa tumeur était dure et non réductible. Il ne s'est jamais plaint de la compression. M. Broca, comparant ce fait à d'autres analogues, ne serait point étonné d'apprendre que ce malade est aujourd'hui guéri.

M. Gerdy s'élève contre l'opinion de ceux qui veulent attribuer à la finesse du pas de vis et à l'étroitesse des pelotes des compresseurs les succès qu'il est, selon lui, plus rationnel de rapporter à la compression intermittente.

M. Giraldès insiste sur l'utilité de ces conditions instrumentales. Les pelotes étroites ne compriment que les artères, et les vis micrométriques, analogues à celles dont on se sert dans les instruments de précision, permettent de comprimer d'une façon plus régulière.

M. Larrey rappelle que M. le docteur Boeck (de Christiania) partage complétement les espérances que M. Broca fonde sur l'avenir de la compression. Le professeur de Christiania croit que cette méthode thérapeutique détrônera la ligature.

M. Huguier, revenant au fait de M. Letenneur, ne croit point que la compression puisse réussir là où la ligature a échoué. Il propose l'extirpation de la tumeur.

M. Follin fait remarquer que le mode de guérison n'est point le même dans les deux cas ; que dans la compression l'artère n'est point oblitérée comme dans la ligature, et que l'occlusion de la cavité anévrismale ne se fait point par le même mécanisme. On ne saurait donc soutenir que la compression doit échouer là où la ligature n'a pas réussi. Il pense, à l'inverse de M. Huguier, que la compression a de grandes chances de succès là où la ligature a été insuffisante.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

RELEVÉ DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES EN VILLE ET DANS LES COMMUNES RURALES, DU 15 AU 21 SEPTEMBRE.

Pour le 15 13
16 33
17 15
18 10
19 23
20 18
21 16

Ces chiffres se répartissent ainsi :

	15	16	17	18	19	20	21
1er arrondissement.	0	0	0	2	1	1	0
2e —	1	3	0	0	1	1	0
3e —	0	1	0	0	1	1	1
4e —	0	1	0	0	0	0	0
5e —	4	1	0	0	1	2	0
6e —	0	0	1	0	1	1	2
7e —	2	0	0	1	0	2	0
8e —	0	0	4	0	1	0	1
9e —	0	1	1	1	0	0	0
10e —	2	5	4	1	2	5	4
11e —	0	1	1	0	0	0	2
12e —	1	2	0	1	4	1	2
Communes rurales.	3	18	4	4	11	4	4
Hôpitaux civils.	12	4	10	7	9	8	6
— militaires.	4	5	1	2	3	3	0
Total général.	29	42	26	19	35	29	22

Le Sorsir.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 115. — JEUDI 28 SEPTEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 115. — JEUDI 28 SEPTEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Hardy). Des différentes formes de scrofule cutanée, ou scrofulides. — HÔPITAL DES CLINIQUES. Observation pour servir à l'histoire anatomique des hypertrophies du sein. — Nouvelle préparation d'iode. Solution chloroformo-iodique, ou teinture chloroformée d'iode. — Bons effets de la corne de cerf calcinée contre la diarrhée. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 26 septembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 27 SEPTEMBRE 1854.

La séance d'hier a commencé par une retraite, et a fini par une escarmouche qui nous promet incessamment un engagement plus sérieux. Nous ne reviendrons pas sur la question du traitement de l'orchite par le collodion, ravivée dans la précédente séance par M. Velpeau. Ce que nous pourrions ajouter ne modifierait en rien notre première appréciation. Nous constaterons seulement que sous l'incisive et pressante argumentation de M. Velpeau, il n'est plus resté à M. Bonnafont, pour dernière ressource, que de se renfermer dans une conviction qu'il devait désespérer désormais de faire partager à son contradicteur. Si ce n'est pas une retraite, c'est du moins un aveu implicite de l'insuffisance des éléments de démonstration apportés aux débats.

L'escarmouche, ou, pour parler sans figure, la petite discussion incidente qui s'est élevée au sujet d'un rapport de M. Jobert sur un cas de tumeur encéphaloïde enlevée sur un enfant n'est évidemment que le prélude d'une discussion qui ne peut manquer d'exciter au plus haut point l'intérêt. Il s'agit de l'application du microscope à la détermination des caractères spécifiques du cancer, question qui a été déjà amplement discutée l'année dernière à la Société de chirurgie. Les chirurgiens de la jeune école, les chirurgiens micrographes (nous ne dirons pas *microscopiques*, comme cela est échappé à l'un des honorables académiciens) ont été mis en demeure d'exposer et de soutenir devant l'Académie la doctrine de la spécificité des éléments microscopiques du cancer.

Si, comme on n'en saurait douter, ils répondent à l'appel qui leur a été fait, il y aura lieu à examiner s'il est vrai, comme le prétendent les plus avancés dans la doctrine, que le microscope soit le seul moyen d'investigation capable de faire distinguer une tumeur cancéreuse d'avec les tumeurs d'une autre nature ; si, au contraire, les caractères cliniques suffisent seuls le plus souvent à cette détermination; ou si enfin, ce qui nous semble se rapprocher le plus de la vérité, le microscope ne serait pas un adjuvant utile, un complément indispensable des éléments cliniques du diagnostic.

Nous n'anticiperons pas sur ce que la discussion doit nous apprendre à cet égard ; mais nous ne pouvons nous dispenser, pour rester dans l'actualité, d'exprimer le regret que M. Jobert n'ait pas paru comprendre la question, bien simple pourtant et bien précise, qui lui a été adressée par MM. Robert et Larrey; savoir, si le petit malade qui a fait le sujet de l'observation communiquée à l'Académie par M. Pamard, et qui a été présenté comme guéri, était réellement guéri de son encéphaloïde, ou s'il n'était guéri seulement que des suites de l'opération. A défaut d'une réponse catégorique, que M. Jobert n'a pas paru en mesure de faire, on comprend combien cette observation perd de son intérêt. Nous espérons que M. Pamard voudra bien éclairer l'Académie sur ce point important.

Après ces deux incidents principaux de la séance, nous devons mentionner la lecture de M. le docteur Scipion Pinel sur un des sujets d'étude les plus intéressants, la paralysie générale. Il y a tout lieu de penser que le rapport qui devra être fait sur ce travail nous fournira l'occasion de revenir sur ce sujet. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Des différentes formes de scrofule cutanée, ou scrofulides.

Les diverses maladies que nous venons de passer en revue, eczéma, psoriasis, lichen, etc., et que nous avons réunies sous le nom de dartres, dépendent d'une diathèse quelquefois latente, et ne se manifestent qu'à la peau; mais il est d'autres maladies diathésales dont les déterminations n'ont plus lieu seulement sur l'enveloppe tégumentaire, mais encore sur les muqueuses, sur les os, sur les ganglions. D'après ce simple énoncé, vous avez déjà reconnu et nommé la *syphilis* et la *scrofule*. Nous allons aujourd'hui vous entretenir des affections scrofuleuses qui se montrent à la peau. Ce sont là des affections à origine essentiellement constitutionnelle et susceptibles, comme nous venons de le dire, d'affecter plusieurs tissus en outre de la surface cutanée.

On attache ordinairement l'idée de maladie scrofuleuse cutanée à une seule affection, le *lupus* (*esthiomène* d'Alibert, dartre rongeante), que Willan regarde à tort comme une maladie ayant pour lésion élémentaire le *tubercule*. Les dermatologues l'ont parfaitement reconnu, le tubercule n'existe pas toujours. Il serait convenable d'admettre pour la scrofule cutanée, de même que pour les syphilides, des variétés basées sur la présence de la vésicule, de la pustule, etc., comme lésions primordiales ou principales. En suivant cette marche, on aurait les formes suivantes :

1° La *scrofule cutanée exanthématique*;
2° La *scrofule cutanée pustuleuse*;
3° La *scrofule cutanée squammeuse*;
4° La *scrofule cutanée cornée*;
5° La *scrofule cutanée tuberculeuse*;
6° La *scrofule cutanée verruqueuse*;
7° La *scrofule cutanée phlegmoneuse*.

Ce sont là, vous le voyez, des distinctions tout à fait nouvelles, et sur lesquelles j'appelle fortement votre attention. Je raye désormais de la science le mot *lupus*, en tant que représentant seul la scrofule cutanée. Ce n'est plus qu'une des variétés que peut offrir la scrofule dans ses manifestations tégumentaires. Aussi pensons-nous qu'on devrait adopter l'expression de SCROFULIDES, déjà employée par M. Bazin (1) pour désigner toutes les affections dont nous venons de donner la liste, de même que l'on a groupé sous le même nom de SYPHILIDES toutes les manifestations cutanées de la syphilis. C'est dans cet esprit que nous allons aborder l'histoire de la scrofule cutanée.

Les scrofules, ayant toutes une même origine, doivent offrir des phénomènes communs qui nous permettent d'en tracer une histoire générale.

Dans la plupart des cas, il n'y a que très peu de douleur et pas de réaction générale. Les parties malades offrent une coloration rouge qui tire au violet. La marche est lente, chronique; il y a une grande tendance à l'ulcération, ou au moins à une déperdition de substance dont la conséquence est une cicatrice très apparente. Les tissus sous-jacents sont ordinairement hypertrophiés, et à cette hypertrophie succède une véritable atrophie. Très souvent ces manifestations cutanées coexistent avec d'autres lésions d'origine incontestablement scrofuleuse : caries, engorgement ganglionnaire, etc. D'autres fois elles existent seules; mais cette circonstance ne doit pas faire révoquer en doute leur nature; elles accusent la scrofule aussi franchement, aussi catégoriquement que le fait un ganglion cervical engorgé.

Ces maladies se montrent plus particulièrement sur les individus à tempérament lymphatique.

Parmi les complications, il en est une que nous devons signaler, parce qu'elle agit quelquefois d'une manière très avantageuse pour la guérison de l'affection cutanée; je veux parler de l'érysipèle. Sabatier et après lui tous les observateurs ont constaté des cas de guérison à la suite d'érysipèles qui avaient envahi les surfaces malades.

1° *Scrofulide érythémateuse.* — C'est le *lupus érythémateux* de M. Cazenave, l'*érythème centrifuge* de Biett. On l'observe surtout aux joues, au nez. Cette scrofulide est caractérisée par une tache ou plaque d'un rouge foncé, quelquefois recouverte de squammes blanches et légères. Cette tache, dont la forme est arrondie, s'étend à sa circonférence, tandis que le centre guérit. Les tissus situés au-dessous des surfaces malades sont gonflés, boursouflés; du reste, pas de douleur. Au bout d'un certain temps, les tissus pâlissent ; l'hypertrophie diminue et se trouve remplacée par une dépression qui revêt tous les caractères d'une véritable cicatrice, sans qu'il y ait eu ulcération proprement dite. Ainsi, la destruction a eu lieu dans l'épaisseur de la peau sans que celle-ci ait été dépouillée de son épiderme.

De même que pour toutes les autres affections analogues, la marche est très lente.

Cette maladie ne pourrait guère être confondue qu'avec l'érythème simple; mais elle en diffère par plusieurs caractères faciles à saisir. D'abord la rougeur est plus foncée, plus violacée ; la durée de la maladie est beaucoup plus longue ; enfin il y a ici des cicatrices tout à fait caractéristiques et qui ne succèdent pas à une solution de continuité.

2° *Scrofulide pustuleuse*, *lupus pustuleux* (*impetigo rodens* de M. Devergie). — On observe d'abord de la rougeur, une rougeur foncée, avec gonflement des tissus sous-jacents. La surface malade ne tarde pas à se couvrir de pustules assez volumineuses, disséminées ou rapprochées les unes des autres. La matière que renferment ces pustules donne lieu à la formation de croûtes qui peuvent rester isolées ou bien se réunir aux croûtes voisines, de manière à former une large concrétion recouvrant toute la partie malade, ou du moins certaines portions plus ou moins étendues. Il peut y avoir ainsi plusieurs éruptions successives de pustules. A la rupture de l'élévation pustuleuse, on voit succéder des ulcérations pénétrant plus ou moins profondément dans la peau ; les croûtes dures et épaisses qui résultent de la coagulation du liquide que sécrètent ces ulcérations semblent enchâssées dans le tégument. Du reste, il n'y a ni douleur, ni même démangeaison. Dans cette forme, comme dans la précédente, comme dans celles dont il nous reste à vous entretenir, la marche est très lente. Cependant la rougeur, le gonflement diminuent ; les croûtes s'isolent, se détachent, et les ulcérations qu'elles recouvraient apparaissent guéries, mais remplacées par des cicatrices plus ou moins difformes et semblables à celles que détermine la brûlure.

La scrofulide que nous venons de décrire ne pourrait guère être confondue qu'avec la forme impétigineuse de l'eczéma (*impétigo* des auteurs, voir *Gazette des Hôpitaux*, n° du 20 juin dernier). Mais dans la scrofulide pustuleuse il y a des ulcérations ; les croûtes, au lieu d'être simplement déposées sur la peau, y sont, comme nous l'avons dit, plus ou moins profondément enchâssées. Enfin, la maladie étant guérie, l'existence des cicatrices permet encore de porter un diagnostic rétrospectif.

3° *Scrofulide squammeuse.* — Ces squammes, blanches et assez épaisses, sont fortement adhérentes, semblent pénétrer dans les surfaces rouges qu'elles recouvrent ; il y a souvent en même temps des élevures tuberculeuses ; souvent aussi une hypertrophie considérable du tissu cellulaire. Enfin cette affection a encore pour caractère de laisser à sa suite des cicatrices sans qu'il y ait eu d'ulcérations préalables.

La scrofulide squammeuse diffère assez notablement du psoriasis : d'abord la rougeur sur laquelle reposent les squammes est diffuse, et non exactement limitée, comme dans le psoriasis ; le gonflement, quand il existe, consiste dans un véritable boursouflement, et ne ressemble nullement à l'épaississement avec induration circonscrite de la peau que l'on observe dans le psoriasis; enfin les squammes sont moins blanches, plus adhérentes et plus profondes que dans cette dernière maladie.

4° *Scrofulide cornée.* — C'est une affection assez singulière, dont M. Cazenave a fait connaître quelques exemples ; j'en ai moi-même rencontré un dans le courant de l'année dernière. Cette maladie est caractérisée par des plaques d'un rouge foncé, inégales, dont la surface est littéralement hérissée de petites saillies dures, cornées; la peau revêt alors un aspect analogue à celui qu'elle présente dans le phénomène de la chair de poule, seulement les petites saillies offrent une résistance qu'elles n'ont pas dans la chair de poule. Ces rugosités sont traversées par un poil, du moins dans le cas que j'ai observé. Plus tard elles s'affaissent, disparaissent ; mais elles sont remplacées par des dépressions que l'on doit considérer comme de véritables cicatrices. Cette circonstance du passage d'un poil à travers chaque élevure m'empêche d'admettre avec M. Cazenave que ces élevures sont constituées par une accumulation de matière sébacée concrète dans les follicules de la peau.

5° *Scrofulide tuberculeuse.* — C'est le véritable *lupus* de Willan, *esthiomène* d'Alibert. Cette forme est la plus commune et la mieux connue de toutes; on la désigne souvent dans le vulgaire sous le nom de dartre rongeante. Elle a pour caractères des saillies arrondies (tubercules cutanés) d'un rouge foncé, fermes, mais non dures, peu douloureuses; le tissu cellulaire sur lequel reposent ces saillies est ordinairement gonflé. Dans quelques cas il n'y a pas d'ulcération; d'autres fois, et le plus souvent, les tubercules s'ulcèrent, et la solution de continuité gagne et se propage tantôt en largeur (*lupus exedens*), tantôt en profondeur (*lupus terebrans*). Dans la première forme d'ulcération, c'est-à-dire quand la destruction a marché en surface, il y a quelquefois des étendues assez considérables qui sont ainsi envahies ; ces parties ulcérées sont recouvertes de croûtes brunes ou verdâtres souvent très épaisses et d'un aspect repoussant.

Cette maladie siége le plus souvent au visage, particulièrement au pourtour des orifices naturels, à l'entrée des fosses nasales, au pourtour de l'ouverture buccale. On l'observe aussi quelquefois sur le corps, et alors les tubercules sont disposés en anneaux arrondis à diamètre plus ou moins considérable. Quand le lupus siége au visage, il détermine la destruction des ailes du nez, ronge et dévore les lèvres, et gagne les muqueuses nasale et buccale. Il

(1) Bazin, MÉM. SUR L'ACNÉ VARIOLIFORME. (*Journ. des conn. méd. prat.*, 5 avril 1851.)

n'est pas rare non plus de voir la carie s'emparer des os du nez, mais plus habituellement des parties cartilagineuses, qui sont détruites; la cloison est souvent perforée, etc. L'aspect de la face, boursouflée et rongée à la fois, est véritablement hideux. Plus tard, quand la guérison a été obtenue, elle laisse après elle des cicatrices difformes et souvent très gênantes.

6° *Scrofulide verruqueuse.* — On peut la considérer comme une sous-variété de la forme précédente. Sur les ulcérations du lupus on voit se former des saillies très nombreuses, sèches, blanches ou rouges, quelquefois saignantes et ressemblant beaucoup à certaines verrues inégales et irrégulières. J'ai observé cette forme plus particulièrement aux membres, aux pieds, aux mains. Au bout de quelque temps ces saillies s'affaissent, et la guérison peut être obtenue. Nous en avons actuellement plusieurs exemples sous les yeux.

7° *Scrofulide phlegmoneuse.* — Elle a été bien à tort confondue avec le lupus. Il s'élève à la surface cutanée une tumeur circonscrite avec rougeur de la peau; la fluctuation ne tarde pas à s'y manifester, et il se forme une petite ouverture très étroite, qui se referme bientôt. D'autres petits pertuis se produisent dans divers points de la tumeur, ainsi perforée en tête d'arrosoir. Ces ouvertures s'agrandissent, se rejoignent, et la paroi extérieure de l'abcès se trouve détruite par ulcération. Le fond continue de suppurer et se recouvre d'une croûte plus ou moins épaisse. Enfin peu à peu la surface prend un meilleur aspect; la cicatrice, d'abord rouge, devient blanchâtre, et la guérison est obtenue. C'est là un véritable abcès froid cutané, regardé à tort comme un lupus (*lupus exedens*).

Du reste la marche en est lente; les ulcérations persistent quelquefois pendant très longtemps. Enfin les récidives ne sont pas rares.

Ces différentes formes ont, comme nous l'avons vu en commençant, des caractères diagnostiques communs. Elles sont indolentes, il n'y a même ni prurit ni simple démangeaison; la couleur est d'un rouge sombre, d'un rouge foncé; il y a presque toujours des ulcérations. Enfin très souvent on observe quelques-unes des lésions bien connues de la scrofule.

Quoi qu'il en soit, le *diagnostic* n'est pas toujours facile, et il arrive souvent de confondre ces différentes altérations cutanées avec les manifestations extérieures de la syphilis. Cependant il n'y a pas ici de couleur cuivrée, la forme n'a pas la disposition arrondie qu'affectent les syphilides; le siége n'est pas le même. Les tempéraments lymphatiques en sont surtout affectés. La jeunesse des sujets, et enfin les lésions scrofuleuses concomitantes servent à établir le diagnostic. Ainsi, dans nos salles, l'existence d'une carie nous a fait reconnaître une affection scrofuleuse qu'on aurait pu croire de nature syphilitique.

Le *pronostic* est en général grave. C'est là une maladie longue, susceptible de s'étendre, et surtout de gagner en profondeur. La guérison est souvent suivie de récidive. Il reste des cicatrices difformes, d'autres fois des rougeurs avec desquammation. Enfin à ces circonstances locales s'ajoute la gravité de l'affection scrofuleuse en tant que maladie constitutionnelle. Mentionnons maintenant comme chances heureuses les érysipèles, qui amènent quelquefois la guérison, et la modification avantageuse que l'époque de la puberté apporte dans la constitution des malades.

A propos de l'étiologie, nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes les causes de la scrofule. Nous notons seulement comme particuliers aux différentes formes cutanées que nous venons d'examiner, le tempérament lymphatique, parfois cependant uni au tempérament sanguin, le sexe féminin et la jeunesse (de douze à vingt ou vingt-cinq ans).

Le traitement, de même que pour les affections dartreuses, est général et local; et tous les deux offrent matière à des considérations fort importantes. Mais on comprend qu'à notre point de vue nous devons surtout insister sur la médication topique.

Les moyens généraux consistent dans l'emploi des antiscrofuleux administrés avec autant d'activité et de persistance que dans les formes ordinaires de la scrofule (engorgement glanduleux, carie, etc.). En effet, l'affection constitutionnelle qu'il s'agit de combattre est toujours la même; et, si la manifestation actuelle paraît peu grave comme étendue, elle n'en accuse pas moins une diathèse qui pourrait dans un temps plus ou moins éloigné prendre des proportions beaucoup plus considérables. Il ne faut donc pas régler le traitement général sur l'apparence du mal, mais sur la nature de ce mal qui implique un vice de la constitution.

Ainsi on mettra le malade à l'usage des préparations amères, de gentiane, de quinquina, du vin ou du sirop antiscorbutique; on emploiera encore avec avantage les ferrugineux; l'iodure de fer, etc.; l'iode, bien que trop vanté par Lugol, est nonobstant un médicament utile quand on sait le manier. Mais nous accordons la préférence à l'huile de foie de morue, que nous administrons à la dose de deux à cinq ou six cuillerées par jour pendant plusieurs mois. Du reste, ces différentes médications peuvent être associées ou administrées successivement suivant certaines indications particulières, d'âge, de sexe, etc. M. Cazenave a préconisé l'hydrochlorate de chaux ou de soude : cette substance ne m'a pas donné les résultats que j'en attendais.

Quant au régime alimentaire, il est bien connu : il consiste dans l'emploi d'une nourriture succulente; dans l'usage des viandes de boucherie rôties ou grillées, des vins généreux; etc. M. Trousseau et quelques autres médecins conseillent encore l'usage du café ordinaire, du café de glands doux. Les corps gras, aliments respiratoires d'après les théories nouvelles, seraient ici très bien indiqués. Aussi M. Trousseau a-t-il souvent recours au beurre en épaisses tartines pour les enfants, soit seul, soit associé à une préparation iodurée ou bromurée.

Enfin, comme hygiène, nous recommanderons avec tous les praticiens l'exercice au grand air, la gymnastique, l'habitation à la campagne dans un endroit sec et élevé, les bains de mer, le séjour aux sources sulfureuses de Baréges, de Luchon, d'Aix, d'Uriage, où la pureté de l'air se joint à l'influence favorable des eaux.

Le traitement local n'a de chances de succès que quand la constitution s'est améliorée sous l'influence des moyens que nous venons de passer en revue.

On s'efforcera d'abord de changer le mode de vitalité des parties malades, et de substituer à un ulcère de mauvaise nature et sans tendance à la guérison une plaie ordinaire dont on puisse plus facilement obtenir la cicatrisation. C'est ce que l'on tente à l'aide de la cautérisation. Une foule d'agents corrosifs viennent s'offrir dans ce but au praticien; il y a cependant un choix à faire, et tous les caustiques ne conviennent pas à toutes les variétés de scrofulides. Les acides minéraux déterminent de vives douleurs; le meilleur pour l'objet dont il s'agit est l'acide nitrique, qui produit des eschares moins profondes que les autres, et modifie très avantageusement les surfaces malades. L'huile de cade, l'huile d'acajou, la solution caustique d'iode sont encore des agents très utiles.

Dans la scrofulide phlegmoneuse, la potasse caustique peut servir à l'ouverture de l'abcès et à stimuler les parois du foyer de manière à provoquer un travail cicatriciel.

Dans la scrofulide ulcéreuse et perforante, on aura recours à des caustiques très énergiques, la pâte de Vienne, le chlorure de zinc; l'eschare une fois tombée, il reste une plaie de bonne nature qui marche spontanément vers la cicatrisation.

L'huile de cade peut être employée non plus à titre de caustique, mais comme agent perturbateur assez puissant dans les cas de scrofulide squammeuse. Les onctions faites avec cette substance changent l'aspect de la surface malade et diminuent la formation des squammes; elles favorisent enfin le retour des parties à leur aspect normal.

Un excellent modificateur auquel j'ai souvent recours dans les ulcérations de nature scrofuleuse, c'est la solution suivante de biiodure de mercure :

Eau distillée.	30	grammes.
Bi-iodure de mercure. . .	15	—
Gomme adragante	2	—

Les onctions faites avec cette liqueur sur les parties malades à l'aide d'un pinceau déterminent une inflammation d'apparence érysipélateuse, avec gonflement des bords de l'ulcère; bientôt ces bords s'affaissent, l'ulcère se rétrécit, les croûtes se détachent, et la solution de continuité, reprenant un meilleur aspect, ne tarde pas à se fermer entièrement.

Ce topique est celui que je préfère dans les cas de scrofulide érythémateuse et squammeuse; il est encore utile dans la forme tuberculeuse, mais déjà moins efficace, moins efficace encore dans le *lupus exedens*, surtout lorsque l'ulcération est profonde et étendue.

On consolidera la guérison à l'aide des douches de vapeur sulfureuse, des lotions et des bains sulfureux.

HOPITAL DES CLINIQUES.

Observation pour servir à l'histoire anatomique des hypertrophies du sein (1).

Par MM. Ch. Robin et P. Lorain.

Un cadavre qui servait à des démonstrations anatomiques, et dont l'origine nous est restée inconnue malgré nos recherches, nous a fourni le sujet de cette observation.

Ce cadavre était celui d'une femme de quarante-cinq ans, de taille moyenne, qui présentait les signes suivants : maigreur extrême, œdème des membres inférieurs, étroitesse du thorax. Des vergetures nombreuses sur la peau de l'abdomen et l'examen des organes génitaux montrent que cette femme a eu au moins un accouchement; l'utérus n'offre pas les caractères d'une gestation récente. La percussion pratiquée sur le thorax donne un son à peu près mat dans la hauteur en arrière. Les caractères extérieurs du cadavre semblent indiquer que la mort est survenue à la suite d'une maladie organique longue avec gêne dans la circulation.

L'examen des organes abdominaux nous fait voir un peu de sérosité épanchée dans le petit bassin et des hémorrhagies formant des collections de sang noir coagulé sous la muqueuse de l'intestin grêle, dans la dernière portion de l'iléon (*melæna*). Les ganglions mésentériques sont sains. Le cerveau et les méninges n'ont rien présenté de particulier.

La poitrine ayant été ouverte, on trouve les deux poumons partout adhérents à la plèvre costale dont ils ne peuvent être détachés sans effort. Le cœur est sain; le péricarde contient une quantité de sérosité plus grande qu'à l'état normal.

Les poumons ont tout d'abord frappé notre attention par leur poids et par leur volume considérables, par leur défaut d'élasticité et par le nombre incommensurable de noyaux d'apparence tuberculeuse qu'ils renferment. A la coupe, ils offrent un aspect granitique, rudes au toucher sur les surfaces : incisés, ils sont, suivant l'expérience consacrée, formés de petits noyaux grisâtres, non pas arrondis comme les tubercules le sont d'habitude, non pas jaunes et caséeux, mais cubiques et grisâtres, assez durs pour la plupart. Cependant un très grand nombre de foyers ou cavernes sont disséminés dans la masse pulmonaire. Le plus généralement ces cavernes logeraient un pois ou une aveline; mais aux deux sommets se voient d'immenses cavernes qui n'ont pas moins de 6 à 7 centimètres de diamètre. Dans les plus petites de ces cavités, on trouve une substance grisâtre qu'on racle facilement avec le scalpel et qui ressemble à de la matière tuberculeuse. Dans les grandes cavernes, les parois sont seulement tapissées par cette substance. Un épaississement et une hypertrophie considérables du tissu cellulaire donnent à ces cavités un aspect analogue à celui des oreillettes du cœur ou des vessies à colonnes.

Les bronches sont partout épaissies, dures, béantes. Tout l'arbre aérien est jusque dans la trachée rempli d'une matière grise d'aspect purulent qui laisse encore le passage libre à l'air dans les grosses bronches, mais obture entièrement les bronches d'un petit calibre.

Ces altérations n'appartiennent pas à une partie des poumons; elles en ont envahi tous les lobes sans distinction. Le tissu pulmonaire est encore perméable à l'air et surnage. Ayant examiné tous les ganglions bronchiques que nous pûmes trouver, nous n'en rencontrâmes aucun qui ne fût sain. Quelques-uns seulement ont une teinte noire très prononcée. On fut étonné de voir que, en présence de lésions aussi considérables du poumon, les ganglions fussent sains, contrairement à ce qu'on voit d'habitude.

Quel nom donner à ces altérations? Le nom de phthisie pulmonaire, d'infiltration tuberculeuse nous a paru correspondre assez exactement à ce cas : cependant l'examen micrographique nous a donné un tout autre résultat.

Examen anatomique. — A la coupe du tissu pulmonaire, on peut constater qu'il est entièrement parsemé de granulations éloignées au plus les unes des autres d'un demi-centimètre. Dans quelques points elles sont presque confluentes; par places même elles forment de petits amas larges d'un quart à un demi-centimètre, ayant en tout sens à peu près le volume d'un pois.

Les autres granulations ne dépassent pas, au contraire, le volume d'une tête d'épingle : celles-ci sont beaucoup plus nombreuses que les amas plus volumineux; toutes sont remarquables par leur aspect gris perlé demi-transparent. A la coupe, elles font saillie à la surface du parenchyme sain et lui donnent un aspect rugueux qui vient vérifier le toucher opéré à l'aide de la pulpe du doigt; cette saillie, la coloration, la demi-transparence, la teinte grisâtre rendent très distinctes les granulations grises à côté du parenchyme pulmonaire, qui a conservé son élasticité, sa teinte gris rosé avec de fines ponctuations ou traînées de charbon pulmonaire. Çà et là se trouvent quelques cavernes remplies d'un liquide qui a la consistance du pus crémeux, mais qui offre une plus grande viscosité. On y trouve même des grumeaux demi-solides s'écrasant sous la pression comme une masse diffluente. Ce liquide est grisâtre ou d'un gris rougeâtre dans la partie centrale des cavernes. Les grumeaux dont nous venons de parler offreot seuls une teinte jaunâtre, qui est celle du pus.

En outre, les parois des cavernes sont tapissées d'une couche demi-solide pultacée qui se détache par l'action de racler avec la plus grande facilité sous forme de grumeaux. Cette couche est plus visqueuse et offre un peu plus de ténacité que celles qui sont au centre des cavernes. Immédiatement au-dessous d'elle se trouve le tissu pulmonaire avec son aspect granitique et son immense quantité de granulations grises. Ici, plus que partout ailleurs, ces granulations sont confluentes, confondues par leurs bords et plus molles que dans le reste du tissu. Quelles que soient, du reste, leur mollesse et leur confluence, nous dirons de suite qu'elles offrent la même structure que les granulations plus denses dont nous avons parlé en commençant cette description, structure dont nous ferons mention plus bas.

Lorsque, par l'action de racler, on enlève les granulations grises, confluentes, molles et visqueuses, et qui n'ont pas la *mollesse caséeuse* du tubercule, on arrive peu à peu sur une couche formée de faisceaux entre-croisés, arrondis, constituant une paroi complète, ou bien qui laisse apercevoir entre les faisceaux des points gris, rosés ou noirâtres, constitués par du parenchyme pulmonaire que ces faisceaux n'ont pas recouvert. L'entrecroisement de ces faisceaux est des plus remarquables; on ne peut même le comparer, pour l'aspect extérieur, qu'à celui des colonnes du cœur, et en particulier des auricules. Il est de ces cavernes, et ce sont les plus grandes décrites plus haut, dans lesquelles cette couche de faisceaux réticulés a fini par tapisser complétement le tissu du poumon et ne laisse plus à nu aucune trace de parenchyme. Notons immédiatement que ces faisceaux sont composés de vaisseaux pulmonaires oblitérés ou non, mais pourtant oblitérés le plus souvent et toujours entourés d'une couche de tissu fibreux accompagné de matière amorphe, couche assez épaisse. La plupart d'entre eux pourtant sont composés de tissu cellulaire et de faisceaux élastiques du parenchyme pulmonaire. Ces faisceaux proviennent évidemment du parenchyme dont les autres éléments ont été détruits; ils occupent surtout le centre des faisceaux du tissu cellulaire qui, comme nous l'avons dit, les accompagne. Avec ces éléments, il faut noter une certaine proportion d'éléments fibro-plastiques et surtout de matière amorphe granuleuse. Telle est la constitution intime de ces faisceaux qui, ainsi qu'on le voit, sont plus remarquables par leurs dispositions physiques, que n'est importante leur structure au point de vue pathologique.

Le contenu des cavernes est formé des éléments suivants : la portion qui est d'un gris rougeâtre et visqueux (portion la plus abondante) est composée surtout de globules de pus; on y trouve en outre des épithéliums, les uns cylindriques, comme ceux des bronches, les autres pavimenteux, comme ceux des culs-de-sac pulmonaires. Des globules sanguins en assez grande proportion donnent à ce liquide puriforme sa coloration rougeâtre. Des corps dits granuleux de l'inflammation les accompagnent. Enfin une proportion considérable de granulations moléculaires se trouvent en suspension dans ce mucus avec les éléments précédents. Nous ne devons pas omettre de signaler aussi dans ce liquide quelques faisceaux de fibres élastiques pulmonaires qui y sont toujours entourées de matière amorphe, granuleuse, molle et facile à dissocier. Quant aux grumeaux jaunâtres dont nous avons parlé précédemment, quant à la couche également jaune, visqueuse, pultacée qui tapisse plus immédiatement les faisceaux fibreux entre-croisés dont nous avons parlé, et les granulations grises confluentes encore interposées à ces faisceaux, cette couche, disons-nous, est essentiellement du pus. Nous ne mettons pas en doute que sa consistance et sa

(1) Cette observation a été présentée à la Société de biologie.

couleur ne la feraient nommer tubercule par ceux qui se contentent des apparences pour porter un diagnostic. Pourtant cette couche ne renferme absolument que les éléments dont nous allons parler.

Une grande quantité de globules de pus faciles à reconnaître à l'ensemble de leurs caractères extérieurs. Quelques-uns, qui sont sans noyau apparent, et un peu irréguliers, comme toutes les fois que du pus a séjourné longtemps dans une cavité, pourraient peut-être, au premier abord, offrir quelque analogie avec les corpuscules tuberculeux ; mais l'emploi de l'acide acétique, en faisant disparaître les granulations et rendant plus transparente la masse du lobule, met aussi en évidence un, deux et même trois noyaux dans ces corps. Il est important de signaler cette réaction, car le seul élément avec lequel puisse être confondu celui du tubercule, ce sont les globules du pus concret ou demi-concret. Mais on sait aussi que la réaction de l'acide acétique vient lever toute espèce de doute, en gonflant le globule de pus qui s'était déformé, en faisant apparaître son noyau ou ses noyaux, tandis que, lorsqu'il s'agit de l'élément tuberculeux, celui-ci est seulement pâli sans être gonflé, et surtout l'absence de noyau le distingue bien des éléments du pus.

A part les globules du sang, on trouve dans cette couche et dans ces grumeaux jaunâtres, tous les éléments autres que le pus dont nous avons parlé tout à l'heure, à l'exception toutefois des globules sanguins. Nous n'insisterons pas davantage sur ce fait. Nous arrivons actuellement à l'examen de la structure des granulations ; elles sont composées :

1° D'une grande quantité de matière amorphe finement granuleuse, grisâtre, qui forme une grande partie de la masse ;

2° De quelques éléments fibro-plastiques, mais en minime quantité ;

3° Souvent, mais non dans toutes, de corps granuleux ;

4° D'épithélium pulmonaire, surtout pavimenteux ;

5° De faisceaux de tissu élastique empâtés dans la substance amorphe et n'étant plus accompagnés par les fibres de tissu cellulaire qui les accompagnent dans les poumons sains ;

6° Enfin on y trouve des éléments *anatomiques particuliers* décrits par l'un de nous dans le *Traité des maladies des enfants* de M. Bouchut (1852).

Ces éléments sont remarquables par leur forme sphérique ou à peu près sphérique, leurs contours foncés, rarement un peu onduleux ; leur diamètre ne dépasse guère 7 millièmes de millimètre ; mais, dans la grande majorité, il est de 5 millièmes de millimètre. L'acide acétique ne les attaque pas et les rend plus foncés. Leur volume, leur contour, les fines granulations qu'ils renferment dans leur intérieur ne permettent pas de les comparer aux noyaux des globules de pus ; nous ajoutons cette remarque, parce que ces éléments se trouvent quelquefois en petit nombre dans le liquide puriforme des cavernes de ce poumon.

Nous devons noter, en terminant, que les granulations confluentes, mais plus molles que la plupart des autres, qui existent à la face interne des cavernes entre les faisceaux réticulés dont il a été plusieurs fois question, renferment aussi quelques globules de pus, et il en est de même des amas de granulations atteignant le volume d'un pois et plus molles au centre qu'à la périphérie, dont nous avons fait mention au commencement de cette description anatomo-pathologique.

Ce que nous avons à dire de la *structure des ganglions*, bien que se bornant à quelques courts détails, est cependant fort important. Tous, en effet, sont entièrement sains, c'est-à-dire ne renferment autre chose que les éléments normaux des ganglions, plus la fine poussière de charbon qui les noircit ; cette poussière, du reste, n'y existe pas en très grande quantité.

REMARQUES. — Les granulations que nous venons de décrire constituent une altération qui n'est pas rare ; elles ont dû certainement être quelquefois confondues, à l'œil nu, avec les *tubercules miliaires* ; pourtant elles ne renferment pas d'éléments tuberculeux. L'observation poursuivie à l'aide des moyens actuels d'investigation montrera dans quelles limites cette altération est indépendante du tubercule, si, oui ou non, elle peut coïncider avec lui. Il est d'autant plus important de faire connaître la structure de ce produit morbide que ces granulations se rencontrent assez fréquemment à la fois dans les méninges et dans les reins, lorsqu'elles existent dans le poumon. Leur structure est la même dans ces différents organes, sauf les différences apportées par les épithéliums pulmonaires. Leur aspect extérieur est le même aussi, sauf habituellement une coloration un peu plus opaque dans les reins. La persuasion où nous sommes généralement qu'en dehors du cancer les poumons ne peuvent guère être atteints que de tubercules a fait bien des fois considérer comme *tubercules* les granulations des méninges, lorsque ni celles des poumons ni celles des méninges n'étaient des tubercules. Nous ne parlons pas de celles des reins ; car il est bien rare que, dans un cas de méningite, par exemple, ou d'affection pulmonaire, on songe à donner à l'inspection du rein le soin qu'elle mérite.

Lorsqu'on voit la persistance avec laquelle le tubercule, avec ses éléments anatomiques ou corpuscules caractéristiques, avec sa couleur jaunâtre, son aspect caséeux, etc., en masses de volumes divers, se fixe à la fois au sommet des poumons seulement et dans les ganglions lymphatiques en même temps, très généralement du moins, on se demande comment on a pu considérer des granulations uniformément éparses dans tous les lobes pulmonaires et ne se montrant pas dans les ganglions comme étant le premier degré ou stade du développement du tubercule.

Il résulte de cette observation plusieurs faits importants qui sont communs aux granulations grises du poumon, à celle du rein, des méninges et de diverses séreuses, granulations qui, ainsi qu'on le sait, coïncident quelquefois dans toutes ces parties du corps en même temps. Il résulte, disons-nous, de cette observation que les granulations grises sont des produits morbides parfaitement organisés, ayant leur constitution anatomique propre ; ils renferment en effet des éléments de forme, de volume et de structure bien déterminés, le tout réuni par de la substance amorphe grisâtre accompagnée ou non, selon la nature des organes malades, des éléments qui composent le tissu où siége la granulation. Ces produits morbides sont donc bien différents des tubercules ; ils constituent un produit morbide à part et offrent une marche qui lui est propre.

Il est incontestable que le tubercule, avec ses éléments ou corpuscules caractéristiques, peut venir compliquer ce produit. Cette complication est incontestable, mais sa fréquence reste à déterminer ; il est incontestable aussi, et la structure des granulations grises le prouve, que ces produits-là ne sont point un blastème qui prépare la génération du tubercule ou qui serait destiné à se transformer en tubercules. Il ne faudrait pas croire non plus que c'est une variété du tubercule, que c'est du tubercule imparfaitement développé, car le tubercule peut se présenter en grains ou amas plus petits que les granulations grises, et à cette époque il offre nettement déjà ces corpuscules caractéristiques, offrant les caractères qu'ils présenteront toujours, rapprochés les uns contre les autres, donnant ainsi naissance à des produits dont l'aspect est de prime abord jaunâtre.

En résumé, les granulations grises :

1° Ne sont pas du tubercule ;

2° Elles ne sont pas un produit destiné à préparer la production du tubercule ;

3° Elles ont leur marche indépendante et méritent d'être classées à part parmi les produits morbides ;

4° Le tubercule peut venir compliquer cette marche ; mais alors il suit sa marche propre caractérisée par son développement simultané dans les ganglions lymphatiques correspondants, etc., du moins ordinairement, ce que ne font pas les granulations grises.

NOUVELLE PRÉPARATION D'IODE ;

Solution chloroformo-iodique, ou teinture chloroformée d'iode.

En présence du rôle de plus en plus important que jouent les préparations d'iode dans la thérapeutique, il n'est pas surprenant qu'on ait multiplié beaucoup les formes d'administration de ce médicament, en cherchant à les approprier aux parties sur lesquelles on veut en porter l'action, ou aux affections que l'on se propose de combattre. Telle préparation excellente à l'extérieur peut, au contraire, être inapplicable pour l'emploi interne, et pour ce dernier même qui ne se comprend que suivant les surfaces que l'on se propose de modifier, la forme d'administration et la nature de la préparation peuvent varier d'une manière notable.

C'est à ce titre, c'est dans le but d'enlever aux inhalations des vapeurs d'iode les inconvénients qu'elles présentent, que M. Ch. Huette avait proposé, dans ces dernières années, l'éther iodhydrique comme moyen d'appliquer directement et localement l'iode aux organes respiratoires dans certaines maladies graves de ces organes, et en particulier dans la phthisie pulmonaire. Les intéressantes observations de M. Ch. Huette n'ont pas eu tout le retentissement qu'elles méritent, et bien qu'on puisse peut-être l'attribuer à la difficulté que présente la préparation de cette substance et à l'odeur désagréable qu'elle offre souvent lorsqu'elle est mal préparée, nous regrettons cependant l'oubli immérité dont elle a été frappée. Ce qui ne veut pas dire qu'on ne pourra peut-être pas trouver un corps volatil exempt des quelques inconvénients reprochés à l'éther iodhydrique, tout en étant susceptible de dissoudre l'iode et de donner naissance à un produit dans lequel le métalloïde soit suffisamment mitigé sans avoir subi aucune altération. Ce problème, un interne des hôpitaux, M. Titon, l'a-t-il véritablement résolu par ce qu'il appelle la *solution chloroformo-iodique* ou *teinture chloroformée d'iode?* C'est ce que nous avons à examiner.

Cette nouvelle préparation n'est autre qu'une solution d'iode dans le chloroforme. Le chloroforme dissout, en effet, ce métalloïde jusqu'à complète saturation dans la proportion de 20 pour 100. Cette dissolution, qui contient ainsi le cinquième de son poids d'iode pur, a une densité qui permet de la conserver sous l'eau. Sa couleur est assez difficile à caractériser par des mots ; elle est d'un beau violet très foncé, avec un joli reflet purpurin. Sa richesse en iode, sa forme de liquide diffusible constituent les conditions les plus favorables au maximum d'action de l'iode. D'un autre côté, la dissolution étant parfaite, les molécules du métalloïde sont pour ainsi dire emprisonnés dans le véhicule. C'est au point que si on en verse quelques gouttes dans un verre à expérience rempli d'urine, d'eau ou de salive, les gouttes tombent au fond sous une forme sphéroïdale ; et soit que le liquide contienne déjà le réactif approprié, soit qu'on l'ajoute ensuite, il ne paraît aucune trace d'iodure d'amidon. Si, au contraire, on place au-dessus du goulot d'un flacon renfermant la solution chloroformo-iodique un papier amidonné sur lequel on verse, avant ou après, une goutte d'acide azotique, il se manifeste immédiatement sur la partie du papier imbibée par les réactifs une teinte bleue manifeste ; celle-ci se forme plus ou moins vite, selon que le flacon est ou non chauffé par la main de l'opérateur. On a ainsi une preuve que les vapeurs de chloroforme, si reconnaissables d'ailleurs à leur odeur agréable, sont chargées de vapeur d'iode.

Cette parfaite solubilité et cette volatilité qui appartiennent aux deux corps pris isolément, moindres cependant que celles du chloroforme pur, assurent, dit M. Titon, une absorption rapide et complète ; et la preuve directe de cette absorption se trouve dans l'élimination de l'iode par les sécrétions. Dix minutes après une inhalation qui avait duré cinq minutes, M. Titon a constaté la présence de l'iode dans la salive ; au bout d'un quart d'heure il s'est montré dans les urines.

On peut faire usage, pour l'emploi de la solution chloroformo-iodique, de tous les procédés d'inhalation. M. Titon s'est servi surtout d'un flacon porté à l'une des narines pendant deux, quatre ou dix minutes. Pour accélérer l'évaporation, il suffit d'agiter un peu, ou mieux de tenir le flacon dans la main fermée. Les premières inspirations produisent un sentiment de calme et de bien-être, sans déterminer les phénomènes de suffocation qu'on observe quelquefois avec le chloroforme seul. Les mouvements respiratoires se font mieux. Au bout de quatre ou six minutes, on éprouve dans les fosses nasales et l'arrière-gorge une sensation d'âcreté extrêmement fugace, qui disparaît rapidement en suspendant les inhalations. On peut même la prévenir en faisant arriver la vapeur moins concentrée, ou en faisant de temps en temps une inspiration d'air pur. M. Titon dit avoir éprouvé encore, mais après plusieurs inhalations, un sentiment très léger de pression aux tempes, qui se dissipa rapidement. A l'action sédative qui se manifeste au début succède bientôt un surcroît d'énergie : les forces semblent augmentées, la vivacité de l'intelligence et des sensations annonce que l'iode absorbé a porté son excitation jusque sur les centres nerveux, et qu'il en résulte un retentissement salutaire sur l'ensemble de l'organisme.

Administré de cette manière, l'iode offre évidemment de véritables avantages : d'abord on peut fractionner les doses à volonté ; le contact des prises, étant intermittent comme les inspirations, ménage la susceptibilité des organes en permettant de prolonger la durée du traitement. Ensuite la surface d'absorption est plus vaste et plus sûre que par la muqueuse gastro-intestinale. Un fait nous frappe cependant dans cette nouvelle préparation, c'est l'inégale tension des vapeurs des deux corps qui la composent, de sorte qu'il doit être bien difficile de savoir au juste la quantité d'iode qui est absorbée dans un temps donné, et de plus que l'action plus rapide et prédominante du chloroforme met peut-être un certain obstacle à la pénétration des vapeurs d'iode. C'est maintenant à l'expérience à décider quels services cette préparation est susceptible de rendre à la thérapeutique dans le traitement des maladies des organes respiratoires et de la phthisie en particulier.

(*Bull. génér. de thérap.*)

BONS EFFETS DE LA CORNE DE CERF CALCINÉE

contre la diarrhée.

Autrefois d'un emploi fréquent contre les flux de ventre, la corne de cerf calcinée est aujourd'hui presque complétement tombée en désuétude. Cette substance, qui ne produit jamais d'accidents, offre cependant sur la totalité des antidiarrhéiques connus, au dire de M. le docteur de Larue, médecin de l'hospice des Vieillards, à Bergerac, et en particulier sur le sous-phosphate de chaux, une supériorité manifeste, incontestable. Toutes les diarrhées, à peu d'exceptions près, quelquefois même sans auxiliaires d'aucune espèce, sont sûrement guéries, suspendues ou calmées par cet agent médicamenteux, surtout si l'élément inflammatoire qui, dans la majorité des cas, les complique ou les occasionne, n'existe pas à l'état d'acuité ; seulement il faut qu'elle soit bien pulvérisée, et prescrite à doses très rapprochées. M. de Larue l'administre en potion, en pilules, ou enveloppée de matières alimentaires appropriées. Formulée comme ci-après, la potion est prise le plus souvent d'heure en heure par cuillerée à bouche ou à café, en ayant bien soin d'agiter fortement le flacon.

Eau de gomme adragante. . . .	120	grammes
Corne de cerf calcinée en poudre. .	10 ou 20	—
Eau de fleurs d'oranger.	2	—
Sirop de coings.	30	—

Chaque pilule contient habituellement 0,25 de corne de cerf calcinée. Les malades en prennent au moins 30 dans les vingt-quatre heures, toujours plusieurs, 4 ou 5 de suite. Quand la diète n'est pas nécessaire, le remède peut être donné alors au commencement du repas, emprisonné dans de la purée de fèves, dans du vermicelle, etc., à la dose chaque fois de 5 ou 6 grammes, divisés en cinq ou six prises successives. L'emploi de ce médicament peut être continué des jours, des semaines et des mois.

(*Revue de thérap. méd.-chir.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 septembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Remèdes contre le choléra. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Une lettre par laquelle M. le ministre des affaires étrangères l'informe que des expériences pour la guérison du choléra par les laxatifs sont entreprises à l'hôpital du Christ, à Londres, et qu'elles sont suivies d'un assez grand succès.

2° Dix lettres relatives à des remèdes et spécifiques proposés contre le choléra. De ce nombre est une lettre de M. le professeur Burggraeve (de Gand), qui annonce avoir guéri un cholérique en le soumettant aux courants galvano-électriques à travers une forte solution saline.

3° Quatre lettres relatives à des remèdes secrets ou nouveaux contre diverses maladies.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet des échantillons provenant d'une source sulfureuse et ferrugineuse découverte en procédant à l'exécution des travaux de reconstruction du pont d'Austerlitz, près de la culée de la rive droite dudit pont; et des échantillons provenant d'une source minérale dite de *Houtalade*, située près du hameau de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Padioleau (de Nantes) adresse le résultat des observations qu'il a recueillies sur l'épidémie cholérique qni règne actuellement à Nantes, et qui paraît en décroissance.

— M. le docteur A. Legrand complète la communication qu'il a faite à l'Académie dans sa séance du 12 courant, en mettant sous ses yeux la formule des pilules qu'il emploie depuis longtemps, et avec un succès presque constant, pour arrêter la diarrhée qui précède si souvent l'invasion du choléra-morbus asiatique.

Voici cette formule :

Poudre de noix vomique torréfiée. . . . 1 gramme.
Magister de bismuth. . . . . 2 —
Diascordium. . . . . 7 —

Pour faire S. A. 20 pilules.

Ces pilules sont prises au moindre dérangement qui survient dans le nombre ou dans la nature des évacuations alvines, à la dose de *une immédiatement avant chaque repas;* deux ou trois fois par jour, par conséquent, si l'on fait deux ou trois repas. Mais si à cette dose on n'obtient aucune amélioration, on peut doubler ou tripler la dose, de manière à en prendre quatre, six et neuf par jour.

Il est bien entendu que l'usage de ces pilules ne doit point empêcher de restreindre plus ou moins son alimentation et de modifier la nature de ses aliments, s'ils peuvent contribuer à produire l'effet qu'on redoute.

— M. Aladane de Lalibarde transmet à l'Académie les résultats obtenus à l'aide du sulfate de strychnine dans la période cyanique algide du choléra. Il rapporte onze cas de guérison obtenue par le sulfate de strychnine aidé par les frictions d'éther, de térébenthine sur la colonne vertébrale et l'épigastre, de la glace et d'autres moyens secondaires.

— M. Rabelleau (de Sully-sur-Loire) communique une note sur le choléra-morbus et sur l'analogie qu'il prétend exister entre cette maladie et l'affection anémique décrite en l'an XI par Hallé chez les ouvriers des mines d'Anzin exposés aux émanations de gaz acide carbonique, analogie qui le porte à penser que le choléra est dû à la présence d'un excès d'acide carbonique dans l'économie.

— M. Rudon, d'Onzouer-sur-Trezée, près de Briare (Loiret), demande un rapport de l'Académie sur un nouveau médicament anti-cholérique de son invention.

— M. Bouiteau adresse un mémoire sur la cause du choléra et des fièvres.

— M. d'Agar de Bus, d'Issoudun (Indre), adresse une note sur la prophylaxie du choléra.

(Toutes les communications précédentes sont renvoyées à la commission du choléra de 1854.)

— M. Witmark (de Hambourg) adresse une addition à sa précédente communication sur le traitement du choléra. (Commission des remèdes secrets.)

Toux nerveuse. — M. Priou (de Nantes) communique une observation de toux nerveuse qui a duré quatre ans sans discontinuer et s'est éteinte d'elle-même après avoir résisté à tous les moyens imaginables.

Emploi du froid après l'opération césarienne. — M. Metz, conseiller sanitaire du roi de Prusse à Aix-la-Chapelle, communique un mémoire sur l'emploi du froid après l'opération césarienne. (Commissaires : MM. Cazeaux, P. Dubois, Velpeau, Danyau.)

Syphilis. — M. Castano, médecin à l'hôpital Saint-André à Rome, transmet un mémoire contenant des vues et des appréciations nouvelles sur la nature de la syphilis. (Commissaire, M. Ricord.)

Aiguille à clapet. — M. Mathieu adresse une lettre de M. le docteur Giraud Teulon (de Nice) par laquelle il peut, dit-il, établir son droit de priorité au sujet de l'aiguille à clapet latéral, dont le principe, d'ailleurs, n'est pas nouveau.

M. BONNAFONT donne, à l'occasion du procès-verbal, quelques explications sur les faits contenus dans le mémoire publié par M. Armand dans la *Gazette hebdomadaire*, et dont M. Velpeau a donné dans la dernière séance une interprétation qui ne lui paraît pas juste. Il résulte des développements dans lesquels entre M. Bonnafont sur ces faits, que leur résultat, bien qu'inférieur à celui de ses faits propres, est encore supérieur à celui de MM. Velpeau et Ricord, et qu'il donne une moyenne, non pas de 21 jours, comme l'a dit M. Velpeau, mais de 16 jours. Quant à la différence entre les résultats de M. Armand et les siens, qui ont donné pour moyenne 12 jours, M. Bonnafont l'explique par la manière différente de procéder de M. Armand.

M. VELPEAU n'admet pas la manière de calculer de M. Bonnafont. M. Bonnafont compte seulement le nombre de jours qu'a duré le traitement. Ce n'est pas ainsi qu'il faut calculer; il faut compter à dater du jour du début de la maladie. C'est là ce qui explique la différence d'interprétation des mêmes faits. Or, en comptant la durée totale de la maladie chez les sujets traités par M. Armand, on arrive à la moyenne de 21 jours.

M. BONNAFONT persiste dans son interprétation, et, malgré leur infériorité relative, il considère les faits de M. Armand comme favorables à sa méthode, et il termine en faisant ressortir l'avantage qu'offre ce mode de traitement au double point de vue de sa simplicité et de l'économie, considération importante dans un grand établissement, si l'on songe qu'il s'agit d'une maladie extrêmement commune.

Cette discussion n'a pas de suite.

RAPPORTS.

Tumeur sanguine osseuse du fémur, et cancer encéphaloïde chez un enfant. — M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur deux observations adressées par M. Pamard, correspondant de l'Académie, à Avignon.

Le premier fait est relatif à une tumeur sanguine osseuse développée à la partie inférieure du fémur droit. Le malade portait depuis longtemps au-dessus du genou droit une tumeur dure, presque indolente, et qui s'était développée très lentement. Etant debout, il fut pris tout à coup d'un élancement excessivement pénible dans le lieu où siége la tumeur. Le genou se tuméfie, des douleurs intolérables se développent, et la tumeur va sans cesse en augmentant. M. Pamard constate au-dessus du genou une tuméfaction de la cuisse telle que le volume du membre était au moins le double de celui du côté opposé. Les téguments étaient tendus, rénitents; on percevait du côté externe une fluctuation profonde, obscure, et un mouvement d'expansion correspondant aux battements du cœur.

Le doute qui régnait sur la nature de la tumeur primitive, sur l'état des parties profondes, engagea M. Pamard à recourir à l'amputation. Après une ponction exploratrice qui donna lieu à l'issue d'un sang rutilant, l'opération fut pratiquée à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen.

L'examen de la pièce offrait les lésions suivantes :

A la partie externe du fémur, et immédiatement au-dessus du genou, existait une espèce de poche anévrismale de la grandeur d'une petite orange; elle coiffait par sa base la tumeur osseuse qui était perceptible pendant la vie, et cette tumeur elle-même formait les deux tiers environ de la paroi latérale de la poche. Cette tumeur n'était recouverte par aucune membrane; le périoste était détruit. Sa surface, rugueuse, était percée d'une infinité de trous d'où suintait du sang. Incisée en deux parties, cette tumeur s'insérait sur le fémur et communiquait directement avec la cavité médullaire, dont la membrane était très congestionnée. La poche était elle-même percée à son côté inférieur et externe d'un large trou par où le sang s'était épanché entre les muscles. Il y avait également dans son intérieur de larges et nombreuses couches de fibrine anciennes et nouvelles.

Ce qui rend l'observation de M. Pamard intéressante, ajoute M. le rapporteur, c'est qu'une tumeur, peut-être de même nature, s'est développée chez le même malade à un des doigts de la main gauche, et alors on se demande si, dans ce cas, on n'a pas eu affaire à l'une de ces diathèses semblables à celles qu'on observe dans certaines tumeurs ou dans les anévrismes même.

Le second fait n'a de rare que la présence d'un cancer à un âge où toute dégénérescence cancéreuse est une exception. Il s'agit d'un sarcocèle chez un enfant âgé de dix-sept mois. L'examen de la tumeur n'a laissé aucun doute sur sa nature, et le petit malade a guéri.

Le titre de correspondant de l'Académie dont est revêtu M. Pamard, dit en terminant M. le rapporteur, impose une réserve aux éloges que je voudrais donner à son travail. Je ne puis cependant m'empêcher d'en louer devant vous l'esprit modeste et le jugement éclairé; et en vous proposant de lui adresser de sincères remercîments, je conclus au dépôt de son mémoire dans vos archives.

DISCUSSION.

M. ROBERT déclare ne pouvoir laisser passer sans critique le fait relatif à l'enfant atteint de cancer encéphaloïde qui, après avoir été opéré, aurait guéri, suivant M. le rapporteur.

Si par ce mot on entend que l'enfant a guéri des suites de l'opération, il n'y a là rien d'insolite; mais si l'on veut donner à comprendre qu'il est guéri de son encéphaloïde, c'est différent. La guérison de l'encéphaloïde est aujourd'hui très contestable. On remarquera, en outre, qu'il s'agit d'un enfant; or on sait combien l'encéphaloïde est une affection rare à cet âge. Ces deux circonstances méritaient plus de détails que n'en renferme l'observation.

M. JOBERT. L'observation est tellement précise dans sa brièveté, qu'elle ne peut laisser subsister aucun doute sur la nature de la tumeur.

M. ROBERT. Il s'agit d'un cancer encéphaloïde. L'enfant est-il guéri ou non de son cancer? S'il est guéri, c'est un fait à encadrer, car il serait unique.

M. VELPEAU. La question qui vient d'être soulevée est extrêmement grave et mériterait d'être sérieusement discutée. M. Robert vient de dire que le cancer encéphaloïde ne guérit pas. Tous les chirurgiens ne seront pas de son avis. Quant à l'observation de M. Pamard, si elle manque de détails au point de vue de l'anatomie pathologique, elle ne peut laisser aucun doute pour les chirurgiens familiarisés avec ces sortes de tumeurs, et pour qui il suffit de quelques caractères pour fixer le diagnostic. Il existe aujourd'hui parmi les jeunes savants une exigence telle, qu'on n'aurait pas le droit, suivant eux, de diagnostiquer un cancer si l'on n'a préalablement examiné la tumeur au microscope.

Je ne méconnais pas qu'il est des cas où l'intervention du microscope est nécessaire. Il peut être utile pour aider à déterminer la nature d'une tumeur dans certains cas difficiles et où il y a lieu d'hésiter; mais dans le plus grand nombre des cas il n'est pas besoin d'y recourir. On ne manquera pas de dire sans doute que, puisque le malade de M. Pamard a guéri, il n'avait pas un cancer. M. Robert me paraît disposé à résoudre la question dans le même sens. On n'y serait pas fondé. C'est du reste, je le répète, une question trop importante pour la laisser passer ainsi. Je demande formellement qu'elle soit sérieusement discutée.

M. ROBERT. Combien y avait-il de temps que le malade avait été opéré lorsque M. Pamard a communiqué son observation à l'Académie?

M. JOBERT. L'opération était toute récente.

M. ROBERT. En ce cas on ne peut savoir si le malade est guéri ou non. L'observation est sans valeur sous ce rapport.

Il est plus difficile qu'on ne paraît le croire de diagnostiquer le cancer. Un nouveau moyen d'investigation plus précis que ceux que l'on avait jusque-là a surgi; le microscope a déjà révélé des caractères précieux pour faire distinguer le véritable cancer des tumeurs d'une autre nature : pourquoi le repousser?

M. JOBERT. Je n'avais pas à parler du microscope, l'auteur n'en ayant pas fait usage; mais puisque la discussion paraît devoir s'engager là-dessus, je prierai M. Robert de nous faire connaître sur quels faits il fonde ses propositions. Quant à M. Pamard, qui est un des chirurgiens les plus distingués de la province, je ne puis que m'étonner qu'on mette en doute les faits qu'il avance.

M. VELPEAU. Avant que cette discussion s'engage, je ne veux pas laisser croire que je suis un adversaire du microscope; au contraire, j'ai toujours poussé aux recherches microscopiques, et j'ai toujours tenu grand compte de leurs résultats. Mais on a été beaucoup trop vite dans les conséquences qu'on en a déduites; c'est ce que je me propose de prouver.

M. LARREY demande, dans l'intérêt de M. Pamard lui-même, que la partie du rapport relative à la dernière observation soit modifiée, et que l'on dise que le petit malade est guéri de l'opération, et non point du cancer.

M. MOREAU demande le renvoi du mémoire au comité de publication, et exprime le désir qu'on demande à M. Pamard des renseignements sur l'état actuel de cet enfant.

M. JOBERT se refuse à la modification proposée par M. Larrey.

La discussion est close. M. Pamard étant correspondant, il n'y a rien à mettre aux voix.

Sur la proposition de M. Velpeau, M. Rostan consulte l'assemblée pour savoir si elle veut mettre cette discussion à l'ordre du jour de la prochaine séance.

L'Académie adopte.

LECTURE.

Paralysie générale. — M. Scipion Pinel lit un mémoire intitulé *Des formes de la paralysie générale et de ses conditions anatomiques.*

L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes :

La paralysie générale, la cérébrite paralytique considérée dans ses rapports avec les altérations encéphaliques se présente sous quatre formes principales.

La première, la forme suraiguë, se lie à une congestion inflammatoire de la périphérie et de quelques centres du cerveau.

La deuxième forme est caractérisée par la désorganisation lente et chronique de la substance corticale, et surtout de la couche moyenne de cette substance et par le ramollissement partiel des corps striés.

La troisième forme est marquée par une hypertrophie aiguë de la substance blanche, hypertrophie qui gonfle chaque hémisphère et qui coïncide avec un état fébrile très prononcé.

Enfin, la quatrième forme se révèle par l'atrophie de quelques circonvolutions ou même d'un lobe entier, compliquée souvent d'épanchements sanguins ou séro-sanguins à la périphérie cérébrale.

Ces diverses altérations correspondent à des altérations analogues des corps olivaires, que nous regardons comme les organes propres à l'articulation des sons laryngiens, à l'exercice de la voix et de toutes ses modifications.

La connexion et les rapports des corps olivaires avec le bulbe rachidien et avec le mésocéphale expliquent assez l'influence des altérations encéphaliques sur l'organe de la parole. (Commissaires : MM. Londe, Cruveilhier et Bricheteau.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Denis (P.-L.-E.), né à Paris; *Du lait de femme à l'état physiologique.*

Carton (G.-C.-A.), né au Quesnoy (Nord); *De l'opération de la cataracte par kératotomie supérieure.*

Dufour (C.), né à Paris; *Etude sur la tuberculisation des organes génito-urinaires.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 21 septembre 1854, les médecins dont les noms suivent, et qui se sont distingués par les soins qu'ils ont donnés aux militaires atteints du choléra à l'armée d'Orient, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, savoir ;

Au grade de commandeur : M. Lévy, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, directeur médical de l'armée d'Orient.

Au grade d'officier : MM. Salleron, médecin principal de 2e classe; Perier, Grellois et Eichacker, médecins majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Haspel, médecin major de 1re classe; Pallier, médecin major de 1re classe; Brumens, médecin aide-major de 1re classe; Burlureaux, médecin aide-major de 1re classe; Vaghette, médecin major de 1re classe; Bertrand, médecin aide-major de 1re classe; Seigle, médecin aide-major de 1re classe; Raoult Deslongchamps, médecin aide-major de 1re classe; Tirard, médecin aide-major de 2e classe; Jeannel, pharmacien principal de 2e classe, chargé de la direction du service pharmaceutique de l'armée d'Orient; Latour, médecin major de 2e classe au 5e escadron du train des équipages militaires; Barberet, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment de la légion étrangère; Castaing, médecin aide-major de 2e classe au 2e régiment de la légion étrangère; Cuignet, médecin aide-major de 1re classe au 19e de ligne; Constantin, médecin aide-major de 2e classe au 46e de ligne; Delune, médecin aide-major de 2e classe au 5e léger; Cavaroz, médecin aide-major de 2e classe au 7e de dragons; Xanthopulo, docteur médecin ottoman envoyé à Gallipoli; Clavette, infirmier major, sergent aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

— Par arrêté du préfet de la Seine en date du 20 septembre, et sur la présentation du conseil des hôpitaux, M. le docteur Maisonneuve vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

— La distribution annuelle des prix à l'hôpital des Enfants a eu lieu ces jours derniers sous la présidence de M. le directeur de l'assistance publique. On sait que l'idée première de ces récompenses accordées aux jeunes malades est due à M. Laisné, qui a obtenu, au moyen des exercices gymnastiques bien dirigés, de fort beaux succès enregistrés dans un récent rapport de M. Blache. Après deux allocutions de MM. Davenne et Gillette, vivement senties par le jeune auditoire, M. le directeur général a fait la distribution des diverses récompenses, parmi lesquelles nous avons remarqué quatorze livrets de caisse d'épargne de 25 fr. chacun.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

N° 116. — SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 116. — SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

Nous n'avons rien à signaler de nouveau aujourd'hui dans l'état de l'épidémie à Paris, si ce n'est sa progression décroissante plus sensible cette semaine qu'elle ne l'avait été encore jusqu'ici, ainsi qu'on en jugera par le bulletin ci-après.

Dans les départements, le déclin de l'épidémie a été presque partout beaucoup plus rapide, au point qu'elle a presque entièrement cessé dans le plus grand nombre des localités où elle a sévi avec le plus de fureur. Le midi de la France, notamment, en est presque complétement débarrassé, à l'exception de quelques arrondissements de la Haute-Garonne et de l'Aude, qui en ont été les derniers atteints, et où elle règne encore avec une certaine intensité.

Voici quelques-uns des renseignements les plus récents que nous avons pu recueillir sur la marche et la situation actuelle des choses dans quelques localités.

Dans le midi, Avignon, Nîmes, Marseille, Arles, Toulon, etc., qui ont eu le plus à souffrir du choléra, en sont à peu près complétement délivrés en ce moment. A Montpellier, où la maladie n'a jamais régné que très faiblement, il existe encore constamment des cas de choléra, peu nombreux, rarement foudroyants, il est vrai, mais qui n'en emportent pas moins la moitié ou un grand tiers des malades. Et s'il existe une différence entre la dernière quinzaine et la quinzaine précédente, elle indique plutôt une aggravation qu'une diminution du mal. De sorte que tandis que dans les villes de la Provence que nous venons de nommer l'épidémie a parcouru en un très court espace de temps ses périodes régulières d'invasion, d'état et de décroissance bien marquées, il semblerait qu'à Montpellier, comme à Paris, elle ait échappé aux lois qui régissent presque partout sa marche habituelle, et qu'elle tende à s'y perpétuer en se transformant en une sorte d'*épidémie chronique*, suivant l'expression d'un des savants professeurs de cette ville. Cette persistance de la maladie dans une ville dont la salubrité habituelle est presque proverbiale est d'autant plus remarquable, que la plupart des villes voisines, qui sont loin de présenter les mêmes conditions de salubrité, en sont depuis quelque temps presque complétement exemptes.

Quoi qu'il en soit de la cause de ces singulières anomalies si communes dans l'histoire du choléra et dont il faut renoncer à chercher une explication plausible, voici, d'après la *Revue thérapeutique du Midi*, à laquelle nous empruntons ces détails, quelle est la situation actuelle de la santé publique dans la capitale du bas Languedoc.

Du 28 août jusqu'au 12 septembre inclusivement, il a été reçu, tant dans les hôpitaux civils que dans les hôpitaux militaires, 48 malades.

Le nombre des décès, dans cette même période, a été de	22
Décès antérieurs.	113
Total au 13 septembre. . .	135

Il y a eu 1 seul décès cholérique à l'Asile des aliénés. 20 détenus de la maison centrale sont morts du choléra.

En ville, le nombre des décès a été, pour cette même période, de 72, ce qui porte à 355 le nombre total des décès cholériques, sur lesquels 183 seulement ont eu lieu à domicile.

— Un de nos correspondants de Tulle, M. le docteur A. Labernardie, nous écrit qu'il n'y a eu dans cette ville que quelques cas isolés de choléra, qui se sont tous terminés heureusement. Mais comme tous les ans, à cette époque de l'année, il y règne beaucoup de fièvres intermittentes ou rémittentes bilieuses qui cèdent toutes très bien au sulfate de quinine et à quelques purgatifs salins. Ce qu'on y remarque de plus que les autres années, et que l'on peut attribuer soit à l'influence cholérique, soit peut-être avec autant de raison à la grande quantité de fruits que les habitants mangent avec avidité depuis plusieurs mois, et surtout aux conséquences des souffrances et des privations de l'année, ce sont des coliques et des diarrhées bilieuses et séreuses qui ont atteint presque toute la population.

A quoi tient cette immunité du département de la Corrèze, au milieu d'autres départements plus ou moins atteints par l'épidémie? Est-ce au sol granitique, comme paraît incliner à le croire notre correspondant, d'après quelques faits qui sembleraient donner quelque valeur à cette hypothèse? Nous nous bornerons à constater le fait, sans en approfondir la signification.

— Plusieurs cas de choléra se sont récemment déclarés à Caen à la suite de la mort rapide d'une jeune femme arrivant de Paris, nous écrit un de nos correspondants de cette ville, M. le docteur Leclerc; sur 23 ou 24, 20 sont morts. Beaucoup de personnes depuis ont éprouvé des coliques, de la diarrhée, et même des vomissements plus ou moins subits, plus ou moins violents; mais dans le plus grand nombre de ces cas il n'y a rien eu de cholérique.

Des enfants à la mamelle seuls n'ont pu résister à cette influence. Ces enfants ont souvent eu une diarrhée sanguinolente; ils devenaient froids, ecchymosés, puis une réaction prompte frappait leur cerveau; ils tombaient dans une sorte de torpeur interrompue par de légères convulsions, ou bien ils succombaient quelquefois dans un état comme anémique. Beaucoup ont rendu des vers lombrics, quelques-uns par la bouche, le plus grand nombre dans les selles; d'autres des masses de petits vers filiformes (probablement des oxyures).

M. Leclerc nous signale également des dyssenteries en grand nombre développées concurremment, et qui se continuent encore en ce moment malgré l'abaissement notable de la température; chez quelques malades, la dyssenterie s'accompagne de crampes et de refroidissement promptement suivi du retour de la chaleur.

Les rougeoles continuent néanmoins chez les enfants, les fièvres muqueuses chez les adultes; très peu de fièvres intermittentes, qui règnent ordinairement dans cette saison.

— L'épidémie, qui n'a fait qu'effleurer la Belgique vers la fin de 1853, pour s'abattre sur la France et sur les contrées méridionales, paraît en ce moment y faire un retour rétrograde, contrairement à la marche qu'elle suit d'ordinaire dans une direction assez constante du nord au sud et de l'est à l'ouest. Elle a fait dernièrement plusieurs victimes dans la province de Liége, dans le Luxembourg, ainsi qu'à Tournai et à Ostende. Elle semble jusqu'ici s'être arrêtée aux villes frontières et au littoral.

D'après un tableau des décès cholériques pour la ville de Liége du 4 août au 10 septembre, il y aurait eu un total de 120 décès dans cet intervalle.

Un fait remarquable signalé par le rédacteur de la *Gazette médicale de Liége*, c'est que, à part les cas qui se sont déclarés chez les ouvriers terrassiers de la Meuse et ceux qui se sont montrés isolément sur divers points de la ville, cinq ou six maisons ont été particulièrement atteintes et dévastées par le fléau. Relativement aux symptômes et à la marche particulière de l'affection, il n'a rien été observé qui ne fût déjà connu. Quant au traitement, les médecins de Liége paraissent s'en tenir généralement aux stimulants joints à de petites quantités d'opium. Nous reviendrons sur quelques autres particularités intéressantes signalées dans ce recueil.

— Une lettre d'Ostende, à la date du 12 septembre, apprend que le choléra a fait invasion sous la forme la plus terrible dans la garnison de cette ville (plus de 200 soldats en ont été atteints sur un effectif de 5 à 600 hommes, et 50 avaient déjà succombé du 1er au 12. La population civile n'en a ressenti jusqu'ici qu'une très faible atteinte. Aucun baigneur n'a été malade.

— Voici quelques chiffres sur le choléra de Rome, dont nous devons la communication à M. le docteur Ely :

Dans l'armée d'occupation, invasion le 3 août : au 7 septembre, période d'augmentation, 18 décès par jour.

Du 7 au 14, même période, arrivée jusqu'à 22 décès.

Depuis le 14, diminution sensible des entrées.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'exploration de la rétine et des milieux de l'œil sur le vivant au moyen d'un nouvel ophthalmoscope; par A. ANAGNOSTAKIS, docteur en médecine de la Faculté d'Athènes.

S'il est une chose qui ait contribué à préciser le diagnostic des maladies et à en assurer le traitement, c'est, à n'en pas douter, le perfectionnement des méthodes physiques d'exploration. Un grand progrès fut fait en médecine le jour où, servi par l'induction et le raisonnement, l'esprit de l'homme s'appliqua à la découverte de méthodes propres à lui révéler la manifestation des signes physiques qui par leur nature semblaient devoir être à jamais soustraits à l'action de ses sens. C'était au génie de Laënnec qu'il était réservé de faire surgir de la vague indication du père de la médecine une des plus utiles découvertes dont l'art médical puisse se glorifier. L'auscultation était créée, et par elle disparaissait le vague des symptômes fonctionnels devant la certitude des signes physiques que le stéthoscope allait nous révéler dans les profondeurs de l'organisme.

En 1810, Prévost, médecin français, émettait une idée, et de cette idée allait surgir aussi l'invention d'un instrument appelé à devenir pour la cavité oculaire ce qu'est aujourd'hui le stéthoscope pour les cavités splanchniques. Quels services ne devait-on pas, en effet, attendre d'un appareil qui devait rendre accessibles à la vue du chirurgien les mystérieuses profondeurs d'un organe aussi important que le globe oculaire, si souvent le théâtre d'affections aussi mal connues que mal étudiées!

Le problème était facile à résoudre. Que fallait-il faire? Eclairer le fond de l'œil tout en faisant profiter l'observateur du bénéfice de l'exploration de l'organe ainsi mis à nu. Eh bien! il faut le dire, les premiers instruments furent bien loin dans leur construction de répondre à la simplicité des indications qu'ils avaient pour but de remplir.

Des appareils usités jusqu'ici les uns étaient lourds et difficiles à manier, les autres d'un mécanisme compliqué et d'une application peu commode dans la pratique; tous, enfin, étaient bien loin de cette simplicité qu'on se plaît à reconnaître au stéthoscope et qui doit être l'apanage d'un instrument d'un emploi journalier, j'oserai dire vulgaire.

M. Anagnostakis a récemment apporté la solution d'un problème si intéressant pour le diagnostic des maladies des yeux par l'heureuse modification qu'il vient de faire subir à cet appareil, réduit maintenant, nous le croyons, à son expression la plus simple. « La conséquence la plus fâcheuse de ces complications, dit cet auteur dans le » mémoire qu'il vient de publier à ce sujet, a été sans aucun doute de » limiter l'usage de l'instrument dans le domaine d'un petit nombre » de spécialistes, qui seuls ont eu l'occasion et le loisir de s'exercer » de longue main à son emploi. » C'était là, en effet, le grand défaut de tous ces appareils. Comme lui, nous avons voulu les manier, et nous nous sommes convaincu que ce n'est qu'après de nombreux essais et des tentatives bien souvent infructueuses qu'il a été possible d'arriver à quelques résultats trop peu certains encore pour pouvoir en retirer des inductions sûres et légitimes.

L'analyse de ce mémoire, plein de faits aussi nouveaux que curieux, va du reste nous permettre d'apprécier toute l'importance du service rendu à l'ophthalmologie par la simplification d'un instrument qui va rendre désormais accessible la cavité du globe oculaire au chirurgien le moins habile et le moins exercé.

Dans la première partie de son travail, l'auteur nous fait assister à la naissance de l'ophthalmoscope. Prévost est le premier qui démontra que l'éclat lumineux de la pupille chez les animaux, fait depuis longtemps observé, mais jusqu'alors sans explication, n'est qu'un simple phénomène de réflexion. C'est là l'idée mère de l'ophthalmoscope. Il faut arriver à W. Cumming pour trouver les premières expériences à ce sujet, expériences dont l'auteur communique les résultats à la Société médico-chirurgicale de Londres. En 1847, un heureux hasard fournissait à M. Brücke, professeur de physiologie à Vienne, l'occasion d'observer le même phénomène et d'en étudier les conditions. Il entrait un jour dans l'Académie de Berlin, quand il vit tout à coup les pupilles d'un individu briller d'un éclat rougeâtre, quoiqu'elles fussent parfaitement noires : aussi pensa-t-il qu'en s'y prenant d'une façon convenable il était possible de regarder dans le fond de l'œil. De cette idée à l'invention de l'ophthalmoscope il n'y avait qu'un pas : ce pas c'était M. Helmoltz qui devait le franchir, cette idée c'était lui qui devait la féconder, et le savant professeur de Kœnisberg allait bientôt devenir le digne rival de Laënnec.

Le premier stéthoscope employé était imparfait et grossier; il devait en être de même pour l'ophthalmoscope. Celui de M. Helmoltz compense le faible avantage de ne pas fatiguer l'œil du malade par l'insuffisance de son éclairage, par l'obligation dans laquelle on se trouve d'y adapter chaque fois et suivant les cas un verre concave à foyer différent et par la nécessité d'un écran pour protéger l'œil du malade. En 1852, MM. Follin et Nachet présentaient à la Société de chirurgie cet ophthalmoscope modifié. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la judicieuse critique qu'il fait de cet appareil; disons seulement qu'il ne présente pas des avantages qui puissent le faire préférer à l'instrument primitif. La modification apportée encore tout récemment à l'appareil de M. Helmoltz par M. Jolger fils (de Vienne) est sans contredit plus importante, mais elle est encore loin de satisfaire aux données du problème en question. L'appareil qu'imagina M. Ruete en 1852, pas plus que celui de ses devanciers, n'en saurait remplir les conditions. Si l'éclairage est intense, si les images obtenues peuvent être grossies, l'appareil est volumineux, pesant, incommode et son application est des plus difficiles.

Dans la population romaine, chiffre officiel, en moyenne 23 décès par jour.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Mouvement de l'épidémie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Le 21 septembre,	5	5	10	17	6
22 »	6	8	14	12	3
23 »	7	2	9	8	9
24 »	5	6	11	14	7
25 »	6	2	8	7	7
26 »	4	2	6	7	5
27 »	2	2	4	20	5
	35	27	62	85	42

Situation générale des hôpitaux au 27 septembre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,222
Sorties.	2,802	6,010
Décès.	3,208	
Restant en traitement.		212

Le total des décès pour la France s'élevait jusque vers le 15 septembre à 88,626.

Des conséquences pratiques qui se déduisent du défaut d'absorption dans la période algide du choléra.

Les recherches de MM. Vernois et Duchaussoy sur le défaut d'absorption dans la période algide du choléra, que nous avons résumées dans un des précédents numéros, ont pu paraître aux yeux de quelques personnes impliquer cette idée décourageante qu'il n'y avait plus qu'à abandonner aux seules ressources de la nature les malades arrivés à la période algide. Telle est, en effet, la conséquence qu'en ont déduite plusieurs de nos confrères. Bien que nous ne nous soyons point fait l'écho de cette objection, que nous avons prévenue au contraire en indiquant les voies et les ressources qui pouvaient rester encore entre les mains du praticien, nous n'en croyons pas moins utile de publier les réflexions que nous adresse à ce sujet M. le docteur Vernois; on y verra comment notre savant confrère envisage les conséquences pratiques qui se déduisent de ses expériences.

« Mon cher confrère,

» Les expériences que j'ai instituées depuis le commencement de l'année, à l'hôpital Necker, sur le défaut d'absorption dans la période algide du choléra, et qui ont servi de base à l'excellente thèse de mon interne M. Duchaussoy, ont été accueillies et jugées par la presse médicale avec trop de bienveillance pour que je ne réponde pas à une objection qui resterait gravée dans plusieurs esprits si elle n'était immédiatement réduite à sa juste valeur. Quelques médecins dont j'estime beaucoup les travaux et la critique ont pensé que la *conclusion pratique* de ces recherches était et devait être l'abandon du patient aux seules ressources de la nature, toutes les fois qu'il était arrivé à la période algide du mal. Pareille conclusion ne ressort pas de notre travail, et nos malades, ainsi que M. Duchaussoy l'a déjà signalé, ont toujours été, même dans cette position désespérée, secourus par tous les moyens dont la médecine rationnelle peut habituellement disposer.

» La première conséquence à tirer de mes expériences a été de chercher une nouvelle ou une meilleure surface d'absorption; la deuxième, de modifier ou de tenter de modifier les surfaces accidentellement dépourvues de cette puissance.

» Dans une autre série d'expériences non encore publiées, M. Duchaussoy exposera la marche que nous croyons la plus rapide et la plus efficace en cette circonstance pour faire pénétrer utilement un médicament dans l'économie; et si la relation des expériences qu'il a consignées dans sa thèse n'avait pas dû limiter les détails qu'il pouvait accorder aux observations elles-mêmes, on y aurait trouvé l'histoire complète du traitement mis en usage dans toutes les périodes de la maladie; mais tel n'était pas son but.

» Il est vrai que dans l'*état algide* j'ai peu fatigué les malades par des médications intérieures; mais j'ai cherché parfois à modifier la surface qui n'absorbait plus. J'aurais voulu pouvoir enlever cette couche de mucus épais qui tapisse le plus souvent toute la muqueuse gastro-intestinale; mais les vomitifs ne faisaient plus vomir..., les purgatifs ne purgeaient plus... Quelquefois, après l'administration de liqueurs acides, coagulantes, suivie de boissons abondantes (quand elles pouvaient être supportées), j'ai tenté de déblayer le terrain et de déposer à sa surface des substances capables d'être absorbées. Mais ce travail est long, difficile, incertain, et le plus souvent infructueux. Il fait perdre un temps précieux. Tous mes efforts tendaient alors à agir sur la peau. Mon but était, ou de ranimer directement ces fonctions éteintes, ou de détruire rapidement cet enduit visqueux, espèce de vernis répandu sur elle, et qui s'opposait mécaniquement à ce qu'elle pût subir l'influence de l'air ou des différents corps appliqués à sa surface. Dans ce but, je faisais pratiquer des lotions diversement composées, destinées à agir chimiquement sur cet enduit; mais je faisais surtout frictionner avec rudesse la peau dans toute son étendue. Ce procédé, comme entre les mains de tous les médecins, déterminait l'excitation et le retour de la circulation capillaire, celui de la chaleur et de la sensibilité, le retour enfin de la faculté d'absorption. Alors, en effet, le malade peut être souvent soulagé; car on transforme ainsi toute sa peau en un véritable organe d'hématose. Un nouveau poumon fonctionne.

» L'oxygène de l'air peut agir directement sur la constitution ellemême du sang, et on comprend ainsi que l'altération générale de ce liquide puisse en être heureusement modifiée. Nos expériences nous avaient servi à imposer à cette partie même du traitement une marche plus logique que de coutume : c'était de ne confier à la peau aucune friction ou substance médicamenteuse qu'après l'avoir rendue apte à en éprouver les effets. Car aussi longtemps que la peau reste froide ou visqueuse, il est tout à fait inutile d'y déposer des corps excitants ou autres. Les frictions sèches ou avec de l'eau tiède suffisent, et il n'y a de bon effet à en espérer que sur les points où la chaleur réactive a reparu.

» Il suit de ces observations rapides que, pendant *la période algide du choléra*, nos malades n'ont jamais été abandonnés aux seuls efforts de la nature médicatrice;

» Qu'une semblable pratique ne découle pas de nos expériences, et que les détails de nos observations empruntés à la clinique elle-même déposent du contraire;

» Que ces expériences doivent conduire le médecin à porter alors le secours sur un point du corps mieux organisé pour le recevoir et pour en obtenir un effet utile;

» Enfin qu'elles ont pour but de tracer une marche plus logique au praticien en lui enseignant les circonstances et les parties du corps où les remèdes n'ont plus d'action, et en ouvrant à la thérapeutique des voies nouvelles, peut-être un jour plus efficaces, contre le fléau cholérique. »

De quelques cas de pourriture d'hôpital dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu.

Le choléra ne doit point nous faire perdre de vue les affections d'une autre nature, concomitantes ou simplement coïncidentes, qu'il nous a été donné d'observer depuis quelque temps. On se rappelle qu'à l'époque du début de l'épidémie cholérique, dans les derniers mois de 1853, nous signalions l'existence d'une sorte d'épidémie circonscrite d'affection diphthéritique gangréneuse des parties sexuelles chez les nouvelles accouchées de la Clinique. Des faits analogues ont été observés en assez grand nombre depuis quelque temps à titre de complication dans le service de M. le professeur Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu, dans la salle des femmes; et plus récemment, nous avons eu l'occasion de voir un assez grand nombre de cas de pourriture d'hôpital dans le service de chirurgie de M. le professeur Laugier (salle Sainte-Marthe), fait en ce moment par M. Broca. Depuis environ quinze jours, plus de quinze malades, ou récemment opérés ou entrés à l'hôpital pour des plaies de diverse nature, ont vu ces plaies s'arrêter dans leur marche naturelle vers la cicatrisation, prendre un mauvais aspect, et se recouvrir de cette matière pultacée grisâtre, caractéristique de la gangrène d'hôpital.

Des divers moyens successivement employés jusqu'ici par M. Broca pour arrêter les progrès de cette gangrène envahissante, celui qui a paru produire les meilleurs effets est l'acide chlorhydrique. Au bout d'une ou deux applications de cet acide, les plaies, en général, prennent un meilleur aspect et se revêtent de nouveau de bourgeons charnus de bonne nature. C'est ce que nous avons remarqué particulièrement chez deux malades qui avaient eu de larges surfaces atteintes par la pourriture d'hôpital, l'un à la suite de l'ablation d'un cancroïde de la face, le second récemment opéré d'une fistule à l'anus. Chez ce dernier, la plaie de petite dimension résultant de l'opération n'avait pas tardé à s'agrandir par la destruction des tissus voisins, au point de présenter au bout de quelques jours un vaste clapier, une vaste ulcération irrégulière avec décollements profonds de la région périnéo-anale.

Nous saisirons cette occasion pour signaler un fait qui tendrait à démontrer combien, dans quelques circonstances, peut se montrer utile le mode de pansement par occlusion à l'aide de la baudruche dont nous parlions dans notre dernière *Revue*. Depuis que ces accidents se sont multipliés dans la salle Sainte-Marthe au point de menacer de se généraliser et d'atteindre successivement tous les porteurs de plaies, M. Broca a fait recouvrir de baudruche toutes les surfaces dénudées dont l'étendue et la situation permettaient une pareille application. Aucun cas de gangrène ne s'est développé depuis sur les plaies ainsi pansées.

Nous ignorons encore si de semblables accidents ont été observés dans les autres hôpitaux. Nous pensons, dans tous les cas, qu'il est utile que de semblables faits soient portés à la connaissance des chirurgiens, qui, s'ils avaient l'occasion d'en observer dans leurs services, auraient une double indication à suivre : restreindre le plus possible les opérations aux cas seulement urgents et indispensables; appliquer aux blessés dont les plaies ne sont point encore envahies par la pourriture le pansement par occlusion, ou tout autre mode de pansement analogue susceptible de remplir le même but.

Hydrophobie spontanée.

M. le docteur Ely nous communique l'observation suivante, qu'il a eu l'occasion de recueillir en Algérie il y a quelques années, et qui lui a été remise en mémoire par le fait d'hydrophobie spontanée que nous avons publié dans le numéro de samedi dernier. Il nous a paru utile de rapprocher ces faits, qui peuvent concourir à jeter quelque jour sur l'histoire encore si obscure de cette cruelle affection. Voici comment s'exprime M. Ely :

Au mois de janvier 1848, le nommé X..., soldat au train des équipages, fut amené à l'hôpital militaire de Mustapha, près Alger, et placé dans le service du docteur Cabrol. Chargé de la contrevisite, je vis cet homme à trois heures de l'après-midi, et je le trouvai dans l'état suivant : la face était rouge et vultueuse, les yeux brillants, le pouls plein et tumultueux; du reste pas de symptômes du côté des organes thoraciques et abdominaux, pas de fièvres antérieures, pas de frisson précurseur. Le malade se plaignait seulement d'un violent mal de tête et de douleurs de gorge. Incertain de ce qui allait suivre, je me décidai à écouter la seule indication qui m'était offerte, et je pratiquai une abondante et large

---

L'instrument auquel l'auteur donne la préférence est celui de M. Coccius. Cet appareil paraît, en effet, au premier abord, remplir les conditions voulues; mais son emploi pratique est rempli de difficultés. « Ceux qui ont fait des expériences au moyen de cet appareil, nous » dit l'auteur, conviendront avec nous qu'ils ne sont parvenus à le » manier d'une façon convenable qu'après un exercice assez fréquent. » Même après en avoir acquis l'habitude, les tâtonnements qu'il exige sont » parfois si longs, que souvent le chirurgien ou le malade finissent par » se fatiguer. »

Voilà tous les ophthalmoscopes connus jusqu'à ce jour. On voit, à la lecture de ce travail, que c'est par une suite d'observations judicieuses, par un long maniement de ces appareils, par une critique sage et raisonnée de chacun d'eux, que M. Anagnostakis a pu en apprécier les défauts et les qualités et se convaincre de leur insuffisance en pratique. Il devait tout naturellement se demander s'il n'était pas possible d'apporter à cet instrument une modification qui, tout en le rendant exempt des inconvénients qu'il reprochait aux appareils qu'il venait de décrire, en présentât les mêmes avantages et fût en outre d'une application simple et facile.

Ces qualités, son ophthalmoscope nous paraît les remplir. Un petit miroir concave destiné à projeter les rayons lumineux dans l'œil observé, à son centre un trou pour permettre l'exploration de l'œil à l'observateur, un manche pour tenir l'instrument, tel est l'instrument du docteur Anagnostakis. Eclairage suffisant, perception facile des images, maniement on ne peut plus aisé, prix modique, relativement à celui des autres ophthalmoscopes, tout, en un mot, se réunit pour nous porter à croire que c'est bien là l'instrument qui doit remplir au plus haut degré les conditions du problème qu'il s'agissait de résoudre.

A quoi bon désormais, pour le diagnostic des caractères, l'expérience si vantée des trois lumières de MM. Purkinge et Sanson, et qui, dans la pratique, fournit pourtant des résultats si infidèles? L'examen catoptrique de l'œil a-t-il jamais pu aider en rien au diagnostic des cataractes corticales commençantes, si communes et si souvent méconnues? Etait-ce dans les cataractes séniles, celles où les parties centrales du cristallin sont affectées, qu'une telle expérience est nécessaire alors qu'à l'aide de la vue seule il est si facile au chirurgien de les constater? « Il n'y a pas, dit l'auteur, d'opacité du cristallin, si » petite et si légère qu'elle soit, qui échappe à l'œil de l'observateur » armé de l'ophthalmoscope. » Trois malades accusaient une amblyopie. M. Desmarres lui-même, dont l'œil exercé sait si bien discerner les plus minimes altérations, ne constatait rien d'anomal dans l'organe, et l'examen à l'aide de l'ophthalmoscope trahit des opacités cataracteuses commençantes très manifestes.

Et pourquoi nous faut-il regretter que, se renfermant dans un simple récit des faits qu'il a pu observer, l'auteur n'ait pas cru devoir faire sentir toute l'influence que l'application de son instrument au diagnostic des altérations pathologiques de l'œil allait exercer sur l'ophthalmologie; quelle révolution il était appelé à produire dans l'explication des amauroses, des amblyopies, des myopies, etc., ces maladies sur lesquelles on a tant écrit, sur lesquelles pas un auteur n'est encore d'accord, parce qu'on n'avait pas pu jusqu'ici pénétrer le mystère qui en enveloppait la cause et l'origine! Aux phénomènes subjectifs le plus souvent incertains et peu fidèles, toujours vagues et obscurs, sur lesquels on s'étayait pour porter un diagnostic, cet instrument ajoute des phénomènes objectifs dont la certitude et la précision ne contribueront pas peu à débrouiller le cahos de cette intéressante partie de l'oculistique. La maladie se traduit ainsi dans sa réalité; l'altération organique est là sous vos yeux; vous la constatez, vous en étudiez le caractère et la physionomie, vous en saisissez les nuances et les variétés, vous la suivez dans son évolution pathologique, et plus elle est nette et tranchée, plus elle offre de concordance avec les symptômes subjectifs, plus votre jugement sera juste, plus votre diagnostic sera précis.

Puis alors, quand l'examen le plus attentif et le plus minutieux de la cavité et des parties constituantes de l'organe, quand l'observation judicieuse des phénomènes présentés par l'encéphale, quand la comparaison attentive de l'une et de l'autre série de symptômes ne suffirait pas pour satisfaire votre esprit sur la nature de l'affection, appelez à votre aide, et pour voiler votre ignorance, les mots d'amaurose sthénique, asthénique, irritative, torpide, congestive, nerveuse, hémorrhoïdale, menstruelle, saburrale, variqueuse, goutteuse, vermineuse, etc., je le veux bien, c'est seulement alors que vous serez en droit de substituer les données craséologiques aux résultats de l'observation, trop heureux si toutes vos nombreuses classifications à si grand'peine échafaudées ne croulent pas devant les inductions sévères et logiques qu'une longue expérience fournira à l'ophthalmologie.

Voici un malade; il accuse une amblyopie. Je constate la lésion, et de suite se dévoile, avec son issue prochaine ou éloignée, heureuse ou fatale, la marche de toute l'affection. Je vois des opacités cataracteuses à leur début, et je sais déjà qu'il y a plus à espérer que d'un synchisis ou d'une altération de la rétine. Est-ce au contraire à une hémorrhagie rétinienne que j'ai affaire, l'anatomie pathologique m'enseigne que le trouble de la vision ne sera que passager et disparaîtra avec l'absorption du sang épanché. La constatation elle-même d'altérations reconnues incurables n'aura-t-elle pas pour effet d'empêcher de soumettre le sujet à un traitement qui doit être aussi fatiguant qu'infructueux? « Combien de malades, nous fait observer judicieusement M. Anagnos» takis, sont soumis tous les jours à un traitement plus ou moins sé» vère pour des amblyopies présumées, tandis que l'abaissement de » plus n'en tient qu'à des opacités cataracteuses! »

Quel est le chirurgien qui ne sentira pas combien cette nouvelle clairvoyance qu'il va acquérir, cette possibilité qu'il aura de scruter les mystérieuses modifications pathologiques dont cet organe est le siége sur le vivant, d'assister à leur début, d'en suivre pas à pas l'évolution et les phénomènes, de les comparer ensuite avec les résultats fournis par l'anatomie pathologique, vont faire avancer le diagnostic et le traitement de ces affections?

saignée. Pendant que son sang coulait, X... se tint tranquille et ne manifesta aucune agitation, mais quand j'approchai le vase plein d'eau pour laver la piqûre, il fit un brusque soubresaut en arrière et détourna vivement la tête. Ce mouvement fut tellement marqué qu'il suffit pour m'éclairer sur le diagnostic. Je sortis de la salle, et je prévins aussitôt celui de mes collègues qui était de garde. Mais je n'avais pas fini mon récit que l'infirmier vint nous chercher. Le malheureux X... s'était précipité hors de son lit, et, agenouillé à terre, se cachait la tête dans ses couvertures. Un moment de calme suivit ce premier accès. On essaya de le faire boire, mais la vue du liquide amena de nouveaux mouvements convulsifs; la lumière blessait sa vue, et il se roulait dans son lit en ensevelissant sa tête sous les draps. Nous parvînmes à le transporter dans un cabinet isolé; puis à partir de ce moment les accès se succédèrent rapidement, en laissant de moins en moins d'intervalle. Dans ses moments lucides, X... sentait venir la recrudescence du mal, et alors il invitait lui-même doucement les assistants à se retirer pour éviter d'être mordus.

Cette horrible agonie se continua jusqu'à une heure du matin, au milieu du cortége de symptômes rabiques les plus prononcés; spectacle affreux que l'on ne peut oublier quand on l'a vu une fois. Enfin X... succomba dans une dernière crise.

L'autopsie fut faite le lendemain en présence de M. le docteur Cabrol et de nos autres collègues de l'hôpital.

Le premier point à éclaircir était la question d'origine, d'étiologie. Au moment où l'hydrophobie s'était si brusquement révélée, un sentiment de délicate commisération que chacun comprendra nous avait interdit toute question indiscrète. La rage du reste, comme l'on sait, n'existe pas dans ces climats, et ni avant ni après ce fait particulier nous ne pûmes rien découvrir qui s'y rapportât. Nous nous livrâmes donc tout d'abord, et armé d'une bonne loupe, à une minutieuse inspection du corps; le sujet était de constitution vigoureuse, mais le système pileux était fort peu abondant et ne pouvait rien nous dérober. Cette investigation fut vaine : nous ne découvrîmes aucune cicatrice, à l'exception d'une légère empreinte placée tout à fait sur la crête du tibia et provenant évidemment d'une contusion.

Passant à l'examen des organes, voici ce que nous pûmes observer :

Le cerveau présentait des adhérences avec les méninges, mais sans traces d'inflammation récente. Les ventricules contenaient une notable quantité de sérosité. Le grand lobe droit offrait à sa partie antérieure une coloration violet foncé tout à fait analogue à celle de l'ecchymose, mais sans ramollissement ni granulations, ni aucune autre altération de tissu.

Le tissu cellulaire de la poitrine et de la face était emphysémateux.

Le cœur était très développé et contenait de l'air. La langue présentait les vésicules pathognomoniques sous la forme de lentilles d'un blanc trouble; leur siége n'était pas à la face inférieure, mais à la face supérieure de l'organe et sur les côtés; la partie profonde de la langue en était parsemée.

Le pharynx était rouge; la muqueuse était comme soulevée en certains endroits, et ces élevures, de forme irrégulière, rappelaient l'aspect des plaques gaufrées.

Enfin, l'estomac était le siége d'une phlogose très caractérisée, mais tout à fait récente.

La spontanéité de l'affection semble suffisamment démontrée ici, comme dans les deux faits que nous avons précédemment rapportés, par l'absence de toute cicatrice et par la non-existence de la rage parmi l'espèce canine de ces contrées.

De l'acupuncture dans la névralgie et en particulier dans la sciatique.

L'acupuncture, alternativement trop vantée et trop délaissée comme tant d'autres moyens, mérite de conserver une place dans la thérapeutique des névralgies, au moins comme une de ces ressources auxquelles le praticien peut recourir dans certains cas désespérés où les traitements les plus habituellement usités ont échoué. Sans remonter rétrospectivement aux faits assez nombreux consignés dans les annales de l'art, qu'il nous suffise pour le moment de reproduire à l'appui de l'efficacité de ce moyen les deux observations suivantes que nous communique M. le docteur Aug. Corlieu, qui les a recueillies dans les hôpitaux de Paris :

— Le 25 juin 1850, entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n° 44, le nommé Auguste Lecomte, trente-six ans, boucher, né à Saint-Germain (Seine-Inférieure).

Ce malade, d'une forte constitution, a toujours joui d'une santé excellente. Ancien carabinier, il dit avoir souvent couché par terre dans les camps. De plus, il a habité un logement humide.

En 1846, en saignant un bœuf, il a été pris tout à coup d'une douleur atroce dans tout le trajet du nerf sciatique du côté droit. On lui a pratiqué une saignée, on a fait tomber sur la cuisse le jet du sang d'un bœuf. Huit jours après, tout avait disparu.

La santé a toujours été bonne jusqu'en mars 1848. Cet homme était bien nourri et menait une vie assez régulière. A cette époque, en accrochant une moitié de bœuf, il a ressenti tout à coup dans la cuisse droite, au même endroit que la première fois, une douleur vive qu'il compare à un coup de couteau. Depuis la cuisse jusqu'au genou, la douleur était persistante; mais depuis le genou jusqu'à la plante du pied, elle était intermittente et augmentait par les changements de température.

Dès lors il a cessé tout travail et a pris le lit. La douleur était plus vive la nuit que le jour, plus forte le soir et le matin.

Six jours après le début de la maladie, M. Flaubert (de Rouen) a prescrit les vésicatoires volants pansés avec la morphine et renouvelés sans cesse. Le malade dit en avoir eu près d'une centaine, et cela pendant près de deux mois. Les vésicatoires diminuaient la douleur; aussitôt secs, la douleur reparaissait. L'effet des vésicatoires étant peu satisfaisant, M. Flaubert a ordonné une vingtaine de ventouses, qui n'ont amené aucun soulagement; puis on fit des frictions ammoniacales, on enveloppa la cuisse avec de la flanelle. Tous ces moyens échouèrent.

Le malade se rendit à l'hôpital général de Rouen, où il dit avoir pris une cinquantaine de bains de Baréges. Dans le bain, la douleur cessait, et reparaissait dès que le malade en sortait. Les bains de vapeur, les bains aromatiques, les bains gélatineux, fréquemment répétés, ne furent pas plus heureux.

Après plusieurs mois de séjour à l'hôpital, il essaya chez lui les frictions avec le baume Opodeldoch. Dans la prévision d'un état que le malade eût caché, on essaya pendant trois mois, avec le même insuccès, l'iodure de potassium en dissolution dans la tisane de saponaire.

Fatigué de ce traitement, le malade partit pour le Havre, où il entra à l'hôpital. On essaya de nouveau les vésicatoires, les bains de Baréges, les bains de vapeur, les frictions avec l'onguent napolitain, etc.

Enfin, après plusieurs années de traitement, il se décide à partir pour Paris, et entre à l'Hôtel-Dieu. Le malade souffrait alors toujours beaucoup dans le trajet du nerf sciatique, ne pouvait poser le pied à terre sans réveiller d'intolérables douleurs, et, dans son désespoir, il criait qu'il consentirait à l'amputation s'il pensait qu'elle dût le guérir.

M. Bouchut, alors chargé par intérim du service de la salle Saint-Lazare, ne voulut point reprendre la série des médicaments dont le résultat avait été si peu satisfaisant. Avant de se décider à la cautérisation transcurrente, il voulut essayer l'acupuncture.

Le 15 juillet, il implanta douze aiguilles sur le trajet du nerf sciatique, et les laissa deux heures. Peu d'effet le premier jour. Chaque jour réapplication des aiguilles. Au bout de quatre jours il y eut un peu d'amélioration, mais le malade ne pouvait encore se redresser. L'amélioration a toujours été en augmentant, et *après neuf jours* de l'application des aiguilles, le malade est allé à Saint-Denis à pied, se tenant parfaitement droit, et déclara n'avoir pas été fatigué.

On revit le malade quelque temps après, et on put constater que la guérison ne s'était pas démentie.

— Le 12 juillet 1850, au n° 16 de la salle St-Lazare, entrait le nommé Jean-Jacques Pampin, âgé de cinquante-deux ans, chiffonnier, alors employé aux linges à pansements de l'Hôtel-Dieu.

Ce malade, d'une haute taille, robuste, travaillait depuis cinq ans à l'Hôtel-Dieu, dans un endroit humide, malsain, dans lequel le soleil ne pénètre jamais, et souvent rempli d'eau en hiver. En 1829, il eut une pneumonie, et en 1850, dans l'hiver, une fièvre intermittente.

Il n'a jamais eu d'affections vénériennes. Depuis deux ans il a des douleurs rhumatismales qui ne l'empêchent pas de travailler.

Le 10 juin, les douleurs ont repris entre les deux épaules, puis sur tout le trajet du nerf cubital du bras droit. Ces douleurs étaient vives, lancinantes, plus fortes la nuit que le jour, diminuant par la chaleur du lit, augmentant par la pression; plus vives quelquefois dans l'extension du bras. Il y a un fourmillement considérable dans tout ce membre. Les sueurs sont assez abondantes dans la main malade, et ces sueurs amènent du soulagement. La douleur est plus vive par les changements de température.

Toutes les fonctions s'exécutent normalement.

A une consultation du 23 juin, on lui a conseillé des cataplasmes, des vésicatoires qui n'ont rien fait.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'au 24 juillet, on le frictionna trois fois par jour avec un mélange d'huile et de chloroforme. Il y eut peu de soulagement.

Le 24 juillet, la douleur persistant toujours, M. Bouchut introduisit sur le trajet du nerf cubital neuf aiguilles qui ont amoindri la douleur. La nuit fut meilleure; les fourmillements revenaient par intervalles dans les changements de position, dans les mouvements brusques.

Le 25, introduction de six aiguilles. Diminution de la douleur.

Le 26, la nuit n'a pas été cependant aussi bonne que la précédente : le temps a été orageux. A la visite du matin, M. Bouchut implanta quatre aiguilles; beaucoup de soulagement. Il n'y a plus qu'un peu d'engourdissement et de fourmillements.

Le 27, nuit bonne. Cinq aiguilles: absence de douleur; persistance d'un léger engourdissement.

Dès la première application des aiguilles, la douleur a cessé dans le bras; elle a persisté seulement dans l'avant-bras et à la main, entre le quatrième et le cinquième espace interosseux.

Le 28, on n'appliqua point les aiguilles. Le temps fut orageux; les douleurs reparurent, mais moins vives.

Le 29, quatre aiguilles : diminution de la douleur dans les espaces interosseux.

Le 3 août, cessation complète des douleurs.

Voilà deux observations assez concluantes des heureux effets de l'acupuncture dans le traitement des névralgies. Devra-t-on s'attendre toujours à des résultats aussi heureux? Malheureusement non; car, à la même époque, M. Bouchut, enchanté du succès de

---

Les maladies de l'humeur vitrée, dont la connaissance est si importante tant pour ces maladies en elles-mêmes, que pour les opérations que le chirurgien peut avoir à pratiquer sur l'œil; les altérations organiques de la rétine, les cataractes à leur début seront toujours diagnostiquées à coup sûr, et bientôt vont se simplifier ou disparaître du cadre nosologique des affections qui ne trouveront plus dans les faits observés une raison d'existence suffisante, tout au moins spéciale, de même que devant les clartés de la stéthoscopie se sont évanouies les phthisies florides, noueuses, pituiteuses, purulentes, scrofuleuses, tuberculeuses, ulcéreuses de la pathologie ancienne.

Après ces quelques réflexions, un peu trop longues peut-être, mais qu'on nous pardonnera en faveur de l'importance du sujet qui nous les suggère, il nous restera peu à dire, quoique nous abordions la partie la plus intéressante de ce travail, celle où sont consignés les faits les plus nouveaux et les observations les plus curieuses. Nous voulons parler de l'examen de la rétine et des milieux de l'œil sur cet organe à l'état malade. L'auteur fait précéder cette étude de l'examen de l'œil à l'état normal. L'appréciation de la lésion organique, sans cette connaissance préalable, devenait, on le comprend, impossible au chirurgien.

Dans toutes les observations que M. Anagnostakis apporte à l'appui de l'utilité de son instrument, l'examen le plus minutieux à l'œil nu n'avait décelé dans la pluralité des cas aucune altération pathologique, tandis que l'exploration à l'aide de l'ophthalmoscope a rendu évidentes des lésions qui le plus souvent ont pu rendre compte des symptômes subjectifs accusés par le malade.

Si l'altération siége dans le cristallin, l'observateur, nous l'avons dit plus haut, peut, à l'aide de cet instrument, en découvrir les opacités même les plus légères. Quant à l'humeur vitrée, elle a présenté souvent des corpuscules mobiles de forme et de volume variables, se déplaçant aux moindres mouvements de l'œil, et comme bondissant, pour me servir de l'heureuse expression de l'auteur, dans un liquide en ébullition. Ou bien c'étaient des flocons brunâtres, de petites masses concrètes, sur l'origine desquelles il émet des hypothèses qu'il appartient à l'anatomie pathologique de vérifier.

L'examen de la rétine y a fait découvrir tantôt des congestions des vaisseaux de cette membrane, tantôt de véritables hémorrhagies offrant dans leurs phases les mêmes phénomènes que celles qui ont lieu sur les tissus analogues du reste de l'économie. La cinquième observation en fournit un exemple remarquable.

D'autres fois c'étaient des taches dont la coïncidence quelquefois remarquée avec des ecchymoses récentes porte l'auteur à croire que ce pourrait bien être des traces d'anciennes hémorrhagies, ou bien de véritables dépôts de pigmentum sous la rétine. L'ophthalmoscope fait encore constater des hydropisies ayant leur siége au-dessous de cette membrane, formant une poche pleine d'un liquide dont l'existence se trahit par les ondulations et les ballottements que les moindres mouvements de l'œil lui impriment, et sur laquelle viennent s'étaler les dernières ramifications des vaisseaux rétiniens. Si dans certains cas, lorsque, par exemple, l'hydropisie est assez considérable pour que la rétine vienne faire saillie immédiatement derrière le cristallin, l'observateur peut porter un diagnostic à peu près certain, il n'en est pas ainsi lorsque l'épanchement est peu abondant ou qu'il siége à la périphérie. L'ophthalmoscope devient alors indispensable. On peut assurer de la manière la plus absolue, nous fait observer M. Anagnostakis, qu'il n'y a pas d'hydropisie sous-rétinienne, si peu étendue qu'elle soit, qui puisse échapper à ce mode d'investigation; et à l'appui de ce qu'il avance, il nous cite trois observations remplies d'intérêt.

Il signale enfin une lésion tout à fait curieuse, et présentée par une dame dont l'histoire fait le sujet de la douzième observation. Ce sont trois plaques de couleur lardacée, larges comme une petite lentille et sillonnées par un réseau de vaisseaux variqueux. L'auteur considère ces plaques comme un épaississement partiel de la rétine; il pense qu'en cet endroit cette membrane a perdu sa transparence première. Des recherches plus suivies et des études d'anatomie pathologique plus sérieuses, l'emploi même du microscope, sont nécessaires, nous le croyons, pour porter sur la nature de ces lésions et de quelques-unes de celles dont M. Anagnostakis nous parle dans son mémoire une clarté dont l'éclat rejaillira sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies dont elles sont les symptômes objectifs.

L'œil est sans contredit l'organe dont l'étude bien comprise permettra le mieux d'éclairer la marche des maladies. Les tissus qui le composent offrent chacun une identité reconnue avec tous ceux que l'on trouve dans l'économie; ils ont, de plus, le notable avantage d'y être distincts, séparés par couches étalées, et l'étude des lésions dont ils sont le siége est désormais accessible à tout observateur. Cette étude sera, nous n'en doutons point, d'une incontestable utilité pour la pathologie du corps humain, dont l'œil est une image complète en miniature. Ces deux branches de la même science iront se prêtant un mutuel appui, et complétant l'une par l'autre la connaissance de la marche de certains phénomènes morbides dont on était loin de connaître toutes les phases.

Malgré les travaux des observateurs de tous les âges, malgré les efforts d'Avenbrugger, le diagnostic des affections thoraciques était rempli d'obscurité; la stéthoscopie y a porté sa lumière, et il ne reste presque plus rien à glaner dans ce vaste champ naguère inexploré. Le champ qui s'ouvre aujourd'hui à l'oculistique par l'ophthalmoscope est aussi vaste, et il est encore presque inexploré. Nous aimons à croire que l'opuscule que l'auteur vient de soumettre à l'appréciation du public médical n'est qu'un premier jalon qu'il a voulu planter devant lui, et que de nouvelles recherches à ce sujet lui permettront bientôt de compléter par de nouveaux faits et par des déductions d'une utilité pratique une œuvre aussi neuve qu'originale.

Dr A. Barre.

cette méthode, voulut l'appliquer sur une échelle un peu plus grande. Il lui fut envoyé du Bureau central plusieurs cas de névralgies. Les unes guérirent, les autres furent un peu moins douloureuses; d'autres enfin ne furent nullement influencées par ce moyen thérapeutique.

Depuis nous avons vu nous-même ce moyen alternativement réussir et échouer entre les mains de M. Trousseau. Il n'en est pas moins utile de le rappeler à l'attention des praticiens qui, dans des cas désespérés, peuvent trouver ainsi à leur disposition un traitement facile à la fois et peu dispendieux. Dans la pratique rurale, des épingles, des aiguilles suffisent. On peut encore se servir de l'épingle à insectes. M. Corlieu assure, pour sa part, avoir eu à se louer plusieurs fois de leur emploi. La petite ecchymose qui résulte quelquefois de l'introduction de l'aiguille disparaît seule: il ne l'a jamais vue produire d'accidents. — Dr Brochin.

DES FRACTURES DU MEMBRE PELVIEN

traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens (1).

(Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 août.)

FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

Notre appareil ne convient pas seulement au traitement des fractures du corps et du col du fémur, il est en outre applicable aux solutions de continuité de la cavité cotyloïde, soit du fond avec ou sans pénétration de la tête fémorale dans le bassin, soit du sourcil cotyloïdien avec luxation du fémur. Ces diverses lésions présentent une foule de considérations du plus haut intérêt. Nous nous attacherons de préférence à celles qui sont de nature à faire le mieux apprécier l'efficacité du traitement par l'extension.

A. *Fractures du col du fémur.* — Les fractures du col du fémur ont rarement lieu avant cinquante ans; elles sont un peu plus fréquentes chez les femmes et présentent quatre variétés :

1° Intra-capsulaires;

2° Extra-capsulaires;

3° Mixtes, à la fois intra et extra-capsulaires, avec insertion de la capsule articulaire sur l'un et l'autre fragment;

4° Par pénétration du col du fémur soit dans la tête de cet os, soit dans le grand trochanter.

A. *Fractures intra-capsulaires.* — La tête du fémur, complétement isolée par suite de fracture, ne vit plus que par le ligament rond, quelquefois par le périoste resté intact et par la portion de la capsule qui, n'ayant pas été complétement rompue, retient encore les fragments. Ainsi réduite, sa nourriture paraît insuffisante pour les éléments d'un cal normal. Delpech (de Montpellier) soutenait que ces fractures ne se consolident pas, et proposa un prix de 2,000 francs à qui lui en montrerait une consolidée. Smith, dans un mémoire publié avec planches, chercha à prouver qu'elles peuvent se consolider. Mais, comme le fait observer M. Velpeau, les faits invoqués par Smith paraissent rentrer dans la catégorie des fractures par pénétration, dont la consolidation ne saurait être mise en question. D'une autre part, de l'ensemble même de quelques faits rassemblés à grand'peine, et empruntés surtout à Field, Langstoff, Vanhoute, Stanley, Brulatour, on voit que si ces fractures se consolident, ce qui n'est pas absolument démontré encore, au moins pour plusieurs d'entre elles, cela doit être rare. Dupuytren professait l'opinion que le fragment supérieur, tout en recevant moins de vaisseaux, conserve cependant assez d'énergie vitale pour concourir efficacement à la consolidation. Il est d'ailleurs sans exemple, comme le disait Desault, que la tête du fémur ainsi isolée se soit mortifiée, comme cela arrive pour la tête de l'humérus. M. Malgaigne, qui a fait sur ce sujet d'importantes recherches, n'admet que trois exemples démontrant assez positivement la consolidation. Quelquefois les fragments se réunissent par un tissu fibreux ou fibro-cartilagineux, ou simplement par des brides de même nature; il peut même arriver que les surfaces restent libres, sans moyen d'union aucun. Mais dans ces cas, presque toujours la nature, par un admirable travail, développe des plaques osseuses, espèces de stalagmites qui de bas en haut emboîtent le fragment supérieur comme une virole, et rétablissent la continuité.

La capsule de son côté s'épaissit, devient cartilagineuse, s'incruste même de plaques osseuses, et forme ainsi aux fragments un étui protecteur. Enfin, une fausse articulation peut s'établir. Dans ce cas, l'un des fragments, le supérieur ordinairement, se creuse une excavation légère dans laquelle roule l'extrémité arrondie de l'autre fragment. Il existe alors deux centres de mouvement. On comprend que ces diverses terminaisons tiennent essentiellement au degré de contact et de vitalité des fragments, et que dans les cas même les plus heureux, le membre ne recouvre que difficilement la liberté de ses mouvements.

Faut-il conclure de là, avec quelques auteurs, avec Lallemant, ancien chirurgien de la Salpêtrière, qu'il faut renoncer aux appareils quand se présente cette variété de fracture? Nous ne le pensons pas; parce que d'une part, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'existe pas de signes qui permettent de distinguer nettement une fracture intra-capsulaire d'une fracture mixte, et même extra-capsulaire; et, d'une autre part, il n'est pas indifférent de maintenir les fragments en contact, sinon pour éviter, au moins pour limiter le plus possible le raccourcissement, et obtenir un cal moins défectueux.

« Si j'avais une fracture du col du fémur, disait A. Cooper, je resterais dix à quinze jours au lit, jusqu'à la cessation de l'inflammation et de la douleur, le membre étendu et soutenu par un coussin; alors je me lèverais chaque jour, m'asseyant d'abord sur une chaise élevée, pour prévenir un degré de flexion qui serait douloureux, et je marcherais à l'aide de béquilles, appuyant le pied par terre tout doucement, puis par degrés, de plus en plus, jusqu'à ce que la capsule fût épaissie et que les muscles eussent repris leur action. Un soulier à haut talon serait ensuite employé pour prévenir la claudication. » Ce conseil, A. Cooper le réserve exclusivement pour les fractures intra-capsulaires, et nous avons dit qu'il est impossible de les reconnaître. Nous pensons, loin d'être de l'avis de A. Cooper, que les fractures intra-capsulaires et les fractures mixtes doivent, au contraire, être soumises à un traitement beaucoup plus prolongé que les autres, précisément parce que le peu de longueur du fragment supérieur et la difficulté de le fixer, à cause de la grande mobilité du bassin, dont il suit les mouvements, d'une part, et de l'autre le peu de vitalité de ce fragment supérieur, exigent beaucoup plus de temps pour la consolidation. Trois à quatre mois sont, à notre sens, indispensables. Nous ne transigerions qu'autant qu'il y aurait péril à persister, et que de deux maux il fallût choisir le moindre. Si les vieillards supportent, en général, moins mal qu'on ne l'a dit le repos prolongé au lit, il en est pour lesquels il serait mortel.

« Des vieillards atteints de fracture du col du fémur meurent, dit M. Velpeau, parce qu'un séjour prolongé au lit les expose aux plus grands risques. L'appétit se perd, puis vient la diarrhée, le marasme, et souvent la mort. Il ne faut pas trop s'effrayer, ajoute cet éminent praticien, de faire marcher ces malades; car ils n'appuient pas sur le pied, et le membre ainsi fracturé abandonné à lui-même constitue une sorte d'extension. Quant aux mouvements qui résulteraient de la marche, les malades se gardent bien de les provoquer, la douleur les avertissant sur-le-champ que le membre doit être condamné au repos. Aussi les mouvements se passent-ils presque exclusivement dans la portion lombaire du rachis. » Nous avons cité ce passage en entier parce qu'il contient des remarques judicieuses et à consulter.

S'il y avait pénétration des fragments, ou simplement engrenage, il faudrait respecter cette disposition anomale, même au prix d'un raccourcissement, parce que, concurremment avec l'intégrité du périoste, elle concourt très efficacement à la consolidation à laquelle il faut ici tout sacrifier.

On voit par là avec quelle prudence il faut parfois user des appareils à extension.

Il existe un moyen assez facile de savoir si l'extension doit être ou non employée; il suffit de consulter le degré de mobilité de l'articulation. Si les mouvements articulaires sont faciles; si en tirant doucement sur le membre, comme pour ramener les talons au même niveau, il s'allonge facilement, ainsi que cela a lieu presque toujours, il y a tout avantage à maintenir le membre allongé d'une manière permanente à l'aide d'un appareil; mais s'il résiste, il faut s'abstenir d'efforts violents, respecter le raccourcissement, respecter même la direction du pied dont la pointe est portée en dehors, car il ne pourrait être redressé qu'à la condition de rompre le précieux engrenage des fragments et le périoste lui-même.

B. C. *Fractures mixtes et extra-capsulaires.* — Les fractures mixtes et, à plus forte raison, les fractures extra-capsulaires étant susceptibles de consolidation par un cal normal, rien ne s'oppose à l'indication de faire disparaître le raccourcissement par un appareil à extension graduée et continue, car, outre la claudication, le raccourcissement a pour effet d'éloigner les surfaces fracturées d'un contact immédiat et de nuire ainsi à la consolidation.

La difficulté de reconnaître les fractures extra des fractures intra-capsulaires a peu d'importance pour les chirurgiens qui, comme nous, sont d'avis que, sauf les cas particuliers de fractures intra-capsulaires avec pénétration, un appareil doit toujours être appliqué.

Des recherches de M. Malgaigne sur les fractures intra et extra-capsulaires il résulte que les premières sont plus fréquentes que les secondes dans le rapport de 3 à 2; mais dans cette appréciation, il n'a été tenu aucun compte des fractures mixtes, auxquelles une large et légitime part doit être réservée: aussi ce calcul proportionnel ne paraît-il pas rigoureux.

Nous sommes d'autant plus fondé à penser ainsi, qu'à la page 660 de son *Traité des fractures* il dit: « Comme les fractures mixtes ne diffèrent pas essentiellement des fractures intra-capsulaires avec conservation d'une partie du périoste, je les comprendrai dans la même étude. » Il est permis d'inférer de ce passage que l'auteur a compris dans le même groupe ces deux genres de fractures, et si le chiffre en bloc était décomposé, on aurait d'autres rapports que ceux qu'il a donnés.

De ce que les fractures intra-capsulaires sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, de ce qu'elles se montrent presque exclusivement après cinquante ans, on peut tirer des présomptions, mais non conclure comme A. Cooper que, dans ces conditions-là, les fractures du col sont presque toutes intra-capsulaires. Des chirurgiens, entre autres MM. Bonnet (de Lyon) et Nélaton, professent l'opinion que les fractures extra-capsulaires sont beaucoup plus fréquentes que les fractures intra-capsulaires. C'est donc encore là une question qui n'est pas complétement tranchée et qui, au point de vue où nous nous plaçons, n'a du reste pas un intérêt capital; car, nous l'avons dit, sauf les cas d'engrenage et de pénétration des fragments intra-capsulaires, nous pensons que l'appareil à extension doit toujours être employé pour restituer au membre sa longueur normale et l'immobiliser. Ces conditions sont indispensables pour une bonne consolidation.

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 24 août; 2, 7, 16 et 23 septembre.

PROCÉDÉ POUR PRÉPARER EN QUINZE MINUTES

l'onguent mercuriel;

Par M. Antoine Seput, pharmacien à Constantinople.

Mercure.	300 grammes.
Axonge fraîche.	12 —

On commence la trituration avec le tiers de l'axonge indiquée, en y ajoutant le deuxième tiers après cinq minutes; on continue à triturer, et après cinq autres minutes on y ajoute le reste de l'axonge.

En conduisant bien l'opération sans l'interrompre, après quinze minutes on n'y aperçoit plus de globules métalliques; alors on y ajoute la quantité nécessaire d'axonge pour former l'onguent napolitain. (Partie égale.)

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Cléramboust (J.-V.), né à Paris; *De la fissure à l'anus et des diverses méthodes de traitement employées pour la guérir.*

Gratiot (V.-P.), né à la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne); *Des hémorrhoïdes et de leur thérapeutique chirurgicale.*

Bourgoin (L.-B.), né à Niort (Deux-Sèvres); *Du traitement de la fistule à l'anus par la méthode des fils.*

Huguet (P.-F.-J.-E.), né au Blanc (Indre); *Diagnostic différentie des tumeurs du testicule et de ses enveloppes.*

Renault du Motey (thèse en chirurgie), né à la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne); *Mémoire sur les fractures des os du métacarpe.*

Doniol (O.-F.), né à Guingamp (Côtes-du-Nord); *De l'hystérie.*

Jallet (A.-A.), né à Angles (Vienne); *Considérations sur le traitement de la pneumonie.*

Blancbeton (J.-B.-L.), né à Viverols (Puy-de-Dôme); *Du tétanos et de son traitement par le chloroforme.*

Holaind (A.-V.), né à Valenciennes (Nord); *Appréciations théoriques sur certains points de l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale.*

Poupardin (F.-G.), né à Orléans (Loiret); *Des phlegmasies de la fosse iliaque interne.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* annonce deux concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major stagiaire à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, à Paris. L'ouverture des épreuves du premier aura lieu à Paris, Strasbourg et Montpellier le 9 octobre prochain. Quant au deuxième concours, il s'ouvrira à Strasbourg le 3 janvier 1855, à Montpellier le 17 du même mois, à Paris le 31 du même mois.

— Dans notre numéro du 15 avril, nous avons annoncé un concours pour l'agrégation de la Faculté de médecine de Montpellier qui doit s'ouvrir le 15 novembre; ont été nommés juges du concours :

1° Pour la section de médecine : MM. Parlier et Bourely, juges; M. Lassalvy, juge suppléant.

2° Pour la section de chirurgie : MM. Courty et Quissac, juges; M. Chrestien, juge suppléant.

3° Pour la section des sciences anatomiques et chimiques : MM. Bourdel et Brousse, juges; M. Lombard, juge suppléant.

— M. le docteur Négrier, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, vient d'être nommé de nouveau directeur de ladite Ecole.

— Le jury du concours pour une place de médecin au Bureau central, que nous avons annoncé dans notre numéro du 31 août, sera ainsi composé :

Juges titulaires : MM. Briquet, Gendrin, Blache, Horteloup, Desprez.

Juges suppléants : MM. Bouley et Danyau.

Erratum. — Une faute typographique s'est glissée dans notre numéro du 26 septembre, page 455, troisième colonne, dans l'extrait du mémoire de M. Bouvier, sur la cautérisation cutanée dans les maladies du système osseux. Ligne 39, on a imprimé *suppuratique*, au lieu de *suppurative*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris par M. Louis Fleury, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société anatomique de Paris, membre correspondant de la Société de médecine de Marseille, de l'Académie royale de médecine de Belgique; chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre de Léopold de Belgique, etc.

Mode de publication. — Le *Cours d'hygiène* de M. le Dr Fleury est publié par livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit-texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'*un fort demi-volume* in-8° en caractères ordinaires, est fixé à 2 francs à Paris, et 2 fr. 25 c. *franco* par la poste. — La 7e livraison vient de paraître; elle traite des Boissons, du Tabac, du Camphre, de l'Opium, du Hachisch, des Cosmétiques chimiques, des Professions chimiques, de la Contagion virulente, de l'Embaumement. — Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Gérant, ...
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 117. — MARDI 3 OCTOBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 117. — MARDI 3 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Observations d'hémorrhagies cérébrales survenues avant et pendant l'accouchement.

M. le docteur Holaind, ancien interne distingué de nos hôpitaux, cite dans sa thèse inaugurale deux observations de ce genre d'hémorrhagie qu'il a recueillies lui-même dans le service de M. Rostan. Nous croyons devoir les faire précéder de quelques réflexions empruntées à cette thèse remarquable.

Les hémorrhagies cérébrales qui se présentent pendant ou après l'accouchement sont dues, selon lui, soit à la compression des vaisseaux pelviens et aux obstacles au cours du sang qui en sont la suite, soit aux efforts nécessaires pour amener l'expulsion du fœtus.

« En effet, dit-il, l'observation nous a depuis longtemps démontré que chaque douleur expulsive donne lieu à un afflux de sang vers la tête, révélé surtout par la rougeur du visage, des vertiges, des éblouissements, et parfois même, quoique moins souvent, par la perte de connaissance passagère où tombe la femme, principalement lorsque pour faire valoir ses douleurs elle fait de ces efforts inouïs d'expulsion, en s'accrochant aux points résistants qui l'entourent, comme si elle craignait de ne pouvoir dépenser tout ce qu'elle possède de force. C'est surtout chez les primipares, chez les jeunes filles sanguines, fortement musclées et à chair ferme, dont l'étroitesse de la vulve et la résistance d'un périnée encore vierge allongent si souvent la durée du temps de dégagement, que s'observent ces symptômes qui sont alors l'effet de la pléthore, et aussi surtout le résultat mécanique de la contraction musculaire qui vient pour ainsi dire déranger l'équilibre circulatoire et retenir dans le cerveau une quantité de sang beaucoup plus considérable que celle qui lui est ordinairement répartie.

» Si à cela nous ajoutons l'hypertrophie passagère du cœur qui paraît exister dans la grossesse, il nous sera facile de comprendre pourquoi c'est alors, pour peu qu'il existe une cause locale, que survient l'irruption du sang et que les symptômes de paralysie viennent nous révéler la production d'une hémorrhagie cérébrale.

» Quant à celles qui surviennent après l'expulsion du fœtus, nous croyons qu'un accouchement brusque et rapide arrivé avant terme, la rétention du placenta, et par suite le défaut d'écoulement sanguin, la suppression ou le manque d'apparition des lochies, peuvent aussi avec raison trouver place parmi leurs causes. Bien que l'influence de la suppression des lochies nous paraisse digne d'être mentionnée ici, nous devons dire toutefois que les observations rapportées dans les auteurs nous porteraient à ne reconnaître cette suppression comme dangereuse que dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, autrement dit, à cette époque où les lochies sont naturellement sanguines.

» Plus tard nous serions plus disposé à les regarder comme effet que comme cause de l'hémorrhagie elle-même. »

OBS. I. — La nommée Thomasset, fabricante d'éventails, âgée de trente-sept ans, couchée au lit n° 4 de la salle Saint-Antoine, à l'Hôtel-Dieu, est d'une constitution sèche, grêle, mais bien développée; jamais elle n'a fait de maladies graves. Elle a eu cinq enfants : les trois premiers sont venus vivants, mais leur mort a suivi de bien près leur naissance; les deux derniers étaient morts-nés. Toujours cette femme, qui était du reste de bonne conformation, est accouchée naturellement, mais très vite, les temps du travail se confondant à tel point que l'enfant était expulsé comme un noyau de cerise.

Durant ses trois premières grossesses elle s'était toujours bien portée, mais dans le cours de la quatrième elle avait été sujette à des congestions cérébrales, qui semblaient avoir jeté un certain trouble dans ses facultés intellectuelles. Par moments, quand ces congestions lui survenaient, elle ressentait une céphalalgie assez vive, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, voire même, au dire de son mari, homme très intelligent et qui l'observait avec soin, une incohérence dans les idées, des moments d'absence et une difficulté d'élocution plus ou moins prononcée. Une saignée faisait ordinairement cesser l'orage.

Pendant le cours de sa dernière grossesse, ces accidents reparurent différentes fois. Néanmoins, elle avait atteint à bon port le terme de la gestation, lorsque le 24 mai se manifestèrent les premiers symptômes du travail de parturition et de la maladie qui, ainsi que nous allons le voir, causa malheureusement sa mort.

Le jeudi 24 mai 1854, son mari la quitta en très bon état vers trois heures de l'après-midi; mais, peu de temps après sa sortie, elle fut tout à coup prise d'une céphalalgie qui l'obligea de se coucher. Vers neuf heures du soir, lors de la rentrée de son époux, elle lui dit que des coliques et une vive céphalalgie l'avaient forcée à se mettre au lit, et lui demanda le pot pour uriner; il le lui présenta en l'engageant à se mettre à genoux sur le bord du lit pour ne pas le mouiller, et au moment où, s'appuyant sur l'épaule de son mari, elle commençait quelque effort de miction, elle fut prise d'un tremblement convulsif de la jambe gauche, lâcha subitement le pot qu'elle tenait à la main, tomba sur son lit, et accoucha aussitôt d'un enfant mort et à terme.

Tout cela fut fait en une seconde. Une sage-femme fut immédiatement mandée, mais quand elle arriva il n'y avait plus rien à faire.

Bientôt cependant la malade revint à elle; mais le bras gauche était paralysé, immobile, et toute la nuit la jambe correspondante ne cessa de remuer de la façon la plus bizarre.

Le lendemain matin, son mari s'empressa de la faire transporter à l'Hôtel-Dieu. A son entrée, on constate une hémiplégie gauche avec contracture considérable et irréductible des membres de ce côté, y compris le cou. La malade était dans un état comateux des plus prononcés, et qui persista jusqu'à la fin de la journée, où elle succomba.

Autopsie pratiquée trente quatre heures après la mort.

Les méninges sont assez fortement injectées. On trouve de plus un épanchement sanguin considérable avec destruction complète de la couche optique du côté droit; cette portion de l'encéphale est réduite en bouillie et remplacée par un caillot du volume d'un petit œuf de poule qui s'étend comme par un pédicule dans le ventricule droit, et de celui-ci dans le gauche, par une déchirure du septum lucidum et de la voûte à trois piliers, complétement séparée du corps calleux, dont elle semblait avoir été décollée et rendue flottante par le passage du sang lors de son irruption. On trouve également un petit caillot isolé dans le ventricule moyen. Les parois du ventricule gauche sont un peu ramollies, mais apparemment par le séjour du sang épanché.

Les autres organes sont sains; la matrice elle-même n'offre rien de particulier, sauf l'état où elle se trouve normalement à cette époque de l'accouchement.

OBS. II. — La nommée Panfil (Thérèse), couturière, âgée de trente ans, couchée au n° 27 de la même salle, est entrée le 13 mai 1854 pour une hémorrhagie cérébrale survenue la veille de ses couches.

Cette femme, de taille ordinaire et très bien conformée, est d'une constitution sèche et nerveuse; jamais elle n'a été malade. Elle a eu trois enfants, le premier il y a trois ans; c'est le 6 avril 1854 qu'elle est accouchée du dernier. Dès la conception elle a cessé de voir ses ses règles; sa grossesse s'est passée jusqu'à terme sans aucun accident, seulement elle se trouvait beaucoup plus forte qu'aux gestations précédentes; mais à part la gêne que cela apportait dans ses mouvements, elle n'en ressentit rien de fâcheux. Pas de congestion cérébrale, de céphalalgie ni d'étourdissements : la seule chose qu'elle ait remarquée, c'est que, durant les derniers mois, cet enfant avait remué beaucoup plus que les précédents. Elle est accouchée naturellement le lundi 13 mai à huit heures du soir, après un travail modéré de quelques heures. L'enfant était plus fort que ses précédents, les eaux moins abondantes qu'à ses accouchements antérieurs.

Le 12 mai, la veille de son accouchement, par conséquent, elle s'était aperçue, en nattant ses cheveux, d'un point douloureux au niveau de la hanche droite. D'abord elle ne s'en occupa guère et attribua cela au travail; mais bientôt cette douleur s'irradia, et la malade fut prise dans la jambe et le bras droits de contractions convulsives qui persistèrent toute la journée. Le soir, en se couchant, elle perdit connaissance et tomba de son lit; on la releva, et elle ne tarda pas à recouvrer ses sens; mais elle était hémiplégique.

Dès lors elle ne quitta plus le lit, et le lendemain, à deux heures de l'après-midi, elle mit au jour un enfant bien développé, vivant et à terme. La délivrance s'est opérée deux heures après, mais par la main de l'accoucheur, qui a été forcé d'aller chercher le placenta dans la matrice; nous ignorons le pourquoi. Il n'y avait pas d'hémorrhagie.

La parole resta perdue jusqu'au quatrième jour de ses couches; une saignée et 35 sangsues en trois applications, aux cuisses, à la vulve et à l'anus, la lui firent recouvrer; mais elle conservait toujours des bourdonnements d'oreilles assez forts pour l'incommoder vivement.

L'hémiplégie occupait le côté droit du corps. Dans les huit premiers jours de ses couches la malade souffrit beaucoup de la tête et des membres paralysés. Des compresses froides et résolutives sur le front, un bain, des sangsues l'en débarrassèrent.

Quinze jours après son accouchement les douleurs étant moindres et l'état général assez satisfaisant, la malade essaya de se lever; elle mangeait alors et buvait bien; mais elle avait pour son enfant une répugnance inexprimable; la vue seule de ce petit être donnait à sa mère le désir de le battre, et on fut forcé de le lui retirer pour le confier à une nourrice. Les seins étaient devenus très distendus et douloureux; on administra quelques purgatifs comme dérivatifs de la lactation.

Le seizième jour l'anesthésie du côté paralysé disparut.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, le 18 juin, on constate une hémiplégie complète du mouvement dans tout le côté droit du corps, y compris la face; la langue est déviée, les paupières abaissées, l'œil dans le strabisme interne; la commissure labiale est déviée; la malade articule difficilement les mots.

Le 19 juin, il survient de la contracture dans le bras paralysé, et non dans la jambe; le strabisme est encore plus marqué que les jours précédents.

Le 20, cette femme est prise de malaise et de coliques; le lendemain arrivent des vomissements et de la diarrhée, des frissons et des crampes, et la malade est enlevée en deux jours par le choléra devenu de plus en plus manifeste.

Autopsie faite vingt-huit heures après la mort.

A l'ouverture du crâne, il y a une légère injection des méningites. Le cerveau enlevé et posé par sa base sur une table, voici ce que l'on remarque :

L'hémisphère droit est intact, un peu plus ferme et plus résistant au toucher que de coutume; le gauche paraît à première vue manquer dans une assez grande partie de son étendue. La scissure médiane longitudinale est cependant bien marquée, intacte et comme dans son état normal. Une bandelette d'un centimètre de large environ la circonscrit à gauche dans toute son étendue; mais à partir de là et dans toute la partie externe de cet hémisphère jusqu'au niveau du ventricule latéral, les méninges sont affaissées comme si on avait soustrait par un filet d'eau la substance cérébrale qui les remplissait. L'injection des membranes dans cette partie n'est pas considérable, mais l'arachnoïde et la pie-mère sont adhérentes et comme confondues; en cherchant à les soulever avec des pinces à dissection, on est tout étonné de les voir suivre d'une couche de substance d'une teinte blanchâtre bien manifeste à travers leur transparence et de l'épaisseur d'un millimètre environ.

Si cette comparaison m'était permise, je crois qu'on ne pourrait mieux s'en faire une idée qu'en supposant la pie-mère tapissée à sa face interne par une membrane analogue pour l'apparence et la densité à la crème qui se forme à la surface du lait qui a bouilli. En soulevant cette espèce de voile, il se fait un vide qui s'affaisse dès qu'on le lâche, et en répétant ce mouvement à plusieurs reprises on imite absolument le jeu d'un soufflet.

En perforant un point de ces membranes, on tombe dans une cavité complétement vide et qui semble divisée en plusieurs compartiments; on dirait, en un mot, qu'il y a eu absorption complète de la substance des circonvolutions, et que les cloisons qui subdivisent cette énorme poche sont formées par la portion de pie-mère qui s'enfonçait entre les circonvolutions.

Dans l'intérieur de quelques-unes de ces aréoles se remarquent des fibres entre-croisées, de sorte qu'il semblerait ne rester que la trame du cerveau; le ventricule latéral gauche est recouvert d'un voile membraneux, transparent, à travers lequel on distingue facilement à l'aide d'une légère distension l'intérieur du ventricule et les diverses parties qui en forment le plancher : c'est la membrane ventriculaire.

Il n'y a pas de sérosité, aucun liquide dans les ventricules; le reste du cerveau paraît sain.

Ces altérations nous portent à croire que cette femme a eu une hémorrhagie cérébrale dont la résorption s'est opérée rapidement, et qu'en raison de sa jeunesse et de l'activité de l'absorption à cet âge la pulpe cérébrale a été elle-même absorbée, de sorte qu'il n'en reste plus que la trame.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Hernie ombilicale. — La hernie ombilicale vient en troisième ligne par ordre de fréquence, après la hernie inguinale et la hernie crurale, quoi qu'en ait dit Astley Cooper, qui, se fondant sans doute sur une série insuffisante de faits, considérait les hernies ombilicales comme étant les plus communes après les hernies inguinales. Voici en effet des données statistiques puisées à des sources différentes, et qui tendent au même résultat commun, c'est-à-dire à démontrer que les hernies ombilicales sont moins communes que les hernies crurales, et par conséquent que les hernies inguinales. Monnikof a trouvé chez l'homme 45 hernies crurales, 18 ombilicales; chez la femme 121 hernies crurales, 52 ombilicales. Mathey (d'Anvers) a trouvé 25 hernies crurales pour 10 ombilicales chez l'homme, et 43 crurales pour 29 ombilicales chez la femme. La Société des bandagistes de Londres a constaté : pour les hommes 121 hernies crurales et 92 ombilicales, et pour les femmes 649 crurales et 387 ombilicales. Enfin, MM. J. Cloquet et Nivet ont trouvé aussi une proportion beaucoup plus considérable de hernies crurales ou inguinales que de hernies ombilicales : 55 hernies cru-

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février; 7, 28 mars; 4, 11 avril; 2, 9, 30 mai; 25 juillet et 16 septembre.

rales et 3 ombilicales pour les hommes; 79 hernies crurales, 21 ombilicales chez la femme (J. Cloquet). M. Nivet, dont le relevé porte exclusivement sur les femmes de la Salpêtrière, a trouvé 40 hernies inguinales, 67 crurales et 30 ombilicales.

Les premières recherches de M. Malgaigne l'avaient conduit d'abord à un résultat qui semblait s'accorder plutôt avec l'opinion d'A. Cooper. Sur un total de 46 hernies, il avait trouvé 22 crurales et 24 ombilicales. Mais en opérant plus tard sur de plus grands nombres, il n'a pas tardé à reconnaître qu'effectivement les hernies ombilicales sont les moins nombreuses. Ainsi, à l'époque où il faisait le service du Bureau central, sur 80,000 bandages herniaires délivrés, il n'y en avait que 4,000 pour les exomphales, c'est-à-dire 1/20e.

Les différences relatives au *sexe* font constater une plus grande proportion d'exomphales chez la femme que chez l'homme. Sur 194 cas relevés en 1836, il y avait 106 femmes et 88 hommes.

La recherche de l'*influence de l'âge* sur le développement de la hernie ombilicale a donné un résultat assez curieux.

De 0 à 6 ans, il a trouvé,		22 hommes,		3 femmes	
De 6 à 13	—	3	—	5	—
De 13 à 20	—	1	—	4	—
De 20 à 30	—	5	—	4	—
De 30 à 40	—	7	—	21	—
De 40 à 50	—	19	—	24	—
De 50 à 60	—	13	—	24	—
De 60 à 70	—	12	—	12	—
De 70 à 80	—	4	—	11	—

De sorte que parmi les enfants nouveau-nés les garçons seraient beaucoup plus sujets à l'exomphale que les filles, tandis qu'au-dessus de 6 ans le sexe féminin présenterait au contraire une proportion supérieure, et qui va s'accroissant surtout à partir de la période de 30 ans jusqu'à l'âge de 60, où l'équilibre s'établit entre les deux sexes. Les circonstances de la grossesse et de l'accouchement expliqueraient assez naturellement la plus grande fréquence de la hernie ombilicale chez la femme dans l'âge moyen de la vie.

Les *causes* des hernies ombilicales sont rarement reconnues, excepté lorsque celles-ci surviennent à la suite d'une ascite ou de toute autre cause de développement considérable du ventre. Il est assez rare que les sujets accusent des efforts comme origine de ces sortes de hernies. Le plus souvent elles se forment lentement; aussi voit-on assez souvent des sujets qui présentent en même temps d'autres hernies. Sur 63 hernieux de Bicêtre, on comptait 33 hernies ombilicales simples, 38 ombilicales avec une inguinale simple ou double, 1 avec hernie crurale, 1 avec hernie crurale double, 1 inguinale double et 1 hernie de la ligne blanche.

Sur 16 femmes on a trouvé : 7 ombilicales simples, 4 ombilicales avec une inguinale, 2 avec une hernie de la ligne blanche, 1 avec hernie de la ligne blanche et cystocèle, 1 avec rectocèle.

Chez les jeunes sujets, la fréquence de cette hernie s'explique par une conformation spéciale qui est bien connue de tout le monde. L'anneau ombilical n'étant pas encore fermé au moment de la naissance, cette ouverture peut facilement donner passage aux viscères de l'abdomen. Il faut distinguer ces hernies d'avec les hernies congénitales, dans lesquelles les viscères contenus pendant la vie intra-utérine dans la poche ombilicale ne sont jamais rentrés dans l'abdomen. Ce ne sont pas là des hernies à proprement parler, ce sont des monstruosités par arrêt de développement.

La hernie ombilicale se présente sous des formes différentes qui constituent autant de variétés. Elle est digitiforme le plus souvent chez les enfants, quelquefois sphéroïdale ou pyroïde. Chez les adultes, elle est le plus ordinairement conique ou en pointe. Chez les femmes, elle présente souvent une configuration particulière que M. Malgaigne désigne par les mots de *hernie trifoliée*. Voici comment on s'explique cette dernière forme : lorsque la hernie ombilicale est congénitale, on sent autour de la circonférence du collet de la hernie un anneau fibreux qui l'entoure de toutes parts; cela tient à ce que les vaisseaux ombilicaux situés au delà de l'anneau se trouvent être rejetés en dehors de la tumeur. La sensation qu'on perçoit chez l'adulte est différente; il semble que la hernie passe par une éraillure de la ligne blanche plutôt que par l'anneau. Cette dernière circonstance s'est représentée du reste plusieurs fois, ainsi que cela a été constaté par Sœmmering. Mais, à part ces cas exceptionnels, la sensation dont il vient d'être question tient, d'après A. Cooper, à ce que la cicatrice adhère au centre de l'anneau et force ainsi la hernie à passer par côté. Quant à la disposition *trifoliée* attribuée par quelques chirurgiens à la cicatrice des trois vaisseaux ombilicaux, elle tient, d'après M. Malgaigne, à la présence de *tractus fibreux* adhérents, d'une part, à l'anneau, et, d'autre part, à la face profonde de la peau.

Accidents occasionnés par les hernies ombilicales. — Chez quelques sujets, les hernies ombilicales ne causent aucune incommodité, et ils ne s'en apercevraient même pas s'ils n'étaient avertis de leur présence par une petite tumeur à l'ombilic. Dans quelques autres circonstances, au contraire, ces hernies s'accompagnent de douleurs, de tiraillements d'estomac. Cette sensation tient à ce qu'une portion plus ou moins considérable de l'arc du côlon est prise dans la hernie. L'adhérence très forte que le péritoine contracte à la paroi abdominale antérieure au voisinage de l'ombilic est cause que le sac herniaire ne peut pas se former par glissement, mais par distension. C'est encore là une cause de douleur. Ces hernies ayant presque toujours pour résultat de dilater l'anneau ombilical et de l'érailler, il est rare de rencontrer le rétrécissement du collet du sac et par conséquent l'étranglement vrai de ces sortes de hernies.

La cure radicale de la hernie ombilicale peut être obtenue chez l'enfant, mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'obtient chez l'adulte.

On comprend que si l'on fait rentrer de bonne heure la hernie dans le jeune âge et si on la maintient rentrée un certain temps, la guérison s'opérera aisément et d'elle-même par le même procédé naturel qui tend à rétrécir et à oblitérer graduellement l'anneau après l'oblitération des vaisseaux qui le traversaient.

Comment maintenir cette hernie réduite chez l'enfant? Il y a deux sortes de moyens pour obtenir la guérison de la hernie ombilicale chez les enfants en bas-âge : des moyens opératoires et le bandage. Desault a proposé à cet effet une opération qui consiste à passer une ligature à la base de la tumeur, dont on a préalablement chassé l'intestin. Au lieu de la ligature simple de Desault, M. Boucbacourt propose une ligature double. Ces procédés sont également inutiles et doivent être rejetés. Le bandage suffit. Mais quel est le genre de bandage qui convient dans ce cas? On en a préconisé plusieurs. Quelques chirurgiens ont imaginé de faire une petite pelote hémisphérique, soit en caoutchouc, soit une moitié de boule de cire ou une moitié de noix muscade, qu'ils introduisent dans l'anneau, appliquant un bandage par-dessus. Cette manière de faire est très défectueuse; on parvient bien ainsi, en effet, à faire rentrer l'intestin et à le maintenir réduit, mais on éraille en même temps l'anneau. Les petites boules que Hey a proposé de faire avec des bandelettes de diachylon roulées ne valent pas mieux. Il en est de même des boules en caoutchouc, qui peuvent convenir chez les adultes, mais qui ont toujours le même inconvénient chez l'enfant. Quadri (de Naples), à qui cet inconvénient n'avait pas échappé, avait imaginé une espèce de petit bouchon qu'il introduisait dans l'anneau; quelque temps après, lorsque l'anneau était un peu revenu sur lui-même, il mettait une boule un peu plus petite, et ainsi de suite en diminuant graduellement le diamètre de ce bouchon. Mais, tout en ayant la prétention par ce moyen d'obvier à l'inconvénient signalé plus haut, le résultat n'en valait pas mieux.

Que faut-il donc faire pour maintenir la hernie ombilicale des jeunes sujets? Il faut se servir tout simplement d'une pelote plate, qui, tout en refoulant l'intestin, permette à l'anneau de se resserrer. Une pelote métallique aplatie, une rondelle de carton ou une simple compresse carrée rempliront indistinctement bien cette indication. Mais il faut maintenir cette pelote. On se sert habituellement soit de ceintures molles, soit d'un ressort. Mais les chirurgiens ont déjà fait depuis longtemps la remarque que les ressorts ne conviennent pas pour les enfants de cet âge. La raison en est facile à comprendre si l'on se rend bien compte de la conformation du tronc chez les jeunes enfants et de l'absence de rétrécissement entre le thorax et le bassin. Au moindre mouvement le bandage, si bien appliqué qu'il soit, ne tarde pas à glisser. Le meilleur moyen de contention, sans contredit, est un bande de diachylon qui fait une fois et demi le tour du corps. Cette bande se collant à la peau, y reste invariablement fixée et maintient solidement la pelote. Depuis que M. Malgaigne a adopté l'usage de ce bandage, il ne l'a jamais vu manquer son effet. Une seule application lui a souvent suffi pour obtenir la guérison complète de la hernie; et si une première application ne suffisait pas, on en est quitte pour la renouveler au bout d'un mois ou six semaines, durant lesquels il se maintient ordinairement assez bien.

Chez l'adulte ou chez le vieillard, ce moyen ne suffirait plus. Ici, la forme du ventre et du tronc est toute différente; l'ombilic n'est plus la partie la plus saillante de l'abdomen; il est, au contraire, déprimé, surtout chez les sujets doués d'embonpoint. Il y a enfin à tenir compte de la cambrure des reins et du rétrécissement qui existe entre le rebord des côtes et les épines iliaques. Il faut alors avoir recours à une autre méthode. Ici, il faut que la pelote entre dans la cavité ombilicale de manière à la remplir exactement et à appuyer sur l'anneau, sans l'élargir toutefois. Enfin, une autre indication importante à remplir, c'est que le bandage ne doit pas trop serrer circulairement le ventre. Voici comment on remplit ces diverses indications :

On prend avec de la cire le moule du creux de l'ombilic; on fait tailler d'après ce moule une pelote en caoutchouc; on coupe cette pelote à ras du ventre, de manière que, lorsqu'elle est appliquée, elle remplisse exactement la cavité ombilicale sans presser par excès de longueur sur les viscères qu'elle contient, et par conséquent aussi sans courir le risque d'érailler l'anneau. On fixe ensuite cette pelote sur une plaque plus large qu'elle, qui prend son point d'appui sur les parties voisines de la paroi abdominale, et l'on maintient le tout à l'aide d'un ressort qui fait le tour d'une moitié du corps. Ce n'est pas tout encore. Comme on n'éviterait pas complétement par ce moyen les inconvénients qui résultent des variations de volume du ventre, la pelote herniaire est réunie à une seconde pelote qui porte sur la région lombaire au moyen d'un ressort en spirale destiné à permettre le rapprochement ou l'écartement de ces deux pelotes, suivant les variations d'amplitude que subit le ventre avant ou après le repas. Le ventre est-il plus distendu que de coutume, les deux pelotes seront plus fortement pressées; mais comme la plaque protectrice qui retient la pelote herniaire l'empêche de s'enfoncer davantage dans la cavité ombilicale, il en résulte que la pression exercée n'est jamais plus forte qu'il ne convient. Lorsque, au contraire, après que le travail de la digestion est terminé, le ventre vient à diminuer de volume, les pelotes suivent ce mouvement de retrait par l'effet de l'élasticité du ressort, de sorte que dans tous les cas la pression est toujours égale et constante.

Le même principe, qui consiste à mouler la pelote sur la hernie et à l'appliquer sur une plaque plus grande prenant point d'appui sur le ventre, est également applicable aux hernies irréductibles par suite d'adhérences.

Hernies de la ligne blanche. — Les hernies de la ligne blanche sont beaucoup moins communes que les hernies de l'ombilic; d'une manière absolue, elles sont rares; elles sont plus communes chez la femme que chez l'homme. A Bicêtre, M. Malgaigne a constaté 8 hernies de la ligne blanche pour 65 hernies de l'ombilic, sur un total de 1,000 vieillards, et à la Salpêtrière 2 pour 33. Quant au rapport entre les deux sexes, il a trouvé au Bureau central, en 1835, 5 hernies de la ligne blanche chez l'homme et 7 chez la femme, sur un total de 400 hernies.

C'est chez l'adulte que la hernie de la ligne blanche est la plus commune; elle est très rare chez l'enfant. Cependant M. Malgaigne en a vu chez des enfants âgés de quelques mois; elles étaient survenues, dans ce cas, à la suite de cris violents et prolongés. Ces sortes de hernies reconnaissent le plus souvent pour cause une faiblesse, un relâchement des parois abdominales. Aussi sont-elles souvent accompagnées d'autres hernies.

Ainsi, sur 5 hommes observés en 1835 au Bureau central, M. Malgaigne a constaté l'existence de la hernie de la ligne blanche : une fois avec une hernie inguinale simple; une fois avec une hernie inguinale double; une fois avec une hernie ombilicale; une autre fois avec une hernie inguinale et une autre de la ligne blanche; une autre fois, enfin, avec une hernie inguinale, une crurale et une autre hernie de la ligne blanche.

Sur 5 femmes, il y en avait deux qui portaient, en même temps que la hernie de la ligne blanche une hernie ombilicale; une qui avait à la fois une hernie ombilicale et deux hernies de la ligne blanche; une quatrième qui avait trois hernies de la ligne blanche; la cinquième avait deux hernies de la ligne blanche avec une hernie inguinale.

L'hérédité paraît avoir une influence sensible sur la production de ces hernies. Elles sont plus souvent encore que les autres le résultat d'une faiblesse générale des parois abdominales; c'est ce qui est démontré par ce qui précède relativement à la fréquence de leur coexistence avec d'autres hernies. Elles sont déterminées le plus souvent à la suite de cris et d'efforts de divers genres. Cependant un certain nombre d'entre elles ne reconnaissent aucune cause spéciale immédiate et se produisent spontanément.

Les hernies de la ligne blanche présentent cette particularité, qu'elles siégent le plus habituellement et presque exclusivement dans la portion sus-ombilicale, à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. M. Malgaigne ne se rappelle en avoir rencontré qu'une existant au-dessous de l'ombilic.

Le volume de ces hernies est très variable. On en voit de très petites, comme un petit pois; dans quelques cas, on les a vues acquérir un volume presque égal à celui d'une tête d'adulte. Il y a toute apparence que dans ce cas l'estomac y est contenu.

Pour maintenir ces hernies, il suffit, lorsqu'elles sont petites, d'une petite pelote aplatie, assez large pour boucher l'orifice et pour qu'en cas de déplacement elle ne cesse pas de correspondre avec cette ouverture. Chez l'adulte, où l'on a à lutter contre les variations de volume du ventre, on peut se servir avec avantage de la double pelote avec spirale intermédiaire dont il a été question plus haut.

Les *éventrations* que l'on rencontre surtout chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, et qui consistent dans l'issue d'une masse intestinale à travers une large éraillure de la paroi abdominale, doivent être maintenues par une large ceinture et non point par une pelote, qui, si large fût-elle, ne serait jamais suffisante pour contenir ces sortes de hernies. Règle générale, la ceinture, dans ce cas, ne doit jamais dépasser l'ombilic; sans quoi, elle comprimerait l'estomac et pourrait donner lieu à des douleurs pendant le travail de la digestion.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. Worms.

Note sur le traitement de la cholérine et du choléra.

A la fin de l'épidémie cholérique de 1849, j'avais déjà commencé à traiter les diarrhées épidémiques par les acides minéraux, ainsi que cela est constaté dans le n° 27 de la *Gazette médicale* (7 juillet 1849). Le retour du choléra en novembre 1853 m'a fourni l'occasion d'appliquer sur une plus grande échelle aux diarrhées prodromiques ainsi qu'au choléra confirmé la méthode de traitement dont je n'avais pu que faire un essai imparfait en 1849.

Je viens vous rendre compte brièvement des résultats obtenus et des observations qu'il m'a été donné de faire pendant les trois recrudescences qui se sont produites depuis le 21 novembre 1853 jusqu'à la fin de juillet 1854.

Traitement de la diarrhée prodromique, ou cholérine.

Tous les militaires entrant à l'hôpital atteints de diarrhée épidémique ont été soumis sans exception au traitement suivant :

On leur prescrivait la diète d'aliments et les trois quarts de vin, et on commençait par leur administrer 2 grammes d'ipécacuanha dans 120 grammes d'eau. Après le vomitif, on leur donnait pour boisson et à discrétion une limonade minérale n° 1 ou 2; le n° 1

comportant 2 grammes, le n° 2 3 grammes d'acide sulfurique concentré pour 1 kilogramme d'eau mucilagineuse (mucilage de gomme ou de guimauve) édulcorée avec 120 ou 150 grammes de sirop simple. Dans la pratique civile, je me sers d'une décoction de racine de salep.

En très peu d'heures (quatre à six) on voyait survenir un notable changement. Le pouls prenait de la fréquence et de la force, la peau de la chaleur; le visage se colorait, les évacuations alvines cessaient ou devenaient simultanément plus rares et moins abondantes, et les matières éliminées se coloraient en vert ou en jaune.

La guérison était le plus souvent accomplie le même jour, et le lendemain on commençait à alimenter les malades, qui en quatre ou cinq jours passaient de la soupe aux trois quarts.

Depuis le mois de novembre 1853, j'ai traité à peu près 150 de ces cholérines, et, sauf deux exceptions, toujours avec un succès si décisif, que les confrères qui ont été à même de suivre les résultats de cette pratique la considèrent comme infaillible. Les malades, dans les salles, le savent si bien, que plus d'une fois de pauvres phthisiques m'ont prié de leur prescrire la limonade, espérant se débarrasser ainsi de la diarrhée colliquative à laquelle ils étaient en proie. Je dois dire cependant que chez trois ou quatre sujets qui étaient à l'hôpital depuis longtemps pour d'autres motifs, et qui, ayant été pris de diarrhée séreuse abondante, avec faiblesse marquée du pouls et refroidissement marqué de la peau, j'ai dû prescrire pendant quatre à six jours, et même davantage, de la limonade, et même recourir à l'administration de 3 grammes d'acide dans une potion de 150 grammes, par cuillerée à bouche d'heure en heure, pour obtenir la guérison.

C'est surtout dans les corps de troupe qu'on trouverait de fréquentes et utiles occasions d'employer cette médication, qui exige bien peu de frais et d'embarras et préviendrait ainsi beaucoup de cas de choléra grave.

Traitement du choléra grave ou confirmé.

Le choléra grave ou confirmé n'étant évidemment que l'expression de l'action plus intense et plus profonde de la cause toxique sur une économie prédisposée à céder à cette influence, il est logique de supposer que les agents thérapeutiques qui se montrent utiles ou nuisibles dans la cholérine doivent exercer une influence identique sur l'affection qui n'en diffère que par le degré.

D'ailleurs dans le choléra grave la maladie du sang rendue évidente tant par la coagulation du liquide vital que par la cyanose et le refroidissement de la peau, la tendance à la septicité révélée par la fréquence des gangrènes sur les points de la peau mis à nu par les vésicatoires, l'influence nuisible des alcalins, des sels neutres et des opiacés devaient m'amener à penser que je trouverais dans les acides minéraux le moyen le plus efficace de ranimer la vie du sang et d'obtenir les abondantes éruptions cutanées qui sont le signe le plus sûr de la terminaison favorable du choléra.

L'état d'épuisement dans lequel on nous apporte ordinairement les cholériques, la presque insensibilité ou l'absence totale du pouls m'ont très rarement permis de débuter chez eux par l'emploi de l'ipécacuanha. Les instructions données au chirurgien de garde lui prescrivaient de s'abstenir de l'emploi de ce moyen toutes les fois qu'il y aurait chute du pouls ou refroidissement déjà très avancé de la peau. Cette règle ne devait subir d'exception que du moment où il était probable ou prouvé qu'une indigestion avait précédé ou produit le choléra, car laisser dans les voies digestives en ce cas des matières non assimilées c'eût été dévouer le malade à une perte certaine.

On commençait donc par mettre l'entrant à l'usage de la limonade sulfurique avec recommandation d'en boire abondamment et de ne pas s'effrayer de la fréquence des vomissements; l'ingestion de la limonade et de la potion avec l'acide sulfurique a pour résultat constant de multiplier les vomissements et de les rappeler quand ils ont cessé. J'ai vu souvent des malades atteints de choléra très grave, chez lesquels on ne pouvait obtenir de vomissement par l'ipécacuanha, commencer à vomir après la deuxième cuillerée de potion avec l'acide sulfurique; et, selon la gravité des cas, on prescrivait de plus 3 grammes d'acide sulfurique dans un véhicule de 150 à 200 grammes à prendre par dose d'une ou de deux cuillerées à bouche toutes les heures ou toutes les demi-heures; outre les trois quarts de vin, il recevait deux vins composés, et, quand la gêne de la respiration était très prononcée, on couvrait la partie antérieure de la poitrine d'un large vésicatoire.

On lui donnait de temps à autre un bain d'air chaud, ce qui n'entraînait pour le malade ni déplacement ni fatigue.

Sous l'influence de cette médication le pouls reparaissait, dans beaucoup de cas, au bout de très peu de temps; mais il restait assez faible en raison de la persistance des vomissements, tandis que les selles diminuaient insensiblement. Pendant deux et quelquefois trois ou quatre jours, la réaction procédait avec une extrême lenteur pour passer subitement au bout de ce temps à une magnifique convalescence. Les mêmes hommes qu'on avait vus pendant 48 et quelquefois 72 heures en proie à des vomissements continuels, avec une peau à peine échauffée et un pouls assez faible, commençaient dès le quatrième jour à manger; le huitième ou le neuvième jour ils avaient les trois quarts, et du douzième au quatorzième jour ils étaient en état de retourner au corps. Dans quelques cas la réaction se faisait brusquement, et cependant sans aucun accident.

Quand au contraire la maladie s'aggravait, les phénomènes de réaction, au lieu de progresser graduellement, semblaient subir un arrêt soudain. La peau restait à la température acquise; mais sur tous les points où elle était en contact avec l'air elle montrait une extrême facilité à céder son calorique. Le pouls devenait grand, mou et lent; la cyanose, qui allait se dissipant, laissait sur la peau des membres des taches livides, épaisses et assez larges. Le malade devenait apathique et somnolent, et le coma augmentait simultanément avec l'injection de la conjonctive et la saillie du globe oculaire jusqu'au moment de la mort, qui arrivait au bout de deux ou trois jours.

Le terme de réaction comateuse ou typhoïde généralement appliqué à cet ensemble de phénomènes m'avait entraîné involontairement à considérer cet état comme une phase nouvelle et différente de la maladie épidémique; cependant une observation sérieuse de ces faits fit naître en moi la pensée que ces phénomènes devaient plutôt être l'expression de la victoire du principe toxique sur l'économie à bout de lutte, et, ce qui me confirmait dans cette opinion, c'est que la guérison ne survenait jamais dans ces cas sans l'apparition d'une éruption abondante.

Au lieu de supprimer les acides et de les remplacer, comme je le faisais jusqu'alors, par des boissons chaudes, tout en continuant les fomentations résolutives sur la tête que j'ai toujours trouvées d'un utile secours, je me décidai dans deux cas désespérés à donner l'acide sulfurique à doses beaucoup plus élevées, de manière à faire ingérer de 15 à 25 grammes d'acide concentré dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire par potions entières ou demi-potions avec 3 ou 4 grammes.

Un succès si prompt qu'il me surprit moi-même couronna cette tentative, que je renouvelai depuis dans tous les cas analogues.

Je dois dire que cette médication doit être surveillée avec attention; qu'il est indispensable que le malade avale rapidement le contenu du verre, et qu'on tienne de l'eau prête pour lui faire laver la bouche. Du moment où, comme une ou deux fois je l'ai vu, le malade fait mine de garder le liquide dans la bouche, il faut cesser immédiatement.

Depuis le mois de novembre 1853 jusqu'au commencement de juillet 1854, j'ai traité 231 cas de choléra confirmé, sur lesquels j'en ai perdu 74.

Ces 231 malades se sont répartis de la manière suivante :

Du 21 novembre au 31 décembre, 81 cas : 20 décès;

Du 9 mars au 31 mai, 96 cas : 29 décès;

Du 8 juin au 12 juillet, 54 cas : 25 décès.

Dans cette dernière période, qui est remarquable par la fâcheuse proportion qu'ont prise les pertes, il est bon de remarquer que nombre des cas étaient foudroyants; que trente ont été fournis par le 13e régiment d'infanterie légère et par des hommes rappelés de la réserve, et que ces cas ont été observés sur d'anciens malades séjournant depuis longtemps à l'hôpital.

Ce n'est point à titre de statistique que je fournis ces chiffres; car dans aucune maladie, et bien moins encore dans le choléra, je ne crois la statistique sûre ni probante; mais comme j'ai apporté le plus grand scrupule à n'admettre dans mes salles spéciales que des choléras bien confirmés, je crois le renseignement utile.

D'un autre côté, si j'ai la plus grande confiance dans l'efficacité du traitement que j'ai indiqué pour les cholérines, je me garderai bien de présenter les acides minéraux comme le spécifique du choléra grave; d'abord, parce que je ne crois pas à la possibilité de trouver un spécifique pour les cas de maladie où une atteinte irréparable est déjà portée à la vie, ainsi que je suppose que cela a lieu dans un grand nombre de cas de choléra confirmé; ensuite, parce que la part d'influence de l'agent médicinal devient bien difficile à constater en raison de la succession rapide des évacuations, qui jette nécessairement le plus haut degré d'incertitude relativement à la quantité du médicament qui reste dans l'économie après l'ingestion.

Mais ce que je n'hésite pas à affirmer, c'est que les guérisons ont toujours été rapides et franches; qu'au bout de très peu de jours les malades ne portaient plus aucune trace de l'affection, et que certainement les hautes doses d'acide sulfurique ne produisaient aucun effet fâcheux sur les voies digestives, car chez tous l'appétit était très vif et la digestion normale. Quoique je fisse encore usage des vésicatoires, je n'ai plus eu l'occasion d'observer les gangrènes qui étaient si fréquentes lors de la précédente épidémie.

Si, et je le répète, je ne me crois point fondé à voir dans l'emploi des acides minéraux le *spécifique du choléra*, toujours est-il que les faits observés m'amènent à la conviction que cette méthode de traitement est celle qui offre le plus de chances favorables et qui assure les guérisons les plus rapides et les plus sûres. Comme *moyen préventif* du choléra, je crois cette médication presque infaillible.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 septembre 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Denonvilliers présente à la Société un malade dont il a été question dans une des précédentes séances, et auquel il a redressé l'angle palpébral externe du côté droit abaissé par une cicatrice. Deux incisions parallèles aux bords supérieur et inférieur de la paupière ont permis de détacher cet angle externe, tout en ménageant la conjonctive. Un second lambeau triangulaire a été taillé au-dessus du précédent, et l'on a pu opérer facilement l'échange de ces deux lambeaux. Aujourd'hui, l'on peut constater le redressement des paupières et l'occlusion facile de l'œil.

— M. A. Richard montre un jeune homme atteint d'un polype naso-pharyngien, qu'il se propose d'opérer par le procédé de M. Nélaton.

A ce sujet, une discussion s'élève entre plusieurs membres de la Société.

M. GUERSANT rappelle qu'il a presque toujours vu la récidive avoir lieu après l'enlèvement de ces polypes, et que dans un cas il put facilement en extirper un après avoir enlevé le maxillaire supérieur, en respectant la base de l'orbite.

M. GOSSELIN pense que les récidives ne seraient pas si fréquentes si, dans l'opération primitive, on pouvait bien couper le pédicule en rasant l'os. Il n'est pas d'avis que les cautérisations soient aussi nécessaires qu'on l'a dit. Pour arriver à une destruction immédiate et complète du pédicule, besoin est d'une ouverture assez grande, qu'on ne trouve point dans le procédé de M. Nélaton. Il voit un grave inconvénient dans la nécessité des cautérisations répétées pendant huit à dix mois.

M. ROBERT. Il y a dans l'appréciation des diverses méthodes opératoires qu'on oppose aux polypes naso-pharyngiens une question anatomique à résoudre d'abord. Il s'agit de bien préciser le siége de ces polypes, car, suivant l'endroit d'où ils naissent, ils ont une tendance à se prolonger d'un côté ou de l'autre. Les polypes naso-pharyngiens situés sur la ligne médiane tendent à se prolonger dans le pharynx; ils naissent du tissu fibreux de la base du crâne. Il y a une autre espèce de polype qui se développe plus en arrière et en dehors que les précédents. Elle envoie des prolongements dans les narines et dans la fosse zygomatique, de telle sorte qu'on lui trouve trois prolongements : l'un pharyngien, l'autre nasal, le troisième zygomatique. Ces derniers polypes viennent faire saillie sous la joue. Si l'on doit opérer un polype de la première variété, l'on peut se servir du procédé de Manne ou de M. Nélaton. Si c'est au contraire l'autre variété, le procédé de M. Nélaton n'est plus convenable, et il importe alors d'agir autrement.

M. Robert pense qu'on n'a point encore de données précises sur la conduite à tenir relativement aux pédicules de ces polypes. Des deux opérés de M. Robert, l'un est guéri, l'autre a été atteint d'une récidive; mais le mal est stationnaire.

M. CHASSAIGNAC pense qu'on faciliterait la section du pédicule à l'aide d'une sorte de spatule tranchante fixée sur un dé à coudre.

— M. Robert, après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, donne quelques détails sur le malade traité à l'hôpital Beaujon d'un anévrisme fémoral par la compression. Il confirme ce qu'a dit M. Broca sur la difficulté d'appliquer ici les appareils compressifs. D'ailleurs, ce malade a cru qu'on voulait faire sur lui des expériences, et cette idée, jointe à quelques douleurs produites par la compression et à la crainte du choléra, l'a poussé à quitter l'hôpital. M. Robert l'a revu depuis sa sortie de Beaujon. La tumeur a fait de notables progrès; les caillots formés dans la poche anévrismale ont disparu, et la ligature de l'iliaque externe est indiquée.

— M. le docteur Jouet (d'Isigny) transmet à la Société deux faits d'hémorrhagie; l'un à la suite d'une plaie d'arme à feu, l'autre au huitième jour d'une amputation de l'avant-bras. Dans les deux cas l'écoulement de sang a été arrêté par un tamponnement fait avec de la charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer à 35 degrés.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Heyfelder fils, professeur agrégé à la Faculté d'Erlangen, nommé membre correspondant étranger, adresse une lettre de remercîments.

— M. le docteur G. Vrolik, professeur à l'Athénée d'Amsterdam, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; sa lettre est accompagnée d'une nombreuse série de mémoires sur l'anatomie et la physiologie. Ces travaux sont renvoyés à une commission composée de MM. Denonvilliers, Marjolin, Danyau.

— M. le docteur Fano adresse à M. le président une lettre pour se porter candidat à la place vacante de membre titulaire.

— M. le docteur Guersant communique à la Société deux observations que nous publierons dans un prochain numéro.

RAPPORTS.

M. le docteur LABORIE fait à la Société le rapport suivant:

Messieurs, vous avez renvoyé à notre examen une brochure adressée à la Société par MM. E. Desgranges et Eugène Lafargue, deux de nos honorables confrères de Bordeaux.

Cette brochure est intitulée *Mémoire consultatif à l'occasion d'un fait d'infanticide. — Examen d'une cause de mort alléguée fréquemment dans les affaires criminelles de cette nature.*

Voici l'analyse de l'observation qui a donné lieu au travail de MM. Desgranges et Lafargue :

Une jeune fille de dix-huit ans, ne se croyant pas encore au terme de sa grossesse, est prise des premières douleurs; elle les subit pendant toute une journée, ne se rendant pas bien compte de leur nature. Voyant, après douze heures, qu'elles persistaient et s'accroissaient, elle se décide à quitter Bordeaux pour se rendre à une campagne située à 5 kilomètres de la ville.

Elle part à quatre heures; mais à peine arrivée à une des barrières de la ville, les douleurs sont si pressantes que la malheureuse fille accouche debout, appuyée, dit-elle, contre une clôture en planches.

Le cordon se rompit par le poids de l'enfant, qui fut ramassé par la mère et placé dans un panier couvert; puis, ceci terminé, elle reprit sa marche, et pendant encore trois quarts d'heure que dura le trajet, l'enfant poussa à plusieurs reprises des vagissements qui ne cessèrent qu'à une certaine distance de la maison où se rendait l'inculpée.

Arrivée enfin, cette fille se délivra elle-même, changea de vêtements, porta le cadavre de son enfant dans une fosse à fumier située derrière les maisons voisines et le recouvrit de débris de végétaux.

Nous avons, messieurs, reproduit presque textuellement les points principaux de cette narration qui appartient en entier à l'inculpée, et nous arrivons à l'autopsie pratiquée par MM. Lafargue et Desgranges.

Le *placenta*, dans un état normal du reste, conservait à sa surface fœtale une portion de cordon de 20 centimètres, portion parfaitement saine, d'un volume et d'une résistance ordinaires.

Au lieu d'implantation du cordon, une déchirure de la substance placentaire de 2 centimètres d'étendue.

Le cordon lui-même, à 13 centimètres de son insertion, offrait une déchirure de 2 centimètres d'étendue, l'intéressant profondément.

Enfin l'extrémité libre et divisée du cordon est inégale et frangée.

L'*enfant*, du sexe féminin, pesant 1,800 grammes, était souillé de boue.

On trouvait sur la région pariétale gauche une plaie d'un centimètre, à bords irréguliers et écartés, intéressant toute la peau et le tissu cellulaire sous-jacent; ecchymose autour de la plaie, et au-devant d'elle une éraillure superficielle linéaire. Dans la plaie principale, on remarque de petits grains sablonneux.

Au niveau de l'oreille droite, déchirure transversale du tissu qui l'attache à la tête. Cette plaie est nette, elle a un centimètre d'étendue; elle est souillée de boue. De plus, sur la face, sur le cou et sur différents points du corps, des éraillures superficielles.

Enfin, on note sur la région pariétale droite, dans le point opposé à la plaie que nous avons signalée, une rougeur de la peau avec ecchymose sous-cutanée.

En enlevant le cuir chevelu, on trouve des caillots au niveau de chaque pariétal et ces deux os fracturés. La fracture complète, à bords légèrement écartés, partait de la bosse pariétale, avait 5 centimètres de longueur de chaque côté. La direction était oblique de bas en haut et d'arrière en avant sur le pariétal gauche; sur le droit, elle gagnait directement le bord supérieur de l'os.

Rien dans le cerveau ni ses enveloppes.

Épanchement d'une quantité assez considérable de sang liquide au-dessous de la tente du cervelet.

Aucune des éraillures signalées sur différents points du corps n'a déterminé d'altération dépassant l'épaisseur du derme.

Rien dans les voies aériennes. Aucune trace de violence ni sur le larynx, ni sur le pharynx.

Les poumons, petits, refoulés en arrière, rougeâtres, sont crépitants en quelques points.

La docimasie pulmonaire a été faite avec soin, et on a constaté que les poumons en masse, après ligature des bronches et des gros vaisseaux, jetés dans un baquet rempli d'eau, surnageaient.

Le poumon gauche entier d'abord, puis coupé par tranches, est toujours resté à la surface du liquide. Mêmes remarques pour le poumon droit.

L'abdomen n'a rien présenté.

La portion de cordon encore adhérente à l'enfant présentait 285 millimètres d'étendue. Cet organe est en plusieurs points éraillé et déchiré; ces éraillures, au nombre de quatre principales, étaient entourées d'ecchymoses.

MM. Desgranges et Lafargue, après cet examen, arrivent aux conclusions suivantes :

1° L'enfant était à terme.

2° Il était viable.

3° Il a respiré.

4° Les nombreuses ecchymoses et éraillures dénotaient que ce même fœtus avait été pressé violemment comme par une main où les ongles auraient agi, ou bien aurait été en contact avec les aspérités d'un corps dur, comme pourrait l'expliquer le frottement contre un sol inégal.

5° Les plaies de la région pariétale gauche et de l'oreille droite ont été produites par un corps contondant dur et inégal, comme pourrait l'être une pierre ou un débris de cruche en terre qui auraient été mus avec force. Ces deux plaies n'ont pas été produites simultanément; elles sont l'effet de deux actions consécutives.

6° La contusion et la vaste ecchymose sous-jacente de la bosse pariétale droite nous paraissent avoir été déterminées par la pression de cette partie sur un corps dur, alors qu'une action vulnérante agissait sur la région directement opposée.

7° La mort de l'enfant est causée par les lésions notées sur le crâne et dans l'intérieur de cette cavité.

8° Les fractures ont été, comme les plaies, produites par une cause de nature active.

9° Le cordon a été tiraillé, déchiré avec violence et blessé en plusieurs points par un corps aigu.

Pour terminer cette première partie, disons que l'inculpée expliquait par la chute de l'enfant les accidents signalés dans l'expertise cadavérique.

On a dû examiner avec soin la situation exacte des lieux où, suivant cette femme, se serait accompli l'accouchement.

Le sol n'était pas pavé, mais formé de terre tassée où pouvaient se trouver enfoncés, comme c'est l'ordinaire, quelques débris de pierre.

A côté même de l'endroit où l'accouchement a eu lieu, et qu'on a trouvé ensanglanté, s'élevait un tas de grosses pierres d'un mètre carré de surface environ. Vers les deux tiers inférieurs de ce monceau de débris, on a remarqué une grosse pierre dure, enchâssée vers le milieu du groupe et dont l'une des arêtes portait une trace de sang.

Voici les faits dans toute leur exactitude, et avec ces faits les conclusions des experts.

MM. Desgranges et Lafargue ont voulu par une série d'hypothèses successivement émises et combattues justifier leur appréciation, qui évidemment ressort accablante pour l'inculpée.

Vous savez tous, messieurs, combien s'est présentée souvent en justice la grave question médico-légale adressée à nos confrères.

Une femme accouchant debout peut-elle par le seul fait de cette position et sans qu'il y ait crime donner naissance à un enfant vivant que la chute sur le sol puisse tuer?

MM. Desgranges et Lafargue ont établi les différents cas de ce genre qui peuvent se présenter et qu'ils rangent sous les chefs suivants :

1° Enfant ne présentant à l'extérieur du corps aucun vestige de meurtrissure, quelle que soit sa nature : épanchement sanguin seul à l'intérieur du crâne.

2° Enfant ne présentant sur l'étendue du corps rien qu'on doive noter : épanchement dans la cavité du crâne avec fracture des os de celui-ci.

3° Enfant présentant des traces de violence à l'extérieur et aucun désordre à l'intérieur du crâne.

4° Enfant présentant des traces de violences extérieures avec épanchement sanguin dans l'intérieur du crâne.

5° Enfant présentent des traces de violences extérieures sur le corps et le crâne avec épanchement à l'intérieur du crâne et fracture des os de celui-ci.

Vous me permettrez, messieurs, de ne pas m'étendre sur ces diverses hypothèses; il s'agit de questions intéressantes sans doute, mais un peu en dehors de vos travaux ordinaires. Je m'arrêterai seulement quelques instants à la dernière de ces questions, puisqu'elle est précisément applicable au fait particulier qui nous occupe.

L'histoire de ces fractures produites dans ces circonstances a fait le sujet de nombreuses recherches. Henke a positivement admis que les chutes de l'enfant, lorsque la femme accouche debout, peuvent déterminer des fractures du crâne, des épanchements au cerveau, des commotions mortelles. Chaussier, après s'être livré à des expériences sur des enfants morts, partagea cette conviction. Il en fut de même de Fodéré. Klein fut, au contraire, disposé à repousser cette manière de voir, et à l'appui de son opinion il apporta une série de 183 faits sans accidents sérieux.

Marc, analysant les opinions opposées, conclut cependant à la possibilité, mais très rare, d'accidents mortels.

MM. Desgranges et Lafargue, dans l'examen auquel ils se livrent, analysent avec rigueur les opinions exprimées par Marc, Briand, Fodéré, Orfila, Henk, Klein, etc.

Ils empruntent les points principaux de leur argumentation à M. Devergie, et ils terminent en laissant entrevoir d'une façon très claire leur opinion sur la culpabilité de la mère.

En résumé, messieurs, tout en donnant à l'œuvre de nos confrères les éloges mérités par la manière dont ils l'ont travaillée et par les qualités d'exposition qu'on y remarque, vous nous permettrez de nous écarter de leur manière d'argumenter.

En présence d'un jugement à intervenir, jugement capital et qui, s'il était funeste à la mère, incomberait de toute sa grave responsabilité sur les médecins experts, nous vous avouons que notre esprit tend bien plus vers une appréciation favorable, même au milieu de circonstances en apparence les plus accablantes.

Lorsqu'il s'agira d'appliquer cette loi presque sauvage de la peine du talion, nous chercherons toujours à trouver dans quelques-uns des faits qui auront accompagné la mort de l'enfant une explication naturelle de cette mort.

Et dans ce fait particulier, si une question d'infanticide nous avait été posée, nous aurions bien plus facilement admis l'infanticide par omission que l'infanticide par commission. Mais sans trop torturer les faits, en nous appliquant seulement à rechercher si dans les annales de la science nous avons assez de motifs pour exonérer cette femme de l'accusation qui pesait sur elle, nous aurions pu, sans crainte d'être accusé d'excessive indulgence, déclarer que la mort était le résultat et de la chute de l'enfant et de l'absence de soins donnés après cette chute. Que peut-il y avoir, en effet, d'impossible dans cette manière d'apprécier les faits? Et, quand on se reporte aux circonstances signalées par la mère et en grande partie vérifiées par l'expertise légale, on peut bien admettre qu'il y a eu accident.

Du reste, disons pour terminer que cette appréciation a trouvé des partisans parmi les membres du jury, car la femme dont nous parlons a été acquittée, et nous ne pouvons nous défendre de dire que nous applaudissons à ce verdict.

Nous lisons dans un article emprunté aux *Annales d'hygiène et de médecine légale* la relation d'une cause d'infanticide semblable à celle qui nous occupe. Il est dit dans cet article. « C'est donc une ridicule » parade que celle du défenseur de la femme Bouteillier, qui était » accusée d'infanticide, et qui alléguait qu'ayant été surprise par les » douleurs de l'accouchement, elle était accouchée au bord d'un fossé » de dix-huit pouces de profondeur, et que c'était par l'effet de sa » chute dans ce fossé que son enfant avait eu le crâne brisé... Après » avoir discuté la question de crime ou d'accident, le défenseur s'écrie, » en tirant de sa toque un petit corps blanc et rond : Ceci, messieurs, » c'est le crâne d'un enfant! Voyez comme les os en sont minces et » flexibles. Figurez-vous donc un enfant avec un crâne pareil chassé » des flancs d'une mère jeune et vigoureuse. Figurez-vous-le tombant » dans un fossé. Pour un homme, c'est un pas; pour un enfant, c'est » un précipice. »

Puis les auteurs de l'article ajoutent et soulignent: « *Les jurés furent » convaincus!* La femme Bouteillier fut acquittée. »

En lisant cet article, je n'ai pas partagé l'opinion des auteurs, et, juré, j'eusse probablement acquitté; car, messieurs, dans la manière dont est terminé l'article, on laisse planer sur les jurés une accusation de grande ineptie, et c'est à tort que l'on dit : *Les jurés furent convaincus*. Non, ils n'eurent pas la conviction qu'on invoque; ils furent ébranlés et doutèrent. Leur verdict ne peut s'expliquer que dans ce sens; car dans des causes aussi graves la sévérité ne saurait être la règle, et la devise de ceux qui sont appelés à juger doit être : *favores sunt ampliandi*.

Je termine, messieurs, en vous proposant de déposer honorablement dans votre bibliothèque le mémoire de MM. E. Desgranges et Lafargue et d'adresser une lettre de remercîments à ces deux confrères distingués.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Chassaignac fait à la Société la communication suivante :

J'ai l'honneur, dit-il, de soumettre au jugement de la Société de chirurgie deux instruments dont j'ai fait des applications variées et qui pourront, je l'espère, rendre des services à la pratique chirurgicale.

Le premier, que j'appelle *érigne à ravivement*, a été imaginé pour une opération de fistule vésico-vaginale offrant de grandes difficultés. Il consiste en un faisceau de six érignes supportées par un tube, et tendant à s'épanouir en cercle aussitôt qu'elles cessent d'être maintenues rapprochées. Leur rapprochement s'opère au moyen d'une canule qui, lorsqu'elle est poussée en avant, les ramène centralement, et qui les laisse s'écarter spontanément aussitôt qu'elle est refoulée en arrière. Au centre de l'appareil existe une tige terminée par un bouton qui a le double usage :

1° De protéger les parties en présentant une extrémité mousse;

2° D'augmenter l'écartement des érignes et de les rendre plus stables et d'une implantation plus solide.

L'instrument a été construit, sur mes indications, par M. Mathieu fabricant d'instruments de chirurgie.

Le second instrument est un écraseur linéaire que j'ai déjà appliqué au traitement des hémorrhoïdes, du cancer et des polypes du rectum, du cancer de la langue, de la chute du rectum. Cet appareil, que M. Mathieu a perfectionné d'après les desiderata que je lui ai fait connaître, consiste en une chaîne métallique articulée mise en mouvement par une double crémaillère à laquelle on adapte un levier qui multiplie énormément la force de compression de l'écraseur linéaire.

L'instrument se compose :

1° D'une chaîne métallique assez forte pour supporter un poids de cinq cents livres;

2° D'une tige double, dont chaque moitié est articulée avec une des extrémités de la chaîne;

3° D'une canule armée de deux pignons destinés à prévenir le retrait des crémaillères qui sont renfermées dans la canule;

4° D'un levier qui met alternativement en mouvement chaque crémaillère.

L'objet de cet instrument et de son mode d'action, c'est de diviser les tissus mous et vasculeux sans effusion de sang.

Ce matin même, j'ai fait l'emploi de ces deux instruments pour enlever un bourrelet hémorrhoïdal considérable accompagné de chute du rectum.

L'érigne à branches multiples a été introduite dans le rectum, puis déployée. Elle a fortement ramené au dehors le bourrelet hémorrhoïdal et la muqueuse, après quoi la tumeur a été pédiculisée, puis séparée complétement et sans effusion de sang au moyen de l'écraseur linéaire.

La séparation complète n'a été effectuée qu'au bout de dix minutes. Si la séparation était plus rapide, on pourrait s'exposer à des hémorrhagies.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

RELEVÉ DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES EN VILLE ET DANS LES COMMUNES RURALES, DU 22 AU 28 SEPTEMBRE.

Pour le 22	11
23	27
24	8
25	9
26	6
27	10
28	7

Ces chiffres se répartissent ainsi :

	22	23	24	25	26	27	28
1er arrondissement.	2	4	0	0	1	0	0
2e —	0	1	1	0	1	2	0
3e —	0	1	1	1	0	0	0
4e —	0	0	0	0	0	0	0
5e —	3	0	0	0	1	1	0
6e —	0	0	1	0	0	0	0
7e —	0	1	1	1	0	1	0
8e —	1	0	1	0	1	1	0
9e —	0	0	0	0	0	0	0
10e —	1	5	1	2	1	1	0
11e —	1	0	0	0	0	0	0
12e —	3	2	0	0	0	0	1
Communes rurales.	0	13 (1)	2	5	1	4	6
Hôpitaux civils.	3	7	9	7	5	5	4
— militaires.	3	0	0	0	1	1	0
Total général.	17	34	17	16	12	16	11

Choléra à Londres.

Semaine du 16 au 23 septembre 1854.

Mortalité générale.	2,504
— due au choléra.	1,284

Cette mortalité se répartit de la manière suivante sous le rapport des localités :

Quartier de l'ouest.	216
— du nord.	70
— du centre.	77
— de l'est.	127
— du sud.	724

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne : 75°,9 centigr.; hauteur thermométrique moyenne : 14° centigr.; électricité positive, tension modérée; vent du sud-ouest les quatre premiers jours, du nord-ouest les trois derniers.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, ce 1er octobre 1854.

Monsieur le Rédacteur,

En rendant compte de la séance de l'Académie des sciences du 4 septembre, dans laquelle j'ai lu une observation d'opération césarienne *vaginale* que j'ai pratiquée, vous avez oublié de mentionner la présentation que j'ai eu l'honneur de faire à cette Académie d'un jeune sourd-muet de naissance âgé de treize ans.

Cet enfant *entend* aujourd'hui très distinctement la parole à une assez grande distance; il parle d'une manière très intelligible : son éducation est aussi avancée qu'elle peut l'être à son âge chez tout autre enfant qui entend; c'est donc un fait fort intéressant, et qui prouve sans réplique que l'art de guérir peut faire quelque chose pour les sourds-muets. On remarque les mêmes progrès dans l'audition et la parole de plusieurs autres sourds-muets que j'ai soumis au même traitement, que je ferai connaître quand j'aurai un nombre suffisant de guérisons.

Agréez, etc. — Dr Baudelocque.

(1) Pour les deux journées du 22 et du 23.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 118. — JEUDI 5 OCTOBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 118. — JEUDI 5 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS. — L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT : PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 OCTOBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'affaire s'est engagée sur le cancer, ainsi que cela était prévu et arrêté d'avance ; mais ce n'a pas été sans hésitation. Nous avons vu le moment où une discussion sur un sujet aussi important, annoncée avec un certain éclat, et qui, depuis huit jours, tenait l'attention en haleine, allait tomber à plat faute d'orateurs. Lorsque, en annonçant l'ordre du jour, M. le président a manifesté son embarras en présence de deux membres inscrits, et dont chacun ne voulait parler qu'après l'autre, une hilarité prolongée s'est emparée de l'assemblée. Heureusement que cette scène, renouvelée de Fontenoy, a eu un terme, grâce au bon vouloir d'un troisième membre inscrit, qui a consenti à prendre la place qu'on semblait décliner l'honneur d'occuper le premier. Il ne faudrait pas prendre cependant tout à fait au pied de la lettre l'apparence de courtoisie que nos paroles sembleraient donner à cet incident ; ce n'en a pas été tout à fait là le véritable caractère. La cause réelle en était dans l'embarras visible qu'éprouvaient les deux honorables académiciens à engager la discussion, M. Velpeau prétendant que c'était à M. Robert de parler d'abord, puisque c'était lui qui l'avait le premier suscitée en présentant quelques objections au rapport de M. Jobert, M. Robert soutenant de son côté qu'il n'avait eu en réalité d'autre but en s'inscrivant que de se défendre contre une attaque de M. Velpeau, et qu'il lui était impossible de disposer ses moyens de défense tant qu'il ne saurait pas sur quel point M. Velpeau entendait *opérer son débarquement*.

Quoi qu'il en soit, ils n'ont parlé ni l'un ni l'autre, et après quelques autres incidents qui ont fait perdre une grande partie de la séance à savoir sur quoi l'on allait discuter, la discussion a enfin été ouverte par M. Leblanc d'abord, puis par M. Barth, suivi à son tour de M. Gerdy.

M. Leblanc a exposé brièvement le résultat des recherches qu'il a faites dans le temps sur le cancer avec M. Trousseau, et de celles plus récentes qu'il a faites avec le secours du microscope, de concert avec MM. Lebert et Follin. Nous avions espéré un instant que l'expérience consommée de M. Leblanc en anatomie pathologique comparée nous aurait valu l'exposé de quelque fait nouveau de nature à jeter du jour sur la question en débat. M. Leblanc a dit assurément de fort bonnes et de fort utiles choses, et surtout des choses très vraies et très justes, tant sur l'histoire anatomo-pathologique que sur les caractères microscopiques des diverses variétés de cancer communes à l'homme et à la plupart des grands mammifères, mais nous y chercherions en vain un fait ou une idée qui ne soient déjà dans la science.

Le véritable engagement sur le fond de la question, et nous ajouterons le véritable événement de la séance, a été le discours-début de M. Barth, discours clair, méthodique, un peu scolastique peut-être à force d'ordre et de méthode, où l'on trouve à la fois et parfaitement alliés le langage de la science et celui du bon sens, l'expérience du clinicien et le savoir de l'anatomo-pathologiste.

Le point de vue où s'est placé M. Barth pour examiner la double question qui était soulevée (le diagnostic du cancer à l'aide du microscope, et la curabilité de cette affection) nous paraît être le plus vrai et le plus fécond en résultats. Nous ne nous étendrons pas aujourd'hui sur le fond de cette savante discussion, dont l'appréciation seule nous conduirait au delà des limites qui nous sont imposées. Nous nous bornerons seulement pour le moment à constater le succès qu'a eu le premier discours de M. Barth.

M. Gerdy a terminé la séance par des considérations anatomo-pathologiques et pratiques neuves sur un sujet très peu connu et très obscur jusqu'ici, sur l'histoire des tumeurs sanguines cancéreuses. Les faits énoncés par M. Gerdy sont également trop intéressants pour que nous en parlions ici incidemment. C'est un des points sur lesquels nous nous réservons de revenir quand nous aurons à résumer cette discussion. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GUERSANT.

OBS. I. — **Tumeur cancéreuse de l'orbite gauche. — Extirpation de l'œil et de la tumeur. — Récidive. — Tumeur cancéreuse du cou s'étendant jusque sur la poitrine et dans l'aisselle. — Mort** (1).

Menissel (Nicolas), âgé de quatorze ans, est né de parents bien portants, n'ayant pas eu de maladies cancéreuses ; il a eu la variole à l'âge de neuf mois ; et, bien que d'une constitution un peu lymphatique, il n'a eu ni engorgements glandulaires, ni ophthalmies, et jamais de maladie grave.

(1) Ces observations ont été lues par M. Guersant à la Société de chirurgie.

Il habitait Paris depuis deux mois lorsqu'il entra, le 23 août 1853, à l'hôpital des Enfants. A cette époque, il disait que depuis cinq semaines il trouvait que son œil gauche s'affaiblissait, et qu'en même temps il avait remarqué un engorgement au côté gauche du cou. On constata à son entrée, le 23 août, une exophthalmie considérable de l'œil gauche ; il était presque chassé de l'orbite ; les mouvements de cet organe étaient très bornés ; pas de douleur, pas d'injection de la conjonctive oculaire ; légère injection de la conjonctive palpébrale, pas de rougeur ni de gonflement des paupières, dont l'occlusion était difficile, mais non douloureuse. Cornée très nette ; pupille contractée, peu mobile ; pas d'opacité du cristallin ; milieux de l'œil très transparents ; pas de douleur à la pression.

En comprimant l'œil, on sentait une résistance, sans fluctuation ni induration. Vue courte, trouble ; diplopie à une distance un peu éloignée. L'œil droit entièrement sain.

Chapelet ganglionnaire sous l'angle gauche de la mâchoire, se prolongeant le long du cou, mais sans traces d'inflammation aiguë. — Frictions autour de l'œil et sur les ganglions avec l'onguent napolitain.

A l'arrivée de ce malade, nous pensâmes à une tumeur cancéreuse de l'orbite envoyant des prolongements dans la fosse nasale gauche.

Dès le 27 août, le malade accuse des douleurs avec élancements dans l'œil ; la vision s'affaiblit. La saillie de l'œil augmente.

Les jours suivants les douleurs augmentent ; l'exophthalmie devient plus considérable ; les paupières sont tendues, entr'ouvertes, presque sans mouvement ; la cornée reste intacte, mais la pupille se dilate et est très peu mobile : il y a épiphora. La narine gauche est en partie oblitérée, saignant au moindre attouchement. Les ganglions du cou sont stationnaires.

Le 15 septembre, une ponction exploratrice est faite sur la tumeur en dehors du globe oculaire ; elle n'amène que quelques gouttes de sang. Pas d'autres accidents. Présenté à la Société de chirurgie, il fut décidé qu'il faudrait enlever la tumeur de l'orbite en extirpant l'œil.

Le 17, bien que convaincu qu'il y aurait récidive, les douleurs qu'éprouvait le malade me décidèrent à enlever l'œil et la tumeur de la cavité de l'orbite.

Après l'opération, un peu d'écoulement de sang, mais rien de grave ; d'ailleurs, la tumeur se prolongeait jusque dans la fosse nasale, et fut enlevée par lambeaux à plusieurs reprises.

Le 22, jusqu'à ce jour point d'accidents. Aujourd'hui, tuméfaction avec douleur des ganglions du cou. — Frictions avec l'onguent napolitain.

Le 24, vomissements répétés ; céphalalgie ; gêne dans la déglutition, suppuration abondante et fétide par le nez et l'orbite ; fièvre.

Le 29, rougeur érysipélateuse des paupières ; moins de fièvre ; ganglions du cou moins douloureux. — Application de collodion sur les paupières.

Ce moyen n'empêche pas l'érysipèle de gagner le cuir chevelu. La suppuration de l'orbite n'est pas considérable.

Dans les premiers jours d'octobre, l'état général et l'état local s'améliorent, mais il y a faiblesse générale. — Quinquina et café le matin.

Dans le courant d'octobre, l'état général continue à devenir meilleur. L'orbite se remplit de bourgeons charnus ; la tumeur du cou augmente et devient douloureuse. — Collodion sur cette tumeur.

En novembre, l'état général ne continue pas à s'améliorer, et la faiblesse augmente ; les ganglions du cou augmentent de volume ; ceux

FEUILLETON.

Cherbourg, le 30 septembre 1854.

Monsieur le Rédacteur,

De retour de notre campagne de la mer Baltique, je vous en adresse l'histoire médicale, comme je vous l'avais promis. J'espère que les faits nouveaux que je rapporte paraîtront intéressants aux lecteurs de la *Gazette*.

Nous sommes à Cherbourg pour quelques jours encore, terminant les réparations de notre bâtiment, qui est destiné à aller au siége de Sébastopol, sur lequel je pourrai vous donner des détails (1).

Agréez, etc. CORNET.

De Toulon aux îles d'Aland.

Notre bâtiment, vous le savez, avait été destiné à faire partie de l'escadre de la mer Baltique. C'était un long et beau voyage à entreprendre, qui pouvait être riche en faits médicaux de tout genre. Aussi l'ordre ministériel qui nous donnait cette nouvelle direction fut-il accueilli avec joie. Nous partîmes donc de Toulon emportant l'espérance que notre voyage nous fournirait plus d'une occasion d'augmenter notre bagage scientifique. Nous connaissions déjà tout le bassin de la Méditerranée, nous allions explorer maintenant toutes les côtes occidentales de l'Europe, et voir des pays entièrement nouveaux pour nous, présentant une topographie médicale complétement différente de celle des contrées que nous avions déjà visitées.

Après quatre ou cinq jours de navigation, nous aperçûmes les îles Baléares. Le rivage de ces îles, comme celui des îles d'Hyères, paraît sauvage et stérile ; mais à peine a-t-on abordé la côte et fait quelques pas dans l'intérieur, qu'une foule de paysages à l'aspect enchanteur se présentent devant vous. Ces îles ont un climat des plus salubres, qui convient merveilleusement aux individus ayant des affections de poitrine anciennes.

Puis, nous rapprochant peu à peu des côtes d'Espagne, nous vîmes à travers les brumes d'une belle matinée d'été l'immense rocher de Gibraltar, qu'on aperçoit de loin en mer, et qui sert aux marins de point de repère pour trouver le détroit. Le rocher de Gibraltar est le mont Calpé des anciens, et un des piliers d'Hercule ; c'est une grande montagne rocheuse d'environ trois milles de long et d'un demi-mille de large. Le côté nord est un isthme qui communique avec le continent espagnol. La partie du rocher qui regarde le nord est presque taillée à pic ; la partie orientale est couverte de précipices affreux. Le côté du sud est étroit et tout à fait inaccessible ; il est impossible de s'approcher du côté de la mer. Mais l'ouest, quoique ayant une pente rapide et presque perpendiculaire, comme les autres côtes, présente cependant à sa base une échancrure du côté de la mer, sorte de pied à terre dans la plaine où la ville est élevée. Elle est à l'abri de toute espèce d'attaque, défendue qu'elle est par de nombreuses et puissantes batteries ; de sorte qu'elle paraît imprenable.

Gibraltar est un rocher tout à fait nu, où il n'y a pas place pour la moindre végétation ; aussi tous les habitants tirent-ils leurs provisions de la charmante petite ville d'Algésiras, située de l'autre côté de la baie. Cette ville reçoit de l'eau par un bel aqueduc en pierres de taille d'un kilomètre de longueur, mais qui tombe en ruines depuis quelque temps.

Enfin nous entrons dans le détroit de Gibraltar. C'était alors un spectacle magique ; plus de deux mille bâtiments de commerce, profitant d'un bon vent, sortaient de la Méditerranée toutes voiles déployées. Nous longeâmes d'assez près la côte d'Espagne, qui nous apparut dans toute sa nudité. La petite ville de Tarifa, située dans une plaine peu salubre, qui malgré tant de siècles a conservé tous les caractères d'une cité mauresque, s'offrait à nos regards ; puis au loin Ceuta et le rivage d'Afrique, que nous distinguâmes très imparfaitement. Bientôt nous fûmes en vue du cap Trafalgar. Ce cap peut être considéré comme la pointe nord-ouest de l'entrée du détroit de Gibraltar du côté de l'Océan, le cap Spartel, sur la côte d'Afrique, en formant la limite méridionale. Le cap Trafalgar est à environ quinze lieues du phare de Cadix, et est d'une hauteur peu considérable. On le reconnaît facilement, à cause de son apparence singulière : il est plat, et terminé par deux angles très aigus. A l'est, se trouve un petit monument funèbre élevé à la mémoire des victimes françaises et espagnoles de la bataille de Trafalgar. Cette partie de la côte est un peu plus élevée et montagneuse ; on y rencontre plusieurs monticules de sable qui viennent se terminer à une plage unie et sablonneuse hordée de quelques rochers à fleur d'eau qui s'avancent au loin dans la mer.

Enfin nous mouillons à Cadix, où nous devons faire du charbon. Déjà le canot qui devait porter les officiers à terre était armé, lorsque le *Sanitario* de Cadix, sachant que nous avions quitté à peine huit jours auparavant le port de Toulon et croyant que le choléra était

(1) Notre correspondant avait compté sans le succès rapide de nos armes, car, comme chacun le sait, Sébastopol est tombée depuis plusieurs jours déjà au pouvoir des troupes alliées.

de l'aisselle se prennent; la tumeur s'étend en bas vers la poitrine, en haut jusqu'à la mâchoire et même vers l'oreille. L'orbite ne fournit que peu de pus; les paupières sont rouges et indurées. La tumeur s'étend en profondeur jusqu'à gêner la déglutition.

Pendant tout le mois de décembre, l'état s'aggrave de plus en plus et le développement des ganglions cervicaux et axillaires augmente considérablement. Des bosselures se forment çà et là; quelques-unes paraissent fluctuantes, elles sont violacées. La déglutition et la respiration sont extrêmement gênées. On redoute la fin du malade d'un jour à l'autre.

Cependant il continue à vivre dans cet état fâcheux pendant tout le mois de janvier 1854. La tumeur axillaire s'étend sur toute la face antérieure de la poitrine; les douleurs sont insupportables et tiennent le malade dans une insomnie complète. Tous les moyens locaux, tels que pommades calmantes, collodion sur la tumeur, ne changent rien à cet état pénible; les potions opiacées, les pilules calmantes sont employées sans effet, et le malheureux malade, qui conserve toute son intelligence, succombe au milieu des souffrances le 31 janvier 1854.

Autopsie 42 heures après la mort.

Dans toute l'étendue que la tumeur occupe au cou et à la poitrine, la peau est intimement unie au tissu morbide sous-jacent, dont elle ne peut se séparer; ce tissu morbide occupe la joue gauche, s'étend en arrière, contourne le conduit auditif dont elle comprime la portion cartilagineuse, puis descend dans la région cervicale et axillaire gauche, dans les régions sus et sous-claviculaires des deux côtés, mais principalement à gauche, où il se prolonge jusqu'aux régions mammaires, qu'il dépasse. Au niveau de l'extrémité supérieure du sternum, ce tissu pénètre profondément dans la région cervicale antérieure, adhère au corps thyroïde, qui est lui-même dégénéré; il se porte en arrière jusqu'au niveau du rachis, englobe tous les organes de la région cervicale et se continue avec un chapelet de ganglions dégénérés autour du larynx et du pharynx, de la trachée et de l'œsophage, qui sont assez fortement repoussés à droite.

Le larynx est comprimé, déformé; les replis aryténo-épiglottiques ne présentent pas d'altérations, mais les lèvres de la glotte sont infiltrées et obturent l'ouverture du larynx.

Les poumons présentent des deux côtés en arrière un engouement sanguin.

Le cœur est plus volumineux que ne le comporte la taille de l'enfant.

Le cerveau ne présente pas d'altérations de tissu. Mais au niveau de la face inférieure du lobe frontal du côté gauche, on trouve une dépression considérable; cette dépression correspond à une tumeur de la voûte de l'orbite. Cette tumeur, large, lisse, mamelonnée, lobulée, recouverte par la dure-mère, adhère aux deux feuillets de l'arachnoïde; elle pénètre dans la cavité orbitaire et dans la fosse nasale gauche.

Le tissu morbide dont nous venons d'indiquer les différents siéges se rapproche, pour la consistance, du squirrhe; dans quelques points, à la coupe, il ressemble au tissu encéphaloïde; sa coloration est blanche; il n'y a nulle part de ramollissement, ni de vascularisation évidente, ni de foyers hémorrhagiques.

Examiné au microscope, ce tissu présente tous les caractères du cancer encéphaloïde, avec cette particularité que les cellules sont en minorité et les noyaux en majorité.

Les autres organes du sujet n'ont rien offert de particulier à noter.

Obs. II. — **Tumeurs encéphaloïdes de l'orbite et de l'humérus gauches chez une fille de treize ans. — Mort par compression du cerveau.**

Bonnard (Maria), âgée de treize ans, n'ayant jamais été malade, n'ayant pas même eu les maladies de l'enfance, est née de parents sains, qui n'ont point eu de maladies cancéreuses.

En mars 1852, d'après le rapport des parents, sans cause connue, on reconnaît une tumeur à la partie supérieure du bras gauche, près de l'épaule. Les parents y font d'abord peu d'attention, et ne font entrer l'enfant à l'hôpital que le 23 février 1853. A cette époque, l'état général était bon; la tumeur, qui avait le volume d'un œuf de poule tout au plus, était quelquefois douloureuse, peu mobile, sans changement de couleur à la peau, et manifestement placée sous le muscle deltoïde du côté gauche. J'hésitai longtemps sur le diagnostic; je fis une ponction exploratrice qui amena du sang, et je ne fus point éclairé sur la nature de la tumeur. Pensant qu'il pouvait exister quelque chose de scrofuleux, je soumis l'enfant au traitement antiscrofuleux. J'employai avec persévérance à l'extérieur les résolutifs, les pommades iodurées, les emplâtres de vigo cum mercurio, et tout cela sans succès; la tumeur resta stationnaire. Les parents voulurent faire sortir leur enfant; ils l'emmenèrent, et chez eux, après avoir consulté un médecin qui avait conseillé des cautères sur la tumeur, les parents appliquèrent des vésicatoires volants. L'état de la tumeur, qui était d'abord stationnaire, ne tarda pas à changer. Les vésicatoires appliqués plusieurs fois n'empêchèrent pas l'augmentation d'avoir lieu.

La petite malade entra de nouveau à l'hôpital le 29 mars 1854; elle nous présentait alors les symptômes suivants:

On remarquait à la partie supérieure du bras gauche, à la région deltoïdienne, une énorme tumeur enveloppant le moignon de l'épaule; la circonférence donnait 44 centimètres, la hauteur 21. La pression était douloureuse, les veines sous-cutanées qui recouvraient la tumeur étaient très distendues, les mouvements du bras très bornés, et la malade souffrait sans qu'on touchât à la tumeur, qui était résistante presque dans tous les points; seulement elle présentait de la mollesse dans quelques endroits. Cette tumeur énorme, étant évidemment d'un tissu de mauvaise nature, entourait l'articulation, y pénétrait peut-être; il ne fut pas mis en question d'opérer.

Des pommades calmantes, des cataplasmes et quelques pilules opiacées furent mis en usage pour chercher à procurer du calme. L'état resta stationnaire; on n'obtint ni soulagement ni diminution dans la tumeur.

Vers le 18 mai, l'état général était toujours le même; mais la tumeur, qui n'augmentait pas de volume, offrait un peu plus de rougeur à sa surface; dans certains points, on remarquait des bosselures, où l'on reconnaissait positivement de la fluctuation. L'œil gauche, qui faisait saillie depuis quelque temps, sortait davantage de l'orbite.

A la fin du mois de mai, les douleurs augmentèrent d'intensité dans la tumeur de l'épaule et dans l'orbite. Les applications de pommades avec la belladone, la morphine, le chloroforme, l'onguent napolitain furent faites sans causer de soulagement; les opiacés à l'intérieur ne produisirent rien de favorable.

En juin, les douleurs persistaient sans augmentation de la tumeur du bras, mais avec développement d'une tumeur à la région temporale gauche; c'est dans cette dernière tumeur, qui offrait une fausse fluctuation, sans changement de couleur à la peau, que la malade accusait le plus de sensibilité. (Pommade au chloroforme sur la tempe.) L'œil fut chassé de plus en plus de l'orbite; la cornée se ramollit, se désorganisa et ne tarda pas à se vider. A ce moment, les douleurs diminuèrent dans la région orbitaire, mais continuèrent dans l'épaule.

Pendant tout le mois de juillet, rien de particulier, si ce n'est l'état stationnaire de la tumeur de la tempe et de la tumeur de l'épaule, avec persistance de douleurs vives que rien ne peut calmer, soit les moyens internes, soit les moyens externes. Quant à l'état général, l'appétit est très faible; l'enfant est triste et paraît très souffrante, elle maigrit. Les paupières sont renversées, saillantes et forment un bourrelet d'un rouge vif; la muqueuse est à l'état fongueux.

Vers le 15 août, sans cause connue, les douleurs excessivement vives que la malade ressentait dans la tête et dans l'épaule, douleurs qui l'empêchaient de dormir, cessèrent tout à coup; les nuits devinrent calmes, l'appétit revint et même très impérieux; la maigreur de la malade disparut pour faire place à un embonpoint rapide. Cependant les tumeurs de la tempe et de l'épaule ne présentaient rien de nouveau.

L'enfant, qui ne s'était pas levée depuis plusieurs mois, se promenait, se trouvait bien et demandait continuellement à manger.

Tout à coup, le 9 septembre, encore d'une manière subite, tout change: les accidents, les douleurs, l'insomnie, la perte d'appétit, l'intumescence manifeste dans les deux tumeurs reviennent avec plus d'intensité que jamais; les paupières s'infiltrent, deviennent plus volumineuses; les veines de la tumeur de l'épaule sont plus distendues. Enfin, le pouls est lent, la peau d'une température peu élevée; un coma absolu se déclare; la malade ne répond à aucune des questions qu'on lui fait; la sensibilité générale est obtuse; elle est diminuée dans tout le côté droit du corps, qui est paralysé du mouvement; la pupille est contractée, les déjections sont involontaires. La mort arrive sans convulsions dans la nuit du 12 au 13 septembre.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

La poitrine et le ventre ne présentent aucune altération à noter; rien en fait de tumeurs ou d'engorgements analogues à ceux de l'orbite et du bras; tous les organes sont à l'état sain.

Examen des deux tumeurs par M. le docteur Houel. — La tumeur de l'humérus, d'un volume considérable, fendue verticalement, rappelle assez bien par son aspect celui des cancers encéphaloïdes très vasculaires; le tissu qui la constitue est mou, comme fluctuant dans certains points; cette différence dans la densité de la tumeur tient aux nombreuses hémorrhagies qui se sont faites à son intérieur à des époques variables. En effet, dans certains points on trouve des collections sanguines, comme enkystées, constituées par un sang noirâtre; dans d'autres points, au milieu de la trame fibreuse, qui est ici peu abondante, existent des masses jaunâtres qui sont formées par de la fibrine décolorée, à laquelle est venue s'adjoindre de la matière graisseuse. Quoique l'examen microscopique ait été fait tardivement, j'ai pu néanmoins facilement reconnaître ces divers éléments, ainsi que la cellule cancéreuse caractéristique qui s'est offerte sous deux aspects, celui de cellule assez rare, celui de noyau au contraire très abondant.

La question que j'ai surtout été chargé d'examiner, pour répondre à l'observation de M. le professeur Gerdy, est relative au point d'origine de la tumeur; il désirait que l'on pût préciser si ce cancer avait débuté par le périoste, la surface de l'os ou bien par le canal médullaire. Je dirai tout d'abord que c'est à cette dernière forme de tumeur que cette pièce me paraît devoir appartenir. En effet, le périoste, dans toute la portion d'os respectée par le cancer, n'est point le siége de sécrétion osseuse en aiguille si caractéristique des tumeurs cancéreuses ou fibro-plastiques qui débutent par cette membrane; de plus, le canal médullaire de l'humérus dans son tiers supérieur manque de paroi externe et postérieure; tandis que l'interne, usée de dedans en dehors, ayant perdu sa résistance normale, s'est fracturée. La tumeur cancéreuse, après avoir détruit une partie de la paroi osseuse, a fait hernie et a remonté sous le muscle deltoïde et les muscles du bras, que l'on retrouve distendus, amincis à la surface.

Telles sont les raisons qui, d'après l'examen de cette pièce, me font supposer que c'est bien ici un exemple de ces cancers térébrants qui sont si souvent accompagnés de fracture spontanée des os amincis de dedans en dehors; tandis qu'il n'est pas rare au contraire, lorsque le cancer débute par l'extérieur de l'os, de voir ce dernier résister à l'envahissement de la production morbide et devenir même le siége d'une ostéite condensante.

La seconde tumeur est un cancer en forme de champignon, siégeant à la face externe de la dure-mère dans la région temporale; la tumeur a environ 9 centimètres de diamètre sur une épaisseur de 3, d'où résultait une compression manifeste du cerveau dans ce point. La face externe de cette espèce de fongus reposait sur l'écaille du temporal, qui est usée, amincie par la destruction de la table interne; la suture temporo-pariétale est disjointe, et au niveau de l'angle antérieur de ce dernier os il existe même une perforation osseuse peu considérable qui mettait en communication la tumeur intra-crânienne avec une autre tumeur située dans la fosse temporale externe sous le muscle de ce nom. Cette dernière masse est en grande partie constituée par des foyers hémorrhagiques à divers degrés de coloration.

L'œil, qui par suite de la disposition de la tumeur intra-crânienne avait été chassé de l'orbite et s'était vidé, est ratatiné sur lui-même et remplacé par une petite masse du volume d'un gros pois et très dense. On peut par la dissection y distinguer très nettement la sclérotique et la choroïde, sans atrophie sensible du nerf optique.

OBSERVATIONS DE CÉPHALOTRIPSIES.

(Communiquées à l'Académie de médecine de New-York par M. le docteur Heuschel.)

Les enseignements divers qui se déduisent naturellement de ces trois observations perdent un peu de leur précision par l'absence de détails importants, absence regrettable, qui se fait souvent remarquer dans les observations des praticiens anglais et américains.

---

dans cette ville (ce qui était une erreur), nous mit en quarantaine de son autorité privée; de sorte que les deux jours que nous mîmes à faire du charbon, il fallut les passer en mer à peut-être 200 mètres de la ville. Il est vraiment singulier que, dans un siècle éclairé comme le nôtre, ces quarantaines, qui peuvent être très bonnes en temps d'épidémie, subsistent quand rien n'indique la moindre maladie contagieuse ou épidémique. Ces quarantaines causent souvent des dommages considérables au commerce; et il a fallu en France toute la sagacité et la fermeté de M. Dumas, alors ministre du commerce, et l'assistance énergique des docteurs Mêlier et Blache pour faire cesser un état de choses entretenu par l'ignorance et la cupidité, et qui était si funeste au commerce de notre grand port marchand de la Méditerranée, de Marseille. Force nous fut donc, dis-je, de rester en vue de Cadix sans pouvoir y descendre. Les provisions dont nous avions besoin à bord nous furent apportées en canot, mais sans que ceux qui nous les apportaient pussent monter à bord. Aussi ai-je gardé la plus grande rancune au *Sanitario* de Cadix. Néanmoins, tout ce que nous voulûmes acheter nous fut apporté par le pourvoyeur que le gouvernement français entretient à Cadix; nous pûmes avoir du chocolat excellent et un très bon vin liquoreux meilleur que le xérès, du massénil.

La rade de Cadix est magnifique, mais si grande qu'elle est, peu abritée contre les vents. En face de Cadix, de l'autre côté de la rade, est la jolie petite ville de Rota, près de laquelle se jette le Guadalquivir, qui est navigable jusqu'à Séville pour des bâtiments d'un assez fort tonnage.

Nous quittons Cadix, non sans regretter vivement de n'avoir pas visité cette charmante ville; nous doublons le cap Saint-Vincent, à l'extrémité duquel est bâti un magnifique monastère et que doivent reconnaître les bâtiments qui veulent passer le détroit. Nous longeons toute la côte de Portugal et arrivons dans le golfe de Gascogne, où une tempête affreuse avec pluies, orages continuels viennent nous assaillir. Cependant, comme notre navire est bon marcheur, nous avons bientôt quitté le golfe de Gascogne, et huit jours après être partis de Cadix nous arrivons à Brest, où nous devons faire du charbon.

De là on nous envoie à Calais prendre des troupes pour la mer Baltique. En entrant dans la Manche, nous nous rapprochâmes des côtes d'Angleterre pour prendre un pilote, côtoyâmes d'assez près le rivage pour voir très bien l'emplacement de la bataille de Hastings où Guillaume-le-Conquérant vainquit les Anglo-Saxons, les ruines de la fameuse abbaye construite sur le champ même de bataille, Folkestone et ses charmants *cottages*, Douvres et son chemin de fer sur pilotis, et nous arrivâmes à Calais, où se trouvait l'escadre anglaise que l'Empereur était venu visiter quelques jours auparavant. Les fabriques de tulle de Calais sont très saines, élevées, bien aérées; mais il règne une prostitution effrayante parmi les jeunes filles employées à cette fabrication.

La Manche présente, ainsi que la mer du Nord, une navigation dangereuse; car il y a très peu de fond. Cela paraît dû à une action sédimentaire, lente mais continue, due aux agents atmosphériques et au mouvement des eaux. L'action des mers sur leur fond tend à y niveler les détritus qu'elles reçoivent, en formant ainsi des dépôts superposés de couches stratifiées; et les études faites sur ces fonds, dans l'intérêt de la navigation, démontrent que les fonds rocheux sont exceptionnels, tandis que les fonds sablonneux ou limoneux de ces bassins sont tellement unis par les dépôts, qu'il n'y a sur les continents aucune plaine qui leur soit comparable pour l'uniformité des niveaux. L'action des mers sur leurs bords dépend tout à fait de la disposition des côtes. Sur les côtes planes et découvertes, qui s'enfoncent sous les eaux par des pentes ménagées, l'action des vagues tend généralement à rejeter une partie des débris mobiles, de manière à former des cordons littoraux, des barres et des levées dont la hauteur dépend de celle que prennent les eaux lorsqu'elles sont agitées et soulevées par les vents. Les cartes géographiques présentent de nombreux exemples de ces levées littorales, généralement disposées à l'entrée des baies, comme celles de Stettin, de Dantzick et de Mémel, dans la mer Baltique. La mer, en ne se conformant pas aux anfractuosités de cette partie de la côte prussienne, a fermé, par une levée curviligne et régulière, la baie de Mémel, ne laissant plus qu'une passe étroite près de cette ville. Le phénomène ainsi exprimé se répète en beaucoup de points et dans toutes les parties du monde, notamment lorsqu'une île rocheuse comme celle du Sépé, près de Toulon, ou comme le monte Argentario, sur les côtes de Toscane, se trouve réunie à la côte par un cordon étroit et sablonneux. Lorsque les côtes sont escarpées et formées de roches qui ne sont pas très solides, l'action de la mer est alors différente. Les vagues, chaque fois qu'elles sont soulevées par les orages, viennent se briser au pied de ces falaises, enlevant chaque fois une partie des rochers, de telle sorte que la partie supérieure, venant à surplomber, finit par se détacher et forme un talus d'éboulement qui ne tardera pas lui-même à être désagrégé et entraîné par les eaux.

Tel est le mécanisme qui fait reculer certains caps, tel que le cap Blanc, entre Boulogne et Calais. Les mers, les fleuves, les lacs où se stratifient ces dépôts dont nous signalons l'origine sont habités par une foule de poissons, de mollusques, de polypiers, dont les générations successives laissent leurs débris dans les roches ainsi formées. Il

Sans parler de la fistule vésico-vaginale mentionnée dans la première observation, dont la cure est indiquée sans mention du procédé, on aimerait à savoir si les accouchements antérieurs terminés par les instruments l'ont été par le forceps, ou par le perforateur, ou par le céphalotribe; on aimerait surtout à voir préciser le degré du rétrécissement du bassin, afin de pouvoir sauvegarder dans les grossesses ultérieures les intérêts des enfants en posant d'avance l'indication de l'accouchement prématuré s'il y avait lieu. On voit par deux de ces observations ce qu'on peut attendre des prétendus avantages de la version dans les rétrécissements du bassin que quelques accoucheurs contemporains s'efforcent de préconiser. Bien qu'on puisse présumer que les bassins n'étaient pas très rétrécis, il n'a pas moins fallu recourir au céphalotribe dans les conditions les plus défavorables et les plus difficiles qu'on puisse imaginer, ce qui explique le procédé insolite suivi dans un de ces cas.

Obs. I. — La femme qui fait le sujet de cette observation avait été délivrée quelques années avant à l'aide des instruments, et il en était résulté une fistule vésico-vaginale dont elle avait été traitée avec un plein succès. Elle était en travail depuis deux jours de son second enfant, quand le docteur Heuschel fut appelé à lui porter secours, parce que le médecin mandé par la sage-femme qui l'assistait avait vainement essayé d'appliquer le forceps. Il la trouva très abattue, la peau froide et visqueuse, le pouls petit et fréquent, avec quelques faibles douleurs de travail. Le bassin lui parut être plus petit que dans l'état naturel, et la tête du fœtus était fortement serrée à l'entrée du petit bassin. Comme depuis plus de quatre heures on n'entendait plus les battements du cœur, il perfora la tête, et, après avoir lubrifié les parties extrêmement sèches, il appliqua le céphalotribe. Après avoir fermé l'instrument, il amena la tête au dehors beaucoup plus facilement que dans l'application du forceps la plus aisée, à son grand étonnement et à celui de ses deux aides. Le rétablissement de cette dame fut facile et sans accidents.

Obs. II. — Une dame de très petite taille et rachitique, qui avait été plusieurs fois délivrée d'enfants morts avec les instruments, vint à New-York pour y subir l'accouchement prématuré artificiel, qui n'eut pas lieu, parce qu'elle avait laissé passer le moment favorable et qu'elle se trouvait à terme. A l'accouchement, l'enfant se présenta par l'épaule, et la version fut pratiquée; mais il fut impossible au médecin qui l'assistait de dégager la tête. M. Heuschel, appelé plusieurs heures après, trouva le cou disloqué et la tête du fœtus élevée derrière la symphyse des pubis. Il appliqua le céphalotribe; mais la tête n'avait été saisie que partiellement, et lorsque après l'avoir fermé il voulut tirer dessus, l'instrument glissa. Il le réappliqua; mais l'instrument, n'ayant saisi qu'une portion de la tête, glissa encore. Il eût alors recours au crochet aigu, et termina ainsi l'accouchement. Les suites de couches furent si naturelles, que la patiente retourna chez elle dix jours après.

Obs. III. — En février dernier, M. Heuschel fut appelé auprès d'une dame confiée aux soins d'une sage-femme et d'un médecin. Elle était en travail depuis deux jours. Comme la tête du fœtus ne descendait pas après la dilatation complète de l'orifice utérin, parce que le bassin de la mère était rétréci et obliquement resserré (le diamètre conjugué mesurant 3 pouces 1/2), le médecin fit la version; mais il ne put venir à bout de dégager la tête ni avec les mains, ni avec le forceps. Appelé cinq heures environ après, M. Heuschel trouva le tronc dehors et la tête élevée au-dessus du détroit supérieur. Il fit placer la femme sur les genoux et sur les coudes, et, après l'introduction de la main entière dans les parties, il parvint à atteindre l'oreille gauche et une partie de l'occiput, sur lequel il put porter le perforateur; puis il appliqua le céphalotribe. Cet instrument glissa une première fois; mais réappliqué, il saisit cette fois solidement la tête, et l'opérateur s'en servit pour exercer des tractions étant placé derrière la malade et dans une position plus élevée. Il réussit ainsi avec beaucoup de difficulté à faire descendre la tête. L'accouchée eut une légère métrite, mais elle était complétement rétablie au bout de deux semaines.

(*New-York Medical Times* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 octobre 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet:

1° Avec neuf rapports négatifs, les deux rapports rédigés par les médecins des cantons de Gorze et de Longuyon (Moselle) sur les épidémies qui ont régné en 1853 dans les communes de leurs circonscriptions respectives;

2° Un rapport de M. le docteur Vergne, médecin envoyé en mission dans la Haute-Marne, sur une épidémie de suette et de choléra qui a régné dans ce département;

Eaux minérales. — 3° Une demande d'autorisation de livrer au public les eaux d'une source minérale située dans la commune de Vals, désignée sous le nom de la *Chrétienne*;

4° Des échantillons provenant des sources minérales de Plombières pour en faire l'analyse;

5° Une lettre de rappel relative à la source de Saint-Yves-lez-Vichy;

Remèdes secrets. — 6° Un grand nombre de notes relatives à des remèdes secrets ou nouveaux, presque tous relatifs au choléra.

Choléra. — M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre et un rapport de M. le docteur Albert père, de Saint-Chinian (Hérault), sur le choléra qui vient de sévir dans ce pays.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Vergne se met à la disposition de l'Académie, offrant de se soumettre à telles épreuves qu'il sera jugé nécessaire pour démontrer la non-contagion du choléra.

M. Thomas ayant eu connaissance de la lettre précédente écrite par M. Vergne, fait la même offre à l'Académie.

M. Bizet adresse un mémoire intitulé *Recherches sur le siége du choléra asiatique*.

M. Léon Gigot communique à l'Académie un fait qui serait propre, suivant lui, à démontrer combien il est facile de se préserver du choléra et d'en arrêter les ravages par les seules précautions hygiéniques.

M. Le Terrier (de Saint-Denis) adresse une note sur le choléra qu'il a observé à Saint-Denis en 1849 et en 1854.

M. Cazeneuve (de Lille) donne des explications en réponse à une note sans nom d'auteur adressée dans la précédente séance, et donnant l'état des décès dans la ville de Lille pour prouver que les renseignements qu'il avait précédemment communiqués à l'Académie étaient inexacts. Il résulte de ces explications que l'erreur de l'auteur de la note vient de ce que le mot de choléra avait été remplacé sur les bulletins de décès par le mot de cholérine, pour ne pas effrayer la population.

Eaux minérales. — M. Simonin (de Nancy) adresse, en réponse à la circulaire académique, les résultats thérapeutiques des eaux minérales observés sur les malades qu'il a envoyés aux eaux pendant l'été de 1854.

Huiles de foie de morue. — M. Berthé, pharmacien à Paris, adresse un mémoire sur les moyens de constater les falsifications des huiles de foie de morue. (Commissaires : MM. Bussy, Robinet, Bouchardat.)

Choléra. — M. Londe dépose sur le bureau de l'Académie, de la part de M. le docteur Lachaise, envoyé en mission dans le département de l'Aube à l'occasion du choléra, les tableaux figuratifs de l'épidémie qui a sévi sur les communes de Jessaints et d'Amance, où il a particulièrement séjourné. De ces tableaux, rédigés avec distinction de sexe, d'âge, de tempérament, de degré d'aisance et de salubrité d'habitation, il résulte qu'à Jessaints, qui ne compte que 340 habitants, il y a eu 85 personnes atteintes; de ces 85 malades, 48 ont eu le choléra le mieux caractérisé, et ces 48 cholériques ont donné 23 décès.

A Amance, qui a 650 habitants, l'épidémie a frappé 161 personnes, dont 63 ont eu le choléra et ont fourni 33 décès.

M. Lachaise a joint à ces deux tableaux celui d'une épidémie qui a sévi sur une commune voisine de celle où il résidait, et dans laquelle les malades traités par l'homœopathie ont donné 14 décès sur 16 cholériques.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le cancer. MM. Robert et Velpeau, les premiers inscrits, ne voulant ni l'un ni l'autre parler le premier, M. le président donne la parole à M. Leblanc.

DISCUSSION.

Du diagnostic et de la curabilité du cancer. — M. Leblanc a étudié ce sujet il y a plus de vingt ans avec M. Trousseau, mais il a reconnu depuis que le microscope était d'un très grand secours pour le diagnostic du cancer, ainsi qu'il a pu s'en assurer avec le concours de MM. Lebert et Follin.

Avant les recherches microscopiques, il avait établi deux catégories de cancer, l'encéphaloïde et le squirrhe. Depuis l'intervention du microscope, il a dû modifier cette classification et admettre plusieurs espèces de cancer.

Il y a d'abord le cancer vrai, celui où l'on trouve la cellule cancéreuse, mais il n'y a pas seulement cancer là où l'on trouve la cellule. Les autres espèces de cancer que des caractères microscopiques spéciaux ont dû faire admettre sont : le cancer épithélial, le mélanique et le fibro-plastique.

Le cancer vrai, l'ancien encéphaloïde, est le plus grave de tous; c'est celui qui repullule et se renouvelle avec le plus de rapidité. Le cancer épithélial et le fibro-plastique sont beaucoup moins graves sous ce rapport.

Le cancer mélanique repullule aussi avec une extrême facilité, du moins dans l'espèce canine; mais il tue rarement l'animal. Il n'en est pas de même du vrai cancer.

Les tumeurs cancéreuses ne sont pas toujours pures; on ne les trouve pas toujours formées d'un seul élément, elles en renferment le plus souvent plusieurs. Dans ces cas de tumeurs cancéreuses complexes, on trouve généralement une plus grande proportion de cancer vrai ou de matière mélanique que dans des autres éléments.

Le cancer a été confondu, chez les animaux comme chez l'homme, avec des tumeurs de diverse nature. Parmi les tumeurs avec lesquelles on le confond le plus souvent, il y en a une très commune chez le chien, l'hypertrophie de la mamelle; mais aujourd'hui, grâce au microscope, cette confusion n'est plus possible.

Cependant, il ne faudrait pas croire que l'hypertrophie ne pourra pas devenir du cancer. Il est, au contraire, très présumable que l'hypertrophie constitue une prédisposition au cancer; elle le précède très souvent. Il y a donc lieu de croire à la possibilité de la transformation cancéreuse de ces tumeurs.

Une chose importante à considérer, c'est que le cancer est d'autant plus grave et tend d'autant plus à se généraliser qu'il est plus ancien.

Par quelle voie, par quel mécanisme se fait cette généralisation? Il m'a semblé que la substance cancéreuse pouvait passer dans le torrent de la circulation, et que c'était par cette voie que la maladie se généralisait.

Ce fait a une conséquence très importante relativement au traitement, c'est qu'on doit agir le plus tôt possible. Sans doute, en se hâtant d'opérer, on peut plus aisément se tromper sur la nature de la tumeur; mais il y a beaucoup moins d'inconvénients à enlever une tumeur qui n'est pas cancéreuse qu'à laisser une tumeur cancéreuse en place. En général, lorsque le mal a été enlevé très vite, il est rare qu'il se reproduise. Quant à l'objection que l'on ne peut savoir après l'ablation hâtive d'une tumeur si elle était de nature à récidiver ou non, le microscope la résout aujourd'hui.

Ce qui ressort donc de tout cela, c'est qu'il faut opérer vite sous peine de voir récidiver le mal.

Une courte discussion s'élève ici entre MM. Robert, Velpeau, Gerdy et Bégin sur les limites à donner à la discussion, après laquelle il reste entendu qu'elle devra porter principalement sur les deux points en question, le diagnostic et la curabilité du cancer.

La parole est à M. Barth.

M. Barth. La question qui va nous occuper a été soulevée à l'occasion d'un fait d'ablation d'une tumeur encéphaloïde du testicule chez un enfant. On s'est demandé si c'était bien là effectivement un cas de guérison; et, en admettant qu'il y eût réellement guérison, il y avait encore à se demander si c'était bien un cancer dont cet enfant était atteint. Si M. Robert n'a pas formellement exprimé l'idée qu'il n'y avait pas d'autre moyen de résoudre la question que l'examen microscopique, c'est du moins là évidemment sa pensée. Voilà com-

suffit en effet d'examiner les sables et les limons des côtes pour trouver, surtout en quelques points favorisés, une multitude de débris coquillers. Parmi les roches qui contiennent ainsi des débris organiques, on ne peut citer aucun exemple plus frappant que les récifs madréporiques qui bordent une multitude de côtes dans l'océan Pacifique, et constituent même des îles et des groupes d'îles connus sous la dénomination d'*Atolh*. Ces récifs, ces îles, qui occupent des espaces immenses, sont caractérisés par leur faible saillie au-dessus du niveau de la mer et les lignes horizontales qu'ils présentent à la vue. Lorsqu'on vient à examiner les matériaux dont ils sont composés, on y reconnaît la structure des madrépores, polypiers dont les sécrétions calcaires, renouvelées depuis des siècles, ont accumulé et édifié tous ces matériaux.

Notre chargement fini, nous reprîmes la mer, qui continuait à être calme, et longeâmes, sans les voir, les côtes de Belgique, de Hollande et du Hanovre. Arrivés près du Danemark, le bâtiment serra la côte de plus près. Dès lors jusqu'à Kiel nous ne perdîmes jamais la terre de vue. L'aspect des côtes du Jutland est très triste; le pays est plat, nu, aride, presque entièrement couvert d'étangs et de marécages, qui entretiennent dans la population cette cachexie paludéenne particulière aux pays du Nord, avec anémie prononcée, décoloration de la face, tendance aux hémorrhagies passives et aux hydropisies.

Le Jutland est la partie la plus vilaine, la plus pauvre et la moins peuplée du Danemark, qui est déjà si petit qu'un auteur assez célèbre a pu dire avec raison que c'était une seigneurie armoriée d'une couronne royale.

Si le Jutland est pauvre et nu, en revanche les îles qui appartiennent au Danemark sont magnifiques. Je n'ai pas vu dans tout l'Océan de côtes plus belles que celles des îles de Fionie et de Seeland, en passant, comme nous, par le Grand-Belt. Ce sont des îles entièrement plates, unies, mais avec de superbes forêts de hêtres, de beaux villages et de jolies maisons de campagne répandus sur toute la côte.

(*La suite à un prochain numéro.*) Cornet.

CONGRÈS HOMŒOPATHIQUE DE BORDEAUX.

Nous avons reçu il y a quelques jours déjà un compte rendu très spirituel, trop spirituel peut-être, du *congrès homœopathique* qui s'est tenu à Bordeaux dans les deux derniers jours d'août et le 1er septembre. Nous regrettons vivement que la forme sérieuse de ce journal ne nous permette pas d'insérer textuellement cette communication qui, dans plus d'une de ses parties, n'aurait pas été désavouée par M. Scribe, et nous allons présenter sommairement les faits qui se sont passés dans ce fameux congrès.

C'est le 29 août que l'homœopathie a ouvert ses séances, sous la présidence d'honneur du cardinal archevêque de Bordeaux. Dans cette première journée, on ne peut guère signaler que la lecture de plusieurs discours dans lesquels, bien entendu, l'homœopathie n'a pas manqué d'écraser de toute la hauteur de son dédain tout ce qui n'est pas de son bord.

Le 30 août, l'allopathie, citée au ban de l'homœopathie, et n'ayant pas cru devoir répondre à ce tournoi, a été discutée, mise en pièces et anéantie. Cependant le docteur X... a pris la parole, et, après avoir tiré à boulet rouge sur les pauvres allopathes, qui n'étaient pas là pour se défendre, il a fait en ces termes l'éloge des globules homœopathiques :

« Non-seulement nos globules guérissent les maladies, mais ils les préviennent. Croyez-vous que ces globules si calomniés soient inoffensifs? Ecoutez mes expériences; j'ai donné à des chiens des quantités *infinitésimales* de soufre, de phosphore, de tartre stibié, et j'ai produit chez eux la toux, la perte d'appétit, le râle crépitant, l'hépatisation pulmonaire. » (Textuel.)

Puis le président : « Les allopathes perdent, comme en 32 et 49, de 55 à 60 malades pour 100 dans le choléra, tandis que les homœopathes voient dans leurs mains le fléau réduit aux proportions d'une maladie ordinaire. De plus, ils ont un traitement prophylactique qui n'a pas encore manqué son effet. » (Textuel.) Mais l'orateur a oublié de donner ce traitement.

Après ces citations, qui donnent un spécimen des idées qui animent l'homœopathie, nous terminerons par la découverte physiologique communiquée le 1er septembre par un homœopathe à la troisième et dernière séance :

« Ceux qui ont observé la circulation dans l'aile des insectes ont vu les globules du sang circuler dans les capillaires. Si petits que soient ces globules, on les voit parfois avoir de la peine à passer dans les petits vaisseaux. Eh bien! messieurs, voilà la base de l'homœopathie! Comment voulez-vous que les allopathes, avec leurs remèdes grossiers, puissent obtenir des guérisons? Nous, au contraire, avec nos doses infinitésimales et nos dilutions, nous parvenons jusqu'au fond des veines les plus ténues, à l'endroit où les nerfs prennent naissance, et nous forçons le mal dans ses derniers retranchements; car l'agent morbide vient attaquer le principe vital dans son refuge, *qui est placé aux derniers ramuscules des nerfs!* » (Sic.)

Nous livrons ces diverses pensées à la méditation de nos confrères; et, tout en regrettant de nouveau de n'avoir pu faire jouir nos lecteurs de son charmant compte rendu, nous remercions notre correspondant de nous avoir introduit dans ce sanctuaire de l'homœopathie.

ment la question s'est engagée. Il y a donc deux points à examiner : le diagnostic du cancer et sa curabilité.

La question du diagnostic implique d'abord ce premier point : Quelle est l'utilité du microscope? Son intervention est-elle indispensable pour établir le diagnostic? Ne doit-on déclarer qu'il y a cancer que lorsque le microscope fait voir la cellule cancéreuse? Le microscope, en d'autres termes, est-il indispensable pour le diagnostic du cancer? Oui, selon les partisans exclusifs de cet instrument. S'il en était ainsi, il faudrait faire table rase de toutes les observations antérieures.

Évidemment cette prétention est exagérée. Mais, en la combattant, je déclare d'avance que je n'ai point l'intention d'attaquer le microscope, qui a rendu trop de services à la science pour qu'il n'y eût de l'injustice à les méconnaître. Je veux plutôt le défendre contre un excès de zèle et d'enthousiasme qui tendrait à lui attribuer au delà de ce qu'il peut.

Je ne combattrai donc pas le microscope, dont l'application au diagnostic des tumeurs est extrêmement utile; mais il ne saurait être substitué au scalpel, et, si l'on voulait ne se laisser diriger que par ses renseignements, on pourrait se laisser induire en erreur. Ajouté au scalpel, au contraire, c'est un précieux moyen auxiliaire.

Quand on examine un cancer à l'œil nu, voici ce qu'on y trouve :

1° Une trame, substratum, ferme ou non ;

2° Une matière pulpeuse, blanche, rosée, qui réside dans ce substratum ;

3° Des vaisseaux ;

4° Quelquefois de la matière noire;

5° Quelquefois enfin une matière gélatineuse.

Les différentes espèces de cancer se déterminent par la prédominance de certains de ces éléments : ce sera un encéphaloïde, espèce de cancer la mieux caractérisée, si c'est la matière pulpeuse qui prédomine; si c'est la trame fibreuse avec peu de pulpe, ce sera un squirrhe se rapprochant des tumeurs simples fibreuses; si les vaisseaux y sont très abondants et encore entremêlés d'un peu de pulpe, ce sera le fongus hématode, qui se rapproche des tumeurs sanguines dont parlait tout à l'heure M. Gerdy. S'il y a à la fois de la matière noire et de la pulpe, ce sera le cancer mélané, les tumeurs mélaniques. Enfin, la pulpe se trouve-t-elle mêlée à de la matière gélatineuse, c'est le cancer gélatineux, le cancer colloïde. Je n'étends pas trop ces subdivisions, pour ne pas obscurcir la question, mais on voit suffisamment quelle est au point de vue anatomo-pathologique l'importance de la pulpe.

Voyons maintenant ce que montre le microscope.

Le microscope fait voir les mêmes faits, mais avec d'autres dénominations. Le microscope fait voir le blastème, substance amorphe, des fibres, des cellules, des vaisseaux, une substance pigmentaire et des granulations graisseuses. On voit par ces dénominations seules l'analogie qui existe entre les éléments constatables à l'œil nu et ceux qu'on ne peut voir qu'au microscope. L'élément caractéristique du cancer est pour les micrographes la cellule; pour les anatomo-pathologistes, c'est la pulpe. Eh bien! la pulpe est évidente dans un grand nombre de cas; et si elle est très abondante, elle suffit pour faire diagnostiquer le cancer. On n'a pas besoin du microscope dans ce cas; il ne ferait que confirmer le diagnostic en révélant la préseuce de la cellule. Mais la présence de la pulpe n'est pas toujours évidente. Si, en pressant sur le tissu, on ne peut en exprimer la pulpe, le diagnostic est alors douteux. Mais faut-il renoncer encore à l'établir, et est-il indispensable de recourir au microscope? Il y a encore d'autres caractères qui peuvent concourir à faire reconnaître la nature cancéreuse ou non de la tumeur. Il y a dans ce cas les ganglions du voisinage, ou la coexisteuce de tumeurs semblables sur d'autres points, qui donnent un caractère de certitude suffisant au diagnostic.

Dans ce deuxième cas, donc, l'examen direct peut parvenir à créer une conviction; mais elle n'est pas aussi complète, je l'avoue, que dans le premier cas. C'est alors que le microscope est utile, qu'il rendra un grand service en tranchant la question, s'il révèle la présence de la cellule.

Cependant la cellule a-t-elle toute l'importance qu'on lui a attribuée? a-t-elle toujours la même signification et suffit-elle, en l'absence de la pulpe, pour qu'on puisse affirmer l'existence du cancer?

Quelques micrographes répondent affirmativement; pour eux, la cellule existe toujours. Mais il en est d'autres qui disent que la cellule n'existe pas toujours dans le cancer; il en est enfin qui assurent que la cellule peut exister ailleurs que dans le cancer.

Quoi qu'il en soit de ces assertions contradictoires, on comprend très bien qu'il peut se faire que les cellules ne soient point visibles pendant tout le cours de la maladie; qu'à un certain moment donné il ne soit plus possible de la trouver. Il pourrait se faire, en effet, que, parvenu à une certaine période de la maladie, les cellules fussent détruites ou tout au moins altérées au point d'être méconnaissables.

La cellule est, en effet, un produit qui, comme tous les autres produits morbides, a son origine, ses phases d'évolution, ses déformations, sa période de destruction.

Ainsi, à l'origine, le blastème amorphe prédomine, et il peut n'y avoir pas encore de cellules; à la période de ramollissement, ces cellules peuvent s'altérer, s'atrophier dans le cours de l'évolution de la tumeur; elles se séparent, notamment par le dépôt de la graisse; elles s'altèrent, se convertissent en détritus puriforme, et il n'y a plus rien de distinct alors pour le microscope. Eh bien! dans ce cas-là, où le microscope peut laisser l'observateur dans le doute, le clinicien peut encore reconnaître la nature de la lésion, car l'œil ne peut voir la matière pulpeuse.

Indépendamment de cela, il y a d'autres circonstances encore qui empêchent d'apprécier les caractères microscopiques d'une tumeur. Ces tumeurs s'altèrent promptement; au bout de deux ou trois jours le microscope n'y trouve plus rien de spécial alors que l'œil distingue très bien encore les caractères spécifiques du cancer. Voilà donc un cas où l'œil nu peut voir mieux que l'œil armé du microscope.

Ainsi, le microscope est un adjuvant souvent utile, et qui donne des caractères certains de plus; mais il ne saurait être dans tous les cas substitué à l'examen des caractères appréciables à l'œil nu.

J'arrive au deuxième point, à la curabilité.

Le cancer est-il curable? Plusieurs le nient. Pour moi, il est malheureusement rarement curable, moins souvent curable que la phthisie. La phthisie aussi a passé longtemps pour incurable. Avant qu'on possédât les caractères certains de son existence, on niait que les individus guéris eussent été réellement phthisiques. On sait aujourd'hui que la phthisie bien constatée peut guérir dans certaines circonstances; nous en dirons autant pour le cancer. L'opinion de son incurabilité absolue serait désastreuse; j'ajoute qu'elle me paraît erronée.

Elle est désastreuse, parce qu'elle compromet les progrès de la science dans l'avenir, l'art dans le présent, et qu'elle conduit à abandonner les malades à toute l'horreur de leur position.

Elle est erronée, parce qu'elle repose d'abord sur une hypothèse qui n'est pas démontrée; et en second lieu, parce qu'elle est en opposition avec des faits tels que M. Velpeau et d'autres chirurgiens en pourront citer.

Les micrographes disent : Vous enlevez une tumeur, mais la maladie reste. Ils admettent que la pulpe et les cellules sont toujours un effet d'une altération ou d'une diathèse préexistante. Une diathèse, oui; mais une maladie, non pas nécessairement. Cette opinion est surtout applicable aux tumeurs encéphaloïdes d'emblée ; elle l'est moins pour les tumeurs qui deviennent consécutivement cancéreuses. Ici la matière cancéreuse ne peut-elle pas être considérée comme le produit d'un travail morbide local, analogue à la formation du pus sur les parois d'un foyer? et alors, enlever la tumeur c'est enlever le foyer, et en enlevant le foyer la guérison est possible. Il y a des faits qui prouvent la réalité d'un semblable rétablissement.

Mais nos adversaires diront : Si le rétablissement est définitif, ce n'était pas un cancer, le microscope n'ayant pas prononcé; ou bien : Si le cancer était vrai, l'individu n'est pas guéri; il reste cancéré, et le mal reviendra tôt ou tard, au bout de quelques années. Mais obtenir quelques années, ne fût-ce qu'une année seulement, n'est-ce pas déjà un résultat? Et d'ailleurs, à ce compte, on ne guérirait ni la scrofule, ni le tubercule, ni la maladie de Brigth, ni même la chlorose, parce que la diathèse reste. Mais la diathèse, si nous l'admettons, ne peut-elle être détruite par des conditions inverses à celles qui l'ont produite?

N'y a-t-il pas lieu de compter sur les modifications de l'âge, sur les effets d'une bonne hygiène? Ne voyons-nous pas tous les jours chez de pareils malades la santé s'améliorer avec le temps, et rester plus ou moins longtemps florissante, malgré la persistance de la diathèse? Je me rappelle avoir vu à l'Hôtel-Dieu un homme atteint de la maladie de Brigth, et qui est rentré neuf ans après à l'hôpital, non pour cette affection, mais pour une pneumonie.

Et enfin, si le régime, si une bonne hygiène ne suffisaient pas pour modifier l'état de l'organisme, ne peut-on espérer qu'un jour on pourra découvrir un agent thérapeutique qui soit pour le cancer l'équivalent de l'iode pour la scrofule?

Au lieu de nier absolument la curabilité du cancer, il vaut donc mieux s'attacher à déterminer quelles sont les conditions dans lesquelles il y a des chances d'obtenir la guérison, celles qui ne laissent au contraire aucun espoir. Eh bien! il me semble qu'on peut déterminer jusqu'à un certain point ces conditions.

Les conditions de la guérison dépendent de l'espèce de cancer. Plus il y a de matière cancéreuse, ou plus il y a de cellules, pour parler le langage des micrographes, moins il y a de chances heureuses. Plus la trame domine, moins il y a de suc cancéreux, plus on a de motifs d'espérer.

Ces conditions dépendent encore de l'état d'avancement de la tumeur. Dur, le cancer est plus curable; ramolli, il l'est moins; ulcéré et ichoreux, il l'est moins encore. Y a-t-il infection cancéreuse, la cachexie spécifique est-elle déclarée, la guérison n'est plus probable.

La localisation, l'extension de la maladie et la multiplicité des tumeurs sont encore autant de conditions à prendre en considération. La tumeur est-elle unique, elle sera curable. S'il y a des ganglions voisins engorgés, elle le sera moins; s'il y a des tumeurs multiples en divers points éloignés, le mal sera incurable.

Si donc le mal est récent, si la tumeur est ferme, s'il y a peu de matière pulpeuse, peu de cellules, pas d'ulcération; si la tumeur est unique avec intégrité des glandes voisines et qu'il n'y ait encore aucun signe de cachexie, il y a des chances de guérison. Dans les conditions contraires, il n'y a plus de guérison à espérer. D'où découle cette conséquence pratique qu'il faut opérer de bonne heure.

En résumé :

1° *Point de diagnostic.* — Dans un très grand nombre de cas, le diagnostic peut être fait à l'œil nu; quelquefois les caractères visibles sont plus évidents que les caractères microscopiques. Dans ces cas même, le microscope est un élément de conviction de plus. Dans un certain nombre de cas, les caractères physiques sont douteux; alors le microscope peut fournir un élément essentiel de diagnostic, mais il ne lève pas toujours les incertitudes, et en s'en tenant à lui seul on pourrait commettre des erreurs.

2° *Point de la curabilité.* — L'incurabilité absolue semble démentie par quelques faits; elle peut être repoussée par l'analogie. Il faut enfin prendre en considération tous les caractères, ceux qui sont inhérents à la tumeur comme ceux qui sont accessoires, pour déterminer les chances possibles de rétablissement.

M. Gerdy. Les observations contenues dans le mémoire de M. Pamard sont de deux sortes : l'une est relative à un véritable cancer ; la seconde à un cas de tumeur sanguine cancéreuse.

La première a été rapportée en raccourci, et l'auteur lui-même ne paraît pas y avoir attaché une grande importance.

La seconde, au contraire, est extrêmement intéressante. Il y a dans ce fait quelque chose de tellement obscur que personne, ni l'auteur, ni le rapporteur, n'a cherché à y distinguer des choses qui sont confondues tous les jours dans les auteurs; je veux parler des caractères qui distinguent certaines tumeurs sanguines cancéreuses des tumeurs purement sanguines.

Voyons ce qu'il y a au fond de cette observation.

Il y a un fait très singulier, c'est que, bien que l'existence des tumeurs sanguines cancéreuses soit connue dans la science, les livres ne renferment rien sur ce sujet.

A quoi reconnaît-on ces tumeurs? A des caractères assez remarquables. D'abord à des caractères anatomiques : elles sont très riches en vaisseaux sanguins et en tissu *splénoïde* ou analogue au placenta. Ces tumeurs récidivent, et les chirurgiens le savent très bien lorsqu'ils les opèrent, ainsi que le témoignent plusieurs observations rapportées par Pott, par Thomson et autres.

Ainsi il existe donc un certain nombre de tumeurs dans les os, autour des os, qui les détruisent, qui les résorbent, tumeurs vasculaires, pulsatiles, analogues au tissu de la rate ou du placenta.

Maintenant si nous consultons les auteurs, nous trouvons des observations nombreuses de Breschet, qu'il continue toujours à désigner sous le nom simple de tumeurs sanguines, bien qu'il y ait constaté la présence d'une matière colloïde. Il en est de même des observations recueillies par Dupuytren et Lallemand.

M. Gerdy, après un examen critique très détaillé de ces observations, se résume sur ce premier point en disant qu'il faut distinguer dans les affections que l'on a confondues en masse sous le nom de tumeurs sanguines une classe particulière de tumeurs sanguines cancéreuses siégeant particulièrement dans les os ou autour des os, qui ont des caractères anatomiques et cliniques, une marche et une terminaison tout à fait différentes de ce que l'on voit dans les tumeurs sanguines simples. Le microscope, dans les cas douteux, serait parfaitement propre à lever les doutes. M. Gerdy partage à cet égard l'opinion du préopinant.

J'arrive, ajoute M. Gerdy, au deuxième point, au rôle du microscope dans le diagnostic des tumeurs cancéreuses en général.

Je n'ai jamais cru à la doctrine de Laennec, qui n'admettait que deux types de cancer, le squirrhe et l'encéphaloïde, parce qu'il m'est arrivé souvent, après avoir enlevé des tumeurs, d'en trouver beaucoup qui ne pouvaient rentrer dans aucune de ces deux classes. La difficulté de distinguer au simple aspect les diverses variétés de ces tumeurs et l'insuffisance de nos sens à cet égard ont dû naturellement faire songer à recourir au microscope. Mais le microscope, qui éclaircit en général les objets en les grossissant, les obscurcit aussi quelquefois; c'est du moins ce qui m'est arrivé dans des recherches que j'ai faites avec M. Broca, si expert d'ailleurs en cette matière. Une parcelle osseuse placée sous le champ du microscope se présentait alternativement sous l'apparence d'un globule sanguin ou d'un globule graisseux, suivant qu'on imprimait un tour de plus ou de moins à la vis. De plus, le microscope révèle l'existence d'une foule de caractères au milieu desquels on se perd, cellules de toutes formes et de toutes sortes, rondes, sphériques, ovoïdes, avec un ou plusieurs noyaux, les unes avec une queue, les autres avec des cornes, et puis des globulins, des globulines, etc. S'il n'y avait que deux ou trois formes, on s'en accommoderait encore; mais avec cette variété infinie dans un seul tissu, j'avoue que cela a soulevé beaucoup de doutes dans mon esprit.

Cela ne m'empêche pas de reconnaître l'utilité que peut avoir le microscope, mais les caractères visibles à l'œil nu sont pour moi plus certains.

En résumé, de tont cela il ressort qu'il n'y a rien à changer dans la pratique des chirurgiens; et qu'il faut opérer, et opérer le plus tôt possible pour éviter les récidives, et alors même qu'il y a eu des récidives, ne fût-ce que pour gagner du temps et rassurer le moral des malades.

Il est cinq heures, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine, et la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 23 octobre, à *midi*, dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e années sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires.

On peut s'inscrire de une heure à trois, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, au secrétariat général de l'administration, jusqu'au samedi 7 octobre inclusivement.

— En annonçant les deux concours qui vont avoir lieu pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien aide-major stagiaire à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, nous n'avons pas fait connaître les conditions exigées pour ces concours, attendu qu'elles sont pareilles à celles des concours précédents et qu'on peut les trouver dans notre numéro du 2 mai 1854.

— A Gray, dans la Haute-Saône, depuis le 14 juillet, jour de l'invasion du choléra, jusqu'au 17 août, époque de son déclin, il y a eu 487 victimes ainsi réparties : hommes, 189; femmes, 226; enfants, 72. Depuis lors jusqu'au 15 décembre, 40 nouveaux décès portent le chiffre total de la mortalité à 527 sur une population de 7,000 âmes, réduite par l'émigration à 4 ou 5,000.

A Gray, quatre de nos confrères ont succombé : ce sont les docteurs Lamarche, Gérard, Dubois et Berthet. Un élève en médecine de l'école de Besançon, M. Vernier, qui était venu spontanément offrir ses services pendant ces jours de calamité, a été frappé de mort presque à son arrivée.

Un autre de nos confrères, le docteur Servin (Xavier), de Championnay, avait quitté sa résidence de Gy pour soigner les cholériques à Gray. N'obéissant qu'à son zèle, il passait auprès des malades les jours et les nuits; mais ce fut au prix de sa vie; car étant retourné dans son pays dès que l'épidémie y apparut, il ne tarda pas à mourir épuisé par les fatigues.

Le Soubd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 119. — SAMEDI 7 OCTOBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 119. — SAMEDI 7 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 ». Un an. . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

État sanitaire. — Choléra.

L'épidémie continue à décroître à Paris, au point qu'il y a eu des jours de la dernière semaine où il n'a été fait aucune admission de cholériques du dehors. Le nombre des admissions quotidiennes est si minime que nous avons cru pouvoir nous dispenser d'en publier le bulletin. Les cas nouveaux, y compris ceux du dehors et ceux de l'intérieur, ne s'élèvent pas en moyenne à plus de cinq par jour; et sur ce nombre, les cas déclarés à l'intérieur figurent pour la plus grande proportion. La plupart de ceux que nous avons vus dans les hôpitaux depuis quelques jours sont dans ce cas.

Dans les départements, la décroissance est générale; on ne signale guère dans ce moment-ci qu'un seul département, l'Ariége, où l'épidémie sévit encore avec une certaine intensité, notamment dans l'arrondissement de Saint-Girons. Cependant il paraîtrait que la maladie tend à se montrer de nouveau dans quelques localités du Nord; mais nous manquons de renseignements précis à cet égard.

Nous avons reçu de plusieurs de nos confrères envoyés en mission dans les départements de l'est, notamment de MM. les docteurs Vergne, Domerc, Raquin et Roussel, des renseignements rétrospectifs très intéressants sur la marche et le caractère de l'épidémie dans quelques-unes des localités qui en ont été atteintes avec le plus d'intensité. L'étendue de ces documents ne nous permet pas de les résumer dans cette revue; nous y reviendrons plus tard, à l'occasion des points qu'il nous reste à examiner dans l'histoire de cette épidémie. Nous mentionnerons aussi, avec le regret de ne pouvoir l'insérer intégralement, une lettre que nous écrit un de nos jeunes confrères, M. Alphonse Houlès (de Sorèze), élève en médecine, et dans laquelle il rapporte avec des détails précis et circonstanciés une observation de choléra algide des plus graves, guéri sous l'influence de l'usage combiné des évacuants et de la strychnine, qui vient à l'appui des réserves que nous avons faites au sujet des conséquences pratiques à déduire du défaut d'absorption dans la période algide.

Deux cas d'atrophie musculaire progressive survenue à la suite de lésions traumatiques.

L'histoire de l'atrophie musculaire progressive ne fait en quelque sorte que de naître, et cependant, grâce à l'exactitude et à la concordance parfaite des descriptions qu'en ont faites les premiers observateurs qui l'ont étudiée, elle est si bien connue dans ses principaux caractères et dans sa physionomie générale qu'il n'est presque plus permis aujourd'hui de la méconnaître et d'en laisser passer inaperçus les rares exemples qui se présentent de loin en loin à l'observation. Mais si cette maladie est connue dans ses caractères, ses symptômes, sa marche et sa terminaison, il s'en faut qu'elle le soit dans son étiologie. Rien jusqu'ici, dans les recherches faites sur ce point n'a pu mettre sur la voie des conditions étiologiques soit prédisposantes, soit déterminantes de l'atrophie musculaire progressive. On a bien signalé plusieurs circonstances pathologiques ou hygiéniques qui ont pu paraître avoir une part plus ou moins légitime dans la production de cette affection; on a invoqué la cause rhumatismale, l'action prolongée du froid humide, l'exercice musculaire exagéré, une sorte de surmenage; l'hérédité dans quelques cas a été manifeste et a pu être considérée comme suffisante pour expliquer dans le cas particulier le développement de la maladie sans recourir à d'autres influences plus directes. Mais si l'on examine un à un les faits déjà assez nombreux qui ont été publiés, on ne tarde pas à voir qu'aucune des circonstances invoquées ne s'adapte à tous les faits, et qu'en outre elles sont pour la plupart communes à plusieurs autres maladies, de sorte que, si elles ont une part dans la production de l'affection en question, c'est tout au plus à titre de cause secondaire ou accessoire; mais on ne saurait y reconnaître le caractère d'une cause spécifique.

A défaut de notion précise à cet égard, il n'est pas sans intérêt de rechercher, du moins, toutes les fois que l'occasion s'en présente, quelles sont les circonstances antécédentes qui peuvent paraître avoir eu une influence quelconque sur le développement de cette affection. Jusqu'ici les lésions traumatiques n'avaient point été signalées, autant qu'il nous en souvient, dans les circonstances antécédentes.

Le hasard nous a offert presque simultanément deux exemples d'atrophie musculaire progressive, bornée à un membre dans un cas, généralisée dans l'autre, et qui dans les deux cas s'est manifestée à la suite de lésions traumatiques. Il nous a paru intéressant de rapprocher ici ces deux faits.

Le premier de ces malades est un homme de vingt-huit à trente ans, ancien soldat aux chasseurs à cheval d'Afrique. Cet homme est entré le 12 août à la Charité, salle Saint-Félix (service de M. Andral), avec une atrophie de tous les muscles du membre supérieur gauche, depuis et y compris l'épaule jusqu'à la main, et un affaiblissement considérable de tout ce membre.

Voici en deux mots l'histoire de ce malade :

Il y a deux ans, étant à Constantine, il fit une chute de cheval; tout le poids de son corps porta sur l'épaule gauche et principalement sur la face postérieure de l'épaule, sur la région scapulaire. Il y eut une violente contusion, qui fut immédiatement combattue par une application de 45 sangsues et des cataplasmes, repos, etc. Pendant plus de quinze jours, le malade ne pouvait mouvoir l'épaule. Au bout de ce temps, il put pour la première fois seulement commencer à la remuer. Mais à peine six semaines s'étaient-elles écoulées qu'il s'aperçut que son membre devenait plus faible. Il est resté dans cet état deux mois et demi tant à l'hôpital qu'à l'ambulance; après quoi, étant dans l'impossibilité de reprendre son service, il dut être réformé et rentra à cet effet en France. Depuis cette époque, son bras n'a cessé de maigrir graduellement, mais lentement, et de perdre sa force.

Voici quelles sont en ce moment les mesures comparatives des deux membres, qui peuvent donner une idée du degré d'atrophie :

Le périmètre de l'épaule est :

A droite (côté sain), de . .	32 centimètres;	à gauche,	29
Du bras au niveau de l'insertion deltoïdienne	25	— —	22
Au milieu du bras. . . .	24	— —	21
A l'avant-bras. . . .	26	— —	23

A la main, les éminences thénar et hypothénar sont également atrophiées.

Les mouvements fibrillaires sont très sensibles dans les muscles du bras, un peu moins dans ceux de l'avant-bras.

La galvanisation localisée a fait constater l'intégrité parfaite de la contractilité électrique. Tous les mouvements sont faciles, mais faibles; le malade peut à peine serrer un objet avec la main; il ne pourrait s'en servir pour aucun usage mécanique. Il n'éprouve du reste aucune douleur; point de céphalalgie habituelle, aucun symptôme d'une affection quelconque des centres nerveux; l'état général de la santé est parfait.

Depuis que ce malade est à l'hôpital, il est soumis tous les jours à des galvanisations; il reconnaît que depuis lors l'amaigrissement et l'affaiblissement du membre ont paru cesser de faire des progrès.

— Le second fait est de quelque temps antérieur à celui que nous venons de rapporter. Le sujet a été observé dans le service de M. Nélaton, d'où il est sorti récemment. C'était un jeune laboureur d'une vingtaine d'années, bien constitué, n'ayant jamais été malade.

Ce jeune homme conduisait trois chevaux attelés à un de ces lourds rouleaux de bois destinés à abattre les sillons, lorsque, l'un des chevaux étant venu à s'emporter, il fut renversé et traîné sous le rouleau, qui passa plusieurs fois sur son corps. Ainsi pressé entre le rouleau et le sol, il eut de nombreuses contusions sur diverses parties du tronc et des épaules. Cependant il put reprendre au bout de quelque temps ses occupations; mais il ne tarda pas à s'apercevoir que ses bras étaient plus faibles qu'à l'ordinaire. Trois mois environ après, il commença à reconnaître un amaigrissement considérable de la plupart des muscles du tronc. Entré vers cette époque à l'hôpital de la Clinique, on constata une atrophie complète des muscles grands et petits pectoraux, des grands dentelés, du grand dorsal, des trapèzes et des rhomboïdes des deux côtés. Ces muscles avaient presque entièrement disparu. Le deltoïde et

FEUILLETON.

De Toulon aux îles d'Aland (1).

Bientôt nous arrivons en vue des côtes du Holstein et de la ville de Kiel. Cette ville est située au fond d'une jolie petite baie dont les bords, couverts de charmantes maisons de campagne où les riches familles de Hambourg viennent passer l'été, sont comparables à ceux du lac d'Enghien. Kiel, capitale du duché de Holstein, est, comme toutes les villes allemandes, excessivement propre; des rues larges permettent à l'air de circuler librement dans l'intérieur; toutes les maisons sont construites en brique. Il n'y a rien de remarquable à Kiel, si ce n'est le château des anciens ducs de Holstein, qui possède, dit-on, une riche galerie de tableaux.

Les environs de la ville ont un aspect enchanteur; ce ne sont que belles promenades, jolies maisons ayant la forme de chalets suisses, bois magnifiques où dominent le hêtre et le marronnier. Les habitants de Kiel sont très aimables et hospitaliers. Pour ma part, je n'ai qu'à me louer de l'aimable réception que m'a faite un pharmacien de cette ville, M. Rukel, qui s'est mis entièrement à ma disposition pour me montrer ce qu'il pouvait y avoir de curieux dans sa ville, et m'a fourni des détails intéressants sur l'élève des sangsues, détails qui ne seront pas de trop, je l'espère, dans ce feuilleton. Puissent ces lignes lui tomber sous les yeux, et lui prouver ma reconnaissance pour toutes les bontés qu'il a eues pour moi!...

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Les sangsues de Kiel sont très bonnes et se conservent facilement pendant très longtemps.

Voici le procédé dont M. Rukel se sert pour les élever; il est généralement employé dans toute l'Allemagne. On prend un tonneau de grandeur ordinaire en bois de hêtre, défoncé par un de ses côtés; on lave l'intérieur avec de l'eau fortement acidulée avec de l'acide sulfurique, et on le remplit ensuite d'eau aux deux tiers, puis on y met une grosse motte de terre de bruyère. Il n'y a plus alors qu'à déposer dans le tonneau les sangsues, qui s'y conservent longtemps, et dont les cocons se développent très bien sur la motte de bruyère. On met sur le tonneau, pour le fermer, un couvercle percé de trous pour donner de l'air, mais pas assez grands pour laisser sortir les sangsues. On renouvelle l'eau tous les huit jours. De cette façon, on peut élever de grandes quantités de sangsues, et les faire voyager sans qu'elles éprouvent le moindre mal.

Les pharmacies d'Allemagne sont généralement remplies de produits anglais inconnus en France, et qui cependant pourraient produire des résultats avantageux s'ils étaient introduits dans la pratique. Je citerai entre autres une étoffe particulière très employée dans les douleurs rhumatismales. Cette étoffe est composée d'une couche comprimée de laine brute collée sur une couche plus mince de gutta-percha. On entoure avec cette étoffe les parties du corps atteintes de douleurs rhumatismales, qui, si elles ne sont pas toujours enlevées, sont au moins grandement atténuées. On peut faire avec cette étoffe des bas, des cuissards, des fausses manches appropriées au membre qui est le siége du mal. J'en ai retiré un bon effet aussi dans un eczéma chronique de la partie inférieure de la jambe.

Les pharmacies que j'ai pu voir étaient toutes disposées de la même façon; elles se composaient d'un grand appartement ayant une croisée sur la rue, où se trouvaient les préparations et où se tenaient les élèves. La porte de la pharmacie donnait sur un grand corridor s'ouvrant lui-même sur la rue, tout autour duquel étaient des chaises où les clients s'asseyaient en attendant que leurs médicaments fussent préparés. Les préparations une fois faites, on les fait passer par un guichet semblable à celui par lequel les employés de nos chemins de fer donnent les billets. De l'autre côté du corridor, en face de la pharmacie, se trouve le cabinet du pharmacien, et au bout du corridor le laboratoire.

Les curiosités de Kiel sont bientôt épuisées; aussi, voulant mettre à profit les quelques jours que notre bâtiment restait à l'ancre, je résolus de visiter la ville libre de Hambourg, qui n'est qu'à vingt-deux lieues de Kiel; on franchit ce trajet en trois heures par le chemin de fer de Kiel à Altona. Le chemin de fer parcourt un pays entièrement plat, assez monotone, entrecoupé de haies nombreuses qui ont été un grand obstacle à la cavalerie dans la dernière guerre du Danemark, et de marécages où viennent se rendre une foule d'oiseaux aquatiques, tels que hérons, poules d'eau, canards sauvages. Le pays, désert à peu près comme notre Sologne, est excessivement humide. La seule industrie est celle de l'extraction de la tourbe, combustible très employé dans ce pays, où il y a peu de bois et un grand nombre de tourbières. Aussi les rhumatismes, la phthisie, les affections strumeuses sont-elles les maladies qui règnent généralement dans le Holstein. Le chemin de fer s'arrête à la petite ville d'Altona, qui n'a rien de remarquable; vous franchissez à l'aide d'un coucou le faubourg Saint-Paul, qui sépare Altona de Hambourg, et vous entrez dans cette ville.

l'angulaire de l'omoplate étaient seuls conservés dans cette région. Plus tard les muscles des gouttières vertébrales s'atrophièrent à leur tour. Il résultait de cette atrophie multiple ; d'une part, une grande gêne des mouvements respiratoires, qui ne s'effectuaient plus presque exclusivement que par le diaphragme et les muscles intercostaux ; d'autre part, une conformation du tronc et des épaules des plus singulières, le tronc se terminant en cône à sa partie supérieure, les épaules affaissées, les bras pendant le long du corps comme s'ils étaient suspendus au tronc par des liens lâches, les scapulums ayant subi un mouvement de demi-rotation autour de leur axe, de telle sorte qu'ils semblaient comme détachés du tronc à la manière d'ailes. Enfin, la station verticale et la marche étaient rendues incertaines, oscillantes, malgré l'intégrité parfaite des membres inférieurs.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que tous les caractères de l'atrophie musculaire graisseuse ont été parfaitement constatés : marche progressive de l'atrophie, avec conservation parfaite de la contractilité voloutaire et électrique tant qu'il restait quelques fibres intactes ; mouvements fibrillaires, etc. D'autre part, l'interrogatoire n'a pu faire découvrir aucune trace d'affection ancienne, soit de nature nerveuse ou rhumatismale, aucun excès de fatigue, aucune circonstauce d'hérédité.

Si l'on rapproche maintenant ces deux faits, n'est-on pas frappé de la singulière coïncidence qu'ils présentent l'un et l'autre, du développement de l'atrophie musculaire progressive à la suite d'une lésion traumatique, et n'y aurait-il pas lieu de se demander si cette coïncidence n'impliquerait pas jusqu'à un certain poiut une relation étiologique. Sans doute des objections sérieuses se présentent d'abord à l'esprit. Cette coïncidence peut n'être que fortuite d'une part ; d'autre part, les contusions musculaires sont tellement communes, et l'affection dont il s'agit tellement rare, que l'idée d'une semblable relation perdrait considérablement de sa valeur. D'un autre côté, enfin, on connaît les effets ordinaires des contusions profondes portant sur les branches nerveuses principales d'un membre, effets très différents de ceux que nous venons de constater chez ces deux malades, et qui consistent, comme on le sait, en une paralysie avec perte de la contractilité suivie d'une atrophie le plus ordinairement temporaire, ainsi que nous en avons rapporté deux exemples empruntés au service de M. Nélaton. Mais malgré toutes ces objections, dont nous ne nous dissimulons pas la valeur, si l'on considère que chez ces deux sujets non-seulement l'atrophie est survenue à la suite des lésions dont nous avons parlé, et alors qu'aucune autre cause appréciable ne peut être invoquée pour en expliquer le développement, mais qu'elle est, chez tous les deux, parfaitement en rapport avec le siége et l'étendue de cette lésion, bornée chez le premier au membre supérieur, qui a eu seul à supporter les effets de la contusion ; étendue, au contraire, chez l'autre, à la presque généralité des muscles des épaules et du tronc, qui ont tous été plus ou moins profondément lésés, il est difficile de ne pas s'arrêter à l'idée d'une relation étiologique, sinon immédiate, au moins éloignée. La lésion traumatique n'aurait-elle fait que hâter dans ce cas, ou déterminer l'explosion imminente d'une affection qui se fût développée peut-être plus tard spontanément ou sous l'influence de toute autre cause accessoire ? C'est évidemment là une question insoluble pour le moment. Mais, quoi qu'il en soit, l'idée que nous venons d'émettre nous paraît mériter d'appeler à l'avenir l'attention des observateurs.

Tumeur cancéreuse du testicule gauche, survenue plusieurs années après une affection semblable du testicule droit. — Ablation successive des deux testicules à quatre ans d'intervalle.

La discussion ouverte en ce moment devant l'Académie de médecine donne un intérêt particulier d'actualité au fait suivant, observé dans le service de M. Demarquay, à la Maison de santé, et qui, indépendamment de son importance au point de vue chirurgical, présente plusieurs particularités curieuses sous le rapport de l'histoire du cancer ; et en outre, comme on le verra à la suite de cette relation, des circonstances physiologiques non moins dignes d'intérêt. Il s'agit, ainsi que le titre de cette observation l'indique, de dégénérescence cancéreuse successive des deux testicules, survenue à quelques années d'intervalle.

Une circonstance particulière, indépendante de notre volonté, nous ayant empêché d'assister à l'opération, nous en reproduisons les détails d'après l'observation que M. Boucher, interne du service, a bien voulu nous communiquer.

Le 29 septembre 1854, entré à la Maison de santé M. X..., âgé de trente-sept ans, constitution molle, tempérament lymphatique. Il n'y a rien d'héréditaire dans sa famille ; ses parents sont âgés ; ses frères et sœurs sont tous bien portants. Il n'a lui-même jamais eu de maladie sérieuse. C'est seulement vers 1846 que son testicule droit a commencé à se déformer et à augmenter de volume ; plus tard, il y éprouva des douleurs lancinantes, et vint se faire opérer en 1851, à la Maison de santé, par M. Monod.

Il ignore encore aujourd'hui quelle était la nature de sa tumeur.

Le testicule gauche était resté jusqu'alors à l'anneau ; mais après l'ablation du testicule droit il descendit dans le scrotum pour ne plus remonter à l'orifice abdominal.

Un an et demi après, ce deuxième testicule se déforma, mais *M. X... n'y éprouva jamais de douleur.* Son volume, sa déformation, jusqu'au poids de l'organe, s'exagérèrent tellement, qu'enfin le malade s'en effraya et revint à la Maison de santé le 27 septembre 1854.

A son entrée, on constate une tumeur volumineuse, bilobée, formée par le testicule gauche déformé. La peau est à peine ridée ; elle est peu mobile sur les parties sous-jacentes ; elle s'y applique sans pourtant y adhérer. Elle laisse voir une vascularisation sous-jacente très riche, surtout à la partie inférieure, qui prend une coloration rosée. Une foule de veinules assez développées rampent à sa surface.

La tumeur semble formée de deux lobes, dont l'un, correspondant au testicule, égale en volume une orange moyenne. Au-dessus, on trouve un deuxième lobe, du volume d'une petite noix, placé sur le trajet du cordon. Ces deux lobes sont séparés par un rétrécissement circulaire de forme cylindrique.

Le lobe inférieur offre plus d'uniformité, plus de régularité que le lobe supérieur ; on y trouve aussi plus de mollesse ; on y constate même une sensation de fluctuation profonde. Plus on remonte sur le testicule dégénéré, plus la dureté augmente ; elle est extrême au point rétréci qui sépare les deux lobes. Elle n'est pas moins prononcée sur le lobe supérieur. Mais celui-ci présente en outre des saillies inégales ; en un mot, il est comme moniliforme. Si on poursuit ce lobe supérieur jusque dans le canal inguinal, il s'y prolonge très avant.

En déprimant fortement la paroi abdominale antérieure jusqu'à la fosse iliaque, on ne trouve pas d'hypertrophie appréciable des ganglions de cette région. On voit parfaitement sur la partie antérieure de la tumeur une cicatrice linéaire, longue d'un décimètre environ ; c'est la trace de l'incision faite à l'occasion de l'ablation du testicule droit.

Ce malade n'a jamais éprouvé de douleurs ; mais il a des érections pendant la nuit, et plus particulièrement à partir de deux heures jusqu'à quatre heures du matin.

MM. Nélaton, Denonvilliers, Monod et Demarquay, après s'être entendus sur l'état du malade, décidèrent d'un commun accord l'opératiou. M. Demarquay la pratiqua le lundi matin 2 octobre.

On commença par endormir le sujet à l'aide du chloroforme, puis le chirurgien pratiqua sur la partie antérieure de la tumeur une incision en V dont la pointe alla jusqu'à l'orifice du canal inguinal ; c'est ensuite qu'on énucléa sans difficulté la grosse tumeur inférieure, le point rétréci et une partie du lobe supérieur.

Les vaisseaux furent liés à mesure qu'ils étalent ouverts. Tout, en un mot, sembla facile dans cette première portie de l'opération.

Le chirurgien prolongea alors son incision dans le sens du canal inguinal. La paroi antérieure de ce canal fut intéressée en dehors afin de poursuivre plus aisément le lobe supérieur, qui, comme nous l'avons dit, se prolongeait fort avant dans le canal inguinal. Mais à ce moment le péritoine pariétal, repoussé par une anse intestinale, vint faire saillie au dehors ; le doigt d'un aide le repoussa aussi loin que possible, ainsi que l'anse intestinale. M. Demarquay passa un fil ciré triple sous le cordon, dans le canal inguinal même, et immédiatement au-dessus du deuxième lobe dont nous avons parlé. Il opéra une constriction circulaire au-dessus de la dégénérescence et coupa tout ce qui se trouvait au-dessous. Par ce moyen, il put enlever tout ce qu'il y avait de tissu morbide sans intéresser le péritoine. Le malade fut ensuite pansé, et on laissa à la nature le soin de la réunion par seconde intention.

Le caractère cancéreux de la tumeur a été déterminé micrographiquement par MM. Robin et Demarquay, qui ont l'un et l'autre trouvé le suc cancéreux et la cellule caractéristique.

Plusieurs choses frappent encore dans cette observation. Il y a quatre ans, le testicule gauche est enlevé pour une maladie du même genre que celle pour laquelle le malade subit une nouvelle opération. Il est rare, en effet, de voir l'affection cancéreuse suivre cette marche. Le plus souvent elle sévit sur les ganglions lymphatiques inguinaux et abdominaux ; ici, au contraire, c'est sur le testicule du côté opposé.

Au point de vue de la médecine opératoire, le fait n'est pas moins intéressant. On a vu que la tumeur présentait deux parties, l'une extra-inguinale, l'autre intra-inguinale. Celle-ci présenta des difficultés sérieuses au point de vue de l'opération ; en effet, dans cette dissection souvent difficile, le péritoine peut être intéressé. Il est arrivé à Blandin, dans une opération de ce genre, d'ouvrir le péritoine ; aussi M. Demarquay a-t-il redoublé de soins dans ce second temps de l'opération pour prévenir cet accident.

En terminant, nous appellerons encore l'attention sur un point curieux de cette observation. Le malade éprouve des érections, bien que le testicule droit soit enlevé et que le gauche soit complétement dégénéré.

Ce fait n'est pas très rare. M. Demarquay nous a rappelé, à cette occasion, avoir vu des individus arriver à l'âge adulte perdre leurs testicules et conserver la faculté d'éprouver des érections. Il a cité, en effet, dans son mémoire *sur les plaies de la vessie*, une observation d'un homme adulte qui perdit les deux testicules, et qui, non-seulement avait des érections, mais même de véritables éjaculations d'un liquide prostatique, accompagnées d'impressions voluptueuses. Enfin, nous signalerons encore que l'arrêt du testicule à l'anneau, qui joue souvent le rôle de cause prédisposante dans les maladies du testicule, n'a eu ici qu'une influence secondaire, puisque c'est le testicule descendu dans les bourses qui a été pris le premier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Kystes de la région poplitée.

Les kystes du creux du jarret constituent une affection peu commune. Malgré les observations publiées depuis quelque temps, malgré les recherches anatomiques ayant pour but de préciser leur siége et leur nature, on peut dire que les cas observés sont encore en bien petit nombre pour permettre une histoire complète de la maladie. Le fait suivant, recueilli dans le service de M. Velpeau, uous paraît offrir un certain intérêt, autant par les particularités que la tumeur a présentées que par les heureux effets de l'injection iodée.

Hambourg, située sur la rive droite de l'Elbe, se compose de deux parties entièrement distinctes, la vieille et la nouvelle ville. La vieille ville est sur les bords de l'Elbe ; elle est composée d'anciennes maisons qui ont conservé tous les caractères des maisons allemandes du moyen âge. La nouvelle ville, qui a été reconstruite sur l'emplacement de la partie brûlée dans l'immense incendie de 1842 qui fit périr plus de 20 mille personnes et causa aux habitants un dommage de 100 millions de francs, est bâtie près des bassins d'Alster, pièces d'eau magnifiques peuplées d'un grand nombre de cygnes blancs, et entourées de superbes quais et de belles maisons. Ces bassins sont alimentés par l'eau de l'Elbe, avec lequel ils communiquent par les fossés de la ville. Les rues de la nouvelle partie de la cité sont très larges, bordées de chaque côté par des magasins d'une grande richesse qui dépassent en splendeur les plus beaux de Paris. La ville possède un grand nombre d'édifices, deux beaux théâtres, de vieilles églises toutes bâties en briques, car on ne se sert que de cela pour construire dans ces contrées du nord de l'Allemagne, où la pierre de taille manque entièrement ; quatre superbes hôpitaux, sans compter une foule de maisons de santé particulières. Elle possède, en outre, sur les bords de l'Elbe un magnifique jardin dessiné à l'anglaise, au milieu duquel est une petite montagne qui voit se dérouler à ses pieds le cours majestueux de l'Elbe avec les milliers de bateaux qui le sillonnent, et dans le lointain les immenses plaines du Hanovre. L'Elbe est navigable jusqu'à Hambourg pour les bâtiments d'un très fort tonnage ; aussi voit-on arriver à cette ville une foule de navires qui lui apportent les richesses des cinq parties du monde.

Nous quittons enfin le Holstein, et après être passés en vue de l'île presque déserte de Bornholm et des îles plus peuplées et bien boisées de Gothland et de Faro, nous arrivons à l'escadre anglo-française qui était mouillée à Ledsund aux îles d'Åland, attendant le contingent de troupes que nous apportions pour commencer l'attaque de la capitale de l'archipel des îles d'Åland, de Bomarsund.

Les îles d'Åland, qui sont groupées au nombre de 80 à 90, sont plates, composées entièrement de rochers de granit à peine recouverts d'un peu de terre végétale dans laquelle s'implantent les racines des nombreuses forêts de sapins rabougris qui recouvrent toute la surface de ces îles. Ces forêts n'ont pour habitants que des coqs de bruyère, des gelinotes, des lièvres, et en hiver des loups et des ours. A cette époque, le froid est si rigoureux que les petits bras de mer qui séparent ces différentes îles sont tous gelés et donnent un passage facile à ces bandes de loups qui, venant des forêts de la Finlande, vont s'abattre sur ces îles.

Dans l'intérieur, il y a des marais d'où s'exhalent des miasmes qui peuvent devenir funestes à ceux qui ont le malheur d'y rester. L'eau que l'on y boit est à peine potable et a le plus mauvais goût, à tel point que j'ai vu des matelots boire de préférence l'eau de mer, car la mer Baltique est très peu salée, ce qui pourrait faire croire à la funeste influence qu'elle exerce sur ceux qui y naviguent. Il y a très peu de poissons dans la Baltique, qui, comme toutes les mers intérieures, comme la Méditerranée, n'a pas de marée. Je ne parle pas de l'eau qui était dans les puits du fort ; les Russes, en le quittant, avaient eu soin d'y jeter des cadavres pour qu'on ne pût pas en boire.

Nous ne restâmes que vingt-quatre heures à Ledsund ; le lendemain de notre arrivée, traversant le petit bras de mer qui sépare Ledsund de Bomarsund, nous nous trouvâmes, au bout de trois heures d'un voyage très agréable, devant cette dernière ville.

Nous fûmes bientôt suivis d'une grande partie de l'escadre ; l'autre partie était restée à Ledsund pour garder le passage dans le cas où des navires russes, ayant échappé aux vaisseaux anglais et français qui croisaient dans le golfe de Finlande, auraient voulu forcer l'entrée.

Tout le temps que nous sommes restés aux îles d'Åland, la température a été magnifique ; tous les jours un soleil superbe dardait pendant quatorze heures ses rayons sur nos têtes, car pendant les premiers temps de notre séjour nous n'avons presque pas eu de nuit ; c'est à peine si pendant trois ou quatre heures la lumière du jour était obscurcie.

Nous n'avons eu que rarement de la pluie ; le seul moment où il a fait un peu mauvais temps, c'est le matin du jour où a commencé le bombardement de Bomarsund ; mais il s'est bien vite dissipé, et, quand à midi tous les canons de la rade lâchaient leurs bordées en l'honneur de la fête de l'Empereur, le ciel était redevenu brillant et serein.

Le bombardement de Bomarsund par la marine a été une véritable *bataille sans larmes* ; nous n'avons eu à déplorer la mort d'aucun de nos marins ; un seul, quelques jours auparavant, avait eu la tête emportée par un boulet de canon dans une escarmouche. L'armée a eu très peu à souffrir de son côté ; c'est à peine s'il y a eu quelques soldats blessés par des éclats de bombe et de mitraille. Du reste, comme il n'y avait pas d'établissement spécial à terre pour les blessés, l'amiral avait ordonné, pour qu'ils reçussent tous les soins possibles, qu'un des vaisseaux qui n'avaient pas été armés en guerre fût converti en vaisseau hôpital. Quelques prisonniers, qui avaient été blessés à l'attaque du fort, y ont été aussi transportés.

Sardine (Claude), âgé de quarante-sept ans, sergent de ville, fort et bien constitué, entre à la Charité le 13 septembre, salle Sainte-Vierge, n° 32.

Cet homme raconte que vers le 4 avril, il y a six mois à peu près, à la suite de grandes fatigues, il ressentit de la gêne et de la douleur dans le genou gauche. Pendant quatre ou cinq jours il put encore marcher, mais bientôt l'augmentation de la douleur, la tuméfaction du genou et l'apparition dans le creux du jarret d'une tumeur assez volumineuse le forcèrent à interrompre son service et à prendre du repos. Il n'avait fait aucun traitement sérieux, lorsqu'à la fin d'avril il se présenta à la consultation de l'hôpital de la Charité. On lui conseilla des vésicatoires.

Pendant trois mois, treize vésicatoires furent successivement appliqués sur le genou et sur la tumeur du jarret. La douleur disparut, la tuméfaction diminua considérablement, et la tumeur elle-même s'affaissa au point que le malade se croyait complétement guéri, lorsque ayant essayé de reprendre son service et de marcher une partie du jour, il vit tous les symptômes se reproduire avec la même intensité. C'est alors qu'il entra à l'hôpital (13 septembre).

En examinant le genou gauche, voici ce que l'on constate : point de douleur, point d'augmentation de volume; en avant, un examen attentif ne permet pas de sentir une quantité de liquide suffisante pour soulever la rotule; en arrière, dans le creux poplité, il existe une tumeur fluctuante, étalée, longue d'un décimètre, large de 4 à 5 cent., obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. Derrière la couche liquide, on sent manifestement le tendon du demi-membraneux. Lorsqu'on comprime fortement la tumeur, la jambe gauche étant dans l'extension, on ne fait nullement varier son volume; mais si le membre est dans la flexion, une pression un peu soutenue la fait disparaître presque en totalité, et on constate alors d'une manière très nette que la rotule est soulevée par une certaine quantité de liquide qui a pénétré dans l'articulation. Ainsi donc, pendant la flexion de la jambe, le liquide peut refluer du kyste dans la grande synoviale, et ce reflux devient impossible pendant l'extension.

On laisse le malade trois jours en repos.

Enfin le 16 septembre, M. Velpeau, bien convaincu de l'inefficacité des moyens de traitement employés jusqu'alors, se décide à faire la ponction du kyste et à y injecter de la teinture d'iode. Le malade étant debout et la jambe fortement étendue, on enfonce un peu obliquement le trocart au niveau de la partie moyenne du kyste; il s'écoule par la canule quatre cuillerées à peu près d'un liquide jaunâtre et visqueux tout à fait analogue à la synovie; puis l'injection est faite avec les précautions ordinaires. Le malade est replacé dans son lit et condamné à un repos absolu.

Le lendemain, la tuméfaction est assez considérable, non-seulement au niveau du creux poplité, mais encore à la partie antérieure de l'articulation; la rotule est soulevée par une petite quantité de liquide. Nuit pénible et sans sommeil, pouls fébrile. — Compresses d'eau blanche.

Le 18, encore de la fièvre et de la douleur; la tuméfaction est peut-être un peu moins vive.

Le 19 et le 20, le genou diminue de volume, et l'épanchement intra-articulaire disparaît rapidement; tous les mouvements s'exécutent sans douleur; il reste à peine un peu d'empâtement dans la région poplitée.

Les jours suivants, quelques accès fébriles irréguliers, tout à fait indépendants de l'état local, viennent prolonger le séjour du malade à l'hôpital; ils sont suivis, le 28 septembre, de l'apparition d'un érysipèle de la face, qui disparaît au cinquième jour sans avoir envahi le cuir chevelu.

Aujourd'hui 3 octobre, l'état général est excellent, la marche se fait sans peine et sans douleur, et la guérison doit être regardée comme complète.

J'ai eu l'occasion d'observer un fait analogue, mais malheureusement incomplet, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Chassaignac (juin 1852). Un conducteur d'omnibus, âgé de trente-quatre ans, était entré dans les salles pour une hydarthrose double datant de quatre ou cinq ans. Outre les symptômes ordinaires de l'épanchement intra-articulaire, cet homme présentait dans le creux du jarret, de chaque côté, une tumeur fluctuante que la pression rendait flasque et molle; il n'était pas toutefois possible de la réduire complétement; au contraire, en comprimant le genou, on la rendait dure et rénitente. Le pédicule de la tumeur était profond et placé en dedans des vaisseaux et des nerfs. Celle qui occupait le creux poplité du côté droit était plus volumineuse que l'autre, et, pendant qu'on faisait refluer le liquide du kyste dans l'articulation, on y sentait un frémissement très appréciable. Le malade ne resta que deux jours à l'hôpital et ne put être traité.

Dans trois observations analogues présentées par M. Bauchet (*Presse médicale*, novembre 1853), les kystes étaient tous plus ou moins réductibles par la pression au moment de la flexion du membre; dans un seul cas où la ponction fut faite, il sortit un liquide filant et visqueux; en décembre de la même année, M. Malgaigne (*Revue médico-chirurgicale*) a publié deux observations où les kystes, durs, complétement irréductibles, guérirent par l'excision. Enfin M. Foucher, après avoir présenté à la Société anatomique plusieurs pièces intéressantes de kystes du jarret, a cherché dans son compte-rendu pour l'année 1853 à préciser le siége anatomique de ces tumeurs et à expliquer la réductibilité de quelques-unes d'entre elles pendant la flexion du membre. Il a rappelé qu'en disséquant avec soin le creux poplité, on trouve constamment une large cavité séreuse, ovoïde, sous le tendon du muscle jumeau interne, séparant ce tendon de la capsule fibreuse du condyle et du tendon du demi-membraneux, sous lequel elle s'avance un peu. Cette synoviale tendineuse, isolée chez l'enfant, communiquerait avec la synoviale articulaire chez certains adultes et chez le vieillard à l'aide d'une fente transversale existant sur la capsule fibreuse près de son insertion au fémur; cette fente ne laisse affluer le liquide du kyste dans l'articulation que lors de la flexion, car dans l'extension complète la face postérieure du condyle, appliquée exactement sur la capsule, en obture l'orifice. Supposez une accumulation anomale de liquide dans cette bourse séreuse, ainsi que M. Foucher en a fait voir un exemple, et l'on expliquera sans peine les symptômes que l'on rencontre dans les cas où la tumeur, plus ou moins complétement réductible pendant la flexion du membre, irréductible pendant l'extension, ne peut être regardée ni comme un kyste folliculaire, ni comme un kyste séreux libre.

Chez les malades dont nous avons rapporté l'histoire, évidemment la tumeur était constituée ou par une hydropisie de cette bourse séreuse du jumeau interne, ou par une hernie de la synoviale du genou à travers le ligament postérieur, ainsi que M. Velpeau est porté à l'admettre dans la plupart des cas de ce genre. Quoi qu'il en soit, il sera toujours de la plus haute importance, au point de vue du traitement, de chercher à constater si le kyste est isolé ou s'il communique avec l'articulation, et pour cela on devra l'examiner attentivement, soit pendant l'extension, soit pendant la flexion du membre. Si les révulsifs et les résolutifs échouent, ce qui arrive le plus souvent; si la compression permanente à l'aide d'une pelote placée dans le jarret ne réussit pas à soulager le malade, sans doute la communication du kyste séreux avec le genou doit faire reculer devant l'incision ou l'excision. Mais l'injection iodée ne sera pas pour cela contre-indiquée, car en mettant le membre dans l'extension, on empêchera presque toujours l'injection de pénétrer dans la cavité synoviale; et d'ailleurs, comment redouter l'introduction de quelques gouttes de teinture d'iode, lorsqu'on voit M. Velpeau compter déjà dans sa pratique plus de trente cas d'injections iodées intra-articulaires pratiquées dans des hydarthroses rebelles sans aucun accident sérieux?

L. V. MARCÉ, interne du service.

DES FRACTURES DU MEMBRE PELVIEN

traitées à l'aide de l'appareil de M. Baudens (1).

(Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 août.)

D. *Fractures par pénétration du col du fémur dans la tête de cet os, ou dans le grand trochanter.* — Dans les fractures intra-capsulaires, il peut arriver que le rebord dentelé du fragment inférieur s'implante dans l'épaisseur de la tête fémorale. De même l'angle du fragment supérieur peut pénétrer dans le fragment inférieur; de même encore une double et réciproque pénétration a quelquefois lieu.

Les fractures extra-capsulaires présentent assez souvent cette particularité que le fragment supérieur ou le col du fémur s'implante plus ou moins profondément dans l'épaisseur du grand trochanter. Cette épiphyse, dans laquelle le fragment supérieur entre à la manière d'un coin, présente ordinairement des fragments plus ou moins mobiles, et plus rarement de simples fentes. J'ai vu, en 1826, au Val-de-Grâce, un exemple de cette dernière variété. Le col était implanté presque de toute sa longueur dans le tissu spongieux du grand trochanter, lequel offrait deux fentes prolongées séparant en deux portions à peu près égales cette épiphyse, qui était restée entière à sa base. Quant au col, il était retenu si solidement qu'il aurait fallu de grands efforts pour le dégager.

Nous avons dit plus haut que ces engrenages si propices à la consolidation doivent être respectés quand ils sont intra-capsulaires. Si on pouvait découvrir un signe pathognomonique certain de la fracture extra-capsulaire, nous n'hésiterions pas à conseiller des tractions ménagées et continues sur le membre, afin de désagréger les fragments emboîtés l'un dans l'autre, et de rendre ainsi au membre sa longueur normale. Il n'y aurait aucun inconvénient à rompre ces adhérences accidentelles, puisque les fractures extra-capsulaires guérissent dans les conditions propres aux solutions de continuité du corps du fémur.

Dans tous les cas, et même dans le doute, on pourra procéder comme nous l'avons dit, avec prudence, pour opérer la réduction et faire disparaître le raccourcissement. Si le membre cède et s'allonge facilement, il faut conserver les avantages obtenus à l'aide d'un appareil à extension continue, et chercher à immobiliser autant que possible le bassin. Si le membre résiste à une certaine somme d'efforts, il est prudent de ne pas insister. Le désavantage d'un raccourcissement, et même celui d'une déviation du pied en dehors, serait bien racheté par une consolidation solide qui rendrait au membre la liberté de ses mouvements.

Les fractures intra-capsulaires et extra-capsulaires s'accompagnent des phénomènes suivants :

Raccourcissement; ascension du grand trochanter; entraînement du pied et du genou en dehors; crépitation; impuissance du membre; douleur et tuméfaction locale.

Au point de vue du traitement et du pronostic, il serait extrêmement important de pouvoir distinguer les fractures intra des fractures extra-capsulaires.

Le seul signe à peu près pathognomonique d'une fracture extra-capsulaire est un raccourcissement de 5 à 6 centimètres. Du moment même qu'il franchit 3 centimètres, il n'est plus compatible avec une fracture intra-capsulaire, qui ne dépasse pas cette dernière limite; mais les erreurs possibles de la mensuration ne permettent pas d'être aussi affirmatif.

Voici un autre signe par nous découvert dans des fractures que plus tard nous avons reconnues être intra-capsulaires :

Au-dessous et un peu en avant du ligament de Poupart; à la base du triangle de Scarpa, on sent, en déprimant les parties molles, la tête du fémur notablement plus volumineuse que celle du

(1) Fin. — Voir les numéros des 12, 24 août; 2, 7, 16, 23 septembre et 3 octobre.

Une fois le fort pris, nous pûmes descendre à terre et visiter un peu l'île. Les Russes avaient entièrement brûlé la petite ville qui était aux environs du fort, afin de faciliter la défense. Comme c'étaient des maisons de bois, elles avaient brûlé rapidement; il n'en était resté que les cheminées, qui étaient en brique et ressemblaient à de blancs fantômes répandus dans la campagne. Le grand fort avait un hôpital parfaitement bien installé et muni de tout ce qui était nécessaire : une grande quantité de linge, beaucoup de médicaments et un arsenal chirurgical très bien monté. Les chirurgiens russes qui ont été fait prisonniers parlent un français très pur et sont très au courant de la science. J'ai trouvé dans la bibliothèque de l'un d'eux, qui était restée au fort, presque tous les ouvrages de MM. Velpeau et Cruveilhier, le *Compendium*, et le *Guide du praticien dans le choléra* de notre si regrettable ami le docteur Fabre.

Le maréchal Baraguay d'Hilliers avait établi son quartier général dans un petit village situé à une portée de canon de la grosse tour : c'étaient les seules maisons que les Russes avaient laissé debout. C'est là qu'étaient les ambulances, qui avaient été établies dans un poste de Cosaques. Je m'aventurai un jour dans une de ces pauvres maisons, qui avaient une si chétive apparence, et pénétrai dans un appartement sale, dégoûtant, pouvant avoir 10 pieds carrés, où étaient couchés pêle-mêle enfants, femmes, hommes, tout cela sur de la paille recouverte d'ignobles haillons. Les poux, les puces, les punaises regorgeaient dans cette salle, dont l'air n'était renouvelé que par les fentes de la porte; car il fait tellement froid ici pendant l'hiver que les fenêtres sont toutes condamnées.

Quand le partage de ce qui était dans le fort fut fait entre les deux nations, comme on voulait évacuer les îles d'Aland, on songea à faire sauter, et le 2 septembre, à sept heures du soir, une explosion épouvantable suivie bientôt d'un immense incendie qui dura toute la nuit et dévora ce que la mine avait épargné, annonça que le fort de Bomarsud était détruit. Un petit vapeur russe qui était venu avec le pavillon parlementaire, sous prétexte de prendre les femmes des prisonniers qui étaient dans l'île, aura pu rapporter au czar qu'il ne restait plus pierre sur pierre de son fort.

Quelques jours après les troupes évacuèrent leur camp et s'embarquèrent sur des bâtiments français et anglais qui devaient les transporter en France.

En revenant, nous passâmes par le Sund, et côtoyâmes d'assez près l'île de Seeland pour voir très bien, avec la longue vue, la capitale du Danemark, Copenhague, qui est bâtie dans une belle plaine et entourée de tous côtés par des bouquets de bois magnifiques.

Nous touchâmes ensuite à Elseneur, où nous devions faire du charbon. Le Sund est le passage ordinaire de l'Océan dans la mer Baltique, aussi est-il très fréquenté. Il y avait alors en rade d'Elseneur près de 1,200 bâtiments de commerce qui attendaient un bon vent pour partir : c'était un magnifique spectacle. Le détroit près d'Elseneur est assez resserré pour qu'on puisse très bien voir les deux rives.

Comme toutes les côtes des îles danoises, la partie du Sund formée par l'île de Seeland était très belle et bien peuplée. Le côté opposé, formé par l'extrémité méridionale de la Suède, était, au contraire, nu, désolé et formait un contraste pénible avec ces belles plaines des environs d'Elseneur. Cette ville n'a guère d'importance que parce qu'elle est le point de relâche des bâtiments qui traversent le Sund; elle n'a rien de remarquable. En revanche, les environs sont très jolis; il y a entre autres le jardin de la ville, qui forme une délicieuse promenade; c'est un parc dépendant d'un château royal qui a été vendu à la ville par le roi de Danemark à court de finances.

Pendant une si longue campagne notre équipage a peu souffert. Nous avons eu à notre bord quelques épidémies de peu d'importance, telles que des épidémies de furoncles, de stomatites, etc. L'une d'elles, cependant, qui aurait pu devenir très alarmante si elle s'était étendue à un grand nombre d'individus, a eu une certaine gravité, je veux parler d'une épidémie de fièvre typhoïde qui s'est déclarée à bord dès notre entrée dans la mer Baltique, et a particulièrement sévi sur nos nouvelles recrues de Bretagne. Elle a présenté cela de remarquable, que chez tous les individus il y a eu prédominance des symptômes cérébraux et absence presque complète de symptômes abdominaux, tandis que c'était cependant du côté des intestins qu'existait l'affection principale. Les autopsies que nous avons pu faire nous ont montré des lésions intestinales excessivement étendues; les intestins étaient largement ulcérés, les ganglions mésentériques tous engorgés et réduits en une espèce de putrilage couleur lie de vin. Une de ces ulcérations, qui siégeait dans l'intestin grêle, près de la valvule iléo-cœcale, présentait une longueur de 8 centimètres sur 3 de large.

Nous avons retiré de bons effets d'un médicament très employé dans la médecine vétérinaire, de la teinture alcoolique d'aloès dans le cas d'ulcérations atoniques, scrofuleuses, de plaies blafardes des jambes, qui sont très communes à bord. Elle nous a paru préférable à la teinture d'iode pour donner à la plaie une bonne apparence et hâter le travail de cicatrisation.

CORNET.

côté opposé ; sa compression développe une douleur locale qui souvent se propage jusqu'au genou, où elle est souvent opiniâtrément fixée, comme on le voit dans la simple coxalgie.

Cet accroissement du volume des parties contenues dans la capsule articulaire se conçoit d'ailleurs très bien. Il reconnaît pour causes : l'ascension du fragment inférieur avec chevauchement sur la tête fémorale, un épanchement sanguin intra-capsulaire, une tuméfaction locale consécutive à une arthrite plus ou moins intense, et même une augmentation de synovie ; et plus tard le travail d'un cal plus ou moins régulier, assez souvent avec production de stalagmites osseuses développées par le fragment inférieur ; enfin l'épaississement du ligament capsulaire pouvant aller jusqu'à un centimètre et demi, et sa transformation en fibro-cartilage parsemé quelquefois de larges plaques osseuses.

Après deux à trois mois, à l'époque où la consolidation devrait être définitive, si après l'enlèvement de l'appareil le raccourcissement augmente de plus en plus ; si la marche reste gênée, impossible sans support ; si les mouvements, à peu près nuls dans l'articulation coxo-fémorale, n'ont lieu que dans la portion lombaire du rachis, il est certain que la fracture est intra-capsulaire et que la consolidation est vicieuse.

Boyer, dont les livres ne vieillissent pas, parce qu'ils portent l'empreinte d'une longue et sévère observation, pense (t. III, p. 280) que la défectuosité des moyens et appareils usités sont la principale cause des difformités consécutives aux fractures du col du fémur. Il suffit de la moindre réflexion, dit-il p. 283, pour sentir que les moyens extensifs sont seuls admissibles dans le traitement de ces solutions de continuité. Autant il est facile (p. 287) de ramener le membre à sa longueur et à sa rectitude naturelles, autant il est essentiel et difficile à la fois de l'y maintenir. Les fragments, ne se prêtant aucun appui mutuel, sont déplacés de nouveau par l'action des muscles, du moment qu'on cesse l'extension et qu'on n'oppose plus une résistance suffisante à la contraction de ces organes. La compression latérale de tout appareil qui n'agirait qu'en opposant une résistance passive à la circonférence du membre serait ici sans utilité.....

La raison et l'expérience (p. 288) devaient bientôt suggérer aux praticiens observateurs l'idée de continuer, par une force permanente, pendant tout le temps nécessaire à la consolidation de la fracture, l'extension et la contre-extension, au moyen desquels on a replacé les fragments dans leurs rapports naturels et donné au membre sa longueur et sa rectitude naturelles.

En résumé, réduire la fracture, immobiliser le bassin, dont le moindre mouvement déplace le fragment supérieur qu'il entraîne avec lui, s'opposer à la tendance incessante des muscles à produire le raccourcissement sont des indications plus urgentes encore pour les fractures intra-capsulaires que pour toute autre fracture, en raison même du peu de vitalité des fragments supérieurs. Notre appareil nous paraît très bien remplir les conditions essentielles formulées de la manière suivante par Boyer :

1° Ne point comprimer les muscles qui passent sur la fracture, et dont l'allongement est nécessaire pour la réduction;

2° Répartir sur la plus grande surface possible les forces extensive et contre-extensive;

3° Rapprocher l'action de ces forces le plus possible de la direction de l'axe du membre dont l'os est fracturé;

4° Diriger cette action lentement, la graduer à volonté et d'une manière presque insensible;

5° Garnir les points sur lesquels on place les lacs suffisamment pour éviter toute compression trop dure ou inégale ;

6° Maintenir le membre dans sa longueur et sa rectitude naturelles, l'empêcher d'obéir à son propre poids ou à l'action des muscles rotateurs qui tendent sans cesse à le tourner en dehors;

7° Immobiliser le plus possible les fragments.

Obs. — *Fracture du col du fémur présumée intra capsulaire. — Traitement de trois mois par notre appareil; guérison sans raccourcissement appréciable.*

M. D..., âgé de cinquante-huit ans, grand, bonne constitution, tomba, en décembre 1847, sur le grand trochanter droit du haut d'un tabouret. L'impuissance du membre droit ne lui permit pas de se relever, et il venait d'être porté dans son lit quand je fus appelé près de lui. Je constatai les phénomènes suivants :

Pied droit porté en dehors et appuyant sur le matelas dans toute l'étendue de son bord externe ; talon remonté plus haut que la pointe du pied, logé entre la malléole interne gauche et le tendon d'Achille ; raccourcissement de deux à trois centimètres ; grand trochanter rapproché de la crête iliaque et porté un peu plus en arrière que dans l'état normal ; impossibilité de soulever le membre par le seul acte de la volonté ; constatation dans le pli de l'aine, juste dans le lieu correspondant à la tête fémorale, d'une tumeur osseuse notablement plus grosse que de l'autre côté ; douleur assez prononcée, étendue jusqu'à la face interne du genou, comme dans la coxalgie, augmentée par la compression sur la tête fémorale ; tuméfaction locale peu considérable, et au bout de quelques jours large ecchymose noire sur la région trochantérienne. Nous ne cherchons pas à constater la crépitation, dans la crainte de rompre les engrenages des fibres osseuses ou quelques liens fibreux appartenant au périoste. On sait d'ailleurs que ce signe manque souvent et que sa recherche est dangereuse, sans être indispensable. Par la même raison, nous évitons d'imprimer au membre des mouvements de rotation, afin d'interroger l'étendue de l'arc de cercle décrit par le grand trochanter, arc de cercle d'autant moins développé que la brisure est plus rapprochée de cette épiphyse. Ce signe est d'ailleurs difficile à bien saisir.

Nous fîmes de douces tentatives de réduction; le membre s'allongea sans grands efforts, et nous fûmes convaincu de n'avoir rompu ni engrenages, ni liens ligamenteux. Pendant ces manœuvres, nous eûmes soin de remettre le pied dans sa position normale. Afin d'éviter la déchirure de portions de périoste qui pouvaient avoir résisté et aller d'un fragment à l'autre, un aide s'appliqua à soutenir le grand trochanter et à le rapporter en avant, en même temps que des tractions ménagées faites sur le genou et sur le pied les attiraient en bas. Il n'existait d'ailleurs pas de spasme musculaire. Le membre fut mis immédiatement dans notre appareil, et le malade, loin de souffrir des efforts permanents de l'extension et de la contre-extension, qui n'allaient pas d'ailleurs au delà des limites normales de l'extensibilité musculaire, se trouva beaucoup mieux qu'avant la réduction ; la douleur diminua même d'une manière fort marquée.

L'indication d'immobiliser le tronc le plus possible et de l'empêcher de glisser vers le fragment inférieur étant ici très rigoureuse, je recommandai au malade d'éviter soigneusement tout mouvement de l'articulation coxo-fémorale, et d'y suppléer au besoin par l'articulation du côté opposé et par celle du rachis avec le bassin, toutes les fois que cela deviendrait indispensable.

Les liens extenseurs et contre-extenseurs furent graduellement serrés, et dès le quatrième jour il n'y avait plus de raccourcissement. Le talon du côté fracturé dépassait même un peu celui du côté opposé. Les lacs extenseurs, de tissu élastique, empruntaient au caoutchouc en quelque sorte la contractilité et la pulpe des doigts.

Il fallait soutenir le grand trochanter, l'empêcher de porter en arrière le fragment inférieur. Pour cela, le milieu d'une serviette pliée en cravate fut placé en arrière sur le pli de la fesse, pour soulever un peu le membre, et ses bouts furent fixés aux parois de la boîte. Afin de maintenir le fragment inférieur en contact immédiat avec le fragment supérieur, des liens de coaptation destinés à agir de dedans en dehors furent appliqués sur la région supérieure et interne de la cuisse, et noués ensuite à la paroi externe de la caisse. D'autres liens opposés d'action, pour leur faire équilibre, et agissant en sens inverse, soutenaient embrassé le membre par sa face interne. Enfin le bassin a été rendu immobile et maintenu en rectitude parfaite par la large serviette qui entoure les hanches.

Le malade supporta si heureusement pendant trois mois l'action de notre appareil, qu'il n'en ressentit aucune douleur, aucune excoriation, si bien qu'il répétait souvent : « Êtes-vous certain qu'il y ait fracture? »

Au bout d'un mois, l'action de l'appareil ne fut plus que contentive. Sa puissance d'extension active et permanente était devenue à peu près inutile, car il n'y avait plus la moindre tendance au raccourcissement, par suite d'un commencement de bonne consolidation.

A la levée de l'appareil, après quatre-vingt-dix jours de traitement, il existait un peu de roideur dans le genou et le pied; mais, comme à partir du trentième jour on avait eu soin d'imprimer à leurs articulations de temps en temps des mouvements de massage, elles recouvrèrent en peu de jours toute leur liberté.

Pendant un mois encore, le malade marcha à l'aide de béquilles sans appuyer le pied par terre. Le mois suivant il marcha à l'aide d'un béquillon, et à partir du cinquième mois il pouvait supporter d'assez longues marches. Je l'ai revu souvent depuis cette époque; il ne ressent qu'un peu de gêne dans l'articulation coxo-fémorale; il n'y a pas de raccourcissement appréciable (tout au plus 2 millimètres). Deux ans après l'accident, j'ai pu constater que la tête du fémur, examinée en déprimant les parties molles de la région inguino-crurale, était restée plus volumineuse du côté fracturé que de l'autre. Ce signe, qui n'a point été indiqué avant nous, nous paraît avoir une importance pathognomonique réelle.

Les autres cas de fractures intra ou extra-capsulaires traités à l'aide de notre appareil sont au nombre de six; ils offrent tous, un seul excepté, une grande analogie avec celui qui précède, et que nous venons d'exposer en détail. Aussi, croyons-nous inutile de les rapporter. Le fait exceptionnel concerne une dame âgée de cinquante ans qui, il y a dix-huit mois, fit dans la rue, dont le pavé était glissant, une chute sur le grand trochanter du côté droit. Elle ne put se relever, et il fallut la transporter à son domicile, où je constatai : rotation du pied en dehors, raccourcissement de 3 centimètres, épanchement sanguin sous-tégumentaire dans la région du grand trochanter droit, lequel est remonté vers la crête iliaque, et dirigé un peu en arrière. Au-dessous du ligament de Fallope, et vers le milieu de l'arcade, la dépression des parties molles à l'aide des doigts développe une douleur locale qui se propage vers le genou, et permet de constater que la tête du fémur est notablement plus volumineuse de ce côté que de l'autre. D'après les probabilités, la fracture est intra-capsulaire. Du côté des muscles, pas de contraction spasmodique. La constitution de la malade est molle; aussi la réduction se fait-elle avec la plus grande facilité, et en ayant soin de soutenir le grand trochanter et de le porter en avant, dans la crainte d'achever la déchirure des liens du périoste sans cette précaution. En même temps on rend au membre sa position normale. Ces résultats obtenus devinrent permanents par l'application immédiate de notre appareil.

La malade avait une ancienne maladie du foie; elle était sujette à des rhumatismes qui depuis plusieurs années ne la quittaient plus, et occupaient principalement les articulations de la main droite. Son genre de vie et de nourriture était très régulier, mais elle vivait presque exclusivement de végétaux. Très impressionnable, elle se désolait à l'idée de rester plusieurs mois au lit; elle craignait que l'affection du foie ne se réveillât, et n'apportât des entraves à la guérison.

Cependant l'appareil fut supporté pendant trois mois avec la plus grande facilité, sans amener la moindre excoriation, et avec si peu de souffrance que la malade ne cessait de répéter ; « Je suis » convaincue que je n'ai rien, qu'il n'y a pas de fracture. » Cette malheureuse idée a donné lieu à de nombreuses infractions; la malade remuait sans cesse, faisait à chaque instant retourner ses oreillers. Une miette de pain tombée dans l'appareil suffisait pour tout déranger afin d'aller à sa recherche.

Malgré tous ces mouvements inconsidérés, quand, *après trois mois*, on lève l'appareil, on constate qu'il n'y a pas de raccourcissement appréciable; le membre n'est pas amaigri; la consolidation paraît solide : pas de douleur; peu de roideur dans le pied et le genou. La malade marche d'abord avec des béquilles sans poser sur le sol le membre fracturé. Un mois plus tard elle marche à l'aide d'un béquillon en appuyant sur le membre lésé. Peu après elle éprouve dans l'articulation coxo-fémorale un peu de douleur qui s'irradie jusqu'au genou, et en même temps on s'aperçoit d'un raccourcissement de quelques millimètres. L'hiver arrive, la douleur persiste, le raccourcissement augmente. La malade évite alors de marcher, et elle éprouve moins de douleur. Le raccourcissement, qui est de 1 centimètre et demi, n'augmente plus. Elle ne peut soulever le membre tout d'une pièce. Quand elle est au lit, elle le fléchit, mais en traînant le talon, qui appuie sur le matelas. Dans l'aine, dans le point occupé par l'articulation coxo-fémorale, la tumeur osseuse signalée n'a pas diminué de volume. Pas d'amaigrissement du membre; santé générale meilleure qu'elle n'a été depuis plusieurs années; l'hépatite est à peu près guérie; plus de traces de rhumatisme. Le progrès vers une guérison définitive est lent, comme dans ce genre de lésion; néanmoins on peut le constater d'un mois à un autre. La marche devient de plus en plus solide. Le raccourcissement consécutif reste limité à 1 centimètre et demi; la douleur articulaire coxo-fémorale ainsi que la tumeur occupant le siége de l'articulation ne permettent pas de douter que la fracture ne soit intra-capsulaire.

La consolidation a été retardée par diverses causes : par les mouvements incessants de la malade pendant qu'elle était dans l'appareil, par sa constitution lymphatique, par son affection ancienne du foie, et surtout par son état rhumatismal habituel, qui depuis la fracture a disparu.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Dessaint (J.-A.-G.), né à Châlons-sur-Saône (Saône-et-Loire); *Du renversement de l'utérus et de son traitement.*

Saurel (B.-A.-P.), né à Pau (Basses-Pyrénées); *Des premiers soins à donner au nouveau-né à l'état normal et dans certaines conditions pathologiques.*

Durand (A.), né à Saint-Epain (Indre-et-Loire); *Essai sur les effets de la foudre sur l'homme.*

Malachard (J.-B.-P.), né à Morgon-de-Ville (Rhône); *De la délivrance et des accidents qui peuvent la compliquer.*

Barrand (F.-H.), né à Avoudré (Doubs); *Du favus, de sa nature et de son traitement.*

Louail (L.-M.), né à Rennes (Ille-et-Vilaine); *Essai sur l'épilepsie, avec quelques recherches statistiques sur sa fréquence et sa distribution géographique en France.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

CORRESPONDANCE.

HÉMORRHAGIES CÉRÉBRALES

survenues avant et pendant l'accouchement.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, ce 5 octobre 1854.

Monsieur le Rédacteur,

Votre numéro de mardi dernier (3 octobre) contient un article à propos de la thèse de M. le docteur Holaind sur les hémorrhagies cérébrales survenues avant et pendant l'accouchement. N'ayant pas cette thèse sous les yeux, je ne puis savoir si ce jeune et honorable confrère a tenu compte dans son travail de ce qui avait précédé celui-ci. Or, si vous voulez bien me le permettre, je rappellerai que le tome XVI des *Archives générales de médecine*, p. 489 (avril 1828), contient un article de moi, intitulé *Mémoire sur l'hémorrhagie cérébrale pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement.*

Si j'en juge par les fragments de la thèse de M. Holaind que vous avez cités avant de rapporter les deux observations recueillies dans le service de M. le professeur Rostan, il y a une étrange analogie entre ces opinions et celles que j'ai publiées il y a déjà bien longtemps.

Je suppose qu'en écrivant sur l'hémorrhagie cérébrale M. le docteur Holaind aura consulté l'ouvrage de Rocboux, qui combat ma manière de voir sur les causes probables de l'apoplexie des femmes en couches, causes absolument identiques à celles qu'il indique dans sa thèse.

Qu'il me permette de lui conseiller de lire l'excellent chapitre de la *Clinique médicale de l'hôpital Necker*, publiée en 1835 par notre honorable maître M. Bricheteau. Il trouvera, page 458, une étude approfondie des causes qui produisent les hémorrhagies cérébrales chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées.

Je ne prétends pas imposer à tous les jeunes candidats au doctorat l'obligation de connaître ce qu'ont fait leurs devanciers. Loin de moi l'idée de leur faire un crime d'un défaut d'érudition bien pardonnable; mais j'aime à croire que M. Holaind ne trouvera pas mauvais que je m'attribue une petite part dans la découverte, si découverte il y a, de quelques-unes des causes qui expliquent l'apoplexie des femmes dans les conditions qui ont été examinées par moi si longtemps avant qu'elles aient été aperçues par lui.

Agréez, etc.

P. Ménière,
agrégé de la Faculté.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 OCTOBRE 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

M. le professeur Stoltz (de Strasbourg) a communiqué à l'Académie des sciences une observation extrêmement intéressante d'opération césarienne pratiquée deux fois sur la même femme avec un résultat également heureux pour la mère et pour les enfants. On se rappelle qu'il y a six semaines ou deux mois environ, M. le docteur Lebleu (de Dunkerque) communiquait à l'Académie de médecine un fait analogue, mais moins heureux cependant, la mère ayant succombé à la suite de la deuxième opération (ce qui réduit à trois les existences qu'elle a sauvegardées), tandis que dans celui de M. Stoltz il y a eu par le fait des deux opérations quatre existences soustraites aux chances de mort. Ces faits, qui se multiplient depuis un certain nombre d'années dans les départements et à l'étranger, pendant qu'à Paris depuis un demi-siècle les tentatives de ce genre ont été constamment malheureuses, sont un grave sujet de méditation. Quelles sont les influences cachées, les causes directes ou indirectes de cette différence dans les résultats d'une même opération, différence telle que la conduite de l'accoucheur en présence de difficultés et d'indications identiques ne saurait être la même là et ici, et qu'une opération que l'humanité condamne à Paris soit non-seulement praticable, mais commandée même par les préceptes des maîtres de l'art à Strasbourg, à Dunkerque et partout ailleurs? C'est là une question des plus graves, et dont les éléments principaux semblent jusqu'ici nous échapper. Nous regrettons que les COMPTES RENDUS n'aient pas publié l'observation de M. Stoltz, qui eût pu jeter peut-être quelque lumière sur cette question obscure. Mais ce regret est tempéré par la promesse qui nous a été faite de sa publication prochaine avec un complément.

Nous signalerons à nos lecteurs les intéressantes recherches de M. Giraudet sur l'une des causes qui concourent à la production des accidents mortels résultant quelquefois de l'inhalation du chloroforme. Ils en trouveront l'exposé complet au compte rendu.

Parmi les nombreuses communications relatives au choléra que l'Académie reçoit journellement, il en est une que nous signalerons aujourd'hui comme présentant un intérêt particulier au point de vue des études étiologiques de la maladie. Lors de l'épidémie de 1849 quelques médecins et géologues se fondant sur des observations concordantes faites dans un grand nombre de points du globe, émirent l'idée d'un rapport entre la marche du choléra et la composition géologique des contrées qu'il parcourt, indépendamment de leur altitude. Ainsi les terrains granitiques étaient considérés comme excluant le choléra, tandis que l'épidémie semblait élire plus particulièrement domicile sur les terrains tertiaires, les terrains d'alluvion. Cette opinion fut surtout soutenue et défendue à cette époque par M. Boubée, qui vient de trouver dans ce qui se passe en ce moment dans le département de l'Ariége, une confirmation complète des propositions qu'il a émises il y a cinq ans. On ne lira pas sans intérêt ces rapprochements et les applications pratiques que l'auteur en déduit.

Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

De l'étranglement. — Qu'est-ce qu'une hernie étranglée? Dans quelques circonstances la hernie devient douloureuse, dure, et elle cesse de rentrer, si elle rentrait: en même temps le malade éprouve une sensation douloureuse dans la région de l'ombilic, il est pris de nausées et de vomissements. Ces vomissements contiennent d'abord les aliments, puis la bile, puis des matières excrémentitielles; il survient du ballonnement du ventre, du hoquet, des sueurs froides, des lypothimies; le pouls devient filiforme ; enfin le malade succombe. Tels sont les symptômes de l'étranglement herniaire. Mais ces symptômes n'appartiennent pas à l'étranglement seul ; on les voit aussi se manifester dans les péritonites aiguës, dans les cas d'intussusception ou d'étranglement interne.

Ces symptômes ont été connus des anciens, mais comme ils ne connaissaient point l'anatomie pathologique, ils ont confondu cet assemblage de symptômes appartenant à plusieurs maladies différentes sous les noms d'*iléus* ou de *volvulus*. Le premier exemple connu d'une opération pratiquée pour remédier à l'étranglement, date du milieu du seizième siècle. C'est un chirurgien de Blois, nommé Maupas, qui eut le premier l'idée de mettre à nu le col de la hernie par une incision s'étendant à peu près également au-dessus et au-dessous du scrotum. Après lui vint Franco, qui développa une théorie de la hernie étranglée, dans laquelle il voyait trois choses : l'inflammation, l'accumulation de matières liquides et la distension par des gaz ou des *ventosités*, comme il les appelait. Jusque-là les chirurgiens n'avaient été préoccupés que d'une chose, l'accumulation des matières fécales durcies dans l'intestin hernié. Franco y introduit un nouvel élément qu'il exprime par le mot d'incarcération. Cette théorie fut reprise ensuite par Bauhin, qui fit jouer un rôle plus exclusif encore aux ventosités. Puis vient Formi, de Montpellier, qui le premier émit l'idée d'étranglement et du débridement de l'anneau.

A dater de ce moment, l'étranglement par les anneaux joue un rôle dans toutes les théories; on ne connaissait pas encore le canal inguinal, on ne connaissait que les anneaux. Aussi tous les chirurgiens de la dernière moitié du dix-septième siècle et ceux de la première moitié du dix-huitième rapportent-ils l'obstacle à la réduction des hernies aux anneaux. C'est ainsi que Dionis, admettant que l'étranglement est occasionné par l'anneau externe, conseille d'inciser cet anneau.

Ici une nouvelle phase s'ouvre pour l'histoire des hernies étranglées. Il s'agit de chercher comment se fait l'étranglement herniaire.

Garengeot admet qu'il y a dans l'étranglement un amas de matières fécales dans la portion d'intestin herniée et une inflammation qui de ce point se communique à l'anneau. Ledrens, développant cette idée, dit que les matières fécales accumulées enflamment l'intestin qu'elles distendent, et consécutivement l'anneau, dont le diamètre se trouve ainsi diminué : d'où l'étranglement de la portion d'intestin qui l'a franchi.

Une autre interprétation est donnée par Arnaud, qui voit dans l'étranglement le résultat de la stase du sang par suite de la compression des vaisseaux et de la gêne où se trouvent les parties engagées dans les ouvertures.

Nous voici arrivés à l'Académie de chirurgie, qui, jugeant nécessaire d'éclairer les praticiens sur ce point de doctrine chirurgicale, chargea l'un de ses membres, Boursault, de rédiger un mémoire sur ce sujet. Boursault, dans ce mémoire, faisant revivre l'idée de Franco, admet deux sortes d'étranglements : un étranglement par engouement de matières, et un étranglement par inflammation. C'est là l'origine de la doctrine moderne sur l'étranglement herniaire, qui a pris naissance, comme on le voit, en France et qui se répandit ensuite dans les autres pays.

Scarpa, en Italie, étudiant à son tour l'étranglement, se souvient qu'on a appelé cet état du nom d'incarcération, ce qui est au fond la même chose. Mais il se demande s'il ne pourrait pas y avoir aussi un étranglement *spasmodique*. Cette idée était probablement empruntée de Richter, qui, indépendamment de l'étranglement inflammatoire, admettait aussi comme probable l'existence d'un étranglement spasmodique, et se demandait s'il ne pourrait pas exister un étranglement bilieux. Scarpa, toutefois, n'alla pas aussi loin dans cette voie que Richter; il se borna à reconnaître l'existence d'un spasme du tube digestif comme cause d'étranglement, mais sans citer aucun fait à l'appui.

A. Cooper a admis aussi cet étranglement spasmodique, sur lequel il s'était fait une théorie à lui. Il professait que cet étranglement était difficile et rare à l'anneau externe, mais qu'il était possible à l'anneau interne. Cependant il finit par déclarer qu'il n'y a pour lui qu'une seule espèce d'étranglement, pouvant varier seulement par le degré. Cette dernière manière de voir était trop exclusive.

Revenons à l'école française.

La chirurgie française reconnaissait deux états différents dans l'étranglement. Boyer avait consacré ces deux états différents en admettant l'*étranglement inflammatoire* et l'*engouement*. Mais il alla trop loin lorsque, se laissant entraîner par l'autorité de l'Académie de chirurgie, il déclarait que « l'étranglement consiste dans l'interception complète ou presque complète du cours des matières, interruption qui résulte de l'impossibilité de réduire la hernie et qui provoque des accidents graves. »

Cette définition péchait, en effet, en ce qu'elle laissait de côté les hernies épiploïques sujettes, comme les autres, à l'étranglement, bien qu'il n'y ait point d'arrêt du cours des matières. Mais ce n'est pas tout : Boyer, disions-nous, reconnaît deux variétés d'étranglement, l'étranglement par inflammation, l'étranglement par engouement, et voici comment il définit ce dernier. Les matières fécales s'accumulent d'autant plus facilement, dit-il, dans l'anse intestinale déplacée que celle-ci se trouve soustraite à l'action du diaphragme et des muscles abdominaux et que rien par conséquent ne force plus ces matières à sortir. Aussi trouve-t-on habituellement dans les vieilles hernies une accumulation plus ou moins considérable de matières fécales. Eh bien, malgré ce qu'elle aurait d'assez naturel au premier abord, cette explication est complétement en désaccord avec les faits cliniques. M. Malgaigne a vu un assez grand nombre de hernies très volumineuses qui rendaient à la percussion un son clair dans toute leur étendue et qui ne contenaient par conséquent point de matières. Ces donnés, recueillies sur le vivant, pouvant à la rigueur être suspectes d'erreur, M. Malgaigne ne s'en est pas tenu là, et il a saisi toutes les occasions qui lui en ont été offertes d'examiner ces hernies sur le cadavre. Dans les autopsies qu'il a faites, notamment chez deux sujets dont l'un avait une grosse hernie de l'intestin grêle et l'autre une hernie volumineuse où le côlon était renfermé en grande partie, il a trouvé les hernies vides. Enfin, les opérations complètent cette démonstration; dans toutes celles qu'a faites M. Malgaigne, il n'a jamais rencontré de matières fécales dans les intestins. Quant aux rares observations où on en a trouvé, c'était évidemment en trop petite quantité pour expliquer les accidents de l'étranglement.

Il est intéressant d'examiner quelles étaient les conséquences que l'on attribuait à l'engouement. « Lorsque l'amas de matières est peu considérable, disait Boyer, que l'ouverture herniaire est large, il n'en résulte que quelques coliques et des borborygmes. Mais si cette accumulation est considérable et l'ouverture petite, il en résultera une interruption complète du cours des matières, un étranglement. » Mais cette dernière assertion implique contradiction avec ce que Boyer dit un peu plus loin : « que l'engouement survient dans les hernies anciennes, volumineuses, dans lesquelles l'ouverture qui donne issue aux parties a acquis par degrés une dilatation considérable. »

Passant aux symptômes, Boyer dit que l'étranglement par engouement diffère de l'étranglement inflammatoire en ce que le premier procède toujours avec lenteur. Mais, ajoute-il plus loin, c'est la marche ordinaire, car il arrive quelquefois que, l'inflammation survenant, il se développe des accidents aigus et qui marchent avec autant de rapidité que dans l'étranglement inflammatoire. Il serait assez indifférent que cette théorie fût vraie ou fausse, si elle n'entraînait immédiatement des conséquences pratiques de la plus haute importance. Cette manière de voir de Boyer le conduit en effet à formuler ce précepte : « que chez les sujets avancés en âge et d'une grande faiblesse il faut pratiquer l'opération dans les trois ou quatre premiers jours, bien que les accidents n'augmentent pas et que la nature de l'étranglement permette du délai. »

Ce précepte, qui peut être justement qualifié de témérité, était fondé sur cette opinion erronée de Boyer que l'opération de la hernie étranglée n'est point dangereuse par elle-même. Cette opinion était aussi celle de Pott et de Pelletan. Il suffit de consulter les faits et la statistique pour apprécier à sa juste valeur cette opinion. Sur un total de 183 opérations pratiquées dans l'espace de cinq ans dans les hôpitaux de Paris, M. Malgaigne a trouvé 114 morts; et sur 97 opérés âgés de cinquante à quatre-vingts ans, la mortalité a été de 70.

Veut-on des faits plus précis, qui prouvent à la fois et les erreurs nombreuses qui ont été commises et le danger de l'opération, en voici quelques-uns.

Percival Pott, appelé auprès d'un malade dont la hernie s'était tuméfiée à la suite d'un coup de pied de cheval, prescrit un purgatif, qui n'amène point de matières fécales. Un second purgatif n'ayant pas eu plus d'effet, le malade est opéré le troisième jour. On trouve dans la hernie une portion d'épiploon sain. Le malade

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février; 7, 28 mars; 4, 11 avril; 2, 9, 30 mai; 25 juillet : 16 septembre et 3 octobre.

succombe le cinquième jour, et à l'autopsie on constate que l'épiploon était gangréné.

Dupuytren cite le fait d'un chirurgien qui, se trouvant en face d'une hernie inguinale irréductible depuis deux ans, et qui était devenue depuis quelques jours dure, rénitente et douloureuse, se décida à pratiquer l'opération. On ne trouva rien dans le sac, qu'une petite quantité de liquide séro-purulent, et pas de trace d'étranglement. Le malade succomba quelques heures après l'opération.

Voici un fait qui est arrivé dans une autre circonstance à Dupuytren lui-même. Un homme est apporté à l'Hôtel-Dieu dans un état des plus graves : extrémités froides, visage décoloré, pouls filiforme, ventre tendu et douloureux, hoquet, constipation et vomissements. Il existait deux hernies inguinales douloureuses. Une saignée et des lavements suivis d'évacuations alvines abondantes apportent une amélioration considérable dans l'état du malade ; les vomissements cessent. Malgré cet amendement, Dupuytren opère. Il n'y avait d'étranglement ni d'un côté ni de l'autre. Le malade a heureusement échappé aux suites de ces deux opérations inutiles.

Un des chirurgiens les plus distingués de nos jours reçoit dans son service un malade ayant une grosse hernie scrotale, irréductible datant de plusieurs années, et qui était devenue depuis plusieurs jours le siége de douleurs, mais sans autre signe d'étranglement, si ce n'est la suppression des selles. Après plusieurs tentatives infructueuses de taxis, des applications de sangsues réitérées, des purgatifs, etc., la hernie ne rentrant pas, le chirurgien se hâte d'opérer. Il n'y avait pas d'étranglement. Le malade succomba vingt-quatre heures après.

Un autre chirurgien reçoit un enfant présentant tous les signes de la hernie étranglée. Le taxis est renouvelé six fois dans les vingt-quatre heures sans résultat. On opère, de guerre lasse. Le petit malade succombe, et l'autopsie fait reconnaître une gangrène de l'épiploon.

Enfin, voici un fait qui appartient à M. Malgaigne lui-même. En 1837, tandis qu'il faisait le service de la Maison de santé, il eut affaire à un malade portant une hernie irréductible. Après six heures de tentatives infructueuses de taxis, il se décida à opérer, et il trouva un épiplocèle enflammé et adhérent par presque tous les points. Le malade succomba, et à l'autopsie on trouva une épiploïte suppurée.

On voit par tous ces exemples combien l'opération prématurée est meurtrière et combien par conséquent est téméraire le précepte de Boyer. Cependant n'y a-t-il rien de vrai dans la doctrine de ce chirurgien, qui a séduit presque tous les praticiens de l'époque ? Ce qu'il y a de vrai, c'est l'existence d'une irritation primitive de la hernie, irritation qui peut être légère, fugace, mais qui peut aller quelquefois jusqu'à l'inflammation la plus intense, l'inflammation adhésive ou suppurative, sans qu'il y ait eu d'étranglement primitif. Dans ce cas, il n'a lieu que consécutivement. C'est cet étranglement par engouement ou inflammation primitive que M. Malgaigne désigne sous le nom de *pseudo-étranglement* ou de *péritonite herniaire*.

Dans l'étranglement vrai, primitif, que l'on a appelé inflammatoire, il n'y a pas d'inflammation ; c'est une striction directe de l'intestin hernié ; l'inflammation, lorsqu'elle survient dans ces cas, ne se montre que consécutivement à la striction. Voilà, comme on le voit, deux catégories de faits bien distinctes.

Voyons maintenant quelles sont les causes de l'engouement ou du pseudo-étranglement : c'est ce que nous exposerons dans un prochain numéro.

OBSERVATION DE CONGESTION CÉRÉBRALE

pendant le travail de l'accouchement.

Recueillie par M. P.-J. Cabaret, docteur en médecine à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

Lorsque les efforts que nécessite la parturition s'exécutent déjà depuis quelque temps, la femme est fréquemment atteinte de vives douleurs à la tête ; la face rougit et se gonfle ; les yeux s'injectent, deviennent humides et étincelants. La respiration est difficile, un engourdissement général se fait sentir et des tremblements agitent les membres. Le pouls est dur, plein, mais lent et entravé dans son développement ; les artères carotides et temporales battent avec force.

Privée subitement de connaissance, la malade tombe tout à coup comme une masse inerte ; les membres sont en résolution ou dans un état de roideur. A ces signes, il est impossible de méconnaître une congestion sanguine dirigée vers le cerveau, un état apoplectique commençant et qui marche avec plus ou moins de rapidité. Cet accident, plus ordinaire aux femmes fortes et vivement colorées, se manifeste cependant quelquefois chez des sujets d'une organisation opposée, mais dont le système nerveux est très-irritable.

Cet état peut persister plus ou moins longtemps, entraîner la mort au bout de quelques minutes, ou après un certain nombre d'heures, ou se terminer par un retour subit ou progressif à la santé. La congestion ayant cessé, on a vu quelques accidents persister, l'intelligence se troubler pendant un temps plus ou moins long. Un affaiblissement des sens, un certain embarras dans la prononciation, une faiblesse générale ou partielle, etc., etc., peuvent lui succéder.

Cette variété de la congestion cérébrale des femmes en couches a été attribuée à la compression de l'aorte ventrale par la matrice, et au reflux vers la tête du sang qui ne peut descendre vers les membres abdominaux. Cette explication peut être contestée ; mais ce qui est démontré par l'observation clinique, c'est que l'afflux et la stase du sang vers les parties supérieures sont en raison de la force du sujet, de la multiplicité et de la longueur des efforts auxquels il se livre. Ces congestions sont encore favorisées, ou même provoquées chez certaines femmes par les passions vives, telles que la colère, l'impatience, etc., etc.

Le moyen le plus efficace pour dissiper, dans le cas dont il s'agit, l'embarras du cerveau, et rendre au travail sa régularité, c'est la phlébotomie.

La quantité de sang qu'il faut évacuer sera proportionnée à l'âge, à la force et au tempérament de la malade. Toutefois, le praticien instruit ne se laissera pas tromper par la faiblesse apparente qui se manifeste assez souvent dans ces cas ; il saignera, parce qu'il sait que le meilleur moyen de rétablir les forces consiste à rendre au système nerveux la liberté de son action. Il ne devra pas oublier cependant qu'il existe un précepte général à adapter à la prescription de la saignée dans l'état de grossesse, de ne tirer que peu de sang à la fois, et même de mettre de temps en temps le doigt sur l'ouverture de la veine, selon le sage conseil de Lazare Rivière, afin d'éviter les syncopes et les mouvements trop brusques.

Dans un grand nombre de cas, les émissions sanguines convenablement pratiquées produisent d'heureux résultats, et bien souvent sous leur influence disparaissent tout à coup la céphalalgie, les étourdissements, les tintements d'oreilles, les engourdissements des membres, l'assoupissement, etc., etc. ; puis l'accouchement, abandonné aux seuls efforts de la nature, se termine spontanément. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et fréquemment, en dépit de la saignée, des applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, au cou, le long de la colonne vertébrale ; de l'emploi des révulsifs aux extrémités inférieures, des topiques réfrigérants sur le crâne, des lavements purgatifs, etc., ou bien les symptômes persistent, ou bien ils disparaissent pour revenir bientôt, et avec plus d'intensité qu'auparavant.

La congestion cérébrale constitue toujours un accident grave lorsqu'elle se manifeste pendant le travail de l'accouchement. Elle ne pourra manquer de recevoir une grande exaspération des efforts que la femme sera obligée de faire, soit par la respiration, soit par les contractions musculaires, parce que ces deux fonctions jouissent d'une très grande influence sur l'activité de la circulation. Elle pourrait même devenir assez dangereuse pour se terminer rapidement d'une manière funeste, si l'on n'y remédiait promptement. Mais ici, on doit facilement le concevoir, la thérapeutique habituelle de l'hypérémie sera tout à fait impuissante tant qu'on ne sera pas parvenu à détruire les efforts, qui excitent et exaspèrent l'accident.

La première indication qu'il importera de remplir sera donc de débarrasser la matrice ; car, comme toutes les contractions utérines et musculaires tendent vers ce but, elles cesseront totalement, pour ainsi dire, aussitôt qu'il aura été atteint.

Pour parvenir à ce résultat, l'art possède deux moyens : la version et l'application du forceps.

La version se fait toutes les fois que le col est assez dilaté pour permettre à l'accoucheur d'introduire la main dans la cavité utérine, et à l'enfant de le traverser sans le contondre ou le déchirer, et toutes les fois que la tête n'est pas assez engagée dans l'excavation pelvienne pour qu'il ne soit pas plus avantageux et plus prompt d'appliquer le forceps.

Quant à l'extraction au moyen de cet instrument, elle est spécialement indiquée si la tête, ayant déjà franchi le col, plonge dans le petit bassin, et si, en même temps, la poche des eaux est rompue.

Telle était l'indication qui se présentait dans l'observation que je vais rapporter.

Mme L..., âgée de vingt-sept ans, douée d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, mariée en 1846, devint enceinte peu de mois après son mariage. Parvenue au terme de sa grossesse, elle commença, le 30 mars 1847, à onze heures du matin, à ressentir les premières douleurs de l'accouchement, qui, d'abord légères, devinrent plus fortes et plus fréquentes dans le courant de l'après-midi, et les eaux s'écoulèrent vers huit heures du soir.

Environ dix minutes après, elle se leva inopinément en renversant son fauteuil avec violence et en s'écriant : « Ah ! ma tête ! » et à l'instant même elle tomba sur le plancher privée de sentiment.

Je la vis vingt minutes environ après l'attaque ; elle avait repris connaissance et jouissait entièrement de ses facultés. La face était chaude, un peu colorée ; tout le corps était frissonnant, le pouls plein et fréquent ; la malade accusait une violente céphalalgie.

On pratiqua immédiatement une saignée du bras, sous l'influence de laquelle le pouls se régularisa. Le froid général disparut au bout de quelque temps, et la malade ne se plaignait plus alors que de céphalalgie gravative avec sensation de roideur dans le cou et avec douleur qui s'étendait en bas, suivant le trajet des vertèbres cervicales. Le pouls conservait de la fréquence et une force convenable.

Après l'administration des premiers soins, je pratiquai le toucher et je reconnus que le col de l'utérus était peu dilaté. La tête se présentait naturellement, mais n'occupait encore que le détroit supérieur. Les douleurs continuèrent durant toute la soirée et augmentèrent la nuit sans que le travail avançât sensiblement. Pendant trois heures l'intensité de la céphalalgie varia beaucoup, le pouls était redevenu plus fréquent et assez résistant ; les autres fonctions s'exécutaient normalement, et la malade conservait toutes ses facultés de relation. Elle jouissait aussi de l'usage de tous ses membres, pouvant quitter le lit avec un peu d'aide et rester assise pendant un temps assez prolongé.

Le 1er avril, à une heure du matin, le col de l'utérus était un peu effacé ; la tête semblait avoir baissé. J'en augurai que l'accouchement allait bientôt se terminer ; mais je fus trompé dans mon attente, car les douleurs expulsives cessèrent.

Tout à coup Mme L... déclara éprouver de grands troubles dans la vision ; parfois elle voyait des étincelles ; par instants, cécité complète, tintements d'oreilles, audition de bruits anomaux, de battements de cloches, de sifflements. L'intelligence était obtuse ; la moindre attention fatiguait la malade, qui ne répondait que difficilement aux questions qui lui étaient adressées. Tendance au sommeil ; fourmillements, picotements dans les bras et les jambes. Face colorée ; yeux légèrement saillants, plus brillants que dans l'état de santé. Les lèvres étaient tuméfiées, la peau chaude, le pouls dur, plein et régulier ; les veines faisaient saillie sous la peau, et les artères carotides et temporales battaient avec violence.

L'examen le plus attentif ne faisait constater aucun phénomène d'excitation nerveuse. — Saignée de 250 grammes au bras ; boissons délayantes ; diète sévère ; compresses imbibées d'oxycrat sur le front ; cataplasmes de farine de lin arrosés de vinaigre aux membres inférieurs. On eut soin de coucher Mme L... le haut du corps fort élevé.

Cette médication apporta de l'amendement dans l'intensité des accidents. Après quelques vomissements de matières muqueuse et bilieuse qui survinrent spontanément, les contractions utérines revinrent avec énergie, et l'on se livra de nouveau à l'espérance de voir l'accouchement se terminer prochainement.

A 3 heures du matin, douleur excessivement forte à la tête ; la face était plus rouge et les yeux s'ouvraient avec peine. Bien qu'ayant recouvré un peu plus de connaissance, la malade, plongée dans une prostration très grande, répondait péniblement aux questions qui lui étaient faites. — Seize sangsues aux apophyses mastoïdes, avec recommandation de faire fluer longuement les piqûres ; cataplasmes sinapisés aux mollets.

Bien que les douleurs persistassent avec assez de fréquence, que le toucher permît de reconnaître que l'amincissement et la dilatation de l'orifice utérin étaient un peu plus marqués, le travail d'ailleurs n'avait pas rapidement progressé.

A sept heures du matin, l'écoulement continu et abondant des piqûres des sangsues produisit une amélioration qui dura quelque temps.

A neuf heures, je revins auprès de Mme L..., que j'avais quittée momentanément. Les contractions utérines, assez faiblement expulsives, semblaient aggraver les symptômes de congestion cérébrale. Pendant leur durée, en effet, la face spécialement s'injectait de la manière la plus évidente.

A dix heures du matin, perte totale de connaissance, anesthésie, abolition des mouvements ; les yeux semblaient sortis de leurs orbites. La respiration était râlante, même légèrement stertoreuse ; la peau rouge et chaude, surtout vers la région du cou ; le pouls fort et très développé.

La position de cette femme parvenue à ce degré de gravité m'inspirait les plus vives inquiétudes. La violence de ces congestions sanguines si souvent répétées me faisait craindre qu'elle ne succombât.

Quant à l'enfant, il était vivant ; ses mouvements et l'auscultation me l'annonçaient d'une manière certaine. La prolongation du travail cependant pouvait à la longue entraîner sa mort.

Quand tous les moyens avaient échoué, devais-je rester dans l'inaction et laisser périr la malade plutôt que de recourir à une opération qui a été plusieurs fois couronnée d'un plein succès ? Heureusement l'orifice était suffisamment dilaté et franchi par la tête, qui occupait l'excavation pelvienne. Je me décidai à terminer sur-le-champ l'accouchement. J'appliquai le forceps sur les côtés de la tête, et, après l'avoir solidement articulé, j'eus soin d'imprimer à celle-ci les mouvements qu'elle exécute ordinairement pour compléter les divers temps qui constituent le mécanisme de l'accouchement naturel. Les tractions et rotations furent exécutées avec prudence, sans secousses brusques, mais avec une force proportionnée à la résistance des obstacles à surmonter et soutenue à un degré aussi égal que possible.

Les douleurs ayant totalement cessé pendant l'extraction de l'enfant, je ne désarticulai pas l'instrument, lorsque la tête, engagée dans la vulve, commença à distendre le périnée. L'inertie de la matrice était devenue telle que sans cette précaution il eût fallu réintroduire le forceps.

Enfin, après avoir triomphé de quelques difficultés peu sérieuses, l'instrument amena, sans provoquer de déchirure à la vulve, un enfant du sexe masculin fort et bien développé.

La délivrance, qui fut faite une heure après, ne présenta rien de particulier.

Mme L..., toujours privée de connaissance, fut reportée dans son lit. Ce ne fut qu'au bout de deux heures qu'elle se mit à parler. Ignorant complétement son accouchement à l'aide du forceps, elle nous dit n'avoir aucune notion de ce qui s'était passé.

Le lendemain, cette malade était dans un état satisfaisant. Nul accident ne survint pendant les couches, et le rétablissement fut prompt et entier.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 octobre 1854. — Présidence de M. Combes.

Opération césarienne. — M. Velpeau présente au nom de M. le professeur Stoltz (de Strasbourg) la relation d'une opération césarienne pratiquée pour la seconde fois sur la même femme avec un succès complet. Ce mémoire doit être prochainement suivi d'un autre qui en formera le complément.

Choléra. — M. Boubée prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour le prix du *legs Bréant* un opuscule qu'il a publié sur le choléra-morbus et qu'il adresse en double exemplaire, avec un exemplaire du n° 20 du journal *La Réforme agricole*, dans lequel il a consigné de nouvelles observations relatives à la *marche géologique du choléra*. — Les conclusions auxquelles l'avaient conduit ses observa-

tions dans les épidémies de 1832 et 1848, et dont il avait entretenu alors l'Académie, ont été, dit-il, justifiées par les observations faites en 1854. Il appelle particulièrement l'attention sur le fait suivant :

« La *vallée de l'Ariége* est remplie par un terrain diluvien très puissant qui sur divers points acquiert un très large développement et une grande profondeur. Elle se trouve ainsi, plus que beaucoup d'autres vallées pyrénéennes, dans les conditions qui favorisent particulièrement le développement de l'épidémie; et en effet le choléra s'est appesanti sur l'Ariége, et il y exerce en ce moment de cruels ravages, surtout à Pamiers et à Saverdun, qui sont les points où le terrain diluvien offre le plus grand développement, et aussi dans le vallon de Barguillières, un peu au-dessus de Foix, vallon rempli par de puissants dépôts alluvionnaires; à Arnaulac, village bâti sur un massif de terrain diluvien, etc.

» A une époque où il n'était pas encore question de l'invasion du choléra dans l'Ariége, j'avais indiqué les villes de Foix et d'Ax comme devant, à raison de la constitution géologique du sol sur lequel elles reposent, échapper à ce fléau. J'avais aussi indiqué Bagnères-de-Luchon et Saint-Bertrand-de-Comminges dans le centre des Pyrénées, ainsi que Barèges et Cauterets, comme ne pouvant pas être atteints; or, bien que l'épidémie paraisse se répandre sur beaucoup de points tout à l'entour des Pyrénées et jusqu'au sein de ces montagnes, je ne crains pas de répéter avec assurance que ces villes et toutes celles qui reposent sur des rochers compactes, et surtout sur des rochers appartenant aux terrains de granit et de micaschiste, seront complétement préservées, quelque faible que soit leur altitude au-dessus de la mer. Je ne crois pas m'abuser en disant qu'il y aurait à faire de ces remarques une application utile dans le choix des emplacements destinés à l'établissement des hospices, des casernes, des prisons, toutes les fois qu'on est libre de placer ces grands établissements sur un point ou sur un autre. »

— M. Legrand appelle l'attention de l'Académie sur les bons résultats qu'il a obtenus pour arrêter les dérangements intestinaux qui précèdent le choléra, de l'emploi de pilules dont nous avons donné la formule dans l'un des numéros précédents. (Renvoyé à la section de médecine et de chirurgie, avec une foule d'autres pièces adressées pour le prix Bréant.)

Effets de la pression du diaphragme dans les inhalations du chloroforme. — M. Giraudet adresse sur ce sujet une note dans laquelle il relate les résultats d'expériences qu'il a entreprises dans le but de vérifier la part que pouvaient avoir dans la production des accidents mortels qui suivent quelquefois l'inhalation du chloroforme certaines circonstances accessoires, telles, par exemple, qu'une pression exercée sur le diaphragme.

« Mes premières expériences, dit l'auteur, ont été faites sur trois lapins âgés de cinq mois, d'une parfaite santé et dont le cœur donnait en moyenne cent dix pulsations par minute. Soumis ensemble à l'inhalation progressive du chloroforme pendant cinq à six minutes, tous ont présenté les symptômes habituels jusqu'à l'anesthésie complète; le nombre des inspirations, qui était de soixante-dix au commencement de l'opération, s'éleva jusqu'à cent dix pendant l'application du chloroforme. J'abandonnai un des lapins aux effets ordinaires de la chloroformisation; sur les deux autres, je pressai la paroi abdominale de manière à entraver le jeu du diaphragme. Au bout de quatre-vingts secondes de cette pression lente et modérée, il n'y avait plus de mouvements respiratoires, le cœur donnait encore quelques impulsions qui cessèrent promptement; j'essayai d'en rappeler un à la vie par les moyens habituels, insufflation, frictions, etc., mes efforts furent complétement nuls. A l'ouverture de la poitrine, je trouvai les poumons presque imperméables, et cependant exempts de toute trace d'engorgement ou d'hépatisation; une légère odeur de chloroforme s'en échappait; le sang, dans les artères, était très-fluide et presque noir; au bout de vingt-quatre heures il conservait encore sa fluidité; pas de traces de coagulation, ni dans les cavités droites du cœur ni dans l'aorte.

« Voulant m'assurer d'une manière irréfragable si la mort dépendait de la gêne apportée au jeu du diaphragme, je recommençai un grand nombre d'expériences sur des chiens jeunes et adultes. Ces animaux, soumis à l'inhalation du chloroforme, étaient insensibles au bout de quatre à cinq minutes; chez tous, le nombre des aspirations, qui dès le début variait de dix-huit à vingt-cinq par minute, s'élevait à la fin de l'inhalation à trente et trente-cinq : chez les plus jeunes on pouvait en compter jusqu'à cinquante par minute. Les mêmes phénomènes observés sur les lapins se reproduisirent exactement, et à l'ouverture du corps nous ne découvrîmes aucunes traces d'altération dans le tissu du poumon; le sang était également noir et fluide. Sur l'un de ces chiens, je parvins à lier les nerfs phréniques; les effets en furent immédiats, instantanés : plus de mouvements respiratoires; le cœur ne cessa ses impulsions qu'au bout de trois minutes, la mort était réelle.

» Pour expérimenter sur des oiseaux chloroformés, il suffit de les comprimer légèrement entre les mains, de manière cependant à empêcher la libre dilatation du thorax; la mort est plus prompte encore que chez les quadrupèdes.

» Lorsqu'on met en rapport ces expériences et les relations d'accidents mortels observés chez l'homme, on est frappé en voyant que la plupart des individus morts pendant de légères opérations, telles que l'avulsion d'une dent, étaient habillés, serrés dans des corsets ou des vêtements trop étroits, et que souvent de fortes pressions avaient été exercées sur la base du thorax; chez toutes ces victimes, on a noté des suffocations, la faiblesse des inspirations et leur augmentation insensible, la petitesse du pouls, la pâleur, etc. On a cherché différentes explications pour ces accidents : celle qui les considère comme le résultat d'une asphyxie me paraît suffisamment établie par les expériences que je viens de rappeler.

» Conclusions. — 1° Toutes les causes qui peuvent gêner le jeu du diaphragme chez les animaux soumis à l'inhalation du chloroforme amènent la mort très-promptement.

» 2° La ligature des nerfs phréniques détermine des accidents mortels plus promptement encore.

» 3° Il y a altération primitive de la fonction respiratoire, changement de rhythme et de caractère, sous l'influence du chloroforme.

» 4° Les pressions exercées sur le thorax me paraissent offrir le plus grand danger chez les individus soumis à l'action du chloroforme.

» 5° De tous les moyens proposés pour rappeler à l'existence les animaux sur lesquels j'ai produit à volonté la suspension de la vie, aucun n'a été suivi de succès; les courants électromagnétiques seuls m'ont donné quelques résultats satisfaisants.

» 6° J'ai employé l'électromagnétisme soit au moyen d'aiguilles implantées dans le diaphragme, soit en établissant un courant à travers un des nerfs phréniques. »

Nouveau principe de thérapeutique. — M. Desiderio, en faisant hommage à l'Académie d'un exemplaire d'un ouvrage qu'il a fait paraître à Venise sous le titre de *Nouveau principe de thérapeutique*, adresse une analyse manuscrite de son travail.

M. Andral est invité à prendre connaissance de ces deux pièces et à en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 septembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. P. Guersant présente à la Société un jeune enfant de trois ans et demi qui, à l'âge de trois mois, eut une fracture dont la consolidation se fit vicieusement. A treize mois, MM. Duval et Thierry constatèrent ce cal difforme, et firent quelques tentatives de redressement. La fracture se reproduisit, mais ne se consolida pas. Cette non-consolidation persista malgré deux sétons et un appareil inamovible maintenu pendant assez longtemps.

L'enfant est entré à l'hôpital il y a trois mois, dans le service de M. P. Guersant. Celui-ci a essayé de mettre en pratique l'acupuncture des extrémités de la fracture, préconisée surtout dans ces derniers temps par M. Brainard. Trois opérations ont été ainsi faites : le 27 juillet une piqûre, le 10 août trois piqûres, et le 24 août trois autres. Ces opérations n'ont été suivies d'aucun accident, mais elles ont été sans résultats favorables pour le malade.

En présentant cet enfant à la Société, M. P. Guersant demande l'avis de ses collègues sur le traitement à employer.

M. Broca désire aussi connaître l'opinion des membres de la Société sur un malade adulte entré dans son service avec une fracture non-consolidée de l'humérus au-dessous de l'insertion du muscle deltoïde. Le séton a été employé inutilement dans ce cas. M. Broca pense qu'il existe là une pseudarthrose, et non un cal fibreux. La mobilité y est très grande.

M. Robert a tenté contre ces fractures non-consolidées les différentes méthodes qui ont été tour à tour préconisées. Dans un cas, il perfora avec quinze aiguilles la substance du cal. Toutefois il n'y eut pas de consolidation, et la jeune malade fut condamnée à porter un brassard. Cet appareil prothétique rendit de grands services sans entraîner d'incommodité. Il se pourrait d'ailleurs que chez cet enfant la non-consolidation tînt à un état diathésique. La résection, qui pourrait être conseillée, serait-elle à son tour suivie d'une consolidation de la fracture? La chose n'est point démontrée. D'autre part, la résection amènera un raccourcissement du membre, qui à son tour nécessitera un appareil prothétique. M. Robert ajoute que dans un certain laps de temps cette fracture peut encore se consolider.

M. Chassaignac ne saurait partager ici l'opinion exprimée par M. Robert sur l'utilité d'un appareil prothétique, car cet appareil peut gêner le développement du membre. D'ailleurs, chez cet enfant, les chances de guérison après la résection sont plus grandes que chez l'adulte, et il croit qu'on doit, avant d'en venir aux appareils qui immobilisent le membre, recourir à la résection.

M. Larrey pense, comme M. Chassaignac, qu'il y aurait inconvénient à se servir d'un appareil qui comprimerait le membre. Mais il faut supposer ici l'emploi d'un appareil simplement contentif. Peut-être, ajoute M. Larrey, que le simple frottement des fragments pourrait ici déterminer une inflammation périostale.

M. A. Richard cite un fait de pseudarthrose du membre inférieur guérie en deux mois par la seule action excitante de la marche.

M. Huguier croit qu'on pourrait dans ce cas essayer l'électro-puncture.

M. Guersant répond à M. Larrey que le frottement a déjà été pratiqué sans succès par M. Thierry. Devant les remarques faites par quelques-uns de ses collègues, il se décide à tenter encore l'acupuncture suivant le procédé de M. Brainard, et s'il n'obtient aucun résultat favorable, il conseillera l'emploi d'un bandage contentif.

— A la suite de la lecture du procès-verbal de la précédente séance, et à propos d'un instrument à écrasement linéaire présenté par M. Chassaignac, M. Robert rappelle qu'il eut une fois l'occasion de s'en servir pour couper des hémorrhoïdes sur un homme de soixante-quatorze ans. De graves accidents succédèrent à l'emploi de cet instrument; le malade mourut, et à l'autopsie l'on trouva un phlegmon diffus qui remontait de l'anus jusqu'à l'S iliaque du côlon. M. Robert pense qu'agissant avec une force contondante énorme cet écraseur linéaire tend à produire une réaction inflammatoire proportionnelle.

M. Chassaignac fait remarquer que M. Robert ne s'est pas servi de cet instrument d'une façon convenable, car il en a exagéré la force au point de le briser. D'ailleurs, M. Chassaignac possède vingt observations de tumeurs hémorrhoïdales détruites à l'aide de cet instrument; les malades se trouvaient très bien au bout de six à huit jours.

Sur la demande de M. Monod, M. Demarquay raconte un fait de tumeur hémorrhoïdale sur le pédicule de laquelle il pratiqua une cautérisation circulaire à l'aide de la pince de M. Amussat. Lorsque la peau et la muqueuse furent détruites, M. Demarquay traversa par un fil double le pédicule de la tumeur et put sans douleur serrer fortement ce fil. Le lendemain il excisa les parties situées au delà du fil, et dix jours après le malade sortait guéri de l'hôpital.

MM. Larrey et Forget citent chacun quelques faits favorables à la cautérisation circulaire des tumeurs hémorrhoïdales.

CORRESPONDANCE.

M. Danyau, nommé juge d'un concours pour une place de médecin au Bureau central, demande un congé.

— M. Larrey fait hommage à la Société d'un travail manuscrit que lui avait légué en mourant l'un de ses anciens élèves de l'hôpital des Cliniques, M. Marcelin Fauraytier. Ce travail est intitulé *Mémoire sur de nouvelles aiguilles, suivi d'observations dans lesquelles elles ont été employées avec succès*, par Marcelin Fauraytier, interne des hôpitaux, lauréat de l'Ecole pratique, membre de la Société anatomique.

L'auteur, déjà connu par l'invention d'un ingénieux *instrument pour la staphyloraphie*, l'a utilement modifié sous forme d'aiguille à manche et à pointe mobile pour en faire l'application à la suture du périnée, aux fistules vésico-vaginales, à la ligature de la langue, à celle du rectum, et aussi à la ligature d'un polype des fosses nasales saillant dans le pharynx.

— M. Marjolin lit de la part de M. Alquié, membre correspondant de la Société, un travail qui a pour objet la restauration de la lèvre inférieure.

— M. Alp. Guérin présente à la Société les voies urinaires d'un malade atteint d'un rétrécissement de l'urètre.

Insistant sur ce que la membrane muqueuse est saine, tandis que le canal de l'urètre est rétréci par une induration du tissu spongieux et un dépôt de lymphe plastique dans les mailles de ce tissu. M. Guérin soutient, d'après des recherches faites à l'amphithéâtre, que tous les rétrécissements sont la conséquence d'un travail organique semblable à celui dont il met le résultat sous les yeux des membres de la Société. Critiquant ensuite la méthode de la cautérisation, et en particulier l'application de bougies de cire saupoudrées de poudre d'alun dont se sert M. Jobert, il ajoute que cette méthode ne peut qu'aggraver l'état du malade. Il propose d'opérer ces rétrécissements par l'urétrotomie, selon le procédé de Syme.

M. Robert regarde comme exceptionnels les rétrécissements dus à un dépôt plastique sous forme de noyau dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux; ils succèdent en général à la blennorrhagie phlegmoneuse. M. Robert croit que l'anatomie pathologique de ces rétrécissements a déjà été bien étudiée par quelques chirurgiens, et en particulier par Lallemand et par M. Mercier. Quant à la méthode de Syme que préconise M. Guérin, elle a déjà donné des insuccès dans les mains de M. Dupierris.

M. Gerdy pense que Lallemand a donné une explication trop générale de ces rétrécissements. Il a vu des urètres rétrécis sur lesquels on ne pouvait sentir aucune induration; mais à l'endroit où avait siégé l'inflammation les tissus n'étaient plus extensibles, et une sonde glissée doucement dans le canal en révélait la présence. A ces phénomènes de rétraction peuvent se joindre des sécrétions organisables, et l'on rencontre alors des indurations de l'urètre.

M. Guérin répond en disant qu'il n'a jamais prétendu avoir découvert ces dépôts sous-muqueux, mais il a voulu en signaler la fréquence et le mécanisme.

M. Debout appelle l'attention de ses collègues sur la question thérapeutique des rétrécissements, et en particulier sur l'emploi de la digitale, qui dans un cas, dit-il, aurait suffi pour faire dissoudre deux indurations urétrales cause de rétrécissements.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 juillet 1854. — Présidence de M. Terrier.

De la luxation spontanée du cristallin, ou mieux du déplacement du cristallin. — M. Magne. Je demande la parole à l'occasion du procès-verbal pour faire une observation relative à une opinion émise par un de nos collègues dans la dernière séance. Il s'agissait d'un cristallin déplacé, et notre collègue attribue cet accident soit à une déchirure de la capsule, soit à une *rupture des adhérences avec le cercle ciliaire*. Je ne partage pas cette dernière opinion; les attaches de l'appareil cristallinien avec le cercle ciliaire sont trop solides pour être rompues; ce fait a paru hors de doute dans ces derniers temps à MM. Denonvilliers et Gosselin; aussi la *luxation spontanée du cristallin* est-elle une expression vicieuse qu'il convient de remplacer par le mot beaucoup plus juste de *déplacement*. En effet, les observations publiées jusqu'ici sur les luxations du cristallin établissent que le déplacement a eu lieu à la suite d'un coup direct ou indirect, ou à la suite de convulsions.

CANDIDATURE.

M. Caron lit un rapport sur la candidature du docteur Seraine et sur les travaux qu'il a présentés à la Société.

M. Seraine est élu membre titulaire.

Choléra. — M. Duhamel. Dans une dernière séance, je disais qu'en 1832, sur 40 cholériques que j'avais soignés, la moitié avaient guéri; j'ajoutais que cette année-ci je n'avais rencontré que des cas peu graves. Aujourd'hui je viens déclarer que depuis cette communication les faits m'ont donné un démenti complet. En six jours, j'ai vu 5 cholériques; tous sont morts. Les deux premiers ont été atteints sans diarrhée prémonitoire; ils étaient bien portants auparavant et n'avaient commis aucune imprudence. Je leur ai administré la potion au vin de quinquina et de colombo de notre collègue M. Caron, mais elle n'a pas réussi; il est vrai de dire qu'elle n'a été prise que sept heures avant la mort. Le deuxième malade a vécu trois ou quatre jours; la même potion a échoué.

Un jeune homme a été pris après avoir présenté les symptômes précurseurs; la mort est survenue le troisième jour sans que le vin de colombo composé ait été employé. Le quatrième malade a succombé en vingt-quatre heures; le cinquième était une jeune femme de vingt-trois ans, épuisée par une ménorrhagie, qui a été emportée en quinze ou vingt heures.

M. Duhamel cite ces faits comme preuve d'une recrudescence nouvelle de l'épidémie et démontrant que tel médicament qui a paru efficace dans des circonstances moins graves cesse d'agir dans des cas opposés.

M. Caron fait observer que la teinture de colombo n'existe pas dans toutes les pharmacies, et que M. Duhamel a peut-être été dans l'erreur, croyant administrer ce médicament. Il ajoute avoir été témoin de ce fait, que sa potion, qu'on avait fait préparer à Montmartre, était

acide et sans effet, tandis que la même formule exécutée à Paris procura du mieux chez le même malade à la quatrième cuillerée. Un autre cholérique, demeurant à la barrière Blanche, ayant succombé, il apprit que son médicament provenait encore d'une officine de Montmartre. M. Caron assure de nouveau qu'il n'a perdu que deux malades sur 9; il cite, entre autres, un facteur de la poste qui était dans un état de cyanose complet.

M. Foucart. Une recrudescence bien évidente s'étant manifestée depuis quelques semaines dans la marche de l'épidémie cholérique, je ne crois pas inutile de présenter à la Société quelques faits nouveaux que j'ai été à même d'observer depuis notre dernière réunion et quelques courtes réflexions sur le traitement et sur la contagion de cette affection.

Les malades que j'ai eu occasion de voir depuis trois semaines sont au nombre de six. Trois ont eu des accidents cholériques bien confirmés, trois ont eu simplement de la diarrhée blanche et des vomissements ou des nausées.

En voici l'histoire en peu de mots :

1° Le premier est le nommé Charles-Etienne Hurant, âgé de deux ans, rue de la Harpe, 46, qui le 29 juin, à deux heures du matin, fut pris de vomissements, de crampes, avec cyanose, enfoncement des yeux, refroidissement. Je n'ai pu savoir depuis combien de jours il avait la diarrhée, mais depuis la veille au moins il rendait des matières décolorées en grande abondance.

Sa mère, pour le réchauffer, et au lieu de lui appliquer les sinapismes que j'avais prescrits, le plongea pendant un quart d'heure dans un baquet rempli d'eau chaude additionnée de 250 grammes de farine de moutarde; cet enfant fut traité pendant quatre jours par les vomitifs (sirop d'ipéca et tartre stibié). Pendant trois jours la langue resta froide, bien que le corps eût repris peu à peu dès le deuxième jour une chaleur à peu près normale. Les selles s'arrêtèrent; les urines, qui avaient été complétement supprimées pendant quarante-huit heures, reparurent. L'enfant est aujourd'hui en pleine convalescence; ce qu'il y eut de curieux dans ce fait, c'est que le quatrième jour son corps se couvrit d'une éruption composée d'un mélange de rougeole et de miliaire, qui persista pendant quarante-huit heures fort intense et finit par s'éteindre insensiblement.

2° Le frère de cet enfant, Lucien Hurant, cinq ans, habitant la même chambre, fut pris le 1er juillet de diarrhée blanche, avec suppression des urines.

Le 2, vomissements, commencement de refroidissement; il n'y a pas eu de cyanose.

3° Enfin, le 2 juillet, un troisième frère, Ludovic Hurant, âgé de six ans, est pris comme les deux autres de diarrhée blanche sans autres phénomènes. Chez les deux derniers, comme chez le premier, je me hâtai d'employer le sirop d'ipéca additionné de tartre stibié, mais à plus forte dose, les malades étant un peu plus avancés en âge.

Chez tous les trois, la médication fut suivie de succès, et ils sont aujourd'hui en pleine convalescence.

4° Vers le milieu du mois de juin, je fus appelé chez Mme D..., rue de Seine, qui depuis quatorze heures avait été prise d'une diarrhée riziforme très abondante. Je dus employer chez cette malade le vomitif à deux reprises; le troisième jour, j'administrai l'eau de Sedlitz; quatre jours de constipation succédèrent à cette médication évacuante et perturbatrice, et depuis le 19 juin elle n'a plus éprouvé le moindre accident.

5° Le 2 juillet, un jeune avocat, M. D..., rue des Beaux-Arts, que je soignais pour une névralgie crurale, fut pris d'une diarrhée cholériforme très intense, que j'arrêtai en faisant prendre au malade un vomitif (3 grammes d'ipéca et 0,05 de tartre stibié) le 3 juillet et autant le lendemain matin. Chez ce malade, je n'eus pas besoin de recourir à l'eau de Sedlitz. Quelques grammes de sirop de morphine et de sirop thébaïque furent employés après les deux vomitifs, et le sujet est parfaitement rétabli.

6° Je ne citerai que pour mémoire, et seulement comme venant à l'appui de l'opinion que je soutiens relativement aux prodromes constants dans le choléra, l'observation d'une femme près de laquelle j'ai été mandé le 4 juillet, rue de l'Ecole-de-Médecine, et qui avait été prise de choléra cyanique le matin à la suite d'une diarrhée datant de trente heures, et conséquemment, me dit-elle, d'une indigestion de fraises. Je n'ai vu cette malade qu'une fois, et j'ai appris depuis qu'elle avait été transportée à la Charité.

On voit dans combien peu de détails je suis entré à l'occasion de ces six observations, et en effet il m'a paru convenable de n'insister, dans chacune d'elles, que sur les points qui pouvaient donner lieu à quelque remarque pratique. Il n'eût servi à rien de rapporter en détail quatre ou cinq faits de plus de choléra ou de cholérine, qui n'ont rien offert de particulier sous d'autres points de vue.

Et d'abord nous ferons remarquer que chez les trois sujets qui ont été atteints de choléra confirmé (nos 1, 2 et 6), il y a eu des prodromes, c'est-à-dire une diarrhée de plus ou moins longue durée. Répéter ceci pourrait sembler une redite fastidieuse, si plusieurs de nos confrères, et entre autres quelques-uns des honorables collègues et amis qui veulent bien nous écouter, n'étaient encore, bien malheureusement, à notre avis, convaincus que cette fréquence des prodromes est beaucoup moindre que nous ne le soutenons. Pour nous, l'existence des prodromes est la règle, et leur non-existence *l'exception excessivement rare.*

Nous passons au traitement. Je ne reviendrai pas sur les développements que j'ai donnés à ce point de l'histoire du choléra dans l'avant-dernière séance. Je me bornerai à faire remarquer que dans tous les cas de cholérine que je viens d'exposer la méthode évacuante, énergique et obstinée que j'ai mise en usage a été suivie de succès. Je dis énergique et obstinée, car il faut une profonde conviction et une certaine hardiesse pour administrer pendant quatre jours de suite les vomitifs et les purgatifs à des malades qui vomissent et qui ont une diarrhée aussi effrayante quelquefois que l'ont les sujets atteints de cholérine ou de choléra.

On s'est basé, pour faire de l'opposition à ce traitement, sur ce que, lorsque le choléra est confirmé, les vomi-purgatifs ne guérissent pas *tous* les malades. Non certes, les vomi-purgatifs ne guérissent pas toujours le choléra confirmé, c'est-à-dire parvenu à la cyanose et au refroidissement. Mais pourrait-on me citer une méthode qui guérisse toujours les cholériques à cette période? Une fois qu'il y a cyanose et froid, la première indication est de réchauffer les malades si on le peut. Mais même dans ces cas presque désespérés, le devoir du médecin est de faire, outre l'indication du moment, le traitement logique et rationnel de la première période, ce traitement sous l'influence duquel on voit les selles blanches se transformer peu à peu en selles bilieuses. Et l'on sait maintenant, ce n'est plus un doute pour personne, que, lorsque chez un cholérique les selles redeviennent bilieuses, presque tout le danger de la maladie est passé; il n'y a plus à craindre que les accidents de la réaction, contre lesquels d'autres moyens doivent être dirigés.

Je passe à une dernière considération, la question de la contagion, que beaucoup de médecins n'ont pas voulu aborder, dans la crainte d'effrayer les populations. Cette considération me semble devoir être mise hors de cause. A mon avis, un fait est ou n'est pas, et l'on ne doit point le passer sous silence, se refuser à la recherche de la vérité par des motifs puisés en dehors de la science.

Je ne veux pas prétendre que les trois faits que j'apporte, de trois enfants couchés dans la même chambre et pris successivement de choléra soient péremptoires; mais il faudra bien avouer que, s'il n'y a eu que coïncidence, cette coïncidence est au moins bizarre, et nous pourrons bien l'invoquer en faveur de notre opinion, nous qui sommes, pour le choléra, contagioniste dans certaines limites.

On pourra nous objecter que ces trois enfants, étant soumis aux mêmes influences, vivant dans le même milieu, *in eodem aere*, aurait dit Baglivi, il n'y a rien d'étonnant qu'ils aient été atteints de la même maladie. Mais alors il faut renoncer à étudier aucune question de contagion en temps d'épidémie.

Je ne finirai pas sans citer un fait dont j'ai été témoin il y a quelques semaines avec un honorable confrère, M. Boudard, d'une garde-malade demeurant rue Saint-Sulpice, 4, laquelle avait passé plusieurs jours auprès d'un malade qui avait succombé au choléra, rue de Vaugirard, et qui, le surlendemain du jour où elle avait quitté sa garde, succomba elle-même à la même maladie. Dira-t-on que c'est encore là de la coïncidence?

M. Masson. Deux de nos honorables confrères viennent de préconiser comme utiles et presque spécifiques dans le traitement du choléra deux médications opposées : l'un administre à ses malades un puissant astringent, le vin de colombo; le second use largement des vomitifs et des purgatifs. Chacun d'eux assure avoir réussi à réprimer la diarrhée et les vomissements; ils vous ont raconté les histoires de ces cures heureuses, et leur amour bien connu de la vérité ne permet d'élever aucun doute sur la sincérité de leurs assertions. On peut douter seulement qu'ils aient eu affaire à des choléras sérieux; on peut croire que les accidents eussent cédé à tout autre mode de traitement, à l'eau de riz laudanisée, aux lavements amylacés, à ces potions *innocentes* dont on use dans le traitement des affections nerveuses. On sait aussi que les médicaments les plus divers produisent souvent sur nos organes des modifications identiques et favorables; et d'ailleurs, comme je chercherai à le démontrer, la diarrhée n'est qu'un symptôme et ne constitue pas le choléra. (Nous publierons le travail de M. Masson dans un de nos prochains numéros.)

M. Terrier. Les deux premiers orateurs qui ont pris la parole sur le choléra ont diversement envisagé l'opinion relative aux symptômes dits prémonitoires. Ces symptômes, découverts par les médecins anglais vingt-deux ans après qu'ils avaient été consignés dans la *Gazette médicale* à l'occasion de l'épidémie de 1832, peuvent en effet manquer dans certaines circonstances. Voici à ce sujet les observations faites en 1849. Pendant les premiers mois de l'invasion, on constata que la maladie était toujours précédée de diarrhée ou de dérangements fonctionnels sensibles des voies digestives. Mais lorsque vers la fin de mai ou au commencement de juin l'épidémie atteignit son summum d'intensité, on rencontra un certain nombre de cas sans symptômes précurseurs, et cette circonstance se trouva surtout dans les cas rapidement mortels. Puis, vers la fin de l'épidémie, on constata de nouveau les prodromes dans tous les cas. Cette année, où depuis un mois, la maladie a sévi avec une certaine gravité sur la rive droite de la Seine, plusieurs médecins ont rencontré des cas qui n'avaient pas été précédés de la diarrhée prémonitoire, et sur trois cas que j'ai eu l'occasion d'observer, celui qui avait depuis plusieurs jours la diarrhée fut le seul qui guérit. Les deux autres, qui succombèrent, n'avaient pas eu à proprement parler de diarrhée prémonitoire.

Une autre question également fort intéressante a été celle de la *nature* de la maladie, dont la notion générale, soutenue par quelques-uns de ces messieurs, a été niée par d'autres. La conclusion naturelle de ceux-ci a été d'essayer sans relâche tous les remèdes proposés, considérant que le traitement était purement empirique, la nature de la maladie restant inconnue. Je me suis, pour ma part, rangé de l'avis de M. Masson, et j'ai pensé que la seule médication capable d'apporter un secours réel aux efforts de la nature était celle qui consistait dans les révulsifs extérieurs. Bien que j'aie deux fois sans résultat employé les frictions cantharidées le long de la colonne vertébrale, je crois à l'efficacité de ce remède quand la maladie n'est pas au-dessus de tous les secours possibles. La maladie, considérée dans son état grave, me paraît tout à fait étrangère aux phénomènes gastro-intestinaux. Une preuve m'en a été fournie chez l'un des malades que j'ai perdus. Sous l'influence du thé au rhum, les vomissements et la diarrhée, très abondants au début, s'arrêtèrent au bout de quelques heures, et la maladie continuant sa marche, le malade succombait au bout de vingt-quatre heures.

Ce n'est pas à dire que je blâme les purgatifs ou les éméto-cathartiques; loin de là, je reconnais que beaucoup de médecins ont eu à se louer cette année de l'ipécacuanha dans les cas de choléra qui ne présentaient pas une gravité désespérée.

M. Guersant. De tous côtés on s'adresse cette question : Qu'est-ce que le choléra; quelle est sa nature? Sans doute nous ne pouvons y répondre d'une manière positive. Mais est-ce que nous connaissons mieux la fièvre typhoïde, les maladies nerveuses, les inflammations elles-mêmes? Les maladies se révèlent à nous par leurs symptômes; quant à leur essence, nous l'ignorons. Ne laissons donc pas dire au peuple que les médecins ne savent rien à l'endroit du choléra. Comme la fièvre puerpérale, comme la fièvre typhoïde, comme tant d'autres affections qui se montrent parfois si meurtrières, et d'autres fois d'une guérison si facile, le choléra cède souvent à l'action des moyens thérapeutiques, de même qu'aussi il se montre dans d'autres cas au-dessus de toutes les ressources de la médecine. Le choléra est une maladie qui paraît plus grave que toutes les autres, parce qu'elle est plus nouvellement importée en Europe. Mais est-ce une raison de désespérer de s'en rendre maître?

M. Archambaut. Le choléra est une maladie épidémique; or chacun sait que les épidémies suivent une certaine loi dans leurs manifestations. Tout comme s'est montrée et se montre encore la variole, il y a le choléra qui décime les populations et le choléra bénin. A l'état d'épidémie, il se montre d'abord intense; puis après un certain temps il se civilise, les symptômes graves disparaissent; puis enfin les guérisons s'opèrent facilement, quel que soit le traitement employé. Mais au début, lorsque la maladie se déclare d'emblée, sans diarrhée prémonitoire, elle est presque toujours au-dessus des ressoucces de l'art.

M. Foucart manifeste l'opinion que les cas où la cyanose se montre dès le début sont excessivement rares, et qu'au contraire on peut être averti presque toujours par des troubles digestifs précurseurs.

Répondant ensuite à M. Magne, qui lui demande s'il y a coïncidence de développement et analogie de cause entre le choléra et la suette, M. Foucart dit que ces deux épidémies ont régné simultanément dans le département de l'Oise en 1832 et dans d'autres contrées en 1849, mais que les localités occupées par l'une ne l'étaient pas par l'autre à un degré aussi violent.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

BULLETIN DU CHOLERA.

Mouvement de l'épidémie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

	CAS NOUVEAUX.	DÉCÈS.
Le 28 septembre,	5	4
29 »	6	7
30 »	4	0
1er octobre,	3	2
2 »	6	2
3 »	4	2
4 »	13	2
5 »	10	7

RELEVÉ DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES EN VILLE ET DANS LES COMMUNES RURALES, DU 29 SEPTEMBRE AU 5 OCTOBRE.

Pour le 29	10
30	10
1er octobre.	13
2 »	0
3 »	4
4 »	5
5 »	10

Ces chiffres se répartissent ainsi :

	29	30	1er	2	3	4	5
1er arrondissement.	0	0	0	0	0	0	0
2e —	0	0	0	0	0	0	0
3e —	0	0	0	0	0	0	1
4e —	0	1	0	0	0	0	0
5e —	1	0	0	0	1	0	0
6e —	0	1	0	0	0	1	2
7e —	0	1	0	0	0	0	0
8e —	0	0	0	0	0	0	0
9e —	0	0	0	0	0	0	0
10e —	2	0	2	0	0	0	0
11e —	0	0	0	0	1	0	0
12e —	0	0	1	0	0	0	1
Communes rurales.	7	7	10	0	2	4	6
Hôpitaux civils.	7	0	2	2	2	2	7
— militaires.	3	1	0	0	1	1	1
Total général.	20	11	15	2	7	8	18

La mortalité cholérique pour toute la France est évaluée en ce moment à 96,715 décès.

On écrit de Messine, le 19 septembre :

« Le choléra, qui s'était montré à Naples et à Palerme en 1837, n'avait jamais paru à Messine. L'invasion de la maladie doit être reportée au commencement d'août. Le 21 de ce mois il se développait déjà un grand nombre de cas graves Les journées des 27, 28, 29 août furent terribles. Sur une population de 80,000 habitants, réduite au tiers par l'émigration, le fléau faisait encore de 1,000 à 1,4000 décès par jour.

» Au commencement de septembre, le mal diminue sensiblement; le 19, on ne compte plus qu'une dizaine de décès cholériques, aujourd'hui, 20, on compte en tout de 13 à 14,000 décès en un mois sur une population de 35 à 45,000 habitants.

» La maladie s'est aussi développée en Sicile, à Palerme, à Catane, à Milazzo, à Castellamare.

» Du 10 au 11, il y a eu à Naples 19 décès cholériques. »

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Garny (A.), né à Bourguignon-lez-Morey (Haute-Saône); *Du corset.*

Fauville (C.-G.-C.), né à Denain (Nord); *Des fièvres intermittentes.*

Virlet (C.-O.), né à Metz (Moselle); *De la cystite des vieillards observée à l'hôtel des Invalides.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Soumis.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 OCTOBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a été consacrée tout entière à la suite de la discussion sur le cancer. La tribune a été successivement occupée par M. Robert et par M. Velpeau. M. Robert, par une condescendance que tout le monde appréciera, a bien voulu s'exécuter, et monter le premier à la tribune pour y formuler le programme de la discussion. L'orateur a saisi cette occasion pour exposer sa profession de foi, et se déclarer nettement le champion de la jeune école. Après la cause du microscope est venue celle de la clinique. Nous ne pourrions qualifier autrement le discours de M. Velpeau qu'en disant que c'est une de ses plus belles et de ses plus solides leçons cliniques. Les faits accumulés dans cette argumentation, où le microscope nous a été montré si souvent en défaut, vont mettre les micrographes dans la nécessité de préciser nettement les prétentions de leur doctrine et les limites qu'ils entendent assigner à l'intervention du microscope. C'est ce que nous attendons. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Douleur fixe siégeant au niveau du pariétal gauche. Altération spéciale de la table interne de cet os. — Pus rassemblé en grande abondance dans la cavité arachnoïdienne.

Les comptes rendus de la Société de biologie contiennent souvent des travaux importants, des observations pleines d'intérêt, qui ne sauraient qu'être bien accueillis par les praticiens. Nous ne manquerons pas, chaque fois que l'occasion s'en présentera, de les faire connaître à nos lecteurs. Nous donnerons aujourd'hui deux observations recueillies par MM. les docteurs Charcot et Vulpian. Ils signalent deux faits dont la science possède fort peu d'exemples : une *altération de la table interne du pariétal.* Cette altération, consistant en une sorte d'ulcération de l'os, a produit de graves désordres, tels que pertes de connaissance, convulsions épileptiformes revenant par accès, hémiplégie.

OBS. I. — Le nommé Moisy (Edouard-Alexandre), âgé de trente-quatre ans, charron, entre à l'hôpital, salle Saint-Charles, n° 9, le 1er juin 1854.

Les renseignements qu'il donne sur ses antécédents sont peu précis. Il n'a jamais eu ni chancres, ni éruption cutanée, ni aucun autre accident qu'on puisse rattacher à la syphilis. Il ne se rappelle pas au juste l'époque à laquelle il a ressenti les premières atteintes de la maladie qui l'amène à l'hôpital; mais il ne la fait point remonter au-delà de deux années. Il aurait eu, il y a environ deux ans, une attaque de perte de connaissance. Il ne sait pas et on ne lui a pas dit quels phénomènes ont carectérisé cette première attaque; mais il affirme qu'elle n'a pas été suivie d'hémiplégie. Peu de temps avant ou immédiatement après cette première attaque (le malade ne peut point établir ce point important), il a commencé à être tourmenté d'une céphalalgie temporo-pariétale assez intense et continue. Dans l'intervalle de temps qui sépare sa première attaque de son entrée à l'hôpital, il a eu deux ou trois pertes de connaissance dont il ignore aussi les caractères. Depuis la dernière, qui a eu lieu quelques semaines avant son entrée, il offre une diminution très prononcée dans la sensibilité de tout le côté droit, surtout du membre antérieur, tandis que la motilité est restée intacte dans ce côté. Il a aussi depuis ce moment un embarras marqué dans la parole. Comme ces accidents augmentaient de jour en jour, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le 2 juin, jour où on l'examine pour la première fois, on le trouve dans l'état suivant :

Il est d'une constitution assez faible, d'un tempérament sanguin et est assez maigre. Il a le facies un peu hébété et la parole embarrassée. Lorsqu'on lui adresse une question, il la comprend bien, mais il y répond lentement et avec une assez grande difficulté, comme s'il avait la *langue épaisse*. Il a la mémoire affaiblie, et ne se rappelle pas certains faits assez récents qui se sont passés autour de lui, dans sa famille. Sa langue n'est point déviée, non plus que sa face. Il se plaint d'une douleur vive et persistante du niveau de la région temporale gauche. Il n'a pas de bourdonnements d'oreilles ni d'éblouissements. La pupille de l'œil droit est très notablement dilatée, tandis que celle de l'œil gauche est normale.

Le malade marche bien, et est un peu moins vigoureux du bras et de la jambe du côté droit que des membres du côté gauche. La sensibilité est diminuée dans tout le côté droit et pour lui faire éprouver une douleur légère, on est obligé de pincer fortement la peau de ce côté. Du côté gauche, la sensibilité est tout à fait intacte.

Les fonctions digestives sont en bon état. Il n'y a aucun trouble apparent dans les fonctions de respiration et de circulation.

Ce malade n'offrant point de pléthore manifeste ni aucun signe de congestion encéphalique active, on ne pratique point de saignée. Pendant plusieurs jours, on cherche à exercer une révulsion sur le tube digestif, en administrant 1 gramme de scammonée.

Nous ne suivrons pas jour par jour la maladie. Il n'y a aucun changement apparent dans l'état du malade jusqu'au 11 juin. Ce jour-là, le malade a une attaque. Les personnes qui se trouvaient auprès de lui à ce moment rapportent que cette attaque a été caractérisée par une perte complète de connaissance, avec mouvements convulsifs du côté droit de la face, du bras et de la jambe du même côté.

Le lendemain 12, la parole est beaucoup plus difficile que les jours précédents; le malade met près d'une minute pour dire deux ou trois mots. Son intelligence est d'ailleurs restée nette. La faiblesse du côté droit et la diminution de la sensibilité sont devenues plus prononcées. On constate de la fièvre; le pouls est fréquent; la peau est chaude et sèche. — On lui prescrit, outre la scammonée, un lavement avec 2 gouttes d'huile de croton.

Le surlendemain 14, on trouve le malade dans le même état. — 15 sangsues à la région anale.

Dans la nuit du 14 au 15, nouvelle attaque présentant absolument les mêmes phénomènes, mais avec plus d'intensité.

Le 15, à la visite du matin, on trouve le malade étendu sur le dos dans son lit, les yeux ouverts et sans regard; on lui parle, il ne répond pas. Le bras et la jambe du côté droit sont complétement paralysés du sentiment et du mouvement, et dans la résolution; les membres du côté gauche sont aussi paralysés, mais point aussi complétement. La pupille de l'œil droit, qui, après l'attaque du 11, s'était resserrée et était revenue à peu près aux mêmes dimensions que celle de l'œil gauche, s'est encore resserrée devantage et est plus étroite que la pupille de l'œil gauche. La fréquence du pouls est plus grande que les jours précédents. Le malade toussait depuis quelques jours; mais sa toux est plus accusée. On fait poser 20 sangsues derrière les oreilles, mais on n'obtient aucune modification favorable dans l'état du malade.

Dans la nuit du 17 au 18, nouvelle attaque semblable aux autres.

Le 18, à la visite, à sept heures du matin, nous trouvons le malade pris d'attaques qui ont commencé quelques instants avant notre arrivée. La face est agitée de légers mouvements convulsifs qui tirent en dehors et en haut, comme par secousses, la commissure droite des lèvres pendant quelques minutes; c'est là tout ce qu'on observe. Mais bientôt ces convulsions du côté droit de la face deviennent plus fortes; l'œil droit est brusquement entraîné en dehors, tandis que l'œil gauche est porté en dedans; les muscles du côté droit du cou se contractent convulsivement et fléchissent par moments la tête sur l'épaule droite; puis le bras droit s'agite par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, de supination et de pronation, et enfin les convulsions, qui semblent aller progressivement des parties supérieures aux parties inférieures, se montrent dans la cuisse et la jambe droites. Pendant ce temps, le côté gauche reste parfaitement immobile. Les convulsions de la totalité du côté droit cessent au bout de trois ou quatre minutes, et il y a un intervalle de repos d'une durée à peu près égale pendant lequel on n'observe que des secousses légères dans la moitié droite de la face; puis tout recommence dans le même ordre. La jambe droite reste quelquefois immobile. L'iris du côté droit ne participe pas à l'agitation convulsive de ce côté; mais la pupille est toujours plus contractée qu'à gauche.

La fièvre est très intense. Le malade tousse beaucoup et ne peut point cracher. Les attaques que nous venons de décrire ne cessent point, et il meurt dans cet état le même jour, à quatre heures du soir. On lui avait fait mettre le matin 10 sangsues derrière les oreilles.

Depuis sa seconde attaque, celle du 14, le malade n'a plus parlé.

L'autopsie est faite le 20 juin à neuf heures du matin.

L'administration ayant prié de n'ouvrir ni le thorax ni l'abdomen, on a dû malheureusement se borner à l'examen du crâne et du cerveau.

Les téguments du crâne et sa surface externe ne présentent aucune altération. On enlève la voûte crânienne; on voit aussitôt une lésion de la dure-mère et une lésion des os du crâne. Nous allons les décrire l'une après l'autre.

A la face interne du pariétal gauche et à sa partie inférieure et postérieure, on reconnaît une sorte d'ulcération de l'os. La table interne n'existe plus dans un espace irrégulièrement quadrilatère, ayant à peu près 3 centimètres et demi dans tous les sens. Le diploé est à nu dans tout cet espace et creusé de vacuoles assez larges. Dans quelques points, surtout à la partie antérieure de l'ulcération, il ne reste plus que la table externe. Le tissu du diploé est rouge, mais n'est ni ramolli, ni condensé; ses vacuoles sont baignées d'une sérosité purulente peu abondante.

Sur la dure-mère, au point correspondant à la lésion du crâne, on trouve une fausse membrane organisée paraissant ancienne, adhérant fortement à la dure-mère, très peu épaisse à son centre et ayant sur sur ses bords environ 2 millimètres d'épaisseur. Cette fausse membrane offre une configuration exactement semblable à la forme de la perte de substance du crâne; elle devait s'y appliquer, et s'y trouvait probablement attachée à sa périphérie. Cette production membraneuse est couverte d'une couche du liquide séro-purulent signalé plus haut. On peut, par la dissection, séparer la fausse membrane de la dure-mère, et celle-ci apparaît alors sans la moindre altération.

Avant d'enlever la dure-mère, on constate que du côté gauche elle forme une saillie plus considérable que du côté droit, et cela dans toute son étendue d'avant en arrière. En pressant avec les doigts sur la moitié gauche de la dure-mère, on perçoit une fluctuation des plus sensibles; il n'y a d'ailleurs aucune vascularisation anormale de la dure-mère, ni du côté gauche, ni du côté droit. A peine a-t-on incisé la dure-mère du côté gauche, qu'on voit au-dessous d'elle une grande quantité de pus épais, filant, coulant très difficilement. Le cerveau est mis complétement à nu; le pus recouvre tout l'hémisphère gauche, et forme à sa surface une couche qui au milieu peut avoir près de 1 centimètre d'épaisseur. Ce pus est presque concret à sa partie supérieure, qui adhère à la dure-mère et qu'on enlève avec cette membrane, et à sa partie inférieure contiguë au cerveau. Il est situé dans la cavité arachnoïdienne; car l'hémisphère cérébral gauche est encore revêtu du feuillet viscéral de l'arachnoïde, ce dont on s'assure facilement par la dissection. Lorsqu'on enlève le pus qui est resté sur la dure-mère incisée et renversée, on trouve une fausse membrane assez molle qui tapisse la dure-mère dans toute l'étendue correspondant à la convexité de l'hémisphère gauche. Cette fausse membrane est d'un gris rougeâtre, et contient, outre des éléments fibrineux, de nombreux globules sanguins; elle peut être séparée très facilement de la dure-mère, et celle-ci paraît tout à fait saine; elle ne semble même pas congestionnée.

Quand on a ôté tout le pus qui recouvre l'hémisphère gauche du cerveau, cet hémisphère, comparé à celui du côté opposé, présente une dépression très prononcée. La pie-mère et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien offrent une injection très vive dans toute l'étendue de la convexité hémisphérique, et aussi sur la partie qui est en contact avec la faux du cerveau. Çà et là, au niveau des anfractuosités, on aperçoit des traînées de sérosité purulente dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; on trouve même dans ce tissu quatre collections purulentes qui, à l'exception d'une, ne sont pas plus volumineuses qu'un pois; la plus considérable se trouve près de la grande scissure médiane, à la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de l'hémisphère, et forme une dépression pouvant loger une moitié de noix. Toutes sont situées au niveau d'anfractuosités dont elles ont écarté les parois. La pie-mère, injectée vivement jusque dans les anfractuosités, se sépare assez facilement de la substance cérébrale, qui ne paraît point ramollie à sa surface.

Sur l'hémisphère droit, il n'y a du pus qu'à la partie voisine de la scissure médiane, tout le long de cette scissure, mais non point en couche continue, comme du côté gauche; de plus, le pus se trouve entièrement dans le tissu sous-arachnoïdien, et il y forme de petites collections logées dans des anfractuosités. La pie-mère de ce côté est généralement injectée, un peu moins que du côté gauche.

A la base de l'encéphale, on ne rencontre pas de traces de pus, ni même de vascularisation inflammatoire. Les lésions semblent parfaitement limitées à la surface convexe des hémisphères.

On coupe le cerveau, le cervelet, la protubérance et le bulbe en tranches minces; on n'y trouve rien d'anomal. Il n'y a point même d'injection de la substance cérébrale. Les parois des ventricules ne sont pas altérées; il y a dans chacun des ventricules latéraux une petite collection de sérosité légèrement louche.

En résumé, cette observation présente l'histoire d'un homme âgé de trente-quatre ans qui, sans avoir reçu des coups sur la tête et sans avoir eu des antécédents syphilitiques avérés, a été pris, il y a deux ans, avant ou après un accès de perte de connaissance, d'une céphalalgie assez intense, bien localisée, au-dessus de l'oreille gauche, sans phénomènes concomitants de paralysie. Cette céphalalgie a persisté pendant les deux ans qui se sont passés depuis son accès, et dans cette période il a eu deux ou trois autres attaques dont il ne sait pas le caractère. Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, après sa dernière attaque, il a vu paraître une diminution de la sensibilité dans le côté droit du corps, avec un certain embarras de la parole; puis à l'hôpital ces phénomènes sont devenus plus saillants. Le malade a eu un nouvel accès avec mouvements convulsifs de tout le côté droit; la parole est devenue de plus en plus embarrassée; il a été pris de fièvre. Deux jours après, il survient encore un accès suivi de paralysie complète, et enfin quelques jours après le malade meurt, après neuf heures d'un accès presque sans interruption.

A l'autopsie, on trouve une lésion du pariétal gauche et un abcès dans la cavité arachnoïdienne du même côté.

Cette observation présente de l'intérêt sous plusieurs points de vue :

La lésion du crâne que l'on a trouvée chez ce malade ne semble pas avoir été souvent rencontrée. Nous avons fait quelques recherches à cet égard, et nous avons dû commencer par les auteurs classiques. Aucun d'eux ne s'énonce d'une façon précise à cet égard; ils parlent en général de l'ostéite (*Dict. en* 30 *vol.*, article CRANE; *Dict. en* 60 *vol.*, article CRANE; *Dict. en* 15 *vol.*, article OSTÉITE), et disent qu'elle peut commencer soit par la table interne, soit par la table externe; mais on voit que leurs descriptions s'appliquent surtout, soit aux exostoses de la face interne du crâne, soit aux caries du rocher. La lésion présentée par notre malade consiste en une sorte d'ulcération de l'os, sans qu'il y ait des signes bien manifestes soit de carie, soit de nécrose. Il n'y a aucune saillie de l'os à l'intérieur de la cavité crânienne. Cette ulcération est limitée à l'os pariétal gauche, et par conséquent tout à fait indépendante du rocher; enfin il n'y a pas perforation de l'os à ce niveau. Ce sont là les principaux traits de la lésion offerte par notre malade, et ni dans les articles que nous avons cités, ni dans le traité de M. Nélaton, nous n'avons rien trouvé qui pût s'y rapporter.

Dans Abercrombie (*Rech. pathol. et prat. sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*, 2e édit., trad. de M. Gendrin), nous avons puisé les faits suivants, qui ont une certaine analogie avec le nôtre. Dans l'obs. XC, p. 265, il est question d'une femme âgée de quarante-huit ans qui, un an avant sa mort, tomba dans un escalier et se fit des contusions à la tête. Dès lors sa santé se détériore; elle se plaint d'une douleur fixe à la tête. Cependant elle continue ses occupations domestiques jusqu'à trois semaines avant sa mort, qu'elle est prise de fièvre et de délire furieux. Ces accidents disparaissent après une saignée. Elle continue à ressentir une douleur fixe et profonde dans le côté droit de la tête, à peu de distance de l'oreille, qui est le siége d'un écoulement. Trois jours avant sa mort elle tombe dans le coma, avec paralysie incomplète du côté gauche et mouvements convulsifs du bras droit.

A l'autopsie, on reconnaît dans toute la surface interne du crâne un singulier état de maladie. « La table interne semble manquer dans toute son étendue, où l'on voit à nu le tissu rugueux, irrégulier et celluleux de la partie centrale des os du crâne... L'érosion est la plus profonde sur les pariétaux, qui sont minces et transparents dans plusieurs points, et tout à fait perforés dans d'autres... A la partie inférieure de l'hémisphère droit du cerveau, vers sa partie postérieure, il existe un abcès considérable... »

On voit que si cette observation a plusieurs traits de ressemblance avec la nôtre, elle en diffère cependant notablement par l'étendue de la lésion, par la perforation des os, par la maladie du rocher, etc.

Abercrombie, dans les réflexions qui suivent son observation, cite plusieurs faits analogues qu'il tire de différents auteurs.

Ainsi Desault parle d'un malade mort un mois après un coup reçu sur la tête, et chez lequel on trouva la table interne noircie dans toute l'étendue d'un des pariétaux. La dure-mère était aussi adhérente là qu'ailleurs; il y avait de la suppuration à la surface du cerveau.

Zacchias, chez un jeune homme devenu épileptique après avoir éprouvé pendant longtemps une céphalalgie intense, trouva la table interne de l'occipital cariée dans une petite étendue, sans altération de la table externe.

Un de nous a observé, il y a plusieurs années, un fait qui se rapproche beaucoup de celui que nous avons rapporté plus haut.

OBS. II. — Une femme âgée de vingt-huit ans se trouve dans le service de M. Hardy, à l'hôpital de Bon-Secours, au commencement de l'année 1849. Elle a des plaques muqueuses au pourtour du vagin; elle est enceinte.

En un point du crâne, à l'union du pariétal droit avec le frontal, elle ressent une douleur fixe, et à ce niveau on constate un empâtement très manifeste, et même une certaine sensation de fluctuation qui engage à pratiquer une incision. Il ne s'écoule qu'un peu de sérosité sanguinolente. Les douleurs incessantes, extrêmement vives, résistent à l'usage du sulfate de quinine à haute dose. L'iodure de potassium, au contraire, produit un bon effet. D'après la malade, la douleur fixe de la tête et la tuméfaction ne seraient survenues qu'à la suite d'un coup; mais ce coup n'a été, en tout cas, qu'une cause occasionnelle.

La grossesse arrive à son terme vers le 16 mars. L'accouchement est extrêmement long et pénible; le travail dure près de trois jours. L'enfant est mort, et même sa mort paraît dater de plusieurs jours avant l'accouchement. Quelques heures après l'accouchement, sans frisson initial, la malade est prise de fièvre, de douleurs de ventre, de vomissements et de diarrhée très abondante. L'utérus est très douloureux. Le lendemain, les signes d'une péritonite puerpérale se prononcent de plus en plus; la malade tombe bientôt dans un état adynamique, et meurt le troisième jour.

A l'autopsie, on trouve une gangrène du col avec pus dans les veines, sans traces d'inflammation de leurs parois; une infiltration purulente du tissu du col, de petits abcès dans le tissu cellulaire des ligaments larges, et de la sérosité purulente dans le péritoine.

A la face interne du crâne, du côté droit, on aperçoit à l'union du frontal avec le pariétal une plaque jaune, rugueuse, tachetée de points rouges très fins et très serrés. Cette tache a la largeur d'un écu de 6 francs; elle est limitée des parties voisines des os par un bord net. En sciant l'os à son niveau, on voit que l'altération s'étend à peine à une profondeur de 1 millimètre. Quelques petites taches jaunes, injectées et également nettement limitées, existent au pourtour de la grande. La dure-mère, au niveau des parties malades, présente une coloration d'un violet foncé formant une tache qui rappelle exactement par sa forme et son étendue celle qu'on voit à la face interne de l'os. Le cerveau est sain; il en est de même du péricrâne et des téguments crâniens.

Les quelques exemples que nous venons de rapporter, et où l'on peut voir des lésions crâniennes analogues à celle qu'offrait notre malade, ne doivent pas nous empêcher de conclure que ces lésions sont rares.

Il n'est pas fréquent non plus d'observer des collections purulentes dans l'intérieur même de la cavité arachnoïdienne, et en cela notre observation présente encore un certain intérêt. Le plus souvent le pus a pour siége spécial le tissu sous-arachnoïdien; quelquefois pourtant on l'a vu se réunir en abcès entre l'os malade et la dure-mère; on a vu même, sous l'influence d'une hyperostose crânienne saillante à l'intérieur, une collection purulente entre les deux lames de la dure-mère. (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, p. 72, obs. de M. Titon.)

Les lésions trouvées à l'autopsie expliquent-elles les phénomènes observés pendant la vie de notre malade? Peut-on indiquer la marche de ces lésions, et pour ainsi dire leur âge, par la marche de la maladie?

La lésion initiale a certainement été l'affection du pariétal. Sous quelle influence a-t-elle paru? L'absence de toute manifestation syphilitique apparente et de toute cause vulnérante nous laisse à cet égard dans le doute le plus complet. Il est probable que, lors de son premier accès de perte de connaissance, le malade ressentait déjà depuis quelque temps quelques atteintes de la céphalalgie qui ne l'a plus quitté depuis. Nous attribuons ce premier accès et tous ceux qu'il a présentés jusqu'à son entrée à l'hôpital à de vives congestions survenant assez brusquement au niveau du pariétal gauche malade, dans les méninges et peut-être aussi dans l'hémisphère correspondant du cerveau. Ce qui prouve que ces accès étaient dus à de simples congestions, c'est qu'ils n'étaient pas suivis d'hémiplégie.

Quelques semaines avant l'entrée du malade, la congestion a commencé à devenir permanente : de là la diminution de sensibilité dans tout le côté droit; de là l'embarras de la parole et la dilatation de la pupille du côté droit.

Dix jours après son entrée, le malade a une nouvelle attaque, à la suite de laquelle il est pris de fièvre : tous les phénomènes augmentent. Ce n'est peut-être qu'à partir de cette époque que s'est formé le pus dans ses membranes; peut-être aussi n'est-ce que dans les deux ou trois derniers jours que la suppuration s'est établie dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Il nous semble que le diagnostic était impossible à poser dans le cas qui nous occupe. L'ensemble des symptômes devait nous faire supposer l'existence d'une tumeur du cerveau. Les accès épileptiformes répétés, la céphalalgie vive, l'hémiplégie incomplète de sentiment, la dilatation permanente de la pupille, tout contribuait à nous pousser dans cette voie.

La localisation bien nette de la douleur de tête nous semble être le phénomène qui devrait avoir le plus de valeur dans un cas aussi douteux que celui-là.

Un autre symptôme devrait encore être pris en grande considération lorsqu'on le constaterait : nous voulons parler de l'empâtement des téguments crâniens au niveau du siége de la céphalalgie. Malheureusement ce symptôme, si nettement marqué dans l'observation II, n'est point constant. Le malade de l'observation I n'a rien présenté de semblable, bien que la lésion des os fût chez lui plus étendue et surtout beaucoup plus profonde.

Une remarque assez importante aussi nous est fournie par l'observation II : c'est qu'une exulcération de la table interne du crâne peut très bien exister sans produire des phénomènes convulsifs ni aucun autre trouble soit du mouvement, soit du sentiment. Peut-être, si la malade eût vécu plus longtemps, aurait-on vu apparaître quelques-uns de ces symptômes.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA (1).

Par M. le docteur Ch. MASSON.

La diarrhée et le vomissement ne constituent pas le choléra grave; ils ne sont que des symptômes de cette épidémie; ils peuvent manquer sans qu'elle soit moins funeste; ils peuvent disparaître sans que la maladie soit enrayée; ils sont bien autrement considérables dans le choléra d'Europe, qui n'entraîne pas un grand danger : d'où je conclus que la mort n'arrive pas à la suite de l'épuisement qu'ils amènent, qu'on perd son temps à combattre un accident isolé, comme on le perdrait en faisant avaler au malade de l'albumine pour réparer l'albumine perdue. Ce moyen a cependant été proposé par des hommes sérieux; mais peut-on supposer que, dans l'état où il se trouve, l'estomac puisse tolérer et ne pas rejeter à l'instant un médicament aussi nauséabond?

Voyez donc à quels moyens contradictoires et impuissants vous mène la médecine des symptômes : le malade est glacé; pour ramener la calorification, vous fermez les fenêtres, vous l'écrasez sous le poids de triples couvertures, vous faites sur tout son corps des frictions irritantes, vous le plongez dans des bains plus que tièdes, dans des étuves sèches ou humides; il meurt chaud, vous n'avez combattu qu'un symptôme.

Apparaît un autre symptôme, vous changez de médication; des crampes réitérées et horriblement douloureuses se manifestent et font pousser au malheureux cholérique des cris plaintifs, vous abandonnez les frictions irritantes, vous les remplacez par des onctions faites avec des pommades opiacées; votre médication manque d'unité, et vous agissez au hasard.

L'eau de riz laudanisée, les boissons adoucissantes que vous avez fait préparer pour calmer la diarrhée et les vomissements ne sont pas encore bues par le malade que, pour relever les forces qui l'abandonnent, vous prescrivez des infusions stimulantes, des boissons alcoolisées, les cordiaux les plus énergiques.

Les battements du cœur faiblissent, l'aorte ne lance que languissamment le sang artériel, les capillaires manquent de force pour faire remonter vers cet organe le sang veineux; la face devient livide, les extrémités bleuissent, le froid augmente, l'asphyxie commence, vous revenez aux frictions irritantes, vous redoublez d'ardeur, à moins qu'obéissant à la doctrine d'un professeur célèbre, vous n'ouvriez les fenêtres et ne soumettiez le malade à un courant d'air pour faciliter l'oxygénation du sang.

Le foie, les reins ont suspendu leurs fonctions. Si la bile, si l'urine reparaissent, on peut espérer, sinon la guérison, du moins un temps d'arrêt dans la maladie. Donnerez-vous des médicaments pour favoriser le retour de la bile, celui des urines?

Que de personnes il faut rassembler autour d'un seul malade! que de médicaments il faut préparer! et la mort arrive avant qu'on ait eu le temps de se reconnaître. Après l'insuccès vient le découragement; les médecins eux-mêmes déclarent qu'il y a peu à espérer des secours de l'art, ils accréditent ainsi la croyance décourageante que c'est une maladie mystérieuse et fatale. Eh bien! je professe une opinion contraire; jamais la nature n'a mieux réussi par sa violence même à déchirer le voile dont elle se couvre, et la preuve, c'est qu'avant que les savants eussent prononcé, les peuples épouvantés avaient nommé l'*empoisonnement*. En voyant tomber tout à coup des hommes bien portants pris de vomissements et de diarrhée, s'éteindre dans des convulsions douloureuses, à la vue de ces faces livides, de ces corps bleuâtres, de cette mort si soudaine, ils ont reconnu la présence d'un agent destructeur; et en effet meurt-on autrement quand on est mordu par le serpent à sonnettes, blessé par la flèche empoisonnée du sauvage, ou qu'on a inspiré l'acide hydrocyanique?

On n'oserait soutenir maintenant qu'une maladie si rapidement mortelle soit causée par une inflammation; c'est évidemment une intoxication du système nerveux, mais du système nerveux sous-cérébral seulement, car dans les premiers temps, dans le choléra proprement dit, l'intégrité du cerveau est manifeste. Le malade conserve toute son intelligence; il voit, il sent, il déguste, il entend. Le désordre ne se rencontre que dans les organes qui reçoivent leurs nerfs de la moelle épinière, et de ceux de la vie organique qui s'anastomosent avec eux.

Dès les premiers jours de l'épidémie de 1832, ayant observé chez un cholérique des crampes accompagnées de secousses tétaniques, j'ai reconnu que la moelle épinière était compromise; j'ai pensé qu'au lieu de placer les vésicatoires au hasard sur l'épigastre, sur la peau qui recouvre les cuisses ou les gras de jambe, il était plus rationnel d'agir sur le gros tronc nerveux qui distribue le mouvement et la vie aux membres et aux organes. L'expérience avait déjà démontré combien on réussissait peu en faisant la guerre aux symptômes, qu'on espérait en vain écraser une à une les mille têtes de cette hydre nouvelle née des boues du Gange.

J'ai donc essayé de l'application d'un long vésicatoire sur le rachis, à partir de la racine des cheveux; quelques jours après, j'ai préféré des frictions faites avec une pommade de garou à laquelle je faisais incorporer 15 grammes de poudre de cantharides pour 30 grammes. Les succès que j'ai obtenus ont été tellement surprenants que j'ai cru devoir, au mois d'avril 1832, au plus fort de l'épidémie, exposer ma doctrine dans une lettre imprimée adressée à M. le professeur Fouquier. Dans le même temps, M. Petit, un des médecins de l'Hôtel-Dieu, étendait de la térébenthine sur le trajet vertébral, la recouvrait de laine et déterminait une prompte vésication en promenant un fer chauffé. Il a obtenu de grands avantages de cette manière d'agir, et les succès eussent été encore plus nombreux s'il n'avait eu à soigner des malades à l'agonie et plongés dans un milieu infecté.

C'est un malheur pour la vérité d'être annoncée par un homme qui n'a pas de nom dans la science. J'ai, il y a vingt-deux ans, rapporté ces faits; ils ont été imprimés, et maintenant, de plusieurs provinces des praticiens nous écrivent et nous annoncent comme chose nouvelle l'efficacité des frictions sur le trajet de la moelle épinière.

Rien de plus simple et de moins dispendieux que le traitement que je propose. Je ne surcharge pas le malade de couvertures, quelque glacé qu'il soit; je ne le plonge pas dans une atmosphère brûlante. Je lui fais sucer quelques morceaux de glace, qui étanchent sa soif sans favoriser la tendance au vomissement. Je fais d'abord quelques frictions le long du rachis avec du vinaigre radical, puis avec un tampon de laine imprégné de la pommade dont j'ai donné la composition je pratique des frictions, que je répète de dix minutes en dix minutes. Dans le cas où la poudre de cantharides manquerait, on pourrait y suppléer par de l'ammoniaque ou de la térébenthine. Bientôt la chaleur se rétablit; les liquides vomis prennent une teinte verte ou bleuâtre, le malade renaît à la santé, ou le plus souvent est pris par la maladie secondaire. Il faut alors agir suivant les circonstances, et porter secours aux organes malades. Ma tâche est remplie. En réveillant l'action du système nerveux, j'ai donné la main à la nature; je l'ai mise en puissance de résister au poison qui la tuait.

Parmi les praticiens qui ont essayé de ce mode de traitement, les uns s'en sont bien trouvés, d'autres ont été trompés dans leur attente. Mais ce n'est point un spécifique que je propose; je dirai même que le malade est voué fatalement à la mort si la peau a perdu toute sensibilité ou si l'intoxication est complète. Il faut d'ailleurs user d'une grande prudence dans l'emploi de ce mode de traitement.

Si vous usez du vésicatoire rachidien, il faut l'assujettir avec le plus grand soin, car il est bien difficile que dans les mouvements auxquels se livre le malade il ne se roule, se déplace, et dans ce cas il n'y a rien à espérer de son action. C'est ce qui m'a fait préférer l'usage de la pommade cantharidée. Il est rare que le praticien, dans son impatience, se borne aux frictions; il cherche à provoquer plus sûrement la réaction par des boissons stimulantes, des vésicatoires placés sur l'épigastre ou les membres, et c'est là un grand mal et la cause d'un

(1) Cette note a été lue à la Société de médecine pratique dans la séance du 6 juillet.

danger immense. En effet, lorsque la réaction s'opère, que le sang ralenti dans son cours recommence à couler, il aborde des organes dont les tissus ont subi une altération notable, comparable à celle des organes congelés. Il est à craindre que ces organes ne se laissent pénétrer, qu'ils ne deviennent le siége de congestions, qu'il ne se fasse des déchirures, ce qui deviendrait une cause inévitable de mort. C'est à ce moment que le médecin doit redoubler de surveillance pour combattre à temps la maladie qui commence. Mais s'il a multiplié d'une manière malheureuse les stimulants, la réaction est trop forte, et mortelle.

Je n'ai eu à traiter dans cette dernière épidémie que des cholériques atteints assez faiblement, aussi je ne pourrais point affirmer qu'ils n'auraient pu guérir par les seuls efforts de la nature ou n'importe quel traitement. Mais en 1832 et en 1849, j'ai été assez heureux pour ramener à la santé un nombre considérable de malades atteints des choléras les plus graves, les plus *asiatiques* qu'on puisse rencontrer.

Je conjure donc mes confrères de ne point céder au découragement, de ne point désespérer de l'art et d'eux-mêmes !

TRAITEMENT DES GERÇURES DU SEIN PENDANT L'ALLAITEMENT.

Les nourrices sont très fréquemment affectées de gerçures au mamelon et à son pourtour ; rien n'est plus douloureux que l'allaitement dans ces conditions, souvent on est forcé de le suspendre au moins d'un côté. M. Bourdel, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, emploie, dit-il, depuis dix ans un moyen qu'il n'a jamais vu échouer lorsque les gerçures n'étaient pas dues à un vice général, syphilitique ou autre.

La substance employée est la teinture de benjoin que l'on porte, au moyen d'un pinceau en poils de blaireau fins, sur les parties fendillées ou ulcérées, de manière à les recouvrir complétement de ce liquide. La première application seule est douloureuse, elle est caractérisée par un sentiment de cuisson proportionnel à la profondeur des ulcérations ; la sensation ne se prolonge pas au delà d'un quart d'heure.

Cette teinture de benjoin forme sur la surface du mamelon une espèce d'enduit qui protége ; l'enfant prend le sein sans aucune répugnance, lors même que la teinture n'est pas encore sèche. Cette couche devenue résistante garantit la plaie du contact de l'air et des vêtements, dispense des lotions toujours mal tolérées ; l'allaitement n'éprouve aucune interruption, car il a cessé d'être douloureux. La cicatrisation a lieu au bout de quelques jours. Le traitement ne s'est jamais prolongé au delà de douze jours.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 octobre 1854. — Présidence de M. Jobert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Epidémies. — 1° Deux rapports de M. Mouret, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Issengeaux (Haute-Loire), sur une épidémie de variole qui a régné dans les communes de Valprivas et de Saint-André-Chalençon ;

Eaux minérales. — 2° Une caisse renfermant les produits d'évaporation des eaux de Plombières ;

3° Deux recettes de remèdes contre le choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Distribution des prix à l'école d'Alfort. — M. Renault, directeur de l'école d'Alfort, informe l'Académie que la distribution des prix et diplômes aux élèves de l'école vétérinaire aura lieu jeudi prochain, 12.

Choléra. — M. Girard, correspondant à Auxerre (Yonne), adresse un rapport sur l'invasion et la marche du choléra dans l'asile d'Auxerre.

Des faits observés par M. Girard il résulte :

1° Que les conditions hygiéniques et parmi elles celles qui ont trait à la quantité d'air, à l'espace et à la ventilation jouent un rôle important comme moyens préventifs ;

2° Que le choléra s'est toujours manifesté par des symptômes prémonitoires, qu'un traitement rationnel a suffi pour arrêter 89 fois sur 92.

M. Pigeon communique un double d'un mémoire qu'il a adressé au ministre sur une nouvelle méthode hygiénique et curative du choléra.

M. Dumas, de Villegailheuc (Aude), donne quelques renseignements sur la méthode de traitement qu'il a opposée à l'épidémie qui vient de sévir dans cette localité.

M. Gosseaume, médecin à Chatenay, écrit qu'il a retiré les plus grands services dans le traitement du choléra de l'usage d'une plante qui jusqu'ici n'est point entrée dans le domaine de la pratique, la renouée des oiseaux (*polygonum aviculare*).

M. Blau, médecin des eaux de Langenberg, dit avoir réussi à découvrir des préservatifs et remèdes infaillibles contre le choléra.

— M. Vriès fait connaître divers remèdes qu'il croit efficaces contre l'éléphantiasis, le cancer, la phthisie, etc.

Phthisie calculeuse. — M. Forget adresse un travail ayant pour titre : *Aperçu clinique sur la phthisie calculeuse primitive* (*non tuberculeuse*). Des faits que rapporte M. Forget, il résulterait que :

1° Les calculs pulmonaires peuvent être primitifs, *sui generis*, c'est-à-dire indépendants de l'existence des tubercules, des poussières inspirées, etc.

2° Ces calculs peuvent être solitaires, c'est-à-dire exister seuls ou en petit nombre dans les poumons.

3° Les calculs peuvent exister plus ou moins longtemps, peut-être indéfiniment, dans les poumons à l'état latent.

4° Les calculs pulmonaires peuvent déterminer des accidents analogues à ceux de la phthisie tuberculeuse.

5° La phthisie calculeuse primitive peut guérir, et guérit sans récidive par l'expulsion des calculs pulmonaires, lorsqu'ils sont solitaires ou en petit nombre.

6° Donc la phthisie calculeuse existe comme maladie spéciale, distincte de la phthisie tuberculeuse.

7° La phthisie calculeuse diffère essentiellement de la phthisie tuberculeuse par ses caractères anatomiques, et aussi par ses terminaisons. Reste à rechercher les caractères différentiels tirés de l'étiologie, de la symptomatologie, de la marche et du traitement.

Eau sulfureuse. — M. Orliac (d'Agen) annonce à l'Académie la découverte d'une source d'eau sulfureuse à Royan (Charente-Inférieure).

Appareil plâtré. — M. Mathyssen (de Venloo) adresse un mémoire sur l'appareil plâtré et son application pour fracture. (Commissaires : MM. Larrey, J. Cloquet, Gerdy.)

Instrument pour former le mamelon des nourrices. — M. Dehous (de Valenciennes) soumet à l'examen de l'Académie un instrument destiné à former le mamelon chez les femmes enceintes. (Commissaire : M. Cazeaux.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer. La parole est à M. Robert.

DISCUSSION.

M. Robert, après avoir expliqué les motifs qui lui auraient fait préférer que M. Velpeau prît la parole avant lui, s'exprime en ces termes :

J'ai dit à l'Académie, dans l'avant-dernière séance, que la guérison du cancer, et plus spécialement de l'encéphaloïde, est un fait extrêmement rare, si même il est bien avéré. Il paraît que M. Velpeau n'est pas de cette opinion. Or, voulant connaître exactement ce que pense à cet égard notre silencieux collègue, je me suis rappelé qu'il a récemment publié un excellent *Traité des maladies du sein*. J'ai donc consulté cet ouvrage, et j'y ai trouvé (page XVI de la préface) qu'ayant opéré 250 femmes qui ont survécu à l'opération, il en a perdu de vue 100 au bout d'un an, 150 au bout de deux ans, 200 au bout de cinq ans. Comme l'auteur dit seulement qu'il les a perdues de vue, nous ne pouvons savoir s'il a observé sur ce nombre des récidives et des cas de mort, et c'est là une lacune regrettable ; mais passons outre.

50 malades restent ; et dans ce nombre 20 sont guéries depuis cinq, dix, quinze, vingt et même vingt-cinq ans. M. Velpeau est donc porté à admettre pour ces vingt malades privilégiées une guérison radicale.

Cette proportion si énorme de guérison m'a, je vous l'avoue, singulièrement étonné, car elle diffère essentiellement des résultats signalés par les chirurgiens les plus célèbres. Vous rappellerai-je, en effet, que Monro dit que, sur 60 cancers qu'il a vu opérer, quatre personnes ont été quittes de cette maladie pendant deux ans ; trois de ces dernières ont eu ensuite des cancers occultes dans le sein, et la quatrième un cancer ulcéré à la lèvre : ainsi 60 opérés et 60 récidives.

Suivant Maxo, le squirrhe de la mamelle opéré dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire enlevé de bonne heure, donne lieu à la récidive au moins 95 fois sur 100. Mac Farlane opéra 32 cancers, et eut des renseignements précis sur 86 autres cancers opérés par plusieurs de ses confrères ; sur ces 118 malades, pas un seul ne fut exempt de récidive. Boyer dit que « sur plus de 100 individus attaqués de tumeurs regardées comme cancéreuses au sein ou dans d'autres parties du corps, et auxquels il a pratiqué l'opération, il n'en a vu que quatre ou cinq qui aient été guéris radicalement ; chez les autres, la maladie a reparu au bout d'un temps plus ou moins long et les a conduits au tombeau. »

Un de nos jeunes et laborieux confrères, dont l'Académie a couronné le travail sur le cancer, M. le docteur Broca, a consigné le résultat de 19 tumeurs opérées par Blandin, et dont la nature cancéreuse avait été constatée par l'examen microscopique. Aucun des 19 opérés n'a été exempt de récidive dans un laps de temps qui n'a guère dépassé deux années.

Enfin M. Lebert, dans son *Traité des maladies cancéreuses* (p. 396), dit que sur 34 malades opérées, 6 sont mortes de l'opération ; 21 ont eu des récidives dans un espace de temps de trois mois à deux ans, et 7 ont été perdues de vue.

Ces citations sont suffisantes pour montrer combien est unanime l'opinion des hommes les plus autorisés sur la rareté des guérisons du cancer.

Si les résultats obtenus par M. Velpeau ne différaient des chiffres connus que par des proportions raisonnables, chacun de nous les attribuerait volontiers à son habileté. Mais ces différences sont tellement grandes, tellement radicales, que je ne puis m'empêcher de croire que quelques erreurs de diagnostic se sont glissées dans les faits qu'il a recueillis. L'erreur a dû consister à prendre pour des cancers des tumeurs de nature bénigne. Les cas les plus surprenants sont ceux où les opérées sont demeurées guéries et sans récidive depuis quinze, vingt et vingt-cinq ans. Or, ils ont été observés à une époque où l'erreur de diagnostic était bien permise. M. Velpeau nous affirme bien qu'il ne se trompe jamais. Plus de cent fois, dit-il, j'ai posé le diagnostic de tumeurs diverses, soit avant, soit après l'opération, et le microscope a toujours confirmé ce que j'avais énoncé. Ceci, pour le dire en passant, n'est pas un témoignage peu flatteur pour le microscope. Mais reportez-vous à l'année 1844, à l'époque où eut lieu dans le sein de l'Académie cette discussion mémorable sur les tumeurs fibreuses de la mamelle, vous verrez que notre collègue y tenait un tout autre langage.

M. Cruveilhier, on s'en souvient, prétendait qu'on pouvait le plus souvent reconnaître au lit du malade les tumeurs bénignes, et éviter l'opération.

M. Velpeau, qui déjà de son côté avait étudié ces tumeurs bénignes du sein, défendit aussi cette opinion. Cependant il n'avait point sans doute encore cette expérience qui le met aujourd'hui à l'abri de l'erreur, car il convenait à cette époque que dans quelques cas cette distinction était fort difficile, et même tout à fait impossible, au point, disait-il, que *si on me faisait grâce de quatre erreurs sur dix observations, je me croirais fort à l'aise.*

En présence de cet aveu, ne nous est-il pas permis de penser que dans le nombre des guérisons du cancer qu'il a obtenues avant l'année 1844 il se trouve plus d'une malade qu'il n'a en réalité opérée que de tumeurs bénignes? Et notez que, par une singulière coïncidence, la proportion de 4 erreurs de diagnostic sur 10 cas, que M. Velpeau accepte, est précisément celle des succès mentionnés dan sa statistique, à savoir, 20 sur 50.

Depuis l'année 1844, un fait très important s'est produit dans l'étude des tumeurs bénignes du sein. M. Velpeau s'était formé d'abord, il faut le dire, une idée assez erronée de leur nature ; il leur avait imposé la dénomination de tumeurs fibrineuses en vue d'une hypothèse très contestable sur leur mode de développement. C'est lorsque les travaux de M. Lebert en ont fait connaître la véritable organisation que M. Velpeau leur a substitué le nom d'adénoïdes, qu'il leur assigne encore aujourd'hui.

Or ces belles recherches, qui ont jeté un jour nouveau sur la pathologie des tumeurs bénignes du sein, en ont aussi beaucoup avancé l'étude clinique. Le microscope, en nous révélant la structure intime de ces tumeurs, a dû sans doute aussi nous apprendre à reconnaître des caractères physiques d'abord inaperçus.

Cependant je ne puis admettre l'infaillibilité que M. Velpeau s'attribue, et j'affirme qu'aujourd'hui encore on rencontre des cas où le praticien le plus habile peut se tromper.

Il est donc permis de croire que les résultats signalés par M. Velpeau ne sauraient être acceptés comme rigoureusement exacts, et de nature à prouver que la guérison des cancers est moins rare qu'on ne le pense généralement.

Nous n'avons jusqu'à présent discuté que sur les tumeurs de la mamelle, dont deux espèces à peu près seules peuvent être confondues entre elles. Mais si nous nous reportons à l'étude des tumeurs dans les autres organes, nous trouvons des causes plus nombreuses d'erreurs de diagnostic, et une raison des opinions émises par quelques chirurgiens sur la curabilité du cancer. Ici en effet, indépendamment du cancer et des tumeurs hypertrophiques analogues à celles du sein, on rencontre des tumeurs épithéliales et fibro-plastiques ; or celles-ci présentent, nous le reconnaissons, quelques affinités avec le cancer vrai, et leurs caractères extérieurs, quelquefois équivoques, ne permettent pas toujours de les reconnaître au lit du malade ; enfin, elles peuvent aussi repulluler après l'opération. Mais les recherches persévérantes faites avec le microscope par des hommes habiles et consciencieux ont démontré que, d'une part, la structure intime de ces tumeurs diffère essentiellement de celle du cancer, et que souvent même à l'œil nu on peut les distinguer par des caractères incontestables. D'une autre part, l'observation clinique a établi que, si ces productions peuvent reparaître après avoir été extirpées, les récidives en sont beaucoup moins fréquentes que lorsqu'il s'agit du cancer ; ces récidives sont le plus souvent locales et permettent de recourir à de nouvelles opérations avec chance d'un succès définitif. Enfin, il n'est pas moins démontré que, si elles peuvent se généraliser et même amener la mort, cela n'a lieu que dans des cas beaucoup plus rares et en quelque sorte exceptionnels.

Si donc on veut mettre un terme à la confusion qui règne encore aujourd'hui dans une foule de questions relatives au cancer, et surtout à sa curabilité, il faut en distraire avec soin l'étude des productions épithéliales et fibro-plastiques, qui n'ont avec lui que des analogies spécieuses et qui en diffèrent essentiellement par la structure intime et par l'évolution.

M. Velpeau. M. Robert dans son allocution n'a guère traité qu'un côté de la question, celui qui est relatif à la curabilité du cancer ; il n'a presque rien dit de la valeur des caractères microscopiques, bien qu'il m'ait semblé voir qu'il est partisan du microscope. Je serais disposé pour ma part à renverser sous ce rapport l'ordre des questions.

M. Robert, usant de son droit, s'est servi des faits que j'ai publiés. Il se plaint de ce que je n'ai pas indiqué le résultat définitif chez un grand nombre de mes opérés. J'ai dû naturellement en perdre un très grand nombre de vue. Sur le chiffre que j'ai donné, il y en a 200 qui sont dans ce cas. Je n'ai pu tenir compte pour les résultats définitifs que de 50 cas, sur lesquels 20 sont guéris, sans récidive. J'ignore le sort des 30 autres ; il y a toute apparence qu'il a dû y avoir des récidives, mais je ne saurais dire dans quelles proportions.

M. Robert paraît très étonné de cette proportion de guérisons, et il ne se l'explique que par des erreurs probables de diagnostic. Pas plus que lui, je n'ai la prétention d'être infaillible ; j'ai pu me tromper quelquefois ; mais il est des faits sur lesquels on ne peut pas se tromper. J'ai eu soin de dire que tous les cas que je donnais comme des cas de cancer présentaient l'ensemble des caractères auxquels il n'est possible à personne de se tromper au lit des malades. Dans ces cas, l'examen microscopique ue m'a jamais donné de démenti. Il en a été de même toutes les fois que j'ai diagnostiqué des tumeurs adénoïdes. M. Robert ne s'y serait pas trompé davantage. Au besoin, du reste, j'en appellerais au souvenir de M. Lebert lui-même, qui a si longtemps suivi mes visites à la Charité.

M. Robert, rappelant la discussion de 1844, semble vouloir me mettre en contradiction avec moi-même. J'ai avancé, dit-il, à cette époque, qu'il m'était arrivé quelquefois de me tromper. Mais aujourd'hui encore je ne ferai aucune difficulté de dire qu'il est des cas où je me tromperais.

En toutes choses, il est de certains degrés où les faits se confondent si bien qu'il devient impossible de les distinguer. Il faut supposer que l'on a affaire à des faits bien caractérisés. Ainsi, quand je dis que j'ai toujours fait le diagnostic des tumeurs, c'est dans les cas où elles se présentaient avec leurs caractères habituels.

Toutefois, je ne voudrais pas que l'on crût que je repousse les recherches microscopiques. Il y a trente ans que j'étudie cette question avec un très vif intérêt et avec le désir sérieux de reconnaître la vérité. Dès 1836, je n'ai cessé de provoquer aux recherches microscopiques ; je n'ai cessé de dire aux micrographes : Cherchez ; il doit y avoir là un caractère spécial. J'aurais voulu surtout qu'on trouvât quelque chose dans le sang des cancéreux ; car si l'on était parvenu à trouver dans le sang le caractère de l'infection cancéreuse, rien ne devenait dès lors plus simple que de diagnostiquer le cancer. Il aurait suffi d'obtenir quelques gouttes de sang pour lever tous les doutes. Voilà ce que j'aurais voulu. Les micrographes n'ont rien trouvé dans le sang ; mais enfin ils ont trouvé quelque chose ; j'ai été très heureux de ce résultat, et j'ai été l'un des premiers à m'en applaudir. Mais cela est-il suffisant ?

Là est la question. Pour ma part, je ne le crois pas. Et c'est parce que les caractères découverts par le microscope m'ont paru insuffisants que j'ai dû chercher à étudier avec d'autant plus de soin les caractères cliniques.

J'ai cherché d'abord à isoler les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. J'ai commencé à élaguer de ce qui est bien évidemment du cancer toutes les tumeurs confondues autrefois sous la même dénomination et qui ne présentent pas les caractères du vrai cancer. J'ai fait ainsi un premier départ. J'ai distingué ensuite parmi les autres tumeurs celles qui repullulent quelquefois, celles qui repullulent rarement, et je suis arrivé ainsi à former plusieurs catégories. Eh bien! je suis arrivé à ce résultat, que dans la première catégorie, celle du véritable cancer, l'encéphaloïde, néanmoins, avait lieu quelquefois.

A l'appui de cette proposition, M. Velpeau cite des faits relatifs à des sujets affectés de véritables cancers encéphaloïdes bien incontestables, et qui ont guéri sans qu'aucune récidive se soit manifestée, et cela depuis dix, quinze, vingt années; depuis vingt-cinq et trente années même chez quelques-uns.

Y a-t-il, ajoute M. Velpeau, d'autres tumeurs que des tumeurs cancéreuses qui repoussent ainsi, non pas sur le point primitivement affecté, mais à distance? C'est ici que l'on peut dire *jamais*.

Je sais bien ce qu'on objecte à ces faits; on dit: Que savez-vous si la récidive, qui n'est pas survenue au bout de deux, de trois, de cinq, de dix ans, ne surviendra pas dans vingt, vingt-cinq, trente ans? Permettez-moi de dire que c'est là une véritable jeu de mot. Avec cette supposition, il est toujours permis de dire, si la récidive n'a pas eu lieu, c'est que le malade est mort avant qu'elle ait eu le temps de se produire.

Dans les faits que je viens de rapporter le microscope n'est pas intervenu, et on ne manquera pas de tourner cette circonstance contre moi. Mais il y en a d'autres où le microscope est intervenu. Depuis 1847, époque où l'usage de cet instrument est devenu général, toutes les tumeurs que j'ai enlevées ont été soumises à l'investigation du microscope, et comme on aurait pu supposer, peut-être pas sans raison, que je n'avais pas une habitude suffisante de ce genre de recherches, je ne m'en suis pas tenu à moi-même, j'ai toujours fait examiner par ceux des jeunes savants qui suivaient habituellement mes visites, soit M. Follin, soit M. Robin, M. Broca ou M. Lebert lui-même. Je puis affirmer que depuis cette époque tous les malades que j'ai opérés pour des tumeurs cancéreuses, et qui ont été guéris, c'est-à-dire qui n'ont pas eu de récidive, ont été trouvés cancéreux par le microscope. Il n'y a, par conséquent, pas à révoquer ces faits. On ne peut dire qu'une chose, c'est qu'ils ne sont pas assez anciens pour affirmer que les malades sont à l'abri de toute chance de récidive ultérieure. Mais on remarquera cependant que sept ans c'est quelque chose, si l'on considère surtout que les récidives, le plus souvent, ont lieu dans le cours de un à deux ans. Au delà de ce terme, à trois ou quatre ans, elles deviennent déjà plus rares, et elles sont exceptionnelles au delà de cinq ou six ans. Je n'admets pas sur ce point l'objection de M. Robert.

Il résulte donc de tout ceci que la guérison a eu lieu dans des cas où l'existence du cancer avait été constatée par le microscope.

Que peut-on objecter à cela? M. Robert a dit qu'il pouvait y avoir eu des erreurs de diagnostic. Je maintiens que cela était impossible dans les cas que j'ai cités. Il y a des encéphaloïdes qui seront des encéphaloïdes pour tout le monde, quoi qu'on fasse; il n'est pas possible qu'on s'y méprenne. Il en est de même pour certains squirrhes bien caractérisés. Eh bien! tous les faits que j'ai rapportés étaient dans ce cas. J'ai eu le soin de mettre les cas douteux de côté.

M. Robert a semblé croire que je confondais plusieurs choses différentes; par exemple les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques. Cette objection me ramène naturellement au microscope, et je préviens par avance que je vais me trouver obligé de jeter quelques pierres dans le jardin des micrographes.

La division des tumeurs en homœomorphes et hétéromorphes, établie par les micrographes, rappelle sous d'autres dénominations celle qu'avait faite Laënnec.

Dans les tumeurs hétéromorphes, on trouve les encéphaloïdes, les squirrhes, les ulcères rongeants, les dartres rongeantes, etc. Dans les homœomorphes, on place les tumeurs fibreuses, les enchondromes; on y trouve aussi les verrues, les cors aux pieds, les condylomes, les fongosités, etc. Mais en conscience est-il possible de trouver la moindre analogie entre une tumeur qui tue et un cor aux pieds? Le microscope trouve dans une végétation vénérienne et une verrue les mêmes éléments microscopiques. Est-ce que c'est la même chose? M. Lebert, ayant remarqué que les tumeurs en question ne contenaient que de la matière épithéliale, en conclut que ce n'est point du cancer. Cependant, comme il avait déjà vu beaucoup de faits à l'époque où il a publié le *Traité de physiologie pathologique*, où sont consignées ses recherches, il est très embarrassé pour mettre d'accord les faits et les résultats de l'examen microscopique. Ainsi la composition de ces tumeurs explique, dit-il, pourquoi elles ne repullulent pas. Mais c'est justement là l'erreur, car les tumeurs épithéliales récidivent comme les autres. Bien plus, je déclare qu'elles récidivent même plus souvent que les autres. M. Lebert me dit : Mais vous ne distinguez pas, vous confondez entre elles des tumeurs différentes; il faut faire dater les observations d'aujourd'hui, c'est-à-dire depuis qu'on applique le microscope, pour qu'elles aient un caractère de certitude; toutes les observations antérieures doivent être considérées comme non avenues. C'est un raisonnement que je ne peux accepter. Cependant je me suis mis à chercher de nouveau; j'ai soumis à M. Lebert des cancers des lèvres; il y a trouvé de l'épithélium, et les a déclarés en conséquence des ulcères bénins. Mais dans la plupart de ces cas l'opération a été suivie de récidive. Il est positif que ces tumeurs ulcérées des lèvres sont dans la majorité des cas des tumeurs épithéliales, et cependant ce sont bien des cancers: elles repullulent comme les cancers. M. Lebert a été obligé de le reconnaître, car il est de trop bonne foi pour ne pas se rendre à l'évidence des faits. Mais, comme tous les gens qui ont fait leur siége tout en faisant des concessions, il se retranche derrière de nouvelles objections. Oui, sans doute, dit-il, les tumeurs épithéliales repullulent comme le cancer; mais ce qui les différencie du cancer, c'est qu'elles repullulent sur place et qu'elles ne produisent jamais l'infection générale. Mais je répondrai à cela que le cancer repullule bien aussi sur place quelquefois. Et d'ailleurs est-il vrai que les tumeurs épithéliales ne repullulent que sur place? C'est ce que je conteste; et cela est si vrai que M. Lebert et ses élèves, ne pouvant le méconnaître, ont cherché à se tirer de cette difficulté par une nouvelle explication. Oui, ont-ils dit, il est vrai que le cancer épithélial ne repullule pas toujours sur place, mais alors ils repullulent dans les ganglions voisins, c'est-à-dire dans des tissus unis par voie de continuité à ceux qui étaient le siége primitif de la tumeur. Mais n'est-ce pas aussi ce qui se passe pour le cancer?

De sorte que voilà déjà que ces tumeurs dites homœomorphes se comportent en tous points comme le cancer, qu'elles repullulent sur place et à distance.

Mais, ajoutent encore les micrographes, ces tumeurs ne repullulent jamais ailleurs que dans le voisinage ou dans les ganglions les plus proches. Je n'invoquerai pas, pour répondre à cette nouvelle objection, des observations anciennes de récidive dans les viscères, parce qu'on ne manquerait pas de m'opposer la même fin de non-recevoir et de dire que les tumeurs n'avaient point été examinées au microscope; mais je puis opposer des faits récents dans lesquels des tumeurs dites homœomorphes ont repullulé dans des tissus différents des tissus primitivement affectés, dans les os, par exemple.

Enfin les moyens de traitement diffèrent-ils dans les deux cas, et à moins qu'on ne les traite par les caustiques, par le feu ou le fer, les tumeurs épithéliales guérissent-elles mieux par d'autres moyens que le cancer? Mais où est donc alors la différence clinique? Dira-t-on que les tumeurs épithéliales ne font pas mourir aussi vite que le cancer, celui-ci récidivant plus souvent dans les viscères? Mais où est la différence au fond, si elles tuent tout de même, que la récidive ait lieu sur telle partie de préférence ou sur telle autre? C'est, dans un cas comme dans l'autre, un être qui vient se greffer sur un autre et qui ne l'abandonne qu'à la mort.

Ainsi, en résumé, les tumeurs en question repullulent; elles repullulent sur place et à distance, comme le cancer, elles repullulent sur les tissus homologues ou sur des tissus différents, dans les os, dans les viscères, comme j'en ai vu des exemples. Appelez-les des cancers épithéliaux, si vous voulez, pour les distinguer du cancer proprement dit, du squirrhe ou de l'encéphaloïde; mais ce sera toujours pour moi du cancer.

Voulez-vous passer de là aux tumeurs dites fibro-plastiques, qui sont une autre espèce de tumeurs homœomorphes? Il ne m'est pas davantage possible d'accepter cette distinction comme un fait décisif. Ce sont, dit-on, de simples hypertrophies d'un tissu normal ou une production d'un tissu analogue aux tissus normaux. Il y a évidemment autre chose. Voyez plutôt ce que l'on a compris dans le groupe des tumeurs fibro-plastiques. Comment voulez-vous comparer, par exemple, ces tumeurs fibreuses énormes, comme on en trouve quelquefois sur l'épaule, avec le tissu d'une végétation syphilitique? Et cependant le microscope y révèle identiquement les mêmes tissus.

La kéloïde est aussi du tissu fibro-plastique; mais elle offre cela de particulier, et qui la différencie des autres tumeurs, qu'elle repousse toujours fatalement sur le tissu cicatriciel. En quoi cela ressemble-t-il aux masses fibreuses dont je parlais tout à l'heure? Et pourtant rien ne les distingue au microscope.

J'en dirai autant de l'enchondrome.

M. Lebert, qui a vu ces faits, les admet aujourd'hui; de sorte que l'on admet maintenant la repullulation des tumeurs homœomorphes sur place, et même à distance, dans les ganglions voisins. Ce n'est pas encore assez. A qui fera-t-on croire qu'un individu atteint de cancroïde, et qui a le teint jaune, qui est amaigri, etc., n'a pas la cachexie cancéreuse? On ne le saurait nier. C'est qu'il y a plusieurs espèces de cancers: des cancers avec cellules, et des cancers sans cellules.

Je viens de parler de la cellule, et qu'est-ce qui prouve que la cellule est bien effectivement le caractère pathognomonique du cancer; que ce n'est pas, par exemple, un état transitoire encore mal connu?

Nous assistons à une transformation à la science qui promet pour l'avenir des résultats heureux sans aucun doute, mais qui ne permet pas que nous acceptions comme certains et définitifs les caractères encore mal définis. Déjà aujourd'hui nous avons deux sortes de micrographes, les micrographes cliniciens et les micrographes scientifiques; ceux-ci particulièrement en Angleterre et en Allemagne. Ces derniers attachent naturellement une valeur absolue aux caractères micrographes; les micrographes cliniciens sont moins exclusifs : aussi m'inspirent-ils plus de confiance. Cependant il faut faire encore, comme on le voit, des réserves sur leurs assertions. Je citerai, par exemple, cette phrase de M. Lebert : Rien n'est pathognomonique dans le cancer, excepté la cellule. Mais la cellule elle-même n'est pas pathognomonique. Aujourd'hui on en est en progrès. Ce n'est plus la cellule, c'est le noyau qui joue en ce moment le rôle principal.

La valeur du noyau n'est pas plus démontrée pour moi que celle de la cellule. Qu'est-ce qui me prouve que ce ne sera plus le noyau l'année prochaine, mais le nucléole qui aura son tour? Je ne veux rien préjuger; j'espère que les micrographes arriveront à quelque chose. Si je me permets de les gourmander un peu, c'est parce qu'ils vont trop vite et que je crains qu'ils ne fassent fausse route. Qu'arrive-t-il, en effet? C'est qu'après avoir soutenu affirmativement que la cellule est le caractère spécifique du cancer, l'expérience étant venue leur démontrer que cette proposition n'était pas toujours vraie, ils cherchent actuellement à expliquer ces prétendues anomalies par une altération de la cellule susceptible de la faire momentanément disparaître. Mais si la cellule ne se trouve pas constamment dans le cancer, elle n'est donc pas aussi caractéristique qu'on l'a dit? La vérité est que la cellule n'existe pas toujours dans le cancer vrai, je parle de l'encéphaloïde, et qu'on la trouve quelquefois dans des tumeurs qui évidemment ne sont pas cancéreuses.

Il y a encore autre chose qui m'arrête, c'est que des cancers où il n'y avait point de cellules ont donné lieu à des récidives qui ont fourni l'occasion d'y constater la cellule. Il faudrait donc admettre de deux choses l'une : ou que la récidive n'était pas de même nature que la maladie primitive, ou que la première tumeur était un cancer tout comme la seconde, bien qu'elle ne contînt pas de cellule.

Juger de la nature d'une tumeur par l'absence ou la présence de la cellule, c'est donc, comme on le voit, procéder par pétition de principe.

Voilà ce qui m'empêche d'admettre que le microscope ait éclairé beaucoup le diagnostic du cancer, et la question de sa curabilité ou de son incurabilité.

Je crois qu'il y a là une inconnue, un élément particulier qui nous échappe. D'ailleurs il ne me paraît pas possible d'accepter la question de cette manière. Comment le microscope pourra-t-il distinguer le tissu fibreux qui repullule de celui qui ne repullulera pas? Dès lors en quoi le microscope peut-il éclairer la question des récidives?

Cependant je ne voudrais pas aller trop loin, comme on l'a fait en sens inverse. Il est certain que dans les cas douteux le microscope peut rendre des services réels en levant l'incertitude du diagnostic. C'est un œil de plus au service du clinicien; mais il ne faut pas oublier, toutefois, que cet œil ne peut faire voir ce qu'il n'y a pas. Il est d'ailleurs difficile de se servir du microscope. La preuve, c'est qu'il n'est pas rare de voir les micrographes les plus exercés se récuser les uns les autres.

J'aurais encore quelques autres points de la question à examiner; mais la suite de la discussion me fournira probablement l'occasion d'y revenir.

— La suite de la discussion est remise à la séance prochaine.

Epilepsie chez le cheval. — M. Leblanc présente une pièce d'anatomie pathologique; c'est l'encéphale d'un cheval qui a succombé après avoir présenté de nombreuses attaques d'épilepsie. L'encéphale était fortement injecté dans toute son étendue, et il existait un épanchement sanguin notable dans l'un des ventricules.

— La séance est levée à cinq heures.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Choquet (J.-B.-E.), né au Veurdre (Allier); *Des épanchements de liquides dans les plèvres.*

Vernier (L.-H.), né à Orgelet (Jura); *De la suette miliaire.*

Vidal (H.), né Perpignan (Pyrénées-Orientales); *Quelques considérations sur la rate et sur les fièvres intermittentes.*

Sattin (J^r-A.), né à Saint-Laurent-de-Chamousset (Rhône); *Des fractures des côtes.*

Villars (L.-V.), né à Versailles (Seine-et-Oise); *Etude sur les roideurs consécutives aux affections des articulations.*

Herbet (E.-H.), né à Amiens (Somme); *Considérations sur la nature de la fièvre typhoïde et sur les troubles de l'intelligence que l'on observe dans cette maladie.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Quesnel, second médecin en chef à Brest, vient d'être promu au grade de premier médecin en chef à Rochefort.

— M. le docteur Benech, qui s'était fait une sorte de célébrité par son traitement au vin de Bordeaux et aux bifteks, vient de mourir à la suite d'une longue maladie. Il était auteur d'une brochure répandue à des millions d'exemplaires sous le titre de *Médecine naturelle* et de quelques autres ouvrages.

Ceux de nos confrères dont l'abonnement finit le 15 octobre sont priés de le renouveler avant cette époque, s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal.

Nous rappelons, à cette occasion, à ceux qui auraient le désir de commencer une collection, qu'ils pourront avoir dans nos bureaux soit l'année 1853 entière et reliée au prix de 12 fr. seulement, soit les mois qui leur manqueraient de 1853 ou de 1854, à raison de 1 fr. par mois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cours de Physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris par P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et des Écoles secondaires de médecine de France, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'Honneur, etc. — Les livraisons 28 et 29, qui complètent le tome IIIe, viennent de paraître. Prix de chaque livraison : 1 fr.

Choléra-Morbus, Guide du médecin-praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie; suivi d'un *Dictionnaire de thérapeutique* appliqué au choléra-morbus, et d'un *Formulaire spécial*; par feu le docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, etc. — Un vol. in-8° de 384 pages. Prix : 5 fr. — Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; ouvrage honoré de souscriptions par les ministères de l'agriculture et du commerce, de la guerre et de la marine; par le docteur A. Foucart, lauréat (médaille d'or) et ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Légion d'honneur, secrétaire général de la Société de médecine pratique. Un volume in-8°. Prix : 6 fr. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 OCTOBRE 1854.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient d'adresser la lettre suivante à M. le docteur Bérard, inspecteur général de l'ordre de la médecine :

Monsieur l'inspecteur général, d'après les dispositions de l'article 17 du décret du 22 août sur le régime des établissements d'enseignement supérieur, les jurys médicaux doivent cesser leurs fonctions au 1er janvier prochain, en ce qui concerne la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions d'officier de santé, de sage-femme, pharmacien et herboriste de deuxième classe.

A partir de cette époque, la délivrance des certificats d'aptitude sera exclusivement réservée, pour les professions d'officier de santé et de sage-femme, aux Facultés de médecine et aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et pour les professions de pharmacien et d'herboriste de deuxième classe, aux écoles supérieures de pharmacie et aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Cette réforme devait être la conséquence nécessaire de l'heureux développement donné à l'enseignement médical en France par la création successive de vingt et une écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. On comprend, en effet, qu'avec ces nombreuses et sérieuses annexes de nos trois Facultés de médecine et de nos trois Ecoles supérieures de pharmacie de Paris, Montpellier et Strasbourg, répandues sur les divers points de la France, l'institution de commissions spéciales, de commissions départementales pour la délivrance des grades n'avait plus sa raison d'être. Non-seulement cette institution devenait inutile ; mais elle créait une position singulière et fâcheuse à nos Ecoles, qui, chargées de l'enseignement médical et pharmaceutique, se trouvaient privées du droit de vérifier l'aptitude de ceux qui aspirent à pratiquer la médecine et la pharmacie. Il leur appartenait de maintenir et d'élever par l'enseignement le niveau des connaissances médicales ; de répandre et de sanctionner les meilleures méthodes, les plus saines doctrines, les pratiques les plus sûres, et il ne leur appartenait pas de juger si ceux aux mains de qui doit être remise la santé publique possèdent des connaissances offrant des garanties suffisantes.

Les nouvelles dispositions du décret font cesser cette situation anomale. Elles restituent aux Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie une mission pour laquelle elles sont si compétentes ; et en leur conférant une prérogative qui leur est due, elles donnent à ces Ecoles une nouvelle importance, une nouvelle vie.

Ces dispositions ne peuvent que profiter à l'art médical lui-même. En rattachant nécessairement la direction des épreuves pour la délivrance des grades à la direction de l'enseignement, elles impriment à ces épreuves un caractère d'unité qui les rendra plus sérieuses et leur donnera plus de valeur.

D'ailleurs, c'est désormais dans l'enseignement des Facultés et des Ecoles préparatoires que les candidats au titre d'officier de santé devront aller puiser les connaissances qui leur seront nécessaires. Le décret du 22 août supprime le certificat de pratique médicale, seule garantie exigée d'eux jusqu'ici, dont il était impossible de vérifier la sincérité, et remplace cette scolarité illusoire par une scolarité réelle constatée par des inscriptions.

Si les pharmaciens de deuxième classe sont dispensés du diplôme de bachelier ès sciences, ils devront suivre pendant un an les cours d'une école de pharmacie pour y acquérir des notions théoriques et pratiques mieux appropriées à la profession qu'ils doivent exercer.

Les nouvelles dispositions du décret auront ainsi pour résultat, tout en assurant la prospérité de nos écoles médicales, de donner à la société des officiers de santé plus habiles et des pharmaciens plus dignes de la confiance publique.

Mais en posant les principes de cette importante réforme, le décret a réservé la discussion des détails et des moyens d'exécution au conseil impérial de l'instruction publique.

Dans une question qui touche aux intérêts les plus sérieux de la société, j'ai voulu m'entourer des lumières des hommes les plus compétents, des hommes qui ont voué avec tant de succès leur vie à l'enseignement et à la pratique de l'art médical et dont les noms font autorité dans l'art de guérir.

J'ai institué une commission dont la présidence devait vous appartenir à tous les titres, monsieur l'inspecteur général. Cette commission, chargée de préparer et d'élaborer le projet d'arrêté qui doit être soumis au conseil impérial, se composera, sous votre présidence, de :

MM. P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris.
Bussy, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.
Lestiboudois, maître des requêtes au conseil d'Etat.
Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.
Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.
Gintrac, directeur de l'Ecole préparatoire de Bordeaux.
Richard, directeur de l'Ecole préparatoire de Lyon.
Dassier, directeur de l'Ecole préparatoire de Toulouse.
Lesieur, chef de la 1re division au ministère de l'instruction publique et des cultes.

Je vous prie de réunir cette commission, le plus tôt qu'il vous sera possible, dans une des salles du ministère de l'instruction publique et des cultes.

Les questions principales que vous aurez à lui soumettre sont comprises dans l'article 18 du décret du 22 août, ainsi conçu :

« Un arrêté du ministre de l'instruction publique, délibéré en conseil impérial de l'instruction publique, déterminera la circonscription des facultés de médecine, écoles supérieures de pharmacie et écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, chargées de la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions mentionnées en l'article 17, la composition des jurys d'examen, l'époque de leur réunion, la répartition des droits de présence entre les professeurs, et généralement tous les moyens d'exécution dudit article. »

La détermination des circonscriptions appellera une attention d'autant plus sérieuse que les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens et les herboristes de deuxième classe ne pourront, comme par le passé, exercer leur profession que dans le département pour lequel ils auront été reçus.

Agréez, monsieur l'inspecteur général, etc.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. FORTOUL.

Paris, le 5 octobre 1854.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

État sanitaire. — Choléra. — Fièvre typhoïde. — Dyssenteries.

L'épidémie, qui pour la première fois depuis son invasion semblait suivre une marche régulièrement et graduellement décroissante, si bien que nous pensions pouvoir désormais cesser de publier des bulletins, vient d'éprouver encore une de ces oscillations dont elle nous a donné de si fréquents exemples depuis son début. Les derniers jours de septembre ne donnaient plus à peine que 4, 5 ou 6 cas par jour pour les hôpitaux, lorsque le 4 octobre ce chiffre s'est élevé tout d'un coup à 13, et s'est maintenu jusqu'à ces derniers jours à une moyenne environ de 15 à 16 parjour.

Nous nous bornons à constater ce fait, sans chercher à remonter à ses causes. Ici, nous n'avons pas même le prétexte de ces vicissitudes atmosphériques, de ces mouvements brusques du thermomètre qui ont pu nous paraître, dans d'autres circonstances, agir à la manière d'influences prédisposantes, car de telles vicissitudes n'ont point coïncidé avec le mouvement ascensionnel de l'épidémie.

Du reste, ce que nous constatons pour Paris s'est également produit, et se produit de loin en loin sur d'autres points sans plus de raison plausible. Ainsi l'épidémie de Marseille, qui était arrivée graduellement à s'éteindre, a été récemment comme ravivée tout à coup, pour reprendre de nouveau presque aussitôt après sa marche décroissante. Il en est à cet égard des recrudescences comme de l'invasion de la maladie elle-même, elles échappent à toute interprétation, et semblent entièrement indépendantes des conditions météorologiques appréciables.

La situation de l'épidémie dans les départements n'est pas encore non plus très satisfaisante. Les départements de l'Ariége et de la Haute-Garonne paraissent en souffrir beaucoup. La ville de Toulouse, notamment, compte en ce moment un très grand nombre de cas de choléra et de suette, et les décès causés par le choléra seul s'élèvent à un chiffre considérable. On compte pour les derniers jours plus de 100 décès par jour, sur une population de moins de 100,000 âmes.

Puisque ces incessantes oscillations du choléra nous tiennent toujours en haleine et conservent leur caractère d'actualité à toutes les questions qu'il soulève, nous signalerons encore les faits nouveaux, les idées et les opinions que suscitent celles de ces questions qui sont plus particulièrement sujettes à controverse. Pour ne parler que des deux points qui ont le plus occupé l'attention des médecins dans ces derniers mois, le traitement du choléra par la strychnine et le défaut d'absorption dans la période algide, nous avons reçu sur ces deux sujets plusieurs communications. Nous publierons dans le prochain n° la lettre que nous écrit M. le Dr Thomas au sujet de nos réflexions sur les conséquences pratiques qui se déduisent du défaut d'absorption dans la période algide du choléra. On y verra que cet honorable correspondant ne conteste pas le défaut d'absorption par les voies digestives, il conteste seulement que l'absorption cutanée soit supprimée. Les faits qu'il rapporte tendent évidemment à prouver que l'absorption a eu lieu par la peau; mais nous ferons remarquer que le défaut d'absorption par la peau n'a été considéré, par nous du moins, ni comme aussi complet ni comme aussi constant que le défaut d'absorption stomacale. D'un autre côté, on remarquera que dans le premier de ces faits, le plus concluant sur le point en question, les preuves de l'absorption ont été constatées presque coïncidemment avec la manifestation des premiers symptômes de réaction.

Quant aux faits qui concernent la strychnine, outre qu'en général ils manquent de détails assez précis pour permettre d'en apprécier la valeur, ils sont tellement contradictoires qu'il serait impossible d'en déduire la moindre conséquence pour ou contre la méthode.

Nous n'aurions, du reste, pour le moment rien de nouveau à signaler en fait de thérapeutique, si ce n'est les essais qui ont lieu depuis quelques jours dans le service de M. Briquet, à la Charité, avec l'oléine. S'il faut en croire les rapports qui nous ont été faits à ce sujet, l'oléine, ou en d'autres termes l'huile d'olives, que M. Briquet fait prendre à la dose de 1 à 2 verres, paraîtrait avoir produit d'excellents résultats en arrêtant très vite la diarrhée et les vomissements. Nous rappellerons que ce moyen a été préconisé depuis bien longtemps contre le choléra, et depuis plus longtemps encore comme préservatif de la peste, en se fondant sur cette observation faite dans quelques villes du midi de la France que les ouvriers employés à la fabrication de l'huile d'olives, et qui en ont presque constamment le corps imprégné, avaient été généralement indemnes du choléra, comme ils le furent jadis de la peste lors de la grande épidémie de 1720. Nous reviendrons sur ces expériences.

FIÈVRE TYPHOÏDE DE FORME RÉMITTENTE. — Avant cette petite recrudescence nouvelle, et depuis que l'épidémie avait commencé à prendre son mouvement graduel et continu de déclin, nous avons indiqué le retour des maladies habituelles, au premier rang desquelles figure toujours par sa fréquence comme par sa gravité la fièvre typhoïde. Les cas de fièvre typhoïde se sont beaucoup multipliés depuis; mais il est à remarquer que tout en se multipliant ils n'en prennent pas pour cela, en général, un caractère plus grave. La maladie a même perdu un des éléments qui constituaient sa gravité, alors qu'elle régnait coïncidemment avec le choléra et dans des proportions relativement moindres qu'en ce moment. Nous voulons parler de la complication si fréquente à cette époque des deux maladies, ou plutôt de la transformation de l'une dans l'autre. La manifestation si commune des accidents cholériques pendant le cours de la fièvre typhoïde constituait alors pour tout malade atteint de cette dernière affection une chance de terminaison fatale qui devait nécessairement entrer dans les supputations du pronostic. Aujourd'hui il n'en est plus de même, jusqu'à présent du moins (nous ne voudrions pas préjuger l'influence que pourra produire la petite recrudescence qui semble s'annoncer depuis quelques jours), et l'on peut dire généralement, sauf quelques rares exceptions, que les fièvres typhoïdes qui règnent en ce moment sont d'un caractère peu grave.

Elles nous ont présenté toutefois, dans quelques cas du moins, une particularité qui nous a paru mériter d'être signalée à l'attention des praticiens. Le redoublement fébrile du soir, commun à toutes les formes de cette affection, a acquis chez quelques malades une intensité et un caractère de régularité assez prononcés pour constituer une véritable rémittence, et rappeler cette forme de la fièvre typhoïde que l'on observe fréquemment dans les pays palustres, où règnent communément les affections intermittentes, et qu'il n'est même pas rare de voir pendant la saison d'automne dans les pays même où, comme à Paris, les fièvres intermittentes sont presque inconnues.

Le sulfate de quinine a dans ces quelques cas assez bien fait justice de ce redoublement fébrile, et il n'a pas peu contribué, en simplifiant ainsi la maladie, à en faciliter la solution heureuse. Ces faits, du reste, ne se sont pas autant généralisés que nous avions, au premier abord, été porté à le croire, en voyant plusieurs cas simultanément dans un seul service. En supposant qu'ils se fussent produits sur une plus grande échelle, on aurait eu là un spécimen de ces fièvres continues rémittentes des anciens, qui réclamaient habituellement le concours du sulfate de quinine avec les moyens généraux de traitement appropriés aux fièvres continues graves. Par là s'expliquent aussi ces succès éphémères attribués, il y a quelques

années, à ce dernier agent dans le traitement de l'affection typhoïde.

DYSSENTERIES. — Nous avons signalé aussi en même temps qu'un accroissement notable dans le nombre des fièvres typhoïdes l'existence de quelques dyssenteries qui ont été également constatées dans les hôpitaux et en ville. Le rapprochement de ces dyssenteries avec les fièvres typhoïdes rémittentes dont nous venons de parler rappelait assez bien, pour le dire en passant, la physionomie des constitutions médicales habituelles d'automne dans les pays chauds.

Ce rapprochement peut ne pas manquer d'intérêt, si l'on considère la température presque exceptionnelle du mois de septembre et des premiers jours d'octobre à Paris. Mais hâtons-nous de dire que ces dyssenteries ne ressemblent que de très loin aux dyssenteries épidémiques des pays chauds; loin d'en avoir la gravité, elles sont, au contraire, généralement très bénignes. Elles consistent en quelques selles très peu abondantes, mais assez fréquemment répétées, et composées presque exclusivement d'un mucus sanguinolent, avec coliques, ténesme, ardeur au fondement, mais sans réaction générale, sans fièvre, et surtout sans cet épuisement, cette adynamie profonde qui entraîne si rapidement la fin des malades. Ces dyssenteries, en raison de leur bénignité naturelle, ne réclament que quelques soins très simples; quelques grains d'opium, et même de simples lavements à la graine de lin ont suffi le plus souvent pour enrayer ces accidents. Il a été rarement nécessaire de recourir soit à l'ipéca, soit aux doses élevées et répétées d'opium, qui constituent la médication principale de la dyssenterie élevée à une certaine intensité.

Nous venons de parler des cas de dyssenterie que l'on voit en ce moment à Paris, mais ce que nous en disons pourrait bien n'être pas en tous points applicable à quelques-unes des dyssenteries qui nous ont été signalées dans plusieurs localités, et qui paraîtraient être plus graves. Telles sont, par exemple, celles dont M. Leclerc nous apprenait récemment l'existence à Caen. M. le docteur Hiard (de Mugron) nous en dit autant pour quelques localités des Landes. Il nous fait connaître à ce sujet les succès remarquables qu'il a obtenus contre la dyssenterie, ainsi que contre la diarrhée cholérique, par l'emploi des douches et des compresses d'eau-de-vie éthérée. Appelé, nous écrit-il, auprès d'un enfant de deux ans atteint depuis la veille de vomissements et de selles blanches fréquentes, avec des stries sanguinolentes provoquant de vives douleurs à leur passage à travers l'anus, dont le pourtour est rouge et comme corrodé, il constate en outre chez son petit malade une chaleur brûlante de tout le corps, tandis que les pieds sont froids, un pouls fréquent et battant avec force; alternative d'agitation et de prostration telle que l'enfant semble étranger à tout ce qui se passe autour de lui. Quand il se réveille de cette torpeur, c'est pour se tordre dans les convulsions que provoquent les coliques. M. Hiard, après avoir été témoin pendant deux heures de cette scène douloureuse, fait appliquer sur l'abdomen une compresse de flanelle trempée dans de l'eau-de-vie camphrée arrosée d'éther. En moins de dix minutes, la chaleur de la peau et le pouls se modérèrent, l'enfant reprit complétement ses sens et ne parut plus souffrir.

Le moyen employé dans cette circonstance avec un si heureux résultat par M. Hiard est trop simple pour qu'il ne soit facile à chacun de l'essayer à la première occasion.

Rétrécissement sous-muqueux du canal de l'urètre. Coarctotomie.

Un homme de quarante-cinq à quarante-six ans est entré il y a deux mois environ à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, pour un rétrécissement du canal de l'urètre, un de ces rétrécissements sous-muqueux élastiques si bien décrits par M. Reybard, et qui paraissent avoir habituellement pour origine une inflammation rétractile des tissus sous-muqueux. Un des caractères de ces rétrécissements est de présenter un certain degré d'élasticité, qui permet souvent à une sonde, même assez volumineuse, de les traverser tandis que la colonne d'urine ne les franchit point ou ne les franchit qu'avec une grande difficulté. Ainsi chez le malade en question, on introduit sans trop d'obstacles une sonde de moyen calibre, au point qu'on croirait à peine à l'existence d'un rétrécissement si la main du chirurgien n'en avait conscience par la sensation de résistance qu'oppose le retrait du tissu induré à la progression de la sonde, soit en avant, soit en arrière, une fois qu'elle est engagée dans le rétrécissement; et cependant le malade n'urine que goutte à goutte et sans impulsion, l'urine coule le long de ses jambes. C'est en un mot un de ces rétrécissements analogues à celui dont M. Guérin a présenté récemment un exemple à la Société de chirurgie, et dans lequel on a pu voir, pièces en main, la membrane muqueuse saine, tandis que le canal de l'urètre était rétréci par une induration du tissu spongieux et un dépôt de lymphe plastique dans les mailles de ce tissu.

On comprend combien en pareil cas doit être insuffisante la méthode de la dilatation. Aussi cet homme avait-il été soumis sans aucun avantage à ce mode de traitement. On était bien parvenu à introduire graduellement des bougies de plus en plus volumineuses, mais le malade n'en urinait pas mieux pour cela. Cela se conçoit; le rétrécissement étant élastique, il cède jusqu'à un certain point à la pression de la bougie, comme le ferait un anneau de caoutchouc; mais la bougie n'est pas plutôt ôtée que le tissu coarcté revient sur lui-même en vertu de son élasticité naturelle, et s'oppose au passage de l'urine. Ce ne serait tout au plus qu'exceptionnellement qu'on pourrait espérer guérir ces rétrécissements par la dilatation, en admettant qu'elle pût suffire dans quelques cas pour produire, à la manière de la compression, la résorption des produits infiltrés.

Quant à la cautérisation, il est évident que pour des rétrécissements de ce genre ce serait la plus mauvaise de toutes les méthodes; non-seulement elle serait impuissante pour les guérir, mais il est même à présumer qu'elle ne pourrait que concourir plutôt à les augmenter.

Que restait-il donc à faire dans l'espèce? Il n'y avait qu'une méthode qui pût donner ici des résultats certains, c'était l'urétrotomie. C'est le parti auquel s'est arrêté M. Follin, alors chef du service et à ce titre chargé du soin de ce malade.

Mais il se présentait une seconde question. A quel procédé d'urétrotomie convenait-il de recourir? Il y avait à choisir entre la méthode périnéale, l'urétrotomie proprement dite ou la division du canal de l'urètre de dehors en dedans sur le point coarcté, d'après la méthode de Syme (d'Edimbourg), qui a été naguère l'objet d'une si vive polémique en Angleterre, ou les divers procédés de coarctotomie de dedans en dehors, tels que le procédé de M. Civiale, celui de M. Reybard, etc. M. Follin inclinait d'abord à employer la méthode de Syme; mais il a été arrêté par cette considération, que le rétrécissement chez ce malade était situé dans la région périnéale, et qu'il lui répugnait de porter le bistouri aussi profondément, d'autant qu'avec le cathéter de Syme on ne sentait pas assez distinctement le rétrécissement pour diriger avec sûreté l'instrument. Aussi a-t-il renoncé, pour ce cas particulier, à une opération qu'il serait disposé, nous a-t-il dit, à employer de préférence à toute autre dans des circonstances favorables.

En ce qui concerne les divers procédés de coarctotomie, il restait à opter encore entre le procédé le plus généralement adopté, et qui consiste à diviser le point coarcté de l'urètre d'arrière en avant dans toute son étendue et dans toute son épaisseur, et le procédé de M. Reybard, qui repose, comme on le sait, sur ce double principe, qu'il faut préalablement dilater le canal, ce qu'il fait à l'aide de la sonde dilatatrice à double tige mobile; et, en second lieu, inciser largement et profondément jusqu'à la peau. Le procédé de M. Reybard donnant lieu habituellement à une hémorrhagie plus ou moins abondante qui dans quelques cas a été très grave, M. Follin a préféré s'en tenir au procédé commun.

En conséquence, le malade étant couché sur le lit d'opération, M. Follin a pratiqué l'incision du point rétréci à l'aide du coarctotome de M. Civiale. L'incision n'a présenté aucune difficulté; elle n'a été suivie d'aucun accident immédiat. Quelques gouttes de sang à peine se sont écoulées par l'urètre. Une sonde a été introduite et laissée à demeure pendant deux jours, pour prévenir l'infiltration urineuse. Après ces deux jours, la sonde retirée, le malade a pu uriner à plein canal et à distance, absolument comme dans l'état normal. L'émission des urines ne produit qu'une douleur légère à leur passage au niveau du point coarcté. Le malade a eu depuis quelques accès fébriles quotidiens qui ont été enrayés au bout de peu de jours par quelques doses de sulfate de quinine. Enfin, aujourd'hui, après vingt jours environ, la miction continue à avoir lieu d'une manière tout à fait normale, et le malade ne souffre plus. — Dr Brochin.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous rétablissons comme terme de comparaison, en regard des chiffres de la semaine, ceux de la semaine précédente, que nous avons omis de donner samedi dernier à cause de leur peu d'importance.

Du 27 septembre au 3 octobre.	Cas nouveaux.	*Du 4 au 11 octobre.*	Cas nouveaux.
Le 27 septembre. . . .	4	Le 4 octobre. . . .	13
28 »	5	5 »	10
29 »	6	6 »	17
30 »	4	7 »	13
1er octobre. . . .	3	8 »	24
2 »	6	9 »	inconnu
3 »	4	10 »	17
		11 »	15

Choléra à Londres.

Semaine du 23 au 30 septembre 1854.

Mortalité générale.	2,216
— due au choléra.	754
— due à la diarrhée.	165

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne, 76,2 centim.; hauteur thermométrique moyenne, + 12°,8 centigr.

Semaine du 30 septembre au 7 octobre 1854.

Mortalité générale.	1,532
— due au choléra.	411
— due à la diarrhée.	98

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne, 75,4 centim.; hauteur thermométrique moyenne, + 11°,8 centigr.

Dans les treize semaines antérieures au 7 octobre 1854, le nombre des victimes du choléra s'élève dans Londres à 10,118, dont 5,452, c'est-à-dire plus de la moitié, a succombé dans la partie méridionale de la ville, dont la population dépasse à peine le quart du chiffre total des habitants de Londres.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. SOCQUET.

Du traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés par l'injection iodo-tanique.

D'après l'exposition telle que l'ont faite la plupart des auteurs des symptômes de l'ophthalmie puriforme des nouveau-nés, cette affection devrait être regardée comme excessivement sérieuse. Elle n'est pourtant pas jugée aussi terrible qu'on pourrait le croire d'après leur description par les auteurs qui retracent ses caractères. Ainsi, M. Carron du Villars, après avoir dit que l'ophthalmie des nouveau-nés est une maladie fort grave..., que c'est, après l'ophthalmie variolique, celle qui produit le plus souvent la cécité, commence ainsi son pronostic : « Lorsqu'on a reconnu, au début, une ophthalmie puriforme, rien n'est plus facile que d'en borner l'action. » Rognetta pense que, prise à temps et traitée convenablement, elle peut se terminer en deux, trois, six ou dix jours. M. Sichel dit, à propos de ce pronostic : « Il est favorable toutes les fois que l'ophthalmie n'a pas encore dépassé les limites du miroir de l'œil. » Mackensie émet une opinion semblable. M. Vidal (de Cassis) dit avoir guéri facilement toutes celles qu'il a traitées à Lourcine. Mais Demours ne partage pas ces opinions favorables, et, après avoir noté que la fonte du globe est la suite fréquente de cette phlegmasie, il ajoute : « Heureux ceux qui en sont quittes pour un épanchement lymphatique entre les lames de la cornée, de nature à diminuer avec le temps ! »

Néanmoins, comme il est assez fréquent qu'une affection, très commune chez les pauvres, ne soit pas attaquée au moment opportun et d'une manière convenable, cette phlegmasie conserve toute sa gravité dans l'opinion générale des ophthalmologistes et des hommes qui ont traité des maladies de l'enfance. Et pourtant, qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas ici d'une ophthalmie puriforme contractée par inoculation pendant l'accouchement. Ses phénomènes, après tout, seraient alors ceux qu'on observe chaque jour sur l'œil de l'individu qui s'y est instillé du muco-pus blennorrhagique. La cause la plus prochaine, la plus ordinaire de cette dangereuse phlegmasie, dit Demours, c'est l'exposition imprudente de ces petits êtres à l'influence d'une atmosphère rigoureuse. En Angleterre, où la maladie est fréquente, les accoucheurs la nomment *coup de froid sur l'œil*. C'est une erreur de croire qu'elle soit constamment ou le plus souvent produite pendant l'accouchement, par l'inoculation des liquides vaginaux d'une mère infectée. Cette inoculation est un fait exceptionnel. Mackensie, Rognetta, Carron du Villars font les mêmes réflexions, et ce dernier ajoute que le nombre d'enfants atteints d'ophthalmie est plus grand chez ceux qui naissent de mères parfaitement saines que chez ceux dont les mères ont quelque flux gonorrhéique.

Les divers traitements employés par les auteurs pour combattre cette ophthalmie ne sont pas de nature à dissiper les craintes qu'inspirent ces symptômes. Je ne dirai rien du traitement général; mais pour les agents employés localement, ce sont des vésicatoires à la nuque, des cautères, des sétons, des saignées fréquentes et de toute sorte, voire même de la jugulaire, des débridements sur la paupière. M. Sichel lotionne les yeux avec l'acétate de plomb et y instille un collyre au nitrate d'argent. Mackensie fait laver trois ou quatre fois par jour les paupières renversées avec la solution suivante :

Sublimé corrosif.	0,05
Sel ammoniac.	0,30
Eau distillée.	240

Kennedy et Vieland proposent le collyre suivant :

Azotate d'argent.	8
Eau distillée.	30

Rognetta dit qu'à Paris on dépasse cette dose. Tyrrel pratique le débridement multiple sur la cornée. Tous enfin conseillent, en cas de chémosis, complication fréquente, l'excision de la muqueuse.

Contre cette grave affection, les traitements les plus énergiques, le plus variés, n'atteignent pas toujours le but qu'on se propose; car, pour ne parler que des collyres, l'acétate de plomb, par exemple, laisse des incrustations métalliques dans l'œil pour peu qu'il soit légèrement ulcéré; on les y a retrouvées de toute pièce. Le nitrate d'argent est décomposé en partie par les chlorures du pus et des larmes, et n'agit dès lors que par une faible portion, et puis c'est un caustique. Nous avons pensé à un autre agent thérapeutique, et nous pouvons maintenant citer les guérisons radicales obtenues avec la solution iodo-tanique du docteur Socquet, dans les quatre cas d'ophthalmie purulente que nous avons pu observer à l'Hôtel-Dieu.

Disons tout de suite, une fois pour toutes, que cette solution était ainsi composée :

1 gramme solution normale pour 30 d'eau distillée.

OBS. I. — Joséphine Brown, femme Daule, agée de vingt-quatre ans, née à Gambsheim (Alsace), primipare; entrée à l'Hôtel-Dieu le 23 avril 1854; grossesse excellente, accouchement facile le 24 avril; enfant bien portant, du sexe féminin.

Le 29 avril, la mère s'aperçoit que l'enfant souffre, que l'œil gauche est rouge et légèrement tuméfié. Elle n'en parle pas.

Le 30, le mal augmente; l'œil gauche est beaucoup plus gros que la veille, le droit commence à rougir; l'enfant crie, se plaint, éprouve un malaise tel que les sœurs de la salle s'en aperçoivent.

Le 1er mai, la petite malade est montrée au médecin à la visite du matin. On lui trouve une face rouge, légèrement tuméfiée, les yeux bien clos, les paupières retournées en dedans et solidement agglutinées; l'œil droit, moins enflammé, offre cette barre transversale que Baron signale au début des ophthalmies purulentes.

Quand on parvient à séparer les paupières de l'œil gauche, un flot de pus qu'elles retenaient s'en échappe et masque entièrement la cornée, qu'on ne peut apercevoir. L'œil droit en fournit également, mais en moindre quantité. Le pus est jaune et assez épais. Il nous a été impossible de voir s'il existait une ulcération sur les cornées. Du reste, l'enfant tette toujours volontiers, et sa mère n'a remarqué en elle qu'un peu d'insomnie et de constipation. Elle dit n'avoir jamais eu d'affection vénérienne, et elle attribue le mal de son enfant à un courant d'air qui venait directement sur elle par une fenêtre ouverte. — Une cuillerée de sirop de chicorée; deux injections par jour dans les yeux avec le collyre iodo-tannique.

Pendant ces deux injections, faites avec une seringue en verre, l'une à neuf heures du matin, l'autre à trois heures et demie environ du soir, l'enfant ne manifeste pas de douleur vive; elle souffre beaucoup plus de l'écartement des paupières.

Le 2 mai, on ne remarque pas trop de différence. L'œil droit semble pourtant suppurer davantage que la veille; le gauche est un peu moins rouge. — Même prescription.

Le 3, la figure n'est plus tuméfiée. Les yeux, toujours agglutinés, s'entr'ouvrent pourtant plus aisément. Le droit est aujourd'hui le plus malade; il fournit, comme le gauche, mais en plus grande abondance, un pus séreux décoloré et qui coule aisément. Les paupières sont moins tuméfiées. L'état général est bon. — Deux injections; plus de chicorée.

Le 4, l'écoulement a considérablement diminué des deux côtés; la cornée, qu'on pouvait apercevoir hier à gauche, se voit très bien dans les deux yeux; elle est nette et nullement altérée. Les paupières se sont complétement affaissées. — Deux injections.

Le 5, un peu plus de suppuration qu'hier, mais pas d'autre phénomène fâcheux. A l'injection du soir, l'œil gauche ne suppurait plus du tout.

Le 6, à part un peu de blépharite ciliaire, l'œil gauche est entièrement guéri; l'œil droit, sans aucune inflammation, continue à suppurer. — Une injection par jour.

Le 7, l'œil droit suppure à peine; le gauche est parfaitement guéri. — Une injection par jour.

Le 9, l'enfant ouvre sans difficulté les deux yeux, qui sont très nets. — On fait une injection seulement à droite, où l'on observe une légère humidité de la paupière.

Le 10, il est impossible d'apercevoir la moindre trace, soit d'inflammation, soit de suppuration, dans les yeux de cette enfant. — On fait une dernière injection à droite, et on renvoie la femme.

Obs. II. — Rosalie Valin, femme Bosio, vingt-neuf ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 19 mai, accouchée le 20, au matin, de son troisième enfant; grossesse bonne, accouchement naturel.

Le 21, la femme s'aperçoit d'une rougeur sur l'œil gauche de son enfant; comme il ne manifestait pas de souffrance, la mère ne dit rien.

Le 22, la rougeur augmente, la tuméfaction également; l'enfant crie. Les sœurs s'aperçoivent de cette tuméfaction.

Le 23, l'enfant est montré à M. Socquet. On trouve de la rougeur, de la tuméfaction sur l'œil gauche; la paupière, relevée, laisse échapper assez peu de pus séreux et blafard; mais la cornée est parfaitement nette et intacte. L'état général de l'enfant est bon. — Deux injections.

Le 24, l'œil malade a diminué considérablement de volume; il donne fort peu de pus; la cornée est toujours parfaitement saine. On peut croire qu'il n'y avait là que la blépharite puriforme, que M. Velpeau distingue de l'ophthalmie purulente. A l'injection du soir il n'y a pas d'écoulement, mais une simple petite rougeur sur le bord libre de la paupière.

Le 25, l'œil est si net qu'on juge les injections inutiles; elles ne sont pas continuées.

Le 27, la femme sort de l'hôpital avec son enfant, chez lequel on n'a observé aucune récidive.

Quelle était la cause de cette blépharite puriforme? La mère dit n'avoir jamais eu d'écoulements; mais elle était couchée au n° 43 de la salle des femmes en couches, lit situé en face d'un long corridor, et où règne un courant d'air continuel. Je crois que c'était là l'unique cause de cette ophthalmie.

Obs. III. — Laurence Chavanne, femme Valleix, née à Champagne (Ain), âgée de trente-cinq ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 mai 1854, accouchée le 31 mai de son troisième enfant.

Le 3 juin, les paupières de cet enfant sont boursouflées, rouges, luisantes, agglutinées par les bords, qui se renversent en dedans. Dès qu'on veut entr'ouvrir l'œil, on voit perler une ou deux gouttes d'un pus épais et jaunâtre. L'enfant vomit tout ce qu'il prend. — Deux injections.

Le 4, la tuméfaction des paupières a bien diminué; l'écoulement est plus séreux, mais moins abondant. On ne peut pas encore bien apercevoir les cornées; les vomissements continuent. — Deux injections.

Le 5, l'enfant ouvre lui-même les yeux; il n'y a pas d'écoulement, mais une légère humidité des paupières. La tuméfaction a totalement disparu.

Le 6, plus de suppuration; netteté parfaite du globe; paupières normales. — Les injections sont continuées.

Le 7, on suspend les injections.

Le 8, pas de récidive. L'enfant va parfaitement.

Le 9, même état. On n'a pu découvrir aucune cause à la phlegmasie oculaire.

Obs. IV. — Ce fait n'aura peut-être pas l'importance qu'ont les précédents, où nous avons pu détailler jour par jour les phénomènes de la maladie et la marche de la guérison. Notre feuille d'observation a été perdue; mais disons seulement que l'ophthalmie, très intense aux deux yeux, a complétement disparu dans l'espace de sept jours. Au huitième, la femme sortait avec son enfant bien guéri. Nous ne l'avons pas revue.

Cette ophthalmie, traitée comme les précédentes et avec le même succès, reconnaissait, ce semble, une cause toute particulière; l'enfant était resté longtemps au passage. Or, on sait que M. d'Ammon a signalé comme une cause d'ophthalmie la compression de la tête du fœtus pendant la parturition, d'où résulte une stase sanguine dans les vaisseaux. Du reste, la particularité de cette cause n'amena aucune complication fâcheuse, et l'enfant a parfaitement guéri.

Tallon, *interne du service.*

PLAIES DE L'ARTÈRE RADIALE.

Hémorrhagie par le bout supérieur seulement. — Guérison par la compression de l'artère divisée.

Par M. le docteur Vernaison, de Randan (Puy-de-Dôme).

Obs. I. — Au mois de juin de l'année dernière, je fus appelé en toute hâte pour donner des soins à une femme de trente-cinq ans qui, m'assurait-on, perdait tout son sang par une blessure qu'elle s'était faite à l'avant-bras.

En arrivant auprès de la malade, j'appris qu'en coupant un morceau de pain très dur la pointe du couteau dont elle se servait était venue a frapper au bord externe de l'avant-bras gauche, juste au point d'élection pour l'exploration du pouls. La malade était assise. Une masse de sang rouge était à ses pieds; et malgré la précaution qu'elle avait prise d'appuyer avec la main droite sur un mouchoir placé circulairement autour de la plaie, le sang continuait à s'échapper goutte à goutte. Je mis la blessure à découvert; elle avait une étendue de trois centimètres à peu près, et sa direction était parallèle à celle de l'artère radiale. Un jet de sang rutilant, s'échappant par saccades aussitôt que la compression fut supprimée, ne me laissa aucun doute sur l'ouverture de l'artère, diagnostic que les circonstances mentionnées plus haut justifiaient déjà suffisamment. N'ayant pas sous la main tout ce qui m'était nécessaire pour faire la ligature du vaisseau, je me bornai provisoirement à exercer une compression suffisante pour suspendre l'hémorrhagie, renvoyant à quelques heures plus tard l'opération que je jugeai d'abord indispensable.

Je reviens le soir auprès de la malade, bien décidé à lier le vaisseau ouvert. Je trouve toutes les pièces de l'appareil placé le matin parfaitement intactes. Il ne s'est pas écoulé une goutte de sang. La malade s'effraye de l'opération et résiste.

Mais, considérant que l'écoulement sanguin durait depuis plusieurs heures, et tenant compte des appréhensions de la malade, je me demandai s'il ne serait pas possible de tenter l'oblitération de l'artère par une compression méthodique et longtemps prolongée. Partant de là, je réunis la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives; à l'aide d'un morceau de liége façonné *ad hoc* et entouré de linges, j'établis un point de compression directement sur le bout supérieur divisé, en ayant soin de la prolonger supérieurement, quoique à un plus faible degré, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, afin de diminuer le choc de la colonne sanguine sur le point principal. Le poignet, la main et les doigts isolément furent entourés de bandes qui, en comprimant ces parties dans une certaine mesure, devaient en prévenir l'engorgement. La malade fut mise au lit, et le membre fut placé demi-fléchi sur un coussin un peu élevé. Je recommandai le repos et, autant que possible, l'immobilité absolue du membre.

A ma visite du lendemain, je constate que l'appareil n'a subi aucun dérangement et que l'hémorrhagie, arrêtée dès la veille, ne s'est pas renouvelée; seulement la malade se plaint de douleurs assez vives ayant leur siége sur la main et les doigts comprimés.

Pour prévenir le relâchement des bandes et donner à mon appareil une puissance de compression toujours égale, je le renouvelle tous les matins d'abord, et plus tard tous les deux jours, en ayant soin chaque fois de faire comprimer par un aide l'artère humérale pendant tout le temps du pansement.

Trois semaines après l'accident, la plaie était depuis longtemps cicatrisée. L'oblitération du vaisseau divisé me parut avoir acquis une solidité suffisante. J'enlevai l'appareil, en recommandant à la malade de le remplacer pendant quelque temps par une simple bande roulée. La main et les doigts étaient le siége d'une roideur assez prononcée; les mouvements étaient difficiles et douloureux. Ces derniers symptômes disparurent rapidement sous l'influence de quelques frictions et d'un travail modéré.

En somme, depuis longtemps il ne reste plus aucune trace de cet accident, si on excepte la faiblesse des pulsations de l'artère, qui de ce côté sont presque imperceptibles.

Obs. II. — Cette malade était à peine rétablie qu'un fait absolument semblable vint s'offrir à mon observation.

Cette fois il s'agit d'un domestique âgé d'environ quinze ans, habitant d'une commune voisine. Son maître et lui moissonnaient un champ de blé; dans un de ces accès de fol entrain par lesquels nos cultivateurs égayent quelquefois leurs rudes travaux, ils firent mine de s'attaquer et simulèrent une lutte avec les faucilles dont ils étaient armés. Le maître fit un faux pas, et, dans les mouvements auxquels il se livra pour éviter une chute, la pointe de son instrument vint frapper le domestique au bord externe de l'avant-bras droit.

Un jet de sang s'échappa immédiatement de la plaie. Le blessé fut conduit dans la maison, mis au lit, et tous les moyens tentés ne s'opposant qu'imparfaitement à l'hémorrhagie, on imagina en attendant mon arrivée, et malgré les mouchoirs et les linges qui entouraient la blessure, de suspendre le membre dans une position verticale à l'aide d'une corde fixée par une de ses extrémités au poignet et par l'autre au ciel du lit.

Telle était encore la pénible position du malade quand j'arrivai auprès de lui deux heures après l'accident.

L'aspect de la plaie, le jet rutilant qui s'en échappa quand je l'eus débarrassée de quelques caillots, la quantité de sang considérable que le malade avait perdu, tout se réunit pour ne me laisser aucun doute sur la gravité de la lésion. Comme dans le cas précédent, l'artère radiale avait été ouverte pour ainsi dire à la même place, et j'avais à traiter un cas identique au premier.

Les circonstances qui ont accompagné cette observation étant la reproduction exacte de ce qui s'est passé dans le fait qui précède, je m'abstiendrai de tout détail. Il suffira de dire qu'encouragé par un premier succès, je soumis sans hésitation mon nouveau malade au même traitement. Cette fois encore mon espérance ne fut pas déçue. La compression fut établie avec la régularité et les précautions déjà prises et continuée pendant trois semaines sans aucun accident. Au bout de ce temps, l'oblitération était solide et complète, et aujourd'hui le malade, parfaitement guéri, a repris depuis longtemps ses travaux.

PROCÉDÉ CHIMIQUE POUR ÉVALUER LA QUANTITÉ DU SUCRE.

Par M. E. Maumené.

Lorsque j'ai fait connaître à l'Académie le procédé d'analyse qualitative des matières sucrées fondé sur l'action des chlorures, et en particulier du bichlorure d'étain (Sn Cl2, 5 HO), je croyais ne pouvoir évaluer la quantité de sucre par ce réactif. De nombreuses expériences, faites depuis cette époque, m'ont conduit à rendre son action régulière et à résoudre le problème difficile et insoluble jusqu'à présent de *déterminer la proportion de sucre par l'emploi d'un agent chimique* (1).

Il est facile de régulariser l'action du chlorure d'étain sur le sucre : il suffit d'employer un assez grand excès du premier et de prendre, par exemple, 15 à 30 grammes de chlorure pour 1 de sucre. En soumettant le mélange à l'évaporation d'abord, puis à une torréfaction de quelques minutes à la température de 120 à 130 degrés, le mélange noircit comme je l'ai indiqué; mais au lieu de se changer en une masse brun noir formé de deux parties, une soluble et une insoluble, inégales et sans rapport constant, le mélange donne un seul et unique produit complétement insoluble et dont la formation s'explique avec la plus grande facilité. L'analyse prouve, en effet, que ce corps brun noir possède la formule suivante : $C^{12} H^4 O^4$. C'est du sucre, l'eau : $C^{12} H^{11} O^{11} - 7 HO = C^{12} H^4 O^4$.

On l'obtient avec le sucre de raisin, la cellulose, la dextrine, etc.; en général avec toutes les substances de la forme $C^a (HO)_b$.

L'action du bichlorure est donc une simple lutte avec le sucre ou les substances analogues pour conserver l'eau de combinaison. On peut dire que le chlorure $Sn Cl^2$, 5HO, ou $Sn Cl^2$, 2HO se trouve en présence d'un autre corps hydraté $C^{12} H^4 O^4$, 7HO, et qu'en élevant la température on fait dégager l'eau de celui des deux corps dont l'affinité est la plus faible, c'est-à-dire $C^{12} H^4 O^4$.

Le mode de formation du corps $C^{12} H^4 O^4$ me paraît conduire naturellement au nom de *caramelin*, que je propose de lui donner.

Il est facile de voir maintenant en quoi consiste la marche à suivre pour analyser un liquide sucré.

Je supposerai d'abord que ce liquide renferme une seule espèce de sucre, et pas d'autre matière de la formule $C^a (HO)_b$.

On commence par déterminer approximativement la quantité du sucre au moyen d'une addition de quelques grammes de bichlorure d'étain; on évapore à siccité en ménageant la température, et on soumet le produit pendant une dizaine de minutes de 120 à 130 degrés, pour changer le sucre en caramelin. On reprend par l'eau, et on voit de suite si l'action du chlorure est ou non complète. Dans ce dernier cas, l'eau se colore en brun. On ajoute alors de nouveau bichlorure, et on fait une seconde évaporation, puis une torréfaction de 120 à 130 degrés. En général, le produit repris cette fois par l'eau distillée ne se colore plus ou se colore très peu. Le sucre est alors transformé complétement en caramelin tout à fait insoluble dans l'eau, dans les acides et les alcalis (2). Si donc on lave le résidu de l'évaporation avec de l'eau bouillante fortement aiguisée d'acide sulfurique ou chlorhydrique, on peut entraîner les autres matières et obtenir le caramelin pur ou presque pur. On le recueille sur un filtre taré, et on détermine son poids P.

La proportion $C^{12} H^4 O^4 : C^{12} H^{11} O^{11} :: P : x$
1350 2187,5

donne, pour x, la quantité de sucre cherchée. Le deuxième terme est remplacé par $C^{12} H^{12} O^{12}$ (2300), ou par $C^{12} H^{10} O^{10}$ (2025), si l'on détermine du sucre de raisin ou de la dextrine, etc.

La première opération dont je viens de parler fait parfois connaître exactement du premier coup la proportion du sucre; mais il est ordinairement nécessaire d'obtenir plus de précision, et on la renouvelle comme il suit :

On prend le même volume de liquide, dont on possède maintenant la teneur approximative, et on y ajoute, pour chaque gramme de sucre, 15 à 30 grammes de bichlorure. On fait évaporer, etc. Le *caramelin* obtenu dans ces conditions est pur et très divisé; le lavage peut être fait avec exactitude, tandis qu'il est toujours impossible de laver l'intérieur des grumeaux obtenus par l'action

---

(1) La liqueur de Fromherz ne donne, comme on sait, qu'une approximation grossière.

(2) L'acide azotique et l'eau régale ne l'attaquent, à froid, que lorsqu'ils sont très concentrés.

d'une trop faible proportion de bichlorure. Le poids obtenu donne alors très exactement la quantité du sucre.

Je ne crois pas utile de citer des exemples : je me bornerai à dire que ce procédé m'a servi à déterminer la richesse en sucre du jus de betterave et du vin de Champagne, et que les résultats ont été d'accord avec les analyses faites au saccharimètre.

Malheureusement ce procédé ne peut être employé pour séparer les diverses espèces de sucre, et, quand un liquide renferme à la fois du sucre de canne et du sucre de raisin, on ne peut que déterminer leur somme. A plus forte raison le procédé laisse-t-il à désirer quand les deux sucres sont accompagnés de dextrine. La gomme n'est pas un embarras sérieux, puisqu'on peut la séparer.

Je termine par une courte remarque sur l'emploi du caramelin comme couleur. L'action du bichlorure d'étain sur le sucre et les matière $C^{e}(HO)_{6}$ fournit un excellent moyen de préparer un produit du genre des sépias, terres de Cassel, etc. Le caramelin possède une très belle nuance brun noir, et comme on l'obtient d'un seul coup dans un très grand état de division, surtout en augmentant la dôse de bichlorure indiquée plus haut, je crois que ce produit pourra être utilement employé en peinture.

(*Journ. des conn. méd.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE : — DES VIANDES DE BOUCHERRIE.

Par M. Soumille, d'Avignon.

La Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, dans le but d'éclairer une question très importante d'hygiène et de salubrité publiques, avait mis au concours la question suivante :

« *A.* Est-il possible de reconnaître à l'examen de la viande préparée pour la boucherie (hœuf, vache, mouton, porc) si l'animal duquel elle provient était parfaitement sain ?

» *B.* Existe-t-il des caractères particuliers et rigoureux permettant de constater si les viandes préparées pour la boucherie, l'animal étant encore entier, coupé en quatre quartiers ou dépecé, proviennent soit de bêtes saines, mais dont la chair a été altérée par des influences atmosphériques ou autres, soit de bêtes mortes ou abattues par suite de fatigue, d'accident, de mauvais soins, de privation d'aliments, etc., et si ces viandes peuvent être considérées comme salubres ou insalubres? Dans ce dernier cas, quels sont les inconvénients qui peuvent résulter pour l'homme de leur consommation momentanée et prolongée ?

» *C.* Peut-on constater dans les abattoirs, boucheries, étaux et marchés, à l'inspection d'un animal entier, coupé en quatre quartiers ou même dépecé, s'il est mort ou a été abattu étant atteint depuis plus ou moins de temps de maladies telles que le charbon, la péripneumonie, la cocotte, la phthisie, la clavelée, la ladrerie, la cachexie aqueuse, etc. ? Dans l'affirmative, indiquer comment on peut reconnaître les traces de ces maladies.

» *D.* Dire, en s'appuyant autant que possible sur des faits autres que ceux déjà connus, si les manipulations faites sur ces chairs peuvent être livrées à la consommation ou si elles doivent être confisquées et détruites.

» *E.* Est-il possible de reconnaître par des caractères bien rigoureux à quelle espèce d'animal appartient la viande préparée pour le commerce de la boucherie ou de la charcuterie ? »

En réponse à cette question, et bien qu'elle en eût fait l'objet d'un prix de 1,000 fr., la Société n'a reçu qu'un mémoire.

Ce travail, de M. Soumille (d'Avignon), présente bien quelques lacunes, mais on y trouve des choses bonnes et utiles qu'il importe au médecin de ne pas ignorer. Nous allons extraire du rapport de M. Reynal tout ce qui présente pour nous le plus d'intérêt, en conservant autant que nous le pourrons le texte du rapporteur.

A. M. Soumille pense qu'il n'est possible de reconnaître qu'un animal est parfaitement sain que lorsqu'il est entier ou coupé en quartiers. Il fait cependant une exception en faveur des maladies générales qui attaquent tout l'organisme, telles que la ladrerie, la clavelée, la cachexie, la phthisie tuberculeuse et la maladie charbonneuse, qu'il appelle *splénite gangréneuse.*

B. Pendant les pluies et les brouillards, les viandes altérées par des influences atmosphériques restent molles ; elles sèchent difficilement ; celles même qui sont situées sous les plans charnus ne sèchent jamais ; elles ont une couleur blafarde et conservent facilement l'impression du doigt qui les presse. Ces viandes se corrompent très vite et contractent une odeur de pourri qui va croissant avec le temps. L'auteur les a vues devenir noires en moins de deux jours après leur préparation. Cependant elles ne résistent pas à la cuisson, mais elles restent toujours molles et fades ou sans saveur aucune.

Les temps orageux, les vents du midi exercent sur les viandes une influence aussi pernicieuse ; elle se fait surtout sentir sur les chairs des agneaux de lait et des veaux. Celles de mouton et de bœuf résistent, il est vrai, davantage, mais dans ces conditions elles font un bouillon moins gras, moins fourni en étoiles et donnent un bouilli bien moins substantiel.

En hiver, pendant les froids rigoureux, la viande se congèle quelquefois ; elle acquiert alors une grande roideur ; quand on la coupe, le couteau la pénètre sans l'affaisser ; à la surface de la coupe, on voit suinter au bout de chaque fibre divisée des gouttelettes d'un liquide coloré ; elle est réfractaire à la cuisson et ne cesse de rendre de l'eau. Elle doit alors être rejetée de la consommation, parce qu'elle est indigeste et sans goût.

Par les fortes chaleurs de l'été, les viandes noircissent vite et se corrompent promptement ; la décomposition est plus ou moins rapide ; elle est subordonnée à la provenance des animaux et à leur mode d'alimentation.

Dans les pays qu'habite M. Soumille (Avignon), la viande fraîche de bœuf exhale quelquefois une odeur particulière d'oignon pourri ; aussi les bouchers la désignent-ils généralement sous le nom de *sœbouiade* ou *sæpouiade* (de *sæpa*, oignon). Elle est généralement attribuée à l'alimentation d'une variété de cette plante qui se trouve dans les herbages et dans les fourrages.

Telles sont les modifications que subissent les viandes de boucherie par les influences atmosphériques. Ces modifications peuvent s'observer dans tous les cas, l'animal étant vu entier, en quatre parties ou dépecé.

Les caractères qui peuvent faire reconnaître qu'un animal est mort naturellement sont, d'après l'auteur du mémoire, lorsque l'animal est entier, les lésions de quelques viscères, la coagulation du sang dans les vaisseaux, des hypostases dans les grandes cavités splanchniques, des injections, des arborisations du tissu cellulaire. Dépecées, les viandes sont rouges, laissent écouler du sang quand on les divise ; à leur superficie, elles sont teintes de plusieurs couleurs : on y voit du rouge, du blanc, du bleu, du jaune mélangés ensemble.

Chez les animaux abattus épuisés par la fatigue ou les mauvais soins, les caractères sont, à part l'intensité, à peu près les mêmes que ceux que nous venons d'indiquer. M. Soumille insiste plus particulièrement sur l'injection de la chair musculaire ; toutefois, il ne pense pas qu'on puisse établir une différence réelle entre la viande dépecée qui provient d'un animal abattu pour cause de fatigue et celle qni est fournie par un animal mort naturellement. La première peut être mangée ; il n'en est pas de même de la seconde, qu'il conseille de rejeter de la consommation, bien qu'il ne la croie pas susceptible d'occasionner des accidents. Il a fait à cet égard des expériences confirmatives de celles faites par l'un des membres de la commission, M. Renault, sur des chiens, des chats, des canards, des poules, qui prouvent l'innocuité de cette viande.

C. L'inspection d'un animal entier dans les abattoirs, où l'on peut examiner les viscères, permet seule de constater s'il est mort ou s'il a été abattu étant atteint du charbon, de la péripneumonie et de la phthisie. Si l'animal est disposé en quatre quartiers ou dépecé, cette constatation est impossible.

Les moutons attaqués de la clavelée, vus entiers, présentent une infiltration du tissu cellulaire extérieur, lequel est également criblé de petites ouvertures. Les viandes des moutons affectés de cachexie aqueuse sont infiltrées de sérosité, flasques et décolorées.

En ce qui concerne la ladrerie du porc, elle est toujours facile à reconnaître, que les viandes soient ou non dépecées. On la distingue à la présence, sur la surface de la coupe, de petites granulations blancbâtres dans lesquelles est renfermé le ver vésiculaire. C'est dans la partie maigre de la viande qu'on les observe plus particulièrement ; à l'action du feu, elle fait entendre un pétillement dû à la déchirure de la vésicule ladrique.

Cette partie du mémoire est la plus importante. L'auteur discute les opinions émises sur les caractères physiques et les propriétés malfaisantes attribuées à cette viande. S'appuyant sur des observations faites sur un grand nombre d'animaux atteints de cette maladie, il combat cette croyance presque générale, à savoir : que la viande qu'ils fournissent est pâle, décolorée ; que le lard est jaune et sans consistance. A part la présence de la vésicule ladrique, M. Soumille affirme que, sous le rapport de la couleur, de l'odeur, de la consistance, il n'y a aucune différence entre la viande ladre et celle qui ne l'est pas.

Il conteste également que cette viande possède, ainsi qu'on l'admet généralement, des propriétés malfaisantes. Il ne croit pas qu'elle résiste à la cuisson ; qu'elle donne un bouillon trouble, blanc, sans saveur ; qu'elle occasionne des indigestions, des diarrhées, etc. Il admet, au contraire, qu'à l'état frais elle est aussi bonne, aussi succulente et aussi agréable à manger que la viande non-ladrique. A l'appui de son opinion, l'auteur cite plusieurs expériences qu'il a faites sur lui et sa famille ; toutefois, hâtons-nous d'ajouter que l'auteur reconnaît que la viande ladre ne prend pas bien le sel, qu'elle fait beaucoup de déchet et qu'elle se conserve moins que la viande saine. A ces inconvénients, il en ajoute d'autres qui sont très graves au point de vue de la préparation de la charcuterie. C'est ainsi que les saucisses et les saucissons faits avec la viande du porc ladre sèchent difficilement, se conservent moins longtemps, qu'ils se noircissent et rancissent vite, si on n'a pas la précaution de les tenir dans un lieu sec.

L'opinion que l'auteur de ce mémoire émet à l'égard de la viande ladre mérite de fixer l'attention des hommes chargés du service de la salubrité. En effet, s'il était démontré, comme il l'affirme, qu'elle peut être consommée fraîche sans occasionner d'accidents, il y aurait peut-être lieu, dans des circonstances données et lorsque la ladrerie n'est pas arrivée au troisième degré, à atténuer la rigueur des règlements sanitaires qui en proscrivent la vente. On augmenterait ainsi la somme des produits destinés à l'alimentation des classes nécessiteuses surtout, qui consomment du porc frais dans une proportion assez grande. Pour en faire ressortir toute l'importance, M. Soumille rappelle qu'il a vu en 1850, dans le court espace de quelques mois, jeter à l'eau sept cochons ladres dans un état parfait de graisse, et un plus grand dont le propriétaire n'avait retiré d'autre bénéfice que la valeur de la graisse.

C'est, comme on le voit, une perte considérable et pour le producteur et pour le consommateur.

D. Les manipulations faites sur les chairs d'animaux malades sont, dit l'auteur, rarement suivies d'accidents, à moins de conditions particulières de l'organisme, de plaies, d'excoriations, etc. Il fait même observer que les garçons bouchers, les boyaudiers, tripiers, etc., jouissent le plus souvent d'une santé florissante.

La consommation de ces viandes peut être faite sans inconvénient ; l'auteur n'empêche la vente que de celles qui proviennent d'animaux chez lesquels la maigreur coïncide avec un état de maladie, un âge avancé et une teinte pâle de la fibre charnue. Il proscrit aussi, bien qu'il soit persuadé de leur innocuité, l'usage des viandes fournies par des animaux fatigués ou qui n'ont pas suffisamment saigné lors de l'abattage, à cause de leur tendance à une prompte décomposition.

Il y a dans ce paragraphe quelques contradictions, notamment avec les opinions émises dans les précédents paragraphes. Ici l'auteur défend qu'on consomme la viande des animaux sacrifiés dans un état de fatigue, ailleurs il l'autorise. Que cette défense ait lieu lorsque l'altération de la chair est manifeste, nous le concevons ; mais que cette défense soit faite quand elle ne s'est pas encore produite, par cela seul qu'elle a une tendance à la décomposition, c'est ce que nous ne comprenons pas !....

E. Cette dernière question n'ayant pas reçu de solution rigoureuse, nous croyons devoir la passer sous silence.

En résumé, le travail de M. Soumille, qui a été récompensé par une médaille d'or de 200 fr., est l'œuvre d'un praticien zélé, dévoué à sa profession, et malgré ce qu'il y a d'incomplet dans ses recherches, elles sont acquises à la science et serviront de jalon pour ceux qui s'engageront dans cette voie d'études.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Ont été promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins majors de 2e classe dont les noms suivent :

MM. Thurin, Féron, Duboy, Simon, Cornac.

— L'ouverture du concours pour l'*externat* des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2.

On peut s'inscrire au secrétariat général de l'assistance publique *tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés*, de une heure à trois heures de l'après-midi, jusqu'au mercredi 18 octobre.

— M. le ministre de la guerre a décidé la création d'un hôpital militaire à Avignon et l'ouverture d'un second à Marseille. Ce dernier prendra la dénomination d'hôpital militaire de la *Corderie*.

— M. Cazalas, médecin major de 1re classe à l'armée d'Orient, vient d'être nommé médecin principal de deuxième classe.

— Quelques médecins militaires stagiaires qui ont concouru à Montpellier ont été dirigés sur Marseille pour y contribuer au service des cholériques. Ils sont entrés en fonctions dans les premiers jours du mois d'août. Pour tenir compte à ces jeunes gens du zèle qu'ils ont déployé et des services qu'ils ont rendus, on a fait remonter la date de leur admission comme stagiaires à celle à laquelle ils ont été mis à la disposition de l'administration.

— Les travaux du nouvel hôpital des enfants, près la place du Trône, sont poussés avec une grande activité. Déjà la chapelle, qu s'élève au centre de l'édifice, est sur le point d'être terminée.

— La distribution des diplômes et des prix a eu lieu jeudi dernier à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, sous la présidence de M. Yvart, inspecteur général des écoles vétérinaires et des bergeries impériales de France, assisté de M. Renault, directeur de l'Ecole, et de tous les membres du corps enseignant.

M. le professeur Bouley a prononcé l'éloge de M. Girard, ancien directeur de l'Ecole, et membre de l'Académie de médecine.

Voici la liste des élèves qui ont reçu des prix :

4e année d'études : MM. Banvillet (de la Charente), 1er prix ; Gonet (de la Meurthe), 2e prix.

3e année d'études : MM. Carangeot (de la Marne), 1er prix ; Barbillon (de la Meurthe), 2e prix.

2e année d'études : MM. Lenglen (du Pas-de-Calais), 1er prix ; Lafontaine (de la Haute-Marne), 2e prix.

1re année d'études : M. Hugot (de l'Aisne), 2e prix.

Ceux de nos confrères dont l'abonnement finit le 15 octobre sont priés de le renouveler avant cette époque, s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal.

Nous rappelons, à cette occasion, à ceux qui auraient le désir de commencer une collection, qu'ils pourront avoir dans nos bureaux soit l'année 1853 entière et reliée au prix de 12 fr. seulement, soit les mois qui leur manqueraient de 1853 ou de 1854, à raison de 1 fr. par mois.

Le Gérant.

Paris, — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 123. — MARDI 17 OCTOBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 123. — MARDI 17 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 OCTOBRE 1854.

De quelques-uns des moyens à employer pour remédier aux accidents graves produits par le chloroforme.

L'extrême gravité des accidents produits par le chloroforme préoccupe de plus en plus les chirurgiens. Le souvenir de l'importante discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie est encore présent à l'esprit de tous nos lecteurs; mais quelque savante et approfondie qu'elle ait été, elle est loin encore d'avoir épuisé le sujet, et, malgré la sagesse des conclusions et des propositions pratiques qui en ont été déduites, les praticiens ne sauraient y trouver encore un motif suffisant de sécurité. Aussi nous empressons-nous d'accueillir, toutes les fois que l'occasion s'en présente, les recherches et les faits nouveaux qui peuvent nous paraître susceptibles soit d'éclairer sur les causes et la nature de ces terribles accidents, soit d'accroître les ressources capables de les conjurer.

Le fait suivant, rapporté par MM. les docteurs Dupraz et Diday dans la *Gazette hebdomadaire*, nous paraît à ce titre de nature à intéresser nos lecteurs.

Une dame était en proie à un accès d'hystérie d'une telle intensité et durant depuis si longtemps (depuis plus de sept heures), que MM. Dupraz et Diday, réunis en consultation, après avoir employé vainement toute la série des moyens usités en pareil cas, adoptèrent l'idée d'employer, non pas la chloroformisation *chirurgicale*, mais celle qui se pratique dans les accouchements, atténuant la sensibilité sans la détruire, n'allant jamais jusqu'à la perte complète de connaissance, le chloroforme *à la reine*, comme on le dit en Angleterre. Ils opérèrent de la manière suivante : l'un d'eux, se tenant à la tête du lit, versa le chloroforme par 5 ou 6 gouttes à la fois seulement sur un mouchoir, qu'il approcha peu à peu des narines de la malade; d'abord d'assez loin, puis de plus en plus près, mais sans jamais la rapprocher à une distance moindre de 5 centimètres, et en ayant soin de laisser toujours entièrement libre l'orifice de la bouche, ainsi que celui des narines. Au bout d'un quart d'heure, 40 grammes de chloroforme avaient été consommés de cette manière et sans le moindre résultat ni pour la sensibilité tactile générale, ni pour l'état du pouls, ni pour la sédation des douleurs.

Après cinq à six minutes d'interruption, l'inhalation fut recommencée de la même manière; mais au bout de deux minutes, avec une instantanéité effrayante, cette malade, qui le moment d'avant s'agitait encore avec la même force, sans ressentir aucun effet du chloroforme, tombe brusquement dans une résolution complète. Le pouls bat avec la même force, la même régularité, mais la respiration est complétement abolie.

La malade est placée sous un courant d'air vif; des frictions énergiques sont faites sur la poitrine; on approche l'ammoniaque des narines, dont quelques gouttes sont même introduites jusqu'au fond des fosses nasales, etc. Voyant l'insuccès de ces premières tentatives, on commence l'inspiration artificielle, bouche à bouche, en fermant les narines et en exécutant un pression méthodique sur le thorax après chaque insufflation. Pendant ce temps, les frictions sont continuées; mais tout demeure inutile. Une heure un quart s'est déjà écoulée depuis le début des accidents; et pendant ce temps pas une inspiration naturelle n'a eu lieu. La face a peu à peu perdu sa coloration, les extrémités sont froides, le pouls a faibli; et dès qu'on cesse quelques minutes l'inspiration artificielle, les pulsations semblent sur le point de s'éteindre.

Bref, l'insufflation étant toujours continuée, on promène des allumettes en ignition sur la peau de l'épigastre. Bientôt, mais au bout d'une heure un quart seulement, une respiration naturelle succède aux respirations artificielles. Au bout de quelque temps, on en obtient deux consécutives, puis trois; mais ce nombre n'est pas dépassé, et si l'on suspend l'insufflation, la malade, après une, deux, très exceptionnellement trois inspirations assez profondes, retombe dans son état d'inertie.

Enfin, l'un de ces MM. a l'idée de remplir une cuillère d'alcool enflammé et de la promener sur la poitrine. Ce procédé compléta l'effet insuffisant et tardif des précédents; mais ce ne fut encore qu'après dix minutes et en ayant le soin de répéter la manœuvre, c'est-à-dire de passer vivement la cuillère sur la paroi thoracique après la fin de chaque inspiration provoquée ou naturelle, afin d'en obtenir une nouvelle. La malade reprit enfin l'aspect d'une personne endormie, respirant selon le rhythme normal. Toutes ces manœuvres avaient duré sept heures et demie; la respiration avait été *nulle* pendant une heure un quart, puis vacillante et indécise pendant une demi-heure; le pouls n'avait jamais complétement cessé de battre. Après un assoupissement qui dura encore deux heures, la malade reprit ses sens. Les suites ont été simples et heureuses.

On ne saurait trop louer, à coup sûr, la courageuse persévérance des deux médecins dans cette circonstance, persévérance qui a pu seule assurer le succès. Mais plus elle a été nécessaire et louable, moins on est porté à fonder, en présence de difficultés pareilles, une confiance absolue dans la respiration artificielle et l'insufflation, qui constituent cependant jusqu'ici, de l'aveu des chirurgiens les plus expérimentés en cette matière, la meilleure ressource de l'art. Il est évident que dans ce cas-ci, si l'idée n'était venue à l'un de ces messieurs de recourir concurremment à la stimulation énergique du centre épigastrique, l'insufflation eût très probablement été insuffisante.

Nous saisirons cette occasion pour signaler un moyen qui a été récemment proposé par un chirurgien d'Edimbourg, M. le docteur John Lizars, moyen que nous ne sachons pas avoir été employé encore dans cette circonstance, et qui consiste à injecter une solution saline dans les veines, comme on l'a proposé déjà pour combattre l'asphyxie cholérique. Si les éventualités de l'usage du chloroforme en étaient venues à ce point qu'il fallût à chaque opération se disposer, comme le conseille M. John Lizars, à pratiquer une injection veineuse, ce serait évidemment la condamnation du chloroforme. Les choses, heureusement, n'en sont pas à ce point. S'il en devait être ainsi, n'y aurait-il pas lieu d'examiner si, comme tendent déjà à le faire quelques chirurgiens, on ne devrait pas revenir à l'éther ?

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GUERSANT.

Cystite cantharidienne simulant les symptômes de la pierre.

Il n'est personne qui ne connaisse les accidents déterminés du côté de la vessie par la médication cantharidienne, personne qui n'ait eu l'occasion d'observer cette forme spéciale de cystite, se produisant si fréquemment encore sous l'influence d'un vésicatoire, et rien ne serait facile comme de recueillir les nombreux exemples de cette maladie rapportés par les différents auteurs.

En publiant aujourd'hui les deux faits qui vont suivre, notre but est moins d'ajouter deux exemples nouveaux à ceux déjà connus de cystite cantharidienne, que d'appeler l'attention sur des phénomènes qui, dans certaines circonstances, ont pu, sinon induire les praticiens en erreur, du moins effrayer les malades, en leur faisant croire, à eux ou à leurs parents, qu'ils étaient atteints d'une affection grave, tandis que les symptômes dont ils se plaignaient allaient disparaître avec la plus grande facilité, et pour ainsi dire sans traitement. Il n'est pas rare, en effet, de voir arriver à l'hôpital des Enfants de petits malades présentant au premier abord tous les symptômes apparents de la pierre : difficulté d'uriner, s'accompagnant de douleurs violentes lors de la miction, douleurs tellement violentes parfois que la face se couvre d'une sueur froide, d'une pâleur mortelle, et offre tous les signes de la plus vive anxiété; l'émission des urines se fait par saccades, le jet s'arrêtant tout à coup pour repartir ensuite et s'arrêter encore; l'enfant trépigne et tiraille sa verge, comme pour aider la sortie du liquide; il accuse des picotements à l'extrémité du gland, et est pris de fréquentes et fausses envies d'uriner. Cependant l'algalie introduite dans l'urètre arrive sans obstacle dans la vessie, où elle ne rencontre aucun corps étranger. Si l'on examine les urines, on constate presque toujours alors la présence dans ce liquide de pellicules blanchâtres, constituées par de véritables fausses membranes, et lorsqu'on remonte à la cause, on ne tarde pas à se convaincre que tous ces accidents, qui, à un premier et superficiel examen, pouvaient en imposer pour les symptômes d'un calcul, sont déterminés par la présence d'un vésicatoire, et qu'ils céderont rapidement, et avec la plus grande facilité, après la suppression de cet exutoire.

Un enfant de huit ans et demi fut amené à l'hôpital dans le courant de l'été dernier. Ses parents le conduisaient à la consultation de M. Guersant pour le faire traiter d'accidents dont il était atteint du côté de la vessie; accidents dont il était cruellement tourmenté, et qui effrayaient ceux qui l'entouraient. Depuis trois mois il était pris, surtout lors de l'émission des urines, de douleurs vésicales; douleurs violentes qui déterminaient souvent l'apparition de sueurs froides et d'une pâleur mortelle à la face. Lors de la miction, l'enfant trépignait, tiraillait sa verge, et, lors de son arrivée, nous pûmes être témoin d'un de ces accès, qui paraissaient en effet très pénibles. Habituellement ce malheureux éprouvait des picotements à l'extrémité du gland, et de fréquentes envies d'uriner, le plus souvent fausses et illusoires. L'émission du liquide se faisait par un jet saccadé partant avec difficulté, s'arrêtant brusquement, pour repartir encore. Du reste, jamais on n'avait remarqué de pissement de sang. On avait cependant constaté la présence de pellicules blanchâtres.

Ces accidents remontaient à trois mois; depuis cette époque, l'enfant portait au bras droit un vésicatoire appliqué pour combattre des ophthalmies rebelles, et depuis l'exutoire était entretenu avec de la pommade épispastique. La plaie du vésicatoire s'était progressivement étendue et occupait presque la moitié inférieure du bras, présentant à sa surface des bourgeons charnus, durs, épais, d'un rouge vif. L'aspect de cet ulcère ne saurait mieux être comparé qu'à celui d'une mûre. Pendant quatre ou cinq jours, on saupoudra cette surface d'alun calciné, puis on déprima avec la pierre infernale les bourgeons charnus qui résistaient, et dès le lendemain de la première application d'alun l'enfant ne souffrait plus, les urines étaient devenues normales, leur émission facile, et peu de jours après son entrée le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri de tous ces accidents.

Un autre enfant arriva à l'hôpital le 29 novembre de la même année. Il était envoyé pour être traité de la pierre, dont on le croyait atteint. Il présentait, en effet, les mêmes symptômes vésicaux que le précédent : douleurs de vessie, gêne dans l'émission des urines; celles-ci coulaient par intermittences, et la miction était douloureuse; l'enfant trépignait, tiraillait sa verge, et son visage exprimait une véritable angoisse. On commença par s'assurer s'il ne portait pas un vésicatoire auquel on pût attribuer les accidents. Il en avait un, en effet, au bras droit, et comme le précédent cet exutoire avait été et était encore fort mal pansé. Il suffit pour faire disparaître les accidents du côté de la vessie de panser convenablement l'ulcère. Dès le premier jour, l'on constata une amélioration sensible, et cinq jours après son entrée dans les salles ce petit garçon quittait l'hôpital parfaitement guéri. Ces faits n'ont pas besoin de commentaires. (*Bull. de thérap.*)

HOPITAL COMMUN DE COPENHAGUE.—M. BRANDES.

Du rhumatisme blennorrhagique.

Existe-t-il réellement un rhumatisme blennorrhagique? Il est hors de doute qu'un certain nombre d'individus ont été affectés simultanément de rhumatisme et de blennorrhagie ; mais les deux maladies sont assez communes pour qu'on puisse voir là le simple fait d'une coïncidence fortuite. Pour qu'on ait le droit d'admettre scientifiquement l'existence d'un rhumatisme de nature blennorrhagique et méritant d'être caractérisé par ce nom, il faut qu'on fournisse des signes pathognomoniques à l'aide desquels cette forme de rhumatisme se distingue de tous les autres.

Si l'on cherche des signes de cette authenticité chez les auteurs qui ont écrit sur la matière, on trouve trop souvent ou que les symptômes spécifiques ont été omis ou qu'ils sont loin d'avoir toute la rigueur désirable.

M. Brandes a eu de nombreuses occasions d'observer, soit dans les hôpitaux de Copenhague, soit dans sa pratique, des malades affectés simultanément de rhumatisme et de blennorrhagie. Un premier fait l'a frappé, c'est que *les individus qui pendant le cours d'une blennorrhagie avaient été atteints de rhumatisme gardaient une très notable prédisposition à subir de nouveau la maladie dès qu'ils contractaient un nouvel écoulement*, alors même qu'ils n'étaient aucunement sujets par leur constitution aux affections rhumatismales. Ainsi, un homme complétement guéri d'un premier écoulement accompagné d'arthrite consécutive ne ressent pas pendant plusieurs années la moindre trace de douleurs rhumatiques; il prend une seconde blennorrhagie après ce long intervalle, et le rhumatisme reparaît comme une conséquence presque fatale.

Le professeur danois cite à l'appui de cette remarque, qui pour lui a presque la valeur d'une loi, plusieurs observations.

Dans l'une d'elles, on voit le rhumatisme blennorrhagique, lorsqu'il apparaît de nouveau chez le même malade, prendre une forme semblable à celle sous laquelle il s'est montré auparavant.

OBS. — Le 24 novembre 1844, P. M..., homme robuste, âgé de vingt-neuf ans en apparence, entrait à l'hôpital Commun.

En 1838, il avait eu un chancre vénérien qui avait été traité au même hôpital par des topiques seulement et qui n'avait pas été suivi des symptômes d'infection syphilitique.

En 1840, pendant qu'il était en Norvége, il avait contracté une blennorrhagie. Après qu'elle eut duré six semaines, et lorsque déjà l'écoulement, par l'usage du copahu, commençait à disparaître, il avait été pris d'un rhumatisme qui d'abord affecta le genou droit, puis l'autre et les articulations du pied et du second doigt de la main gauche; il n'avait jamais eu auparavant de rhumatisme et ses parents n'avaient pas souffert de cette maladie. Le rhumatisme dura alors pendant trois mois, et ni dans son commencement ni pendant son cours il n'y eut de fièvre.

De 1840 à 1844, il avait été en parfaite santé, quoiqu'il eût été souvent exposé à des refroidissements.

Quand il entra à l'hôpital, il avait depuis quatre jours un écoulement urétral avec une légère tumeur des glandes inguinales du côté droit. On prescrit le baume de copahu, et les jours suivants le flux diminue; mais dans les premiers jours de décembre, le malade accuse des douleurs dans les genoux, et le 6 décembre, quinze jours après le commencement de l'écoulement, il apparaît une tuméfaction notable des deux genoux avec un épanchement séreux manifeste dans les capsules. Il n'y avait pas de fièvre, mais un léger embarras gastrique causé par le copahu. On cessa le médicament, et l'on ordonna le lendemain des pilules composées de sulfure d'antimoine et de calomel à parties égales, un demi-grain et d'un grain d'extrait de ciguë, à prendre quatre en 24 heures, et des vésicatoires sur les genoux. Le malade prit 100 pilules; elles produisirent une légère stomatite, mais n'eurent aucun effet sur le rhumatisme. Divers autres moyens, le vin de colchique, plusieurs vésicatoires, des bains sulfureux artificiels, des sangsues, l'onguent d'iodure de potassium et de mercure, l'emplâtre de ciguë avec du mercure furent successivement essayés : la maladie semblait s'amender un peu par l'emploi de ces médicaments, mais elle n'était cependant pas guérie.

Dans le commencement du mois de mars, on prescrivit la crème de tartre avec du soufre; l'écoulement, qui n'avait pas cessé complétement et qui n'avait pas été traité dans les derniers mois, augmenta alors; on fit des injections avec une solution de nitrate d'argent (25 centigrammes pour 30 grammes d'eau), et ensuite avec une solution de sulfate de zinc. L'écoulement s'arrêta, et il ne resta qu'un peu de strangurie, quand le malade quitta l'hôpital, vers la fin du mois de mars 1845. Les articulations qui avaient été prises étaient encore un peu roides, mais M... fut bientôt tout à fait rétabli.

Pendant deux ans et demi M... se porta parfaitement bien, et il n'eut pas de trace de rhumatisme; mais dans le commencement de juin 1847 il contractait une nouvelle blennorrhagie, et huit jours n'étaient pas écoulés qu'il avait des douleurs à la crête iliaque, dans les genoux, qui bientôt se gonflèrent, dans le coude gauche, l'articulation de la main gauche et les doigts de la main droite. Il employa pendant quelques jours le baume de copahu, qui fit cesser l'écoulement; mais il reparut bientôt. Il entra alors à l'hôpital de Frédéric; mais comme les vénériens n'y sont pas ordinairement reçus, il cachait sa blennorrhagie. Cette fois encore beaucoup de moyens furent mis en usage, d'abord le nitrate de potasse, puis les bains russes; mais ils semblaient aggraver l'état du malade. La teinture de colchique et la teinture volatile de la résine de gaïac n'eurent pas un meilleur effet. La quinine (gr. 1,25 dans 250 gr. d'eau, à prendre une cuillerée à bouche quatre fois par jour) ne diminua pas les douleurs. Pendant que M... employa ce médicament, le pouls fut dur et plus fréquent (100 pulsations); et par l'auscultation on entendait le premier bruit du cœur prolongé et rude, et il y avait de légères palpitations. On cessa alors la mixture, et l'on appliqua quelques ventouses scarifiées; après quelques jours, ces symptômes disparurent. Une solution d'iodure de potassium fut mise en usage sans succès pendant quatre semaines. Une mixture camphrée causa de larges sueurs, et les douleurs en furent un peu diminuées, tellement que le malade pouvait quitter le lit. Ce fut pendant qu'il employait cette mixture, à la fin de septembre, qu'il fut atteint d'ophthalmie. La conjonctive de l'œil gauche était injectée, il y avait de la céphalalgie et de l'épiphora. On mit des sangsues, mais l'injection fut plutôt augmentée; on appliqua alors un petit sac aromatique, les symptômes diminuèrent et disparurent après qu'on eut mis un vésicatoire derrière l'oreille; en même temps s'aggravaient les douleurs des genoux, qui avaient été moins intenses pendant la durée de l'ophthalmie. Dans le mois d'octobre, M... commença de nouveau à prendre des bains russes; il les supporta mieux et en prit 40. Ce ne fut que dans le commencement de novembre que l'écoulement fut traité; on fit des injections avec une solution de nitrate d'argent (gr. 05 pour gr. 30 d'eau), et en décembre on prescrivit la poudre de cubèbe et d'alun. L'écoulement diminua, et quand le malade demanda à quitter l'hôpital, le 7 décembre, il n'y avait qu'une trace d'écoulement séreux, sans strangurie. Les tumeurs des articulations avaient disparu, et il ne restait qu'un peu de couleur au bord externe du pied droit. Les mouvements de toutes les articulations étaient libres, excepté la supination de la main gauche. L'extrémité inférieure du cubitus faisait saillie à l'articulation de cette main; cette saillie n'était pas douloureuse et avait la couleur de la peau; elle disparaissait par la pression, mais revenait tout de suite. L'extension, la flexion et la pronation étaient libres; mais la supination était impossible. Je pense que cette déviation fut causée par une hydarthrose qui avait trop relâché la capsule, de sorte que l'extrémité inférieure du cubitus était moins fixe; on avait en vain essayé de corriger cette difformité par la compression; elle persistait encore après que M... eut quitté l'hôpital, mais, à cela près, il était bien portant.

Quand, en 1840, cet homme fut atteint de rhumatisme en même temps qu'il avait une blennorrhagie, cela pouvait être une coïncidence fortuite; mais le voici pendant quatre ans complétement exempt de rhumatisme, et quoiqu'il y soit très exposé, il n'a cependant jamais eu dans cet espace de temps ni douleurs musculaires, ni arthropathies; c'est alors qu'il contracte une blennorrhagie, et quinze jours après il a les genoux enflés. Il devient déjà très peu probable que cela puisse encore être une coïncidence fortuite; mais guéri de ces deux maladies, il se porte bien pendant plus de deux années et n'a point de rhumatisme. Vient une nouvelle blennorrhagie, et de suite reparaît le rhumatisme, qui le tient malade à l'hôpital pendant six mois. Evidemment les affections articulaires et les douleurs dans les tissus fibreux que ce malade ressentait dépendaient de la blennorrhagie. (*Archives de méd.*)

SUR DEUX NOUVEAUX TÉNIFUGES IMPORTÉS D'ABYSSINIE

le saoria et le tatzé,

Par M. STROHL.

On sait aujourd'hui que les médicaments réellement actifs, parmi ceux que la matière médicale indigène a fournis contre le ténia, sont : la limaille d'étain, la racine de fougère mâle, l'écorce de la racine de grenadier et la térébenthine. M. Strohl vient d'en faire connaître deux autres exotiques, le *saoria* et le *tatzé*, provenant de l'Abyssinie, qui a fourni récemment le kousso.

Le saoria (*sanarja*) est le fruit mûr et desséché du *maesa* (*bacobotrys*) *picta* Hachstetter, et non du *maesa lanceolata* Forskal. Ce fruit est une drupe ovoïde, de couleur jaune verdâtre. Il a à peu près le volume du poivre; sa saveur est d'abord un peu aromatique, huileuse et astringente, et laisse quelque temps après dans l'arrière-gorge une sensation d'âcreté assez persistante.

D'après M. Schimpfer, ces fruits, frais ou desséchés, sont le meilleur et le plus sûr ténifuge. Leur dose, à l'état de dessiccation, est de 32 à 44 grammes; on les réduit en poudre que l'on administre dans une purée de lentilles ou dans de la bouillie à la farine. Ce médicament détermine des purgations, tue et expulse le ver en entier, et n'exerce que peu d'influence sur la santé, ce qui n'a pas lieu pour le kousso. Ce dernier ne tue le ténia que rarement, et ne l'évacue qu'en partie, quoique ce soit la presque totalité. Le kousso n'est pas répandu partout; le saoria existe dans presque toute l'Abyssinie, et pourrait probablement être cultivé en Europe et y devenir indigène.

En Abyssinie, comme on le voit, le saoria passe pour ténicide. Si cette action, que quelques expériences ont déjà prouvée, se confirmait, il s'ensuivrait que, malgré l'absence de la tête dans les selles, on obtiendrait une garantie contre les récidives, plus grande que par la plupart des autres ténifuges, même du kousso. C'est un point que le temps pourra éclaircir.

La saveur du médicament est désagréable pour les uns; elle est néanmoins facilement supportée. Elle est peu marquée chez les autres, et, dans tous les cas, beaucoup moins répugnante que celle de la poudre de fougère et de la décoction de racine de grenadier. Il y a peu d'effets locaux, qui se bornent en général à quelques coliques et à une purgation modérée, jamais suivie de diarrhée. Le saoria exerce une action spéciale sur l'urine; il la colore en violet. Cet effet paraît provenir d'une matière colorante particulière.

Voici le mode d'administration formulé par M. Strohl : régime modéré la veille, une soupe le soir; le lendemain à jeun, 30 grammes de poudre de saoria, non pas dans de la purée de lentilles, mais délayés dans un liquide, une infusion quelconque sucrée ou non. Les nausées, s'il s'en présente, pourront être calmées par de légers aromatiques. Ordinairement, deux ou trois heures après, il y aura des selles liquides dans lesquelles on trouvera le ténia mort. S'il ne survenait pas de purgation, on administrerait de l'huile de ricin dans le courant de la journée. Régime doux le jour même; le lendemain, si les selles ont été rares et si les voies digestives ne sont pas fatiguées, on peut déterminer quelques évacuations pour chasser les restes du ténia qui n'auraient pas été expulsés la veille. Si la tête manque, rien ne s'oppose à une nouvelle administration quatre ou huit jours après la première.

Les fruits appelés *tatzé* (*zarch*) sont produits par un arbuste de la famille des myrsinées, le *myrsina africana*. L.

Ce fruit, de la grosseur du genévrier, est une drupe monosperme par avortement, à noyau crustacé, glabre, lisse, de couleur brun rougeâtre, saveur d'abord moins aromatique et huileuse que celle du saoria, plus astringente, mais développant beaucoup plus vite dans l'arrière-gorge une sensation d'âcreté, de grattement et de brûlure plus intense et plus persistante.

M. Schimpfer dit que ces fruits, frais ou secs, sont un ténifuge puissant. La dose ordinaire des fruits secs est de 15 grammes, tout au plus de 24, réduite en poudre et délayée dans de l'eau. La dernière dose ne doit être donnée qu'à des personnes de constitution robuste. Cette plante est plus répandue que la précédente : elle s'acclimaterait probablement en Europe.

Ce médicament est pris avec plus de répugnance que le saoria. Quelquefois il y a des vomissements, jamais des coliques; l'effet purgatif n'est pas constant. Rarement il produit des accidents généraux. Il est ténicide, et semble également avoir une action sur l'urine, qu'il rend très foncée.

Le tatzé est un ténifuge puissant, supérieur à nos indigènes, en général, quant à l'activité, et supérieur au grenadier, en particulier, par son administration plus facile et plus innocente.

Quant au mode d'administration, il faudrait en donner 15 grammes comme dose moyenne, réduit en poudre et délayé dans de la tisane, une infusion aromatique, de l'eau simple ou sucrée; si trois ou quatre heures après il n'a pas déterminé de selles ou si les selles produites ne renferment pas l'entozoaire, on administrerait l'huile de ricin. (*Gaz. méd.*)

FORMULE PROPOSÉE PAR M. PENNES CONTRE LE CHOLÉRA.

Bain électro-chimique.

Bromure de potassium	1	gramme.
Carbonate de chaux	1	—
Carbonate de soude	1	kilogr.
Phosphate de soude	25	grammes.
Sulfate de soude	15	—
Sulfate d'alumine	2	—
Sulfate de fer	2	—
Huile volatile de lavande	1	—
Huile volatile de romarin	3	—
Huile volatile de thym	2	—
Delphine	10	centigr.

Faire fondre ce mélange dans l'eau d'un bain chauffé à 32 degrés de Réaumur; y plonger le malade et l'y maintenir pendant trente à cinquante minutes, ayant soin de frotter la peau avec une brosse ou tampon de laine; assitôt que le corps est sorti du bain, il faut l'essuyer rapidement, puis le rouler dans une couverture de laine, afin de favoriser une transpiration abondante qu'on soutient par l'effet de la mixture cordiale suivante, qui est un stimulant diffusible :

Mixture cordiale.

Alcoolature d'aconit napel	1	gramme.
Alcoolé d'arnica composé	1	—
Alcoolé de nux vomica	1	—
Alcoolé de cinnamome	5	—
Acétate d'ammoniaque	2	—
Sirop d'éther	50	—
Eau de laurier-cerise	25	—
Eau de menthe	15	—
Vin de quinquina jaune	25	—

Mêlez selon l'art, etc. Donner une cuillerée à café toutes les dix minutes, toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant la gravité du cas, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 octobre 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LENOIR demande que le travail lu dans la dernière séance par M. Marjolin, au nom de M. Alquié, soit renvoyé au comité de publication, à cause d'un procédé utile de chéiloplastie de la lèvre inférieure qui s'y trouve décrit.

On restaure, en effet, la lèvre inférieure de plusieurs manières; sans parler du procédé de Horn, on a souvent mis en usage celui de Chopart, que tout le monde connaît, mais qui offre d'assez grands inconvénients, et qui d'ailleurs n'est pas toujours applicable.

Ces inconvénients consistent dans la rétraction du lambeau, qui se recroqueville et laisse à nu les gencives et les dents, ou, au contraire, dans son adhérence étendue à l'os maxillaire. M. Alquié a modifié l'opération de Chopart de la manière suivante :

Après avoir fait les incisions verticales comme à l'ordinaire, et avoir détaché la lèvre inférieure de ses adhérences au bord inférieur de la mâchoire, ce chirurgien va emprunter deux lambeaux latéraux à la muqueuse de la joue; ces deux lambeaux sont quadrilatères; leur base est située au niveau des commissures et en dehors d'elles; ils remontent plus ou moins haut sur la face interne de la joue, et ne doivent comprendre que la muqueuse.

Lorsque l'extirpation du mal est achevée, on les incline en dedans et en bas, de manière qu'ils deviennent horizontaux. Grâce à une légère torsion de leur pédicule, la surface muqueuse est tournée vers l'extérieur, tandis que la surface saignante vient s'appliquer sur le bord libre et couvrir une partie de la face postérieure du lambeau mentonnier attiré en haut. Il ne reste plus qu'à coudre les bords des lambeaux muqueux avec la peau ou la muqueuse labiale, s'il en reste encore une portion, et de cette façon le bord libre de la lèvre est reconstitué convenablement.

M. Lenoir a employé ce procédé de M. Alquié dans un cas, et le résultat lui a paru avantageux. Il convient surtout quand la lésion a envahi la totalité de la lèvre inférieure.

Le chirurgien de Montpellier a pourtant appliqué sa modification dans un cas où la lèvre n'était altérée que dans sa partie moyenne, assez largement, il est vrai. Dans cette circonstance, M. Lenoir pense, d'après sa propre expérience, qu'il est mieux indiqué de recourir au procédé de M. Bernard (d'Apt), dont la Société est déjà au courant, d'après le rapport qui a été fait l'an dernier, et qui est inséré dans les *Bulletins*. M. Lenoir se propose d'ailleurs de mettre sous les yeux de la Société les résultats de ses propres opérations de chéiloplastie.

— A propos du procès-verbal, M. Alp. Guérin revient sur la communication qu'il a faite dans la séance précédente, relativement à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre. M. Robert paraît croire que le fait présenté par M. Guérin est dans les idées de M. Mercier, idées qui d'ailleurs avaient été formulées déjà par Lallemand, à propos des changements que l'inflammation fait subir aux tissus érectiles. S'il en était ainsi, ce fait nouveau ne serait que confirmatif, et n'apporterait pas de nouvelles lumières à l'histoire anatomo-pathologique assez controversée de rétrécissements urétraux.

M. GUÉRIN n'accepte pas cette interprétation. Comme M. Mercier, il pense que la cause principale de la production des rétrécissements réside dans la propagation de l'inflammation de la muqueuse aux tissus sous-jacents. Mais la dissidence commence ici. M. Mercier croit à une inflammation du tissu spongieux de l'urètre, à un dépôt de fibrine dans les vaisseaux, lequel dépôt se resserre, se condense plus tard. M. Guérin pense, au contraire, que la propagation de l'inflammation a pour résultat un dépôt de lymphe plastique dans le tissu sous-muqueux, dépôt qui s'accompagne d'un épaississement, d'une sorte d'hypertrophie du tissu fibreux qui constitue la trame du corps spongieux de l'urètre. Cette double cause produit des viroles saillantes plus ou moins étendues et multipliées, qui proéminent dans la cavité urétrale et en diminuent le calibre.

La pièce présentée dans la dernière séance était un exemple de cette disposition.

Sans nier la valeur de l'opinion de M. Mercier, M. Guérin fait remarquer que la sienne s'appuie sur des faits beaucoup plus nombreux, qui montent à plus de cinquante. Dans le travail qu'il a publié autrefois, il s'est peu attaché à la partie historique de la question, il a désiré surtout s'élever contre la similitude qu'on avait voulu établir entre la production des rétrécissements et les propriétés du tissu inodulaire :

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Blot, qui pose de nouveau sa candidature à la place déclarée vacante;

2° L'envoi du tome II de l'*Anatomie chirurgicale* de M. Jarjavay;
3° L'éloge funéraire de M. Duval, par M. Londe;
4° La thèse de M. Ferrier sur divers points de la pathologie interne, offerte par M. A. Richard.

Des remercîments seront adressés aux auteurs.

— Le président annonce à la Société que M. Lebert, membre correspondant, professeur à Zurich, est présent à la séance.

— M. Follin lit, au nom de M. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lizieux, une observation de tumeur érectile veineuse de la moitié droite de la face, qui fait des progrès incessants, malgré l'emploi de moyens énergiques. M. Notta demande un conseil à la Société : convient-il d'avoir recours à la ligature de la carotide, ou d'insister sur les moyens qui ont déjà été mis en usage? M. Notta promet, du reste, le complément de cette observation intéressante, dont voici le résumé :

Lamare, âgé de onze ans, médiocrement développé, quoique d'une bonne santé ; pas de scrofule, pas d'engorgement ganglionnaire. Sur le côté droit de la face existe une tache lie de vin, large, irrégulière, envahissant toute la joue et la tempe jusqu'à la racine des cheveux. Limitée en haut par le sourcil, elle s'étend un peu au delà de la ligne médiane, passe par le nez et la lèvre supérieure, enfin se termine en bas et en dehors, suivant une ligne oblique dirigée de la commissure droite de la bouche au lobule de l'oreille. La coloration de cette tache n'est pas uniforme : au niveau de la tempe et des paupières, elle est d'un rouge moins violacé et disparaît en partie sous la pression du doigt, pour reparaître immédiatement. Au niveau de la joue et de la lèvre supérieure, elle prend une teinte lie de vin très foncée. La surface en est chagrinée, ce qui tient au développement considérable du réseau capillaire cutané et aux cicatrices nombreuses, irrégulières, légèrement déprimées d'une variole qui date de l'âge de sept mois, et dont on voit les marques disséminées et moins apparentes sur les autres parties du visage. L'éruption a été très confluente. Au niveau de la tache, les boutons étaient encore plus gros et plus rapprochés que sur le reste de la figure.

Sur ses limites, qui sont assez nettes, la tache que je viens de décrire ne fait pas de saillie appréciable. Les paupières de l'œil droit sont aussi minces que celles du côté opposé, et la conjonctive oculaire et palpébrale a sa coloration normale. La moitié droite de la lèvre supérieure et l'aile du nez correspondante présentent un épaississement très prononcé, d'où résulte une saillie et une procidence de cette partie de la lèvre.

Epaisse et mollasse dans ce point, la lèvre ne présente cependant ni battements, ni mouvements d'expansion ; la compression réduit son volume. A sa face interne existe une coloration d'un rouge foncé s'arrêtant brusquement comme la tache externe vers le frein de la lèvre supérieure, et due à une multitude de vaisseaux capillaires légèrement saillants.

Les gencives de la mâchoire supérieure, depuis le frein de la lèvre jusqu'à la seconde grosse molaire, présentent au niveau de la sertissure un petit bourrelet de deux millimètres de hauteur, de couleur et de densité normales ; au-dessus elles sont molles, et au toucher il semble qu'elles soient converties en un canal veineux plein de sang. La seconde incisive est mobile et refoulée en arrière ; à son niveau est la tumeur que nous avons mentionnée. Du volume d'une petite noix, elle est irrégulièrement arrondie ; son pédicule s'implante entre la seconde incisive et la canine, et envoie en arrière de ces deux dents un prolongement du volume d'un pois. Elle est d'un rouge violacé, très vasculaire, diminue de volume par la compression, n'est le siége d'aucun battement, saigne abondamment lorsque l'enfant se heurte soit en jouant, soit en mangeant. Les dents comprises entre la seconde canine et la seconde grosse molaire sont toutes un peu plus mobiles que celles du côté opposé ; néanmoins le malade peut manger dessus sans douleur.

La moitié droite de la voûte palatine, du voile du palais et même de la luette présentent une injection prononcée, exactement limitée à la ligne médiane, et qui cesse insensiblement sur les piliers droits du voile du palais. Cette vascularisation, à peine marquée à la muqueuse de la joue droite, reprend toute son intensité dans l'intérieur de la narine droite; on peut le constater du moins aussi loin que l'œil peut pénétrer. L'enfant a des épistaxis de cette narine depuis cinq mois seulement. Dans le cri, l'effort, la tumeur de la joue augmente de volume et elle devient encore plus noirâtre.

Au moment de la naissance la tache de la peau existait sans épaississement des tissus, la bouche était droite et, à part la coloration, il n'y avait aucune différence entre le côté droit et le côté gauche de la face, lorsqu'il y a six mois, sans cause appréciable, la lèvre commença à grossir et la tumeur de la gencive à paraître. D'abord grosse comme un pois, elle prit graduellement les proportions que nous lui trouvons aujourd'hui ; en même temps les épistaxis et les hémorrhagies buccales se manifestèrent.

Le 29 novembre, dit M. Notta, après avoir chloroformisé l'enfant, je liai la tumeur de la gencive à son pédicule avec un fil double; puis j'enfonçai dans l'épaisseur de la lèvre, à une profondeur d'au moins deux centimètres et à un centimètre d'intervalle, quatre grosses aiguilles rougies à blanc ; enfin j'éteignis deux petits cautères sur les gencives tuméfiées.

Le 30, la tumeur de la bouche s'est affaissée sur elle-même; apyrexie; tuméfaction modérée de la lèvre.

Le 2 décembre, la tumeur gengivale s'est détachée ; les points cautérisés suppurent ; la lèvre est devenue dure, quoique médiocrement tendue.

Le 12, il y a encore du gonflement de la joue ; une des pointes de feu donne encore un peu de suppuration. La muqueuse du palais est devenue plus vasculaire, plus épaisse depuis quelques jours ; les gencives sont boursouflées, fongueuses.

Le malade est chloroformisé. Trois boutons de feu sont appliqués fortement sur la voûte palatine, de manière à désorganiser toute l'épaisseur de la muqueuse. De petits cautères en forme de hache sont promenés le long des gencives ; puis avec un cautère conique, acéré et renflé à la base, on larde à trois reprises différentes toute l'épaisseur de la lèvre. Enfin la seconde incisive, qui était mobile, étant arrachée, un cautère de la grosseur de la racine de la dent fut éteint dans l'alvéole. A la suite de cette cautérisation énergique, la joue enfla considérablement, puis les eschares se détachèrent, et il y eut une suppuration assez abondante.

Au bout de huit jours (le 30 décembre), le malade quitte le service dans l'état suivant : les gencives sont couvertes de bourgeons charnus et ont un développement plus considérable qu'avant la cautérisation ; une nouvelle tumeur fongueuse apparaît au niveau de l'incisive arrachée ; enfin la muqueuse du palais est plus molle, plus fongueuse et plus épaisse qu'avant l'opération.

Au mois d'avril, la tumeur développée au niveau de l'incisive a le le volume d'une noix et gène beaucoup. Une ligature sur son pédicule la détache au bout de trois jours.

Le 20 juillet, la tumeur gengivale a reparu ; elle a le volume d'une noix. Nouvelle ligature.

Le 2 août, deux injections de perchlorure de fer à 30°, et de 5 gouttes chacune, sont pratiquées dans l'épaisseur de la lèvre en procédant par la face interne. Les ponctions sont faites à trois centimètres de distance. L'opération fut peu douloureuse. Cinq ou six minutes après l'injection, la joue double de volume; on constate un noyau dur au niveau des ponctions. Au bout d'une heure, l'enfant ne souffrait plus.

Les jours suivants, la tuméfaction et l'induration de la lèvre augmentent. Le 7 août, cet organe a triplé de volume. L'appétit est bon, le sommeil calme; apyrexie.

Le 8 août, une des piqûres donne un peu de suppuration. La tuméfaction de la lèvre a beaucoup diminué ; on ne sent plus que deux noyaux durs, du volume d'une petite noisette, au niveau de chaque piqûre.

Le 25 août, la tumeur fongueuse de la gencive s'est reproduite ; elle a le volume d'une aveline. La ligature en est de nouveau pratiquée.

Le 29 août, la lèvre supérieure est dans le même état qu'avant l'opération, les noyaux indurés au niveau des ponctions sont résorbés.

Sur un point de la gencive supérieure et sur le palais, nouvelles injections de trois gouttes de perchlorure de fer. Chacun de ces deux points, qui était mou, devient en une minute solide dans l'étendue d'un centimètre et demi. Douleur vive pendant vingt-quatre heures. Au bout de trois jours, les ponctions se sont ulcérées ; les plaies se sont agrandies et ont eu chacune jusqu'à un centimètre d'étendue.

Le 15 septembre, elles étaient cicatrisées.

Aujourd'hui, 1er octobre, si on compare l'état actuel du malade avec ce qu'il était il y a dix mois, avant les diverses opérations qu'il a subies, on voit que la lèvre supérieure est tout aussi vasculaire, et plus volumineuse ; les gencives sont fongueuses, boursouflées, et recouvrent les faces interne et externe de la couronne des dents du côté droit de la mâchoire supérieure. Les gencives, qui au niveau des dernières grosses molaires étaient saines, participent à l'altération. La muqueuse du palais a au moins triplé d'épaisseur; elle est plus molle, plus fongueuse. Enfin la sertissure des gencives de la moitié droite de la mâchoire inférieure, qui était parfaitement saine, commence à se boursoufler ; et, pour ne rien omettre, la tumeur fongueuse développée au niveau de la seconde incisive supérieure s'est reproduite avec plus de rapidité, et a le volume d'une noix.

La maladie est donc en voie de progrès, et de progrès rapide. L'emploi du fer rouge et du perchlorure n'a en aucune manière entravé sa marche.

L'enfant ayant eu peu après sa naissance une variole confluente, il n'y a pas à songer à la vaccination, qui dans le cas actuel serait applicable à la joue et à la lèvre, mais non aux gencives, à la voûte palatine et à l'intérieur de la narine.

Que convient-il donc de faire?

M. Guersant distingue deux variétés principales de tumeurs érectiles : les unes sont superficielles et bornées à la peau, les autres envahissent profondément les organes sous-jacents, muscles, muqueuses et jusqu'aux os mêmes. Dans le premier cas un grand nombre de moyens curatifs peuvent être employés avec succès ; mais dans le second il faut s'abstenir de toute tentative. Dans le cas actuel on ne saurait tirer avantage de la ligature de la carotide ; il faut continuer les palliatifs.

Quelquefois, en effet, ces tumeurs restent stationnaires. M. Guersant cite des cas de diathèse érectile dans lesquels il s'est abstenu de toute tentative par prudence.

M. Marjolin a observé un fait semblable sur un enfant affecté de coxalgie. Il y a des tumeurs aux lèvres, dans la bouche, aux joues ; un épulis érectile siége à la gencive et saigne de temps en temps avec une grande abondance. Le malade ne souffre pas et M. Marjolin évite toute opération.

M. Chassaignac reconnaît qu'il ne faut pas toucher à ce genre de tumeurs quand elles ne déterminent pas de troubles ; mais, quand elles s'accroissent et fournissent des hémorrhagies, quand enfin, comme dans le cas de M. Notta, on a échoué dans les premières tentatives et que malgré les efforts du chirurgien le mal fait des progrès, que faut-il faire? Pour lui, il pense que l'on n'a pas insisté suffisamment sur le perchlorure de fer. Quant aux tumeurs gengivales, il conviendrait de les cautériser plutôt que de les détruire par la ligature.

La ligature de la carotide ne lui paraît pas indiquée.

M. Richet se range à cette opinion, et fait remarquer que M. Notta a été en quelque sorte contraint à opérer par les hémorrhagies et les progrès dont cette tumeur était le siége.

M. Bouvier demande s'il existe des faits qui établissent l'influence de la menstruation sur le développement de ce genre de maladie. Il a observé une dame qui portait à la lèvre inférieure la cicatrice d'une tumeur variqueuse datant de la naissance et qui pendant la jeunesse avait fourni plusieurs hémorrhagies. Cette tumeur s'était effacée complétement à la première menstruation.

M. Follin raconte à ce propos un fait d'un autre ordre : une dame était affectée d'une tumeur érectile peu développée à la lèvre; elle devint enceinte; pendant ce temps, la maladie s'accrut, et M. Follin se vit forcé d'enlever une partie saillante et isolée de cette production, qui devenait très gênante. Cette petite opération se fit facilement et heureusement. L'accroissement de la maladie continua ; mais après les couches, il cessa, et la tumeur revint à son volume primitif.

M. Verneuil pense qu'il est cruel d'abandonner un malade sans chercher à s'opposer aux progrès de la lésion qu'il porte; on est aujourd'hui en possession d'hémostatiques puissants. On tente des opérations hardies pour des affections qui par leur nature laissent des chances restreintes de succès ultérieur, et l'on a peine à s'abstenir quand la mort doit être le seul fait de la perte de sang. MM. Chassaignac et Richet ont déjà parlé du perchlorure de fer et des caustiques ; ne pourrait-on pas insister sur ces moyens? La tumeur dont parle M. Notta se compose de deux parties : l'une, extérieure, qui a envahi la joue et les lèvres ; l'autre qui siége sur les muqueuses gengivale, palatine et nasale. Ne serait-il pas possible de traiter par le perchlorure de fer la partie extérieure d'abord? Pour cela, on pourrait répéter les injections, mais en modifiant un peu la manière dont cet agent a déjà été employé par M. Notta. On pourrait faire d'abord à la circonférence de la tumeur une série d'injections à très petite dose, deux gouttes, par exemple, à quelques centimètres les unes des autres et à quatre ou cinq jours d'intervalle, jusqu'à ce que, par ces opérations successives et persévérantes, on soit arrivé à oblitérer les vaisseaux variqueux de la lèvre et de la joue. Les tumeurs érectiles profondes ne seraient-elles pas attaquables par des caustiques plus énergiques que le fer rouge? le chlorure de zinc, par exemple ; enfin, la lésion profonde étant bornée à une moitié de la mâchoire supérieure, ne serait-il pas possible, si l'on parvenait à guérir la tumeur extérieure, de détruire par une opération les points affectés profondément? Certes tout cela est grave, le succès est hypothétique; mais si la mort est réellement menaçante, la hardiesse du chirurgien est justifiable.

M. Forget croit qu'il est impossible de se prononcer sans avoir vu et examiné le malade ; quoique dans ce cas un conseil soit difficile à donner, il aurait peu de confiance dans le perchlorure de fer, qui a paru plus nuisible qu'avantageux dans le fer actuel et dont l'effet est détruit par la résorption des caillots. En présence des succès qui ont été tirés de l'emploi du froid contre le cancer et publiés dans ces derniers temps, il se demande s'il ne serait pas préférable d'employer la glace comme palliatif et de l'appliquer incessamment et à de courts intervalles.

M. Verneuil fait remarquer que, sans parler ici des succès fort douteux de la glace dans les cas de cancer, ce moyen a été opposé bien des fois aux tumeurs érectiles et sans résultats avantageux.

— M. Gosselin lit un rapport sur divers travaux adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres. Parmi ceux-ci se trouve un procédé nouveau de tamponnement des fosses nasales dans les hémorrhagies graves, procédé destiné à remplacer l'emploi de la sonde de Belloc.

Voici en quoi il consiste :

Une sonde ouverte par les deux bouts et entourée à l'une de ses extrémités de quelques morceaux d'éponge est fixée au moyen d'un fil plusieurs fois enroulé dans l'intérieur d'une baudruche, de telle façon que l'extrémité garnie d'éponge plonge dans la cavité membraneuse dans une étendue de 10 à 12 centimètres, l'autre extrémité reste libre à l'extérieur.

L'appareil, préalablement huilé, est conduit d'avant en arrière dans la cavité nasale qui fournit l'hémorrhagie jusqu'au niveau de la narine postérieure ; on injecte par l'extrémité libre de la sonde de l'eau froide ou une solution de perchlorure de fer. L'éponge s'imbibe, se gonfle ; la baudruche se distend, remplit une partie de la cavité nasale, ferme ses deux ouvertures et oblige le sang à s'y accumuler. La réfrigération favorise ici l'action de la compression ; pour empêcher l'eau de ressortir, l'extrémité de la sonde est élevée et fixée au bonnet ou bien bouchée avec un fausset.

L'appareil est retiré le lendemain ; on le réapplique au besoin.

M. Maunoury, pour faire valoir les avantages de son procédé, le compare au tamponnement par la méthode ancienne, dont il fait ressortir les inconvénients.

Le rapporteur accorde volontiers la préférence au procédé nouveau. Cependant il regrette que l'auteur paraisse ignorer que des modifications semblables, quoique peut-être moins efficaces, ont déjà été proposées par MM. Martin Saint-Ange et Gariel. La comparaison d'ailleurs aurait été favorable à l'instrument de M. Maunoury, qui présente plusieurs avantages : 1° il est peu dispendieux; on se le procure aisément, et l'on peut le construire assez vite soi-même; 2° il peut agir non-seulement par compression, mais aussi par réfrigération, surtout si l'on injecte de l'eau glacée au lieu d'eau froide ordinaire; 3° l'auteur admet également un troisième avantage, qui n'a point été vérifié par la commission, mais qui est admissible, c'est que certaines solutions astringentes, celle de perchlorure de fer en particulier, peuvent passer lentement par exosmose à travers la baudruche et agir comme hémostatique direct sur la pituitaire.

M. Maunoury cite à l'appui plusieurs observations intéressantes qui prouvent l'efficacité de son procédé.

En résumé, le mode de traitement de M. Maunoury paraît supérieur de beaucoup au procédé ancien, et préférable sous plusieurs rapports à quelques-uns des procédés récents. Mais une question préalable, que l'auteur, avec la plupart des chirurgiens, a laissée de côté, paraît dominer tout le sujet. Le tamponnement antérieur et postérieur est-il aussi souvent nécessaire qu'on paraît le croire? Le tamponnement antérieur bien fait ne serait-il pas suffisant dans la plupart des cas? C'est une question qu'on est souvent à même de se poser lorsque, aux prises avec des épistaxis graves, on est dans l'alternative de recourir à l'ancien procédé ou de tamponner seulement en avant. Trois fois M. Gosselin, ayant préparé tout pour le tamponnement complet, essaya provisoirement le tamponnement antérieur, qui fut efficace et suffisant. Une fois c'était pour une épistaxis abondante survenue quelques heures après l'arrachement de polypes muqueux. Dans les deux autres cas il s'agissait d'épistaxis symptomatiques d'une fièvre typhoïde.

Dans les trois cas il s'est contenté de remplir la paroi antérieure d'amadou et de charpie, et de maintenir le tout avec une compresse étroite attachée au bonnet. Dans les deux derniers, les malades étaient couchés ; on les engagea à tourner la tête en avant et du côté correspondant à l'hémorrhagie, de manière à rendre plus difficile la chute du sang dans le pharynx. Cette position a pu sans trop de gêne être gardée quelques heures, au bout desquelles les malades ont repris celle qui leur convenait le mieux. Aucun d'eux n'a vu l'hémorrhagie reparaître, et l'appareil a pu être enlevé le lende-

main. Les choses se passeraient-elles toujours aussi heureusement? M. Gosselin ne voudrait pas l'affirmer; mais il est bon de savoir que dans certains cas au moins, où bien des praticiens songeaient à faire le tamponnement complet, le tamponnement antérieur, toujours beaucoup plus commode pour le patient, peut suffire. C'est pourquoi il répète ici le conseil qu'il a formulé dans le *Compendium de chirurgie*, de concert avec M. Denonvilliers, de commencer toujours par le tamponnement antérieur, puis de surveiller attentivement les malades, et de faire plus tard, si l'on acquiert la conviction que le sang est avalé, le tamponnement complet. En suivant ce précepte, on épargnerait à la plupart des malades un mode de traitement plus désagréable.

M. Gosselin termine son rapport par les conclusions suivantes, qui seront mises aux voix dans la séance prochaine :

1° Renvoyer le travail de M. Maunoury au comité de publication;

2° Accorder à l'auteur le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

— La discussion s'engage sur le rapport de M. Gosselin.

M. Chassaignac regarde comme dangereux le séjour de la charpie dans les fosses nasales. Ce corps étranger, laissé pendant plusieurs jours chez un vieillard auprès duquel il fut appelé, détermina une inflammation vive accompagnée d'une suppuration énorme et d'une fétidité insupportable. La mort s'ensuivit.

M. Gerdy regarde le fait précédent comme fort exceptionnel, car les cavités muqueuses supportent bien le contact, même prolongé, de la charpie. Les différences individuelles sont si grandes, qu'il a observé un cas dans lequel l'emploi du fer rouge augmentait l'hémorrhagie, au lieu de l'arrêter.

M. Broca a vu toujours le tamponnement antérienr réussir et suffire. A l'Hôtel-Dieu, on avait coutume de maintenir la charpie et de fermer les narines à l'aide du serre-nez métallique dont on se servait autrefois quand on faisait respirer l'éther par la bouche.

M. Demarquay ne voit rien de mieux que le procédé ancien; il ne l'a jamais vu échouer, si ce n'est dans un cas où le sang était si fluide qu'il sortait par les points lacrymaux, et que cet écoulement si minime parvint néanmoins à amener la mort.

M. Chassaignac n'attaque pas les procédés de tamponnement antérieur; cependant quand on se décide à tamponner les fosses nasales, c'est après avoir épuisé toutes les ressources. Le cas alors est grave, et une hémorrhagie de plus peut amener la mort. Il serait peut-être alors imprudent de se contenter de ces procédés, évidemment moins sûrs que l'ancien.

M. Gosselin répond à ces diverses objections. Pour éviter que la charpie séjourne trop longtemps, on prend la précaution de fixer les bourdonnets à un fil, qui permet toujours de les retirer aisément. Il insiste sur les difficultés et les désagréments du tamponnement classique. Il rappelle les vomissements, les nausées, l'anxiété, la gêne qu'occasionne le tampon postérieur; la suppuration fétide, etc., etc., sans parler des difficultés qu'on éprouve, surtout chez certains sujets, à faire passer le tampon derrière le voile du palais, etc., etc.

Peut-être le tamponnement antérieur est-il moins sûr dans les cas extrêmement graves, mais à coup sûr il est suffisant dans la majorité des cas. Il faut donc l'employer d'abord, et surveiller.

M. Demarquay reconnaît que le procédé ancien est difficile à exécuter, surtout dans le temps qui consiste à engager le tampon postérieur derrière le voile du palais, ce qui tient à ce que la boulette de charpie que l'on emploie est généralement trop volumineuse. En se servant, comme il a coutume de le faire, de tampons fort petits, cet obstacle n'existe plus, car on peut les porter aisément avec le doigt jusqu'à l'arrière-narine.

M. Gerdy est d'avis que cette opération est généralement mal faite. Plusieurs fois il a réussi, alors même que des élèves instruits avaient échoué. Non-seulement il faut employer des tampons postérieurs volumineux, mais encore il faut avec le doigt les conduire jusqu'à l'arrière-narine, puis les enfoncer très exactement dans cet orifice. Il prend donc une masse de charpie plus grosse que le trou à boucher; il l'enduit de cérat et de colophane, et l'enclave avec soin dans l'ouverture. Avec ces précautions on réussit sûrement.

M. Gosselin termine en faisant remarquer que si les petits tampons de M. Demarquay rendent la manœuvre aisée, ils sont inaptes à boucher l'ouverture postérieure, et que les succès doivent, dans ces cas, être dus sans doute au seul tamponnement antérieur.

— M. Marjolin montre à la Société des végétations de la racine du gland et du prépuce qui proviennent d'un enfant de sept ans. Déjà elles ont été excisées sans succès. Pour prévenir une nouvelle récidive, M. Marjolin les a coupées à la base et a cautérisé les plaies avec le perchlorure de fer. Il était difficile de croire à la nature syphilitique de ces végétations; cependant on a appris que ce jeune garçon avait eu des rapports avec une petite fille affectée d'un écoulement.

M. Verneuil a examiné la structure de ces végétations. Molles, friables, très vasculaires, elles sont constituées par des papilles hypertrophiées, simples ou digitiformes; elles renferment dans leur intérieur un réseau capillaire très riche, et sont recouvertes par une couche épaisse, mais peu cohérente, d'épithélium pavimenteux analogue à celui qui recouvre le gland, mais qui s'en distingue par différents caractères, tels que l'état granuleux, le développement considérable des noyaux, etc.

— M. Demarquay montre le testicule d'un homme de 35 ans. C'est un exemple de cancer encéphaloïde très bien caractérisé. Il a été examiné au microscope par M. Robin, entre autres. Il y a quatre ans, ce malade fut déjà opéré; le testicule droit fut enlevé, il était également cancéreux.

M. Denonvilliers cite à ce propos un fait analogue. Un jeune homme d'une bonne constitution était affecté d'une double tumeur des bourses atteignant un volume très considérable. Les deux testicules étaient envahis, mais les téguments étaient sains, et on ne trouvait rien dans l'abdomen. Néanmoins le diagnostic de cancer fut porté. Une première opération fut faite. L'examen à l'œil nu et l'inspection microscopique faite par M. Verneuil ne laissèrent aucun doute sur la nature cancéreuse du mal.

La cicatrisation de la plaie ne s'en fit pas moins rapidement. L'état général était bon, et, chose remarquable, la tumeur du côté opposé parut décroître très notablement. Peut-être ce fait était-il un exemple de rétrocession de cancer. M. Denonvilliers suivait donc avec intérêt ce malade. Mais au bout de trois mois cette amélioration trompeuse avait disparu. Les progrès recommencèrent. La tumeur devint volumineuse; des masses cancéreuses se développèrent dans l'abdomen, et la mort ne tarda pas à survenir.

Ces deux cas sont dignes d'intérêt sous plusieurs rapports; ils constituent une exception assez rare pour qu'on ait songé à poser en loi que le cancer n'envahit jamais qu'un seul testicule.

— La séance est levée à cinq beures et demie.

Le vice-secrétaire, Ar. Verneuil.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, le 6 octobre 1854.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du samedi 30 septembre dernier, j'ai lu un article intitulé *Des conséquences pratiques qui se déduisent du défaut d'absorption dans la période algide du choléra*, dont l'annonce seule m'a d'autant plus étonné, que j'ai observé, au contraire, fréquemment qu'au moins l'absorption par la peau existait avec énergie presque jusqu'à la mort, on peut le dire, ce qui même m'a été d'une grande ressource dans plusieurs circonstances, particulièrement depuis mon retour de ma mission dans la Haute-Marne.

Voici comme je m'exprime à cet égard dans une courte notice sur l'épidémie en question, que je viens de lire à la Société médicale du Ier arrondissement.

Après avoir déploré la difficulté éprouvée par l'estomac, en général, à supporter les médicaments ingérés dans le traitement du choléra asiatique, j'ajoute que dans ces cas trop communs on est forcé de s'en tenir à la méthode iatraleptique, et m'explique ainsi à ce sujet :

« Alors il fallait bien s'en tenir à la méthode iatraleptique, qui réussissait mieux; et cela d'autant plus, que j'ai remarqué depuis longtemps, et sans pouvoir l'expliquer, la puissance d'absorption extraordinaire de la peau chez les sujets atteints du choléra asiatique, même quand le corps est froid, cyanosé, et qu'il existe une absence complète du pouls. »

Ceci est très opposé au défaut d'absorption constaté par les recherches de MM. les docteurs Vernois et Duchaussoy, d'après votre article, monsieur le rédacteur, où l'on trouve une lettro du premier indiquant un moyeu de modifier cette absence prétendue d'absorption.

Mais il ne me suffit pas de dire que la puissance absorbante de la peau continue à exister jusqu'à la fin chez les cholériques; je dois le prouver. Or, c'est ce que je vais, j'espère, démontrer par des faits.

1er fait. — A la Nouvelle-Orléans, en 1833, pendant la deuxième épidémie de choléra asiatique qui désola alors cette ville, je traitai une dame d'environ vingt-six ans, naturellement maigre, laquelle, au troisième jour de la maladie, était réduite au marasme, et d'ailleurs dans l'état suivant :

Corps froid, cyanosé, recouvert d'une transpiration poisseuse et glacée; yeux ternes et enfoncés dans leur orbite, pouls nul depuis plus de huit heures, perte apparente de connaissance et de sensibilité; évacuations haut et bas modérées, mais presque incessantes, semblant sortir sans effort et comme par régurgitation de la bouche.

Elle était couchée sur le dos, semblant morte; la respiration était perçue à peine, la langue pâle et froide.

Plusieurs domestiques la frictionnaient à outrance sans qu'elle parût rien ressentir. Sept confrères, venus la voir à ma prière, venaient de sortir en la déclarant perdue, lorsque en désespoir de cause je lui appliquai sur le centre épigastrique un vésicant de Gondret un peu plus grand qu'une pièce de 5 francs.

Cinq minutes après je le levai, et, à ma grande surprise, il avait pris, et je trouvai une phlyctène complète.

J'enlevai l'épiderme soulevé en entier, éteudis sur un petit morceau de linge fin de l'onguent basilicum, que je saupoudrai avec 2 centigrammes d'acétate de morphine et l'appliquai sur la surface dénudée.

On continuait d'ailleurs les frictions, etc.

Eh bien! il n'y avait pas une demi-beure que l'onguent était appliqué lorsque les évacuations s'arrêtèrent; la chaleur du corps commençait à revenir, et, chose étonnante, des signes positifs de *narcotisme* se manifestaient.

J'enlevai aussitôt l'onguent saupoudré de morphine et le remplaçai par d'autres sans cette substance; un sommeil bienfaisant, qui dura quatorze heures, succéda à l'état de narcotisme, et le lendemain matin cette dame se réveilla en convalescence..... C'est ma femme, elle habite à présent Paris avec moi.

J'espère, monsieur le Rédacteur, que c'est un fait prouvant une grande puissance d'absorption de la peau pendant le choléra, même au moment le plus avancé de la maladie.

Deuxième fait. — Durant ma mission dans la Haute-Marne, en août dernier, je traitais au village de Doujeux une jeune femme, nourrice, atteinte du choléra asiatique à sa période algide, avec refroidissement général, pouls imperceptible, évacuations et surtout vomissements, etc., dont le plus grave symptôme au quatrième jour était une suppression d'urine datant de trente heures.

Les diurétiques et autres moyens employés par la bouche ne produisaient aucun résultat, étant d'ailleurs rejetés par les vomissements, orsque je fis appliquer un large sinapisme sur tout le ventre, que je laissai près d'une heure. Peu après l'avoir enlevé, elle urina abondamment.

Cette femme a guéri, et le fait est à la connaissance de M. Pasquier, adjoint du maire de Doujeux.

Je pourrais citer beaucoup d'autres cas en faveur de la force absorbante de la peau dans la maladie qui nous occupe, mais, outre que ces deux-là me paraissent concluants, je craindrais d'être indiscret en allongeant davantage cet article.

Agréez, etc.

Thomas, d.-m.-p.

Correspondant de l'Académie impériale de médecine.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous rétablissons les chiffres des admissions et des cas nouvellement déclarés dans les hôpitaux pour les sept journées du 6 au 12, pour lesquels nous n'avions eu que des renseignements incomplets.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.
Le 6 octobre,	8	9	17
7 »	6	7	13
8 »	20	4	24
9 »	16	10	26
10 »	12	8	20
11 »	16	11	27
12 »	22	12	34

Décès pour les mêmes journées :

	A domicile.	Dans les comm. rurales.	Dans les hôpit. civils.	Dans les hôpit. militaires.	Total.
6	6	3	5	0	14
7	12	1	4	1	18
8	11	2	14	0	27
9	18	0	12	0	30
10	28	3	12	1	44
11	20	0	13	2	35
12	36	0	9	1	46

La mortalité générale pour la France s'élevait jusqu'au 12 à 100,000 décès.

Voici quelques renseignements sur le choléra dans les départements du Midi :

L'épidémie tend de nouveau à disparaître à Marseille.

Draguignan, épargné d'abord, a été et est encore assez rudement atteint.

A Toulouse, il y a eu le 10 135 décès; le 11, de 75 à 80 environ; le 12, 39.

Dans le département de la Haute-Garonne, le chiffre des décès est de 1,378.

Dans l'Ariége, l'épidémie a fait d'affreux ravages. On y compte aujourd'hui 6,658 décès.

Dans le Tarn, récemment envahi, on compte 684 décès.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 10 octobre, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux vient d'être réorganisée.

Ont été nommés professeurs titulaires :

Anatomie et physiologie. — M. Bitot, chirurgien adjoint à l'hospice des Enfants.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Costes, médecin de l'hôpital Saint-André.

Clinique externe. — M. Chaumet, chirurgien de l'hôpital St-André.

Pathologie interne. — M. Mabit, médecin de l'hôpital St-André.

Clinique interne. — M. Gintrac père, médecin.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Barnetche, chirurgien.

Matière médicale et thérapeutique. — M. Jeannel, pharmacien en chef de l'hôpital St-André.

Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Barbet, pharmacien, membre du comité de consultations du bureau de bienfaisance.

Professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes :

Clinique externe. — M. Puydebat, chirurgien adjoint de l'hôpital St-André.

Clinique interne. — M. Gintrac fils, médecin adjoint de l'hôpital St-André.

Anatomie et physiologie. — M. Oré, médecin du bureau de bienfaisance.

Professeurs suppléants.

Pour les chaires de médecine proprement dites, M. Lacaussade, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés.

Pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, de maladies des femmes et des enfants, M. Rousset, médecin accoucheur adjoint de l'hospice de la Maternité.

Pour la chaire d'anatomie et de physiologie, M. Azam, chirurgien du bureau de bienfaisance.

Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie. M. Métadier, pharmacien.

M. Oré, professeur adjoint, attaché à la chaire d'anatomie et de physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Gintrac père, professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'Ecole.

— Par décision ministérielle du 11 septembre 1854, les soixante-sept candidats dont les noms suivent (48 médecins, 19 pharmaciens), reconnus aptes aux derniers concours, ont été commissionnés médecins et pharmaciens aides-majors stagiaires à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires :

Médecins. — MM. Paulet. Sarrazin. Aronssohn. Cochu. Papillon. Malaval. Remy. Poignet. Glatigny. Daraignez. Maratray. Bourdeaux. Hacherelle. Touraine. Lanson. Billot. Petit. Tisseire. Rioufol. Missol. Gachassin. Accarias. Dehous. Prevost. Guichet. Nicker. Garny. Hayer. Bernard. Plomb. Rességuet. Guéraud. Vernier. Kopf. Rigal. Virlet. Hennequin. Goupil. Coze. Raffy. Noël. Joliclerc. Villars. Collignon. Thiébaux. Rech. Piquet. Guimonet.

Pharmaciens. — Pélissié. Klein. Kuhlman. Bourlier. Schmitt. Cohade. Wahl. Séguinaud. Carron. Lancelot. Brissaud. Molinery. Cauvet. Warnier. Delcusse. Truquet. Quirin. Gascard. Palanque.

— Par arrêté en date du 9 octobre, M. le docteur Gosselin est nommé chirurgien de l'hôpital Cochin.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 124. — JEUDI 19 OCTOBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 124. — JEUDI 19 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 OCTOBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le cancer a failli tourner court et se trouver close faute d'orateurs. Après un manifeste de M. Jules Cloquet en faveur de la clinique, il n'y avait plus d'orateurs inscrits, et nous avons vu le moment où M. le président allait déclarer la discussion terminée, lorsque M. Robert s'est levé et a demandé un sursis jusqu'à la séance prochaine pour répondre à M. Velpeau et présenter quelques nouvelles considérations sur le fond de la question. Le sujet est, en effet, loin d'être épuisé.

L'opinion publique attend de cette discussion, non point sans doute une solution définitive de toutes les difficultés soulevées, mais du moins quelques lumières qui permettent aux personnes étrangères aux études micrographiques d'apprécier avec un peu plus de connaissance de cause la valeur réelle des services qu'elles peuvent en attendre. Il eût été fort regrettable que l'opinion restât ainsi en suspens entre des assertions et des faits contradictoires qui sont encore loin d'avoir été présentés avec tous les éléments nécessaires pour la diriger. Sans doute, si l'on s'en tenait à l'impression générale produite par les discours de MM. Velpeau et Jules Cloquet, et par l'exhibition des pièces que M. Velpeau a mises sous les yeux de l'Académie à la fin de la séance, on serait porté dès à présent à douter que les témoignages du microscope aient la valeur et l'utilité qu'on leur a attribuées. Mais un pareil jugement serait au moins prématuré. Nous attendrons donc, avant de nous prononcer, que les partisans du microscope nous aient mis à même de connaître jusqu'où vont leurs prétentions, et jusqu'à quel point ils sont en mesure de les justifier.

Nous avons entendu avec satisfaction, au commencement de la séance, les explications données par M. Jobert sur la situation des deux opérés de M. Pamard, qui ont fourni le texte de cette discussion. Il résulte de ces renseignements que chez l'enfant opéré de sarcocèle il n'y a pas eu de récidive : l'opération date aujourd'hui de huit ans. Cette explication rend à ce fait une partie de la valeur qu'on lui avait contestée.

Dr Brochin.

BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX. — M. JARJAVAY.

De la tumeur lacrymale formée par la dilatation des conduits excréteurs des larmes.

Le sujet que j'aborde n'est pas seulement la cause de contestations et de doutes, mais il est encore, on peut le dire, fort peu connu. C'est évidemment à la rareté de la lésion qu'il faut attribuer cette obscurité.

Le 21 mai 1850 s'est présenté à la consultation ophthalmique du Bureau central des hôpitaux le nommé M... (Louis), âgé de quarante-cinq ans, demeurant à Morlancourt, canton de Bré, département de la Somme.

Il raconte que, le 6 décembre 1844, il avait reçu un coup de couteau-poignard sur la partie externe de la région palpébrale droite et la joue correspondante; qu'à la suite de cette blessure les lèvres de la solution de continuité avaient suppuré pendant plusieurs mois, que la cicatrisation n'avait été achevée qu'au sixième, et qu'à partir de cette époque une tumeur s'était formée sur la partie externe de la paupière supérieure, tumeur d'où il avait pu faire jaillir plus tard un liquide transparent et incolore par la compression.

M... porte, en effet, une cicatrice étendue de la commissure externe des paupières du côté droit, commissure anomale, résultat de l'adhésion des lèvres de la solution de continuité, jusqu'au-dessous de l'os de la pommette, à la hauteur de l'aile du nez. En haut, elle se prolonge jusque sur la queue du sourcil, au niveau de laquelle on sent une légère dépression sur le rebord osseux du frontal. Cette cicatrice est linéaire et a entraîné sur le bord inférieur de l'orbite le nouvel angle externe. Le bord libre de la paupière est un peu moins long que celui de la paupière correspondante du côté opposé. Le bord de la supérieure décrit une courbe très prononcée de bas en haut et de dehors en dedans ; il est aussi plus court que celui de la paupière gauche. On dirait en conséquence que les deux paupières supérieure et inférieure ont subi une perte de substance.

Au-dessus et au dehors de la commissure cicatricielle est une tumeur oblongue, de la forme et de la grosseur d'une petite amande. Elle est molle, sans changement de coloration de la peau, présentant dans sa partie supérieure une dépression infundibuliforme, au fond de laquelle est un pertuis étroit, qu'on ne peut apercevoir qu'après avoir déplissé avec soin la peau si mince de la région. Le repli cutané qui existe naturellement sur la paupière supérieure le recouvre et le voile entièrement quand l'œil est ouvert. La conjonctive est légèrement injectée.

Interrogé sur les variations de volume que peut présenter la tumeur, M... répond que, lorsqu'il marche contre le vent ou qu'une irritation quelconque provoque la sécrétion des larmes, elle augmente de volume. Pour la vider, il exerce une pression au-dessus du globe de l'œil, de dedans en dehors, de manière à comprimer cette tumeur entre le bout du doigt indicateur et la partie externe du pourtour de l'orbite. Cette manœuvre faite devant moi, un liquide transparent comme de l'eau de roche jaillit par un filet très ténu. Pendant que je fais des tentatives pour introduire un stylet d'argent très fin dans le point fistuleux, et que ce stylet, ayant enfin pénétré, séjourne un instant dans la cavité, la tumeur se gonfle de nouveau et un léger suintement se fait sur l'ouverture pathologique. Cette nouvelle sécrétion de larmes permet une nouvelle compression, et j'observe de nouveau le même jet de liquide.

D'ailleurs la vision est nette; la surface du globe de l'œil est souvent le siége de picotements, de gêne dans les mouvements. Au moment où cette observation est recueillie, M... accuse un sentiment de brûlure. Habituellement il souffre peu et n'a d'autre incommodité que celle de vider trois ou quatre fois par jour la tumeur. Il affirme qu'au matin, après le sommeil de la nuit, le volume est augmenté.

Les points lacrymaux ont les mêmes dimensions que ceux du côté gauche ; les deux fosses nasales sont également humides. Le champ de la vision est moins étendu en haut et en dehors que dans l'état normal, par suite et de la disposition de la commissure cicatricielle et de l'existence d'une tumeur à la partie externe de la paupière supérieure.

Voilà donc un exemple de tumeur lacrymale développée dans la paupière supérieure au niveau du trajet des conduits qui versent les larmes sur le globe de l'œil. Quinze jours plus tard j'eus la bonne fortune d'en rencontrer un autre sur une femme qui avait reçu sur l'œil droit l'éclat d'un verre de bouteille. Non-seulement la paupière supérieure, mais encore l'œil lui-même avaient été intéressé. La vision était détruite et une bride réunissait cette paupière à l'œil. Sur la partie externe de ce voile défiguré se formait une tumeur quand la malade était sollicitée à pleurer, tumeur qui se vidait par la compression sur la face conjonctivale et non plus sur la face cutanée, comme dans le cas précédent.

J.-A. Schmidt est le premier qui ait parlé de la possibilité de l'existence d'une tumeur lacrymale sur la partie externe de la paupière supérieure. Il a même décrit dans son *Traité des maladies des organes lacrymaux*, p. 63, Vienne, 1803, la tumeur lacrymale de la paupière supérieure présentant deux variétés : avec ou sans fistule. Il appelle la première *dacryops simplex* et la seconde *dacryops fistulosus*. Celui-là est, à son avis, formé par l'abouchement anomal d'un ou de plusieurs des conduits excréteurs des larmes dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, et celui-ci est le résultat des tentatives opératoires faites pour guérir les malades du dacryops simple. Schmidt n'a observé ces tumeurs que deux fois, l'une chez un garçon, l'autre chez une petite fille. Le premier cas était un dacryops sans fistule, le second était identique avec la lésion du nommé M....

« Je vis, dit-il, une jeune fille de haute naissance, de seize à dix-sept ans, qui portait une tumeur lacrymale fistuleuse. Elle avait été opérée quelques années auparavant par un oculiste, qui avait pris la tumeur pour un kyste. L'opération dura plusieurs heures et fut accompagnée de convulsions et de syncopes. L'incision avait été faite à la paupière supérieure, mais la tumeur reparut bientôt après l'opération.

» On fit passer un séton de dehors en dedans à travers la paupière supérieure, on laissa constamment dans la tumeur un fil qu'on eut soin de mouvoir plusieurs fois par jour. On entretint ce séton pendant des mois ; on abandonna l'ouverture à elle-même et l'on déclara la malade guérie. La tumeur reparut de nouveau; elle était pourvue alors d'une ouverture fistuleuse.

» On me demanda enfin mon avis. Je proposai l'opération que j'ai décrite plus haut, d'enlever une portion du sac, etc. Mais la jeune fille, effrayée par les opérations précédentes, ne put se résoudre à se soumettre à une nouvelle. Elle est maintenant mariée depuis plusieurs années, et garde encore dans le même état sa tumeur lacrymale fistuleuse. Le soin qu'a la malade de vider sa tumeur trois ou quatre fois par jour est sans doute la circonstance qui empêche son augmentation de volume. »

Il n'y a de différence entre la lésion de la jeune fille dont parle Schmidt et celle de mon premier malade que celle-ci, à savoir, qu'un coup de couteau poignard en avait été la cause dans ce dernier cas, et les tentatives faites par l'oculiste pour extraire une tumeur enkystée dans le second. Faut-il en conclure que cette tumeur était un dacryops, comme le fait Schmidt en vue du premier malade qu'il avait observé, par cela seul qu'elle a persisté avec une fistule d'où la jeune fille exprimait des larmes? Mais il est évident que dans la section faite avec le bistouri quelques-uns des canaux excréteurs ont pu être intéressés; de là la fistule. Aussi ne ferai-je qu'indiquer avec une réserve extrême cette prétendue tumeur lacrymale sans fistule, que je n'ai pas d'ailleurs observée, et que je n'aurais pas balancé à déclarer être un kyste indépendant des voies lacrymales, sans cette observation de l'auteur allemand : « Le seul signe que je crois pathognomique... et surtout caractéristique, est l'augmentation de volume de la tumeur quand le malade pleure. »

Après Schmidt vient J. Beer. Il donne, dans son *Traité des maladies des yeux* (t. II, p. 591, Vienne, 1817), une description de la tumeur lacrymale de la paupière supérieure identique avec celle de son prédécesseur. Seulement il ne croit pas « qu'on puisse décider aujourd'hui si cette ouverture anomale des canaux excréteurs lacrymaux dans le tissu cellulaire est un abouchement congénital, ou si elle se forme plus tard et de quelle manière elle se forme. » Il ajoute qu'il a rencontré cette lésion six fois, et toujours chez des sujets de quatre à quatorze ans; que deux fois il a pu accuser une cause occasionnelle antérieure. Une fois, la tumeur s'était formée quelques semaines après le choc d'une bille de billard sur le bord de l'orbite, une autre fois à la suite de l'ablation incomplète d'une tanne de la paupière supérieure qui avait exactement ce siége.

Tout ce que les ophthalmologistes ont décrit depuis a pour point de départ l'exposition de Schmidt et les faits indiqués par J. Beer. Au lieu d'admettre l'hypothèse de l'abouchement d'un condui dans le tissu cellulaire, Bénédict place le siége de la lésion dans un conduit dilaté, et Beck aime mieux croire à la formation d'un sac séreux qui se serait formé dans l'épaisseur de la glande lacrymale et développé en avant dans la paupière. Aujourd'hui l'anatomie pathologique n'a pas mieux éclairci cette question qu'à l'époque où écrivit Beer.

Quant à la tumeur lacrymale fistuleuse, on a vu qu'elle a toujours été le résultat d'une action traumatique, soit produite par l'art, soit accidentelle. C'est une plaie qui suppure, qui se cicatrise et ne laisse après elle qu'un pertuis très étroit par où les larmes peuvent être exprimées de la cavité où elles s'accumulent. Il serait à désirer sans doute que l'anatomie pathologique mît hors de toute contestation, au moyen d'injections très fines, la question de savoir si la poche accidentelle est réellement formée par un canal excréteur dilaté ou par des aréoles du tissu cellulaire. Mais la connaissance de ce qui se passe pour tous les liquides de sécrétion qui tombent dans ces mailles ne nous autorise-t-elle pas à admettre la première idée? Est-ce que l'urine, la bile s'enkystent quand une ouverture leur donne issue hors des voies qu'elles doivent parcourir? Elles s'infiltrent, au contraire, de cellule en cellule, avec d'autant plus de facilité que la couche celluleuse est plus lâche. Or, y a-t-il des lames de tissu cellulaire plus perméables que celles des paupières? De plus, les parois des conduits excréteurs de la glande lacrymale sont très ténues, peu résistantes. Ces raisons me portent à admettre une dilatation qui me paraît naturelle, plutôt que de chercher des explications exceptionnelles et éloignées.

HOPITAL DE MAGDEBOURG. — M. REICHE.

Opération d'un anévrisme du sternum.

Auguste Z..., âgé de dix-huit ans, compositeur typographe, entra à l'hôpital le 10 mai 1853. Il n'avait jamais été malade, et était exempt de toute dyscrasie. Environ six mois avant son entrée, et en l'absence de toute cause connue, il avait remarqué, à la suite de douleurs très prolongées, une petite tumeur du volume d'une noix au milieu du sternum, tumeur qui grossit peu à peu et donna lieu à des souffrances très vives. Elle a aujourd'hui une forme ovalaire, une longueur de 3 pouces et demi, une largeur de 2 pouces; elle est régulière, plus

aillante le long de son grand axe, et aplatie graduellement vers les bords ; là la peau conserve sa couleur normale ; au milieu, au contraire, elle a une teinte rouge foncé, presque bleue, et semble plus ferme au toucher. Tout autour, les veines sous-cutanées sont plus développées et dilatées. La tumeur est le siége de battements très visibles et sensiblement synchroniques avec ceux du cœur, plus marqués au centre qu'à la périphérie. Examinée au moyen du stéthoscope, elle ne fait percevoir aucun bruit de souffle. Les battements du cœur sont plus violents que d'habitude, mais du reste purs et sans bruits consécutifs.

La tumeur est dure, mais élastique; elle cède à la pression, sans pourtant diminuer notablement de volume, et encore moins être effacée complétement. La palpation fait sentir nettement le rebord moussé de l'os tout autour de la tumeur.

Cette tumeur avait avec les anévrismes de l'aorte une analogie si frappante, que quelques médecins peu expérimentés la considérèrent comme telle au premier abord. Néanmoins, la sensation qu'elle donnait était différente; les pulsations étaient moins fortes, moins tumultueuses. La pression de la main ne donnait pas cette sensation spéciale qui fait craindre une rupture, comme cela a toujours lieu dans les anévrismes de l'aorte; en un mot, on ne ressentait point un flux sanguin violent. Les changements de position, les mouvements un peu vifs, la toux, étaient sans influence sur les battements de la tumeur, comme aussi sur ceux du cœur. En outre, il n'existait aucun des troubles fonctionnels auxquels donnent lieu les anévrismes volumineux de l'aorte et du cœur. Abstraction faite des douleurs, assez vives pour troubler le sommeil et même l'empêcher, la tumeur ne gênait en rien le malade.

Malgré ces circonstances, tous les confrères, même les plus âgés et les plus expérimentés, étaient incertains sur la nature de la tumeur. Un seul point semblait hors de contestation : c'est que l'on n'avait pas affaire à un anévrisme de l'aorte ou du cœur. Le siége du mal plaidait encore contre la première supposition. Une ponction avec un trocart fin ne conduisit à aucune solution.

Les moyens pharmaceutiques, la compression de la tumeur, ne pouvant faire espérer aucun résultat avantageux, tandis que son accroissement, rapide proportionnellement, ne permettait pas de l'abandonner à elle-même, on la fendit avec un fort bistouri dans toute sa longueur. Sous le périoste épaissi et la table externe du sternum presque complétement résorbée, on trouva une large cavité en rapport avec le volume de la tumeur et remplie de caillots sanguins et de coagulums fibrineux ; après les avoir enlevés, on vit le tissu osseux rugueux, ramolli, distendu et excavé.

La plaie fut aussitôt remplie de charpie fortement imprégnée de poudre de gomme arabique ; puis on y appliqua un pansement légèrement compressif. D'abord il ne se fit, à travers les pièces du pansement, qu'un léger suintement sanguin dont les applications froides firent facilement justice. Mais le lendemain il survint une hémorrhagie très forte, qui fit perdre au malade plus d'une livre de sang avant que l'on parvînt à la maîtriser par les styptiques et par la compression. Ces pertes, qui épuisaient le malade, se renouvelèrent plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins grands, jusqu'à ce qu'enfin elles furent complétement arrêtées par l'usage externe de l'eau de Binelli et l'emploi à l'intérieur du tanin, puis de l'*extrait de sang de bœuf*.

Peu à peu la structure molle et comme veloutée des parois saignantes de la cavité osseuse disparut pour faire place à des granulations fermes qui remplirent le vide, pendant que leur rétraction rétrécit la cavité; l'ossification survint après que la peau fut cicatrisée.

Le sternum semble plus épais, plus bombé qu'à l'état normal; la douleur a disparu depuis l'incision de la tumeur; les battements du cœur si vifs ont cessé avec elle, et sont maintenant normaux sous tous les rapports. (*Deutsche Klinik* et *Gaz. hebd.*)

HOPITAL DE CADIX. — M. Grazia y Alvares.

Néphrite albumineuse. — Infusion de fleurs de genêt.

On sait les bons effets que M. Rayer a obtenus de l'emploi de l'infusion de fleurs de genêt dans la néphrite albumineuse. Le fait suivant, emprunté au *Siglo medico*, vient à l'appui des assertions du savant médecin de la Charité :

Un jardinier âgé de quarante ans entra à l'hôpital de Cadix pour une anasarque qui datait de trois semaines et qui faisait chaque jour des progrès.

Deux ans auparavant, il avait eu également une enflure, dont il avait été guéri rapidement à la suite d'une friction; celle qu'il avait aujourd'hui reconnaissait pour cause, suivant lui, un refroidissement qu'il avait subi pendant un voyage sur mer, toujours exposé à l'humidité, et ayant en outre vécu pendant son voyage de vivres avariés. Quelques jours avant son arrivée à Cadix, et même pendant son voyage, il avait commencé à éprouver de la perte d'appétit, du dégoût pour les aliments et pour le mouvement, et il avait même remarqué un peu de gonflement œdémateux autour des malléoles. Un petit voyage à pied, qu'il avait fait après son arrivée, avait encore aggravé son état et augmenté l'œdème, qui s'était étendue aux jambes et aux cuisses.

Il entra alors à l'hôpital, où on lui pratiqua quatre saignées et où on lui appliqua trois vésicatoires. Mais l'enflure s'étendit au tissu cellulaire du tronc, de sorte que lorsqu'il fut soumis aux soins de M. Grazia y Alvares, le 23 juillet dernier, l'anasarque était portée au point de donner à cet homme un aspect hideux; tout le tissu cellulaire sous-cutané était fortement tendu et résistant à la pression, d'un blanc mat, et la chaleur de la peau un peu augmentée. Anorexie, resserrement du ventre, dyspnée, pouls fréquent et petit; les urines étaient épaisses, troubles, rougeâtres et précipitaient abondamment par l'acide nitrique.

On le soumit à l'emploi de la tisane de fleurs de genêt, un litre par jour. Les urines ne tardèrent pas à devenir plus abondantes, moins troubles et moins rouges; l'œdème de la face diminua, ainsi que la difficulté de respirer, la chaleur à la peau et la fréquence du pouls.

Le 28 juillet, les urines avaient encore beaucoup augmenté en quantité (un litre dans les vingt-quatre heures); elles étaient transparentes, de couleur jaune d'or, mais précipitaient abondamment par l'acide nitrique. L'anasarque avait diminué considérablement, et les autres symptômes généraux avaient disparu. Sans autre traitement que cette tisane, les urines commencèrent à se rapprocher des qualités normales, et même à revenir à une densité plus élevée; mais elles précipitaient toujours par l'acide nitrique et la chaleur.

Le 3 août, il n'y avait plus trace d'anasarque. Le 8, l'ascite avait disparu. Enfin le 13, le malade se trouvait si bien, que M. Alvares lui permit de sortir, en lui faisant promettre de continuer le genêt. Les urines ne précipitaient que très faiblement par l'acide nitrique. M. Alvares ne le perdit pas de vue; il lui fit prendre deux litres d'eau ferrugineuse et des aliments substantiels. Bref, la guérison paraissait complète, et les urines ne précipitaient plus, ni par l'acide nitrique, ni par la chaleur, lorsque huit jours plus tard, à la suite d'une imprudence (il avait mangé à lui seul un melon et bu une bouteille de vin de Catalogne), l'œdème reparut à la face et au tronc. Le même traitement fut repris avec plus de sévérité, et après un dérangement qui dura huit jours, et pendant lequel les accidents semblèrent d'abord aller en croissant, tout rentra dans l'ordre. Mais le malade, qui était faible, résolut de s'en retourner au pays, et effectivement son rétablissement s'y confirma au point qu'au mois de décembre dernier il n'avait pas eu de rechute, et continuait de se livrer aux travaux des champs.

SUR L'EMPLOI CHIRURGICAL

du bandage plâtré de MM. Mathijssen et Van de Loo.

Appareil bivalve. — MM. Mathijssen et Van de Loo construisent ce bandage de deux façons différentes :

« 1° On coupe six bandelettes plâtrées, d'une largeur de 6 à 7 centimètres, et suffisamment longues pour qu'elles puissent s'étendre depuis la partie supérieure de l'appareil que l'on se propose d'appliquer jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la plante du pied, en supposant toujours que l'on opère sur le membre inférieur.

» Puis on arrange à bandelettes séparées, sur un coussin revêtu d'une alèze, vingt-cinq à trente bandelettes plâtrées aussi de la largeur de 6 à 7 centimètres, dont les plus longues doivent être de 26, et les plus courtes de 16 centimètres environ, pour une jambe d'homme. Sur ces bandelettes plâtrées, on met des bandelettes ordinaires (non plâtrées), ensuite on place la jambe fracturée sur l'appareil; on applique les bandelettes ordinaires, puis on prend une des six bandelettes longues dont il a été parlé d'abord, on la mouille bien, et on l'applique sur le côté externe du membre, depuis la partie supérieure de l'appareil jusqu'au-dessous de la plante du pied; on en place une de la même manière du côté interne, en laissant entre celle-ci et la précédente un intervalle d'un ou deux travers de doigt. Ceci fait, on mouille et on applique les vingt-cinq ou trente bandelettes plâtrées qui sont rangées sur l'alèze. On finit le bandage en mouillant et en appliquant successivement les quatre dernières bandelettes longues au plâtre, savoir : deux du côté externe, et deux du côté interne, ayant soin de couvrir les deux premières. »

Il est entendu que dans le cas où les bandelettes plâtrées qui composent l'appareil de Scultet présenteraient plus de longueur qu'il n'en faut pour s'appliquer sur la marge des valves, on devrait les couper à mesure de leur application, afin qu'elles ne puissent empiéter sur l'espace resté libre entre les deux moitiés du bandage.

« Pour rendre cet appareil inamovible, on comble l'espace resté libre entre les deux valves avec un peu de ouate, et on applique trois ou quatre bandelettes plâtrées *en travers*, ou bien une ou deux bandes de largeur convenable suivant la longueur de cet intervalle, en le masquant complétement. Pour rétablir l'amovibilité du bandage, il suffit d'enlever ces bandelettes.

» Si l'appareil doit envelopper tout le membre inférieur, il faut de plus une vingtaine de bandelettes, dont les plus longues auront 42, et les plus courtes 26 centimètres, ainsi que six bandelettes longues, s'étendant depuis le genou jusqu'à la partie supérieure de l'appareil. »

2° Un autre bandage *bivalve* est préparé à l'aide du plâtre. Voici en quoi il consiste :

« On dispose deux couches de bandelettes de Scultet *non plâtrées* et superposées. On place sur celles-ci un morceau de vieille couverture de laine ou de flanelle, coupé suivant la longueur de la jambe, de manière à embrasser la moitié ou les deux tiers postérieurs de la circonférence du membre. Cette pièce a été préalablement imprégnée de plâtre sur ses deux faces, et sur celle qui doit être en rapport avec la jambe on a disposé une couche de ouate fine. L'appareil étant ainsi préparé, on y dépose le membre *après* avoir mouillé convenablement les pièces plâtrées, et l'on applique le tout au moyen de la rangée superficielle de bandelettes séparées.

» Ce premier bandage complété, on applique sur la partie antérieure de la jambe une nouvelle couche de ouate, ou une compresse sans pliures, et par-dessus une autre pièce de couverture ou de flanelle, également imprégnée de plâtre sur ses deux faces et convenablement mouillée, qui vient recouvrir la partie antérieure de la jambe et empiète de deux travers de doigt de chaque côté sur la coque postérieure. Le tout est ensuite assujetti au moyen de la rangée de bandelettes qui est restée sans emploi.

» Veut-on maintenant inspecter la partie antérieure de la jambe, on n'a qu'à détacher les bandelettes, et l'on peut enlever la pièce de laine plâtrée qui protége cette région pour la réappliquer ensuite, quand on a inspecté le membre et pratiqué les pansements réclamés par l'état des parties. »

Appareil cataplasme. — « D'une vieille couverture de laine, on coupe un modèle suivant la longueur et la circonférence du membre.

» On y fait entrer d'un côté seulement, et en frottant à pleine main, autant de poudre de plâtre que l'étoffe peut en recevoir, puis on écarte le surplus, sans cependant chercher à entraîner tout ce qui n'a pas pénétré dans la trame du tissu. On mouille ensuite de manière que le plâtre soit bien pénétré d'eau, et aussitôt on étend sur l'appareil une couche de ouate suffisante pour protéger le membre.

» Le bandage ainsi préparé est placé sur un coussin garni d'une couche de bandelettes de Scultet, et aussitôt on y dépose le membre fracturé, qui est bientôt entouré d'un moule exact soutenu au moyen de la série de bandelettes qui s'appliquent comme dans le bandage ordinaire.

» Au lieu d'une pièce de couverture de laine, on peut employer deux modèles semblables en flanelle poreuse, offrant des dimensions égales à la longueur et à la circonférence du membre. Ces deux pièces doivent être bien imprégnées de plâtre sur une de leurs faces, et mouillées séparément, afin que tout le plâtre soit convenablement humecté. On les réunit ensuite, en faisant adhérer les deux surfaces plâtrées, et l'on étend l'appareil ainsi disposé sur un coussin. Alors on y place le membre fracturé, et aussitôt on forme le moule du membre en appliquant successivement les deux doubles de flanelle, de façon que leurs bords se croisent et se recouvrent alternativement, en empiétant l'un sur l'autre d'un travers de doigt environ. De cette manière, on n'a besoin ni de bandelettes ordinaires pour couvrir d'abord le membre, ni de ouate pour matelasser l'appareil, ni enfin de bandes pour assujettir la coque plâtrée. Si dans certains cas on voulait obtenir un appareil plus solide et plus résistant, il suffirait d'ajouter au bandage une pièce intercalaire, fortement imprégnée de plâtre sur ses deux faces, et convenablement mouillée avant l'application. Alors, on obtiendrait un moule qui déferait tout choc extérieur ou tout déplacement intérieur. »

APPAREILS SPÉCIAUX.

Indépendamment des appareils généraux, que l'on peut construire d'après les différents modes qui viennent d'être décrits, il en est de spéciaux, dont l'importance est telle, que la découverte de MM. Mathijssen et Van de Loo aurait perdu beaucoup de sa valeur si elle n'avait pu se prêter au traitement des affections diverses que M. Seutin a rattachées à sa méthode, et pour lesquelles il emploie les bandages amidonnés.

Ce sont particulièrement les spica de l'aine et de l'épaule.

Spica de l'aine. — « On arrange sur un matelas dur et bien uni, préalablement garni d'une alèze, vingt-quatre à trente bandelettes plâtrées de 6 à 7 centimètres de largeur.

» Les huit à dix premières bandelettes doivent envelopper le bassin : elles forment le haut du bandage et sont en partie roulées du côté opposé à la maladie.

» Les huit à dix suivantes sont destinées à protéger l'article coxo-fémoral et doivent couvrir tout l'espace compris entre la rainure fessière et le pubis.

» Les huit à dix dernières envelopperont la partie supérieure de la cuisse.

» Pour soutenir toutes les bandelettes qui correspondent à la fesse et les empêcher de se disjoindre, il suffit d'étendre perpendiculairement sous leurs chefs libres une ou deux bandes plâtrées plus larges que celles qui entrent dans la composition du reste de l'appareil et sur lesquelles ces chefs viennent se fixer.

» Toutes les bandelettes doivent se recouvrir dans la proportion des trois quarts ou des quatre cinquièmes de leur largeur.

» Sur l'appareil ainsi disposé, on étend des bandelettes non plâtrées, ou une simple compresse de linge vieux, et aussitôt on place le malade, en évitant de déranger les pièces du pansement.

» On applique d'abord les bandelettes simples ou la compresse, puis on mouille largement les bandelettes plâtrées, que l'on ajuste rapidement, et l'on n'a point à s'occuper de la partie de l'appareil sur laquelle le patient repose, car l'eau l'a bientôt pénétrée en quantité suffisante pour souder le tout et constituer immédiatement un moule inflexible.

» On peut encore appliquer cet appareil de la manière suivante :

» On prend deux pièces de flanelle coupées suivant la forme des parties à protéger, c'est-à-dire assez longues pour embrasser le bassin, l'articulation coxo-fémorale et le haut de la cuisse. Ces deux pièces doivent être largement imprégnées de plâtre sur une de leurs faces, de façon à pouvoir être collées l'une sur l'autre. Après les avoir bien mouillées et les avoir réunies, on les étend sur un matelas garni d'une alèze, et aussitôt on y place le malade. L'application de l'appareil a lieu instantanément, car il suffit d'établir et de fixer la ceinture pelvienne en croisant et recouvrant successivement les quatre doubles de flanelle; puis on termine par le bandage crural, qui est assujetti de la même manière.

» Ici encore, pour obtenir plus de solidité, il suffit d'ajouter à l'appareil une pièce intercalaire plâtrée des deux côtés, et par cela seul le bandage acquiert une puissance remarquable. »

Spica de l'épaule. — « Après avoir appliqué le spica de l'épaule ordinaire, on applique une bande ou quelques bandelettes plâtrées autour des bras jusqu'à l'aisselle, puis on donne au membre supé-

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 septembre.

rieur la position qu'il doit garder par rapport au tronc. On continue ensuite le bandage en passant au-dessous de l'aisselle opposée pour revenir sur l'épaule malade, mais on s'arrête audevant de l'aisselle sans faire passer les bandes plâtrées sous cette région. De cette façon, au lieu de faire un 8 de chiffre fermé, on le laisse ouvert en un point qui correspond à l'aisselle. On superpose ainsi plusieurs couches de bandelettes plâtrées, qui se recouvrent et s'imbriquent jusqu'à ce que l'on ait construit un moule convenable. »

Comment on s'y prend pour rendre les bandages plâtrés amovo-inamovibles. — L'amovo-inamovibilité étant l'un des avantages les plus précieux de la méthode de M. Scutin, il était indispensable que tous les appareils plâtrés pussent se prêter à cette condition, et c'est à quoi MM. Mathijssen et Van de Loo sont parvenus par deux moyens dont l'un se recommande surtout par une simplicité merveilleuse.

La section des appareils à l'aide des ciseaux Seutin suffit sans doute, dans la généralité des cas, pour permettre de visiter le membre quand on n'est pas obligé de mettre à nu toute la surface du membre ; mais quand le bandage doit être ouvert chaque jour, et principalement quand l'écartement des valves doit être complet, il est nécessaire qu'une sorte de *charnière* réponde à la section opérée par les ciseaux, afin de ne point diminuer la solidité de l'appareil par des efforts qui feraient éclater le plâtre et altéreraient la forme primitive du moule.

Pour obvier à ce double inconvénient, voici comment MM. Mathijssen et Van de Loo se comportent avec les appareils plâtrés construits au moyen de bandes ou de bandelettes :

« Supposant que la section du bandage doive être pratiquée au côté externe de la jambe, par exemple, en avant ou en arrière du péroné, la charnière devra par conséquent se trouver au côté interne et s'étendre sur toute la hauteur du bandage. Tout étant disposé, et la jambe posée sur l'appareil, on commence par appliquer la couche de bandelettes simples, comme cela se pratique ordinairement. On ajuste ensuite les trois premières bandelettes plâtrées qui embrassent toute la circonférence du bas de la jambe. Pour les trois bandelettes suivantes, on se comporte différemment, afin d'obtenir d'emblée une charnière, c'est-à-dire une ligne qui serve de pivôt aux valves et permette ainsi de les ouvrir sans jamais compromettre la forme de la coque plâtrée. Au moment où on les applique, on a la précaution de les couper à leur passage sur cette charnière. Un intervalle d'un millimètre est laissé entre les deux chefs produits par cette section, et l'on continue l'application de ces bandelettes sur le reste de la circonférence du membre. Les deux bandelettes qui viennent ensuite sont placées entières, c'est-à-dire sans être coupées, de sorte qu'elles feront plus tard l'office de pentures. Enfin l'on continue ainsi l'application alternée de trois bandelettes coupées et de deux bandelettes entières, de façon qu'après la section on obtient un appareil à charnière parfaitement amovo-inamovible, s'appliquant exactement à tout le membre, et n'étant point exposé à se déformer par suite des différents pansements ou des visites que réclame l'état du membre. »

Ce mode d'application des appareils plâtrés donne de bons résultats sans doute ; mais il est assez compliqué, et réclame une dextérité que l'on ne trouvera point chez la généralité des praticiens.

Le procédé suivant est au contraire d'une admirable simplicité, et se trouve à la portée de tous.

« Pour rendre les bandages plâtrés parfaitement amovibles, dit M. Van de Loo, il suffit de tracer une rainure dans le plâtre encore mouillé immédiatement après l'application de chaque appareil, et cela à l'aide du bord d'une spatule, du dos d'un couteau, ou même d'une petite pièce de monnaie. Le sillon ainsi tracé suffit pour constituer une charnière qui permettra les mouvements les plus étendus aux valves, que l'on déterminera ultérieurement par la section du bandage. Pour le membre inférieur, on peut, si l'on veut, tracer deux rainures latérales pour obtenir deux valves ; tandis qu'une seule suffira généralement pour le membre supérieur. »

PHYSIOLOGIE DE LA BILE.

Par le Dr F. Arnold.

En entreprenant des expériences, l'auteur s'est proposé de connaître la quantité de bile sécrétée dans l'espace de vingt-quatre heures, et de déterminer le rapport qui existe entre cette quantité d'une part, et, d'une autre part, le poids du corps et la quantité et la qualité des aliments.

Pour cela, il a établi chez un chien vigoureux une fistule biliaire, et il s'est servi, pour obtenir l'écoulement de toute la bile sécrétée, d'une canule particulière que nous ne pouvons décrire ici en détail ; son principe consiste essentiellement en ce qu'une plaque métallique qui se trouve à l'extrémité de l'instrument pénètre dans l'épaisseur des chairs, entre la peau et les muscles de l'abdomen, et y est fixée définitivement par le fait de la cicatrisation.

Voici quelles sont, en abrégé, les conclusions auxquelles M. F. Arnold a été conduit par ses expériences (lesquelles ont été continuées depuis le 1er août jusqu'au 4 septembre 1853, avec quelques interruptions) :

1° Le non-écoulement de la bile dans l'intestin peut rester sur l'économie sans autre influence fâcheuse que le défaut d'absorption de la graisse. Cette assertion, dont la vérité ressort d'une manière évidente de l'expérience de M. Arnold, confirme ce qui a été dit par MM. Blondlot, Nasse, Bidder et Schmidt. Elle est en opposition avec l'opinion de Schwann ; mais il est vraisemblable que les animaux observés par ce dernier auteur n'ont pas été mis dans les conditions qui vont être indiquées.

2° La condition essentielle pour que, malgré le non-écoulement de la bile dans l'intestin, l'organisme se maintienne à peu près dans l'état de santé parfaite, est la suivante : il faut que l'animal reçoive une quantité d'aliments supérieure à celle dont il a besoin dans l'état normal, ou, en d'autres termes, que, par une nourriture abondante, il puisse non-seulement réparer ses pertes ordinaires, mais encore combler le déficit résultant de l'écoulement de la bile au dehors. Le chien de M. Arnold avait besoin, pour conserver son poids de 7 kil. 75 c., de manger chaque jour soit 750 grammes de viande maigre, soit 470 grammes de pain noir, c'est-à-dire environ deux fois plus de viande et quatre fois plus de pain qu'à l'état ordinaire.

3° En empêchant la bile de s'écouler dans l'intestin, on n'entrave nullement la digestion ni l'absorption des matières protéiques ou amylacées. Les matières grasses, au contraire, même prises en petite quantité, sont rendues en grande partie par les selles (M. Blondlot n'en a trouvé que des traces chez une chienne à laquelle il avait pratiqué une fistule biliaire).

4° L'absence de bile dans l'intestin n'entraîne aucun désordre du côté des organes digestifs; mais les matières fécales et les flatuosités contractent dans ces conditions une odeur infecte.

5° La quantité de bile sécrétée en vingt-quatre heures est en rapport avec la quantité et la qualité des aliments. Le chien soumis à l'expérience, et qui pesait 7 kil. 750 mill., fournissait en vingt-quatre heures 63 gr. 024 mill. de bile avec 470 gr. de pain et 90 gr. 295 mill. avec 750 gr. de viande.

6° Pour ce qui est du rapport entre la quantité de bile sécrétée et le poids du corps, M. Arnold croit pouvoir admettre qu'en vingt-quatre heures il produit tout au plus 10 gr. de ce liquide pour 1,000 du poids de l'animal. En appliquant cette proportion à l'homme, on aurait pour un individu du poids de 64 kil. 640 gr. de bile en vingt-quatre heures.

7° La sécrétion biliaire présente dans l'espace d'un même jour des oscillations qui semblent en rapport avec l'ingestion des aliments; elle augmente pendant les repas, etc.

8° L'ingestion d'eau active également la sécrétion biliaire.

9° La quantité de matériaux solides de la bile est, à peu de chose près, la même, quel que soit le genre de nourriture (viande ou pain).

10° A part son influence sur la digestion des matières grasses, la bile résorbée par l'intestin joue probablement un certain rôle dans le maintien de la composition normale du corps. Cependant la nourriture dont les animaux privés de bile ont besoin pour rester à l'état de santé renferme bien plus de principes assimilables qu'il ne s'en perd par l'écoulement au dehors du fluide sécrété par le foie.

(*Mémoire dédié au professeur Tiedemann*, et *Arch. de méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 octobre 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Traitement du choléra. — M. le ministre du commerce transmet

1° Un rapport de M. le docteur Tourrette sur un nouveau mode de traitement du choléra qu'il aurait expérimenté avec succès sur un grand nombre de malades dans la commune de Chambly et ses environs (commission des remèdes secrets et nouveaux);

2° Un rapport du comité consultatif d'hygiène publique sur un système de plaques métalliques de l'invention de M. Burq, et auquel il attribue la propriété de préserver du choléra ;

3° Une lettre de M. le docteur Lazowski qui expose une théorie de la propagation du choléra et le traitement qu'il applique à cette maladie ;

4° Une lettre de M. le docteur Ourgaud, médecin de l'hôpital de Pamiers (Ariége), qui fait connaître un agent thérapeutique qu'il aurait employé avec succès dans des cas désespérés de choléra ;

5° Une lettre sur le choléra de M. le docteur Dorès, médecin à Bruyères-le-Châtel (Seine-et-Oise) ;

Hydrophobie. — 6° Un rapport de M. le docteur Spitalier sur le traitement d'un cas d'hydrophobie suivi de décès qui a été occasionné par la morsure d'un loup, dans la commune d'Audon (Var).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

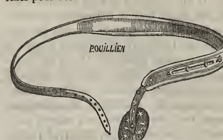
Choléra. — M. Dalmas (de Marseille) adresse une note, dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur la propriété qu'il a cru reconnaître aux frictions ammoniacales sur la poitrine de faire subitement cesser la dyspnée sans congestion simultanée de la face, que l'on observe dans certains cas de choléra.

— M. le docteur Vicente (de Montmorency) fait connaître les bons effets qu'il a obtenus dans la cholérine, et même dans un cas de choléra algide foudroyant, avec le sesquichlorure de fer (perchlorure de fer sublimé).

— M. Saintelette, faisant allusion à une lettre publiée dans divers journaux par M. le docteur Vergne, et dans laquelle il déclare que le choléra asiatique n'est pas contagieux, écrit que tous les faits qu'il a observés depuis 1831 en Allemagne et en France lui ont démontré que le choléra asiatique était une affection essentiellement contagieuse.

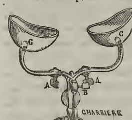
— M. A. Baudrimont adresse des observations sur la nature du choléra épidémique et sur les principaux traitements employés pour combattre cette maladie.

— M. Richebé, maire de Lille, au sujet de la discussion intervenue entre M. Cazenave et un autre médecin de Lille sur le chiffre des décès cholériques de cette ville, communique le relevé officiel des décès constatés pendant les mois de juillet, août et septembre. Le chiffre total a été de 601, y compris ceux d'un grand nombre d'enfants atteints de maladies autres que le choléra. Dans ce chiffre, celui des individus morts par le choléra figure pour 27 en tout et celui des cholérines pour 11.



Bandage. — M. Anselmier soumet à l'examen de l'Académie un bandage destiné à maintenir les pansements dans les régions inguinale et crurale et à y exercer une compression plus ou moins forte à volonté. La figure ci-jointe en donnera une idée. (Commissaires : MM. Huguier et Ricord.)

Eaux minérales de Cransac. — M. Blondeau, professeur de chimie à Rhodez, envoie, conformément à la demande que lui en a faite la commission des eaux minérales, les efflorescences salines résultant de la combustion des houilles de Cransac, qui forment par leur dissolution dans les eaux pluviales les eaux minérales de cette localité.



Appareil pour appliquer des douches sur les yeux. — M. le docteur Margulies (de Londres) présente à l'Académie un nouvel appareil pour appliquer des douches sur les yeux dans les cas d'amblyopie, d'inflammation, en état de résolution dans quelques affections nerveuses, telles que la kapiopie, l'asthénopie, ainsi que dans certaines névralgies.

Cet appareil, fabriqué par M. Charrière fils, est composé d'un réservoir en caoutchouc auquel s'adapte à volonté un tuyau bifurqué, terminé à ses deux extrémités supérieures par deux coquilles C C destinées à couvrir les yeux; on pratique les douches soit sur un seul œil en fermant un des robinets A A, soit sur les deux yeux en comprimant le réservoir avec la main ; le liquide s'échappe des coquilles par un tuyau évacuateur B ayant la même disposition que le précédent.

Correspondants. — M. Montolivo (de Villefranche-Maritime) sollicite le titre de correspondant étranger et envoie la liste de ses titres et divers opuscules à l'appui de cette demande.

— M. Jobert, à l'occasion du procès-verbal, annonce qu'il a reçu une lettre de M. Pamard (d'Avignon) qui lui donne des renseignements sur les deux malades dont il a été question dans le rapport Il résulte de ces renseignements que les deux malades ont complétement guéri.

Le premier, celui qui avait une tumeur sanguine, est en ce moment en parfaite santé, et chez le petit malade qui a subi l'ablation du testicule cancéreux la maladie n'a point repullulé ; il y a aujourd'hui huit ans que l'opération a été pratiquée.

DISCUSSION.

Cancer. — L'ordre du jour appelle la discussion sur le cancer. La parole est à M. Jules Cloquet.

M. J. Cloquet. Dans une question aussi grave que celle qui a été soulevée par M. Robert au sujet des observations de M. Pamard, chacun doit apporter le tribut de son expérience et de ses observations. On n'a soulevé dans cette discussion que deux points : le premier, relatif au diagnostic, aux moyens de reconnaître les affections essentiellement cancéreuses et de les différencier des autres affections avec lesquelles elles pourraient être confondues; le deuxième point, relatif à la curabilité du cancer, mise en doute encore par quelques chirurgiens. M. Robert a élevé des doutes sur la nature de la tumeur qui a fait l'objet du rapport de M. Jobert, ainsi que sur la guérison; il s'agit de la guérison véritable, c'est-à-dire de la non-récidive, et non de la guérison de l'opération. Les renseignements que M. Jobert vient de nous transmettre tout à l'heure répondent parfaitement à la seconde question; ils prouvent que le petit malade est bien réellement guéri. Mais le doute subsiste encore sur la nature de la tumeur, et c'est au sujet de ce premier point que M. Robert réclame l'intervention du microscope.

M. Barth, dans son remarquable discours, a fait la part qu'on doit accorder aux signes microscopiques du cancer, et celle qu'il faut faire aux signes cliniques.

M. Velpeau, sans rejeter l'emploi du microscope d'une manière absolue, pense que souvent il ne prouve rien, puisqu'il peut montrer des cellules cancéreuses dans les tumeurs qui n'ont point le caractère cancéreux, et que quelquefois il ne les a pas trouvées dans des cancers véritables. Il pense que, comme les yeux eux-mêmes, le microscope est faillible. Il accorde plus de confiance à l'examen clinique, et il considère comme cancéreuses les tumeurs épithéliales, les tumeurs fibro-plastiques, etc. Cependant M. Velpeau ne repousse pas les secours que le microscope peut apporter aux investigations cliniques; il lui fait seulement une part restreinte. Il craint que le microscope ne détourne l'attention de l'observation clinique. En cela, je suis parfaitement de son avis.

Quand un cancer a été enlevé en totalité, son caractère essentiel est de repulluler avec tous ses caractères primitifs. Ce n'est pas le propre du cancer encéphaloïde seulement d'être sujet à se reproduire; tous les cancers, de quelque espèce qu'ils soient, sont dans ce cas. Ainsi on voit des cancers qui se présentent avec les meilleures conditions apparentes, sans engorgement ganglionnaire, et qui n'en repullulent pas moins; j'en ai vu un très grand nombre de ce genre, et j'en ai très peu vu qui n'aient repullulé.

J'ai opéré un grand nombre de tumeurs dites épithéliales des lèvres,

et presque toujours elles ont repullulé. J'ai opéré un nombre passable de tumeurs fibro-plastiques, un certain nombre ont repullulé.

Permettez-moi donc de vous exposer en peu de mots mon opinion sur le cancer.

Toutes les affections cancéreuses forment une mauvaise famille dont les genres et les espèces ne se distinguent que par les dangers plus ou moins grands qu'ils entraînent pour la vie, et leur facilité plus ou moins grande à repulluler. Je me rappelle à ce sujet l'opinion d'Antoine Dubois, mon maître, qui plaçait l'origine commune de toutes ces affections dans un trouble fonctionnel du système nerveux. Ces cancers ne varient entre eux que par leur degré de malignité. Je regarde comme le plus funeste de tous le cancer mélanique. Je n'ai pas souvenance d'avoir opéré un malade pour un cancer semblable sans qu'il ait repullulé. Puis viennent les cancers encéphaloïdes, fibro-cartilagineux, fibreux, colloïdes, cartilagineux, épithéliaux, fibro-plastiques.

On sait aussi que le danger de la repullulation varie suivant que le cancer est enkysté ou rameux, ulcéreux ou non, compliqué d'engorgement des ganglions ou de symptômes de diathèse cancéreuse.

Malgré tous les renseignements de l'expérience sur le cancer, tous les jours on est encore trompé sur le pronostic. Tantôt il repullule très rapidement, alors qu'on espérait le voir guérir; d'autres fois des cancers qu'on a opérés en quelque sorte malgré soi, à son corps défendant et avec la persuasion qu'ils allaient repulluler, ne repullulent pas.

Voici quelques observations à l'appui de cette dernière proposition.

Une vieille femme de soixante-cinq à soixante-six ans, que MM. Velpeau et Jobert peuvent se rappeler avoir vue à l'hôpital Saint-Louis, portait un cancer au sein gauche, avec des engorgements glandulaires sous la clavicule et jusque dans la région cervicale. La tumeur du sein était d'un tissu dur, fibreux, lardacé, et ramolli en quelques points. M. Richerand pratiqua l'opération. La tumeur fut enlevée, puis au bout de quinze jours une inflammation très violente s'empara des tissus voisins de la plaie; il se forma un vaste abcès, il s'écoula environ une pinte de pus; puis, la suppuration étant tarie, on reconnut que tous les ganglions étaient résolus. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que j'ai revu cette femme au bout de sept ans, et qu'il n'y avait pas eu encore de récidive.

Une dame, que je vis en consultation avec Larrey en 1829, âgée d'environ cinquante-huit à soixante ans, vive et pétulante, portait au sein droit une tumeur bosselée du volume des deux poings. Cette tumeur était le siége de douleurs lancinantes; il existait de l'engorgement dans les glandes des aisselles et dans le sein gauche. Après beaucoup d'hésitation, nous nous décidâmes pour l'opération.

Il fut convenu qu'on opérerait d'abord le sein droit, puis plus tard le sein droit, s'il y avait lieu. L'amputation du sein droit fut pratiquée, elle fut suivie de divers accidents très graves, de suppuration abondante, après quoi l'engorgement du côté gauche avait disparu. Cette dame s'est bien portée jusqu'en 1834, époque où elle a succombé à une pneumonie, mais sans qu'il y ait eu la moindre trace de récidive.

Une personne de la connaissance de Mme Adelon portait au sein gauche une tumeur grosse comme le poing, mais sans engorgement des glandes voisines; sa tumeur n'en était pas moins constituée par un tissu squirrheux avec quelques points d'encéphaloïde. Elle fut opérée en 1843, il y a par conséquent près de douze ans de cela, et elle se porte toujours parfaitement bien.

Un ancien directeur du théâtre de Toulon avait une ulcération cancéreuse de la face avec engorgement des ganglions sous-parotidiens; l'ulcère, très étendu, allait de l'oreille au côté droit du larynx. Un chirurgien de Toulouse avait tenté de l'opérer, mais il n'avait enlevé qu'incomplétement les tissus morbides. Consulté par ce malade, je regardai le cas comme très grave et l'opération comme ne devant offrir aucune chance de succès. Cependant le malade et la famille furent si pressants que je finis par céder; mais jamais peut-être je n'ai fait une opération autant à contre-cœur que celle-là. Elle fut excessivement laborieuse. Il y eut une foule de petites artères à lier. L'artère faciale elle-même dut être sacrifiée avec le nerf facial. Il ne survint aucun accident, et la plaie guérit parfaitement; seulement il resta une hémiplégie faciale, mais elle diminua peu à peu et finit par cesser tout à fait. Aujourd'hui ce personnage est directeur du théâtre de Marseille et jouit d'une parfaite santé.

Voici enfin un dernier fait qui remonte à 1830. Il s'agit d'un laboureur qui portait sur la paroi antérieure de la poitrine une tumeur grosse comme la moitié de la tête. M. A. Dubois m'engagea à l'opérer. Je consentis à le faire, mais ce fut avec la plus vive inquiétude; c'était, je me le rappelle, le 26 juillet, il faisait très chaud. Au lieu d'une tumeur osseuse que je m'attendais à trouver, j'eus affaire à une tumeur cartilagineuse, mais extrêmement dure, au point que pour la détacher je fus obligé de sculpter en quelque sorte le sternum au milieu de la tumeur avec la gouge. Je dus aussi tailler des cartilages costaux. Il y eut peu d'hémorrhagie, je n'eus point de vaisseaux à lier; il y eut plus de sueur que de sang versé. Ce malade guérit; il se maria l'année d'après, et eut deux enfants. Ce ne fut qu'au bout de quatre ans que sa tumeur commença à repulluler; elle devint deux fois plus volumineuse que la première fois: le malade finit par succomber.

En résumé, nous avons encore beaucoup à apprendre sur le cancer. Maintenant quelles conclusions tirer de là? Il serait difficile d'en tirer de rigoureuses.

1° Si les études microscopiques peuvent éclairer, il ne faut pas cependant qu'elles détournent l'attention des études cliniques. Par le microscope nous prolongeons notre vue, mais nos yeux et le microscope ne sont pas infaillibles. Le microscope doit être employé comme un moyen d'exploration de plus pour arriver à découvrir la vérité qui se tient encore bien cachée dans l'immense question qui a été soulevée.

2° Des tumeurs qui présentent tous les caractères du cancer peuvent être enlevées sans repulluler malgré un pronostic fâcheux.

3° D'autres tumeurs repullulent dans les circonstances qui semblaient les plus favorables.

4° C'est une des questions souvent les plus embarrassantes pour le praticien; car s'il y a des cas dans lesquels on doit rejeter toute opération, d'autres dans lesquels elle est essentiellement indiquée, il y en a un grand nombre où le praticien le plus éclairé reste dans le doute et se trouve obligé de s'éclairer de l'expérience de ses confrères.

Il sait qu'il s'est trompé dans son pronostic et craint de se tromper encore.

PRÉSENTATIONS.

Obturation de l'intestin grêle chez un enfant nouveau-né. — M. Depaul présente le corps d'un enfant nouveau-né auquel il a pratiqué un anus artificiel pour remédier à une obturation de l'intestin grêle. (Nous reviendrons sur cette communication.)

Cancer. — M. Velpeau présente des tumeurs cancéreuses de diverses sortes qu'il a extirpées ces jours derniers. Cette présentation a pour objet de montrer qu'il est extrêmement facile, dans le plus grand nombre des cas, de distinguer un bon nombre de tumeurs sans le secours du microscope, et que là où les signes cliniques deviennent insuffisants, le microscope n'est pas toujours en mesure de tirer d'embarras. Il montre, par exemple, une tumeur de la mâchoire inférieure qu'il a diagnostiquée avant son ablation: *cancer encéphaloïde*, et dont les caractères sont tellement évidents qu'il n'est nullement besoin de recourir au microscope pour le reconnaître. Les micrographes y ont trouvé effectivement la cellule cancéreuse.

M. Velpeau montre une autre tumeur de la mamelle enlevée hier. C'est un type de squirrhe que tous les chirurgiens, si peu exercés qu'ils soient, reconnaîtraient, à coup sûr, sans l'intervention du microscope.

Il fait passer successivement sous les yeux de l'Académie plusieurs tumeurs épithéliales de la lèvre, reconnues telles par les micrographes, ce qui n'empêche pas qu'elles ne s'accompagnent d'engorgement des ganglions du cou, et qu'elles ne doivent repulluler tout comme s'il s'agissait de squirrhe ou d'encéphaloïde.

Vient ensuite une tumeur qui n'est pas un cancer, ce que je ne crains pas d'affirmer, dit M. Velpeau, quelque bardie que puisse paraître cette affirmation. C'est une tumeur adénoïde, ce que les micrographes appellent une tumeur hypertrophique. Ces sortes de tumeurs isolées au milieu des tissus sains qu'elles occupent ne sont point de l'hypertrophie simple, comme le disent les micrographes. De ce qu'ils n'y trouvent que du tissu mammaire, il n'est pas prouvé pour cela qu'il n'y ait pas autre chose.

Enfin M. Velpeau présente une dernière tumeur dont il lui a été impossible de déterminer la nature, pas plus après qu'avant l'opération. Ce n'est ni un squirrhe, ni un encéphaloïde, ni une tumeur hypertrophique. Malgré l'obscurité qui plane sur la nature de ce tissu, M. Velpeau est disposé à considérer cette tumeur comme de nature bénigne, sans trop s'étonner cependant si elle venait à repulluler. C'était assurément le cas, ou jamais, de recourir à l'examen microscopique. Cette tumeur a été examinée par deux micrographes. L'un n'a pas trouvé la cellule cancéreuse, l'autre l'y a constatée.

— La séance est levée avant cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 août 1854. — Présidence de M. Terrier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— M. Magne, à l'occasion du procès-verbal, où il est dit que dans certaines localités les malades atteints de choléra n'ont pas eu la suette, et réciproquement, parle d'une épidémie de suette et de choléra ayant régné simultanément, dans laquelle les sujets atteints de l'une de ces maladies n'ont pas été pour cela préservés de l'autre.

M. Abeille, remarquant que les membres de la Société ne sont pas tous d'accord sur l'existence de la diarrhée prémonitoire, dit que sur 46 cas observés exactement il a constaté cette diarrhée 44 fois. Dans son hôpital, on a trouvé des résultats identiques. Il y a eu des choléras sidérants, mais en très petit nombre; encore ne peut-on savoir positivement s'il y a eu ou non de la diarrhée dans ces cas. Il y a cela de remarquable, du reste, que le choléra sec est le plus grave, et presque toujours mortel.

M. Masson n'admet pas, à beaucoup près, que la diarrhée prémonitoire existe aussi souvent qu'on le dit.

— M. Abeille communique à la Société les résultats qu'il a obtenus par l'emploi du sulfate de strychnine, et expose l'institution de son traitement.

Après avoir employé, dit-il, la strychnine dans 22 cas graves, sur lesquels nous avons obtenu 10 guérisons et 19 fois la réaction, j'ai cru devoir provoquer une contre-expérimentation officielle. Commencée le 2 juillet, elle s'est terminée le 29 du même mois. Il me fut adressé dans mon service les cholériques les plus algides; j'ai obtenu 9 guérisons sur 22; mais parmi ces malades, 7 avaient des affections organiques du cœur, complication grave qui a dû influer sur les résultats.

Plus tard j'ai employé le sulfate de strychnine dans des cas moins intenses et dans la cholérine. J'ai obtenu 9 guérisons sur 10, et encore le malade qui a succombé avait-il une pneumonie. Quant aux cholérines, toutes, sans exception, se sont terminées par la guérison.

J'administre dans les cas graves 3 centigrammes du médicament dissous dans 60 grammes d'une dissolution gommeuse ou autre véhicule approprié, que je fais prendre en quatre fois dans l'espace de quatre heures. Je répète la dose le soir, parce que, l'absorption ne se faisant plus pour ainsi dire, j'ai recours à des doses plus fortes afin qu'il en reste quelque chose dans l'économie. Dans les choléras qui offrent moins de gravité, je n'emploie qu'un centigramme du sel. Afin que les malades gardent mieux la potion, je leur mets dans la bouche après chaque dose un fragment de glace.

Dans le choléra algide, je fais envelopper les sujets dans des couvertures de laine. Ce n'est pas pour les réchauffer, car ce moyen serait tout à fait insuffisant du moment qu'il n'y a plus de pouls, plus de circulation, et on les brûlerait qu'on ne rappellerait pas la chaleur. Mais à cette période les malades sont inondés d'une sueur visqueuse, et c'est pour absorber cette sueur que je les enveloppe de couvertures de laine ou de chemises de flanelle.

On peut diviser le choléra en grave, en moyen et en léger. Dans les choléras légers et de moyenne intensité, on obtient par ce traitement la guérison sans accidents dans l'espace de trois ou quatre jours. Dans les cas graves, il n'en peut être ainsi. La strychnine réveillant vivement l'action du cœur et de l'arbre circulatoire et poussant tout à coup du sang plus excitant dans les organes où règne la stagnation des liquides, l'hypostase et les suffusions séreuses, les globules rouges vont se tasser dans les capillaires derrière les liquides stagnants, et de là font surgir des foyers apoplectiques, des déchirures, etc. Pour parer à cet inconvénient, il convient de faire un vide dans les vaisseaux capillaires au moyen d'une application de 15 à 40 sangsues sur la base du thorax. Quand la réaction s'est produite, on peut réitérer l'application de sangsues, ou même ouvrir la veine. Un peu plus tard on plonge le malade dans un bain chaud, avec la précaution de lui tenir sur la tête de la glace ou des compresses d'eau froide. On donne des boissons chaudes.

Il y a encore à craindre les phénomènes typhiques, qui dépendent non pas d'une lésion intestinale, mais de l'hypostase sanguine cérébrale. Cet état comateux est fatalement mortel; il importe de le prévenir.

M. Masson. Je crois devoir attirer l'attention de la Société sur la coïncidence du point de départ de M. Abeille et du mien, pour ce qui concerne le traitement du choléra. Nos méthodes sont analogues, et les principes qui leur servent de base n'avaient pas été posés en 1832. La différence entre le traitement par la strychnine, qui agit sur la moelle épinière, et le mien, qui stimule également ce gros cordon nerveux par des moyens externes, cette différence, dis-je, n'est qu'apparente. Le traitement proposé par M. Abeille peut être supérieur au mien, mais j'affirme que j'ai guéri des choléras cyaniques algides, et que de tous les cas légers aucun ne s'est terminé par la mort.

M. Terrier demande quels sont le premiers effets qui se manifestent lorsqu'on emploie la strychnine.

M. Abeille. Le pouls se réveille d'abord; il devient sensible, puis la chaleur s'annonce à la face (il y en a toujours un peu au tronc), plus tard aux mains et aux pieds. On remarque bientôt plus d'expansion pulmonaire; le sentiment d'étouffement diminue. Quelquefois il survient de l'agitation, due à un état congestif du cerveau. Enfin commence franchement la réaction. Les crampes diminuent, et souvent même disparaissent avant que la réaction soit complète.

Il ne faut pas craindre de donner la strychnine aux enfants et aux femmes. Je n'osais d'abord employer ce médicament actif chez ces malades, mais je me suis applaudi d'avoir agi. Chez un enfant de six ans, choléra grave, algide, cyanique, 1 centigramme de strychnine et une application de 3 sangsues ont ramené la santé.

Un autre enfant de deux ans, dans un état d'épuisement complet, avait le choléra et me laissait sans espoir. Je lui fais prendre 1 centigramme de strychnine, et dès le soir le pouls est plus fort; la convalescence commence.

M. Abeille rapporte encore plusieurs observations choisies parmi les sujets du sexe féminin.

Il résulte des expériences de M. Cl. Bernard, continue M. Abeille, que les organes chargés des fonctions de sécrétion n'agissent qu'à la condition de recevoir des nerfs sensitifs une excitation particulière et toujours nécessaire. Partant de ce fait, je place dans les nerfs sensitifs le premier désordre produit par l'élément cholérique, et je conclus qu'il faut réveiller toute la sensibilité de ces nerfs; de là l'idée d'employer la strychnine, qui, d'après les expériences de M. Cl. Bernard, exerce d'abord une action directe sur ces mêmes nerfs, puis une action réflexe sur les nerfs moteurs.

M. Terrier demande si la saignée est nécessaire dans tous les cas, chez les sujets jeunes et forts, par exemple.

M. Abeille répond qu'il a dû recourir à la saignée dans tous les cas graves. *Le secrétaire annuel*, Dr A. Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 14 octobre 1854, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade d'officier.

MM. Marroin, chirurgien major de l'escadre de la Méditerranée;
Beau, chirurgien major de 1re classe, à bord du *Montebello*.

Au grade de chevalier.

MM. Gourrier, chirurgien major de 1re classe, à bord du *Friedland*;
Leroy de Mérécourt, chirurgien major de 1re classe, à bord de *l'Alger*
Bourgarel, chirurgien major de 1re classe, à bord du *Valmy*;
Pellegrin, chirurgien major de 2e classe, à bord du *Magellan*;
Macé, chirurgien de 2e classe, à bord de *la Ville-de-Paris*.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 20 septembre 1854, sont nommés juges du concours pour l'agrégation, qui doit s'ouvrir devant la Faculté de médecine de Montpellier le 20 novembre prochain, savoir:

Pour la médecine, MM. Parlier et Bourely, juges; M. Lassalvy, juge suppléant.

Pour la chirurgie, MM. Courty et Quissac, juges; M. Chrestien, juge suppléant.

Pour les sciences accessoires, MM. Bourdel et Brousse, juges; M. Lombard, juge suppléant.

— Il est très remarquable, dit la *Gazette médicale de Toulouse*, que cette année, comme en 1832, le choléra a commencé sur le même point, le quartier Saint-Pierre, et presque dans la même rue. De ce quartier, qui est situé au nord-ouest de la ville, et qui a été frappé du 10 août au 12 septembre, nous avons pu suivre facilement le cours de la maladie par les rues des Balances, Peyrolières et des Couteliers, où trois cas ont existé comme trois stations pour arriver au faubourg Saint-Michel, situé au sud. Déjà le 6 on avait signalé dans ce quartier un cas de mort; le 10, un second plus heureux; mais le 12 a commencé la véritable épidémie qui dure encore en ce point, quoique le 21, après avoir traversé la Garonne, elle ait commencé à frapper sur les habitants du faubourg Saint-Cyprien, à l'ouest de la ville. Aujourd'hui ces deux faubourgs sont les foyers du mal.

Un changement notable dans la température et l'apparition, depuis quelques jours, d'angines tonsillaires, d'oreillons et de fièvres typhoïdes, peuvent faire espérer de voir bientôt l'épidémie cesser, ou au moins s'affaiblir dans notre ville.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 125. — SAMEDI 21 OCTOBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 125. — SAMEDI 21 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS. — L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT : PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 ». POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 OCTOBRE 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

Les communications médicales ont été nombreuses à l'Académie des sciences. On y a entendu d'abord une seconde édition, mais enrichie de faits nouveaux, du mémoire de M. Junod (de 1849) sur l'emploi de la méthode hémospasique dans le traitement du choléra épidémique. Les faits rapportés par l'auteur, et dont nous donnons un spécimen au compte rendu, ne permettent pas de douter qu'on ne puisse retirer en effet de très bons résultats de l'emploi de la grande ventouse dans le traitement de la période réactive du choléra, et même pour conjurer quelques-uns des accidents congestifs qui se manifestent quelquefois dans la période algide. Il est à regretter seulement que ce moyen, d'une utilité incontestable, bien que limitée, soit d'un usage difficile partout, à cause du matériel qu'il nécessite, et à peu près impossible dans les campagnes.

La deuxième lecture est de M. Ancelon; elle a pour sujet une question à l'ordre du jour, et sur laquelle nous appelions tout récemment encore l'attention de nos lecteurs : la chloroformisation et les accidents qui en sont quelquefois la suite. D'après les observations de M. Ancelon, l'aptitude anesthésique des sujets serait en raison directe de la durée de la diète absolue à laquelle ils se soumettent; et par conséquent les doses de chloroforme à employer seraient en raison inverse de l'appétit habituel des sujets et de la rapidité avec laquelle s'opèrent chez eux les digestions et l'absorption. Au contraire, si l'action du chloroforme surprend l'estomac en état de réplétion et pendant le travail de la digestion, l'influence anesthésique étant presque toujours insuffisante et souvent nulle, il en résulte qu'on pousse l'inhalation à des doses considérables, qui finissent par produire tous les accidents des indigestions graves, sinon ceux de l'intoxication chloroformique. Avant donc d'administrer le chloroforme, M. Ancelon considère comme nécessaire de s'assurer de l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac des sujets que l'on veut opérer, et du plus ou moins de rapidité avec laquelle s'opère chez eux la digestion, ainsi que de la difficulté qu'ils peuvent avoir à supporter la diète. M. Ancelon assure qu'en agissant ainsi il n'a jamais trouvé de patient réfractaire à l'action du chloroforme, de même qu'il n'a jamais eu à déplorer d'accidents en dosant rigoureusement le chloroforme employé, qu'il n'élève jamais au-dessus d'un maximum fixé à 19 grammes. Les observations et les sages conseils contenus dans ce travail méritent d'être pris en considération.

L'Académie a enfin reçu deux autres communications, que nous nous bornerons à mentionner. L'une est de M. Maisonneuve, sur la cure radicale des hernies par les injections iodées (le compte rendu en donnera une idée suffisante); la seconde est de M. Forget (de Strasbourg), sur la question d'identité du typhus et de la fièvre typhoïde; question que le savant professeur résout négativement. — Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

L'épidémie à Paris se maintient à peu près dans le *statu quo* depuis le petit mouvement de recrudescence des premiers jours d'octobre.

Si nous nous en rapportions au bulletin des hôpitaux, à défaut des chiffres de décès de la ville qui nous arrivent toujours trop tard pour nous permettre d'en suivre au jour le jour les fluctuations, nous trouverions une légère diminution sur les sept jours précédents. Ainsi, tandis que du 6 au 12 octobre nous avons un total de 161 cas, donnant une moyenne de 23 par jour, du 13 au 18 nous avons un total de 109, donnant pour six jours une moyenne de 18, ce qui fait une différence en moins de 5 par jour. Mais nous savons trop par expérience combien on doit peu se fier à ces fluctuations; on pourra voir d'ailleurs dans le bulletin ci-dessous que les deux dernières journées, 17 et 18, présentent une augmentation sur celles du 15 et du 16. Nous ne conclurons donc rien de ces chiffres.

— L'épidémie ne sévit plus dans les départements avec une certaine intensité que dans la Haute-Garonne et l'Ariége. A Toulouse, il y a une tendance sensible à la diminution; mais la maladie sévit avec force à Saint-Gaudens; elle fait aussi de très grands ravages à Saint-Girons.

On avait signalé l'existence du choléra à Bordeaux, mais il ne paraît y faire que de très rares victimes, les documents officiels n'en font même pas mention.

Nous manquons de détails sur la Charente-Inférieure, qui a été le département le plus récemment envahi.

— Nous avons depuis quelque temps gardé le silence sur le traitement du choléra. Ce n'est pas que les essais aient manqué et que les inventeurs de méthodes et de formules se soient tout à coup condamnés au silence. Mais nous n'avons rien trouvé jusqu'ici, soit dans les diverses communications faites aux autres journaux, soit dans celles qui nous ont été directement adressées, qui nous ait paru mériter une mention spéciale. Les moyens préconisés dans ces diverses communications peuvent en général être ramenées à trois groupes ou à trois méthodes, dont aucune n'est nouvelle, mais qui méritent toutes trois à des degrés et à des titres divers d'être sérieusement examinées. Le premier groupe est celui des purgatifs ou des éméto-cathartiques employés pour combattre la diarrhée prodromique et la période initiale du choléra. Un grand nombre de nos confrères des départements nous écrivent qu'ils n'ont eu qu'à se louer de l'emploi de ce moyen, pourvu qu'il ait été employé à temps et que l'on n'ait pas laissé s'établir la période algide.

Le sulfate de quinine a été déjà plusieurs fois expérimenté depuis 1832, et maintes fois repris et abandonné, ce qui, par parenthèse, est une preuve d'une efficacité assez peu constante, si tant est qu'elle ait été bien réellement constatée. L'idée de l'emploi du sulfate de quinine a dû naturellement être inspirée par l'analogie que présente le choléra avec certains accès de fièvre intermittente pernicieuse algide. Mais malheureusement l'expérience n'a pas justifié cette vue de l'esprit. Cependant il pourrait se faire que dans certaines conditions de lieux et sous l'influence d'un élément paludéen venant se joindre à celle de la cause épidémique, le sulfate de quinine eût une indication exceptionnelle, comme celle que nous signalions dernièrement dans certaines formes de la fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, d'après notre confrère M. le docteur H. Jubin, des pilules dans lesquelles le sulfate de quinine entre pour une assez notable proportion en mélange avec des antispasmodiques, des narcotiques et des astringents, auraient produit entre ses mains de très heureux résultats. Resterait à savoir s'il s'est trouvé dans une de ces conditions spéciales dont nous venons de parler, ou si le sulfate de quinine, ainsi associé et donné dès le début de la maladie, aurait une efficacité plus réelle qu'administré seul et à une période plus avancée.

Voici la formule de M. Jubin, que nous croyons utile de reproduire pour ceux de nos confrères qui pourraient en juger l'emploi utile.

Sulfate de quinine.	1 gramme 50 centigr.
Camphre.	20 —
Extrait gommeux d'opium. . .	10 —

FEUILLETON.

Du marcoul. — De la guérison des humeurs froides.

A mon ami E. MALMAIN.

Quand on vit par le progrès, par l'intelligence comme par la raison, on ne peut s'imaginer quelles superstitions absurdes, quelles sottes croyances dominent encore tant de faibles esprits au point de vue de l'art de guérir. Il n'est pas de village qui n'ait encore son rebouteur, son guérisseur d'entorses, son consulteur d'urines, sa raccrocheuse d'estomac. Mais ce n'est point de ces gens-là que je veux vous parler aujourd'hui; c'est d'un guérisseur plus détestable encore, c'est du *marcoul*, c'est-à-dire d'un de ces hommes dépourvus de toute instruction, qu'on laisse, par je ne sais quelle complaisance, exploiter la pauvre tête et la pauvre bourse du malheureux, tandis qu'il a près de lui des hommes appelés à guérir, dont les lumières égalent le désintéressement. On dira peut-être que c'est une futilité de s'occuper du marcoul, qu'il n'en vaut pas la peine. C'est une très grave erreur. De plus, je pense qu'il n'y a point d'immoralité plus grande que celle qui consiste à abuser de la crédulité publique et à l'entretenir dans l'ignorance.

Mais qu'est-ce que le marcoul?

Le marcoul est le septième enfant mâle consécutif d'une femme, c'est-à-dire sans fille interposée. En cela il a une certaine supériorité, car ni rebouteur, ni guérisseur d'entorses n'est mâle à un tel degré. De plus, ces rebouteurs ne descendent ni des dieux ni des rois.

Le marcoul, au contraire, tient des dieux et des rois. Par son nom d'abord; car vers le cinquième siècle, vivait un saint fort célèbre par ses miracles, et surtout par ceux qu'il opérait sur les malades atteints d'écrouelles. Ce saint s'appelait Marculfe, et vulgairement Marcoul. Le saint étant mort, le roi Charles le Simple recueillit plus tard son corps à Corbigny. Là, le bruit de ses miracles attira de toutes parts un concours prodigieux de peuple. C'est à ce temps comme à ce lieu qu'on rapporte l'origine du privilége accordé à nos rois de toucher les écrouelles, et c'est pour cela qu'au retour de leur sacre ils allaient ordinairement en pèlerinage de Reims à Corbigny, où ils faisaient une neuvaine, ou par eux-mêmes ou par un de leurs aumôniers, à saint Marcoul, en reconnaissance de la grâce qui leur a été communiquée par son intercession.

Voici donc comment les rois sont devenus marcouls; mais je ne sais à quelle époque et pourquoi ils ont perdu leur pouvoir divin. Depuis saint Louis, je ne vois plus de rois guérissant les humeurs froides.

Si saint Marcoul n'est plus, si les rois n'usent plus de leur pouvoir, qui donc va désormais guérir les humeurs froides? Qui donc sera digne d'user de cette puissance? Sera-ce un saint? Non. Sera-ce un rebouteur? Non. Sera-ce un médecin? Encore moins. Ce sera, je vous l'ai dit, le septième enfant mâle d'une femme quelconque, et cet enfant, on le reconnaîtra toujours, car il aura un caractère distinctif indélébile, un caractère qu'il apporte en naissant, et que la mort seule peut effacer : c'est une petite fleur blanche visible seulement à ceux qui ont la foi, mais que les incrédules prennent souvent pour ces petites taches blanches qu'on voit à travers les ongles; ce qui n'a pas empêché à certains croyants de la prendre pour la fleur de lis. Pour moi, je ne me suis jamais persuadé que le marcoul était fleuri, et je crois qu'avec un peu de bonne volonté il n'est point un individu sur lequel on ne puisse trouver une tache blanche, d'autant mieux que cette fleur n'a point de siége fixe. De plus, je me suis laissé dire que certains marcouls qui n'avaient pas de fleur se la procuraient facilement par des coupures profondes qui laissaient des cicatrices blanchâtres auxquelles les malades se laissaient prendre facilement. Mais qu'importe? on ne sait d'où vient cette fleur, on ne sait d'où vient sa puissance, le septième enfant mâle ne s'en appelle pas moins un marcoul; et soit à cause de son nom, soit parce que saint Marcoul lui-même était un septième enfant mâle, ce qu'on ne sait pas, toujours est-il qu'il prétend avoir une puissance divine, et malheureusement c'est avec cet entourage de divinité, de royauté que notre homme exerce son empire. Il joint à cela quelques grimaces, quelques signes de croix, qui sont autant de blasphèmes, et qui néanmoins subjuguent les malades.

Cet homme si supérieur ne peut cependant user de son pouvoir qu'à l'âge de raison, c'est-à-dire quand il est assez rusé pour tromper la simplicité religieuse des bonnes gens. Jusqu'à cet âge, son pouvoir est à l'état latent; il n'en grandit pas moins, et tout d'un coup il va paraître à la troisième puissance; car le marcoul va se croire dieu, saint et roi. Il va guérir les humeurs froides, et il ne sera pas comme ces charlatans qui guérissent tout; son toucher n'est pas une panacée universelle; non, le marcoul ne guérit que les humeurs froides, et Dieu sait comment il les guérit! Mais c'est là un des caractères du vrai marcoul, de ne guérir qu'une seule chose.

Pour ceux qui croient au vrai marcoul, il est important de savoir qu'il y a aussi de faux marcouls comme il y a de faux frères. Ceux-ci sont plus forts; ils guérissent tout, et bien plus promptement; ils n'ont qu'à toucher les malades, et tout est dit.

Nos rois, eux, étaient moins présomptueux lorsqu'ils disaient au malade : « Le roi te touche, Dieu te guérisse »; ils laissaient sagement à Dieu un pouvoir qui ne leur appartenait pas. Mais plus vite on guérit chez le marcoul, plus vite aussi on s'enrichit. Et il y a tel marcoul des environs d'Orléans qui, en moins de dix ans, a touché plus de 100,000 fr.; ce que ne gagne pas dans toute sa carrière un honnête médecin de campagne, qui jour et nuit est à la merci de ses clients. J'ai ouï dire, du reste, que ce marcoul venait d'être interdit; la raison, je l'ignore. N'avait-il pas la fleur, n'était-il pas mâle au septième degré?

Etait-il mâle à ce degré, mais avec interposition de sexe féminin?

Sulfate de fer. . . . . . 10 centigr.
Mucilage ou sirop. . . . . q. s.

Pour 12 pilules.

La troisième méthode dont nous voulons parler est celle des évacuations sanguines pratiquées également au début. Cette méthode est certainement l'une des moins généralement mises en usage; mais nous l'avons entendu préconiser par plusieurs praticiens recommandables avec un tel accent de conviction, que, malgré notre éloignement, nous ne pouvons nous refuser à la mentionner. Nous publierons dans notre prochain numéro l'extrait d'une lettre que nous écrit à ce sujet M. le docteur Duché (de Ouanne), où il nous paraît avoir réuni les meilleurs arguments que l'on puisse invoquer en faveur de cette méthode. Nous la publierons, bien entendu, sous toutes réserves, et en laissant tout entière à l'auteur la responsabilité de ses opinions.

Nous mentionnerons enfin un système très simple de traitement préconisé par M. le docteur Lotte (de Béthune), et qui peut certainement avoir son utilité, mais dans des limites beaucoup plus restreintes que ne paraît le penser notre confrère. Son système de traitement consiste à appliquer le froid à l'intérieur et le chaud à l'extérieur, ce qui est du reste assez généralement mis en pratique. Il remplit cette double indication en mettant dès les premiers symptômes le malade dans un bain chaud à température ordinaire, en ayant soin de l'élever graduellement, et en faisant boire en même temps autant d'eau froide, et même glacée, que le malade peut en avaler. Il continue ces deux moyens combinés aussi longtemps qu'il est nécessaire pour amener la réaction. Nous rappellerons toutefois à notre confrère que ce n'est pas tout que de provoquer la réaction; on la rappelle par bien des moyens différents, et c'est dans la période de réaction que succombent la plupart des malades. Cela réduit un peu l'importance qu'il accorde à ce moyen, qui a d'ailleurs été assez souvent employé.

Des contractures musculaires dites contractures des nourrices.

Nous signalions il y a plusieurs mois quelques-uns de ces faits de contractures qui ont longtemps échappé à l'attention des observateurs, et qui ont été décrites depuis peu sous le nom de contractures des nourrices: contractures passagères, le plus souvent intermittentes, qui, dans aucun cas, ne sont liées à une lésion, du moins appréciable, des centres nerveux, et qui paraissent se rattacher plutôt à l'affection rhumatismale qu'à tout autre état morbide. Une observation plus attentive a appris, en effet, que cette affection n'a rien de spécial aux nourrices, qu'on l'observe indistinctement chez les femmes qui ne nourrissent pas comme chez les femmes qui nourrissent; qu'on l'observe aussi, mais beaucoup plus rarement, chez les hommes. Si nous revenons aujourd'hui sur ce sujet, c'est que le hasard a réuni depuis quelque temps plusieurs de ces cas de contractures dont l'histoire et surtout le traitement sont trop peu connus encore pour que nous ne croyions pas devoir saisir cette occasion d'appeler de nouveau sur eux l'attention de nos lecteurs.

Nous avons observé dans l'espace de quelques mois dans les salles de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, quatre malades atteintes de cette bizarre affection, et qui présentent toutes quelque intérêt, soit à cause du siége particulier et tout à fait insolite jusqu'ici que la contracture a affecté chez deux d'entre elles (chez l'une à la langue, chez l'autre dans les muscles du larynx), soit à cause de l'influence qu'ont pu avoir les moyens de traitement mis en usage.

La première était une femme de vingt-sept ans, couchée au n° 23 de la salle Saint-Bernard.

Le 23 septembre, dit-elle, elle eut un étourdissement suivi de chute avec perte complète de connaissance. Immédiatement après elle a éprouvé des crampes dans les aines, les cuisses, les mollets et les pieds, avec contractions spéciales des extrémités inférieures. Pas de fourmillements, mais douleurs à la pression. Rien dans les mains, douleurs dans le cou et la face du côté droit. Difficulté de tourner la tête, comme dans le torticolis; céphalalgie frontale et occipitale; enfin difficulté de parler telle, que pendant deux jours la malade n'a pu proférer une parole. Sa langue, disait-elle, était comme retournée. Diarrhée pendant deux jours (de trois à quatre selles); sueurs assez abondantes; tel était l'état de cette femme le 28 septembre, jour de son entrée à l'hôpital. M. Lassègue, dirigeant à cette époque le service, prescrivit, le 29, une saignée. Le lendemain, 30, il y avait un mieux sensible. — Bain.

Le 1er octobre, la malade allait beaucoup mieux; elle commençait à pouvoir marcher, mais cependant avec difficulté. La langue était redevenue libre. A dater de ce moment les accès ne se reproduisirent pas, et la malade est sortie guérie le 4 octobre.

Ici l'influence heureuse de la saignée a paru évidente; et, d'après le dire de M. Lassègue, ce serait le moyen qui aurait réussi le plus souvent à modérer immédiatement l'intensité des contractures et à en hâter, sinon même à en déterminer directement la cessation complète.

— Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, entrée le 28 juin 1854, salle Saint-Bernard, n° 13. (C'est cette malade qui a fourni à M. le professeur Trousseau le texte d'une leçon clinique dont nous avons reproduit quelques extraits dans notre numéro du 22 juillet dernier.) Cette femme est accouchée il y a quatre mois et demi naturellement; elle est sortie au bout de neuf jours, par un mauvais temps. Depuis lors elle a été constamment indisposée.

Quelque temps avant d'entrer à l'hôpital elle a eu une diarrhée abondante, de 20 à 30 selles par jour; cet état a duré trois jours. En même temps elle fut prise de crampes dans les bras, dans les jambes et dans les muscles de la face; de sorte, dit-elle, qu'elle en était très gênée pour parler. Elle avait aussi une douleur de tête assez vive.

Lorsque la malade entre à l'hôpital, elle se plaint toujours de la tête, de crampes dans les bras, les jambes et la figure; puis des roideurs dans les mains et les pieds, mais plus fortes surtout dans les mains. Ces roideurs sont accompagnées de la déformation des extrémités; ainsi le pouce est dans l'adduction et les doigts fléchis sur les métacarpiens. Elle ne peut ni tenir son enfant dans ses bras, ni l'habiller. Enfin cette femme éprouve dans la figure les mêmes crampes qu'elle avait avant d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

Le 29 juin, pendant un de ces moments d'intermittence des contractures, l'application d'une bande fortement serrée sur l'avant-bras provoque des fourmillements dans les doigts et l'attitude particulière qui vient d'être décrite. Il y a eu des sueurs considérables, surtout pendant la nuit. — Sulfate de quinine, 0,60.

Le 30, encore un peu de crampes et d'engourdissements des doigts la veille au soir; douleur de tête assez vive. La pression avec la bande provoque moins de douleur et moins de roideur.

Depuis le 1er juillet jusqu'au 7, elle prend du sulfate de quinine.

Le 8, il n'y a ni crampes, ni contractures; mais vers quatre heures de l'après-midi, pendant qu'on était en train de l'ausculter, elle éprouva une sensation d'étouffement après plusieurs inspirations bruyantes et suspirieuses. La dyspnée était extrême, et la suffocation semblait imminente. Cet état a duré environ trente secondes. Presque tous les muscles du corps s'étaient roidis, et les mains avaient pris la forme qu'elles prenaient habituellement dans ses accès. Cet accès a été le dernier.

Les jours suivants, la malade ne s'est plainte que de vives démangeaisons à la peau des bras et des jambes, sans aucune apparence d'éruption; ces démangeaisons revenant par accès de dix minutes de durée environ.

Après quelques jours de repos, elle est sortie le 20 juillet n'ayant plus de contractures.

— Quelque temps avant, à ce même lit de la salle Saint-Bernard (13), était couchée une femme de vingt-neuf ans, entrée le 24 janvier.

Cette femme, qui paraît s'être toujours bien portée jusque-là et qui dit n'avoir jamais eu de douleurs rhumatismales, fut prise au mois de novembre 1852, étant en train de laver, d'une douleur subite dans le bras droit, puis dans le bras gauche, bientôt suivie de roideurs dans les bras, puis dans les jambes avec des contractures de la main et du pied.

Les douleurs durèrent pendant quatre mois sans qu'elle fît rien pour les faire cesser. Elle était alors enceinte. Pendant tout le temps de sa grossesse, elle a eu de la difficulté à avaler les boissons froides et elle avait de la gêne pour parler. Elle toussait assez souvent et avait une expectoration abondante.

Huit jours avant son accouchement, ses douleurs se passent.

Elle accouche le 24 mai à huit mois. Les suites de couches se sont très bien passées; elle allaite son enfant.

Pendant le mois de décembre 1853, elle est reprise de douleurs dans la main droite, puis dans le bras, au point qu'il lui était impossible par moments de porter son enfant.

Quinze jours après, elle eut des douleurs dans les jambes; elles étaient accompagnées de roideur et revenaient par accès sept ou huit fois par jour.

Vers les premiers jours de janvier, ne pouvant plus marcher, elle a été forcée de prendre le lit. Elle est venue à pied à l'hôpital portant dans ses bras son enfant, qu'elle ne sentait pas, dit-elle. Elle est tombée deux fois dans le trajet de Bercy à l'Hôtel-Dieu.

Le 25 janvier, la malade se plaint de crampes, de fourmillements dans les mains et les pieds, d'étourdissements et d'étouffements.

On observe, en outre, que les mains et les pieds offrent une attitude particulière par moments. Ainsi le pouce est dans l'adduction, les doigts sont fléchis sur le métacarpe; le gros orteil est dans l'extension et les orteils sont fléchis sur les métatarsiens, mais à un degré moindre que pour les doigts.

Cette roideur se produit d'une manière intermittente, mais très fréquemment dans la journée. On la provoque en même temps que les fourmillements au moyen d'une bande fortement serrée sur le membre; roideur des coudes et des épaules.

La malade n'a pas conscience de ce qu'elle tient dans sa main, et, lorsqu'elle marche pieds nus, elle ne sent point le sol. Insensibilité des avant-bras et des poignets. — Sulfate de quinine, 1 gramme.

On continue l'administration de 1 gramme de sulfate de quinine les 27, 28, 29 janvier. La malade a toujours de ces accès de roideurs, mais ils sont moins longs.

Le 30, elle prend un bain avec 150 grammes de sous-carbonate de soude; le lendemain, elle se trouve mieux.

Les bains sont continués jusqu'au 8 février avec une amélioration notable et croissant chaque jour.

Elle sort le lendemain, 9 février, n'ayant point eu d'accès la veille.

— Enfin, dans un dernier cas que nous avons observé tout récemment, et où le caractère intermittent des accès a été plus marqué encore et plus régulier que dans les précédents, le sulfate de quinine a paru abréger sensiblement la durée de la maladie. Il

---

Avait-il, par un accident quelconque, perdu sa fleur? Car c'est une question plausible à savoir si le marcoul, venant à perdre sa sublime fleur, ne perd pas aussi ses facultés médicales, plus sublimes encore. Voilà ce à quoi l'on ne m'a pas répondu.

Mais nous voici au terme de notre voyage; nous arrivons à Vovettes, près de Chartres, chez un véritable marcoul, dont la réputation s'étend à plus de vingt lieues à la ronde. Pour quiconque n'a pas vu de marcoul, il est facile de s'abuser sur son compte. On se figure un homme supérieur, habitant une demeure somptueuse. Les enfants surtout ne manquent pas, pendant tout le voyage, d'exalter leur imagination sur toutes ces choses.

Mais l'illusion ne tarde pas à tomber quand, entrés dans le petit hameau de Vovettes, ils voient la méchante maison du marcoul, ayant l'apparence de ces maigres fermes de la Beauce exploitées par ce qu'on appelle des ariquandiers, et quand, entrés dans cette triste demeure, ils aperçoivent un homme en blouse avec de gros sabots, ressemblant plutôt à un calvanier qu'à un médecin; cet homme, c'est le marcoul. Mais ne vous étonnez point de cette prétendue simplicité; elle ne servira bientôt malheureusement qu'à le faire ressortir davantage. Le marcoul, malgré son peu de connaissances médicales, n'en connaît pas moins le cœur humain, et sur ce chapitre il est bien le premier charlatan que je connaisse. Il y aurait de la maladresse à faire du luxe; il sait parfaitement qu'avec les gens pauvres il faut paraître pauvre, et, quand même il serait millionnaire, il ne changerait rien à la simplicité de son entourage. Aussi les mères ne tarderont-elles pas à voir dans le marcoul un envoyé de Dieu, et sa rusticité ne servira qu'à lui donner davantage de prestige; et, malgré son langage garni de cuirs et de velours, malgré son patois, pour parler comme lui: « J' sommes acheteuse en coûté de noutre marcou; j' l'écoutons de toutes nos oureilles, » il recommande à notre enfant de ne point manger « en tout jusqu'à neuves heures du souar, puis de » revenir à ménuit. » Jusqu'à cette heure, on va voir les autres malades, on entre en connaissance avec eux, on s'enquiert de ceux qui ont été guéris.

Enfin, minuit sonne; le malade, s'il était couché, se lève et se rend dans la chambre voisine du cabinet du marcoul. Là il se trouve avec ceux qui, comme lui, sont arrivés du jour. Tous sont à genoux; tous sont en prières, attendant dans le silence de la nuit le moment solennel du toucher. Et après quelques instants d'attente, qui ont paru une éternité, la porte s'ouvre enfin pour notre pauvre petit malade, dont le tour est arrivé. Les battements de son cœur redoublent, sa ferveur est plus grande. Tout tremblant, il quitte les bras de sa mère, l'embrasse, et le voilà entré seul dans le temple de la santé. Ce temple est une petite chambre à peine éclairée par une méchante lumière. Quelques chaises, un livre de prières, un crucifix en font tout l'ornement. Au milieu, en guise d'autel, est une table des plus simples sur laquelle repose un petit saint Marcoul en cire posé dans une crèche entourée d'un grillage. Le petit saint surtout a fixé les yeux de l'enfant. Il est muet, immobile, inquiet et impatient de ce qui va se passer. Bientôt la voix rauque du marcoul vient le commotionner violemment, et un soubresaut l'arrache à sa torpeur. « Venez, a-t-il dit; pernez d'io » beni. » L'enfant s'est approché, et l'eau bénite à la main, imitant le marcoul, il fait le signe de la croix; mais sa main est toute tremblante. Puis tous deux se mettent à genoux par terre aux pieds du bon saint Marcoul, l'enfant à droite, le marcoul à gauche, celui-ci répétant ses prières, l'enfant disant religieusement cinq Pater et cinq Ave. Les prières terminées, le marcoul se tourne vers l'enfant, et de l'extrémité de ses doigts où est sa fleur, il touche le mal en faisant un nouveau signe de croix, et l'opération est terminée, le mal est ébranlé dans ses plus profondes racines. L'enfant se lève et s'en va, plein de confiance dans la toute-puissance du marcoul, retrouver sa mère restée à prier dans la chambre voisine. Le marcoul s'est également levé pour recevoir un nouveau malade, et recommencer un autre toucher jusqu'au dernier arrivé. Il a remis au sortant un petit livre contenant l'office du bon saint, que l'enfant devra lire ou faire lire tous les matins pendant les neuf jours qu'on passe chez le marcoul. Puis il va se mettre au lit, soit dans une des chambres de la maison s'il y a de la place, sinon dans l'une de ses deux étables avec les animaux, ce qui qui du reste passe pour une excellente chose à la campagne.

Comme on le voit, le marcoul est un médecin laboureur qui sait parfaitement tirer parti de ses produits; mais soit dans la chambre, soit dans l'étable, l'enfant, ému par cette scène nocturne, ne dormira pas de la nuit. Il sera l'œil au guet jusqu'à sept heures du matin, heure à laquelle on commence ordinairement à pratiquer le toucher du jour. Pour ce, il faut que le malade et le marcoul soient à jeun. Ce toucher ne peut durer que jusqu'à midi; à midi sonnant le pouvoir du marcoul s'en va pour ne plus revenir avant minuit, l'heure des nouveaux venus.

Cependant la fleur n'a pas disparu; ce qui prouve que dans toute cette cérémonie elle n'agit pas seule, qu'elle est reliée à des puissances corrélatives. On n'eût pas cru facilement qu'une petite fleur blanche pût guérir les écrouelles; il fallait lui associer d'autres moyens. Aussi le jeûne, les prières sont pour le vrai marcoul les empires absolus des écrouelles.

Aussi pas un malade ne manque pendant ses neuf jours d'aller le matin à jeun toucher la fleur.

Mais de midi jusqu'au lendemain à sept heures que font les malades? Voilà ce qui est intéressant à savoir, voilà ce qui prouve que le marcoul entend parfaitement son affaire. Les écrouellés sont pour la plupart dans la cour, dans les étables à travailler, les uns à traire, à récurer les vaches, les autres à charger le fumier ou à faire la moisson si c'en est le temps.

Quand la besogne est faite, on joue aux cartes ou bien on prie Dieu et saint Marcoul.

Le soir venu, on raconte les histoires, on vante les prodiges du marcoul, et les pauvres gens médisent de leurs médecins qui n'ont pu

s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, entrée le 4 septembre dernier même salle, n° 32. Six jours avant elle avait eu de la diarrhée et des vomissements, suivis d'une attaque de choléra assez intense (environ trente selles liquides blanchâtres dans les vingt-quatre heures). D'après la remarque de M. Lassègue, la diarrhée paraîtrait avoir précédé fréquemment l'invasion de ces contractions.

Vers le 20 septembre, elle est guérie de sa diarrhée cholérique.

Le 28, il survient de la roideur dans les mains, avec contracture spéciale, roideur dans les bras, fourmillements et engourdissements dans les pieds et les mains, ainsi que dans les mollets. Pas de céphalalgie, point de maux de reins.

Le 30, la malade n'a eu que quelques accès peu prononcés de contractures.

Le 1er octobre, il y a eu dans la journée trois ou quatre accès de contractures, qui ont duré une demi-heure. M. Lassègue prescrit 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 2, accès de contracture d'une heure à trois dans les mains. — Même prescription. M. Lassègue répète en notre présence l'expérience de la ligature des membres, qui reproduit aussitôt les contractures, mais d'une manière passagère.

Le 3, point d'accès hier. — *Ut suprà.*

Le 5, la malade a quelques selles dyssentériques. Cette dyssenterie dure trois jours. Elle en est guérie par l'administration de deux lavements de nitrate d'argent de 0,50; puis elle sort le 10 octobre guérie de sa dyssenterie, et n'ayant pas eu de nouveaux accès de contractures.

On ne pourrait affirmer ici que ce soit le sulfate de quinine qui a fait cesser les accès, mais cela est au moins probable.

Le traitement de cette affection en est, comme on le voit, aux tâtonnements. Mais si l'on considère que ces accidents sont en général de courte durée et sans gravité réelle, d'après les faits connus jusqu'ici du moins, la question de thérapeutique n'est pas d'une importance capitale. Ce qu'il importe plus encore que de combattre avec succès cette affection, c'est de ne pas la confondre avec les contractures symptomatiques d'une lésion des centres nerveux, et de ne pas lui opposer en conséquence une médication dont le moindre inconvénient serait d'être inutile.

Extraction d'une épingle engagée dans le canal de l'urètre.

Il est une foule de circonstances en chirurgie où le praticien se trouve en présence de difficultés que la théorie ne peut pas toujours prévoir, et pour lesquelles l'art ne saurait avoir de préceptes arrêtés d'avance et de méthodes ou de procédés réguliers. L'artiste se trouve presque toujours réduit, en pareil cas, aux seules ressources que peut lui suggérer son esprit. Tel est, en général, le cas des corps étrangers accidentellement introduits dans les cavités naturelles, et dont l'extraction ne peut d'avance être soumise à aucune règle fixe.

Aussi croyons-nous utile, toutes les fois que l'occasion s'en présente, de faire connaître les moyens qui ont réussi dans un cas donné, parce qu'ils peuvent toujours servir d'indication utile dans les cas analogues. C'est à ce titre que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs la relation suivante, que nous communique M. le docteur Burguet (de Saint-Yrieix) :

Le nommé Pierre Lassagne, âgé de onze ans, vint trouver M. le docteur Burguet le 6 juillet dernier, accompagné de son père. Il avait introduit le jour même dans son canal de l'urètre une longue épingle ordinaire, qu'il avait fait entrer la tête la première.

M. Burguet eut assez de peine à constater la présence de ce corps étranger ; cependant, ayant pressé fortement le dessous de l'arcade du pubis avec l'index de la main gauche, et le devant du scrotum avec le doigt correspondant de la main droite, il sentit la pointe qui faisait saillie.

Sa première idée fut de faire percer les tissus en poussant l'épingle d'arrière en avant ; mais pour cela il fallait pousser la tête, qui avait dépassé l'arcade, et qui ne put du reste être sentie. Il essaya d'arriver à ce but en pressant fortement contre l'arcade, pour assujettir le corps étranger, et en poussant la peau du scrotum contre la pointe. Il ne put pas réussir, la peau étant trop dure. N'insistant pas, par la crainte d'enfoncer davantage le corps étranger par cette manœuvre, il se décida alors à faire une incision à la peau au point de la saillie. L'opérateur eut bien soin de n'intéresser que la peau et de ne pas faire pénétrer le bistouri dans le canal, pour éviter une fistule urinaire. Cette petite incision faite, le tissu spongieux de l'urètre vint faire hernie par la plaie.

Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'il put faire correspondre la pointe de l'épingle avec l'incision de quelques millimètres qui venait d'être pratiquée, n'ayant d'autre aide que le père de l'enfant. Il y parvint cependant, et à ce moment, pressant fortement à la fois sur l'arcade du pubis et sur le pourtour de la plaie, il vit paraître la pointe de l'épingle qui venait de percer la paroi supérieure de l'urètre. Le père, qui servait d'aide, la saisit avec la pince. L'épingle ainsi saisie fut retirée jusqu'à la tête, qui ne suivit pas, parce que l'incision n'avait pas intéressé le canal. M. Burguet termina l'opération en faisant suivre cette tête de force, sans occasionner à l'urètre d'autre ouverture que l'écartement des tissus, qui a dû cesser immédiatement. La petite plaie fut recouverte avec du taffetas d'Angleterre.

L'enfant a parfaitement guéri sans avoir éprouvé d'autre accident qu'un peu de gonflement, qui s'est facilement dissipé.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous avons donné dans le numéro de mardi dernier le bulletin des hôpitaux jusqu'au 12 octobre inclusivement. Voici le chiffre des entrées et des décès du 13 au 18 :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Du 13 octobre,	16	5	21	3	13
14 »	11	10	21	7	11
15 »	7	7	14	8	12
16 »	4	3	7	3	13
17 »	10	11	21	7	10
18 »	15	10	25	5	8
	63	46	109	33	67

Situation générale des hôpitaux au 18 octobre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,543
Sorties.	2,925	6,299
Décès.	3,374	
Restant en traitement.		244

Choléra à Londres.

Semaine du 7 au 14 octobre 1854.

Mortalité générale.	1,394
— due au choléra.	249
— due à la diarrhée.	102

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne, 76,1 centim.; hauteur thermométrique moyenne, = 10°,0 centigr.

TRAITEMENT DE LA LARYNGITE

par l'inspiration du nitrate d'argent en poudre.

M. Ebert signale douze cas de guérison sous l'influence de cette médication, fort employée en Allemagne dans les affections du larynx.

La formule de la poudre employée par ce médecin consiste en un mélange intime de 15 centigrammes de nitrate d'argent en poudre et de 30 grammes de sucre de lait pulvérisé.

Pour son emploi, M. Ebert place dans un tuyau de plume, ouvert par ses deux bouts, une quantité de poudre équivalant à celle que peut contenir la gouttière d'une plume métallique. Il fait introduire le tuyau de plume profondément dans la bouche, de manière que l'ouverture qui regarde en dehors soit pressée par les lèvres du malade ; puis il lui recommande de comprimer les ailes du nez avec ses doigts, et de faire une profonde inspiration qui entraîne la poudre dans le larynx. Il survient, il est vrai, quelques efforts de toux et un chatouillement laryngien; mais tous les malades, sans exception, ont parfaitement supporté cette administration.

Chez les jeunes enfants indociles, M. Ebert a dû employer l'instrument de M. le professeur Burow (de Kœnisberg).

L'inspiration du nitrate d'argent est mise en usage chaque jour. En général, le traitement ne dure guère plus de quatorze à quinze jours pour la laryngite aiguë; souvent même il a suffi de trois ou quatre inspirations pour amener une guérison complète. Pour la laryngite chronique il faut persévérer plus longtemps. Un mois ou six semaines sont généralement nécessaires. M. Ebert a ainsi guéri d'une manière éclatante, pour se servir de ses expressions, des laryngites qui duraient depuis un an, dix-huit mois ou deux ans.

Ce médecin n'a essayé jusqu'ici ce mode ce traitement que dans les cas d'inflammations aiguës ou chroniques du larynx, mais il ne doute pas qu'on n'en puisse retirer de grands avantages dans l'angine diphthéritique. Les effets connus de l'action topique des solutions de nitrate d'argent le prouvent; mais les praticiens prudents feront mieux de s'en tenir au crayon de nitrate d'argent pour cautériser les plaques diphthériques. (*Deutsche Klinik.*)

DE LA DÉVIATION DE L'UTÉRUS

chez les jeunes filles vierges.

Par M. le Dr Heschl.

Dans la séance du 3 février 1854 de la Société impériale et royale de médecine, M. le docteur Heschl, adjoint de la chaire d'anatomie pathologique de Vienne, parlant des différentes positions de l'utérus chez la femme dans l'état physiologique et pathologique, assure n'avoir jamais rencontré de déviation de l'utérus chez les jeunes filles vierges lorsque la vessie est pleine. Cette déviation se rencontrerait, au contraire, lorsque le réservoir urinaire est vide.

(*Zeits. d. K. K. Gesell. d. Aerz. Wien. v. Hebra* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 octobre 1854. — Présidence de M. Combes.

Emploi de la méthode hémospasique dans le traitement du choléra épidémique. — M. Junod lit un mémoire sur ce sujet.

D'après l'auteur, il ne faudrait pas borner aux phénomènes réactifs du choléra l'emploi de la médication hémospasique. Il est constant, dit-il, que pendant la période algide, des congestions actives ou passives s'accomplissent sur le cerveau et les organes les plus importants ; que des oppressions qui vont jusqu'à l'asphyxie, témoignages de la congestion pulmonaire, que des déjections alvines incessantes et des vomissements incoercibles signalent un danger des plus prochains, et ici encore la grande ventouse a parfois mis fin à ces redoutables menaces.

---

les guérir. Ils croient que le marcoul fera bien plus, surtout par le régime auquel il les soumet et dont voici un spécimen.

En général, on fait trois repas par jour. A ces repas, on ne peut manger aucune viande, si ce n'est du porc, mais du porc mâle; on peut manger du fromage, mais pas trop salé; de la salade, mais pas trop vinaigrée; des haricots, mais des blancs; des pommes, des poires, mais ôter les pépins; boire de l'eau et du vin, mais pas trop de vin. Comme le marcoul a un jardin, des vaches, des porcs, c'est lui qui vend tous les aliments, et il en tire son petit bénéfice. Quand on a ainsi suivi ponctuellement ce régime pendant neuf jours, quand on a été touché neuf fois, le moment est venu de partir, comme aussi celui de s'acquitter envers le marcoul. Règle générale, il ne prend rien; seulement, indépendamment du travail que chaque malade a fourni, indépendamment de la nourriture qui naturellement doit se payer, chacun, selon ses moyens, lui fait un petit cadeau. Parmi les malades, il y a des gens assez riches ; le marcoul, en général, est assez bien récompensé; nous en avons eu la preuve par celui d'Orléans : la dette payée, le marcoul dit à son malade, selon qu'il est plus ou moins riche, selon qu'il demeure plus ou moins loin, de revenir le voir, et cela à l'époque des fêtes de saint Marcoul.

Puis il donne une ordonnance dont voici le texte authentique et entier :

Régime que doivent tenir les pèlerins.

1° Après qu'ils ont fait leur neuvaine, les pèlerins doivent s'abstenir d'ognons, choux, pois, poirreaux, chair salé, oiseaux et toute aigreur jusqu'à ce qu'ils soient guéris.

2° Ils doivent se garder toute leur vie de manger : anguilles, tanches, barbeaux, lamproies, et de tout poisson de limon, ni de chèvres, ni de cannes, ni de ce qui en provient, ni aucune espèce de tête, ni de pois *chiques*, ni des lentilles.

3° Ils doivent *garde* les fêtes de saint Marcoul : la première, le 1er mal; la deuxième, le 7 juillet, et la troisième le 2 octobre. Ils doivent chaque année envoyer 6 liards pour acquitter leur confrérie en l'église Saint-Pierre de Chartres.

4° Ils peuvent user de toutes douceurs, telles que lait, miel, viande de porc mâle *guerre* salée, des œufs, mais oter le germe, du fromage blanc bien égouté, ne *boir* que de l'eau, mais un peu rougie.

Si l'on veut de la soupe au lait, aux fèves, aux navets, à la crème douce; des pommes et des poirés douces, oter les pepins; des prunaux, oter les noyaux; du raisin bien mur, oter les pepins.

5° On peut encore manger poulet, lapin, *hartichauts*, asperges, *salsific*, salade, *guerre* de vinaigre.

A cette ordonnance, ni signée ni datée, le marcoul joint en cadeau le petit livre contenant l'office de saint Marcoul, puis une image qui en haut porte écrit : « Le roi te touche, Dieu te guérisse! » En bas est la prière à saint Marcoul, que nous copions textuellement :

« Père des miséricordes et Dieu de toute consolation, regardez nos infirmités, et, par l'intercession du bienheureux saint dont nous célébrons la fête, hâtez-vous par votre bonté de nous secourir. »

Quoique le marcoul ne connaisse pas plus Lhomond qu'Hippocrate, l'enfant ne s'en va pas moins plein de confiance. Mais guérira-t-il? Le petit bonhomme dont je tiens l'histoire avait alors les ganglions du cou assez fortement engorgés; cette année l'engorgement paraît avoir diminué et l'enfant semble plus fort.

Il est vrai qu'il a suivi scrupuleusement son ordonnance; il n'a mangé que du porc masculin, des œufs sans germe, des pommes sans pepins. Cependant il n'est pas guéri. Sous l'influence du moindre refroidissement, de la moindre fatigue, ses glandes reparaissent encore, pour s'insurger contre la puissance du marcoul. Mais il ne faut pas se désespérer. Si pendant plusieurs années l'enfant suit encore son régime, si quatre fois l'an il va faire son petit cadeau au marcoul, le mal aura disparu sans retour, et la toute-puissance du marcoul, proclamée par tous, recevra sa digne récompense; on ira des quatre points cardinaux au célèbre village de Vovettes baiser la fleur d'un malhonnête homme qui se joue de Dieu, des saints, des malades et de la médecine. On ira prier Dieu à l'autel d'un blasphémateur, à l'autel d'un homme qui fait argent de prières, de faussetés et de stupidité. On fera plus : on substituera à Dieu cet homme hypocrite, et celui que les bonnes gens adoreront.

Je vous demande s'il n'y a pas la plus grande immoralité à laisser croire de pareilles supercheries qui, soyez-en sûr, entreront plus facilement que la vérité dans le cœur des gens de la campagne.

Comment peut-on croire à la puissance divine d'un homme parce qu'il est le septième enfant mâle d'une femme; parce qu'il a un point blanc dans un endroit quelconque de son corps!

Le marcoul ne guérit pas plus les humeurs froides que le premier individu venu. Seulement voici ce qui arrive. Comme vous le savez, les enfants ont en général les glandes assez développées. Plus tard les glandes naturellement diminuent. Alors voici ce qui se passe : un enfant a quelques ganglions qui présentent un peu plus de développement. On le mène chez le marcoul. La première année l'enfant ne guérit pas; cependant il y a un peu de diminution. La seconde, la troisième année, les ganglions, en dépit du régime débilitant, ont disparu. Alors on attribue au marcoul ce qui n'est dû qu'à la nature. La mère parle de la guérison de son enfant à toutes celles qui ont aussi des enfants malades; elle insiste près d'elles, et celle qui d'abord n'y croyait pas finit par se laisser aller. Et voilà comment depuis fort longtemps déjà le marcoul attrape les gros sous des bonnes gens.

On dira que le marcoul guérit aussi les glandes ulcérées. Oui, il guérit celle qui se cicatrisent d'elles-mêmes; ce qui arrive quelquefois. Mais on ne parle pas de tous ceux qui, après une foule de pèlerinages auprès du marcoul, sont encore à guérir. On vous répond tout simplement : C'est qu'ils n'avaient pas la foi!

E. Monault.

Un tel résultat n'a rien qui doive surprendre ; d'un côté, le déplacement du sang qui s'accomplit sous l'action de ma ventouse ne doit qu'alléger les viscères congestionnés ; d'un autre côté, les principaux organes de la circulation, gênés par la résistance qu'oppose à leur exercice la coagulation du sang, reprennent, en partie du moins, leurs fonctions alors que se trouve réduite la masse sur laquelle ils doivent agir. En poussant la dérivation jusqu'à ses dernières limites, on obtient une transpiration abondante, comme à la suite des larges saignées; et cette transpiration n'est peut-être pas sans quelque valeur pour la solution de la maladie, ainsi que l'on va en juger.

M. Junod expose les faits suivants à l'appui de cette proposition.

Obs. I. — Dans la matinée du 5 septembre 1854, dit-il, je fus appelé auprès d'une femme âgée de vingt-six ans, domestique dans une fabrique de tuiles, distante de 1 kilomètre environ de la ville de Langres.

Au moment de mon arrivée, elle avait des crampes violentes aux extrémités et dans différentes parties du corps. Ces crampes étaient tellement douloureuses que la malade se roulait dans son lit, où l'on pouvait à peine la maintenir, et qu'elles lui arrachaient des cris déchirants.

Depuis le 24, elle éprouvait un malaise général, des céphalalgies sus-orbitaires, de l'anxiété épigastrique, des nausées continuelles, des déjections alvines fréquentes dont je n'ai pu constater la nature, attendu qu'elles ne se sont plus reproduites dès la première application de la ventouse; le pouls était faible et à 95 pulsations.

Je me hâtai d'opérer une dérivation énergique sur le membre inférieur gauche. Pour atteindre ce but, je me fis apporter des tuiles sortant du four; j'en pris six qui furent enveloppées de linge et placées contre les parois de la grande ventouse que j'avais préalablement appliquée sur le membre désigné. Sous l'influence combinée de la chaleur et de la dérivation puissante de l'appareil hémospasique, les crampes, les nausées, la céphalalgie, les déjections alvines disparurent à l'instant et complétement.

Toutefois, afin de produire sur les centres nerveux une influence encore plus sédative, je portai la dérivation hémospasique à ses dernières limites en affaiblissant graduellement le pouls par la seule action de la ventouse, au point de le rendre insensible.

La séance dura quarante-cinq minutes. Dans cet intervalle, la circonférence de la jambe hémospasiée avait augmenté de 6 centimètres, et la teinte de ce membre, au lieu d'être rouge, était cyanosée, ainsi que cela s'observe dans les affections adynamiques.

Le soir du même jour je revis la malade, que je trouvai dans les conditions les plus rassurantes. Le retour du pouls à son rhythme normal et une sueur abondante me dispensèrent de revenir à l'application de mon appareil.

Obs. II. — Une femme âgée de trente-six ans, atteinte par l'épidémie, fut reçue à l'hôpital de Saint-Dizier.

Lorsque, le 21 août 1854, je vis la malade, le pouls, qui était faible, donnait 92 pulsations; les extrémités étaient froides et légèrement cyanosées; des déjections et des vomissements caractéristiques se répétaient à peu près toutes les demi-heures. Elle accusait une sensation continue d'oppression à l'épigastre accompagnée de hoquet, ainsi que de vives douleurs à la région dorsale, ce qui la mettait dans une anxiété extrême.

La grande ventouse fut appliquée sur l'une des extrémités inférieures, qui fut entourée de plusieurs boules chaudes, afin de provoquer la transpiration, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Sous l'influence de l'entraînement mécanique du sang vers cette extrémité, la malade fut, en moins de quinze minutes, parfaitement calme et délivrée des douleurs vives qu'elle ressentait à la région dorsale, et tout son corps se couvrait de sueur.

Le 22, cette sueur générale, qui persistait encore, et l'apparition des menstrues, qui la veille avaient immédiatement suivi l'application de la ventouse, semblaient s'être substituées aux évacuations alvines et aux vomissements, lesquels avaient complétement cessé. On fut dispensé de revenir à l'emploi de la ventouse, et depuis la malade a marché vers la guérison.

Des faits et des considérations contenus dans ce travail, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° La méthode hémospasique présente des avantages qui procèdent tous des modifications qu'elle apporte à la répartition du sang.

2° Combinée au calorique, elle étend son action au système nerveux, qui se trouve profondément modifié; de là ces crises salutaires qui, au début d'une attaque de choléra, se caractérisent souvent par la cessation immédiate des accidents et par des sueurs critiques.

3° Dans la période algide, elle opère la même dérivation de l'estomac et de l'intestin; et, de plus, en attirant vers les extrémités une grande masse de sang, elle soulage d'autant le cœur, qui alors peut encore avoir action sur un liquide presque coagulé.

4° Dans la période de réaction, elle dégage et le cerveau et les poumons, sans faire perdre au malade un sang qui peut lui devenir nécessaire.

5° L'effet dérivatif est encore le même alors que des accidents typhoïdes ont remplacé les phénomènes purement cholériques.

6° Enfin, dans la convalescence, cette dérivation devient souvent l'unique ressource du praticien lorsqu'il s'agit de prévenir ou de combattre avec énergie et promptitude les accidents inflammatoires qui peuvent encore survenir.

De l'aptitude anesthésique des sujets pour le chloroforme et du dosage de cet agent. — M. Ancelon lit sous ce titre un mémoire dans lequel il se propose d'établir les propositions suivantes :

L'anesthésie est d'autant plus rapide, d'autant plus inoffensive que l'estomac est depuis longtemps en état de vacuité et que l'absorption, en général, est plus active.

A. Si donc l'action du chloroforme surprend l'estomac rempli de nourriture, comme cela est arrivé chez Hannah Greener (première victime), chez Mlle Stock, de Boulogne (deuxième victime), et autres, la mort survient pendant l'anesthésie, à moins que l'on ne parvienne à délivrer l'estomac du poids des aliments et de la tension des gaz qui l'encombrent. Durant l'état de réplétion stomacale, l'influence anesthésique, paraissant toujours difficile, presque toujours insuffisante et souvent nulle, expose à faire inhaler des doses de chloroforme incompatibles avec la vie. Dans ces circonstances, l'agitation, les cris, la résistance du patient dès la première inspiration de vapeurs anesthésiques indiquent avec certitude qu'il faut s'abstenir et remettre à un autre moment l'opération projetée; en persistant, on voit bientôt paraître les lipothymies qui précèdent et accompagnent les indigestions graves, et la mort suivre le collapsus.

Sept observations faites sur des sujets de conditions, d'âges, de sexes, de tempéraments différents m'ont convaincu que j'eusse infailliblement perdu mes patients si par hasard je n'avais eu le bonheur de parvenir à les faire vomir ; chez tous, l'épigastre s'était distendu et le ventre instantanément ballonné d'une manière fort remarquable : ils eussent succombé à une asphyxie semblable à celle qui tue les animaux météorisés, ou à cet état syncopal des indigestions graves désignées jadis par le nom d'*apoplexie gastrique*. Je dois ajouter qu'en les entendant crier, qu'en les voyant gesticuler, se débattre, repousser l'appareil d'inhalation, je me gardai bien de pousser plus loin l'expérience chez les derniers d'entre eux, appréhendant qu'ils ne fussent pas à jeun, comme cela était arrivé chez les premiers, quoiqu'ils m'en eussent donné l'assurance avant que je procédasse à l'opération. Les vomissements d'ailleurs obtenus dans tous les cas, par le plus heureux des hasards, justifièrent pleinement mes soupçons.

B. Les sujets dont le tube digestif est en bon état, et qui sont complétement à jeun depuis douze, quinze et vingt heures, restent calmés à la première approche de l'appareil anesthésique, et cèdent facilement, sans agitation et sans lutte, à de petites doses de chloroforme ; parfois cependant on observe un délire tranquille, surtout chez les gens pusillanimes.

C. Les tempéraments sanguins, musculeux et lymphatiques plus que les constitutions dites bilieuses et nerveuses, les hommes plus que les femmes, les vieillards plus que les enfants résistent aux agressions hypnotiques du chloroforme.

Il est des organisations singulières, beaucoup plus communes chez les femmes que chez les hommes, pour qui l'absorption est d'une activité incroyable : de tels sujets, doués de bons estomacs, ne peuvent supporter sans beaucoup souffrir une diète de trois à quatre heures.

Avant donc que d'administrer le chloroforme, et afin d'acquérir quelque notion approximative sur l'aptitude anesthésique des individus, il est de toute nécessité de s'assurer :

1° De l'état de vacuité ou de réplétion stomacale des sujets que l'on veut opérer ;

2° De la hauteur ou de la rapidité avec laquelle s'opèrent leurs digestions, en même temps que de la difficulté qu'ils peuvent avoir de supporter la diète. Jamais, en agissant ainsi, dit M. Ancelon, je n'ai trouvé de patient réfractaire à l'action du chloroforme.

En ce qui concerne le dosage, voici en quels termes M. Ancelon formule ses prescriptions :

Il est nécessaire, avant toute chose, de savoir que le maximum de la dose de chloroforme à employer dans l'opération la plus longue ne doit pas dépasser 19 grammes ; que la dose moyenne, calculée sur un nombre considérable d'opérations, est de 12 grammes.... On a vu dans les pages précédentes, où il est question de l'aptitude anesthésique de chaque sujet, jusqu'à quelle dose minime il est nécessaire de descendre, puisque l'insensibilité s'est montrée immédiatement et pour un laps de temps remarquable sous l'influence de trois, quatre et cinq gouttes de chloroforme. En conséquence, toute l'échelle à parcourir entre ces deux points extrêmes, 19 grammes et trois gouttes, ne peut être l'objet que de tâtonnements qui doivent être faits d'ailleurs avec une extrême prudence. La prudence et l'humanité exigent que l'on débute toujours par trois ou quatre gouttes de liquide exactement comptées, et que toute addition jusqu'à production de l'insensibilité désirée se fasse avec la même parcimonie. Dans le but du remplir cette double condition avec sécurité, il convient de distribuer tout le chloroforme à employer en doses de 4 grammes dans de petits flacons cylindriques à goulot de 5 millimètres de diamètre et d'une capacité de 6 grammes environ. De la sorte, on est toujours maître de son liquide, et l'on sait exactement ce que l'on en a dépensé.

Je compte plus de deux cents anesthésies, et point de revers.

Cure radicale des hernies par les injections iodées. — Nouveau procédé pour la ponction du sac. — M. Maisonneuve fait à l'Académie une communication qui a pour objet un procédé chirurgical très simple, mais qui n'en paraît pas moins offrir un grand intérêt pour la question si importante de la cure radicale des hernies.

Lorsqu'en 1837 M. Velpeau démontra la possibilité d'obtenir la cure radicale des hernies par les injections iodées, on put croire un instant que cette méthode, à la fois si efficace et si exempte de dangers, deviendrait bientôt d'un usage général ; il n'en fut rien cependant. Une simple difficulté de détail relative à l'introduction de l'instrument dans la cavité du sac herniaire suffit pour arrêter les chirurgiens dans cette voie nouvelle. Dix-sept ans plus tard de nouveaux essais furent tentés par M. Jobert.

Bien que le résultat définitif de ces essais fût encore des plus satisfaisants, les moyens d'exécution étant restés absolument les mêmes que ceux employés par M. Velpeau, les mêmes raisons qui avaient une première fois empêché les praticiens de suivre la voie ouverte par l'illustre professeur de la Charité les empêchèrent encore d'imiter l'exemple du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Et cependant chacun sentait qu'il n'y avait plus qu'un pas à faire pour que cette méthode féconde de la cure radicale des hernies par les injections iodées fût définitivement acquise à la chirurgie pratique. C'est alors que M. Maisonneuve conçut l'idée du procédé suivant :

Premier temps. — Etant donnée une hernie scrotale, M. Maisonneuve commence par refouler les viscères dans l'abdomen; puis, saisissant entre le pouce et l'index de la main gauche la partie moyenne du scrotum dans laquelle se trouve le sac herniaire vide, il transperce perpendiculairement le tout avec un trocart long et mince qu'il enfonce jusqu'à sa base et dont il retire immédiatement le mandrin.

Deuxième temps. — Comme les parties pressées entre le pouce et l'index n'ont guère qu'une épaisseur d'un centimètre, la tige presque tout entière du trocart fait saillie en dehors des tissus. Alors, à l'aide de tractions douces et de pressions modérées, M. Maisonneuve étale sur toute la longueur de la canule la peau du scrotum et les parois du sac qu'elle renferme, de sorte que le trou d'entrée et celui de sortie deviennent le plus écartés possible, et que par conséquent la tige de l'instrument parcourt la cavité du sac dans son plus grand diamètre transversal.

Pour plus de sécurité, on peut encore engager le malade à faire descendre momentanément sa hernie, ce qui complète l'écartement des parois du sac et refoule celui-ci contre les téguments.

Troisième temps. — Pendant qu'avec le pouce et l'index de la main gauche le chirurgien maintient les parties molles du côté du trou de sortie, il retire doucement la canule jusqu'à ce que son extrémité rentre dans la peau des bourses et arrive dans l'intérieur du sac.

On reconnaît sans peine cette circonstance capitale à la facilité qu'on éprouve à faire mouvoir la pointe de l'instrument dans la cavité libre du sac herniaire.

Dès lors, il ne reste plus qu'à pratiquer l'injection d'après les préceptes posés par M. Velpeau, préceptes auxquels M. Maisonneuve croit ne devoir rien ajouter.

Malgré sa complication apparente à la lecture, rien n'est plus simple que ce procédé dans son exécution ; il suffit de s'y exercer un instant sur un sachet quelconque pour en comprendre le mécanisme et s'assurer de sa rigoureuse certitude.

Les applications récentes qui viennent d'être faites sur le vivant par M. Maisonneuve, et sur ses indications par M. le docteur Follin, n'ont rien laissé à désirer, et lui font espérer que ce simple perfectionnement suffira pour vulgariser en peu de temps une opération qui promet d'être une des belles conquêtes de la chirurgie.

Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. — M. Forget (de Strasbourg) soumet au jugement de l'Académie un travail qui offre, dit-il, la solution d'un grave problème, qui tient en suspens le monde médical depuis vingt-cinq ans : c'est celui de l'identité ou de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. C'est sur des preuves cliniques positives et personnelles que je conclus à la non-identité de ces deux maladies.

Après avoir prouvé que la question n'est pas encore résolue, j'expose une série d'observations avec autopsie qui démontrent l'absence de l'entérite folliculeuse dans le typhus. Comme corollaire des faits précédents, j'établis un parallèle entre les deux maladies, d'où résulte qu'elles diffèrent non-seulement par les caractères anatomiques, mais encore par les causes, les symptômes, la marche, la durée et le traitement. L'importance du sujet et la rareté des occasions qui permettent d'élucider cette importante matière me font espérer que l'Académie voudra bien se faire présenter un rapport sur ce mémoire. (Commissaires : MM. Serres, Andral et Rayer.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours de l'internat commencera lundi prochain 23 octobre. La composition écrite aura lieu ce jour même, à midi précis.

Les juges sont MM. Gérardin, Labric, Hérard, Cusco et Monod ; les suppléants, MM. Aran et Demarquay.

— Par décret impérial en date du 17 octobre 1854, M. Boisserie-Lasserve, médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, chirurgien major de la 1re légion de la garde nationale de Paris, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— M. Beugnot, médecin français à la Nouvelle-Orléans, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Le docteur Beugnot a été professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et s'est distingué par un bon traité de chimie et d'excellentes publications sur l'art vétérinaire. Il est établi depuis quatorze ans en Amérique.

— Par arrêté du 18 octobre 1854, M. le docteur Duval a été nommé de nouveau directeur de l'École préparatoire médicale de Rennes.

— Par arrêté en date du même jour, M. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de médecine de Lille, et M. Brigandat, professeur à la même école, ont été nommés officiers de l'instruction publique. MM. Fabre, Parise et Garrault, professeurs dans le même établissement, ont été nommés officiers d'Académie.

— D'une statistique faite sur les épidémies de choléra de 1832, 1849 et 1854, il résulte que la proportion des décès sur la totalité des cas traités dans les hôpitaux et hospices civils de Paris a été : en 1832, de 47 pour 100 ; en 1849, de 55 pour 100 ; en 1854, elle est jusqu'à ce jour de 52 pour 100.

— M. le docteur Tellier, secrétaire général de l'Association médicale de Toulouse, a succombé le 10 à une attaque de choléra.

— M. le docteur José Rodriguez Villargoitia, rédacteur en chef de *la Cronica de los Hospitales* de Madrid, vient de mourir dans cette ville.

— M. Serres, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours d'anthropologie ou d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme au Muséum d'histoire naturelle, le samedi 28 octobre 1854, à deux heures et demie, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

Le professeur exposera la théorie de la génération et celle du développement de l'homme, d'après les règles de l'organogénie et de l'embryogénie.

Les digressions sur l'anatomie comparée auront pour objet d'éclairer la structure de l'homme par celle des animaux, afin d'arriver à la détermination méthodique des diverses races humaines, ainsi qu'à leur dissémination sur la surface du globe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq ;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du choléra épidémique, par le docteur Léopold Durand, médecin de régiment du 2e de chasseurs à cheval. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 50c.

Traitement rationnel des maladies chroniques au moyen d'une nouvelle méthode dérivative, par le docteur Chardon. Prix : 75 c.

Ces brochures se trouvent à toutes les librairies médicales.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 126. — MARDI 24 OCTOBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 126. — MARDI 24 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 OCTOBRE 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

Les communications sur le choléra continuent à affluer à l'Académie des sciences, mais elles ne sont la plupart du temps que mentionnées, pour aller s'enfouir ensuite dans les cartons de la commission du prix Bréant. Deux d'entre elles cependant ont eu cette fois les honneurs de l'insertion par extrait dans les *Comptes rendus*; ce sont celles de M. Baudrimont sur le traitement du choléra par la méthode alcaline, et de M. Vicente sur l'emploi du sesquichlorure de fer. Ces deux modes de traitement, conçus d'après des vues théoriques *à priori*, comptent aujourd'hui, d'après leurs auteurs, quelques faits qui témoigneraient de leur efficacité. Nos lecteurs jugeront, d'après le résumé que nous publions de ces deux communications, du degré de confiance qu'elles peuvent inspirer.

M. le docteur Alphonse Amussat fils a déjà fait connaître il y a un an environ l'ingénieuse idée qu'il a eue d'appliquer l'électricité comme agent de cautérisation au traitement de certaines affections chirurgicales. Il a employé, ainsi qu'on peut se le rappeler, pour obtenir le calorique électrique, des piles de Bunsen réunies en batterie en nombre variable suivant l'intensité de l'effet désiré, et au moyen desquelles un fil de platine peut être porté à un degré plus ou moins élevé de calorique. Ainsi une batterie de quinze piles, avec l'acide nitrique du commerce et de l'eau acidulée marquant 25 degrés, lui a permis de porter au rouge sombre un fil de platine du n° 27, d'un mètre de longueur. Il a pu obtenir une température plus élevée quand cela a été nécessité par le genre d'opération qu'il se proposait de faire, en donnant au fil une longueur moindre (de 20 à 25 centimètres environ, par exemple). Il a pu, grâce aux modifications ainsi introduites dans les rapports des divers éléments de son appareil, étendre le champ de ses applications, et en l'élevant à sa plus grande puissance produire la section des tissus qu'il s'était borné dans ses premières tentatives à escarrifier. On trouvera dans le compte rendu de la séance la relation des nouveaux essais de M. A. Amussat.

M. le professeur Budge (de Bonn) continue la série de ses intéressantes expériences physiologiques sur les fonctions des diverses parties du système nerveux, et en particulier sur l'action qu'exerce le système ganglionnaire sur les vaisseaux et sur l'impulsion du cœur. Dans le nouveau mémoire de M. Budge, dont nous reproduisons un extrait, il s'agit de l'influence de l'irritation des nerfs pneumo-gastriques sur les mouvements respiratoires. L'auteur a constaté que l'irritation des deux nerfs pneumo-gastriques produit le même effet sur les mouvements respiratoires que sur les mouvements du cœur, c'est-à-dire qu'elle les arrête. — Dr Brochin.

De l'intervention du microscope dans le diagnostic du cancer.

Nos lecteurs se rappellent que la discussion engagée devant l'Académie de médecine a été provoquée par deux observations de M. Pamard (d'Avignon). L'une d'elles a été rapportée par M. le professeur Gerdy à une tumeur sanguine cancéreuse du fémur. Cette observation très importante a été de la part de ce savant professeur l'objet de remarques des plus intéressantes; nous espérons que la discussion soulevée devant l'Académie reprendra cette observation, qui, elle aussi, peut être le point de départ d'un examen qui élucidera, nous n'en doutons pas, des points de diagnostic encore obscurs. L'autre observation a pour objet l'histoire d'un enfant de dix-sept mois qui aurait été opéré d'un sarcocèle du testicule, et aurait guéri. On se rappelle encore que ce fait a été l'objet de réflexions très judicieuses de la part de M. Robert. Cet habile praticien a fait remarquer l'extrême rareté des tumeurs encéphaloïdes à cet âge, puis il a élevé des doutes sur la guérison radicale de la maladie; enfin, si cette dernière interprétation est exacte, il y a à se demander si l'on avait affaire à un véritable cancer.

La discussion, qui a déjà eu tant de retentissement, a porté sur deux points : le diagnostic des tumeurs cancéreuses et la curabilité du cancer.

Nous examinerons successivement ces deux points de la discussion, commençant par la première partie, celle du diagnostic; c'est celle, en effet, qui a pris le plus de développement et sur laquelle l'attention a été le plus vivement attirée.

Il était évident que l'examen des tumeurs cancéreuses par le microscope devait jouer un grand rôle dans la discussion.

Deux points ont été principalement discutés : Y a-t-il possibilité de diagnostiquer exactement les diverses tumeurs sans le microscope? quelle est la part qu'il faut attribuer au microscope dans le diagnostic du cancer?

La première partie de la question n'a point, que nous sachions, soulevé d'objections sérieuses. Certainement il est possible d'arriver au diagnostic exact d'un très grand nombre de tumeurs sans l'emploi du microscope; il en est dont les caractères sont tellement tranchés qu'il est impossible à un chirurgien un peu attentif de s'y méprendre. Ainsi, comme le dit M. Velpeau, il est des faits sur lesquels on ne peut pas se tromper; mais il est certains degrés où les faits se confondent si bien qu'il devient impossible de les distinguer. Ce sont les premiers qui ont été et qui devaient être le point de départ des études micrographiques; ce sont eux qui offrent aux cliniciens ces caractères tranchés, bien déterminés, et qui, étudiés sous la lentille, ont donné ces caractères anatomopathologiques qui ont servi de base à l'édifice qu'ont bâti, avec tant de travail et de peine, les patients et laborieux micrographes. Quant aux seconds, ceux qui ne peuvent être diagnostiqués d'une manière certaine par l'observation clinique, ils sont restés dans bien des cas douteux, même pour les micrographes les plus habiles.

Nous n'insisterons pas sur ce point de la discussion, et passons de suite à l'examen des tumeurs par le microscope.

Quels sont les caractères microscopiques qui ont été assignés au cancer? Nous ne pouvons entrer dans les détails de l'anatomie microscopique du cancer; nous nous contenterons d'indiquer les principaux résultats auxquels on est arrivé. On trouve une cellule ou globule cancéreux renfermant un contenu cellulaire, et un ou plusieurs noyaux dans lesquels se trouvent des nucléoles; mais la forme de ce globule cancéreux est loin d'être constante; il est arrondi, ovalaire, sphérique, souvent irrégulier, présentant des prolongements qui ont été désignés sous le nom de cornes, et qui renferment eux-mêmes de nombreux noyaux de globules cancéreux. Quelquefois même la cellule cancéreuse manque, et il n'y a que des noyaux renfermant des nucléoles : c'est le cancer nucléolaire, etc. Tels sont les caractères qui ont été assignés aux tumeurs désignées sous le nom de squirrhe et d'encéphaloïde. Mais sont-ce là les seuls cancers? Non, il y a d'autres tumeurs qui, comme ces deux dernières, ont le triste privilége de récidiver, soit sur place, soit dans toute l'économie: ce sont les tumeurs qui sont désignées sous le nom de fibro-plastiques, de cancroïdes ou de tumeurs épithéliales. Ce ne sont pas de vrais cancers, car on y a trouvé des éléments d'une autre nature. Dans la tumeur fibro-plastique, ce sont des globules fusiformes, allongés à leur extrémité et se terminant en véritables fibres. Dans les tumeurs épithéliales on trouve des cellules dont la structure est semblable à celle de l'épiderme ou de l'épithélium des membranes muqueuses. Enfin, nous ne ferons que mentionner les enchondromes, les tumeurs mélaniques, qui, eux aussi, repullulent souvent avec une grande rapidité, et dans lesquels on trouve des éléments autres que ceux que nous venons de signaler. Voici donc un certain nombre de tumeurs qui ont toutes un des caractères cliniques les plus importants du cancer, c'est-à-dire qui récidivent, et dans lesquels cependant on ne trouve pas les véritables éléments du cancer, c'est-à-dire la cellule cancéreuse.

Les principales objections faites au microscope portent donc sur ce point, à savoir : que dans le cancer on trouve des cellules extrêmement variables quant à leurs formes, et qui ne présentent pas toujours ce caractère d'identité que l'on pouvait espérer; que dans d'autres tumeurs on trouve des éléments homœomorphes, et que ces tumeurs repullulent quelquefois aussi fatalement et avec autant de rapidité que les cancers véritables. A cela, les micrographes ont à répondre que quel que soit l'élément anatomique qui constitue les tumeurs, celles-ci, quand elles récidivent, repullulent avec leurs caractères primitifs. Bien que l'on ait invoqué contre cette théorie de très rares exceptions, nous pensons que de ce côté le microscope a rendu un service signalé en permettant une description anatomique plus exacte de ces tumeurs; il a indiqué, en effet, leur place dans le cadre nosologique. L'observation clinique est-elle venue justifier la classification des tumeurs telle que l'avait donnée le microscope? Oui, dans un très grand nombre de cas. Il n'est pas, en effet, de chirurgien qui n'ait constaté que la marche des cancroïdes est très différente de celle des cancers squirrheux et encéphaloïdes. A la vérité, que l'on ait affaire à l'une ou à l'autre de ces tumeurs, le malade finit par succomber; mais il est à remarquer que la marche de la maladie est loin de rester la même. Il y a des points identiques, cela se conçoit, puisque ces maladies sont restées longtemps confondues. Nous dirons la même chose des tumeurs dites fibro-plastiques qui récidivent sur place, qui récidivent dans le reste de l'économie, mais qui présentent souvent des symptômes qui leur sont propres.

Une autre objection beaucoup plus sérieuse a été faite à l'examen micrographique des tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, c'est que ces tumeurs sont composées d'éléments que l'on retrouve dans l'économie. Ainsi, dans le chancre induré, dans les tissus indurés par l'inflammation, on rencontre des éléments fibro-plastiques, et cependant ces dernières affections ont une marche toute spéciale; elles ne récidivent pas. Dans les verrues, les végétations syphilitiques, etc., on rencontre des cellules épithéliales. A la vérité, les verrues récidivent, les végétations récidivent également, mais c'est là le seul point de contact qu'elles ont avec les cancroïdes, car que peut-on trouver qui soit aussi dissemble que ces altérations si bénignes et une affection qui tue le plus souvent? Et le microscope se trouve dans l'impossibilité de dire quels sont ceux d'entre ces éléments fibro-plastiques et épithéliaux qui sont susceptibles d'infecter l'économie.

Nous croyons donc qu'au lieu de se borner à décrire des tumeurs cancéreuses caractérisées par une cellule de forme particulière, il y a lieu d'admettre plusieurs espèces de cancers : le cancer encéphaloïde, le cancer squirrheux, le cancer fibro-plastique, le cancer épithélial, le cancer mélanique; chacune de ces espèces d'un même genre aurait un caractère générique, sa repullulation, et aurait comme caractère spécifique l'élément anatomique constaté par le microscope. Il est possible que le microscope découvre dans les diverses tumeurs que nous venons de passer en revue un caractère générique, mais ce n'est certainement pas la cellule cancéreuse qui doit être prise comme point de départ, puisque celle-ci n'existe point dans un certain nombre de tumeurs qui sont avec raison désignées sous le nom de cancer. D'ailleurs les micrographes ne se sont pas encore prononcés à l'Académie, et nous ne pourrions dire quant à présent si c'est dans la cellule, dans le noyau, dans les nucléoles, peut-être ailleurs, que se trouvent les éléments primitifs du cancer. Nous attendons avec impatience cette partie de la discussion, qui sera certainement une des plus intéressantes.

D'autres objections, en apparence plus accablantes et qui pour nous sont loin d'avoir la même valeur, ont été faites aux observations microscopiques: ainsi il est arrivé que, là où un micrographe avait constaté la cellule cancéreuse, un autre ne l'avait pas trouvée. Mais nous devons dire qu'une ou plusieurs erreurs de la part d'un observateur ne peuvent être imputées à la méthode tout entière; il y a tant de causes d'erreur dans un instrument si difficile à manier, puisque, comme le fait remarquer M. Gerdy, il suffit d'un demi-tour de vis pour que l'aspect des tissus soit tout à fait changé! Aussi est-il juste d'admettre que dans certains cas difficiles l'observation aura pu être mal faite. N'arrive-t-il pas, en effet, que dans des cas douteux deux praticiens également habiles ont porté des diagnostics différents? Dans ce cas, au moins un devait avoir tort, et cependant personne n'a cherché à mettre en doute les lumières de celui qui était dans l'erreur.

Dans l'état actuel des choses, nous ne saurions accepter tout ce que le microscope nous annonce; mais nous devons dire que cet instrument a déjà rendu de grands services et qu'il en rendra encore beaucoup, nous n'en doutons pas. Le reproche que nous lui ferons, c'est de s'être trop avancé, d'avoir un peu trop abandonné l'observation clinique, après avoir trouvé dans cette observation les faits qui devaient lui servir à établir ses doctrines. Nous devons ajouter cependant que depuis quelque temps l'examen attentif des faits lui a permis d'adopter des conclusions plus en rapport avec la marche des maladies, et nous sommes certain que bientôt, en suivant cette ligne, il arrivera à rendre encore des services signalés.

Dr A. Jamain.

MAISON D'ACCOUCHEMENTS. — M. DEPAUL.

Oblitération de l'intestin grêle chez un enfant nouveau-né.

(Lu à la dernière séance de l'Académie de médecine.)

Cette enfant, du sexe féminin, née à la Maternité, parfaitement conformée et n'ayant offert aucun désordre dans son organisation au

moment de sa naissance, fut présentée au bout de quarante-six heures à M. Depaul, parce qu'elle n'était pas encore allée à la garde-robe depuis sa naissance. Cependant l'anus était bien conformé et la communication avec le rectum parfaitement libre. Un petit lavement, puis un purgatif n'amenèrent aucune selle. Le ventre commença alors à se développer de plus en plus, et les vomissements ne tardèrent pas à arriver, d'abord jaunes, puis verts, et enfin avec tous les caractères du méconium.

Après cinquante heures d'attente, la vie de cette enfant étant sérieusement menacée, M. Depaul se vit dans la nécessité de prendre une décision.

La pensée de l'opération de Collisen, modifiée par M. Amussat, et qui consiste à ouvrir le côlon par la région lombaire dans le point où il n'est pas en rapport avec le péritoine, se présenta d'abord à son esprit. Mais un examen préalable de cette région fait avec soin au moyen de la percussion l'empêcha de s'y arrêter. La percussion de la région des lombes dans tout l'espace qui répond au côlon fit constater en effet partout une sonorité parfaite. Il y avait d'après cela tout lieu de croire que l'obstacle au cours des matières n'avait son siége dans aucune partie de l'S iliaque, ni du côlon lui-même, puisque dans aucun point de son étendue on ne rencontrait l'indice d'une accumulation de matières.

M. Depaul, en conséquence, se décida à opérer par la méthode ancienne, c'est-à-dire dans la fosse iliaque, pour aller à la recherche d'une anse d'intestin grêle.

A l'incision des couches de la paroi abdominale, il se passa un phénomène assez insidieux et qu'il est utile de rapporter, à cause des erreurs auxquelles il pourrait donner lieu.

Après avoir divisé les premières couches, une petite hernie d'un tissu jaunâtre, offrant toutes les apparences du grand épiploon, se produisit dans la boutonnière, et fit croire d'abord à M. Depaul qu'il avait sous les yeux une hernie de l'épiploon et que par conséquent il était arrivé dans la cavité de l'abdomen. Il n'en était rien : c'était simplement un petit paquet graisseux d'un tissu mou et jaunâtre qui double chez les enfants la face externe du péritoine pariétal. Ce fait méritait d'être noté, parce qu'il est particulier aux jeunes enfants et qu'il pourrait causer des erreurs aux personnes qui n'en seraient pas prévenues.

L'incision achevée, et lorsque le péritoine fut ouvert, plusieurs anses d'intestin se présentèrent : dans l'embarras du choix, l'opérateur s'arrêta à l'une de celles qui lui parurent les plus dilatées et la fixa dans la plaie après l'avoir ouverte.

A partir de ce moment, les matières s'écoulèrent par cet anus artificiel ; tous les accidents qui menaçaient la vie de l'enfant disparurent, et les fonctions s'établirent comme à l'état normal. Cependant sa santé s'affaiblit graduellement, et elle finit par succomber. Voici ce que l'autopsie a montré.

L'anse intestinale ouverte était parfaitement adhérente aux lèvres de la plaie ; aucune hémorrhagie n'avait eu lieu dans la cavité du ventre, et le péritoine était exempt de toute inflammation.

Le cœcum et le côlon présentaient leur disposition accoutumée, si ce n'est que leur calibre n'atteignait qu'à peine le tiers du volume normal. Examiné à l'intérieur, le gros intestin n'offrit encore de particulier que l'exiguïté de son calibre ; mais arrivé à sa jonction avec l'intestin grêle, il présentait une cloison purement fibreuse qui séparait complétement leur cavité. De plus, l'intestin grêle, à partir du cœcum, était complétement oblitéré dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Cette disposition, impossible à reconnaître pendant la vie, légitimait pleinement l'opération qui avait été adoptée. De plus, le hasard avait également servi l'opérateur, car il se trouva que l'anse intestinale divisée était très voisine de l'obstacle, de sorte que presque toute la portion saine de l'intestin grêle continuait à être parcourue par les matières de la digestion.

M. Depaul pense que de pareilles lésions ne sauraient être rapportées à autre chose qu'à une péritonite éprouvée par l'enfant durant le cours de sa vie intra-utérine. Les brides fortes et nombreuses retrouvées sur différents points du péritoine ne permettent pas d'en douter.

Cette observation présente de l'intérêt au point de vue de la nature et de la disposition de l'obstacle, et en même temps au point de vue de ses indications difficiles.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Décès de la ville, de la banlieue et des hôpitaux civils et militaires de Paris du 13 au 19 octobre.

	13	14	15	16	17	18	19
Domicile.. . . .	16	29	15	7	10	9	8
Communes rurales.	0	8	3	0	3	0	1
Hôpitaux civils.. .	13	11	12	13	10	8	12
— militaires.	0	1	0	0	0	3	1
Totaux.. . .	29	49	30	20	23	20	22

Voici la répartition des décès de la ville dans les douze arrondissements pour les mêmes journées :

	13	14	15	16	17	18	19
1er arrondissement.	0	3	2	1	2	0	1
2e —	1	3	1	2	1	0	1
3e —	0	2	1	1	1	1	1
4e —	0	0	0	0	1	0	0
5e —	2	2	3	0	0	1	0
6e —	2	4	1	0	0	5	1
7e —	0	2	0	2	2	0	1
8e —	6	1	3	0	1	0	2
9e —	4	2	1	0	0	0	0
10e —	1	3	1	1	0	0	0
11e —	0	1	1	0	1	0	0
12e —	0	6	1	0	1	2	1

— Les dernières nouvelles des départements nous apprennent qu'il est survenu une notable amélioration dans l'état sanitaire de Toulouse et du département de la Haute-Garonne. L'Ariége a vu diminuer subitement le chiffre des décès de moitié. On signale encore quelques cas graves à Orléans et à Tours, et enfin un mouvement de recrudescence à Beaugency.

SUR L'EMPLOI DES HOMMES

pour les travaux où les puissances physiques sont seulement ou presque uniquement mises en jeu.

Par M. THIRION.

Les agents mécaniques, par leurs mouvements uniformes, continus et fidèlement exécutés, permettent aux industriels, dans les travaux qu'ils ont à entreprendre, de pouvoir régler d'une manière facile et certaine leurs bénéfices ou leurs pertes. Cet avantage, ils ne peuvent l'obtenir par l'emploi des puissances physiques de l'homme, car ces puissances sont distinctes des forces connues de la matière, et ne se prêtent que difficilement au calcul. Les industriels ou les entrepreneurs n'ont donc alors que la pratique pour les guider ; mais ce moyen demande du temps, et compromet souvent leurs intérêts. A notre avis, ils opéreraient bien plus sûrement, et ils seraient moins exposés à la perte, 1° s'ils mettaient plus de soin à choisir les ouvriers qu'ils doivent occuper ; 2° s'ils comprenaient mieux l'utilité d'approprier le travail suivant les diverses aptitudes physiques de chacun.

Entrons donc dans quelques développements sur ces deux propositions, afin de montrer leur exactitude et de fournir en même temps aux entrepreneurs des notions qui pourront leur suffire dans l'emploi des hommes pour les travaux corporels et dans les calculs qu'ils ont à faire.

I. Dans tout travail où les puissances physiques sont seulement ou presque uniquement mises en jeu, la force musculaire est un moyen d'action d'une utilité incontestable, surtout dans les travaux qui exigent un grand déploiement de forces ; mais un ouvrier qui ne serait doué que de cette seule force pourrait bien ne fournir qu'un effet momentané, et ne pas résister à la fatigue du travail aussi longtemps qu'un ouvrier faible en apparence et chez lequel le système musculaire n'aurait pas le même degré d'énergie. Il ne faut pas croire non plus qu'un homme dont les muscles sont très développés et capable de grands efforts soit à l'abri des maladies ; la moindre indisposition, la cause la plus légère suffiront souvent pour l'abattre. Pourquoi ? Parce que chez lui il y a prédominance d'un système, et que cette prédominance est plutôt une cause qui l'empêche de résister aux fatigues du travail ou aux influences propres à amener des maladies ; en un mot, parce que chez cet homme la force ne se trouve pas également répartie dans le système entier de l'économie animale.

Ainsi, ce n'est pas la force musculaire seulement qu'il faut rechercher chez un ouvrier, mais bien plutôt la force de la constitution, car c'est elle, dit M. le professeur Dumas (de Montpellier) qui détermine l'énergie des forces physiques de l'organisation, ainsi que les circonstances de la conformation naturelle du corps ou des organes (voir *Doctrine des maladies chroniques*, p. 500).

Mais à quels caractères reconnaîtra-t-on la force ou la faiblesse de la constitution ?

Celui-là aura une forte constitution qui aura une corpulence moyenne, des chairs fermes ; des membres musculeux, souples, d'une longueur et d'une force égales ; des cavités bien conformées, suffisamment spacieuses, renfermant des organes d'une intégrité parfaite et exécutant avec régularité et aisance les fonctions qui leur sont confiées. Tel sera l'ouvrier robuste qui pourra braver impunément les diverses influences perturbatrices auxquelles il sera soumis, ou du moins qui se rétablira promptement si la maladie vient à l'atteindre. Un tel ouvrier enfin sera capable de résister aux fatigues du travail, et assurera par conséquent plus de bénéfices à l'entrepreneur. Un ouvrier dont la constitution sera faible se reconnaîtra par sa maigreur ou un embonpoint œdémateux ; par son teint pâle, ses membres grêles ; par la flaccidité des tissus, par la lenteur dans ses mouvements ; par des cavités étroites, souvent mal conformées, contenant des organes plus ou moins altérés, et dont les fonctions sont gênées. Un tel ouvrier ne pourra résister aux fatigues du travail, ni s'exposer sans danger à toutes les causes morbifiques.

Il est aussi un âge propre aux travaux corporels. Ces travaux étant de nature à exiger plus ou moins de force, il conviendrait qu'ils ne fussent exercés que par des hommes qui aient acquis tout leur développement. Mais malheureusement cette règle n'est pas toujours observée, et on rencontre encore une foule de jeunes sujets auxquels on impose des travaux trop rudes. Il en est même que l'on occupe au travail des mines : aussi ces petits malheureux ne tardent-ils pas à porter des traces non équivoques de la dégradation physique la plus profonde ! En général, l'emploi des enfants pour les travaux corporels à un âge prématuré ne produira jamais de bons ouvriers, et ne fera qu'accroître les dépenses dans le travail sans augmenter les bénéfices.

Les ouvriers pour plusieurs motifs, et notamment l'intérêt pécuniaire ou la crainte de ne pas être admis dans un établissement, dissimulent ordinairement les infirmités dont ils peuvent être atteints. Ce genre de supercherie compromet les intérêts des entrepreneurs et les exposent souvent à des réclamations injustes, en ce que ces ouvriers peuvent plus tard prétendre que les infirmités dont ils sont atteints ont été acquises à leur service. Ces maladies doivent donc occuper les entrepreneurs, et, comme leur recherche exige des connaissances spéciales et beaucoup d'habitude, ce soin ne devrait être confié qu'à un médecin.

L'agilité et l'adresse sont aussi des qualités qui doivent être recherchées dans un ouvrier : ainsi le verrier ne doit-il pas avoir de l'agilité dans ses mouvements lorsqu'il souffle le verre ? n'en faut-il pas au forgeron pour souder le fer ? Dans une manufacture de tabac, quelle agilité un ouvrier doit apporter dans ses mouvements pour confectionner dans une journée environ 1,500 paquets de tabac, etc. ! Ces qualités sont non-seulement nécessaires pour l'exécution de certains mouvements et pour la rapidité du travail, mais encore elles peuvent suppléer à la force : ainsi un poids porté avec adresse paraît moins lourd qu'il ne l'est effectivement. « *Leve fit quod benè fertur onus.* »

En résumé, une forte constitution, un âge où le corps a acquis tout son développement, l'absence d'infirmités congéniales ou acquises, agilité et adresse dans les mouvements, telles sont les qualités que l'on doit rechercher chez un ouvrier pour les travaux corporels.

Passons maintenant aux diverses aptitudes physiques pour le travail.

II. Parmi les travaux corporels, il en est pour lesquels il faut employer des efforts considérables et d'autres qui n'exigent pas le même déploiement de force. Il en est aussi qui demandent des mouvements de totalité ou de tout le corps, et d'autres qui s'exécutent par des mouvements partiels ou de quelques membres. Enfin, nous dirons qu'il est encore des travaux auxquels on applique des mouvements uniformes, et d'autres qui nécessitent des mouvements variés et des attitudes diverses. De même il est des hommes qui ont le corps gros, fort, à formes prononcées, qui, en un mot, ont tout le système musculaire bien développé et bien nourri. De tels hommes seront susceptibles de mouvements extraordinaires lorsque le cerveau agira sur leurs muscles avec énergie. Il en est d'autres, au contraire, qui ont le corps maigre en apparence, des muscles peu saillants, à fibres serrées ; ceux-là ne seront pas susceptibles d'aussi violents efforts ; cependant, avec une volonté très forte, ils pourront produire un effet égal à celui qu'on obtiendrait d'une volonté faible servie par des muscles vigoureux. On voit aussi des hommes qui n'offrent de développement musculaire qu'aux jambes ou aux bras, etc. Ceux-ci exécuteront donc certains mouvements avec plus de force, plus de facilité et plus d'adresse.

Enfin, il en est qui ont des articulations solides et flexibles, des muscles fermes, se contractant avec rapidité ; ces individus seront propres à des mouvements variés et à des attitudes diverses.

Toutes ces différences individuelles, relatives soit au développement musculaire, soit à l'influence cérébrale sur ce système, prouvent donc enfin qu'il faut dans les travaux corporels savoir choisir l'homme pour le travail et réciproquement le travail pour l'homme.

TRAITEMENT DE LA VAGINITE.

Dans un travail inséré dans le *Journal de médecine de Bruxelles* (février 1854), M. Thiry émet sur le traitement de la vaginite quelques considérations pratiques fort intéressantes et que nous allons résumer.

Avant tout, dit M. Thiry, ce traitement doit varier suivant la forme des cas. Dans la vaginite légère, M. Thiry prescrit d'abord un bain et un purgatif salin. Ensuite il applique le spéculum, nettoie la muqueuse vaginale au moyen d'un pinceau de ouate, la saupoudre de charbon ou de quinquina finement pulvérisés, et termine le pansement par l'isolement des surfaces enflammées au moyen d'un tampon de ouate, qui reste en place trois à cinq heures. Le tampon retiré, la femme fait des injections émollientes. Au bout de six jours, terme moyen, la guérison est complète.

Dans la vaginite intense, l'auteur emploie le même traitement ; seulement, avant l'application des poudres absorbantes, il cautérise rapidement avec la pierre infernale toutes les surfaces phlogosées. Une seule cautérisation suffit le plus souvent. Huit jours suffisent pour la guérison de la maladie.

Dans la folliculite vaginale inflammatoire, qui s'observe ordinairement au col utérin et dans le repli utéro-vaginal, et qui est caractérisée par des éminences rouges, coniques, sécrétant un liquide abondant, M. Thiry emploie la cautérisation avec le nitrate d'argent, l'isolement et les poudres absorbantes. Dans la folliculite non inflammatoire des femmes lymphatiques et des femmes enceintes, les poudres absorbantes réussissent parfaitement.

(*Revue de thérap.*)

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Parmi toutes les communications intéressantes à divers degrés que votre excellent journal a bien voulu mentionner, il est un *spécifique* que je n'ai pas vu prôner aussi hautement qu'il le mérite. Je suis même porté à croire que c'est autour de lui que doivent s'irradier tous les autres moyens, car je le considère, à lui seul, comme plus puissant que tous les autres à la fois. Ce spécifique, c'est tout bonnement la saignée. Cette découverte n'est assurément pas neuve, mais elle peut être infiniment consolante. Voici mes raisons :

En 1832, un honorable praticien de l'Yonne déclarait à la commission sanitaire du département que la saignée, comme moyen préser-

vatif, lui paraissait offrir des garanties irrécusables. Il citait deux villages voisins d'Auxerre où, à son instigation, de très nombreuses saignées de précaution avaient été pratiquées, et où le choléra, qui venait d'y apparaître, avait cessé comme par enchantement, tandis qu'il avait continué de sévir cruellement dans les communes circonvoisines, où une pareille mesure n'avait pas été adoptée.

Cette idée m'avait frappé, et dès que je fus en face de l'épidémie je ne craignis pas de proposer la saignée à toutes les personnes qui avaient non-seulement quelques atteintes de cholérine, mais qui, par excès de travail ou par crainte de la maladie, se trouvaient les plus prédisposées. Ces saignées en grand nombre ont toutes été pratiquées dans un milieu épidémique, là où des cas foudroyants apportaient déjà la terreur. Je ne puis affirmer que pas une des personnes saignées n'ait été prise du choléra, mais du moins pas une seule n'a succombé.

J'ai poussé plus loin mes tentatives; j'ai commencé le traitement de tous les cholériques qui me sont advenus par la saignée faite en proportion de l'âge et de la force du sujet, même dans les choléras les mieux confirmés, et toutes les fois que le sang a pu s'écouler en assez grande abondance, aucun des malades n'a péri, à l'exception d'un seul à constitution apauvrie, qui s'est éteint avec les symptômes des fièvres typhoïdes graves.

Quant aux cas foudroyants où le sang ne progresse plus dans les veines, la saignée ne peut pas davantage que les spécifiques les plus vantés. Seulement il est regrettable que l'on n'ait pas été appelé au moment où l'émission sanguine était encore possible. Il est probable que cette gravité eût été détournée.

Un jeune interne des hôpitaux de Paris me disait dernièrement que l'on expérimentait beaucoup, et avec succès, le traitement proposé par M. Baudrimont, et qui consiste à administrer le bicarbonate de soude à dose assez élevée et assez poursuivie pour opérer une dissolution séreuse du sang, en un mot pour diminuer la fibrine et augmenter le sérum du système circulatoire.

Croyez-vous, monsieur le rédacteur, qu'un coup de lancette n'opère pas plus promptement et plus radicalement ce miracle? et le choléra, tel que nous le connaissons, est-il assez patient pour attendre que le sel alcalin ait terminé son opération chimique à travers un système gastro-intestinal qui n'en absorbe souvent que des portions infinitésimales? Je vous avoue que nos paysans préféreront toujours une saignée à l'ingurgitation d'un médicament nauséabond qu'il faut prendre à très fortes doses pour espérer un résultat. Et s'il est prouvé qu'une saignée produise instantanément l'effet que 150 grammes de bicarbonate de soude ne produiraient peut-être pas en quarante-huit heures, qui voudrait hésiter?

La théorie de M. Baudrimont doit être la mienne : en diminuant la proportion de fibrine du sang, vous diminuez l'imminence des congestions pulmonaires et cérébrales ; les capillaires laissent aisément passer un sang devenu plus séreux, et les accidents mortels du choléra sont conjurés. Ajoutez à cela la déplétion que vous opérez dans les vaisseaux, et vous serez convaincu que la saignée doit l'emporter sur le sel de soude, qui amène souvent une pléthore séreuse qui n'est pas sans danger.

Je ne veux pas laisser croire que la saignée a été mon seul auxiliaire contre le choléra ; je ne refuse à aucun des agents préconisés sa valeur relative dans cette épidémie : et tout d'abord je m'étais enthousiasmé pour les préparations de noix vomique, puis j'ai fini par constater que leur emploi n'était pas sans danger s'il n'était précédé d'une émission sanguine ; je l'employais alors pour donner le coup de fouet à la circulation, et j'ai toujours remarqué que la noix vomique après la saignée ramenait très bien le pouls et la chaleur dans certaines circonstances. Les révulsifs cutanés sur les membres, et surtout sur le trajet de la moelle épinière, ont été aussi d'une utilité incontestable.

En somme, monsieur le rédacteur, je viens ici pour déclarer dans mon âme et conscience que la saignée me semble non-seulement un préservatif par excellence, mais encore le meilleur mode de traitement du choléra confirmé. Ce système est-il applicable à tous les pays, à tous les individus? Non assurément. Mais j'ai l'intime conviction, d'après mon expérience particulière et celle de quelques-uns de mes confrères, que cette méthode a de l'avenir, et que les hautes capacités scientifiques qui s'occupent de mettre fin à l'anarchie thérapeutique du choléra prendront en sérieuse considération un moyen qui s'appuie sur la théorie et sur les faits les mieux démontrés. E. Duché, d.-m.

Ouanne, le 17 octobre 1854.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 octobre 1854. — Présidence de M. Combes.

Sur la nature et le traitement du choléra épidémique. — M. Baudrimont, dans un mémoire qu'il adresse à l'Académie sur ce sujet, expose en ces termes le traitement qu'il a employé dès le début de l'épidémie de 1832, et qu'il a vu toujours réussir, dit-il, quand il a été administré à temps :

A. Bicarbonate de soude administré à l'intérieur, 4 à 10 grammes à la fois, soit par la bouche, soit en lavement lorsque le premier mode d'administration est impossible;

B. Frictions sur toutes les parties du corps, mais principalement sur les membres, la poitrine et le trajet de la moelle épinière, faites avec un liniment formé de parties égales d'huile et d'ammoniaque liquide;

C. Sinapismes aux membres inférieurs;

Tisane de fleur de tilleul bien chaude, contenant 4 grammes de bicarbonate de soude par litre.

A. Le bicarbonate de soude peut être pris à haute dose, car il n'a rien de vénéneux. La dissolution de bicarbonate de soude est absorbée par le canal intestinal lorsqu'aucune autre chose ne peut l'être; elle arrête les vomissements et la diarrhée si elle est prise à temps, et elle produit ce dernier effet dans une foule de maladies autres que le choléra.

B. L'ammoniaque ne produit qu'un faible effet sur la peau dans la période de l'asphyxie, mais elle se répand dans l'appartement où se trouve le cholérique; elle l'assainit au point de vue du choléra, et se trouve absorbée par la voie pulmonaire. Elle produit ainsi des effets utiles en allant chercher le sang jusque dans les vaisseaux capillaires du poumon.

C. Les sinapismes aident la circulation à reprendre son cours normal en appelant, par une action énergique, la vitalité dans des parties éloignées des centres organiques.

Emploi du sesquichlorure de fer dans le traitement du choléra. — M. Vicente demande l'ouverture d'un pli cacheté qu'il a déposé le 19 décembre 1853, et dans lequel se trouve exposée une méthode de traitement du choléra dont il a eu l'occasion depuis de constater l'efficacité, notamment dans la personne de son propre fils âgé de sept ans. Ce moyen consiste dans l'emploi du sesquichlorure de fer. Voici en quels termes l'auteur résume cette observation :

Choléra algide foudroyant :

Cessation rapide des évacuations alvines au moyen d'une solution de 2 grammes 1/2 de sesquichlorure de fer dans 400 grammes d'eau, prise moitié en lavement, moitié en potion, dans l'espace de cinq heures.

Guérison rapide sans aucune complication.

M. Vicente termine cette observation en priant l'Académie de nommer une commission pour expérimenter les effets anticholériques du perchlorure de fer simple, et mieux s'il est sublimé ou à l'état de sesquichlorure.

Voici la dose :

Un lavement composé de 120 grammes d'eau et de 50 centigrammes de perchlorure de fer. (Le sublimé est préférable, mais il est six fois plus cher.)

Une potion composée de 250 grammes d'eau et 2 grammes de perchlorure de fer sublimé.

Pour en prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure, ou plus souvent dans des cas foudroyants.

En même temps favoriser la réaction par les moyens connus ; le vin de Malaga et le café noir sont excellents.

Quand la réaction n'est pas franche, on administre une pilule toutes les heures, composée d'*acide picrique*, 5 centigrammes et quantité suffisante d'extrait de gentiane. La dose est de douze pilules dans les vingt-quatre heures. A cette dose de 60 centigrammes d'acide picrique et même à beaucoup moins, le malade devient jaune, couleur de citron, ce qui prouve que ce médicament a pénétré jusqu'aux dernières ramifications des capillaires.

Cautérisation par l'électricité. — M. le docteur A. Amussat fils adresse à l'Académie la communication suivante :

Depuis ma première communication, j'ai fait l'ablation d'une troisième tumeur carcinomateuse siégeant dans la région mammaire, en faisant subir au manuel opératoire une modification consistant à pédiculiser la tumeur avec un instrument d'acier, au lieu de le faire avec la main, comme pour les deux premières opérations.

L'appareil se compose de deux fortes rainures droites ou courbes, garnies intérieurement de deux minces lames d'ivoire. L'une des pièces porte à ses deux extrémités une tige droite en acier qui s'engage dans un trou percé à chaque extrémité de l'autre pièce de manière à les empêcher de se renverser. De plus, des anneaux oblongs traversés par une vis à tête plate permettent de rapprocher les rainures et de les maintenir dans une position fixe.

La base de la tumeur étant placée entre les deux rainures et suffisamment comprimée, j'en ai opéré la section avec deux fils de platine du n° 27, de 25 centimètres de longueur, mis chacun en rapport avec une batterie de 15 éléments de 21 centimètres de hauteur.

En considérant les résultats obtenus avec cet appareil, j'ai pensé qu'en employant des piles de Bunsen plus puissantes, il serait possible d'appliquer l'électricité à l'amputation des membres. Réunissant dix couples de Bunsen de 35 centimètres de hauteur, et employant les acides à 15 degrés de concentration, j'ai pu faire rougir, dans l'étendue de 80 centimètres, un fil de platine du n° 18, et un ruban du même métal du n° 32 de 3 millimètres de largeur et de 60 centimètres de longueur. Mais comme, avec le premier appareil, je pense qu'il ne faut donner au fil ou au ruban de platine que 20 à 30 centimètres de longueur, pour qu'il soit à une température plus élevée et plus convenable pour le but que l'on se propose.

A l'aide de cet appareil, j'ai pratiqué sur la nature inanimée, suivant les méthodes circulaire et à lambeaux, la section des chairs de la cuisse et du bras d'un adulte. La section de l'os faite avec la scie, j'en ai cautérisé la surface avec le ruban de platine. J'ai pu également, à l'aide du ruban de platine porté à une très haute température avec le même appareil, calciner circulairement les couches externes d'un fémur et carboniser les parties internes de manière à obtenir la rupture de cet os par un léger effort. Je pense néanmoins qu'il est préférable de cautériser la surface de l'os scié plutôt que de vouloir en obtenir la rupture uniquement avec l'électricité.

J'ai cautérisé circulairement la base d'une tumeur hémorrhoïdale à l'aide d'une pince en ivoire dont les baguettes, articulées à l'une de leurs extrémités, sont traversées par un mince ruban de platine de 3 millimètres de large, fixé par un petit anneau à l'articulation de la pince.

La malade étant placée dans la position ordinaire, j'ai introduit dans le rectum la pince fermée, en l'entr'ouvrant vis-à-vis de la tumeur ; celle-ci s'y est engagée, et je l'ai comprimée de manière à la maintenir dans une position fixe. Mettant alors les deux extrémités du ruban de platine en rapport avec une batterie composée de six piles de Bunsen de 35 centimètres de hauteur, j'ai pratiqué la cautérisation circulaire de la base de la tumeur en quelques secondes. Cette opération pourrait se faire également avec 12 couples de Bunsen de 21 centimètres de hauteur et un ruban de platine plus mince que celui que j'ai employé.

Enfin, j'ai cautérisé avec l'électricité le col de l'utérus dans un cas de névralgie de cet organe.

Pour opérer la section des tissus, j'ai toujours trouvé avantageux d'imprimer au fil ou ruban de platine un mouvement de va-et-vient semblable à celui d'une scie.

Si le ruban de platine pouvait être dirigé aussi facilement que le fil de ce métal d'un volume correspondant, je pense qu'il lui serait préférable.

J'ai employé comme conducteurs, pour mettre le platine en rapport avec les pôles de la batterie, de minces rubans de cuivre recouverts de soie.

Il m'a semblé très avantageux de placer la batterie électrique le plus près possible du lieu de l'opération, sans incommoder le malade, afin de donner aux conducteurs moins de longueur et d'éviter la déperdition du calorique électrique.

Cessation des mouvements inspiratoires provoqués par l'irritation du nerf pneumo-gastrique. — M. Budge adresse un mémoire dont l'objet est de démontrer qu'en irritant les deux nerfs ou l'un des nerfs pneumo-gastriques on peut causer la cessation des mouvements inspiratoires, comme on fait cesser par la même expérience les mouvements du cœur.

Si l'on met à nu d'un côté du cou le nerf en question sur un lapin bien éthérisé et rendu ainsi parfaitement insensible, qu'alors on l'isole par un morceau de verre et qu'on le galvanise, tous les mouvements inspiratoires cessent presque au moment même où se produit l'irritation; les narines ne se dilatent plus, le thorax ne s'élève plus et l'abdomen n'est plus poussé en avant. Au contraire, les organes respiratoires sont dans le même état que pendant l'expiration, ce qui se montre par les narines contractées, par la glotte fermée, par les muscles abdominaux retirés. Aussitôt qu'on cesse d'irriter, le mouvement de la respiration recommence de nouveau. Mais si l'on continue à galvaniser le nerf pendant quelque temps, la respiration recommence malgré la continuation de l'irritation. Le même phénomène a aussi lieu pour les battements du cœur quand on les a suspendus par le même moyen.

Coupe-t-on un nerf pneumogastrique et irrite-t-on le bout périphérique, les battements du cœur cessent, mais les mouvements respiratoires continuent; si ensuite on irrite le bout central, les mouvements inspiratoires cessent, tandis que les battements du cœur continuent.

De ces observations on peut conclure que l'irritation du nerf pneumogastrique au cou, ou plutôt l'irritation des fibres centripètes de ce nerf, excite les mouvements expiratoires, et l'on voit à quoi il faut s'en tenir sur la supposition que l'inspiration serait causée au moyen du nerf pneumogastrique.

Ces expériences font encore comprendre comment, les nerfs pneumogastriques étant coupés, l'expiration passive (c'est-à-dire celle qui a lieu par l'expansion du diaphragme et des muscles intercostaux) continue, tandis que l'expiration active cesse. C'est pour cela que les animaux sur lesquels on a coupé les deux nerfs pneumogastriques meurent au bout d'un temps plus ou moins long par l'effet des gaz nuisibles (acide carbonique) qui ne sortent pas par l'expiration; c'est un point que je traiterai dans un prochain mémoire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 octobre 1854. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Guersant montre une femme qui a été atteinte de brûlures multiples ; l'une d'entre elles, qui a porté sur le visage, a déterminé un double ectropion des plus complets de l'œil gauche. Cette malade entrera dans le service de M. Denonvilliers, qui rendra compte à la Société des tentatives opératoires qu'il jugera à propos de faire.

— M. Jarjavay présente un enfant de vingt mois, du sexe féminin, et qui porte à la lèvre inférieure une tumeur érectile veineuse congéniale ; cette tumeur n'est pas très développée, mais elle occupe toute l'étendue du bord libre. L'enfant a été vaccinée. Il demande l'avis de la Société sur l'opportunité de l'opération et sur le choix de la méthode.

M. Guersant a déjà vu quatre ou cinq faits semblables. Il a recours en pareil cas à l'emploi des aiguilles rougies à blanc. Sept ou huit piqûres sont faites dans la tumeur dans chaque séance; quatre ou cinq séances répétées de quinze jours en quinze jours suffisent pour amener la guérison.

M. Monod appelle l'attention sur les résultats très avantageux fournis dans ces cas par les injections de perchlorure de fer; il traite en ce moment une petite fille affectée d'une tumeur érectile veineuse dans la région du dos; une seule injection de deux gouttes de perchlorure de fer a amené une guérison probablement complète. La tumeur est dure dans tous les points; elle ne se gonfle plus sous l'influence des cris et des efforts.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Depaul, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, écrit pour être porté sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

— M. le docteur Mathijsen adresse un travail manuscrit sur l'emploi de l'appareil plâtré pour les fractures.

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. Zandick (de Dunkerque), un travail inédit d'obstétrique composé de deux observations; l'une est relative à un monstre acéphale, l'autre à un accouchement laborieux, et chacune d'elles est suivie de réflexions pratiques.

M. Zandick, ancien chirurgien militaire, est depuis longtemps attaché à l'hôpital civil de Dunkerque, et sollicite de la Société le titre de membre correspondant.

Commission : MM. Larrey, Gosselin, Danyau.

— M. Larrey dépose aussi sur le bureau, de la part de M. A. Bertherand, médecin principal à l'hôpital du Dey à Alger, trois brochures dont voici les titres :

1° *Des pansements des plaies sous le rapport de leur fréquence et de leur rareté;*

2° *Des plaies d'armes à feu de l'orbite;*

3° *Traité des adénites idiopathiques.*

M. Bertherand soumettra encore au jugement de la Société, par l'entremise de M. Larrey, un fait de ligature de la carotide primitive pour une blessure compliquée de la face par arme à feu.

L'auteur de ces divers travaux sollicite enfin le titre de membre correspondant.

Commission : MM. Lenoir, Giraldès, Desormeaux.

— L'ordre du jour appelle le scrutin sur les conclusions du rapport lu par M. Gosselin dans la dernière séance sur les travaux de M. Maunoury (de Chartres).

Les conclusions sont adoptées, et M. Maunoury est nommé membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

RAPPORT.

M. Monod lit un rapport sur la nouvelle ceinture hypogastrique proposée par M. Pouillien. Cet appareil diffère de ceux qu'on emploie ordinairement, parce qu'il est composé de deux pièces mobiles et réunies sur la ligne médiane, à distance toutefois : d'où il résulte que la pression ne porte pas sur la ligne blanche, mais sur ses côtés.

L'auteur voit dans cette modification les avantages suivants : la vessie peut se distendre sans peine au-dessus des pubis sans être gênée par la pelote médiane de la ceinture ordinaire. La pression est plus efficace sur les parties latérales que sur la ligne médiane, où elle est entravée par la résistance de la ligne blanche. La présence des pelotes sur les côtés met à l'abri des hernies crurales, à la production desquelles la ceinture ordinaire expose. Enfin cet appareil est préférable parce que la pression ne porte pas sur l'utérus lui-même, mais seulement sur la masse intestinale, qui de cette façon est soutenue et ne presse pas sur la matrice.

M. Gosselin. Dire que la ceinture hypogastrique agit sur l'intestin en l'empêchant de presser sur l'utérus n'est qu'une assertion; de concert avec M. Chassaignac, il a adopté une opinion tout opposée. Il est impossible de presser sur l'abdomen d'une manière quelconque sans que la pression s'exerce dans tous les sens dans l'intérieur de cette cavité. La masse intestinale presse donc en bas et immobilise l'utérus; c'est par ce mécanisme, qui est aussi celui de tous les pessaires, qu'elle amène le soulagement. Cette conviction d'ailleurs n'est pas seulement théorique, elle est fondée sur l'expérimentation. Si, en effet, pendant qu'on exerce une pression sur l'abdomen d'un cadavre à l'aide de la main ou d'une ceinture hypogastrique, on introduit le doigt dans le vagin ou à travers un petit trou pratiqué à la paroi abdominale, on sent manifestement l'utérus s'abaisser et devenir moins mobile sous l'influence de la pression exercée par les viscères.

Une autre assertion tout aussi contestable est celle qui consiste à dire que la nouvelle ceinture prévient la formation des hernies crurales, à laquelle l'ancien appareil prédisposerait. Cette prédisposition lui paraît douteuse; il n'a jamais vu de hernies se produire sous l'influence incontestable de la ceinture hypogastrique, et il n'a point encore entendu signaler cet inconvénient.

M. Monod répond qu'il a seulement voulu dire que la ceinture de M. Pouillien diminuait la pression de la masse intestinale en allégeant son poids. Quant à la production des hernies crurales, il n'en a pas observé d'exemples; il a entendu émettre cette opinion, qui théoriquement n'est pas inadmissible.

M. Robert n'a pas d'opinion bien arrêtée sur le mode d'action de cette ceinture nouvelle; il remarque seulement que la pression se fait sur les parties latérales en raison de la position excentrique des deux pelotes, c'est-à-dire au niveau des fosses iliaques, où les intestins sont naturellement soutenus par le fait même de la configuration de ces deux fosses. Or le but qu'on se propose est surtout de presser directement au niveau de l'organe malade, c'est-à-dire sur la ligne médiane.

On objecte que l'application de la pelote en ce point gêne le développement de la vessie; mais tout le monde sait qu'en raison de l'amplitude transversale que cet organe présente chez la femme, il peut se remplir sans dépasser les pubis.

On dit encore que la résistance de la ligne blanche empêche la pelote médiane d'exercer une pression efficace; mais chez presque toutes les femmes qui recourent à la ceinture hypogastrique, la paroi abdominale, même au niveau de son raphé fibreux, est molle, flexible et facilement dépressible.

Les avantages attribués à la nouvelle ceinture lui paraissent donc hypothétiques.

Si, comme le pense M. Gosselin, les appareils de ce genre agissaient seulement en refoulant en bas les intestins, qui de cette manière immobiliseraient l'utérus, le soulagement devrait être d'autant plus grand que la pression serait plus forte, et sous ce rapport le corset devrait amener un grand soulagement, puisqu'il exerce une forte pression sur les viscères abdominaux. Or c'est le contraire qu'on observe, car la plupart des femmes qui sont atteintes d'affections utérines ne peuvent supporter le corset; tout le monde sait qu'on a même accusé ce vêtement de faire naître les maladies en question. Dans ce cas, la pression s'exerce de haut en bas; si, au contraire, on presse de bas en haut et d'avant en arrière, comme le fait la ceinture hypogastrique, il y a un soulagement fréquent et quelquefois immédiat. L'opinion soutenue par M. Gosselin n'est donc pas satisfaisante, et la théorie de M. Monod paraît concorder mieux avec l'observation.

M. Boinet regarde comme incontestable le principe posé par M. Gosselin. Pour expliquer le soulagement amené par la ceinture hypogastrique, il compare cet appareil à ces larges ceintures que portent les individus qui se livrent à des efforts violents, et qui agissent seulement en diminuant la capacité de l'abdomen. La ceinture empêche le ballottement de l'utérus, et sa comparaison avec le corset n'est pas acceptable.

M. Gosselin. Quelle que soit la théorie, beaucoup de femmes sont soulagées par la ceinture. Quant à l'action du corset comme cause productrice de maladies utérines ou comme augmentant les douleurs chez les femmes qui en sont atteintes, voici ce qu'il a remarqué. Les malades peuvent être divisées en deux catégories : les premières ont des douleurs épigastriques, et ne peuvent supporter le corset; les secondes ressentent des souffrances dans l'hypogastre, et tout au contraire le corset les soulage.

La détermination du mode d'action des ceintures comprend deux questions : l'une de mécanique pure, qui est résolue très clairement par la statique et par l'expérimentation directe de la manière suivante : la ceinture, diminuant la capacité de l'abdomen, augmente la pression dans tous les sens, d'où il résulte que la masse intestinale presse, déprime, immobilise l'utérus.

La seconde question est toute clinique. Beaucoup de femmes qui portent la ceinture ne l'appliquent pas méthodiquement, de manière que la pression soit dirigée en haut et en arrière. Bien plus, quand le chirurgien a placé cet appareil régulièrement, les femmes ne s'en trouvent pas bien; alors elles le déplacent, le mettent d'une autre façon, et s'en trouvent mieux.

M. Debout reconnaît à la ceinture hypogastrique trois modes d'action qui s'associent pour calmer les douleurs : la compression sur la masse intestinale, l'immobilisation de l'utérus, la protection contre les secousses de l'effort. Si, comme le pense M. Velpeau, ces secousses étaient la seule cause des douleurs utérines que soulage l'appareil, on ne comprendrait pas que certaines femmes qui ne peuvent rester un seul instant dans la station verticale immobile puissent au contraire marcher sans peine, et en éprouver même du bien-être.

M. Morel-Lavallée s'arrête peu sur la partie théorique, qui lui paraît fort obscure. Mais relativement au côté pratique de la question, il demande à M. Monod sur quoi il fonde la supériorité de la ceinture de M. Pouillien. L'a-t-il vue agir mieux que les autres? A-t-elle réussi là où les bandages ordinaires avaient échoué?

M. Monod répond à ces diverses objections, et fait tout d'abord bon marché des théories. Il ne suffit pas, comme le pense M. Gosselin, d'immobiliser l'utérus, car une pression généralisée à toute la surface de l'abdomen soulage beaucoup moins qu'une pression circonscrite appliquée à la région hypogastrique. Tous les arguments logiques seraient contre l'emploi de la ceinture, qu'on ne pourrait nier qu'elle n'agisse très favorablement dans certains cas. Il faut donc y avoir recours, même empiriquement.

Il pense cependant, avec M. Debout, que la compression qu'elle exerce calme surtout l'élément névralgique, qui, d'après ce qu'il a observé, joue un rôle important dans les douleurs qui accompagnent les affections utérines. Comme il n'a employé que cinq ou six fois encore la ceinture de M. Pouillien, il ne peut pas motiver par un nombre suffisant de faits la préférence qu'elle mérite. Il l'a appliquée, il est vrai, avec succès dans des cas où les ceintures ordinaires avaient échoué; mais, en résumé, il n'est pas absolu, et ne l'adopte pas exclusivement, car il est peut-être des cas où l'appareil ancien réussirait mieux. L'expérience aura à se prononcer.

M. Chassaignac combat à son tour, à l'aide des données de la mécanique élémentaire, l'erreur qui attribue à la ceinture hypogastrique la propriété de soulever, de suspendre la masse intestinale. Toute force qui presse sur la paroi abdominale antérieure se décompose en deux forces secondaires : l'une antéro-postérieure, l'autre verticale. L'utérus est donc refoulé en bas. Quelle que soit l'explication du soulagement, rien ne peut détruire la théorie mécanique. C'est un raisonnement faux qui a fait nier l'évidence de ce fait. En effet, dit-on, l'utérus est déjà abaissé, et la ceinture soulage : donc elle n'agit pas en pressant sur lui, car si elle l'abaissait davantage elle augmenterait les douleurs.

M. Monod termine en montrant un bandage herniaire du même inventeur. Un mécanisme particulier permet de rendre l'axe de la pelote plus ou moins oblique sur la tige, et aussi de rétrécir ou d'élargir à volonté le demi-cercle que figurent le ressort et la pelote. Cette dernière, faite en bois de tilleul, exerce une pression très douce, et n'est point sujette à se détériorer.

— M. Morel-Lavallée présente les voies aériennes d'une femme adulte qui a succombé au croup. De fausses membranes s'étaient montrées d'abord sur le voile du palais, le pharynx; elles avaient envahi ensuite le commencement de l'œsophage, puis la trachée et les bronches; enfin elles s'étaient étendues jusque dans les plus petites ramifications bronchiques. Une de ces productions, de 6 pouces de long et d'un épaisseur considérable, fut détachée de l'arrière-gorge, partie à l'aide d'une cuiller, partie à la suite d'efforts de toux.

Le larynx, au contraire, renfermait peu de ces fausses membranes, et elles y étaient fort minces. La glotte était presque complétement libre. Les symptômes observés pendant la vie répondaient à ces dispositions anatomiques. L'air pénétrait bien dans le larynx, la voix et la respiration laryngo-trachéale étaient bien moins diminuées que dans le croup des enfants; mais l'air pénétrant de moins en moins dans les vésicules aériennes, le murmure respiratoire diminua peu à peu et disparut enfin. La malade s'éteignit par suite d'une sorte d'asphyxie. Le diagnostic du siége des fausses membranes et de la marche de la maladie était si précis, qu'il n'y avait pas à songer à la trachéotomie.

M. Chassaignac combat les conclusions de M. Morel. L'absence de murmure respiratoire et un degré même très prononcé de matité ne contre-indiquent pas l'opération. Suivre un tel principe exposerait à refuser à bien des malades la trachéotomie qui peut les sauver. Ces symptômes peuvent tenir à la présence d'un fausse membrane de la trachée qu'on peut enlever en opérant. La grande étendue des fausses membranes n'entraîne pas nécessairement la mort, puisque certains sujets ont rendu des productions de ce genre représentant la presque totalité de l'arbre aérien.

Il a, pour sa part, sauvé des malades alors même que la respiration vésiculaire manquait et que la matité était presque complète.

M. Morel-Lavallée ne rejette pas l'opération dans les conditions que M. Chassaignac vient d'énumérer; mais dans le cas actuel, lorsqu'il était bien évident que le larynx était libre d'obstacles, la trachéotomie eût été tout à fait inutile, et il s'applaudit de ne l'avoir point pratiquée.

Le mécanisme de la mort était ici très manifeste; l'ouverture de la trachée n'aurait empêché ni l'extension du mal dans les ramuscules bronchiques, ni les progrès de l'asphyxie.

M. Chassaignac répond qu'il a opéré dans un cas absolument semblable. La malade n'avait pas deux heures à vivre; elle n'a succombé que quatre jours plus tard. On avait donc gagné beaucoup de temps.

M. Guersant établit une distinction fondamentale entre le croup des adultes et celui des enfants. Ces derniers sont étouffés par les fausses membranes qui obturent le larynx; la parole disparaît, la toux est rauque, etc., etc. Chez l'adulte, il en est autrement; la scène se passe surtout dans les poumons, et les sujets s'éteignent lentement, par la cessation progressive de l'hématose pulmonaire.

La suffocation pulmonaire et la suffocation laryngée modifient beaucoup les indications de la trachéotomie. Quand la diphthérite est générale l'opération est inutile. Il approuve donc la conduite de M. Morel dans le cas actuel.

M. Gosselin fait remarquer que les succès de la trachéotomie ont été obtenus sur des enfants; mais que l'opération dans le croup des adultes est bien rarement heureuse.

— M. Depaul communique une observation très intéressante, avec pièce anatomique et dessin. Il s'agit d'oblitérations multiples de l'intestin. L'auteur donnera tous les détails de ce fait.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le vice-secrétaire, Arist. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 1er octobre 1854, M. Cazalas, médecin major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient, a été nommé médecin principal de 2e classe.

Ont été nommés à six emplois de médecin major de 1re classe les médecins majors de 2e classe dont les noms suivent :

MM. Heysch, des hôpitaux de la division de Constantine; Verdier, du 1er de zouaves; Tourny, du 25e de ligne; Bourguillon, des hôpitaux de l'armée d'Orient; Charles, du 15e d'artillerie à cheval; Panier, du bataillon de tirailleurs indigènes d'Alger.

A sept emplois de médecin major de 2e classe, les médecins aides-majors de 1re classe dont les noms suivent :

MM. Pillet, des hôpitaux de la division d'Alger; Bonnal, de l'hôpital de Toulon; Dziewonski, des hôpitaux de la division d'Alger; Liard, des hôpitaux de l'armée d'Orient; Lefebvre, de l'hôtel impérial des Invalides; Rollinger, des hôpitaux de la division d'Alger; Jobert, des hôpitaux de l'armée d'Orient.

— M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital des Enfants Trouvés, vient d'être nommé chirurgien de Lourcine.

— La distribution des amphithéâtres de l'Ecole pratique aura lieu samedi prochain, 28 octobre, à midi précis, dans la grande salle de la Faculté de médecine.

— L'état sanitaire de l'armée expéditionnaire de la Crimée est assez bon. Le choléra, qui s'était développé quelques jours après la bataille d'Alma, n'a pas fait de nouveaux progrès. On évacue peu de malades sur Constantinople et sur Varna, ce qui est d'un très bon signe.

En Grèce, le choléra a presque complétement disparu d'Arta, de Janina, de Tinos, Paros et Antoparos, où il sévissait encore dans la dernière quinzaine de septembre.

— Erratum. — L'auteur du feuilleton inséré dans notre dernier numéro se nomme M. Menault et non *Monault*, comme on l'a imprimé par erreur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Eléments de chirurgie opératoire (1re partie), ou Traité pratique des opérations; par Alphonse Guérin, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société de chirurgie, ancien aide d'anatomie à la Faculté, et prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux. Un vol. in-18 avec plus de 250 figures intercalées dans le texte, dessinées par Léveillé, gravées par Badoureau. — Prix de l'ouvrage complet : 7 fr. 50 c. — L'ouvrage se continue sans interruption. La seconde partie, payée à l'avance, sera livrée aux souscripteurs à la fin de décembre prochain. — En vente, à la librairie Chamerot, rue du Jardinet, 13.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 127. — JEUDI 26 OCTOBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 127. — JEUDI 26 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE (M. Chassaignac). Recherches sur la nature de l'ophthalmie pseudo-membraneuse, précédées de quelques remarques anatomiques et physiologiques sur les yeux des enfants nouveau-nés. — Luxation de l'humérus. Inhalation de chloroforme. Réduction facile. — Dégénérescence graisseuse des muscles volontaires. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 24 octobre. — Suite de la discussion sur le cancer.

PARIS, LE 25 OCTOBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion, qui semblait presque tomber dans la séance du 17, s'est relevée dans la séance d'hier avec une nouvelle vigueur. M. Robert, dans un discours fort bien fait, et qui a occupé presque toute la séance, s'est attaché à faire ressortir les avantages que le diagnostic pourrait retirer de l'examen microscopique des tumeurs. Il pense qu'il est un grand nombre de tumeurs qui ne sauraient être distinguées au lit du malade aussi nettement, aussi facilement que les assertions de M. Velpeau tendraient à le faire croire. Il ajoute que, dans ces cas douteux, le microscope peut rendre le plus grand service.

Ainsi dans la tumeur de nature douteuse présentée par M. Velpeau à la séance précédente, trois micrographes, MM. Robin, Verneuil et Houel, ont trouvé exactement les mêmes éléments : point de cellule cancéreuse, au contraire une matière amorphe interposée entre des granulations mammaires hypertrophiées. Tous trois ont été unanimes pour indiquer ces caractères ; la tumeur n'est plus de nature douteuse, omme l'a dit M. Velpeau, c'est une tumeur bénigne. Qui oserait dans ce cas douter de l'utilité du microscope? Ce résultat paraît avoir vivement impressionné l'Académie, et, quoique M. Robert ait fait l'aveu de son incompétence en observation micrographique, il n'en a pas moins défendu vigoureusement les nouvelles doctrines.

M. Robert a-t-il été aussi heureux quand il a traité de la curabilité du cancer ? Il a cité un fait qui n'a pas laissé de faire sensation. Il s'agit d'un cas cité par M. Velpeau et rapporté dans son ouvrage comme exempt de récidive, tandis que le hasard a appris à M. Robert que la malade était morte l'année dernière en état de récidive. M. Robert n'a pas voulu certainement mettre en suspicion la bonne foi de M. Velpeau, mais il a voulu faire ressortir ce point, à savoir : que même dans les cas où la guérison était considérée comme définitive, il pouvait, après un laps de temps considérable, survenir des accidents de repullulation.

M. Leblanc a pris la parole après M. Robert, et s'est posé aussi en défenseur du microscope. Il a lu un certain nombre d'observations dans lesquelles il démontre que quelques tumeurs qui lui paraissaient à l'examen clinique tout à fait bénignes avaient repullulé. L'examen microscopique lui a appris que ces tumeurs étaient de nature cancéreuse. Il conclut donc à l'insuffisance des caractères cliniques, et il pense que ces caractères, joints à ceux qui peuvent être constatés par le microscope, doivent conduire à un diagnostic beaucoup plus exact.

Des pièces fort intéressantes, et qui semblent se multiplier chaque semaine pour éclairer la question, ont été présentées, l'une par M. Barth, plusieurs autres par M. Velpeau. La première est une tumeur ayant tous les caractères apparents de l'encéphaloïde, moins le suc cancéreux, et dans laquelle on a trouvé des éléments fibro-plastiques. Cependant un seul micrographe sur trois a trouvé quelques cellules cancéreuses. Cette tumeur a été considérée comme appartenant à la classe des tumeurs fibro-plastiques, mais de la plus mauvaise espèce.

Les pièces présentées par M. Velpeau ont trait à des tumeurs cancéreuses diagnostiquées au lit du malade, et qui n'ont point été soumises à l'examen micrographique. Malgré l'absence de concours du microscope dans ce cas, M. Velpeau insiste sur la certitude de son diagnostic, qu'il considère comme étant complétement irrécusable.

Cette dernière assertion a été l'objet d'une protestation de M. Gerdy, qui ne voit pas là tous les éléments nécessaires pour légitimer une affirmation aussi positive. — Dr A. Jamain.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Recherches sur la nature de l'ophthalmie pseudo-membraneuse, précédées de quelques remarques anatomiques et physiologiques sur les yeux des enfants nouveau-nés.

Voici résumées en quelques mots les remarques que nous avons eu occasion de faire en étudiant l'ophthalmie pseudo-membraneuse sur les yeux des enfants nouveau-nés :

1° Le sentiment de la protection de l'œil par les paupières paraît beaucoup moins développé chez l'enfant nouveau-né que chez l'adulte et chez les autres enfants, à mesure qu'ils s'éloignent du moment de la naissance ; rien de plus fréquent, par exemple, que de voir les nouveau-nés, pendant qu'ils sont soumis à l'action de la douche oculaire, ouvrir spontanément les paupières et recevoir le jet du liquide directement sur la cornée et sur la conjonctive sans manifester d'agitation ni de douleur. Jamais une pareille facilité à ouvrir spontanément les paupières sous l'action de la chute d'un liquide ne s'observe chez l'adulte et chez les autres enfants. Et il ne faudrait pas donner pour raison à cette tolérance de l'œil qu'elle tient à ce que les nouveau-nés ne voient pas, car nous avons précisément répété plusieurs fois l'expérience sur des enfants aveugles, qui ne pouvaient par conséquent être prévenus par l'acte de la vision de la menace du corps étranger ; or ils offraient la susceptibilité qu'on observe habituellement dans les cas de contact d'un liquide avec la surface de l'œil.

Cette tolérance au contact des corps étrangers est une circonstance que nous ne devons pas perdre de vue dans l'étude de l'ophthalmie diphthéritique. Elle nous explique comment l'œil de l'enfant, au moment de la naissance, peut être contaminé par des produits morbides appartenant aux organes génitaux de la mère, les paupières ne protégeant pas avec exactitude la surface de l'œil.

2° Une autre particularité qui nous a frappé dans l'examen des yeux des enfants peu de temps après la naissance, c'est le peu d'abondance de la sécrétion lacrymale et l'espèce de sécheresse qui s'observe à la surface de la cornée quand on écarte les paupières pour apercevoir le miroir de l'œil. C'est encore là, suivant nous, l'une des circonstances qui favorisent l'action des produits contagieux ; car, avec une sécrétion lacrymale abondante, il y aurait plus de chances pour qu'ils fussent expulsés de l'œil avec les larmes et diminués dans leur concentration par leur mélange avec celles-ci, tandis que cette espèce de sécheresse de l'œil est une condition favorable à l'action du produit contagieux.

3° Chez les enfants nouveau-nés, il nous a semblé que la chambre antérieure de l'œil contenait relativement une quantité très peu considérable de liquide.

4° Les cercles les plus concentriques de l'iris au pourtour de la pupille sont d'une teinte beaucoup moins foncée que les cercles qui se rapprochent de la grande circonférence, et présentent une coloration grisâtre. Il y aurait d'intéressantes recherches à faire concernant l'action de la belladone sur la pupille des enfants nouveau-nés, surtout au point de vue de l'obstacle que la persistance de la membrane pupillaire pourrait apporter à la dilatation.

Malgré les savants efforts qui ont été tentés pour arriver à une bonne description de l'ophthalmie des nouveau-nés, le fait de la pseudo-membrane ayant échappé, il y a une lacune qui frappe de stérilité et d'inexactitude les résultats obtenus. Cette lacune consiste dans l'absence des désignations indispensables pour distinguer les cas d'ophthalmie pseudo-membraneuse de ceux d'ophthalmie catarrhale plus ou moins intense. Ainsi, sur les 446 observations que nous avons recueillies d'ophthalmies chez des nouveau-nés, nous n'avons rencontré que 106 cas d'ophthalmie pseudo-membraneuse ; nous avons trouvé, d'autre part, 216 cas d'ophthalmie purulente non pseudo-membraneux et 76 cas d'ophthalmie catarrhale.

Que serait-il arrivé si nous eussions pris en bloc toutes ces observations ? Précisément ce qui est arrivé à des auteurs, du reste très consciencieux, mais qui ne connaissaient point le fait de la pseudo-membrane et qui ont déduit leurs moyennes statistiques sur des rapprochements éminemment contestables. Aussi, rien de moins démontré que l'exactitude des assertions puisées à une pareille source. Il fallait opérer sur des tableaux renfermant, d'une part, des cas d'ophthalmie exclusivement pseudo-membraneuse ; d'autre part, des cas d'ophthalmie purulente sans fausses membranes, et ne conclure que sur des groupes d'observations parfaitement homogènes. C'est ce que nous avons fait, et c'est, à notre avis du moins, la seule marche qui puisse conduire à la vérité.

A défaut de toute autre preuve, nous rappellerions qu'on a décrit les papules parmi les complications de l'ophthalmie purulente. Eh bien, je déclare que, d'après mes observations, jamais je n'ai rencontré cette complication dans les cas d'ophthalmie pseudo-membraneuse.

Demeurée inconnue jusqu'au jour où nous fûmes chargé d'un service chirurgical à l'hospice des Enfants-Trouvés, la nature de l'ophthalmie des nouveau-nés nous eût échappé peut-être, comme à nos devanciers, si le traitement même que nous dirigeâmes contre cette affection ne nous eût pas révélé de la manière la plus évidente l'existence de la pseudo-membrane.

Lorsqu'en effet on dirige, chez un enfant atteint d'ophthalmie purulente et dont les paupières ont été préalablement écartées, un courant d'eau sur la conjonctive, le premier effet de la douche est de balayer les matières liquides purulentes ou mucoso-purulentes qui baignent la surface de la muqueuse. Ce lavage une fois accompli, si l'on continue l'action de la douche, on s'aperçoit, au bout d'un certain temps, qu'il reste sur la conjonctive une toile fine, transparente, dont l'irrigation commence à détacher les bords. Prolongez encore l'action du courant d'eau, et la membrane, d'abord demi-transparente, devient opaque et d'autant plus épaisse que la douche est plus prolongée. Après dix ou douze minutes, en général, on parvient ainsi, par la seule action de l'eau, à détacher la pseudo-membrane. Si elle adhère encore par quelques points à la conjonctive, il suffit de la saisir par ses bords avec des pinces pour l'enlever tout d'une pièce, pourvu toutefois que le décollement ait lieu d'une manière graduelle et de proche en proche; autrement elle se déchire et on ne l'obtient que par lambeaux.

Ainsi, le moyen de traitement est en même temps le moyen d'investigation, et la douche qui aide à extraire la pseudo-membrane sert aussi à la faire reconnaître.

Quelques objections, plus spécieuses que fondées, ont été, dans le principe, dirigées contre la pseudo-membrane. On a dit que ce que l'on prend pour une fausse membrane n'est peut-être que de l'épithélium qui s'est détaché de la conjonctive. On arguait de ce qui se passe dans les phlegmasies des muqueuses intestinales, quand ces membranes se dépouillent de leur épithélium. Cette opinion ne pouvait résister à l'examen sérieux et attentif des faits. Ce ne sont pas, en effet, des débris de membrane qu'on détache de la conjonctive à l'aide de la douche, ce sont des membranes entières couvrant une étendue plus ou moins considérable de la surface oculo-palpébrale, et qui d'ailleurs n'ont rien de commun avec l'épithélium. Voici quels ont été, à cet égard, les résultats fournis par le microscope ;

« Les productions pseudo-membraneuses provenant de l'oph» thalmie purulente des nouveau-nés, examinées par M. Lebert, » étaient composées de fibrine coagulée sous forme striée et granu» leuse, et emprisonnant dans la substance une multitude de glo» bules de pus que la macération dans l'eau rend plus évidents, et » dont l'acide acétique fait bien voir les noyaux. On trouve, en » outre, à la surface de la concrétion pseudo-membraneuse une » couche de pus liquide dans lequel se voient les globules de pus » les mieux caractérisés, ayant la même forme, les mêmes dimensions, les mêmes noyaux que dans le pus de l'adulte. »

L'existence de la pseudo-membrane se trouve ainsi démontrée cliniquement et microscopiquement à la fois. Le caractère diphthéritique est donc le fait fondamental de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, et toute observation dans laquelle la pseudo-membrane n'aura pas été vue et constatée doit être considérée comme ne pouvant servir de base à la description de la maladie qui nous occupe.

M. Gruby, en présence de plusieurs médecins étrangers, au nombre desquels se trouvaient MM. Schulz et Danielsen, a fait sur la pseudo-membrane des recherches pleines d'intérêt. Il a soumis d'abord au microscope la sécrétion plastique, ordinairement de couleur citrine, qui précède la formation de la pseudo-membrane et qui en est l'élément primitif. Il a trouvé, avec un grossissement de huit cents diamètres, que ce liquide était composé de rares filaments de fibrine, de la partie séreuse du sang et de quelques globules purulents. Il a ensuite examiné une première pseudo-membrane jaunâtre, peu adhérente, qui a présenté des filaments de fibrine s'entrecoupant sous différents angles et emprisonnant dans leur trame des globules de pus.

Quelques minutes après, une membrane de deuxième formation, bien lavée, a été enlevée avec des pinces de la surface de la même muqueuse palpébrale, et placée dans le champ de l'instrument. Tout à fait débarrassée des globules purulents, elle n'a laissé voir qu'une trame fibrineuse organisée. Ainsi, la production inflammatoire qui dans la première période de l'ophthalmie purulente recouvre la face interne des conjonctives est bien une pseudo-membrane.

Il est donc aujourd'hui parfaitement démontré que chez un certain nombre de nouveau-nés atteints d'ophthalmie purulente il existe une véritable membrane couenneuse analogue à celle que la diphthérite nous présente dans d'autres organes.

Nier l'existence de ce fait serait quelque chose d'aussi déraison-

nable que de contester l'existence de la peudo-membrane dans l'angine couenneuse. Nous n'insisterons donc pas autrement pour démontrer un fait qui ne saurait échapper à aucun observateur attentif. Tous ceux qui ont suivi nos visites, soit à l'hospice des Enfants-Trouvés, soit à l'hôpital Saint-Antoine, ont été à même de confirmer par leur propre examen l'exactitude. de ce que nous avons avancé à ce sujet. Quant à ceux qui ne savent pas distinguer deux maladies aussi dissemblables que l'ophthalmie catarrhale et la diphthérite oculaire, nous les laisserons sous le poids de leurs propres dénégations.

Nous ajouterons que la diphthérite conjonctivale est le seul phénomène qui puisse fournir un caractère propre à l'ophthalmie des nouveau-nés, par la raison que les ophthalmies purulentes non diphthéritiques qui s'observent chez les enfants vers l'époque de la naissance n'offrent pas de différence essentielle d'avec les autres ophthalmies purulentes qui peuvent se présenter aux divers âges de la vie.

Maintenant voulons-nous dire que toute ophthalmie purulente chez les nouveau-nés n'est possible qu'à la condition de présenter le produit diphthéritique? Telle n'est pas notre pensée, puisque sur un total de 446 observations recueillies dans un espace de dix-huit mois à l'infirmerie ophthalmique des Enfants-Trouvés de Paris, nous ne trouvons la pseudo-membrane notée d'une manière précise et avec des détails suffisants que dans 106 de ces observations, et ce sont celles qui ont servi de base au travail que nous publions aujourd'hui.

Le fait de la présence de la pseudo-membrane est quelque chose de tellement frappant, qu'il nous paraît bien difficile qu'il ait échappé complétement avant nous à l'attention de tous les observateurs. Encore qu'il n'y ait aucune trace, aucune indication relative à ce fait dans les traités d'ophthalmologie ou les monographies publiées jusqu'à ce jour, nous ne pouvons croire qu'une pareille circonstance n'ait encore été constatée par personne. Mais du moins faut-il croire que ceux qui auraient pu l'observer n'auront rien compris à ce qu'ils avaient sous les yeux; n'ont donné aucune analyse, soit anatomique, soit chimique, soit microscopique du produit membraneux; qu'ils n'en ont tiré aucune conséquence utile pour la pratique; qu'ils n'ont fait aucune description générale portant sur un nombre convenable d'observations détaillées. En un mot le fait de la pseudo-membrane, s'il a été aperçu par quelqu'un avant nous, ce n'a été qu'une rencontre fortuite, une espèce de trouvaille, et non une découverte utile à la science.

Du reste, il faut bien savoir que l'immense majorité des praticiens, même de ceux qui ont une clientèle fort étendue, peuvent très bien passer une grande partie de leur carrière sans être à même d'observer un seul cas d'ophthalmie pseudo-membraneuse. Tous ont vu des ophthalmies catarrhales, presque tous ont observé chez l'enfant nouveau-né des ophthalmies purulentes non diphthéritiques. Mais cette dernière forme de l'ophthalmie peut fort bien ne jamais s'être présentée à eux et a dû nécessairement être confondue par eux avec l'ophthalmie purulente non diphthéritique jusqu'à l'époque où nos recherches ont été publiées et commentées dans les divers organes de la publicité médicale (*Bull. de thérap.*, 15 et 30 septembre 1847. — *Ann. de thérap. et de toxicologie*, septembre 1847, p. 220. — Société de chirurgie, séance du 8 septembre 1847. — *Annales d'oculistique* de Cunier, t. XVIII, p. 279. — *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1847. — *Union médicale*, numéros des 9 et 11 septembre 1847, travail de M. Laborie. — Même journal, numéros des 16, 18, 20 et 23 novembre 1847, travail de M. Rieux).

Quelques chiffres vont nous aider à justifier ce qui vient d'être exposé plus haut touchant la rareté des faits d'ophthalmie pseudo-membraneuse qu'un même praticien peut avoir l'occasion d'observer quand il n'est pas à la tête d'un service où viennent se concentrer les affections oculaires prises sur une population énorme d'enfants nouveau-nés.

Sur un chiffre d'à peu près 6,000 enfants nouveau-nés, nous avons eu 446 ophthalmies; et sur ces 446 cas nous avons compté 106 ophthalmies pseudo-membraneuses. Or il faut remarquer que la population infantile sur laquelle ce chiffre a été relevé est précisément celle sur laquelle les causes de diphthéritisme sévissent d'une manière toute spéciale.

On conçoit dès lors que dans la pratique ordinaire on puisse passer de longues années sans avoir l'occasion d'observer un seul cas d'ophthalmie pseudo-membraneuse. C'est sans doute à cette circonstance que sont dues les assertions si étrangement contradictoires que l'on rencontre dans les traités généraux et dans les monographies ophthalmologiques. Ici l'on nous affirme que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés n'est pas très grave; là on avance que cette ophthalmie peut désorganiser l'œil complétement dans un espace de quelques heures, et que le sujet qui conserve la vue après une telle affection doit s'estimer très heureux. Ici on exalte les heureux effets d'une médication évidemment insignifiante; un peu plus loin on ne croit pas pouvoir accumuler de moyens trop énergiques contre un mal si redoutable. Il faudrait douter du bon sens des écrivains si on ne s'expliquait des oppositions aussi étranges, si l'on ne savait que les histoires générales qu'on possède encore aujourd'hui de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés ont été faites sur un mélange informe d'observations dans lesquelles on a confondu les formes les plus différentes de l'ophthalmie infantile.

LUXATION DE L'HUMÉRUS.

Inhalation de chloroforme. — Réduction facile.

Par M. le docteur A. LEGRAND.

Je ne suis pas seulement le rédacteur de cette observation, *j'en suis le sujet*. Cette circonstance me fait espérer qu'elle aura un intérêt de plus pour les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, qui y trouveront ainsi une appréciation de l'action du chloroforme faite par un médecin.

Le 7 de ce mois, je fus lancé hors d'une voiture sur la voie publique. J'atteignis le sol horizontalement, de manière que mon épaule droite porta d'abord, et ensuite la hanche du même côté. Quand je me relevai, je trouvai mon bras étendu le long de mon corps, et je ressentis une douleur extrêmement vive dans l'articulation. Je fus ramené immédiatement chez moi, et mon médecin et ami, M. le docteur Duhamel, que j'avais fait appeler de suite, reconnut une luxation sous-coracoïdienne de la tête de l'humérus. M. le docteur Maisonneuve, que j'avais aussi fait prier de venir près de moi, porta le même diagnostic. En effet, on voyait au-devant du moignon de l'épaule une saillie très marquée, et au-dessous de la voûte acromiale un aplatissement complet du deltoïde. Il m'était en outre impossible de lever le bras, encore plus de le porter en arrière.

M. Maisonneuve me proposa le chloroforme. Si j'accédai à sa demande, ce fut plutôt par cette considération qu'il me fit valoir, de la facilité qu'il trouverait à réduire la luxation, que par celle de l'absence de toute douleur; quoique celles que j'éprouvais fussent assez vives pour me tenir dans un état d'imminence continuelle de syncope, et que je dusse redouter qu'elles ne fussent encore augmentées au moment des manœuvres nécessaires pour la réduction.

J'étais couché; M. Maisonneuve me jeta sur la figure un mouchoir de batiste, dans un des coins duquel il avait placé une éponge abondamment imbibée de chloroforme, et il me recommanda de respirer largement. Ce que je fis, quoique cette impression de vapeurs alcooliques me fût désagréable.

Je ne tardai point à éprouver quelques nausées, qui ne laissèrent pas que de m'inquiéter; puis je vis des *milliers d'étoiles* qui me semblaient pénétrer dans mon cerveau par mes yeux, par mes oreilles, par mes narines, par ma bouche; puis je ne vis plus rien, je ne sentis plus rien, je n'entendis plus rien!

Je crois que toutes ces sensations se sont succédé plus rapidement que je n'ai mis de temps à les exprimer.

J'ignore ce que je suis resté de temps dans cet *anéantissement complet de mon existence*. Mais ce que je sais, c'est que, lorsque je revins à moi, je ne souffrais plus et j'avais tout oublié. Je ne me rappelai pas pourquoi j'étais couché; je vis avec plaisir à mon chevet la figure bienveillante d'un ami, celle de M. Duhamel, mais je ne m'expliquai pas sa présence, et le souvenir de ce qui m'était arrivé ne me revint que lorsque M. Maisonneuve m'eut dit : Eh bien! votre épaule est remise! J'y portai la main gauche, et je sentis en effet que tout était bien en place. Alors M. Duhamel me fit observer que la luxation avait été réduite, non-seulement sans douleur pour moi (ce que je savais fort bien), mais sans aide, sans efforts, sans que l'habile chirurgien qui était si obligeamment et si promptement venu à mon secours ait à peine tiré d'une main sur le bras et à peine repoussé avec l'autre la tête de l'os dans sa cavité, à ce point qu'il lui avait semblé, ajoutait M. Duhamel, que la luxation s'était pour ainsi dire *réduite toute seule spontanément*.

Peu de temps après être revenu à la connaissance, j'eus quelques vomissements bilieux; je ressentis encore quelques légères douleurs dans l'épaule, quoiqu'un bandage de corps l'eût condamnée à l'immobilité. Ces symptômes se dissipèrent rapidement, et le soir même de l'accident je pus écrire à des amis absents pour les tranquilliser.

Le lendemain je repris mes occupations en tenant mon bras en écharpe; mais dès le surlendemain je pus me passer de cette précaution.

Aujourd'hui 14, huit jours après l'événement, je ne ressens plus dans l'épaule droite qu'un peu de faiblesse et de légères douleurs quand je veux faire de grands mouvements, surtout si je me risque à les faire brusquement.

DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES MUSCLES VOLONTAIRES,

Par M. le docteur MÉRYON.

OBS. I. — G. P..., né en mars 1834, d'une santé bonne en apparence, apprit très tard à marcher; tous les mouvements s'exécutaient avec quelque difficulté. A partir de l'âge de huit ans, le malaise augmente malgré l'emploi d'un lit orthopédique continué pendant un certain temps avec un succès peu durable. A onze ans, l'enfant ne peut plus se tenir droit. Plusieurs sections tendineuses sont essayées et ne produisent que des résultats insignifiants.

Quand le docteur Méryon vit le malade pour première fois, en 1848, la force musculaire des membres supérieurs avait déjà diminué, quoique le volume des muscles et de tout le corps fût resté le même. Une médication fortifiante, le séjour au bord de la mer, un régime tonique, furent essayés inutilement. Les muscles perdaient de plus en plus leur mouvement. En décembre 1850, paralysie des muscles de la déglutition, soif vive, dégoût des aliments, respiration et peau froides, haleine fétide, pouls à 120, urine trouble. L'intelligence est intacte jusqu'au 19 décembre, jour qui précède la mort.

Autopsie, 22 heures après la mort. — Amaigrissement général, surtout des extrémités inférieures; hypérémie du cerveau et de la moelle, par des lésions des organes internes. Les muscles volontaires de tout le corps sont atrophiés, mous, presque exsangues. Les fibres musculaires persistent, mais elles ont une couleur d'un jaune rougeâtre sale. Le microscope montre que les fibres striées, les fibres propres sont remplacées par des globules graisseux; le sarcolemme est détruit.

Un frère plus jeune de quatre ans succomba à la même maladie à peu près au même âge que son aîné. L'affection eut seulement une marche un peu plus aiguë; car à neuf ans l'enfant pouvait encore faire quelques promenades à pied. Un an et demi plus tard il était incapable non-seulement de marcher, mais de se tenir debout, et bientôt même de mouvoir les bras.

Un troisième frère, paraissant parfaitement constitué pendant les premiers mois de sa vie, fut atteint d'accidents qui n'étaient pas sans analogie avec les précédents vers l'âge de cinq ans. Son état s'est d'ailleurs amélioré, et il est actuellement dans une condition moins défavorable.

Enfin, un quatrième enfant, âgé de trois ans, a les extrémités inférieures déformées par un gonflement notable et de nature à inspirer des inquiétudes. Ces quatre garçons ont seuls, dans la famille, été ainsi malades. Les six sœurs n'ont pas présenté le moindre symptôme d'une semblable affection.

OBS. II. — La femme D..., de constitution délicate, avait été presque constamment malade avant son mariage; elle a fini par succomber à la suite d'une péritonite provoquée par la paracentèse d'un kyste ovarique. Son fils aîné, venu au monde pendant que la mère était très souffrante, fut allaité moitié par sa mère, moitié par des nourrices. A l'âge de trois ans, il ne pouvait se tenir debout. La croissance paraissait complétement arrêtée. Au bout d'un an, l'enfant recommença à grandir un peu, mais resta débile. Un frère plus jeune présenta les mêmes caractères. Ni l'un ni l'autre ne pouvait courir, sauter, se livrer aux jeux de leur âge. A l'âge de neuf ans, on constata l'existence de la maladie décrite dans l'observation précédente, seulement les extrémités supérieures furent les premières atteintes; la débilité musculaire était surtout évidente quand ils essayaient de monter un escalier. Le mal fit des progrès continus. L'aîné mourut d'une pneumonie morbilleuse. Les poumons étaient hépatisés, sans tubercules; les muscles volontaires avaient gardé leur structure fibreuse, mais ils étaient mous et de couleur jaunâtre.

Le docteur Méryon, qui rapporte ces deux faits dans le t. XXXV des *Transactions médico-chirurgicales*, rappelle un exemple analogue publié par Farish et Partridge (*London Gaz.*, 1847). L'état graisseux des muscles était surtout prononcé dans le deltoïde et le sterno-cléido-mastoïdien. Les fils seuls avaient été affectés, tandis que leurs deux sœurs étaient d'une santé parfaite. Le docteur Méryon a eu encore l'occasion d'observer un fait semblable, mais la nature de l'altération n'a pas été constatée par l'autopsie. Il s'agit de deux frères dont les forces diminuèrent graduellement à partir de l'âge de douze ans, et qui à vingt-cinq ans étaient réduits à une impotence absolue. Un troisième frère fut pareillement malade, tandis que leur sœur n'éprouvait rien de comparable.

La dégénérescence graisseuse des muscles a été déjà l'objet d'un certain nombre de travaux, et les exemples que nous venons de citer n'ajoutent que peu de chose à nos connaissances sur la lésion anatomique. L'enseignement le plus curieux, c'est certainement la constatation que fournissent les faits, ainsi rapprochés, d'une prédisposition héréditaire exclusivement limitée aux enfants mâles. On avait déjà indiqué une particularité du même ordre relativement au rachitisme qui dans certaines familles où il se transmet par hérédité n'atteindrait que les enfants du même sexe.

Pour ceux qui voudraient étudier la dégénérescence graisseuse sous un autre point de vue, nous indiquerons ici quelques publications récentes : un mémoire du docteur Michaelis sous ce titre : *De la résorption des exsudations solides transformées en graisse dans les trois stades de la tuberculisation, de la saponification et de l'état calcaire*. L'auteur conclut d'expériences et de recherches chimiques que la tuberculisation est le premier degré de la dégénérescence graisseuse, que les dépôts de fibrine coagulée ne sont pas susceptibles d'organisation, mais qu'ils sont soumis, comme tous les corps étrangers, aux lois chimiques, qu'ils se tuberculisent; enfin que la transformation calcaire n'est autre chose que le résultat d'une décomposition chimique, le phosphate de chaux cessant d'être soluble et résorbé parce que l'ammoniaque est devenu libre.

Un travail du docteur Mettenheimer, inséré dans le journal de Vierordt (*Archiv. f. phys. Heilk.* 1853) et intitulé *De la métamorphose graisseuse*, contient trois observations, l'une de cancer de la mamelle avec transformation graisseuse des cellules du cancer, l'autre de dégénérescence graisseuse des os, des muscles et de l'épiderme d'une vieille femme; la troisième d'une dégénérescence graisseuse du muscle buccinateur.

Enfin nous indiquerons encore une brochure de Barlow (*On fatty degeneration*), où l'auteur s'applique à prouver que, parmi les principes élémentaires des tissus organiques, la graisse occupe la dernière place et se substitue à des tissus d'un degré plus élevé quand ceux-ci, par une cause quelconque, ne se peuvent plus former. La dégénérescence graisseuse serait donc dans cette théorie une des formes de l'atrophie. (*Archiv. de méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 octobre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Epidémies. — 1° Un rapport de M. le docteur Autellet, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Civray, sur une épidémie d'angines scarlatineuses qui a régné depuis le mois de février 1851 jusqu'au mois d'août 1852 dans le canton de Civray (Vienne).

Eaux minérales. — 2° Des rapports sur les eaux minérales d'Avène (Hérault), par M. Lavy, de Bagnols (Lozère); par M. Chevalier, de Plombières (Vosges); par M. Sibille, de Montmirail (Marne); par M. Millet, d'Ussat (Ariége); par M. Vergé, de Barbotan (Gers); par

M. Peyrocave, de Sail-lez-Bains (Loire); par M. Bellety, de Vic et de Chaudesaigues; par MM. Cavaroc et Dufraisse, de Chassaigne.

3° Quatre lettres relatives à des remèdes proposés contre le choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Martin, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Arles, adresse le tableau des cholériques civils et militaires traités à cet hôpital en 1854, du 15 au 30 juin.

— M. Richard, de Fontenay-le-Comte (Vendée), annonce à l'Académie que grâce à un traitement qu'il fera connaître il a constamment réussi dans 40 cas de choléra confirmé, dont vingt-sept des plus graves.

— M. Pitancier de Monsigny, de Madon près Blois, adresse une note relative à l'étiologie et au traitement du choléra.

Rétrécissement de l'urètre. — M. Le Roy-d'Étiolles adresse un mémoire intitulé *Méthode éclectique et rationnelle de traitement des rétrécissements de l'urètre*. (Commissaires : MM. Jobert, Huguier, Robert.)

Tumeur mélanique. — M. Heurteloup communique la relation d'une tumeur mélanique du sein droit datant de neuf années. Il y avait sept cavités mélaniques séparées par du tissu fibreux mélangé de matière pultacée. L'amputation a été pratiquée. La malade est guérie depuis onze mois. Pas de récidive.

Érigne à ravivement. — M. Mathieu présente un instrument dit érigne à ravivement qu'il a construit pour M. le docteur Chassaignac. Cet instrument, qui a été imaginé pour pratiquer l'avivement d'une fistule vésico-vaginale offrant de grandes difficultés, peut être applicable à tous les cas et peut également servir à l'abaissement et à l'amputation du col de l'utérus, etc.

Il consiste en un faisceau de six érignes supportées par un tube et tendant à s'épanouir en cercle aussitôt qu'elles cessent d'être maintenues rapprochées. Leur rapprochement s'opère au moyen d'une canule, qui, lorsqu'elle est poussée en avant, les ramène centralement, et qui les laisse s'écarter spontanément aussitôt qu'elle est refoulée en arrière. Au centre de l'appareil existe une tige terminée par un bouton qui a le double usage :

1° De protéger les parties en présentant une extrémité mousse;

2° D'augmenter l'écartement des érignes, de les rendre plus stables et d'une implantation plus solide.

Prophylaxie du choléra. — M. le docteur Prosper de Pietra Santa donne à l'appui de sa première communication du mois d'août les observations et les documents qu'il a recueillis aux Madelonnettes, à l'effet de démontrer l'efficacité des mesures préventives et prophylactiques contre le choléra-morbus.

Quatre conclusions résument le travail de notre honorable confrère :

1° L'épidémie cholérique actuelle a été précédée d'une constitution médicale particulière (trouble des fonctions gastro-entériques, avec tendance à l'adynamie).

2° La diarrhée dite prémonitoire s'est montrée presque constamment. Elle n'a pas fait défaut dans 29 cas de cholérine; elle a manqué deux fois sur les 12 cholériques observés.

3° La médication symptomatique, rationnelle, déduite de l'étude clinique de la constitution médicale et des idiosyncrasies particulières, nous a donné d'excellents résultats (ipécacuanha au début, bains d'air chaud, potions stimulantes et diacodées, boissons glacées, sinapismes dans la période de réaction, quelques ventouses et du sulfate de quinine associé à l'extrait thébaïque).

4° Il est possible de prévenir la manifestation cholérique par l'application immédiate, intelligente et bien entendue des lois de l'hygiène publique et de la prophylaxie privée.

Aux Madelonnettes, sur 2,186 individus entrés dans la prison du 1er septembre 1853 au 1er octobre 1854, 517 ont subi l'influence de l'épidémie à des degrés divers.

1er degré.	Embarras gastrique.	308
2e »	Diarrhée.	168
3e »	Cholérine.	29
4e »	Choléra.	12
		517

Cette disproportion entre les chiffres 517 et 12 n'est-elle pas de nature à démontrer notre thèse de la manière la plus péremptoire?

Nota. — Pendant les huit mois de l'épidémie de 1849, il y a eu aux Madelonnettes, sur 1,100 prisonniers, 49 cas de cholérine et 19 cas de choléra algide (12 morts, 7 guérisons).

— M. Haime, correspondant de l'Académie à Tours, est présent à la séance.

DISCUSSION.

Cancer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer. La parole est à M. Robert.

M. ROBERT. Dans la courte allocution que j'ai déjà prononcée, je me suis surtout placé sur le terrain de la pratique; aujourd'hui je suivrai encore cette voie; c'est par des arguments empruntés à la clinique elle-même que je chercherai à démontrer l'utilité des distinctions établies par le microscope, au maniement duquel je suis personnellement étranger, mais qui dans maintes circonstances où je l'ai consulté a répandu la lumière et la certitude sur des faits obscurs et mal déterminés.

Avant d'entrer en matière, je veux examiner quelques faits qui ont été produits, et répondre en particulier à plusieurs points du discours de M. Velpeau.

On se souvient sans doute que, lorsque j'invoquais l'expérience des temps passés pour déclarer que le cancer est bien rarement curable, lorsque je citais les documents numériques fournis par Monro, Mayo, Boyer, Mac Farlane, etc., M. Velpeau répliquait que des statistiques contraires pourraient être opposées à celles des chirurgiens que je viens de citer, et qu'en pareille occurrence il convenait de faire table rase de ces nombres et de se contenter des faits qu'on avait soi-même observés : je ne puis en aucune façon accepter ce rejet pur et simple. Les tableaux favorables auxquels M. Velpeau fait allusion ont été produits par Hill et Flajani. Notre collègue les a sans doute examinés et médités avec soin; or il est impossible qu'ils ne lui aient pas paru, comme à nous-même, très contestables, et peu dignes surtout d'être sérieusement opposés à ceux que je citais plus haut. Mais quand bien même je consentirais à un échange si inégal, il resterait toujours deux statistiques, celles de MM. Lebert et Broca, qui présentent toutes les garanties désirables et dont on ne saurait par conséquent faire aussi bon marché. Ainsi donc je persiste à regarder les opinions des chirurgiens anciens et modernes comme très concluantes en faveur de la conviction que je partage.

M. Velpeau tire, il est vrai, de sa propre pratique un nombre de faits très important; mais ces faits peuvent être groupés en deux catégories, savoir : ceux de date ancienne sur lesquels j'ai fait planer un doute motivé et ceux qui remontent à une époque plus récente, puisque les guérisons ne comptaient pas plus de six, cinq, trois et deux ans lors de la publication des *Maladies du sein*. Ces derniers, je les accepte franchement comme des cas avérés de cancer; ils ont été déclarés tels par une autorité en laquelle j'ai confiance et à l'aide du microscope que je crois compétent.

Dans la réponse de M. Velpeau, chacun a pu voir que notre collègue défendait tièdement les observations du premier groupe, qui sont les plus nombreuses, et qu'il prévoyait même la critique qu'on est naturellement conduit à faire à celles du second.

Oui, certainement, je me crois en droit de dire que pour proclamer la guérison radicale des rares opérés du vrai cancer M. Velpeau n'a pas assez attendu; les faits sont encore récents, et la récidive est encore menaçante. L'auteur le reconnaît lui-même, et si nous ne le savions pas, nous trouverions dans son livre de quoi nous instruire; ainsi M. Velpeau signale lui-même deux exemples remarquables de récidives très éloignées, l'une au bout de quatorze ans, l'autre au bout de douze ans. Si on reproche au microscope de poser des conclusions prématurées, il faut savoir attendre à son tour pour échapper à la même critique.

Je n'invoquerai pas pour les besoins de ma cause une fin de non-recevoir banale. M. Velpeau rapporte quatre observations détaillées, dont la plus ancienne remonte à 1847, les autres à 1848 et 1850. Les tumeurs renfermaient la cellule cancéreuse; l'opération a été pratiquée, et les malades ont été données comme guéries. Or le hasard m'a fourni des renseignements sur l'une d'elles, qui fait le sujet de la deuxième observation. Cette dame, examinée par un des premiers chirurgiens de Paris, est morte l'an dernier en état de récidive.

Permettez-moi de revenir sur l'infaillibilité clinique de M. Velpeau. Il nous accorde qu'il y a des cas difficiles, et que quand il dit qu'il ne se trompe jamais, il fait allusion seulement aux cas les plus tranchés de tumeurs cancéreuses ou autres. Mais, sous ce rapport, chacun de nous est aussi avancé que lui; et certes il nous arrive aussi fréquemment de nous prononcer d'avance et sans hésitation. Mais aux deux phases extrêmes de l'évolution des tumeurs de la mamelle, par exemple, le diagnostic présente des difficultés presque insurmontables. Comment distinguer toujours une petite masse encéphaloïde enkystée, mobile, libre d'adhérences, roulant sous le doigt, d'une tumeur hypertrophique commençante? Qui de nous n'a rencontré des cas semblables? Portons nos regards à l'extrême opposé : supposons une tumeur énorme, ulcérée, à bords renversés et fongueux, la suppuration abondante et fétide; quelquefois même les hémorrhagies ont miné la santé générale, et l'état cachectique ne fait même pas défaut. Tous les microscopes du monde, a dit M. Velpeau, seraient braqués contre elle et la déclareraient *non* cancéreuse, que je n'en dirais pas moins que les microscopes se trompent. Eh bien! je rejette encore ce singulier mode de démonstration. Moins confiant ou plus curieux que M. Velpeau, dans un cas semblable qui s'est offert à moi en 1849, j'ai consulté le microscope, et il m'a répondu que cette horrible tumeur, que ce tissu si grandement suspect était formé par les éléments hypertrophiés de la mamelle. J'ai opéré la malade, et depuis lors sa santé ne s'est point démentie.

Voyez donc combien de tels faits commandent la circonspection, et combien il est précieux d'avoir un moyen qui ait chance de rectifier notre premier jugement! Personne plus que moi ne rend hommage à la sagacité de notre éminent collègue; mais après l'exploration clinique et l'examen du produit morbide à l'œil nu, il lui reste quelquefois des doutes légitimes, comme cela nous arriverait à nous-même. Sans remonter bien loin, j'en trouverai facilement la preuve. J'ai appris qu'à la fin de la séance dernière M. Velpeau a fait devant l'Académie, et non sans y produire une vive sensation, l'exhibition de plusieurs tumeurs enlevées par lui et diagnostiquées par lui avant l'opération. L'examen anatomique à l'œil nu, et aidé dans plusieurs cas de l'examen microscopique, a démontré une fois de plus que notre collègue est fort habile. Mais une dernière pièce l'embarrassait : le diagnostic alors, comme avant l'opération, était fort obscur. La tumeur n'offrait la physionomie ni de l'encéphaloïde, ni du squirrhe, ni du colloïde, malgré l'aspect gélatineux de son tissu. Cependant elle ne ressemblait pas davantage aux tumeurs adénoïdes. C'était un cas douteux. Elle paraît à M. Velpeau de nature bénigne. Cependant la malade aurait, dit-il ultérieurement, une semblable tumeur ailleurs qu'il n'en serait pas étonné.

Ainsi donc, sur six pièces pathologiques prises au hasard, il se trouve un fait insoluble par les moyens ordinaires. M. Velpeau, dans l'embarras, consulte le microscope. Deux anatomistes sont interrogés : l'un trouve la cellule cancéreuse, l'autre ne la trouve pas; et M. Velpeau, aussi incertain qu'auparavant, met en doute l'efficacité du microscope.

Si j'avais été présent, mes convictions auraient été sans doute fortement ébranlées. Par bonheur, j'ai recueilli de mon côté des renseignements nombreux et précis sur cette tumeur, et ces renseignements m'ont été fournis par les hommes les plus compétents.

(M. Robert lit les notes qui lui ont été remises par MM. Robin, Verneuil et Houel, et desquelles il résulte que ces trois habiles micrographes, après avoir constaté identiquement les mêmes éléments dans cette tumeur, ont unanimement conclu de cet examen que cette tumeur ne renfermait point d'éléments cancéreux; qu'elle constituait une variété particulière d'hypertrophie mammaire.)

Depuis que j'ai recueilli ces éclaircissements, ajoute M. Robert, je suis, je l'avoue, beaucoup plus rassuré sur la validité du microscope.

De ceci je conclus que l'art est difficile, mais je n'accuse pas le moyen qui, dans le cas actuel en particulier, me paraît avoir facilement surmonté les obstacles qui avaient arrêté M. Velpeau lui-même.

Lorsque la question sur la curabilité du cancer s'est engagée devant l'Académie, il a été facile à chacun de comprendre que la question manquait de base. En effet, pour savoir si une maladie est curable ou non, il faut savoir exactement quelle est cette maladie; il faut la distinguer soigneusement de celles qui peuvent être confondues avec elles; en un mot, il faut la définir.

C'est donc par une définition que nous aurions dû commencer. Or, cette pierre angulaire, aucun des orateurs qui se sont fait entendre ne l'a posée. Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que cette difficulté surgit. Dans l'impossibilité où l'on a été jusqu'à ce jour d'assigner des caractères précis, pathognomoniques à la maladie qui nous occupe, on en a rappelé les phénomènes les plus saillants et les plus constants, c'est-à-dire que pour remplacer une définition périlleuse on a tracé une description sommaire du mal empruntée surtout à son évolution. Cette lacune est malheureuse; elle a conduit et conduira toujours à une confusion extrême. Il en résulte qu'au lieu de servir à dénommer une espèce pathologique et ses simples variétés, le mot cancer devient l'attribut qualificatif d'une classe immense de maladies différentes. Or cette famille se compose, d'un commun accord, d'éléments si divers, qu'en s'en tenant aux caractères cliniques, et en reléguant la structure au second rang, on est obligé d'admettre, comme l'ont fait devant vous MM. Leblanc, Velpeau et Cloquet, un grand nombre de genres, subdivisibles eux-mêmes en espèces, ce qui laisse à la classification des limites tout à fait arbitraires et indéterminées.

Or, messieurs, notre maître à tous, Bichat, a posé depuis bien longtemps une loi qui reste debout au milieu des révolutions de notre science; cette loi est la suivante : Lorsque deux maladies diffèrent par leurs symptômes, leur marche, leur terminaison, elles diffèrent aussi par leur siége et la nature des lésions qui les accompagnent; et réciproquement, lorsque des lésions anatomiques sont dissemblables, lorsque la structure de produits pathologiques n'est pas la même, les désordres fonctionnels qu'ils déterminent et leur évolution constituent aussi des affections de nature distincte.

Prenant ce principe immuable pour base dans l'étude des maladies réputées cancéreuses, si nous ne trouvons pas dans l'observation clinique les éléments de distinctions satisfaisantes, si les caractères physiologiques ne sont pas assez généraux, souffrent trop d'exceptions et comportent trop de variétés, c'est à la structure qu'il faut nous adresser. Mais les moyens que l'anatomie pathologique a mis en usage jusqu'à ce jour sont-ils suffisants? J'affirme que non. L'emploi persévérant des moyens ordinaires d'investigation et les longs labeurs qu'on a consacrés à l'étude des tumeurs ont produit sans doute des documents très utiles, mais parfois aussi des résultats très insignifiants. C'est à eux que nous devons cette triste richesse de mots vides et ces comparaisons souvent grossières qui, sans utilité, encombrent aujourd'hui la pathologie, tels que cancer colloïde, tubéreux, ligneux, napiforme, chondroïde, pustuleux, encéphaloïde, squirrheux, lardacé, fongus-médullaire, hématode, etc.; ulcère chancreux, rongeant, *noli me tangere*. Quelle signification a pour nous la dureté ou la mollesse, ou bien encore le fameux cri sous le scalpel, si péremptoire autrefois?

Nul doute sur ce point; il faut des caractères plus délicats; mais à quelle porte faut-il frapper pour les obtenir? Interrogeons-nous l'analyse chimique, l'expérience montre qu'elle a été jusqu'à ce jour impuissante. On pouvait espérer beaucoup d'un moyen d'exploration fort simple, et qui consiste à râcler la surface de la coupe d'une tumeur, de manière à constater l'absence ou la présence d'un suc particulier, crémeux, lactescent. Ce suc, bien étudié par M. Cruveilhier, et après lui par les micrographes, a pour M. Barth une grande valeur, et fait presque à coup sûr pressentir le cancer vrai. Mais il manque cependant quelquefois; on le reconnaît difficilement. On peut même dire qu'un fluide analogue se trouve dans des productions qui ne sont nullement cancéreuses. Ces exceptions, que tout le monde accepte, ôtent beaucoup de valeur à ce procédé, et ouvrent, par conséquent, la voie à beaucoup d'erreurs. Tel était, messieurs, l'état de la science lorsque le microscope est venu nous offrir son appui. Il nous propose pour le cancer une définition nette, courte, précise, c'est-à-dire munie de toutes les qualités qu'on exige de ce point du discours. Il nous dit que le cancer est une maladie constituée par la présence d'un élément anatomique spécial, sans analogue dans l'économie, et doué de caractères qui permettent à un œil exercé de le reconnaître sans peine.

Le microscope nous dit qu'il n'y a qu'un cancer, celui qui renferme l'élément cancéreux. Cet élément se combine à divers tissus simples ou composés de l'économie, et c'est de ce mélange en proportions très diverses que résultent les innombrables variétés que l'œil constate, et sur lesquelles je ne reviendrai pas; car les plus notables nous ont été énumérées avec beaucoup de lucidité par M. Barth, qui adopte volontiers cette importante simplification.

Le microscope ajoute encore qu'il y a d'autres tissus morbides qui, au premier abord, peuvent être confondus avec le cancer; que leur développement dans l'économie indique souvent un véritable danger, et que parfois même ils peuvent causer la mort.

Au lieu d'être constitués, comme le cancer, par un élément anatomique sans analogue dans l'économie, ou hétéromorphe, ces tissus résultent seulement de la production exagérée, insolite d'une ou de plusieurs des parties élémentaires qui entrent normalement dans la constitution de notre organisme.

Enfin, les laborieux investigateurs qui se servent du microscope ont fait marcher parallèlement aux études histologiques l'examen des tumeurs par les procédés connus et l'observation au lit des malades. Leur œil, ainsi plus exercé par la constatation de caractères nouveaux, leur a fait reconnaître dans la structure des tissus accidentels des particularités qui avaient échappé à leurs devanciers, et à l'aide desquelles le microscope lui-même pourra devenir un jour superflu; puis, les structures étant bien connues, ils ont trouvé que les maladies correspondantes à telles ou telles d'entre elles différaient notablement par leur origine, leur siége, leur marche, leur évolution, leur pronostic; et, forts de ces données, ils ont résolûment proposé une révision de cette partie du cadre nosologique.

Que nous fallait-il faire, nous cliniciens, en présence d'un point de départ si conforme au principe de Bichat que nous proclamions tout à

l'heure? Il nous fallait montrer avec fermeté les erreurs de la doctrine nouvelle s'il y avait lieu, ou accepter aussi sans arrière-pensée le progrès jusqu'alors inconnu, si réellement le microscope nous avait appris des choses utiles.

La direction pratique de nos travaux nous eût rendu pénible l'apprentissage du microscope; mais sur le terrain de la pratique, nous avons trouvé que plusieurs points de la doctrine nouvelle étaient justifiables, et que les différences de structure entraînaient aussi des différences de marche et d'évolution.

Je vais donc vous soumettre ce que m'ont appris à cet égard et mon observation personnelle et la lecture attentive des travaux modernes; et si je parviens à vous démontrer que les tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques et épithéliales ne sont point des affections identiques, j'aurai, je crois, suffisamment démontré l'utilité du microscope, qui seul a pu nous tracer des distinctions précises.

On sait que pour les micrographes la cellule cancéreuse est le caractère spécifique du cancer. Je ne chercherai pas à discuter, comme l'a fait avec esprit M. Velpeau, la valeur relative de la cellule, des noyaux ou des nucléoles; et quoique j'aie bien quelques convictions à cet égard, d'après ce que j'ai vu, je pense qu'il faut laisser cela aux hommes spéciaux, et ne pas trop se mêler des choses qu'on a trop peu étudiées soi-même.

Mais, dira-t-on, vous adoptez la définition du cancer donnée par les micrographes et la spécificité de l'élément cancéreux, sans songer que votre adversaire a opposé une fin de non-recevoir à cette opinion. Je me souviens en effet que M. Velpeau a dit que la cellule cancéreuse n'était pas le caractère anatomique spécifique du cancer, puisqu'il l'avait trouvée dans des tumeurs qui n'étaient pas cancéreuses. A mon tour, je demanderai à mon savant collègue ce qui l'autorise à dire que ces tumeurs contaminées par la cellule en question n'étaient pas cancéreuses? C'est, répliquera-t-il, qu'après avoir été enlevées elles n'ont pas récidivé. D'où il suivrait que toute tumeur qui ne récidive pas, renfermât-elle une myriade de cellules dites cancéreuses, n'est point pour cela un cancer. D'où je serais en droit de conclure que les observations qu'on lit dans le livre de M. Velpeau, aux pages 585 et suivantes, n'étaient pas des cancers. Et en poussant le raisonnement jusqu'au bout, j'arriverais à prouver que mon collègue n'a, pas plus que Monro et Mac Farlane, guéri un seul cancer.

Mais j'abandonne sans regret cette argumentation peu sérieuse, et je tiens peu compte de cette proposition de M. Velpeau, qui s'appuie sur des faits si peu nombreux et si peu concluants.

Les caractères physiologiques du cancer ne sont pas moins tranchés que ses caractères anatomiques. Constamment il tend à se généraliser en se manifestant soit dans les ganglions lymphatiques voisins de la région malade, soit dans tout autre organe, dans les viscères eux-mêmes, et notamment dans les poumons et le foie.

Avant que la tumeur cancéreuse soit ulcérée et ait détérioré l'économie par la suppuration qu'elle fournit ou par les hémorrhagies dont elle est le siége, on voit souvent déjà se manifester les signes de la cachexie.

Lorsque la chirurgie intervient en extirpant le mal, la récidive est constante, la marche du cancer devient d'autant plus rapidement funeste que les récidives et les opérations ont été plus multipliées. Plusieurs fois j'ai été témoin de ce fait depuis longtemps signalé, mais jamais il ne m'a plus vivement frappé que dans l'observation d'une femme de trente-huit ans qui, après quatre ablations successives d'une petite tumeur du sein, trois fois récidivée dans un espace de moins de deux ans, revint trois mois après la quatrième opération à l'hôpital pour y succomber à l'invasion d'une multitude de tumeurs semblables dans l'intérieur de la poitrine.

Les tumeurs fibro-plastiques sont toujours circonscrites et n'affectent pas la forme irrégulière et rameuse de certains cancers, et notamment du squirrhe. A leur début, elles ont une consistance ferme, quoiqu'un peu élastique, et sont homogènes, dépourvues de suc. Le microscope y révèle un tissu désigné par M. Lebert sous le nom de tissu fibro-plastique, tissu composé de cellules ou de fibres en tout semblables aux éléments du tissu cellulaire en voie de formation.

La marche de ces tumeurs est lente, et longtemps elles sont compatibles avec toutes les apparences de la santé. Cependant elles peuvent se ramollir, s'ulcérer, se généraliser même, et amener la mort en se développant dans les viscères; le fait est avéré aujourd'hui, et M. Velpeau vous en a rapporté des exemples. Mais à côté de ces cas rares où la malignité du tissu fibro-plastique rivalise avec celle du cancer, on trouve des faits consolants, que pour être exact notre savant collègue aurait dû aussi ne pas passer sous silence. Ces faits sont aujourd'hui en grand nombre. (M. Robert en rapporte ici quelques-uns des plus intéressants à l'appui de son assertion.)

Lorsque l'on réfléchit, continue M. Robert, à la marche de toutes ces tumeurs fibro-plastiques, à l'opiniâtreté de leurs récidives, à la tendance funeste de plusieurs d'entre elles, on ne peut certes les considérer comme des tumeurs bénignes. Mais, d'un autre côté, est-ce rester dans le vrai que de les assimiler complétement aux tumeurs cancéreuses? Est-il jamais arrivé qu'on ait enlevé à quatre, cinq, six reprises différentes une tumeur encéphaloïde ou squirrheuse sans que le mal se soit généralisé et sans que la constitution soit devenue cachectique? Et enfin les cas de repullulation fibro-plastique dans les viscères peuvent-ils être comparés pour la fréquence à la manifestation à peu près constante du cancer dans les ganglions et dans les cavités splanchniques?

J'arrive enfin aux affections épithéliales, composées anatomiquement de cellules d'épithélium ou d'épiderme qui recouvrent normalement la surface de la peau et des membranes muqueuses.

Je ne conçois pas que M. Velpeau ait pu dire que la structure de ces tumeurs, si l'on s'en rapporte au témoignage du microscope, les rapproche des productions éminemment bénignes, telles que les verrues et les cors au pied. Qu'importe en effet que deux tumeurs aient de commun un élément anatomique normal, si ce dernier n'y est pas disposé et combiné de la même manière? Dans la verrue et dans les cors au pied, l'épiderme, quoique plus abondant, affecte les mêmes rapports que dans l'état normal avec les autres parties constituantes de la peau. Il suffit d'étudier une tumeur épithéliale pour se convaincre qu'il en est tout autrement. Cette assimilation est donc plus spécieuse que réelle.

Les tumeurs épithéliales se montrent principalement aux surfaces tégumentaires, et doivent être étudiées séparément à la peau et sur les membranes muqueuses. A la peau, elles débutent par de petits boutons croûteux, des verrues ou de simples gerçures peu saillantes; puis elles forment ces ulcères depuis longtemps appelés cancroïdes, à cause de leur physionomie spéciale et bien différente de celle du cancer, à cause de leur marche lente et du peu de tendance qu'ils ont à infecter l'économie. C'est tout au plus si on les voit se propager à quelques ganglions du voisinage. Enfin traités par des moyens énergiques qui détruisent rapidement toutes les parties indurées, ils guérissent souvent d'une manière radicale et définitive.

Quant aux tumeurs épithéliales des surfaces muqueuses (je citerai pour types celles de la langue et du col de l'utérus), elles ont une tout autre marche. Les progrès en sont rapides; elles repullulent à peu près constamment après l'extirpation, et elles finissent par amener la mort. Mais leur tendance à la généralisation est presque nulle, comparée à celle du cancer. Examinez en effet le bassin de femmes mortes à la suite de ces ulcères rongeurs du col de l'utérus, vous trouvez quelquefois l'utérus en partie détruit; la vessie, le péritoine, des vaisseaux même d'un assez gros calibre perforés par ce travail désorganisateur. Mais jamais vous ne rencontrez de masses épithéliales dans les viscères; c'est tout au plus s'il existe quelques petits ganglions engorgés au voisinage de l'utérus. Il en est de même des tumeurs épithéliales ulcérées de la langue; les ganglions du cou s'engorgent à peu près seuls, et les malades périssent épuisés par les hémorrhagies et la déglutition continue des matières putrides, plutôt que par la généralisation du mal.

Aux orifices du corps, là où a lieu la continuation de la peau avec les membranes muqueuses, les tumeurs épithéliales ont des caractères que j'appellerai mixtes, et qu'elles empruntent à la structure complexe des tissus affectés; mais là, comme à la peau, elles restent longtemps à l'état de maladies locales; et s'il est vrai que l'extirpation en soit moins souvent heureuse qu'à la surface de la peau, il n'en est pas moins démontré que la proportion des malades guéris radicalement par l'opération est généralement regardée comme très encourageante.

Je ne saurais méconnaître cependant que les tumeurs épithéliales ne puissent se propager ou repulluler non-seulement dans les ganglions lymphatiques, mais aussi dans le sein même des viscères; mais ces cas de généralisation sont très rares.

Telles sont, en résumé, les différences que présentent au point de vue de la nature intime et de la marche les trois espèces de lésions généralement confondues sous le nom de cancer. Or il est évident que si l'on ne peut considérer comme bénignes les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, on ne saurait non plus, au point de vue de la malignité, les assimiler aux affections cancéreuses proprement dites.

M. Velpeau n'admet pas ces distinctions. Pour lui, toutes ces lésions sont des cancers, il ne reconnaît la spécificité d'aucun de leurs éléments; et qu'importe, après tout, dit-il, que le malade, s'il doit succomber, meure d'une manière ou d'une autre, qu'il meure par désorganisation des parties atteintes ou par infection générale?

Je répondrai d'abord qu'il n'est pas exact de dire qu'au point de vue de la marche et de la gravité toutes ces maladies se ressemblent; et quand bien même d'ailleurs elles seraient toutes également funestes, n'est-il pas important d'en étudier, d'en établir les différences, afin de chercher si l'on ne pourrait pas tôt ou tard appliquer ces notions à leur thérapeutique? Aujourd'hui, j'en conviens, la seule question résolue est celle du pronostic. Mais n'est-ce donc rien de savoir que si l'ablation d'un cancer laisse le malade exposé aux dangers d'une récidive à peu près certaine et tôt ou tard suivie de la mort, l'extirpation d'une tumeur épithéliale ou fibro-plastique est beaucoup plus rassurante? Si dans ce dernier cas la récidive survient, le chirurgien n'aura-t-il pas plus de courage pour la poursuivre résolûment, sachant bien qu'il ne doit pas encore renoncer à l'espoir d'une guérison radicale?

Cherchons donc de plus en plus à étudier ces maladies, et tâchons de les séparer au lieu de les confondre. Attachons-nous à reconnaître plus exactement leurs différences cliniques, et si nous rencontrons des cas douteux, aidons-nous des lumières que nous fournit l'examen au microscope.

M. Leblanc reprend la parole dans le but de donner plus de développement aux propositions qu'il n'avait fait pour ainsi dire qu'indiquer dans une précédente séance, et afin de venir au secours du microscope, qui lui a rendu, dit-il, de vrais services.

On se rappelle, dit M. Leblanc, que relativement à la nature intime des tissus qui doivent être qualifiés de tissus cancéreux, je ne partage pas l'opinion des micrographes, qui pensent qu'il n'y a cancer que lorsqu'ils trouvent l'élément hétéromorphe appelé par eux cellule cancéreuse. J'ai laissé au mot cancer une signification plus étendue; j'ai appelé de ce nom toutes les lésions graves qui ne guérissent jamais spontanément, qui se propagent et se généralisent, lésions qui se manifestent par des caractères physiques particuliers à chaque espèce de tissu.

Pour déterminer ces caractères le plus sûrement possible, doit-on seulement s'aider de l'œil nu et de la main, ou ne vaut-il pas mieux se servir du microscope comme auxiliaire? J'ai dit que ce dernier moyen d'investigation m'avait paru très utile et m'avait fait éviter des erreurs de pronostic surtout. Je suis convaincu qu'il est beaucoup plus fidèle qu'on ne l'a dit ici, notamment pour ce qui regarde la lésion à laquelle les micrographes ont consacré la dénomination de cancer. J'en dirai autant pour les lésions mélaniques. Le microscope m'a toujours démontré qu'il y avait coïncidence entre les caractères constatés à l'œil nu et par le toucher et ceux reconnus par l'instrument même. Il m'a de plus éclairé lorsque par l'exploration ordinaire je jugeais faussement; quand, par exemple, certaines tumeurs avaient tous les caractères apparents de la bénignité et que cependant elles repullulaient. J'ai constaté souvent ce fait pour les tumeurs des mamelles, qui se montrent si fréquemment chez les chiennes. Je croyais avoir affaire à une tumeur purement hypertrophique, et presque toutes les fois que le microscope y découvrait des éléments cancéreux je voyais survenir une ou plusieurs nouvelles tumeurs et toutes les conséquences d'une affection cancéreuse.

C'est l'examen de ces espèces de tumeurs mixtes qui m'avait fait dire dans une des dernières séances que je n'étais pas loin de croire à la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes. Je dois m'expliquer sur l'idée que j'attache à ce mot transformation. Je ne veux pas dire que les éléments se déforment, se modifient, ce qui n'arrive jamais, mais seulement qu'il y a substitution d'un élément à un autre. Ce n'est pas seulement pour l'élément cancéreux que je fais cette remarque, c'est pour tous les éléments hétéromorphes ou homœomorphes. Parmi les lésions que je considère comme cancéreuses, il y en a un assez grand nombre qui ne consistent que dans la substitution d'un élément homœomorphe anormalement placé à un autre élément homœomorphe qui a disparu en partie de la région devenue malade. C'est ce qui arrive dans les cancers épithéliaux et fibro-plastiques. Il n'est donc pas nécessaire qu'il y ait présence d'un élément spécial hétéromorphe pour qu'il y ait cancer. La condition capitale est une disposition vitale morbide spéciale. Mais il y a des conditions secondaires qui ont bien leur importance et que le microscope est très propre à faire reconnaître. Ce sont des accumulations anomales d'éléments normaux qui se trouvent placés en proportions diverses dans des régions où ils ne doivent pas exister dans l'état de santé.

M. Leblanc cite ici quelques faits de tumeurs mixtes de ce genre qu'il avait crues d'abord bénignes, et après l'ablation desquelles il a vu succomber les animaux aux suites d'une repullulation et de la cachexie cancéreuse.

D'un autre côté, bien des fois M. Leblanc a excisé des tumeurs bénignes, c'est-à-dire des tumeurs où ne se trouvait pas l'élément cancéreux, sans qu'il y ait observé de récidives. Ce n'est pas seulement l'hypertrophie mammaire qu'il a vue coexister avec la cellule cancéreuse, soit dans la même région, soit dans des régions éloignées. L'union des tumeurs fibro-plastiques, des tumeurs épithéliales, des tumeurs mélaniques n'est pas rare. M. Leblanc cite, entre autres, un cas très curieux qui prouve à la fois: 1° qu'il y a des cancers fibro-plastiques, c'est-à-dire des lésions fibro-plastiques qui se répètent plusieurs fois, soit à la même place, soit dans des points différents; 2° que ces sortes de cancers coexistent chez le même individu avec des tumeurs cancéreuses vraies reconnues telles par l'examen ordinaire et par le microscope; 3° que chacune de ces variétés de cancer a une gravité différente.

J'ai dit un peu plus haut, ajoute M. Leblanc, que l'aspect extérieur et même intérieur des tumeurs n'était pas toujours assez caractéristique pour que l'on pût se prononcer sur leur nature intime. Quoique j'aie une grande habitude, je me suis trompé tout d'abord, et ce n'a été souvent que le résultat heureux ou malheureux observé à la suite du développement des tumeurs qui m'a éclairé sur le véritable caractère de bénignité ou de malignité de l'affection. Je parle du temps où je ne me servais pas du microscope.

Je n'ai pas été seul à éprouver des embarras de ce genre. Cela a dû arriver à bien d'autres, et aux plus habiles. N'avons-nous pas vu M. Velpeau hésiter à se prononcer sur la nature d'une tumeur qu'il a présentée dernièrement à l'Académie?

Je conclurai, pour ce qui est relatif au diagnostic et surtout au pronostic du cancer, qu'il est de première importance de combiner les investigations microscopiques avec l'exploration à l'œil nu et par le toucher.

Quant à la curabilité des lésions cancéreuses, la pathologie vétérinaire en présente peu d'exemples bien formels. Les faits favorables que je pourrais citer ont eu pour sujets des animaux opérés de très bonne heure, alors que le mal était très probablement local et peu développé.

Les chances de non-récidive pour les tumeurs excisées de bonne heure m'amènent tout naturellement à conseiller d'opérer le cancer le plus tôt possible. La médecine comparée est comme la médecine de l'homme: elle ne connaît d'autre remède contre le cancer que la destruction des tissus malades.

(La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.)

PRÉSENTATIONS.

M. Barth présente une tumeur du testicule enlevée il y a dix à douze jours par M. Amussat fils sur un jeune garçon de onze ans, dont plusieurs ascendants sont morts d'affection cancéreuse. (Nous publierons cette observation.)

De l'examen de cette tumeur fait sous les yeux de l'Académie par M. Barth, il résulte qu'elle a toutes les apparences des tumeurs encéphaloïdes, bien qu'en la râclant en pressant fortement on ne puisse en exprimer le suc caractéristique de ce genre de tumeur. Un micrographe des plus distingués assure n'y avoir pas trouvé la cellule cancéreuse, tandis qu'un autre micrographe non moins habile dit au contraire l'avoir constatée. M. Barth déclare ne l'y avoir point reconnue. Cette tumeur pourrait donc être considérée comme une tumeur fibro-plastique, mais de la plus mauvaise espèce.

Si l'on considère que plusieurs parents de ce jeune homme sont morts d'affection cancéreuse, n'y a-t-il pas lieu de croire qu'il y a là, en effet, plus qu'une simple tumeur bénigne, et que l'influence héréditaire lui a imprimé son caractère de malignité?

M. Barth revient, à cette occasion, sur la valeur des caractères microscopiques pour la détermination du cancer, et il résume son opinion en ces termes:

En résumé, quoique le microscope n'ait point révélé, dans la tumeur de ce jeune malade, la présence de la cellule cancéreuse, je n'en persiste pas moins à la considérer comme une tumeur de mauvaise nature.

Quant au microscope, je crois rester dans le vrai en disant qu'il est utile, mais qu'il faut se garer de l'enthousiasme, qui conduirait évidemment à en faire exagérer la valeur et à en fausser les applications.

M. Velpeau présente des pièces anatomo-pathologiques; ce sont des tumeurs de diverse nature qu'il a récemment enlevées, tumeurs qu'il avait diagnostiquées avant leur ablation. Je ne montre ces pièces, dit M. Velpeau, que pour montrer que le diagnostic clinique n'est pas douteux, et que quand j'affirme avoir reconnu une tumeur je veux que ce soit accepté.

M. Gerdy (vivement). Je ne puis accepter cela, je proteste hautement contre une semblable prétention. (Agitation.)

La séance est levée.

Le Soeur.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 128. — SAMEDI 28 OCTOBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 128. — SAMEDI 28 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un au 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

Le dernier tableau du mouvement des hôpitaux accuse une décroissance sensible à Paris pour la dernière semaine. Nous n'avons à cet égard aucune observation particulière à faire. Les chiffres disent tout.

En province, l'épidémie est aujourd'hui partout en voie de décroissance, ou tout au moins stationnaire. Les départements du midi n'ont pas été moins frappés que ceux de l'est. Le département de l'Ariége a été le plus maltraité; le chiffre de la mortalité cholérique s'y élève aujourd'hui à plus de 10,000, se répartissant ainsi entre les trois arrondissements : 5,500 environ pour l'arrondissement de Foix, 3,700 et quelques pour St-Girons, et 900 pour Pamiers. Dans le département de la Haute-Garonne, où l'épidémie a sévi pendant quelques jours avec une extrême intensité, le chiffre des invasions a tout à coup baissé. Aussi, malgré le chiffre considérable auquel se sont élevés les décès pendant ces quelques jours, le total ne s'élève guère en ce moment au delà de 1,700. La ville de Toulouse y figure pour 400 et quelques. Le Tarn et Tarn-et-Garonne ont eu beaucoup moins à souffrir. Dans ce dernier département, on ne compte jusqu'à présent qu'un très petit nombre de décès.

A propos de ce que nous avons dit dans notre dernière revue concernant St-Gaudens, nous avons à rectifier, sur l'invitation qui nous en est faite par notre confrère M. Castex, une petite erreur, qui provient de ce que nous avons attribué à la ville de Saint-Gaudens ce qui concerne l'arrondissement tout entier. La maladie n'a sévi, en effet, jusqu'ici à Saint-Gaudens qu'avec une extrême bénignité (on n'y a enregistré que 4 décès, sur 9 cas), tandis que dans l'arrondissement, comptant 18,000 habitants, il y a eu 347 cas, dont 225 suivis de décès.

A Bordeaux, l'épidémie, qui n'avait régné depuis le commencement du mois de septembre que sous la forme de cas isolés, a pris tout à coup le 8 octobre, à la suite d'un orage, des proportions considérables et rapidement croissantes pendant trois jours, du 8 au 11, où le nombre des invasions s'est élevé à 112. A dater du 12, l'épidémie a repris une marche sensiblement décroissante, pour s'élever de nouveau le 17 octobre. En huit jours, le nombre des décès s'est élevé à plus de 400. Enfin, depuis le 22, il y a eu une décroissance qui paraît s'être soutenue jusqu'à ce jour. On verra plus loin les chiffres des réceptions et des décès à l'hôpital Saint-André, et celui des décès pour la ville.

L'épidémie a sévi aussi avec intensité dans quelques parties du département de l'Isère, et particulièrement à Saint-Robert, près de Grenoble, dans l'asile des aliénés. L'invasion du choléra au milieu de 260 aliénés encore entassés pêle-mêle dans de vieux bâtiments a été une rude épreuve pour ces malheureux et pour le médecin directeur de cet établissement, l'honorable M. Evrat, qui a sauvé environ les deux tiers de ses malades.

Les nouvelles de Londres constatent une amélioration considérable et constante dans l'état de la santé publique. Les décès, qui s'étaient élevés la semaine anté-précédente à 1,532, sont descendus pour celle du 14 au 21 octobre à 163.

A Edimbourg, l'épidémie sévit encore avec beaucoup d'intensité. Dans les autres parties de l'Ecosse, elle est en décroissance.

Le choléra paraît avoir fait récemment des progrès alarmants en Autriche, particulièrement à Vienne. Du 10 septembre au 9 octobre, on y a compté 693 cas, dont 289 décès.

Plusieurs parties de l'Italie sont toujours en proie au fléau. Au 7 octobre, on comptait à Turin 1,531 cas, dont 845 morts.

A Naples, jusqu'au 30 septembre, le chiffre des cholériques s'élevait à 12,642, et celui des morts à 7,031.

De quelques accidents hystériques (paralysies plus ou moins complètes et permanentes de la motilité ou de la sensibilité, anesthésies ou hyperesthésies cutanées) et de leur traitement par l'électricité.

Le service de M. Briquet, à la Charité, renferme constamment un grand nombre de femmes hystériques qui y sont l'objet d'une étude toute spéciale au double point de vue de la pathologie et de la thérapeutique. Nous avons eu de fréquentes occasions de voir dans ce service soit des phénomènes pathologiques, soit des résultats thérapeutiques qui ont vivement attiré notre attention, et qui nous ont paru mériter d'être portés à la connaissance de nos lecteurs. Nous appellerons aujourd'hui leur attention sur deux ordres de faits également dignes d'intérêt à ce double point de vue : sur le traitement des paralysies hystériques musculaires ou cutanées par l'électricité, et sur divers phénomènes pathologiques de la myotilité extrêmement curieux, et qui n'ont jusqu'ici, que nous sachions, été signalés nulle part.

Commençons par l'application de l'électricité.

On sait combien sont communes dans l'hystérie ces modifications bizarres de la sensibilité et de la contractilité, qui vont quelquefois jusqu'à l'abolition complète, jusqu'à la paralysie la plus absolue. Si ces paralysies ne sont le plus souvent que temporaire et cèdent parfois aisément à de simples excitants, ou se dissipent même spontanément, on en voit quelquefois dont la durée se prolonge indéfiniment, sans la moindre rémission, sans qu'aucune tendance à la résolution spontanée puisse en faire prévoir le terme, et qui résistent aux moyens excitants les plus énergiques et les plus variés. C'est contre les cas de ce genre que l'emploi de l'électricité peut être utile. L'usage de ce moyen, sans doute, ne date pas d'aujourd'hui, et les effets en ont été depuis longtemps appréciés; mais les perfectionnements apportés dans ces derniers temps aux appareils et au mode d'application de ce puissant agent en ont fait une méthode en quelque sorte nouvelle, et dont il devient nécessaire de bien constater les effets.

Voici un fait que nous avons observé ces jours derniers, et dans lequel l'action de l'électricité a été si immédiate et si complète, qu'elle ne saurait être un instant mise en doute.

Anesthésie cutanée de toute la moitié gauche du corps. Perte complète de la sensibilité de la face et des sens du même côté. Point douloureux hystérique au côté gauche du thorax. Electrisation. Retour de la sensibilité. Disparition du point douloureux.

Une jeune fille de quatorze ans et demi, réglée depuis l'âge de douze ans, vit ses règles se supprimer à la suite d'un bain de pieds pris pendant la période menstruelle. Cette suppression brusque fut suivie d'une douleur subite dans le côté gauche. Quelques jours après cette jeune fille entre à la Charité, dans le service de M. Briquet. Sa douleur de côté persistait toujours; et on reconnut en outre qu'il existait une anesthésie de la peau du côté gauche, à partir de la ligne médiane. L'insensibilité, complète à la face, au membre supérieur et à la moitié gauche du thorax, était moins prononcée au bassin et au membre inférieur. A la face on pouvait préciser exactement les limites de l'insensibilité, elles suivaient la ligne médiane. Enfin, en explorant les sens, on reconnut que l'ouïe, le goût et l'odorat étaient complétement abolis du côté gauche. La malade n'entendait rien de l'oreille gauche, qui était le siége de bourdonnements et de sifflements presque continuels; elle ne percevait pas la saveur des agents les plus énergiques sur toute la moitié gauche de la voûte palatine et de la langue; l'ammoniaque placé sous la narine gauche n'y provoquait non plus aucune sensation.

On prescrivit l'application de sinapismes fréquemment réitérés sur le côté douloureux. Les sinapismes produisirent chaque fois leur action organique, c'est-à-dire l'appel des fluides, la fluxion sous-épidermique, mais sans que la malade en eût la moindre perception et sans que la douleur de côté fût modifiée.

Les choses restèrent dans cet état pendant plus de trois mois. La malade fut alors soumise aux soins de M. Duchenne, qui fut invité à essayer l'action de la galvanisation. M. Duchenne fut d'abord d'avis de combattre la douleur de côté par l'excitation électro-cutanée, dans la pensée que cette excitation produirait une modification perturbatrice analogue à celle du feu. C'est ce qui fut fait

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur la digitaline et la digitale, par MM. HOMOLLE et QUEVENNE.

Il y a plus de quinze ans aujourd'hui, les deux auteurs de l'important travail que nous avons sous les yeux entreprenaient de laborieuses recherches et tentaient d'extraire de la digitale le principe actif qui, supposaient-ils avec raison, devait exister dans cette plante, et nous avons vu à l'hôpital de la Charité, en 1839, des échantillons, grossiers encore et amorphes, de digitaline obtenus par M. Quevenne, dans lesquels on pouvait reconnaître déjà les propriétés thérapeutiques de la plante portées à un haut degré de puissance sous un petit volume. Depuis lors ils ont poursuivi leurs études sur le même sujet, et en 1845 ils obtenaient un produit d'une remarquable pureté, la *digitaline*, dont l'usage, à l'exclusion de la poudre de digitale, fut adopté presque universellement en très peu de temps.

Cependant des objections s'élevèrent bientôt de tous côtés. Quels étaient, leur demanda-t-on, les autres corps qui accompagnaient la digitaline dans la plante? N'y en a-t-il pas parmi eux qui contribuent à l'action sédative diurétique de la digitale, ou bien la digitaline représente-t-elle à elle seule ces deux propriétés? Enfin, ce principe offrait-il constamment l'identité désirable, et l'énergie dont elle était douée n'était-elle pas un obstacle à son admission dans la matière médicale?

A ces questions importantes, il fallait des réponses positives. MM. Homolle et Quevenne se remirent à l'œuvre dominés par la volonté de n'introduire dans la thérapeutique qu'un médicament irréprochable et bien étudié. Et d'abord ils sont parvenus à établir la parfaite identité de la digitaline et son inaltérabilité, points essentiels sans lesquels il était impossible d'entreprendre aucune série d'expériences propres à fixer définitivement l'opinion du monde médical sur la valeur du nouveau produit.

L'énergie du médicament n'était pas un obstacle sérieux à son emploi. On sait maintenant que la plupart des substances actives de la thérapeutique sont des principes toxiques. *Ubi virus, ibi virtus*, est un adage depuis longtemps reconnu vrai en médecine; c'est au médecin instruit par l'expérimentation et l'observation à arriver, fût-ce par le tâtonnement, à la connaissance de la dose agissante, et cependant innocente, du médicament. Ceci ne méritait donc pas de les préoccuper sérieusement.

Mais une autre question beaucoup plus essentielle était de bien déterminer s'il y avait similitude de propriétés entre la digitaline et la digitale. Déjà de nombreuses expériences faites par des médecins du plus haut mérite avaient conduit à la démonstration de cette similitude de propriétés quant à l'état physiologique. Des essais plus multipliés encore leur permirent de formuler nettement l'action de la digitaline sur l'homme malade, sa dose, son mode d'administration, et de lui assigner définitivement le rang qu'elle devait occuper dans la thérapeutique. Tel avait été le but et le résultat d'un premier mémoire fort étendu adressé à l'Académie de médecine.

Aujourd'hui c'est l'ensemble de tous leurs travaux sur la digitale et la digitaline que publient MM. Homolle et Quevenne, travaux auxquels ils ont ajouté plusieurs chapitres extrêmement remarquables contenant des expériences nouvelles sur la digitaline, entre autres celles qui ont pour but la recherche de cette substance mêlée aux matières organiques, dans les cas de médecine légale.

Leur livre est divisé en deux grandes sections; l'une consacrée à la partie chimique et pharmaceutique, l'autre à la partie physiologique et thérapeutique.

Après un court, mais complet exposé des travaux dont le principe actif de la digitaline a été l'objet, les auteurs étudient tout d'abord la digitaline comme corps chimique, en tracent le mode d'extraction et de purification, examinent ses propriétés physiques et chimiques, indiquent les moyens de reconnaître la pureté et l'identité du produit, discutent enfin la préférence à donner à la forme pharmaceutique sous laquelle on doit l'administrer. Pour ce dernier point, il n'est pas un de nos confrères qui ne sache que la forme définitivement adoptée par les auteurs a été la forme d'un granule de sucre blanc semblable à ces anis couverts des pharmacies, et contenant 1 milligramme de la substance active, qui, en raison de son amertume, n'aurait été que très difficilement administrée d'une autre manière.

De l'examen comparatif des préparations diverses que peut fournir la digitale à la thérapeutique, MM. Homolle et Quevenne ont conclu que presque toutes s'altèrent plus ou moins suivant leur degré d'ancienneté, ou par l'effet même des manipulations par lesquelles elles doivent passer, quelles que soient les précautions dont on s'entoure. Les trois auxquelles on doit se restreindre sont la teinture alcoolique, l'alcoolature et la poudre, en donnant encore la préférence à cette dernière, qui, bien que n'offrant pas les chances de bonne conservation des deux premières, a pour elle un avantage très grand au point de vue de la pratique générale, c'est que chacun est à même d'en véri-

Bien que la malade n'eût senti jusque-là ni les sinapismes, ni la piqûre, ni le pincement, l'excitation électro-cutanée même modérée produisit une douleur très vive presque instantanément. Au bout de deux minutes, la douleur de côté était déjà diminuée ; en poursuivant l'excitation électrique, la sensibilité commença à reparaître dans les points excités, et lorsqu'elle fut revenue à l'état normal la douleur de côté avait complétement disparu. Tel fut le résultat de cette première séance.

Le lendemain, nouvelle séance. L'excitation est portée cette fois sur le membre supérieur. La sensibilité y est rappelée aussi, comme elle l'a été la veille sur le côté, d'abord incomplétement, puis progressivement et sans qu'il ait été nécessaire de continuer l'électrisation jusqu'au retour complet de la sensibilité, comme si une première impulsion eût suffi pour parfaire ce retour à l'état normal.

Deux ou trois jours après, la sensibilité acquise dans les parties galvanisées s'était parfaitement maintenue; mais l'anesthésie persistant au même degré dans les autres régions, on dut recourir au même moyen, mais en modifiant le procédé en raison du degré de vitalité des parties. Ainsi, la face fut soumise à une excitation électrique beaucoup plus légère que celle qui avait été nécessaire pour la poitrine ou le bras. La sensibilité y fut rappelée immédiatement. Séance tenante, l'excitateur fut successivement promené sur l'orifice des narines, puis sur la pointe et le pourtour de la langue, puis sur la membrane du tympan ; et en quelques secondes ces diverses parties récupérèrent leur sensibilité spéciale.

Nous avons revu la malade plusieurs jours après le traitement ; la sensibilité s'était parfaitement maintenue partout. Elle est sortie de l'hôpital il y a quelques jours seulement.

Nous rapprocherons de ce fait une observation qui remonte à quelque temps au delà, et où l'on verra les phénomènes paralytiques élevés à un plus haut degré céder avec la même facilité à l'emploi de l'électrisation, reparaître sous l'influence d'un nouvel accès d'hystérie, pour disparaître de nouveau après une seconde application du même moyen.

Paralysie hystérique incomplète et affaiblissement musculaire dans le membre supérieur gauche. Anesthésie cutanée. Perte de la sensibilité spéciale du goût, de l'odorat et du sens du toucher. Guérison par l'électrisation.

Une femme de trente-deux ans, entrée à la Charité, éprouvait une céphalalgie pulsative et lancinante, avec un sentiment presque continu de strangulation à la gorge; douleurs à la région épigastrique, à la partie moyenne des dernières fausses côtes gauches; douleurs à la pression des parois abdominales du côté gauche, des muscles de la région sus-pubienne, du rachis, de la sixième à la douzième vertèbre dorsale; douleur à la pression dans la région scapulaire et dans le haut de la portion lombaire de la gouttière vertébrale gauche; insensibilité presque complète de la peau du côté gauche du dos depuis le haut jusqu'en bas; l'insensibilité de la peau s'étend au côté gauche de la face, de la tête et des membres; insensibilité de la muqueuse conjonctivale, nasale et buccale du côté gauche; du même côté, léger trouble dans la vue, perte de l'odorat et du goût, perte du sens du toucher de la main gauche; perte de la sensibilité de la plante du pied gauche, affaiblissement musculaire dans le membre supérieur gauche et dans les membres inférieurs datant de six à sept mois; la paraplégie est arrivée au point de rendre la marche presque impossible sans l'aide d'un bras; la malade traîne les membres inférieurs sans pouvoir les lever.

Pendant plusieurs semaines, les douleurs épigastriques et abdominales sont combattues par des vésicatoires, des bains généraux, des antispasmodiques, etc., etc.

L'état de la malade ne changeant pas, M. Briquet invite M. Duchenne à essayer l'influence de la faradisation.

En une seule séance de cinq minutes, la sensibilité de la face est revenue sous l'influence de l'excitation cutanée. En deux séances, les sens de l'odorat et du goût ont reparu.

Au membre supérieur, l'excitation galvanique, qui n'éveillait d'abord aucune sensation, détermina bientôt le retour de la sensibilité. Dix minutes suffirent pour la rappeler à la pulpe des doigts. Il en fut de même pour le pied gauche, où le retour de la sensibilité fut plus rapide encore. Enfin les règles, qui avaient manqué depuis plusieurs mois, reparurent.

Les résultats acquis persistèrent plusieurs jours. Mais de nouveaux accès d'hystérie firent perdre en un instant le fruit du traitement; tous les points du corps auxquels la sensibilité avait été rendue furent de nouveau frappés d'anesthésie, à l'exception de la peau du pied qui avait été excitée la dernière. Une nouvelle électrisation pratiquée de la même manière, mais à un degré plus élevé, rappela partout la sensibilité. Une douleur intolérable de la région frontale survenue pendant le dernier accès d'hystérie fut enlevée par une excitation électro-cutanée. Enfin des douleurs épigastriques, qui duraient depuis plusieurs mois et qui avaient résisté à plusieurs vésicatoires et à des frictions avec l'huile de croton tiglium, furent également enlevées par l'excitation électrique pratiquée sur l'épigastre et ne reparurent plus.

L'observation de cette femme a présenté, en outre, quelques phénomènes intéressants, tels que l'anesthésie des parties profondes (muscles et os), dont nous avons omis intentionnellement de parler pour en abréger la relation; nous aurons d'ailleurs à en parler spécialement par la suite.

De ces deux exemples de guérison, auxquels nous en aurions pu joindre d'autres, il ne faudrait pas conclure que le traitement des paralysies hystériques par l'électricité doive constamment donner le même résultat. Nous l'avons vu échouer dans quelques cas, notamment chez une jeune femme hystérique affectée aussi d'insensibilité cutanée de tout le côté gauche, et qui a conservé son insensibilité malgré les essais réitérés de l'électrisation à laquelle elle s'est montrée rebelle, comme elle l'avait été auparavant à tous les excitants et à tous les modificateurs usités en pareil cas.

M. Duchenne nous a dit n'avoir réussi jusqu'ici que dans les deux tiers des cas environ. Il a trouvé généralement un tiers des cas rebelles. D'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue que, si l'on veut obtenir des effets durables, il ne faut pas se borner à une seule excitation, alors même qu'elle a été immédiatement suivie de succès, car ces sortes de paralysies sont les plus sujettes de toutes à récidive.

Nous reprendrons ce sujet dans la prochaine *Revue*, et nous nous y occuperons d'une manière plus particulière des phénomènes pathologiques de la myotilité dont il a été question plus haut.

Plaie du pied par écrasement. — Abcès consécutif du genou suivi de fusées purulentes décollant tous les muscles de la jambe et de la cuisse. — Mort. — De l'importance des bourses muqueuses comme agent de propagation de l'inflammation.

Au n° 59 de la salle Sainte-Marthe, dans le service fait en ce moment par M. Broca, on a pu voir, il y a quelques jours, un homme affecté d'une plaie du pied par écrasement. Il y avait des dégâts considérables: un grand nombre d'os broyés, des articulations ouvertes, les parties molles étaient gravement lésées ; et cependant, après les premiers jours qui suivirent l'accident, une amélioration très appréciable qui survint permit d'espérer qu'on verrait ce blessé survivre à des lésions aussi graves. Mais bientôt l'inflammation apparut ; il se forma des abcès ; des collections purulentes se dessinèrent en fusées dans toutes les directions, nécessitant des ouvertures et des contre-ouvertures de tous les côtés. On dut inciser sur la face dorsale, sur le côté externe, et enfin une collection purulente vint inonder l'articulation tibio-tarsienne. Le cas était assez grave pour qu'on se demandât s'il ne fallait pas amputer la jambe ; mais les muscles et bientôt la capsule synoviale du genou elle-même étaient distendus par une suppuration considérable.

Deux ponctions évacuatrices répétées à de courts intervalles firent sortir chaque fois une quantité notable de pus. Enfin, au moment en quelque sorte où l'on eût pu songer à l'amputation de la cuisse comme extrême ressource, dans le cas où le membre eût été sain, l'on découvrit une fluctuation énorme sous les muscles ; la cuisse elle-même était donc envahie, et il eût fallu désarticuler. En était-il temps encore? Ces désarticulations à la suite d'une suppuration profonde et très considérable des membres ont quelquefois réussi ; mais, en général, elles sont suivies de mort.

Ici le malade était épuisé; il perdait chaque jour une quantité énorme de matières. On avait dû pratiquer une contre-ouverture à la naissance même de la cuisse. Le lambeau antérieur avait été taillé aux dépens même des parois d'un abcès; c'était la plus mauvaise condition, et le malade a dû être fatalement abandonné à la mort, aucune tentative ne pouvant être faite avec quelques chances de succès.

A l'autopsie, on trouva des abcès dans toute l'épaisseur de la jambe et de la cuisse. Le membre était littéralement disséqué par le pus. Toutes les articulations du pied en étaient inondées, mais surtout celle qui est formée par le calcanéum, l'astragale et le scaphoïde. L'articulation du genou en était également remplie, et l'amincissement des cartilages articulaires du tibia et du fémur prouverait de reste à quelle inflammation cette jointure était en proie.

Mais ce qu'il y avait de remarquable ici, c'est que l'inflammation qui avait envahi la cuisse a eu évidemment son point de départ dans l'inflammation de l'articulation du genou. Cette transmission directe est manifeste du genou à la cuisse, car on constate une large communication entre sa capsule articulaire tibio-fémorale et la bourse muqueuse située au-dessus, qui fait glisser le tendon du triceps sur le fémur. Ceci est remarquable, disons-nous, en ce qu'on y voit un exemple de l'importance que prennent les bourses muqueuses, et particulièrement celle qui est au-dessus du genou. Dans bien des cas, cette bourse a communiqué l'état morbide dont elle était le siége à la capsule articulaire voisine, et réciproquement. Souvent, à la suite d'un coup ou d'un excès de fatigue, il s'y est fait un épanchement assez considérable pour rompre la faible toile qui la sépare de l'articulation, laquelle était, par conséquent, envahie aussitôt. Enfin on l'a vue donner lieu à une tumeur fluctuante facile à confondre par son siége, par sa forme, et en raison de l'ignorance où on était de l'existence de cette capsule, avec un épanchement articulaire.

C'est M. Laugier qui a le premier établi le diagnostic de ces cas difficiles.

Congestion cérébrale survenue pendant le travail de l'accouchement. — Accès éclampsique. — Persistance des accidents dix-huit heures après l'accouchement.

Tous les auteurs qui ont traité de l'éclampsie ont donné le judicieux précepte de terminer l'accouchement soit par la version, soit au moyen du forceps; précepte fondé sur ce fait que l'expérience est venue souvent vérifier, savoir : que la cessation des accidents éclampsiques suit ordinairement de très près la terminaison de l'accouchement, d'après ce principe : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* Cependant l'observation suivante, qui nous est communiquée par M. le docteur Gatiniol, tendrait, non pas sans doute à infirmer ce principe, mais à démontrer du moins que les choses ne se passent pas toujours ainsi. Voici le fait :

Le 7 octobre, M. Gatiniol fut appelé à onze heures du soir auprès de Jeanne Oliveau, âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament nervoso-lymphatique, chlorotique, mariée depuis deux ans, pri-

---

fier sans cesse la qualité dans la limite des moyens que l'on possède d'apprécier celle-ci.

Reste donc à savoir si la digitaline est un principe plus fixe que la poudre de digitale et laquelle des deux on doit préférer. Suivant les auteurs, la digitaline est de beaucoup supérieure à la poudre de digitale, car pour celle-ci il est impossible de conserver un échantillon type qui puisse indéfiniment servir de point de comparaison; on ne possède aucun caractère positif sur lequel on puisse compter pour apprécier les différences de qualité entre les diverses digitales; il y a toujours une incertitude inévitable sur la qualité et par suite sur le degré d'activité de la plante employée; enfin l'administration est assez difficile en raison de la saveur et de l'odeur.

Cette première partie se termine, avons-nous dit, par des expériences ayant pour but de faire reconnaître la présence de la digitaline dans les matières des déjections ou des vomissements dans les cas d'empoisonnement. Ici encore les auteurs sont arrivés à des résultats complets et tout à fait concluants, car ils sont parvenus à découvrir la digitaline dans les mélanges colorés ou non de matières végétales et animales les plus compliqués.

Dans la seconde partie, consacrée, comme nous l'avons dit, à l'examen physiologique et thérapeutique de la digitale et de ses composés ou de ses principes, nous trouvons d'abord un chapitre bibliographique et historique où sont passés en revue le plus grand nombre des écrits relatifs à cette substance et les opinions des médecins tant français qu'étrangers. Nous y avons trouvé ce fait assez singulier que, tandis que la grande majorité des médecins anglais et français considèrent la digitale comme un sédatif de la circulation, quelques médecins anglais et un plus grand nombre d'allemands la regardent comme ayant une action primitivement accélératrice sur le centre circulatoire, qu'elle ne déprimerait que secondairement; on sait que les Italiens, l'école de Rasori et de Tommasini, placent la digitale au premier rang des contro-stimulants et en font un succédané de la saignée, ce qui, suivant les auteurs, serait une grave erreur.

Puis arrivent les considérations les plus véritablement importantes du travail, celles qui ont trait aux résultats de l'administration comparative de la digitale et de la digitaline chez les animaux et chez l'homme. La conclusion principale est celle-ci : que l'action de la digitale et de la digitaline sur le cœur se montre exactement la même. Suivent des observations de détail, celles-ci, par exemple, que le médicament n'exerce d'action appréciable sur le cœur qu'au bout d'un certain temps, que le ralentissement du pouls persiste encore dix jours et plus après que l'on a cessé d'administrer; qu'à dose trop élevée la digitaline cause des accidents du côté de l'estomac et des intestins; que la digitaline ne passe pas dans les urines; enfin que les autres principes qui existent dans la digitale, digitalose, digitalin, digitalide, n'ont aucune action appréciable sur les organes de la circulation.

A haute dose, la digitaline et les préparations de digitale, quelles qu'elles soient, sont promptement toxiques; on observe, outre le ralentissement des battements du cœur et peut-être à cause de ce ralentissement, un abaissement notable de la température notée par MM. Demarquay, Duméril et Lecointe dans leurs remarquables recherches sur la température animale.

Bien des auteurs ont essayé d'expliquer à l'aide de théories plus ou moins soutenables, plus ou moins vraisemblables, le véritable mécanisme par lequel la digitale agit sur la circulation. Tout en faisant les réserves commandées par la nature même de leur sujet, MM. Homolle et Quevenne proposent l'explication théorique suivante : ils supposent que la digitale est avant tout un modificateur de l'action du cœur, un régulateur de la circulation; que c'est à l'activité imprimée à la circulation, à la régularisation de l'action du cœur troublée pathologiquement que sont dus les principaux phénomènes consécutifs à son administration; enfin que l'action sédative attribuée à cet agent thérapeutique ne doit être acceptée que comme exprimant le retour à l'état normal des mouvements désordonnés du centre circulatoire.

La digitaline possède, d'après les expériences des auteurs, la propriété de modifier profondément l'action de l'organe central de la circulation; elle produit des effets diurétiques bien marqués et une action excitante sur le système nerveux; elle active le mouvement de résorption interstitielle, qui constitue pour le thérapeutiste l'action altérante. Enfin, l'action irritante locale qu'elle exerce sur le derme empêche de l'employer par la méthode endermique.

Les conclusions générales auxquelles se sont trouvés conduits MM. Homolle et Quevenne et ceux qui ont répété leurs expériences sont que dans tous les cas la digitaline, principe toujours identique, inaltérable, de facile dosage, doit être préférée à la digitale et à ses préparations, dont les qualités varient beaucoup suivant leur ancienneté, les manipulations auxquelles elles sont soumises et la diverse composition quantitative de la plante recueillie dans des lieux ou dans des circonstances différant de culture, d'exposition, de température, etc.

Nous bornerons là, en regrettant de ne pouvoir être plus complet, l'analyse du beau livre de MM. Homolle et Quevenne. Il est fâcheux que la science ne possède pas un grand nombre de monographies de ce genre; nul doute que la thérapeutique ne fît, si elles se multipliaient, de rapides et d'importants progrès.

Dr A. Foucart.

mipare. Parvenue au terme de sa grossesse, elle avait ressenti les premières douleurs à sept heures du soir, deux heures avant la visite. A ce moment la présentation était naturelle, le col mince et dilaté, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Le travail marchait très régulièrement ; la malade se tenait à genoux sur son lit, s'appuyant sur l'épaule de son mari.

A minuit, la poche amniotique se rompit, et la tête descendit dans l'excavation. Les contractions de l'organe devinrent alors incessantes et plus énergiques. Je m'attendais, dit M. Gatiniol, à une prompte délivrance, lorsque la malade dit à son mari : « Je te vois pas. » Je la regardai. Or, comme elle avait les yeux fermés, je ne vis dans ce dire que quelque chose de fort naturel. Les douleurs continuèrent, et cinq minutes plus tard elle répéta : « Je n'y vois plus. » Au même instant elle tomba sur son lit privée de sentiment, en proie à de violentes convulsions de tout le corps et des muscles de la face. La langue était saisie entre les dents; un mucus bronchique teint du sang qui provenait de la morsure de la langue s'échappait par la commissure des lèvres; la respiration était râlante. Sans perdre de temps je m'armai de mon forceps; je plaçai la femme sur le bord du lit, aussi bien qu'il est possible de placer un cadavre qui n'est maintenu par aucun aide, me trouvant seul avec le mari tout troublé, auquel je confiai une branche du forceps, et une femme qui devait éclairer.

Cette opération fut faite promptement et sans obstacle, mais l'enfant étant en état d'asphyxie. Après avoir donné mes soins à l'enfant et l'avoir remis à la femme qui était là, je revins à la mère : il n'y avait pas d'hémorrhagie, les yeux étaient grand ouverts et hagards, l'utérus était fortement contracté; je parvins à desserrer les dents au moyen d'une cuillère et à rentrer la langue dans la cavité buccale. J'avais à peine terminé qu'un tremblement convulsif s'empara de nouveau de la malade; les jambes et les bras exécutaient des mouvements désordonnés, la figure grimaçait d'une manière horrible, le mucus bronchique revint à la bouche, et la langue eût été de nouveau saisie entre les arcades dentaires si je n'eusse eu la précaution de les maintenir écartées au moyen d'un bouchon de liége. Je pratiquai dès lors la délivrance, qui s'opéra intégralement et sans difficulté. La malade tomba dans un profond coma. Je m'attendais à la cessation de ces attaques, mais il n'en fut pas ainsi ; à peine 5 minutes étaient-elles écoulées qu'eut lieu une troisième attaque aussi violente que les premières. Malgré la faiblesse du pouls, la pâleur de la face et l'état chlorotique de la malade, je pratiquai une large saignée, qui sembla éloigner les accidents, mais sans les enrayer. Pour les raisons précitées, je n'osais recourir de nouveau à la saignée générale, une application de sangsues aux apophyses mastoïdes devenant impossible à cause des mouvements incessants auxquels se livrait la malade quand on la faisait sortir de l'état comateux. Enfin les accidents persistèrent, malgré les révulsifs aux extrémités, l'oxycrat sur la tête, un lavement purgatif et des frictions belladonées sur l'abdomen, jusqu'au 8 octobre à six heures du soir et s'élevaient au nombre de vingt-deux (je n'avais pas quitté la malade). A ce moment, je fis administrer un quart de lavement avec 8 grammes d'assa fœtida et 0,50 centigrammes de valérianate de zinc. Dès lors tout rentra dans l'ordre ; les couches sont régulières, l'enfant va bien ainsi que la mère, qui n'a d'autres souvenirs de ce qui s'est passé que ceux qui lui ont été communiqués par les assistants.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Du 19 octobre,	13	2	15	14	12
20 »	2	3	5	4	7
21 »	7	6	13	14	13
22 »	5	4	9	10	8
23 »	5	3	8	5	4
24 »	6	4	10	8	6
25 »	3	4	7	7	8
	41	26	67	59	55

Situation générale des hôpitaux au 25 octobre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,610
Sorties.	2,984	6,413
Décès.	3,429	
Restant en traitement.		197

Bulletin de Bordeaux.

Admissions à l'hôpital Saint-André: En août, 12; en septembre, 87; en octobre (jusqu'au 20), 200.

Voici la répartition de ces 200 cas par jour :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
8	5	2	7	3	4	8	20	23	26	12	19	16	9	17	10	5	7	3	4

La mortalité cholérique en ville a été: en juillet, 1; en août, 17; en septembre, 99.

Pour le mois d'octobre, elle s'est élevée au chiffre de 277, réparti comme suit :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
0	7	3	0	3	5	3	5	33	56	18	12	30	15	16	17	11	11	6	6

Choléra à Londres.

Semaine du 14 au 21 octobre 1854.

Mortalité générale.	1,321
— due au choléra..	163
— due à la diarrhée.	83

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne, 64,6 centim.; hauteur thermométrique moyenne, + 7°,9 centigr.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Soubie.

Diabète sucré. — Médication tonique et astringente. Guérison.

Nous publions l'observation très curieuse d'un diabète sucré guéri d'abord par l'usage des toniques, et secondairement, après récidive, par l'usage des eaux de Vichy.

Notre correspondant, juste appréciateur de la nature du diabète, nous paraît avoir parfaitement saisi les indications thérapeutiques qui lui étaient offertes par le malade confié à ses soins, et le succès a couronné ses efforts.

Dans le courant du mois d'août 1853, je fus consulté par M. X..., âgé de cinquante ans, d'un tempérament sanguin, fort et robuste, bon convive, c'est-à-dire mangeant beaucoup et buvant bien, sans cependant faire d'excès.

Ce malade menait une vie assez active et transpirait beaucoup. Il me dit que depuis plusieurs années il avait remarqué que la transpiration diminuait sensiblement, et qu'à l'époque où je fus consulté elle avait entièrement disparu, mais qu'en revanche il était continuellement tourmenté par deux besoins : celui de boire et celui d'uriner. Ce dernier besoin se faisait ressentir au moins vingt fois par jour, et quoique pendant la nuit il urinât moins souvent, il n'en rendait pas moins quatre litres d'urine. Il éprouvait depuis plus de six mois une faiblesse générale et maigrissait sensiblement. Je voulus goûter l'urine, que je trouvai sucrée. J'en recueillis dans une bouteille, que je remis à un habile pharmacien de notre ville, qui me dit le lendemain que l'urine que je l'avais prié d'analyser contenait une quantité prodigieuse de matière sucrée.

Alors plus de doute, j'avais affaire à un diabète sucré dont je ne pouvais pas apprécier la cause d'une manière bien positive, car la suppression de la transpiration était postérieure à l'invasion du diabète. Il n'y avait que deux ans que cette suppression existait, et le diabète datait de plus de quatre ans; car, voulant remonter à l'origine de l'affection, voici ce que je recueillis de la bouche du malade :

« Il m'est impossible, me dit-il, de vous dire depuis combien d'an-
» nées j'éprouve le besoin d'uriner aussi fréquemment, mais je me
» rappelle qu'il y a quatre ans, me trouvant à une noce qui me mit
» dans la nécessité de coucher hors de chez moi, je remarquai que le
» vase de nuit qu'on m'avait donné était de petite dimension, et je
» regardai où donnait ma croisée, pensant bien être obligé d'y verser
» mon vase s'il m'arrivait d'uriner aussi souvent que chez moi; et
» c'est ce que je fus forcé de faire. »

M. X... n'avait jamais eu de gastrite; il n'avait jamais perdu l'appétit, et les reins n'avaient jamais été le siége de douleurs violentes.

Je mis aussitôt le malade au régime suivant :

Pour tisane, je prescrivis un litre par jour d'une décoction légèrement concentrée de gentiane, colombo et cachou, plus 4 décigrammes d'iodure de fer divisés en deux pilules, à prendre une le matin et l'autre le soir. Je prescrivis aussi les gilets de flanelle sur la peau, que le malade n'avait jamais portés.

Pour nourriture, bouillons gras sans pain, viandes rôties et grillées à discrétion, 125 grammes de pain pour tous les repas de la journée, œufs durs, poisson en petite quantité, et un litre environ de vin vieux par jour.

Sous l'empire de ce traitement, l'amélioration fut tellement rapide que le douzième jour il n'existait plus dans l'urine aucune trace de matière sucrée. C'est au point que ce jour-là même le malade fut vu en consultation par un de nos célèbres praticiens de Bordeaux, M. Mabit, qui, après avoir fait lui-même une expérience négative, emporta de l'urine à Bordeaux pour la faire analyser. Cette dernière expérience ne décela pas plus de sucre que celle qu'il avait faite lui-même, et dès le lendemain il écrivit au malade que probablement je m'étais mépris sur la nature de la maladie; qu'il était impossible qu'un diabète sucré eût guéri en si peu de jours, et qu'il conseillait de cesser le traitement. A l'instant même la tisane et les pilules furent mises de côté. Mais malheureusement huit jours après les urines étaient revenues aussi limpides et aussi sucrées qu'avant le traitement. J'adressai immédiatement le malade à M. Mabit, qui se rendit avec lui chez le pharmacien de Bordeaux qui avait fait la première analyse, et tous les deux ne pouvaient revenir de leur surprise ni croire que l'urine qu'ils avaient sous les yeux était bien de la même personne que celle qu'ils avaient analysée huit jours avant, tant était considérable la quantité de matière sucrée qu'elle contenait.

On conseilla de reprendre le même traitement. Mais le malade éprouva bientôt de la répugnance à boire sa tisane; il ne pouvait plus en prendre qu'un demi-verre par jour, et huit jours après l'odeur seule lui donnait des envies de vomir. Ce fut alors que, de concert avec notre estimable collègue le docteur Hérlcé (de Libourne), je fus forcé de la remplacer par l'eau de Vichy purement alcaline pendant plusieurs mois, et enfin l'eau alcaline et ferrugineuse de la source Lardy a complété le traitement, dont le succès ne s'est pas démenti depuis plus de huit mois. Mais il a fallu quatre mois pour obtenir le résultat que j'avais obtenu dans douze jours; résultat qui, je crois, se serait maintenu si le malade n'avait pas cessé son traitement d'une manière aussi subite. Il est bon d'ajouter que pendant ce dernier traitement le malade a bien souvent négligé de prendre les pilules d'iodure de fer, à cause de la constipation qu'elles occasionnaient.

Depuis plus de huit mois M. X... n'est plus tourmenté par le besoin de boire; les urines, en rapport avec les quantités ingérées, ne contiennent plus de sucre; il transpire légèrement quand il se fatigue, et les forces sont revenues. Depuis sa cure, M. X... ne se prive que de potage au pain, dont auparavant il mangeait copieusement.

Libourne, 20 octobre 1854.

Ce qu'il faut remarquer dans cette observation de diabète, c'est l'*intermittence* de la maladie, fait indiqué pour la première fois l'année dernière, dans ce journal, par M. le docteur Bouchut. On ne savait pas, en effet, que cette affection pût disparaître ainsi pendant quelques jours et revenir ensuite pendant plus ou moins longtemps. L'étude attentive du diabète a mis ce fait hors de doute et a donné ainsi un démenti aux théories chimiques de MM. Mialhe et Bouchardat. Il montre ce que M. Cl. Bernard a expérimentalement établi, savoir : qu'il faut placer le diabète parmi les affections du système nerveux, et, selon nous, dans les névroses.

Au reste, non-seulement le diabète offre des intermittences, mais une fois guéri, il présente aussi des récidives, phénomène tout différent du premier, et qu'il ne faut pas confondre avec lui, bien qu'il se rattache au même principe pathogénique.

Dans ce fait, la disparition du mal sous l'influence des toniques et de l'iodure de fer est on ne peut plus remarquable; et après le retour de la glucosurie, sa cessation définitive sous l'influence des eaux ferrugineuses de la source Lardy confirme bien ce que notre correspondant a voulu établir, savoir : la guérison du diabète par le régime tonique et les ferrugineux.

HYDROSARCOCÈLE TRÈS VOLUMINEUSE

sur un jeune garçon de onze ans. Ablation de la tumeur. Torsion des artères. Réunion par la suture entortillée.

Par M. Amussat père.

(Observation présentée à l'Académie de médecine, dans la séance du 24 octobre, par M. Barth en l'absence de M. Amussat.)

François Grelet, fils de fermier, demeurant à Avançon, commune d'Exireuil, près Saint-Maixent (Deux-Sèvres), âgé de onze ans, tempérament lymphatique, teint jaune, plombé, intelligence remarquable pour son âge. Le père de sa mère est mort d'un cancer de l'estomac, et la grand'mère de sa mère d'un cancer à la face. Son affection semble remonter à plusieurs années, mais ses parents et lui ne s'en sont aperçus que depuis sept semaines seulement. Jamais il n'a senti aucune douleur, qu'une grande difficulté à la marche occasionnée par le volume et le poids de la tumeur. Cette tumeur occupe le côté droit de l'aine, envahit le testicule et l'épididyme du même côté. Son volume est à peu près celui de la tête d'un enfant naissant; elle est pyriforme, la grosse extrémité en bas et la petite en haut, ayant 39 centimètres dans sa plus grande circonférence perpendiculaire, et 37 centimètres dans sa plus grande circonférence tranversale. Elle semble s'étendre jusque dans l'intérieur de l'anneau. Le cordon est gros, tendu, offrant sous le doigt une sensation analogue à celle de l'intestin hernié. Cette tumeur est dure, bosselée, lobulée à sa partie inférieure et postérieure, molle et fluctuante à sa partie antérieure et supérieure. Un grand nombre de vaisseaux variqueux rampent sous la peau.

Le jeudi 12 octobre 1854, à deux heures de l'après-midi, M. Amussat pratique l'opération, assisté par MM. Lemanski, Seauzeau et A. Pélisson. L'enfant, couché sur une table presque horizontalement, est soumis avec les précautions convenables à l'inhalation du chloroforme. Un des assistants protége la verge et le testicule sain. M. Amussat pratique deux incisions semi-elliptiques à un demi-pouce au-dessous de la verge. Dissection de bas en haut; écoulement à la partie antérieure de sérosité épaisse, jumenteuse; section et torsion d'une grosse artère du volume d'une digitale. En fendant la tunique vaginale plus longuement, une masse ressemblant à une anse intestinale se présente sous l'instrument tranchant. L'opérateur reste dans le doute, ainsi que les assistants. Après quelques recherches, il reconnaît que l'objet de cette incertitude est en définitive la tunique vaginale retournée en haut et formant le doigt de gant. On en pratique la section. M. Amussat fait tout autour du cordon la section isolée des vaisseaux, puis les saisissant au moyen d'un ténaculum, il en fait la torsion. L'effusion du sang s'arrête. C'est alors seulement que l'opérateur fait la section du canal déférent. Trois ou quatre points de suture entortillée pour réunir par première intention les deux tiers supérieurs de la plaie. Quant à la partie inférieure, on laisse les deux bords libres, pour le facile écoulement des liquides. Linge fenêtré enduit de cérat, charpie, compresses, bandage en T, puis par-dessus un autre en triangle. Le premier appareil a été levé le 14 octobre, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération. Aucun accident; l'enfant est dans l'état le plus satisfaisant; tout fait espérer une guérison prochaine.

Opération remarquable sous le rapport de la difficulté et de l'incertitude occasionnées par le renversement en doigt de gant de la tunique vaginale, qui laissait croire à une hernie intestinale jointe à la tumeur, d'autant plus que par l'examen de la tumeur avant son ablation tout faisait présumer que, l'anneau étant largement ouvert, une portion viscérale de l'abdomen pouvait s'être engagée dans le canal. Opération remarquable aussi par la section isolée des différentes parties du cordon, laquelle est préférable à la ligature en masse, qui laisse échapper le cordon dans l'intérieur du canal, et rend beaucoup plus difficiles les moyens employés pour saisir les vaisseaux afin d'arrêter l'hémorrhagie. Les assistants constatèrent la facilité avec laquelle une seule personne, à l'aide de la torsion, a pu arrêter l'effusion du sang; procédé évidemment supérieur à la ligature, qui réclame le concours de deux personnes, et qui a l'inconvénient de laisser un corps étranger dans la plaie.

Examinée attentivement, la pièce pathologique est de consistance moyenne, élastique, lobulée. A l'incision, la surface de la coupe présente un assemblage de lobules intimement unis les uns aux autres, formant çà et là un léger relief à surface lisse, d'un blanc rosé, parcourus de nombreux vaisseaux capillaires et ayant l'aspect de certains encéphaloïdes encore assez fermes; mais la pression n'en fait suinter qu'une petite quantité de liquide séreux un peu louche, et le tissu morbide est mollasse, sans friabilité; il cède à la pression, mais ne se laisse déchirer qu'avec peine.

Au microscope on y distingue des fibres, des vaisseaux et une

grande quantité de cellules allongées, fusiformes, grenues, entremêlées de noyaux grenus libres et de granules de volume variable.

MÉTHODE ÉCLECTIQUE ET RATIONNELLE
du traitement des rétrécissements de l'urètre.

Par M. le docteur Le Roy-d'Etiolles.

M. Le Roy-d'Etiolles a adressé à l'Académie, séance du 24 octobre, un mémoire qui est le résumé de ses travaux sur les rétrécissements de l'urètre. Il y a, dit ce chirurgien, une tendance dominante dans la thérapeutique de cette maladie, c'est d'appliquer à tous les rétrécissements une méthode uniforme au lieu de varier les moyens et les procédés suivant les espèces, les variétés, les degrés, les nuances de la maladie. Je me suis efforcé dans tous mes écrits de combattre cette tendance et de faire sentir la nécessité de l'éclectisme, qui est imposée aux chirurgiens par l'absence de démarcations suffisamment tranchées entre les différentes formes et degrés des rétrécissements, et par l'impossibilité de calculer à l'avance l'effet du mode de traitement qui sera mis en usage.

M. Le Roy-d'Etiolles fait voir que les classifications basées sur l'anatomie pathologique sont peu utiles dans la pratique, puisque la véritable nature du rétrécissement ne peut être appréciée de prime abord et qu'elle ne se décèle que par l'autopsie, ou par la marche et le résultat du traitement.

Prenant la thérapeutique pour base de la classification, il range les rétrécissements en trois catégories suivant le degré de difficulté d'uriner qu'ils causent et les moyens de traitement qu'ils comportent. C'est à vrai dire l'ancienne classification, *dysurie*, *strangurie*, *ischurie*, avec des moyens de traitement mieux entendus et plus parfaits.

Ainsi, dans le degré le plus avancé, il y a rétention d'urine complète et impossibilité d'introduire les sondes ou les bougies. Il faut choisir alors entre le cathétérisme forcé, l'incision du rétrécissement de dehors en dedans, ou la boutonnière et l'une des ponctions de la vessie.

M. Le Roy-d'Etiolles donne la préférence à la ponction du rétrécissement faite par une sonde à dard, mais avec une modification reconnue utile par la modification d'Argenteuil, qui consiste à substituer au dard une sonde de gomme dès que le rétrécissement est dépassé; le danger des fausses routes disparaît ainsi presque tout à fait.

Dans le second degré, l'urine coule encore, mais les bougies et les sondes ne passent pas. Ici conviennent les bougies tortillées et crochues pour lesquelles il y a bien peu de rétrécissements infranchissables; si elles échouent, on a recours à la cautérisation d'avant en arrière, que M. Le Roy-d'Etiolles a perfectionnée, ou bien à la ponction avec la sonde à dard modifiée comme nous venons de le dire.

Dans le premier degré l'urine passe ainsi que les bougies, on peut alors choisir entre toutes les méthodes de traitement. La dilatation temporaire la plus innocente de toutes doit être essayée; si le rétrécissement est de nature fibreuse, ce que l'on ne peut savoir d'abord, il résiste à la dilatation complète, ou il se reproduit. Il faut recourir alors à l'une des méthodes exceptionnelles, qui sont: la cautérisation, l'incision et l'excision. M. Le Roy-d'Etiolles donne la préférence à cette dernière, se fondant sur ce que les rétrécissements fibreux doivent être traités comme les cicatrices vicieuses des autres parties du corps. « Cette opération, dit la commission » d'Argenteuil dans son rapport, n'est pas nouvelle. En 1812 » M. Arnold l'avait déjà indiquée, et M. Philips (de Londres) » l'avait pratiquée et en avait préconisé les résultats. Toutefois » nous reconnaissons aux instruments de notre compatriote (M. Le » Roy-d'Etiolles) une incontestable supériorité, d'où résulte plus » de précision dans le manuel opératoire. » Cette même commission de l'Académie a fait le résumé des travaux de M. Le Roy sur les rétrécissements. « En nous livrant à cet examen, dit le rap» port, nous avons été frappés du nombre et de la variété des res» sources de ce praticien. A chacune des formes sous lesquelles » apparaissent les rétrécissements de l'urètre, il oppose bientôt un » traitement particulier. Méthodes, procédés, appareils d'instru» ments, tout a été revu et modifié par lui, et le plus souvent avec » avantage; toutefois, pour le caractériser en quelques mots, nous » dirons que s'il a beaucoup perfectionné il a très peu imaginé. »

Tout en témoignant à la commission sa reconnaissance pour les éloges qui lui sont donnés dans ces conclusions, M. Le Roy-d'Etiolles ne reconnaît pas complètement juste la restriction qui les termine. Les bougies tortillées et crochues, le procédé de la déchirure avec des dilatateurs métalliques à écartement, la cautérisation rétrograde, la scarification et l'incision faites d'arrière en avant avec des lames mobiles glissant indépendamment de la gaîne, l'emploi du caustique de Vienne et du cautère électrique lui paraissent choses nouvelles; d'autres, qui avaient été délaissées et oubliées, lui semblent équivaloir à des nouveautés par leur conservation avec des perfectionnements: tels sont la cautérisation directe, l'excision et les bougies à boules en gomme.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

M. le docteur Duché nous a cité dans votre estimable journal quelques faits qui prouvent les bons effets de la saignée dans le traitement du choléra. Les occasions que notre confrère a eues d'appliquer cette méthode sont assez nombreuses pour qu'il ait pu en constater la constante efficacité; il rappelle aussi qu'un autre médecin du département de l'Yonne s'en est servi avec succès pour prévenir les attaques imminentes de l'épidémie. Suivant M. Duché, la théorie serait ici d'accord avec l'expérience, puisque la saignée aurait pour effet de faire disparaître cet état d'asphyxie par défaut de circulation qui est la cause la plus prochaine de mort pour les malades atteints de choléra.

Il est bien à désirer que de nouvelles expériences viennent confirmer les observations précédentes; car, si on reconnaissait que les effets de la saignée sont aussi certains que M. Duché le dit, cette découverte serait une bonne fortune pour les praticiens, réduits aujourd'hui à des remèdes dont les effets sont très incertains et très variables.

La méthode par évacuations sanguines est d'ailleurs la plus prompte et la plus expéditive, avantage dont il faut tenir grand compte dans une maladie comme le choléra, dont les atteintes sont si promptement mortelles. Elles seraient aussi une ressource précieuse pour les médecins de campagne, qui n'ont pas à leur portée les savantes compositions pharmaceutiques qu'on emploie aujourd'hui contre le choléra.

Ce sont là les raisons, monsieur le rédacteur, qui m'ont déterminé à vous communiquer les résultats de ma propre expérience sur les évacuations sanguines dans le traitement du choléra; je vous les soumets avec d'autant plus de confiance que j'ai agi en dehors de toute théorie préconçue, mes premières saignées ayant été faites, comme par un cas de force majeure, pour combattre un état bien marqué d'asphyxie dans lequel étaient tombés les premiers cholériques que j'ai eu l'occasion d'observer.

C'était à la Martinique, en 1832, lorsque l'épidémie y fit une courte apparition. Mes malades souffraient de tous les désordres gastriques habituels dans le choléra. Je remarquai la dyspnée, l'angoisse, une rougeur foncée à la peau et une tendance au refroidissement. Me rappelant alors ce que dit Hunter, que toutes les fois que le sang artériel est arrêté ou suspendu dans son cours, il prend l'apparence et les qualités du sang veineux, je me hâtai de pratiquer une première saignée, quelquefois renouvelée, ou suivie au besoin d'application de sangsues à l'épigastre ou sur le trajet des côlons lorsque ces parties étaient le siége d'une douleur persistante. Je ne parle pas ici des moyens narcotiques, astringents, révulsifs et autres que j'ai dû aussi employer, parce que cette lettre n'a d'autre but que d'appeler l'attention sur les effets des évacuations sanguines.

Je remarquai donc que la saignée ramenait peu à peu la circulation arrêtée ou ralentie à son activité naturelle; mais il fallait pour cela qu'elle fût pratiqué au début. Après vingt-quatre heures, c'est déjà trop tard; et si on laisse le mal atteindre son maximum d'intensité, la saignée est alors inutile et presque impossible, puisque le sang ne s'offre même plus à l'ouverture de la veine, lorsque la saignée est pratiquée dans le moment qui touche de près à la période algide, les symptômes alarmants ne se dissipent qu'avec lenteur, le pouls reste faible et les malades tombent dans un état d'adynamie dont on a toute peine à les tirer.

Voilà, monsieur le rédacteur, les résultats de mes essais de traitement du choléra par les évacuations sanguines, essais qui, je le répète, ont été faits en dehors de toute préoccupation de polémique médicale. Vous jugerez s'ils méritent d'être mis sous les yeux de vos lecteurs.

En finissant, je ferai observer que quand même la saignée n'aurait pas toute l'efficacité signalée par M. Duché, elle doit encore figurer comme un adjuvant utile dans le traitement du choléra, puisque, faite en temps convenable, elle ravive la circulation et l'absorption, fonctions sans lesquelles aucune médication rationnelle n'est possible.

Agréez, etc. Rochard,

Ancien chirurgien de la marine, médecin adjoint des Madelonnettes.

Paris, ce 26 octobre 1854.

Réponse de M. Duchaussoy à la lettre de M. Thomas relative à l'absorption cutanée dans la période algide du choléra (1).

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans votre numéro du 17 octobre une lettre de M. le docteur Thomas dans laquelle il avance que fréquemment chez les cholériques l'*absorption par la peau existe avec énergie presque jusqu'à la mort;* malgré la judicieuse critique que vous avez faite de cette lettre dans un numéro qui malheureusement l'a précédée, une assertion si positive de la part d'un médecin connu dans la science pourrait avoir sur quelques esprits une influence fâcheuse, car elle ne les conduirait certainement qu'à la déception: c'est là ce qui m'engage à présenter quelques objections à l'honorable correspondant de l'Académie de médecine.

M. Thomas prétend que « la puissance d'absorption par la peau chez les sujets atteints de choléra asiatique, même quand le corps est froid, cyanosé et qu'il existe une absence complète du pouls, *est extraordinaire.* » J'avoue que rien ne me paraît plus étrange qu'une telle assertion, car dans les nombreuses expériences qui ont été faites dans le service de M. Vernois les frictions de belladone sur le dos de la main, dans les aisselles, au pli de l'aine, sur le front n'ont *jamais produit la dilatation des pupilles tant que les malades ont été dans l'algidité;* les frictions générales avec l'eau-de-vie chaude n'ont jamais, dans les mêmes circonstances, donné l'odeur d'alcool à l'haleine des malades; l'extrait de belladone et le sulfate de strychnine ont été introduits un bon nombre de fois sous la face profonde de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et nous les avons retrouvés intacts douze et vingt-quatre heures après. D'ailleurs l'incertitude ou même l'inutilité de la méthode iatraleptique dans le choléra algide ont été depuis longtemps reconnues par les plus habiles observateurs, et j'en ai cité des preuves dans ma thèse.

Examinons les faits à l'aide desquels M. Thomas croit justifier sa manière de voir.

Il s'appuie d'abord sur l'absorption prétendue de 2 centigrammes d'acétate de morphine (*voir* la première observation de sa lettre). Mais il est impossible d'accepter une observation aussi peu rigoureuse comme preuve d'absorption de la morphine, car elle ne contient rien qui puisse établir ce fait.

Comment la morphine a-t-elle été appliquée? On ne l'a pas placée directement sur la peau dénudée, on ne l'a même pas mise sur une surface lisse, comme le taffetas gommé qu'on aurait ensuite appliqué sur le derme; mais on l'a semée sur un emplâtre très collant, le basilicum, qui a dû certainement retenir une bonne portion de cette poudre si ténue. Et puis a-t-on recherché le médicament sur l'emplâtre ou sur la peau, pour dire qu'il est absorbé? L'observation n'en dit rien; c'est pourtant là ce qu'il y avait de plus important et de plus simple à constater. On se fonde donc uniquement sur le rétablissement de la chaleur et sur des signes de narcotisme qu'on ne donne pas. Mais *les frictions faites à outrance* avant et après la vésication ne sont-elles donc pour rien dans ce rétablissement de la chaleur? et l'assoupissement qui survient spontanément chez les cholériques lorsque les évacuations et les crampes ont cessé ne ressemble-t-il pas beaucoup à un léger narcotisme, surtout lorsqu'il s'agit d'une malade fatiguée par de telles frictions?

Le second exemple a encore moins de valeur que le premier: une malade atteinte de choléra grave avait une suppression d'urine depuis trente heures; un large sinapisme est appliqué sur le ventre..... peu après la malade urine abondamment: c'est-à-dire que, pour l'auteur, la preuve de l'absorption des principes actifs de la moutarde, c'est la réapparition de l'urine! Mais comment établir logiquement une telle relation? car chacun sait que ce retour des urines peut être spontané, comme cela se voit chez les malades qui guérissent sans médication active. Avant de présenter ce fait comme une preuve d'absorption par la peau, on aurait dû au moins commencer par dire si celle-ci avait été rubéfiée par le sinapisme; il n'en est pas fait mention. Mais lors même qu'il y aurait eu action de la moutarde sur la peau du ventre, cela eût-il établi l'absorption des principes solubles du topique, c'est-à-dire leur transport dans la circulation? Evidemment non, et l'auteur, pour défendre la valeur d'un tel fait, serait obligé de s'engager dans une voie bien épineuse et encore fort obscure.

Des preuves matérielles, irréfragables font donc absolument défaut à ces assertions de l'honorable docteur Thomas. Chacun comprendra aisément qu'une question aussi délicate ne peut être résolue que par une série d'expériences détaillées, précises, à résultats évidents; c'est ainsi seulement qu'on pourrait combattre celles qui sont relatées dans ma thèse, mais déjà les conclusions les plus importantes de ces faits sont reconnues vraies par presque tous nos maîtres dans la science.

Veuillez agréer, etc. Dr Duchaussoy.

Paris, 20 octobre 1854.

(1) Nous avions la lettre de M. Duchaussoy depuis plusieurs jours entre les mains; l'abondance des matières nous a seule empêché de la publier plus tôt.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La rentrée de la Faculté de médecine aura lieu, selon la coutume, le 2 novembre prochain. Les examens pourront avoir lieu immédiatement; mais les cours ne commenceront que le 16, *après la prise des inscriptions.*

La séance annuelle, dans laquelle M. Bérard prononcera l'éloge d'Orfila, aura lieu le 15, sous la présidence de M. le doyen.

—Par décret impérial du 21 octobre, l'Empereur a promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent:

M. Andrieu, médecin major de 2e classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

M. Gerrier, médecin major de 2e classe attaché aux ambulances de l'armée d'Orient.

M. Carion, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

M. Roustans, médecin aide-major de 2e classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

M. Bonnal, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Toulon.

Bonnaccorsi, médecin aide-major de 1re classe, désigné pour passer du corps de la Baltique à l'hôtel impérial des Invalides.

— La commission instituée pour préparer un projet d'arrêté concernant le certificat d'aptitude pour les titres d'officier de santé, de sage-femme, de pharmacien et d'herboriste de 2e classe vient de terminer ses travaux.

—Un concours pour deux places d'agrégé vacantes dans la section de pharmacie et d'histoire naturelle à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris s'ouvrira le 2 novembre prochain.

Ce concours, aux termes du règlement du 6 février 1846, est composé de quatre professeurs de l'Ecole qui, à raison de la nature de leur enseignement, sont juges de droit. Ces professeurs sont MM. Lecanu, Guibourt, Chatin et Chevallier. Les juges adjoints, nommés par arrêté du 24 octobre 1854, sont: MM. Balard, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris; Ducom, agrégé de l'Ecole de pharmacie de Paris, et Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine. M. Balard est nommé président du concours.

Les candidats inscrits sont: MM. Ossian, Soubeiran fils, Vialla, Hébert et Lutz.

— Le *Moniteur* annonce que M. le docteur Lévy, accompagné de trois médecins majors, d'une quarantaine d'aides-majors et de plusieurs pharmaciens, a dû s'embarquer à Constantinople pour aller établir un grand hôpital à Sébastopol dès que cette place sera prise.

— M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, professeur, membre de l'Académie des sciences, ouvrira son cours de zoologie (mammifères et oiseaux) le mardi 31 octobre 1854, à une heure, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Le professeur consacrera la première partie de ce cours à l'exposition et à l'examen des principales questions de la zoologie générale, considérées surtout dans leurs rapports avec l'histoire naturelle des deux premières classes du règne animal.

Dans la seconde partie, il traitera des mammifères utiles à l'homme, et particulièrement des genres qui ont fourni ou peuvent fournir des races domestiques.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 129. — MARDI 31 OCTOBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 129. — MARDI 31 OCTOBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 30 OCTOBRE 1854.

Séance de l'Académie des sciences.

Il n'a été fait dans la dernière séance de l'Académie des sciences qu'une seule communication qui ait trait aux sciences médicales; mais l'importance du sujet et la haute autorité d'où elle est émanée la recommandent également à l'attention de nos lecteurs.

Il y a un an environ, M. Thénard entretenait l'Académie de quelques essais analytiques qu'il avait faits pendant les loisirs d'une saison des bains au Mont-Dore. Les résultats encore incomplets de ces premiers essais avaient conduit l'illustre chimiste à reconnaître la présence de l'arsenic dans ces eaux. Mais il fallait de nouvelles recherches plus complètes et plus précises pour en déterminer la proportion et le mode de combinaison. D'un autre côté, il n'était pas moins intéressant de s'assurer si cette substance existait également dans les eaux minérales voisines, et dans quel rapport elle s'y trouverait.

Tel a été l'objet des nouvelles analyses dont M. Thénard a communiqué les résultats à ses collègues dans la dernière séance. On trouvera dans le compte rendu de cette séance un extrait de cet important travail.

L'arsenic a été trouvé dans les eaux du Mont-Dore à l'état d'acide arsénique combiné avec diverses bases alcalines, notamment à l'état d'arséniate de soude. La proportion de ce principe y est assez considérable, ainsi qu'on en pourra juger par les chiffres indiqués par M. Thénard (0, milligr. 53 d'arsenic par litre).

La constatation de l'arsenic dans ces eaux, dont on connaît l'activité thérapeutique, est déjà un fait d'une grande valeur, mais il n'aurait point suffi encore pour la détermination qu'il y aura à faire un jour du rôle de cette substance dans l'action physiologique et thérapeutique des eaux qui la renferment. On sait, en effet, que les eaux du Mont-Dore ne s'administrent pas seulement en boisson, mais encore en bains, en douches et en vapeurs. C'est même, au dire des médecins les plus compétents, sous cette dernière forme qu'elles paraissent avoir le plus d'énergie.

On comprend qu'il était utile, dès lors, de s'assurer si l'arsenic serait retrouvé dans les produits condensés de ces eaux réduites en vapeur. C'est là, en effet, un des résultats les plus intéressants des recherches de M. Thénard. Or, elles ont établi que la vapeur entraîne avec elle quelques-uns des principes salins de l'eau minérale elle-même, et notamment l'arséniate de soude, et que, par conséquent, des globules d'eau minérale entraînés par l'effet d'une grande ébullition étaient portés dans leur état d'intégrité et de composition chimique primitive jusque sur la surface pulmonaire des malades qui respirent ces vapeurs.

Nous avons dit que des recherches semblables avaient été faites sur les eaux des sources voisines du Mont-Dore (celles de Saint-Nectaire, de Royat et de Bourboule). Les résultats constatés par M. Thénard sur les provenances de ces diverses sources ne sont pas moins dignes d'attention. L'analyse a révélé dans les eaux de Saint-Nectaire une proportion d'arsenic qui se rapproche beaucoup de celle des eaux du Mont-Dore, et dans les sources de Royat une proportion sensiblement inférieure. Mais celle des sources de Bourboule, qui est le plus usuellement employée pour les bains, et à laquelle on attribue une efficacité remarquable contre quelques maladies cutanées et contre les scrofules, a fourni à l'analyse une proportion considérable d'arsenic (8milligr.,5, ou 20milligr.,09 d'arséniate de soude par litre, c'est-à-dire environ 8 fois celle que renferme l'eau du Mont-Dore, et même 15 fois, dit M. Thénard, en tenant compte approximativement des pertes considérables éprouvées pendant l'opération).

Il serait superflu de chercher à faire ressortir ici l'importance de ces résultats et le parti qu'on en pourra tirer un jour pour l'interprétation des effets thérapeutiques et du mode spécial d'action de certaines eaux minérales, ainsi que pour l'appréciation des indications et des contre-indications de leur emploi. Mais le temps n'est pas venu encore de se livrer à ce travail de théorisation, qui ne pourrait avoir quelque portée et quelques résultats utiles qu'autant que les recherches de cette nature auront été assez multipliées pour faire connaître non-seulement les proportions d'arsenic que peuvent renfermer les diverses sources minérales, mais encore celles de tels autres principes actifs dont on n'a pu jusqu'ici que soupçonner plus ou moins l'existence.

Nous serions heureux de voir l'Académie s'associer au vœu exprimé à cette occasion par l'honorable M. Thénard, et joindre ses efforts à ceux de l'Académie de médecine et de la commission de l'*Annuaire des eaux de la France* pour le perfectionnement de cette importante étude des eaux minérales. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Causes de l'engouement ou du pseudo-étranglement. — On a remarqué que l'humidité était une des causes prédisposantes de la péritonite herniaire ou pseudo-étranglement. L'humidité faisant sortir davantage la hernie et en rendant la réduction plus difficile, l'expose naturellement davantage à toutes les chances d'inflammation. Une inflammation légère n'a le plus souvent aucune fâcheuse conséquence tant qu'on peut faire rentrer facilement la hernie ; mais la réduction devient-elle difficile ou impossible, il y a alors ce que l'on nomme *engouement*. La statistique suivante des cas de hernies étranglées admis dans les hôpitaux de Paris et classés suivant les périodes de l'année où ont eu lieu les admissions, met en évidence l'influence des saisons sur la production des étranglements herniaires. Sur un total de 220 hernies, il s'en est présenté 137 dans le semestre d'hiver et 83 dans le semestre d'été. En répartissant ces 220 hernies par quadrimestre, il y en a eu 99 pour les mois de décembre, janvier, février et mars; 66 pour les mois d'avril, mai, juin et juillet; 55 pour les mois d'août, septembre, octobre et novembre.

Les changements de temps ont aussi une influence que les malades savent très bien apprécier.

L'engouement herniaire est souvent produit par des excès de table, par l'usage d'aliments venteux. Les malades accusent parfois un certain malaise qui précède l'inflammation et l'irréductibilité de la hernie. La douleur commence quelquefois dans l'abdomen avant de se développer dans la hernie.

Les symptômes de la péritonite herniaire varient en raison du degré de l'inflammation. Au premier degré, ou au début, les malades ne ressentent que de petites coliques, du météorisme et de la constipation. Des phénomènes analogues se passent souvent dans les hernies mal contenues, et on a vu déjà dans ce qui précède la coïncidence de ces phénomènes avec l'épaississement du sac. Ces inflammations ont été longtemps généralement méconnues. Cependant M. Cruveilhier a décrit une irritation de ce genre sous le nom de *péritonite glutineuse*; il a reconnu dans cette membrane séreuse de petites adhérences qui, suivant ce professeur, seraient aussi communes que les adhérences pleurales.

Au second degré de l'inflammation herniaire, la hernie devient irréductible; cette irréductibilité subite s'observe, en général, dans les hernies épiploïques.

Un étudiant en médecine qui jusque-là n'avait pas eu de hernie vit s'échapper tout d'un coup l'épiploon dans la tunique vaginale, et cette hernie de formation récente devint irréductible sans que le malade en eût ressenti aucune douleur. Il ne fallut pas moins de trois quarts d'heure de taxis pour faire rentrer la masse épiploïque dans l'abdomen.

Une personne étant venue à Paris à une époque de grande solennité, sentit sa hernie sortir dans la foule; elle voulut, mais ne put la faire rentrer. Un bandagiste fit également de vains efforts. M. Malgaigne, appelé à son tour, constata une hernie du volume du poing, irréductible. Ayant reconnu que cette épiplocèle était le siége d'une inflammation superficielle, il la combattit par des sangsues et des cataplasmes, et dix jours après, l'inflammation ayant été suffisamment combattue, la hernie put être réduite avec facilité.

Au troisième degré la hernie est irréductible; il y a des douleurs, des coliques, de la constipation, mais pas encore de vomissements. M. Malgaigne a vu à Bicêtre un vieillard à qui on avait pratiqué le taxis en vain. La constipation était opiniâtre, mais il n'y avait point de vomissements; les purgatifs pouvaient passer. Des applications émollientes suffisaient pour diminuer le volume de la tumeur et rendre la réduction facile.

Enfin, au quatrième degré, non-seulement la hernie est irréductible, mais cette irréductibilité s'accompagne de tout le cortége des symptômes de l'étranglement, y compris les vomissements. Ces vomissements ne sont pas, comme on l'a dit et si souvent répété, composés d'abord de matières alimentaires, puis de bile, puis de matières fécales. Ils ne renferment jamais de matières stercorales. Ce que l'on a pris pour des matières stercorales, ce sont des matières jaunâtres, granuleuses, facoloïdes, provenant de l'intestin grêle. Ces vomissements ne sont pas non plus en rapport avec l'intensité de la phlegmasie. Ainsi il est des sujets qui vomissent abondamment et dès le début des accidents, tandis que d'autres, au contraire, ne vomissent que très tard et peu. Quelques-uns même succombent sans presque avoir vomi. La matière des vomissements est elle-même très variable. Ainsi qu'on vient de le dire, ce sont tantôt des matières stercorales; tantôt c'est de la bile jaune ou de la bile verte, des matières grises ou brunâtres. Rien ne peut expliquer ces différences, et c'est en vain qu'on chercherait à établir un rapport entre l'aspect des matières vomies et la portion d'intestin. M. Malgaigne a examiné à ce point de vue toutes les variétés que peuvent présenter les hernies, et il n'a pu constater aucun rapport de cette nature.

Il est donc établi maintenant qu'une inflammation du péritoine herniaire peut donner lieu momentanément à l'irréductibilité de la hernie et à tous les accidents de l'étranglement, et qu'il suffit dans ce cas d'un traitement antiphlogistique pour voir se dissiper tous les accidents et la hernie redevenir réductible. Voici entre autres quelques exemples qui démontreront la réalité de ce fait.

Un malade se présente l'année dernière à l'hôpital Saint-Louis, où M. A. Richard faisait alors le service par intérim, avec tous les symptômes d'un étranglement herniaire. M. Richard ne crut pas devoir prendre sur lui d'opérer avant de consulter M. Malgaigne, qui, après avoir examiné attentivement le malade, voyant de fortes présomptions en faveur d'une inflammation péritonéale, fut d'avis qu'il fallait attendre, et appliquer quelques sangsues et des cataplasmes émollients.

Deux jours après tous les accidents étaient conjurés; la tumeur était considérablement diminuée de volume, et au bout de quelque temps la réduction put en être opérée.

Depuis cette époque, une femme entre dans le même service avec une hernie crurale irréductible accompagnée de constipation et de vomissements. Des cataplasmes furent appliqués sur la tumeur, et au bout de deux jours la tumeur fut notablement diminuée de volume, mais on ne put la faire rentrer; c'était une hernie épiploïque.

Enfin tout récemment M. Malgaigne fut appelé en consultation par M. L. Boyer pour une dame ayant une hernie crurale irréductible, dure, avec vomissements et constipation. Les mêmes moyens eurent le même résultat.

Les exemples de ce genre pourraient être multipliés.

On a pu remarquer que dans la plupart des cas où s'est manifestée l'inflammation péritonéale il s'agissait de hernies épiploïques. Cependant la péritonite herniaire n'est pas exclusivement propre à ces sortes de hernies, elle se montre aussi quelquefois dans les hernies intestinales. Ainsi, chez un malade de Bicêtre, M. Malgaigne, après avoir combattu des accidents de pseudo-étranglement par des antiphlogistiques et réduit la hernie, vit revenir quelque temps après ce malade avec des vomissements bilieux. Cette fois M. Malgaigne essaya en vain de faire rentrer la hernie, il ne put y parvenir. Un nouveau traitement antiphlogistique fut

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février; 7, 28 mars; 4, 11 avril; 2, 9, 30 mai; 25 juillet : 16 septembre; 3 et 10 octobre.

institué. Ce ne fut qu'après le cinquième jour de ce traitement que les accidents purent être conjurés et qu'on vit la tumeur s'affaisser. Enfin, le neuvième jour seulement la réduction put être opérée, et l'on reconnut alors que l'on avait eu affaire cette fois à une hernie purement intestinale. En effet, le malade étant rentré deux mois après à l'infirmerie pour une autre affection à laquelle il succomba, on put vérifier à l'autopsie qu'il n'y avait que des anses intestinales dans le voisinage de l'anneau, et que l'épiploon, refoulé en haut, n'avait évidemment pu faire partie de la hernie.

Lorsque ces hernies ont été réduites, on peut acquérir la preuve que l'on avait bien réellement eu affaire à une inflammation. Chez quelques malades, après avoir réduit la hernie enflammée et l'avoir maintenue pendant quelque temps par un bandage bien appliqué, on a vu quelquefois une guérison radicale s'ensuivre par le fait du dépôt plastique et des adhérences qui en étaient résultées.

Mais l'inflammation ne s'arrête pas toujours à la période adhésive. Dans quelques cas on la voit aller plus loin et arriver jusqu'à la période suppurative. Toutefois cette terminaison n'est pas toujours aussi grave qu'on pourrait le craindre; ainsi, quand la hernie est petite, l'inflammation est souvent limitée par des adhérences. Il se forme dans ce cas un abcès circonscrit dans le sac, et qui ne communique pas avec la grande cavité péritonéale. Si en pareil cas on faisait des efforts de taxis, on s'exposerait à rompre les adhérences qui isolent l'abcès et à refouler le pus dans le ventre.

Dans les hernies volumineuses, l'inflammation suppurative est toujours accompagnée des plus graves dangers; le danger est d'autant plus grand dans ce cas qu'il y a une plus grande surface de péritoine envahie par l'inflammation.

Il y a encore une autre terminaison non moins grave de l'inflammation du péritoine herniaire, c'est la gangrène. Ce mode de terminaison a rarement lieu spontanément; il est presque toujours le résultat de manœuvres intempestives de réduction. M. Malgaigne a vu deux cas de gangrène chez des sujets qui avaient été soumis à des tentatives réitérées de taxis; l'intestin était gangrené, mais sans aucune trace d'étranglement. Quant à la gangrène spontanée, il faut qu'elle soit très rare, s'il est vrai même qu'elle ait jamais été observée, car M. Malgaigne, pour son compte, ne l'a jamais vue.

Diagnostic. — La péritonite herniaire se rencontre plus souvent dans les hernies inguinales que dans les autres hernies. Lorsque la hernie n'est pas rentrée, qu'elle a dilaté les anneaux et distendu le canal, et qu'elle a toujours coulé librement, on peut être certain qu'il n'y a pas d'étranglement. Mais le malade a-t-il eu autrefois des accidents du côté de la hernie, il n'en est plus de même; le diagnostic devient alors plus difficile; il est fort possible qu'à la suite d'une inflammation du péritoine herniaire il se soit formé un dépôt de lympbe plastique à l'orifice du sac, lequel se sera organisé et aura donné naissance à un collet. Dans ce cas, il peut survenir un véritable étranglement. Toutefois cet accident sera surtout à craindre pour les petites hernies, les hernies marronnées; car dans les grandes hernies l'étranglement est presque impossible, à cause de la dilatation de l'anneau, qui, quoi qu'on en ait dit, ne peut jamais revenir sur lui-même au point d'étrangler la hernie.

Quant à celles qui tiennent le milieu entre les hernies marronnées et les grosses hernies, les difficultés de diagnostic deviennent évidemment réelles, et l'on est réduit le plus souvent à de simples présomptions.

La hernie épiploïque ne donne jamais lieu à de véritables accidents d'étranglement. Lors donc qu'on sait avoir affaire à une hernie épiploïque, on doit s'abstenir d'opérer, à l'exception des cas de gangrène.

Enfin il ne faut pas oublier qu'une hernie qui trouve à se faire jour par un canal étroit, mais pas assez cependant pour l'étrangler, peut être étranglée secondairement s'il survient incidemment une inflammation. Il arrive dans ce cas ce qui a lieu lorsqu'on porte une bague au doigt et qu'il survient à ce doigt une inflammation. La bague, qui jusque-là jouait librement, étrangle le doigt tuméfié. Que l'on commence par lever l'étranglement dans ce cas, et puis l'on n'aura plus qu'à combattre l'inflammation.

Le *pronostic* est peu grave lorsque l'inflammation du péritoine herniaire est peu intense; il devient très grave, au contraire, lorsque l'inflammation est très vive. On a dans ce cas la perspective d'un abcès à ouvrir, et, consécutivement d'une inflammation de la séreuse le plus ordinairement mortelle. Il faut joindre à ces dangers ceux qui résultent des efforts plus ou moins réitérés du taxis.

Traitement. — Sachant qu'une des causes les plus communes de l'inflammation du péritoine herniaire est la sortie de la hernie, la première indication qui se présente naturellement à l'esprit est de la faire rentrer. En effet, la hernie sortant tout d'un coup, il en résulte souvent des douleurs vives et une irritation qui peut s'accroître si la hernie reste au dehors; si, au contraire, ces symptômes d'irritation une fois développés, on fait rentrer la hernie, ils se dissipent aussitôt. Il faut donc dès qu'ils viennent de se manifester essayer la réduction. Mais faudra-t-il réduire dans tous les cas, lorsqu'on a affaire, par exemple, à une grosse hernie? M. Malgaigne n'est pas de cet avis. Un chirurgien, ayant voulu faire rentrer une hernie volumineuse chez un vieillard de Bicêtre, ne fut pas peu surpris de voir le malade succomber dans les vingt-quatre heures; l'autopsie fut impuissante à en faire connaître la cause. Il est donc prudent de s'abstenir dans ce cas; il en est de même pour les hernies qui ne sont pas habituellement contenues et qui ont, comme on le dit, perdu droit de domicile.

Après le deuxième ou le troisième jour, la réduction est beaucoup plus difficile et offre moins de chances; cependant on peut encore la tenter; mais il faut le faire dans ce cas avec prudence et ne jamais prolonger les manœuvres de taxis au delà de dix minutes. Il n'y faut revenir que lorsque la tumeur aura diminué de volume par l'usage du traitement antiphlogistique. Enfin, lorsque le taxis a échoué dès le début, il faut y renoncer et traiter la péritonite herniaire comme une inflammation locale ordinaire par les sangsues, les cataplasmes, les lavements laxatifs, la diète et les boissons délayantes.

ASILE DE MARÉVILLE. — M. Morel.

Cas de lithotomie chez une femme.

Au mois d'avril dernier, une de nos malades aliénées de l'asile éprouvait des douleurs très vives par suite d'un calcul vésical dont nous constatâmes la présence, et que nous essayâmes en vain d'extraire ou de briser. L'immobilité de ce calcul nous fit croire à un enchatonnement, et nous crûmes devoir nous aider dans cette circonstance de l'expérience si connue de M. le docteur Castara (de Lunéville). L'opération était urgente: la malade rendait beaucoup de sang avec les urines; elle était épuisée, et la nature de son affection hypochondriaque l'entretenait dans l'idée qu'elle ne devait pas manger pour ne pas augmenter ses douleurs. Je laisse à M. le docteur Castara le soin de décrire l'opération.

Voici la note textuelle qu'il m'a remise.

Obs. — Une aliénée, hypochondriaque, célibataire, âgée de quarante ans, souffrait depuis quelque temps de la vessie, lorsqu'on y découvrit par le cathétérisme un calcul qui parut être assez volumineux. Le corps étranger, placé immédiatement derrière l'orifice vésical, était étroitement serré par les parois de l'organe, et comme enchatonné dans la partie antérieure. L'introduction de la sonde était difficile; mais en dirigeant à droite et en bas un instrument à courbure courte, on parvint à contourner la pierre, non sans provoquer de vives douleurs, malgré l'injection préalable de 200 grammes d'eau tiède. Le calcul, moins gros qu'il ne le paraissait au premier abord, déprimait la paroi antérieure du vagin, et formait dans le canal une tumeur oblongue, dure et lisse.

L'opération, ayant été résolue, fut pratiquée le 25 avril 1854.

La malade, placée et maintenue comme d'ordinaire, fut endormie par le chloroforme. L'urètre et le col vésical furent incisés directement en haut, du côté de la symphyse pubienne, avec le lithotome ouvert au n° 6; ensuite le doigt indicateur dilata la plaie avec douceur et ménagement, et décolla la vessie de la surface du calcul. Cette manœuvre ne fit reconnaître rien d'extraordinaire, bien que l'on ne perdît pas de vue l'existence possible d'un corps étranger qui aurait servi de noyau de cristallisation à la matière lithique. La pierre, friable, se brisa avec une faible pression de la tenette, et dut être extraite en plusieurs fois. A l'un des fragments adhérait une grosse aiguille à coudre, longue de 5 centimètres, dont la pointe débordait en arrière le grand axe du calcul dans l'étendue de 2 centimètres sans présenter aucune incrustation, tandis que le reste, c'est-à-dire la plus grande partie, était renfermé dans la pierre.

La capacité de la vessie était partagée en deux cavités, dont l'une, antérieure, beaucoup plus petite, à parois épaisses, rigides, formait une sorte de loge où se trouvait le calcul; l'autre, postérieure, assez vaste, à parois minces, extensibles, était séparée de la première par une cloison épaisse, offrant une ouverture centrale circulaire d'un diamètre de 2 à 3 centimètres ou environ, à bords arrondis et lisses.

On comprendra maintenant pourquoi, l'injection d'une assez grande quantité d'eau dans la vessie ne distendant que sa cavité postérieure, le calcul ne devenait pas plus mobile. L'extrémité libre de l'aiguille était probablement fixée dans un point de la cloison, ce qui empêchait le mouvement en arrière. Il n'est pas douteux que la présence de l'aiguille dans la vessie ait été la cause déterminante du calcul, dont elle a fait le noyau.

Mais comment cette aiguille a-t-elle pénétré dans le réservoir de l'urine? La malade seule pourrait le dire. On trouve dans les recueils d'observations des exemples multipliés de corps étrangers, qui, parvenus dans la vessie, s'y sont incrustés de matière pierreuse et ont formé de cette sorte les noyaux des pierres. Ces corps arrivent dans la poche urinaire par une communication qui s'établit entre le tube intestinal et les uretères ou la vessie, ou bien ils sont introduits par l'urètre, ou ils viennent directement du dehors et traversent les tissus.

On sait que parmi les corps étrangers ceux qui sont grêles et pointus, tels que les épingles et surtout les aiguilles, introduits dans nos tissus, se percent insensiblement une voie, cheminent à travers nos parties dans toutes les directions et sortent dans un point souvent fort éloigné de celui d'entrée sans causer d'accidents redoutables. Mais leur présence dans la vessie est toujours un accident très grave. On cite plusieurs exemples d'aiguilles avalées qui ont été rendues au bout de quelques jours avec les urines et d'autres qui ont formé la base d'un calcul. Mais la plupart de ces observations ne reposent que sur de simples assertions, et l'on n'ignore pas que les malades en telle circonstance, retenus par la honte, ne disent pas toujours la vérité. Sans nier cependant ces faits, nous ne les admettrons qu'avec réserve. Mais quand on considère les nombreux exemples bien avérés de corps étrangers les plus variés, du haricot à la pomme d'api, de l'aiguille jusqu'au clou, introduits dans l'urètre et qui ont pénétré dans la vessie, on peut présumer avec raison que dans le cas particulier qui nous occupe l'aiguille a suivi la même voie.

L'opération ne fut suivie d'aucun accident. Au troisième jour la malade se levait pour faire son lit. Une amélioration notable se présenta dans ses idées. Elle devint plus gaie et ne fit plus de difficultés pour manger. Elle est aujourd'hui en pleine voie de guérison. Tout ce que nous savons sur l'introduction de l'aiguille repose sur des soupçons: elle rougit quand on lui en parle, et nous pensons que c'est par suite de manœuvres onanistiques que cette aiguille aura pénétré par le canal de l'urètre; mais il ne nous a pas été possible de déterminer la date. (*Gaz. hebd.*)

DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE DE LIÉGE.

M. J. Ansiaux.

Hydatide solitaire de l'orbite.

Jean-Louis Ponsard, âgé de huit ans, fils d'une sage-femme de Liége, s'est présenté à ma consultation le 12 avril 1846 pour une tumeur siégeant à la partie inférieure et externe de l'orbite gauche, et placée entre les muscles droit inférieur et droit externe. Cette tumeur, dont l'apparition remonte à la fin du mois d'octobre 1845, avait toujours gagné en volume, et, par suite de son développement, avait forcé l'œil à se dévier en haut et en dedans. Dans les premiers jours d'avril elle avait pris un accroissement assez rapide, les mouvements de l'œil étaient devenus tout à fait impossibles en dehors et en bas, et cet organe pouvait à peine se diriger en dedans.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, l'œil était saillant, repoussé en haut et en dedans; la paupière inférieure, légèrement abaissée et écartée du globe vers l'angle externe, laissait voir en dessous de son bord libre une tumeur arrondie et assez proéminente; elle formait une saillie de la grosseur d'une amande, bosselée et résistante. Cette tumeur était indolente, ne présentait pas de battements et se laissait légèrement déplacer quand on exerçait sur elle des pressions latéralement.

Vers le 15 avril, l'enfant commença à ressentir des élancements dans la partie malade et les symptômes du phlegmon. Je me décidai à ouvrir cette tumeur. Il s'échappa d'abord un liquide clair, transparent, puis une légère traînée de pus, et enfin une hydatide se présenta à l'ouverture du kyste et fut extraite avec des pinces; elle avait le volume d'une noisette. Je cherchai par des pressions méthodiques à provoquer la sortie de nouveaux zoophytes, si le kyste en renfermait encore; mais il ne sortit plus rien.

Le lendemain l'enfant pouvait un peu tourner l'œil en dehors; ce mouvement s'étendit à mesure que la tumeur diminuait, ce qui se fit rapidement, car après une quinzaine de jours les mouvements de l'œil étaient rétablis.

Pour traitement, je prescrivis des applications d'eau froide pendant deux jours sur l'œil malade et j'introduisis tous les jours un stylet dans la cavité du kyste, dans l'intention de provoquer l'inflammation adhésive de ses parois. Cette simple manœuvre a suffi pour amener la guérison.

Les exemples d'hydatides dans la cavité orbitaire et nuisant aux mouvements de l'œil, quoique indiqués dans la science, sont peu nombreux, puisque ceux connus jusqu'à présent se bornent au nombre de six, y compris celui-ci. Le premier appartient à Welden, le second à Delpech, le troisième à M. Lawrence; le quatrième a été publié en 1845 par M. Garcia Roméral (de Madrid), et le cinquième en août 1846 par M. Goyrand (d'Aix-en-Provence). Selon toute probabilité, il s'en est trouvé d'autres inconnus des praticiens qui ont prêté peu d'attention à ce genre de tumeur, car c'est presque toujours à l'insu du chirurgien que l'acéphalocyste a été trouvé. Le diagnostic dans cette circonstance était trop difficile à poser, et l'existence de ces zoophytes pouvant être considérée comme un cas exceptionnel, il n'est pas étonnant que l'homme de l'art soit induit en erreur, comme cela est arrivé dans les cas où ce fait a été observé, et moi-même je fus trompé dans mon diagnostic, croyant n'avoir à traiter qu'un simple phlegmon orbitaire; cette erreur était du reste peu préjudiciable au malade, puisque le traitement que je devais employer était applicable à une tumeur enkystée simple, tout aussi bien qu'à un kyste hydatique. Mais il n'en était pas de même du traitement consécutif. L'expérience a prouvé que les corps étrangers introduits et laissés dans la plaie pour déterminer une inflammation adhésive des parois du kyste avaient suscité de graves accidents.

Chez la malade opérée à Madrid par le docteur Garcia Roméral, il y a eu de l'érysipèle et du délire; dans l'observation rapportée par Delpech, une saignée pratiquée à l'apparition des accidents les avait arrêtés. M. Lawrence conseille les injections d'eau tiède dans le kyste, moyen dont il s'est bien trouvé dans le fait de l'espèce qu'il a traitée. M. Chélius conseille de laisser la plaie se cicatriser d'elle-même. Je crois, en agissant comme je l'ai fait, avoir suivi une règle convenable, car en introduisant le stylet dans la poche kystique tous les jours sa présence y a déterminé un degré d'inflammation suffisant pour obtenir une adhésion complète de ses parois, et comme la ponction du kyste avait été faite entre les paupières, je ne pouvais, sans crainte de voir se développer une inflammation violente de toutes les annexes de l'œil, introduire une mèche de charpie dans la plaie.

Dans l'observation publiée par M. Goyrand, il fallut agrandir l'angle externe de l'œil par une incision qui dut être réunie par trois points de suture, et il y eut des accidents consécutifs.

Il est une circonstance que je regrette, c'est de n'avoir pu examiner l'acéphalocyste au microscope; il avait été déposé provisoirement dans un verre avec un peu d'eau qui fut jetée par un domestique.

DE LA CÉPHALALGIE CHRONIQUE,

Par M. E.-H. Sieweking.

Dans le long travail lu devant la Société harvéienne, l'auteur s'est appliqué à déterminer les diverses causes prochaines de la céphalalgie, pour en tirer des principes de thérapeutique. Il s'est attaché spécialement aux trois causes suivantes:

1° Excès de sang dans la boîte crânienne ;
2° Pénurie du sang dans la même cavité;
3° Altération du sang.

Par une analyse détaillée, où nous aurons peu de faits importants à relever, il a recherché quelles sont, dans les maladies de l'encéphale lui-même, des organes de la nutrition et des organes sexuels, celles qui sont susceptibles de produire une augmentation, ou une diminution, ou une altération du sang dans le crâne.

La partie de ce mémoire qui nous a paru mériter une attention particulière, et qui en forme d'ailleurs près des deux tiers, est destinée à montrer qu'il existe une espèce de céphalalgie dépendant d'un excès de sang dans les veines encéphaliques, et à indiquer le moyen de la reconnaître.

L'inextensibilité, la fixité des parois crâniennes, a fait dire à quelques physiologistes que la quantité de sang contenue dans les organes encéphaliques ne peut varier. En Angleterre même, le docteur Kellie a soutenu cette opinion dans une publication *ex professo* (*On disorders of the cerebral circulation*, London, 1846). Il a été réfuté spécialement par M. Burrows (*Teerwidie's Library of Medicine*, vol. II, art. *Cephalalgia*), qui croit, au contraire, que la quantité de sang contenu dans le crâne est extrêmement variable, suivant le temps et les circonstances.

Il est certain que la thèse de M. Kellie est trop absolue. La nature de la boîte crânienne n'entraîne qu'une conséquence : l'invariabilité de volume du contenu en masse; mais la quantité du sang peut varier, à la condition que le centre nerveux sera plus ou moins comprimé, à la condition aussi que le liquide céphalo-rachidien sera plus ou moins abondant et que la pie-mère et ses prolongements seront plus ou moins engorgés. Seulement, l'impossibilité d'une grande variation dans la masse du sang intra-crânien sans un changement parallèle et *simultané* dans le reste du contenu est une condition capitale dans l'étiologie des maladies encéphaliques; et l'on conçoit que dans la pléthore ou dans les soustractions subites de sang, une très faible différence dans la quantité de liquide pourra amener des accidents graves, si, par suite de quelque circonstance pathologique, la différence de pression qui en résulte ne peut être balancée à l'instant. L'auteur, sans entrer dans ces explications, maintient le fait d'une fréquente variation dans la quantité du sang qui circule dans les sinus et dans les veines; il y voit une cause particulière de céphalalgie, soit par pléthore, soit par anémie, et s'attache particulièrement, comme nous avons dit, à la céphalalgie par pléthore locale.

Comment la distinguer des autres espèces? M. Sieweking signale à l'attention un moyen de diagnostic sur lequel un de ses compatriotes, M. Romberg, a beaucoup insisté, et qui est d'ailleurs bien connu ; c'est de produire artificiellement une stase dans la circulation cérébrale. On a coutume, dans la pratique, de dire au malade de se baisser comme pour ramasser quelque chose. L'auteur conseille de faire maintenir la poitrine pendant un instant dans la position où la met l'expiration. Une expiration un peu prolongée ne tarde pas en effet à augmenter la pression du sang sur les parois vasculaires et sur le cerveau. Si la douleur augmente aussitôt, pour diminuer sous l'influence de l'inspiration, c'est que la céphalalgie a pour cause un excès de sang, et l'indication qui s'ensuit est de saigner.

Nous ferons quelques remarques sur ce point de pratique. Une respiration trop longtemps soutenue, quand elle *fait monter le sang à la tête*, comme on dit, chez les personnes bien portantes, ne détermine pas de céphalalgie. Si la céphalalgie existe préalablement, et que l'expiration ne fasse que l'augmenter, nous ne voyons pas trop comment on pourrait déduire de ce fait qu'elle avait sa cause prochaine dans une pléthore. L'encéphale, déjà endolori, le devient davantage sous l'influence d'un afflux de sang. Cela laisse tout entière la question de savoir comment et pourquoi s'était produit au début l'endolorissement. Il est extrêmement probable que des céphalies de tout autre origine se trouvent également fort mal de l'excès de pression auquel on soumet tout à coup le cerveau, de la même manière que la pression sur l'épigastre augmente, par exemple, les douleurs de certaines gastralgies. En réalité, et nous en parlons sciemment pour en avoir fait *souvent* l'expérience, l'expiration soutenue augmente, et les grandes inspirations soulagent des maux de tête tellement liés à l'embarras intestinal, qu'il suffit d'un laxatif pour les faire disparaître comme par enchantement. Y avait-il alors congestion cérébrale? C'est ce qui n'est pas du tout prouvé. En tout cas (et l'exemple précédent justifie cette remarque) l'épreuve de l'expiration ne saurait suffire pour juger l'indication des évacuations sanguines. (*Med. Times and Gaz.* et *Gaz. hebd.*)

HÉMORRHAGIE DANS UN ABCÈS DU FOIE [1].

La malade est une fille de trente et un ans; elle a eu ses règles pour la première fois à l'âge de vingt-cinq ans. La menstruation paraît avoir exercé une influence favorable sur sa constitution chlorotique; elle continua régulièrement pendant trois ans, après quoi cette femme souffrit de leucorrhée.

A l'âge de trente ans elle devint enceinte; la grossesse suivit son cours normal, à l'exception d'un peu de rougeur et de douleur à l'articulation du pied.

Le 11 janvier, l'accouchement eut lieu à l'aide du forceps; le périnée fut déchiré, et il fallut détacher le placenta, qui était adhérent. Il en résulta une forte hémorrhagie qui dura cinq jours, des douleurs à la partie postérieure et interne de la cuisse, et une perte de sensibilité de la fesse droite qui persiste depuis lors. Vingt jours après l'accouchement (1er février), douleurs lancinantes arrêtant la respiration dans l'hypochondre gauche, d'où elles s'étendent jusque dans l'épigastre et à la région ombilicale. La malade est pâle, amaigrie; elle remarque pour la première fois une tuméfaction dans la région épigastrique; mais elle déclare en même temps que depuis plusieurs années elle ne pouvait se serrer la taille sans avoir la respiration courte et sans souffrir de douleurs au même point.

(1) Observation communiquée à la Société des médecins de Vienne par le professeur Oppolzer.

Le 16 février, jour de son entrée à la Clinique, pas de symptômes cérébraux, pas d'ictère, seulement une légère coloration jaune de la conjonctive en rapport avec les signes d'anémie, avec la peau couleur de cire, la pâleur des membranes muqueuses et le bruit de diable. Pouls petit, 128. A la percussion de la poitrine, le son clair et plein commence à disparaître à droite au-dessous de la ciuquième, à gauche au-dessous de la troisième côte. L'examen du ventre permet de constater une tumeur étendue d'une fausse côte à l'autre et de l'appendice sternal à l'ombilic. Sa plus grosse voussure est dans la région épigastrique. La tumeur paraît hémisphérique, se soulève pendant la respiration et s'abaisse avec le mouvement d'inspiration, pendant lequel on entend un bruit de frottement; la peau qui la recouvre est sale et se laisse plisser. A la palpation, douleur vive, tumeur lisse; résistante, plus molle dans sa partie la plus convexe, et donnant la sensation d'une fluctuation très obscure. Le bord situé le long du côté externe du muscle droit est le plus facile à sentir, il est mousse et dur au nombril; on ne perçoit pas distinctement le bord. Le reste du ventre est modérément distendu, mou, élastique et fluctuant. La malade se plaint de fatigue, de vertige, de bourdonnements d'oreilles et de soif vive.

Le diagnostic établit deux altérations différentes dans le foie augmenté de volume. La partie dure, résistante, égale et élastique fut considérée comme formée de foie gras. La tumeur étendue du sternum à l'ombilic, de la grosseur du poing, fluctuante, très douloureuse, s'élevant et s'abaissant avec la respiration, fut regardée comme une tumeur mobile, sans adhérence avec la paroi abdominale. Ce ne pouvait être qu'un abcès ou une poche hydatique enflammée, l'âge et la constitution de la malade excluant l'idée d'un cancer encéphaloïde. La nature de la tumeur, la douleur, la faiblesse de l'individu et la fièvre parlaient en faveur d'un abcès, mais on ne pouvait remonter à son étiologie. Le liquide épanché dans le péritoine fut attribué à la péritonite puerpérale.

Dans le cours de la maladie la douleur diminua un peu; la fluctuation dans la partie molle devint de plus en plus manifeste; il survint de la diarrhée, de l'œdème des extrémités inférieures et des grandes lèvres, qui finirent par se gangrener.

Le 21 mars, la malade mourut.

Autopsie. — Dans la cavité péritonéale on constate la présence d'un sérum trouble; le péritoine est couvert çà et là de fausses membranes albumineuses. Le lobe gauche du foie est occupé par un sac rond, presque gros comme la tête, dont les parois ont de 1 ligne à 1 ligne et demie d'épaisseur et sont très inégales. Quelques-uns des points les moins épais sont remplis d'un pus jaunâtre, ou liquide, ou épaissi. La substance du foie est pâle et comprimée aux alentours. La cavité du kyste est pleine d'un liquide sale, d'un rouge brun, en partie adhérent aux parois, et de coagulum sanguin récent. A sa partie postérieure, le sac avait atteint la surface du foie et l'avait même traversée. Nulle part il n'avait contracté d'adhérences, il était recouvert de granulations grisâtres, molles. (*Arch. de méd.*)

EMPLOI DE LA TEINTURE D'IODE EN FRICTIONS GÉNÉRALES

dans le traitement de certaines affections thoraciques.

Malgré ce que le fait suivant présente d'incomplet, nous croyons devoir le faire connaître, parce qu'il semble devoir ouvrir une nouvelle voie à l'administration de l'iode, et ajouter une application de plus à la liste déjà volumineuse des applications dont cet agent thérapeutique est susceptible.

Une religieuse, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution fort délicate, d'un tempérament nerveux, sec, ayant eu une enfance très maladive, était arrivée, à force de soins, à un âge où elle semblait avoir surmonté toutes les misères qu'entraîne une santé débile, lorsqu'en septembre 1853 elle fut prise d'une petite toux sèche, qui ne parut pas d'abord influer sur les autres affections, ni sur l'appétit. En octobre, on remarqua que la toux était tenace et que la malade maigrissait à vue d'œil.

Le 3 novembre, la malade vint consulter M. Leriche; elle lui apprit que depuis quinze jours environ elle transpirait un peu toutes les nuits, que de temps en temps elle se sentait oppressée, et qu'elle éprouvait des douleurs passagères entre les épaules et dans les membres inférieurs.

A la percussion, le son était plus obscur à droite qu'à gauche, avec diminution d'élasticité, surtout à la région sous-claviculaire ; respiration rude, soufflante; expiration prolongée, avec quelques craquements humides à la partie supérieure du poumon droit ; un peu de diarrhée par intervalles ; menstrues régulières. M. Leriche prescrivit l'habitation dans un appartement exposé au midi, dont la température serait égale et chaude ; une nourriture saine et réparatrice, du vin de Bordeaux au repas du matin ; tous les deux jours 1/6 grain d'émétique dans un peu d'eau, quelques tasses de décoction de lichen avec de la réglisse, et, le matin et le soir, en se couchant, des frictions sur tout le corps avec le mélange suivant : eau de mélisse spiritueuse, 60 grammes ; teinture d'iode, 30 grammes.

Le 10 novembre, la malade était mieux, l'oppression moindre, la respiration plus libre, plus soyeuse.

Le 20, les forces étaient revenues, les nuits meilleures, les transpirations moindres, la respiration améliorée, l'élasticité plus marquée, mais toujours des râles muqueux, de la rudesse, des craquements ; la diarrhée semblait se continuer. On supprima les prises du matin. Même traitement. Les urines contenaient de l'iode.

Le 4 décembre, amélioration assez sensible. — Même traitement.

Le 15, l'état de la poitrine était presque revenu à son état normal.

Le 25, le mieux continuait ; les craquements humides étaient remplacés par le bruit respiratoire ; les forces revenaient chaque jour. Cependant à la partie latérale de la poitrine, dans le creux de l'aisselle, il restait encore quelques craquements humides; on continua les frictions iodées.

Le 4 janvier, la malade rentrait à la communauté ne présentant plus aucun des symptômes précités.

Dans les premiers jours d'avril, elle a été revue par M. Leriche ; sa santé était toujours bonne.

M. Leriche dit avoir obtenu de ces frictions iodées générales des succès très marqués et aussi décisifs dans le catarrhe chronique.

Ne serait-il pas possible d'admettre que les frictions seules, rendues stimulantes par l'eau de mélisse, ont plus à réclamer dans la guérison de cette maladie que l'iode qui a servi à pratiquer ces frictions? La petite quantité d'iode qui pénètre dans l'organisme par la voie cutanée, rapprochée des résultats que nous avons obtenus nous-même des frictions sèches ou légèrement stimulantes dans quelques cas analogues, nous porte à penser que la teinture d'iode n'a agi probablement qu'en augmentant l'action stimulante et révulsive exercée sur le tégument externe. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

DE L'HYDROCHLORATE D'AMMONIAQUE.

Par M. le docteur Smith (de Varsovie).

M. Delvaux, dans un article publié par la *Presse médicale belge* et la *Gazette des Hôpitaux*, n° 108, se loue des bons effets obtenus dans la bronchite chronique de l'emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

Le docteur Smith (de Varsovie) publie sur ce sujet un travail dans lequel il fait ressortir toutes les applications physiologiques et thérapeutiques de ce sel.

Supérieur au calomel et aux antimoniaux comme altérant, il diminue, dit l'auteur, l'irritation du système vasculaire, favorise les sécrétions de la membrane muqueuse intestinale et des bronches, active les fonctions de la peau et de l'urine, et suffit à lui seul quelquefois pour guérir la maladie.

M. Smith l'emploie dans les fièvres muqueuses, dans l'état pituiteux de l'estomac et des intestins, dans les fièvres intermittentes, la pleuro-pneumonie, l'asthme et la bronchite chronique; la phthisie pulmonaire, laryngée, les maladies de vessie, etc.

Dans plusieurs de ces états pathologiques, le sel ammoniac est employé à cause de son effet résolutif d'abord, puis comme préparant la voie aux autres médicaments. Les observations qu'il cite à l'appui de quelques-uns de ces états morbides donnent un grand poids aux expériences de M. Smith, et ouvrent une nouvelle voie d'expériences aux praticiens éclairés.

Le meilleur mode pour l'administrer à l'intérieur est en poudre, avec le suc de réglisse, en solution ou en pilules. En l'administrant, il faut éviter l'emploi simultané des alcalis fixes, de l'eau de chaux, du calomel, de l'alun, des acides. Les formules recommandées par Smith sont les suivantes :

1° Hydrochlorate d'ammoniaque.	2,00
Nitrate de potasse.	4,00
Eau distillée de framboises.	200,00
Sirop d'écorces d'oranges.	30,00

Dans la première période de la fièvre rhumatismo-catarrhale.

2° Hydrochlorate d'ammoniaque. } āā	8,00
Jus de réglisse. }	
Eau de tilleul.	200,000
Emétique.	0,05 à 0,10

Dans l'état pituiteux, dans le commencement de la fièvre muqueuse, dans la deuxième période de la pneumonie, dans l'angine, dans l'asthme.

3° Potion de Rivière.	60,00
Eau de fenouil.	150,00
Hydrochlorate d'ammoniaque.	8,00
Jus de réglisse.	6,00
Emétique.	0,05

A prendre toutes les heures, une cuillerée à bouche, dans la phthisie pulmonaire pour faciliter l'expectoration de masses tuberculeuses.

4° Hydrochlorate d'ammoniaque. } āā	01,0
Jus de réglisse. }	
Extrait de pissenlit.	q. s. pour un bol.

Toutes les deux heures un bol. Contre l'endurcissement de la prostate, de la vessie, des ovaires, avec un régime nourrissant,

5° Sel ammoniac.	8,00
Assa fœtida. } āā	4,00
Aloès. }	
Jus de réglisse.	q. s.

Pour des pilules de 0,10. Six à dix pilules par jour. Dans les obstructions opiniâtres du foie, de la rate.

(*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 octobre 1854. — Présidence de M. Combes.

Observations sur la présence et la quantité d'arsenic contenu dans les eaux du Mont-Dore, de Saint-Nectaire, de la Bourboule et de Royat. — M. Thénard lit sur ce sujet un long et important mémoire dont nous extrayons les passages suivants qui en indiquent les résultats.

« En retournant cette année aux eaux du Mont-Dore, j'avais d'abord

l'intention d'en faire une analyse exacte et d'analyser en même temps les sources qui en sont voisines, savoir : celles de Saint-Nectaire, de la Bourboule et de Royat. Je me suis borné à déterminer de nouveau la quantité d'arsenic contenu dans les eaux du Mont-Dore, à rechercher ensuite si les autres eu contenaient aussi, et combien elles en pouvaient contenir. La présence de ce corps dans les eaux minérales doit avoir tant d'influence sur leurs effets qu'on ne saurait, ce me semble, attacher trop d'importance à le doser exactement.

» *Eau du Mont-Dore, source de la Madeleine, puisée par moi-même.* C'est l'eau de cette source que l'on boit. Elle présente en se refroidissant un phénomène remarquable ; elle se trouble légèrement et, de styptique qu'elle est, devient presque insipide. Le dépôt est d'un blanc légèrement gris.

» En décomposant l'hydrogène arsénié par la chaleur, on a obtenu 5millig.,3 d'arsenic, ce qui donne par litre 0millig.,53 d'arsenic, ou bien 0millig.,812 d'acide arsénique, ou bien encore 1millig.,253 d'arséniate de soude.

» En le décomposant par une spirale de cuivre, on a obtenu 5millig.,5, ce qui confirme les résultats de l'expérience précédente.

» Les résultats provenant de l'action de l'hydrogène sulfuré n'ont point été aussi nets qu'ils pourraient l'être.

» On peut cependant en tirer cette conséquence, que l'eau du Mont-Dore contient sans doute l'arsenic à l'état d'acide arsénique et non point à l'état d'acide arsénieux.

» Non-seulement les eaux du Mont-Dore s'administrent en boisson, mais encore en bains entiers, en bains de pieds, en douches et en vapeur. C'est même aux bains de vapeur que MM. les docteurs Bertrand attachent le plus de prix ; c'est avec ces bains qu'ils obtiennent les meilleurs résultats.

» Il était donc important de savoir si la vapeur n'entraînait pas avec elle quelques-uns des principes salins de l'eau minérale elle-même.

» M'étant procuré environ 8 décilitres d'eau provenant de la condensation de la vapeur, j'y ai trouvé des traces de matières salines d'abord ; puis l'ayant fait réduire à quelques centilitres, la liqueur réduite fut placée dans un petit appareil de Marsh et donna des traces très sensibles d'arsenic.

» D'où l'on doit conclure que les globules d'eau minérale sont entraînés par l'effet d'une grande ébullition, et par conséquent qu'ils sont portés dans la poitrine des personnes qui respirent la vapeur.

» *Eaux de Saint-Nectaire, situées à environ 20 kilomètres du Mont-Dore.* — Ces eaux, qui donnent lieu à des incrustations de carbonate de chaux si fines, si belles, si délicates, et dont l'action médicale est puissante, se composent de plusieurs sources.

» On a trouvé dans l'eau de Saint-Nectaire, haut du mont Cornador, 5millig.,7 d'arsenic, ce qui donne par litre 0,millig.,57 d'arsenic, ou 0millig.,873 d'acide arsénique, ou bien encore 1millig.,346 d'arséniate de soude ;

» Dans l'eau de Saint-Nectaire bas, dite source Gros-Bouillon, 6millig.,2, ce qui donne par litre 0millig.,61 d'arsenic, ou bien 0millig.,934 d'acide arsénique, ou bien encore 1millig.,441 d'arséniate de soude ;

» Et dans l'eau de Saint-Nectaire, source Boëte, 8millig.,2 d'arsenic, ce qui donne par litre 0millig.,82 d'arsenic, ou 1millig.,256 d'acide arsénique, ou bien encore 1millig.,935 d'arséniate de soude.

» *Eaux de Royat.* — Ces eaux, très abondantes et situées près de Clermont, ne contiennent que 3millig.,5 d'arsenic, ce qui donne par litre 0millig.,35 d'arsenic, ou bien 0millig.,536 d'acide arsénique, ou bien encore 0millig.,827 d'arséniate de soude.

» *Eaux de la Bourboule.* — Les eaux de la Bourboule, situées à environ 4 kilomètres du Mont-Dore, sur la Dordogne, se composent de plusieurs sources peu abondantes. Je n'ai fait de recherches que sur celle que l'on emploie pour les bains ; elle ne fournit qu'environ 28 litres par minute, mais sa température est de 52 degrés. J'ai été étonné de la quantité d'arsenic que j'y ai trouvé. Nous en avons retiré d'un seul litre, réduit à quelques centilitres, 8millig.,5, ce qui donne par litre 13millig.,02 d'acide arsénique, ou bien 20millig.,09 d'arséniate de soude. L'opération avait d'abord été faite sur 10 litres réduits à environ 12 centilitres ; mais la quantité d'arsenic était telle qu'il s'en était dégagé à l'extrémité du tube, quoiqu'on fît usage du second procédé, c'est-à-dire plus de quinze fois autant que de celle du Mont-Dore.

» Les eaux de la Bourboule ont une très grande action sur l'économie animale. Il paraît qu'on les emploie avec beaucoup de succès dans les maladies cutanées et qu'elles sont souveraines contre les affections scrofuleuses. La haute température à laquelle on les administre et les sels qu'elles contiennent peuvent avoir une influence marquée sur les résultats obtenus. Mais c'est à l'arséniate de soude qu'elles doivent sans doute les cures remarquables qu'elles opèrent. Il serait important de voir si, en ajoutant une quantité convenable d'arséniate de soude aux eaux du Mont-Dore, on obtiendrait les mêmes résultats. Je suis fort disposé à le croire.

» L'arsenic est un si puissant agent que, même à des doses extrêmement minimes, il doit agir, surtout quand le patient prend pendant dix-huit à dix-neuf jours consécutifs, comme au Mont-Dore, dans la même journée un bain entier d'une heure le matin, puis un bain de vapeur de trois quarts d'heure à une heure, ensuite trois à quatre verres d'eau à la température de plus de 40 degrés, enfin un bain de pieds très chaud et quelquefois une douche. L'eau pénètre en lui partout : par l'estomac, par les pores, par la poitrine. Si elle contient quelque principe actif, elle ne doit pas être sans effet ; elle en doit produire de salutaires ou de nuisibles. Aussi MM. les docteurs Bertrand, qui connaissent si bien la valeur médicale de leurs eaux, ne permettent-ils de les prendre qu'après l'examen le plus attentif, et plus d'une fois ils se sont refusés à admettre à leurs bains des personnes qui de bien loin venaient s'y rendre.

» Il est donc prouvé que l'arsenic existe à l'état d'arséniate de soude dans les sources minérales qui avoisinent le Mont-Dore, comme dans celles du Mont-Dore même, qu'il y existe en quantité diverse et quelquefois en quantité qu'on peut dire grande, comme dans celles de la Bourboule.

» MM. Chevalier et Gobley en ont déjà signalé la présence dans huit espèces d'eaux minérales.

» M. Bouquet l'a trouvé dans plusieurs autres ; il en a même déterminé la quantité exactement.

» Quelques autres chimistes l'ont également extrait de sources diverses.

» Il suit de là que désormais on devra rechercher avec soin l'arsenic dans les eaux minérales qu'on analysera ; il ne se trouvera probablement qu'à l'état d'arséniate dans les eaux salines.

» Mais, si on le rencontrait dans quelques eaux sulfureuses, il pourrait y être à l'état de sulfure arsenical dissous dans le sulfure alcalin que l'eau contient quelquefois.

» Maintenant, si l'on considère qu'il peut exister dans les eaux plusieurs autres substances qu'on ne soupçonnait pas autrefois, que quelques-unes d'entre elles sont très actives et qu'il serait possible qu'on y en découvrît de nouvelles, on en tirera cette conséquence qu'il faut refaire l'analyse, du moins des principales eaux minérales, dans l'intérêt de la science médicale. Mais ce travail, long, pénible, difficile, ne pourrait être confié qu'à des personnes qui connaissent toutes les ressources de la chimie et de la géologie.

» Il serait digne de l'Académie de le provoquer et de s'y associer, et je m'empresserais d'en faire la proposition dans une séance secrète où elle serait discutée si j'avais l'espérance de la voir appuyée par quelques-uns de mes honorables confrères. On trouverait dans ce travail exécuté sous les auspices de l'Académie l'emploi très utile d'une partie des fonds Montyon ; ils seraient parfaitement appliqués à leur destination. »

La proposition de M. Thénard est appuyée ; elle sera soumise au conseil d'administration.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 octobre 1854. — Présidence de M. HUGUIER.

Après la lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. Guersant insiste de nouveau sur la différence qui existe entre le croup des adultes et celui des enfants au point de vue de l'opération. Il suffit que des fausses membranes se développent sur les cordes vocales d'un petit enfant pour qu'il soit asphyxié et qu'il soit indiqué de faire la trachéotomie. Chez l'adulte, des fausses membranes sur les cordes vocales peuvent exister, et le malade n'étouffe pas pour cela. En général, les adultes ne meurent pas asphyxiés comme les enfants ; leur respiration diminue graduellement, et ils s'éteignent. Chez eux, dans ces cas, il n'y a pas indication de trachéotomie, comme chez le sujet de M. Morel.

CORRESPONDANCE.

M. Marjolin donne communication d'une lettre de M. Mayor (de Genève), dans laquelle il annonce à la Société la mort de son père, membre associé étranger.

M. le président charge M. le secrétaire général d'écrire à M. Mayor pour lui exprimer toute la part de regrets que la Société prend dans cette triste circonstance.

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Lawrence, membre associé étranger, les ouvrages suivants :

Treatise on the diseases of the eye. 3e édit. 1844 ;

A treatise on rupture the. 5e édit. 1838.

M. Giraldès a en outre rapporté de Londres le portrait de M. Lawrence, destiné à compléter la série des portraits des correspondants et associés étrangers, et le catalogue par ordre de matières de la bibliothèque du Collége des chirurgiens de Londres.

M. le président remercie M. Giraldès au nom de la Société.

RAPPORTS.

M. Monod lit les conclusions de son rapport sur la ceinture hypogastrique de M. Pouillien. Il propose d'adresser des remercîments à ce fabricant, en l'engageant à continuer ses recherches.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. HOUEL lit un rapport sur plusieurs observations adressées à la Société par M. Ancelon, chirurgien de l'hôpital de Dieuze.

Après une courte discussion, les conclusions de ce rapport sont renvoyées à la commission.

— M. MAISONNEUVE communique quelques détails sur des opérations de cure radicale de la hernie.

Quelque temps avant la publication faite récemment par M. Jobert, M. Maisonneuve avait essayé de guérir une hernie en refoulant les téguments du scrotum dans le canal inguinal, fixant ce cul-de-sac cutané à la peau incisée de l'abdomen et fermant par la suture la base de ce doigt de gant invaginé. Le malade guérit.

Après les tentatives de M. Jobert à l'aide de l'injection iodée, M. Maisonneuve a essayé de nouveau cette méthode ; mais pour pénétrer dans le sac avec plus de certitude que ne l'a fait M. Jobert, il traverse de part en part, après la réduction de la hernie, toutes les enveloppes. Cela fait, il retire le trocart et déplisse à la surface de la canule les membranes perforées. Il pense pouvoir engager ainsi l'extrémité de la canule dans l'intérieur du sac, et il pousse alors dans cette cavité l'injection iodée.

Le malade que M. Maisonneuve a opéré suivant ce procédé n'a point eu d'accidents, et en est aujourd'hui au douzième jour de l'opération.

M. Maisonneuve rappelle ensuite qu'un chirurgien du midi de la France a opéré déjà avec succès six malades par les injections iodées. M. Rigal a vu ces opérés.

M. BOINET rapporte qu'il est parvenu sur le cadavre à distendre le sac herniaire en l'insufflant à l'aide d'une canule percée de trous latéraux.

M. FOLLIN rend compte d'une opération de cure radicale de la hernie qu'il a tentée à l'aide de l'injection iodée. Le malade portait depuis six mois une hernie scrotale grosse comme le poing. Cette hernie fut réduite, et l'on perfora à l'aide d'un trocart les couches herniaires jusqu'au point de conduire la pointe de l'instrument à la face profonde de la peau dans le point opposé à la perforation. Cela fait, le trocart fut retiré, et, pendant que la canule était maintenue en place, l'on provoqua la sortie de la hernie en conseillant au malade de se lever ; les intestins sortirent, dilatèrent le sac de dedans en dehors et ramenèrent dans sa cavité l'extrémité de la canule. La hernie fut de nouveau réduite et l'injection poussée dans le sac, pendant qu'un aide comprimait la partie supérieure du canal inguinal. 150 grammes de teinture d'iode furent introduits dans le sac, puis chassés au dehors après quelques minutes de séjour : la réaction inflammatoire n'a guère été plus vive que dans l'hydrocèle. Aucun signe de péritonite. Peu à peu les parties tuméfiées ont diminué de volume en acquérant de la dureté. Mais il faut s'empresser de dire qu'une pointe de hernie se forme de nouveau, et il y a lieu de penser que dans ce cas le seul service rendu au malade sera la transformation d'une hernie volumineuse en une petite hernie.

M. MOREL exprime quelques craintes sur les dangers de cette injection iodée et sur la récidive. Il fait remarquer que si le sac est oblitéré, les anneaux restent toujours élargis et peuvent laisser de nouveau passer l'intestin ; mais ce sac même pourra ne pas se fermer, car dans l'hydrocèle la tunique vaginale ne s'oblitère pas. Selon lui, cette opération n'a pas d'avenir.

M. ROBERT croit que par le procédé suivi par M. Follin l'on est plus sûr d'arriver dans le sac que par le déplissement que conseille M. Maisonneuve. Toutefois il craint aussi les récidives. De même qu'on voit se former des hernies à plusieurs collets, de même on peut voir une hernie se former au-dessus du sac oblitéré. La condition la plus sûre de la guérison, c'est lorsque l'inflammation provoquée par les manœuvres opératoires va jusqu'aux plans fibreux et amène la rétraction des anneaux.

M. GERDY rappelle plusieurs guérisons obtenues par son procédé et qui datent de neuf, onze, quatorze, dix-sept ans. Il opéra et guérit d'une hernie inguinale un malade qui, quinze ans après, vit apparaître une hernie du côté opposé. M. Gerdy ne crut point devoir opérer cette seconde hernie ; mais ce malade est resté sans récidive du côté primitivement opéré ; cependant cet homme n'a point évité les efforts violents, et dans une chute il s'est fracturé le col du fémur.

M. CLOQUET insiste sur le mécanisme de la guérison des hernies ; c'est, selon lui, par le seul resserrement des anneaux fibreux que cette guérison a lieu. Les hernies sont entretenues par la largeur de ces anneaux ; la locomotion du péritoine y est pour peu de chose. Quand les enfants guérissent, c'est par le resserrement des anneaux. Appréciant ensuite les procédés qui peuvent amener cette obturation des arcades fibreuses, il pense que le procédé de M. Gerdy répond le mieux à cette indication.

M. Cloquet est moins effrayé que M. Morel des dangers de l'injection iodée. Il a vu, dans un cas d'hydrocèle communiquant avec le péritoine, M. Richerand injecter deux seringues de vin dans cette séreuse. L'on s'attendait à de graves accidents, mais le malade n'en éprouva aucun.

M. Morel a vu la cavité vaginale non oblitérée à la suite de l'opération d'hydrocèle, et il en conclut que cette cavité s'était reproduite. M. Cloquet pense que cette oblitération ne s'était pas faite. En résumé, l'injection iodée dans la cure radicale de la hernie oblitère le sac, mais ne change rien aux conditions si défavorables de l'anneau.

M. CHASSAIGNAC insiste sur les récidives fréquentes après l'opération de la hernie étranglée et aussi après celle des entéro-épiplocèles lorsqu'on a cherché à oblitérer l'anneau en y laissant un pédicule épiploïque. Il pense que les injections iodées ne sont pas inoffensives. Quant aux diverses tentatives de refoulement, elles ont un écueil : cette peau, qui, lorsqu'elle est au dehors, est épaisse, s'atrophie, s'amincit, devient presque comme une muqueuse lorsqu'elle est refoulée. Dès lors elle n'est plus un obstacle puissant à la sortie des viscères.

M. MOREL répond à M. Cloquet qu'il n'a point cherché à donner d'opinion sur la non-oblitération de la tunique vaginale après l'opération de l'hydrocèle. Il a seulement voulu constater un fait.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. ROBERT rappelle les difficultés que l'on éprouve lorsque l'on veut saisir des tumeurs placées dans une cavité profonde, comme on le voit dans les cas de polypes profonds de l'utérus, de tumeurs du col utérin, etc.

Les pinces de Museux ordinaires et même celles dont les branches s'articulent à la manière de celles du forceps sont très embarrassantes ; leurs griffes s'implantent souvent ailleurs ou autrement qu'on ne le voudrait ; elles ne se dégagent qu'avec peine et exposent le chirurgien à accrocher les parois du vagin.

Pour éviter ces difficultés et ces embarras, M. Robert avait depuis longtemps songé à un instrument à griffe qui, agissant à la manière de la main, pourrait être introduit d'abord, ayant une forme rectiligne, les pointes de la griffe abritées et susceptibles d'être inclinées à volonté sur leur tige. M. Mathieu lui a fabriqué, il y a quinze mois, un instrument qui remplit parfaitement cette indication.

Il se compose de deux branches droites articulées comme celles du forceps, terminées chacune à l'une de leurs extrémités par un anneau et à l'autre par une espèce de fourchette à trois branches, articulée, à charnière à la base, de manière à pouvoir être inclinée à angle droit sur la tige.

Un rateau mobile et glissant le long de la branche protége au besoin les pointes de la fourchette et sert à graduer leur inclinaison au gré de l'opérateur.

Cet instrument a été plusieurs fois très utile à M. Robert pour saisir des tumeurs intra-utérines ou des tumeurs du col de l'utérus dont il se proposait de pratiquer l'excision.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance solennelle de rentrée de la Faculté de Montpellier aura lieu le lundi 6 novembre prochain. Le discours d'ouverture sera prononcé par M. le professeur Mondot, de la Faculté des lettres.

— M. Marrotte reprendra ses leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié le lundi 13 novembre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, dans l'amphithéâtre de M. Gendrin.

Visite à huit heures ; leçons à neuf heures.

LE SOUTAR.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

N° 130. — JEUDI. — SAMEDI 4 NOVEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 130. — JEUDI. — SAMEDI 4 NOVEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 NOVEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le cancer a continué dans la dernière séance de l'Académie; elle a été précédée de la lecture de plusieurs rapports sur des eaux minérales par M. O. Henry.

Parmi ces rapports, nous appellerons l'attention sur celui qui est relatif à une source d'eau sulfureuse froide découverte à Paris au pont d'Austerlitz, sur la rive droite de la Seine. L'existence d'une source d'eau minérale au milieu de la capitale est un fait assez curieux et assez important pour qu'il doive être signalé d'une manière particulière. Il fallait tout l'intérêt qui s'attachait à cette découverte pour attirer l'attention de l'auditoire, qui s'attendait avec raison à une lutte un peu vive. En effet, un des membres les plus éloquents de l'Académie, M. Malgaigne, devait prendre la parole à la séance.

M. Larrey est monté le premier à la tribune, et dans un discours fort bien fait il a retracé les avantages du microscope dans les sciences naturelles; il a passé en revue les progrès que cet instrument a fait faire à la botanique, à la minéralogie, à la chimie, etc.; il a insisté sur les enseignements qu'il avait fournis à l'anatomie normale. Les avantages du microscope sont dans toutes ces sciences incontestables et incontestés. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'anatomie pathologique? Pour cet habile chirurgien, le microscope a rendu dans cette partie de la science médicale des services aussi grands que dans les autres sciences. Il s'étonne que l'on ait mis dans la discussion le microscope en jeu, alors qu'aucun académicien ne s'est livré jusqu'à présent assez complétement aux études microscopiques. Il désirerait qu'un micrographe délégué par ses collègues vînt à la tribune développer tous les avantages du microscope. L'adoption de cette proposition serait, on le sait, tout à fait contraire aux usages académiques.

L'improvisation de M. Malgaigne a été, comme toujours, très brillante. Il aborde franchement cette question : Jusqu'à quel point le microscope a-t-il été utile dans le diagnostic du cancer? Jetant un coup d'œil rétrospectif sur les travaux qui ont été faits depuis le commencement de ce siècle, il passe en revue les théories de Boyer, de Scarpa, de Laënnec, de Dupuytren, d'Abernethy, d'Astley Cooper, de M. Bérard; il démontre combien leurs idées étaient incomplètes sur l'anatomie pathologique du cancer, et il nous conduit jusqu'à l'année 1843, époque où M. Lebert a signalé pour la première fois la cellule caractéristique dans les tumeurs cancéreuses. A partir de ce moment toutes les idées émises jusqu'alors se trouvent bouleversées; tout change, jusqu'aux expressions.

M. Velpeau, en 1839, avait déjà vu dans les diverses tumeurs des altérations n'ayant pas le même caractère clinique, puisque parmi ces tumeurs les unes, dit-il, sont bénignes, les autres sont malignes. Il décrit des tumeurs fibrineuses; c'était un pas immense à cette époque; mais le microscope aurait bientôt laissé M. Velpeau en arrière, si lui, de son côté, encourageant les recherches microscopiques, n'avait suivi l'impulsion donnée par cet instrument. Mais bientôt on voit M. Velpeau abandonner les idées trop absolues que les micrographes ont voulu imposer. Nous ne rappellerons pas combien de fois ils ont eu à refaire leurs doctrines sur les tumeurs fibro-plastiques, sur ces tumeurs qu'ils ont désignées sous le nom de cancroïdes, ou tumeurs épithéliales. M. Malgaigne a décrit de la manière la plus piquante les *reculades* que les micrographes ont été obligés de faire. Pourquoi leur système n'a-t-il pas été généralement adopté? C'est que, après avoir constaté dans un certain nombre de tumeurs un caractère anatomo-pathologique particulier, ils out établi tout un système qu'ils ont voulu imposer à la science, et exprimant leur opinion d'une manière trop absolue, lorsqu'ils sont tombés dans l'erreur. Ils n'ont pas voulu faire de concession alors que les faits leur démontraient l'inexactitude de leur théorie. Aussi, qu'est-il arrivé? C'est que leurs doctrines, leurs ouvrages ont veilli très rapidement.

Malgré les exagérations dans lesquelles sont tombés les micrographes, il n'en est pas moins vrai qu'ils ont rendu un service immense. C'est au microscope, en effet, que l'on doit d'être sorti de cette confusion qui existait auparavant dans le diagnostic des tumeurs; il a permis de classer nettement les tumeurs en bénignes et en malignes; il a fait reconnaître l'hypertrophie partielle de la mamelle, si peu connue avant lui. Enfin, autrefois on avait de la peine à diagnostiquer exactement, même sur la table d'autopsie; aujourd'hui on est arrivé à une sûreté de diagnostic fort grande même au lit du malade; c'est donc un pas immense que cet instrument a fait faire à la pathologie. Le microscope, dit M. Malgaigne, a rendu possible l'ouvrage de M. Velpeau. Mais le microscope n'a pas encore rempli sa tâche; il y a, par exemple, des tumeurs fibro-plastiques qui sont bénignes, d'autres qui sont malignes. M. Larrey a cité un exemple fort remarquable de chacune de ces variétés de tumeurs. Le microscope nous apprendra-t-il à distinguer l'une de l'autre?

Suivant M. Malgaigne, le microscope est complétement inutile dans la pratique; au contraire, il est indispensable pour le diagnostic scientifique. Il ne comprend pas qu'on puisse établir le diagnostic d'une tumeur, même avec les caractères cliniques les plus tranchés, sans que celle-ci ait été soumise à l'examen microscopique; et malgré le désaccord qui paraît exister entre les micrographes, qui examinent une même tumeur, il n'en croit pas moins que ce moyen de diagnostic est encore le plus fidèle que nous ayons; et pour le rendre aussi sûr que possible, il faut donner, dit-il, aux anatomistes chargés de l'examen des tumeurs tous le renseignements dont ils peuvent avoir besoin, et surtout les tumeurs tout entières; car la cellule peut exister dans une portion et manquer complétement dans une autre.

Quant à la curabilité du cancer, M. Malgaigne, partant de ce principe que toutes les statistiques établies jusqu'alors ont été faites d'après des observations dans lesquelles l'examen micrographique avait manqué, regarde la question comme insoluble dans l'état actuel de la science.

Le discours de M. Malgaigne a fait une vive impression sur l'Académie; mais a-t-il contribué à faire avancer la discussion? Nous ne le pensons pas, car si d'un côté il a fait la part très large au microscope, de l'autre il la lui a faite bien petite, puisqu'il lui refuse toute espèce d'utilité pratique; nous pensons donc que la discussion est loin d'être close. Nous nous réservons de donner dans un prochain article l'état de la question, ainsi que nous l'avons fait dernièrement.

Nos lecteurs trouveront plus loin une lettre de M. Bayle, dans laquelle il résume les doctrines que Bayle, son oncle, a exposées dans son *Traité du cancer*. Nous regrettons avec lui que ces travaux, fort importants pour l'époque où ils ont été publiés, n'aient pas été suffisamment signalés par les orateurs qui ont traité la question au point de vue historique.

Dr A. Jamain.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Mouvement des hôpitaux du 26 octobre au 1er novembre.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Du 26 octobre,	13	2	15	11	5
27 »	6	4	10	6	4
28 »	8	2	10	7	5
29 »	8	3	11	9	7
30 »	4	1	5	6	3
31 »	7	2	9	2	9
1er novembre,	5	3	8	0	4
	51	17	68	41	37

Situation générale des hôpitaux au 1er novembre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,678
Sorties.	3,025	6,491
Décès.	3,466	
Restant en traitement.		187

Choléra à Londres.

Semaine du 21 au 28 octobre 1854.

Mortalité générale.	1,228
— due au choléra.	66
— due à la diarrhée.	46

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne, 74,9 centim.; hauteur thermométrique moyenne, + 7°,7 centigr.

La mortalité dans les treize semaines qui se terminent le 30 septembre s'est élevée à Londres à 24,870. En 1849, elle avait atteint le chiffre de 27,100.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Des syphilides.

Les syphilides ne sont autre chose que les manifestations cutanées de la syphilis devenue constitutionnelle, ou, en d'autres termes, passée à l'état de diathèse; elles en constituent les phénomènes secondaires, c'est-à-dire qu'elles se montrent après les accidents primitifs qui ont déterminé la viciation générale de l'économie. L'étude des syphilides sera partagée en deux parties. Dans la première, qui fait l'objet de la leçon de ce jour, nous donnons l'histoire générale de ces affections considérées dans ce qu'elles ont de commun; la prochaine leçon sera consacrée à la seconde partie, qui comprend l'examen des différentes formes sous lesquelles se présentent les syphilides.

DES SYPHILIDES EN GÉNÉRAL.

Les médecins qui regardent la syphilis comme ayant existé de toute antiquité appuient surtout leur opinion sur cette circonstance que les auteurs anciens nous ont laissé la description de différentes maladies de la peau dans lesquelles on ne saurait, dit-on, méconnaître des éruptions de nature vénérienne. Quoi qu'il en soit de cette opinion, un fait bien certain c'est que lors de la grande épidémie syphilitique de la fin du quinzième siècle, et de laquelle datent les premières notions que nous possédions sur cette maladie, à cette époque, dis-je, les éruptions qui nous occupent étaient excessivement intenses, bien plus sans contredit qu'elles ne le sont aujourd'hui.

Il y a une cinquantaine d'années, un illustre syphiliographe, Cullerier l'oncle, fixa l'attention des praticiens sur les déterminations cutanées de la syphilis, qu'il désigna sous le nom de *pustules* et dont il fit cinq variétés. Puis Alibert, dont je vous ai déjà fait apprécier l'esprit généralisateur, Alibert réunit dans un même groupe toutes les affections cutanées dues à la syphilis, et leur imposa le nom véritablement heureux de *syphilides* qu'elles ont conservé jusqu'à ce jour. Biett adopta cette dénomination, et apportant à l'étude de ces maladies les qualités spéciales d'observation minutieuse et d'analyse exacte dont il était doué, donna une description très exacte des différentes formes qu'elles peuvent revêtir. Depuis Biett, des travaux fort intéressants ont été publiés sur ces affections; nous citerons surtout les recherches de M. Martins, l'excellente dissertation inaugurale de M. Legendre et l'importante monographie de M. Cazenave. Grâce à ces travaux, les syphilides peuvent être rangées parmi les maladies les mieux connues et dont le traitement offre le plus d'efficacité.

Les syphilides possèdent un certain nombre de caractères spéciaux qui leur sont communs, et à l'aide desquels on peut les distinguer des autres maladies de la peau. Ces signes distinctifs reposent sur la coloration, la forme, les phénomènes locaux, la marche, le siége, et sur les phénomènes concomitants et généraux.

La *coloration rouge* des syphilides offre une teinte particulière qui ne ressemble pas à celle de l'état inflammatoire légitime, telle qu'on l'observe dans l'érythème; elle ne ressemble pas non plus à celle des affections dartreuses. Afin d'en bien fixer le caractère dans l'esprit des praticiens, on a cherché quelques termes de comparaison; on l'a rapprochée de la nuance du maigre de jambon, puis de la couleur du cuivre rouge; c'est cette dernière comparaison qui prévaut généralement, et la teinte *cuivrée* d'une éruption est considérée comme lui imprimant le cachet syphilitique. Cependant il faut bien dire que la ressemblance n'est pas exacte et que la coloration rouge des syphilides est tout à fait *sui generis* : aussi préfé-

rons-nous la désigner sous le nom de *coloration syphilitique*. Vous devrez donc l'étudier avec soin et en elle-même pour apprendre à la reconnaître, car elle a quelquefois décidé du diagnostic.

Vient ensuite la *forme*, la *configuration* affectée par les éruptions vénériennes ; cette forme est généralement la forme arrondie. Que la syphilide soit constituée par des squames, des vésicules ou des papules, les éléments anatomiques dont elle se compose se groupent et se disposent de manière à représenter des anneaux, des segments de cercle, des spirales... Cette disposition aide singulièrement le médecin non-seulement pour reconnaître la maladie elle-même, mais encore pour distinguer ses différentes variétés. Disons tout de suite que la configuration arrondie se montre plus particulièrement dans les variétés squammeuse et tuberculeuse.

Les *phénomènes locaux* ont ceci de remarquable que, si l'on veut me permettre une bien vieille plaisanterie, mais qui exprime assez exactement ce que je veux vous faire comprendre, *ils brillent par leur absence*. Et en effet, malgré l'apparente gravité des désordres anatomiques ; malgré l'étendue, la rougeur, etc., de la lésion cutanée, il n'y a là ni douleur, ni cuisson, ni prurit, et le plus souvent le malade n'éprouve pas la moindre démangeaison, à tel point que, si la lésion occupe une partie soustraite à ses regards, le malade peut rester longtemps sans s'apercevoir qu'il est porteur d'une maladie de la peau.

La *marche* essentiellement *chronique* des syphilides n'est pas un des moindres éléments de leur histoire diagnostique. Leur durée, rarement moindre de deux mois, se prolonge ordinairement pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. On comprend l'importance de cette donnée quand la lésion anatomique est peu intense ; la forme érythémateuse, par exemple, pourrait faire croire à une affection légère et dont la durée doit être courte.

Le *siége* des syphilides, sans être aussi spécial qu'on l'avait prétendu, peut cependant aider à la détermination de leur diagnostic. Ainsi il est certain qu'on les rencontre le plus habituellement aux ailes du nez, aux commissures des lèvres, au front et particulièrement à la racine des cheveux, au dos, aux épaules, à la poitrine, à la face interne des membres ; mais hâtons-nous d'ajouter que les syphilides peuvent aussi se montrer sur les autres parties du corps.

Les *phénomènes secondaires*, ou, si vous l'aimez mieux, les produits de l'affection vénérienne cutanée, squammes, croûtes, ulcérations, ont des caractères propres qui servent à faire reconnaître la maladie dont elles proviennent. Les *squammes* sont, en général, plus minces que celles des éruptions dartreuses; elles sont adhérentes, blanchâtres et encadrées d'un liséré blanchâtre, sur l'importance duquel ont beaucoup insisté, trop insisté peut-être, Biett et M. Cazenave.

Les *croûtes* me paraissent avoir un caractère de spécificité plus constant, c'est leur épaisseur, qui est surtout appréciable dans le rupia et l'ecthyma syphilitiques. Ces croûtes, épaisses, aplaties, prennent l'apparence d'une valve d'huître ; et cette forme, jointe à leur coloration *vert noir*, suffit souvent pour faire reconnaître la nature de la maladie. Les *ulcérations* empruntent aussi à leur origine un cachet tout particulier, sur lequel nous devons attirer fortement votre attention. Les ulcérations qui résultent des pustules et des tubercules sont arrondies, les bords sont taillés à pic, et le fond est tapissé par une sorte de couenne grisâtre. Enfin, les ulcérations étant guéries, la cicatrice qui leur succède offre des caractères particuliers, stigmates indélébiles de la maladie qui les a précédées. D'abord violacée et offrant une sorte d'apparence spongieuse, la cicatrice se resserre, se raffermit, perd son apparence spongieuse et se transforme en une tache violette ou bleuâtre, elle-même remplacée par une véritable cicatrice blanche, déprimée, arrondie.

Nous ne saurions terminer cette analyse des caractères diagnostiques des syphilides sans parler des phénomènes que j'appelle *concommitants*, et qui consistent dans la coexistence de quelques autres accidents syphilitiques. Ces accidents sont ordinairement des céphalalgies, des douleurs dans les yeux se montrant ou s'exaspérant le soir. Il n'est pas rare de voir les douleurs dont nous parlons précéder de quelques semaines les syphilides et disparaître aussitôt que l'éruption est accomplie. Nous citerons encore comme phénomènes concomitants les ulcérations de la gorge, les plaques muqueuses de l'anus et de la vulve chez la femme, et du scrotum chez l'homme ; les engorgements ganglionnaires cervicaux postérieurs, surtout quand les syphilides ont suivi de près les accidents primitifs, comme il arrive pour les formes papuleuses et pustuleuses, les exostoses, les tumeurs gommeuses syphilitiques, les iritis, les onyxis. On comprend de quel poids doivent peser dans la balance de pareilles lésions quand il s'agit de déterminer la nature précise d'une éruption présumée vénérienne.

Dans le plus grand nombre des cas, les *symptômes généraux* sont tout à fait nuls; la santé demeure excellente. Mais chez certains vieillards, ou bien dans certaines formes de syphilides (le rupia, les tubercules), la constitution est manifestement altérée, les forces sont abattues; il y a de la diarrhée; la peau prend un aspect grisâtre spécial, les cheveux tombent pour ne plus repousser; l'haleine, les sueurs exhalent une odeur fétide; en un mot, on observe l'ensemble des symptômes qui caractérisent la cachexie syphilitique. On comprend que ces circonstances rendent le pronostic plus sérieux et le traitement plus difficile à cause du mauvais état du tube intestinal.

Le diagnostic des syphilides repose sur des caractères trop précis pour être bien difficile ; il est encore plus aisé quand on rencontre quelques-uns des phénomènes que nous avons appelés concomitants. Nous ne parlons pas ici des antécédents, et c'est à dessein ; car, d'une part, les malades nient souvent l'existence d'une affection vénérienne antérieure, et, de l'autre, en attachant trop d'importance aux accidents syphilitiques dont un sujet porteur d'une éruption peut avoir été affecté autrefois, on s'exposerait à voir des syphilides là où en réalité il y aurait une autre maladie, une dartre, par exemple; il faut donc surtout baser son diagnostic sur les caractères que nous venons de passer en revue.

A part les cas de cachexie dont nous avons parlé tout à l'heure, le pronostic est généralement favorable ; les syphilides guérissent presque toujours très bien; mais la durée du traitement est quelquefois assez longue. Ainsi, au total, les affections cutanées de nature vénérienne sont moins graves que les affections cutanées de nature dartreuse, dont la récidive est le caractère principal.

La cause des syphilides se trouve énoncée par le terme même sous lequel on désigne ces éruptions, c'est le virus syphilitique. Et, quoi qu'en disent certaines personnes, et particulièrement M. Cazenave, ce sont des symptômes secondaires.

Il est une question aujourd'hui très vivement débattue et qui partage les syphiliographes : tous les accidents primitifs peuvent-ils indifféremment donner lieu à ces éruptions secondaires ? Suivant M. Ricord, le chancre seul jouirait de ce privilége. Nous devons vous dire tout de suite que notre expérience ne confirme pas celle du praticien célèbre que je viens de nommer. J'ai vu, et nos salles en renferment journellement des exemples, j'ai vu des éruptions bien positivement vénériennes succéder à de simples blennorrhagies. A ces faits, M. Ricord répond par une hypothèse : il y a eu, dit-il, un chancre caché dans le canal de l'urètre, ou bien un chancre que le malade n'a pas reconnu.... Sur 63 cas de syphilides observés par M. Legendre, quatorze fois la cause fut une blennorrhagie.

L'intervalle entre l'accident primitif et l'éruption secondaire est de six semaines au moins; le plus ordinairement cinq ou six mois, et quelquefois deux, trois et même dix ans. Du reste, dans l'immense majorité des cas où l'éruption est tardive, le malade avait été soumis à un traitement mercuriel. Tout individu anciennement affecté d'un chancre, dit M. Ricord, reste infecté pour toute sa vie. Cela est vrai, mais les accidents secondaires peuvent ne pas se développer.

On a noté l'influence de l'été et particulièrement du mois de juin (M. Legendre) comme favorisant le développement des syphilides.

Dans les cas que nous venons de passer en revue, c'est chez l'individu primitivement contaminé que se développent les phénomènes secondaires que nous étudions ici. Dans d'autres cas, le point de départ doit être cherché au dehors de l'individu malade. Ainsi il faut assez souvent invoquer l'influence de l'hérédité. La syphilis héréditaire se montre souvent chez les enfants sous forme de syphilides. Ces accidents se montrent ordinairement quelques semaines après la naissance ; mais dans certains cas ils surviennent beaucoup plus tard, au bout de plusieurs mois et même de plusieurs années. J'en ai actuellement dans mes salles un exemple bien curieux. Un jeune homme de dix-huit ans, qui assure n'avoir jamais eu de rapports sexuels, et on peut l'en croire, portait à la lèvre supérieure une ulcération syphilitique dont il est actuellement guéri. Quelle cause invoquer ici si ce n'est l'hérédité ? Ce n'est pas tout : les enfants ainsi infectés par transmission héréditaire peuvent eux-mêmes transmettre leur maladie à leurs nourrices. Ces cas ne sont pas rares. La maladie commence par des ulcérations au mamelon, et des éruptions manifestement vénériennes ne tardent pas à se montrer.

Certaines circonstances occasionnelles favorisent l'explosion des phénomènes cutanés qui caractérisent ces maladies : ainsi, par exemple, les excès, les fatigues, les émotions morales vives, les refroidissements. J'ai vu une syphilide tuberculeuse accompagnée d'ulcérations à la langue se manifester à la suite d'un naufrage chez un marin qui avait pris un chancre trente ans auparavant.

Les syphilides sont-elles contagieuses ? M. Ricord le nie formellement. Cette négation n'est vraie que pour la généralité des cas ; elle souffre des exceptions. Quant au procédé à l'aide duquel on a cherché à vérifier le fait, je dirai que, s'il est permis de tenter l'*inoculation* chez des personnes déjà atteintes de la syphilis, cette pratique doit être hautement et énergiquement repoussée quand il s'agit d'individus sains. Les déplorables résultats obtenus dans les tentatives de syphilisation et les principes de la morale font une loi au médecin consciencieux de rejeter de semblables expérimentations.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

TOPIQUE ANTICHARBONNEUX.

Sublimé corrosif.	15 grammes.
Onguent basilicum.	30 —
Poudre de scabieuse.	q. s.

On en étend sur du linge un morceau gros comme une petite pièce de monnaie et un peu plus large que la circonférence de la pustule, et l'on a soin de mettre tout autour un peu de diachylon gommé pour qu'il adhère plus facilement.

Le topique ainsi disposé, on pratique sur le tubercule, au centre de la pustule, une incision cruciale peu profonde. On attend que le sang ait cessé de couler, et l'on applique l'emplâtre sur le point d'intersection des incisions. Au bout de vingt-quatre heures l'effet est produit. Toutefois, il convient de le laisser un peu plus longtemps en place. A la levée de l'appareil, une eschare noire, circulaire, est produite avec un peu de soulèvement épidermique à son pourtour. Les suites sont des plus simples et la guérison prompte.

La même médication (qui n'est, comme on le voit, qu'une action caustique énergique et profonde) est recommandée contre la pustule maligne et contre les ulcères carcinomateux.

(*Gaz. méd. de Liége.*)

LAVEMENT PURGATIF CONTRE LE LUMBAGO ET LES NÉVRALGIES SCIATIQUES,

Par M. le professeur LOMBARD (de Liége).

Sel marin.	32 grammes.
Eau commune.	156 —
Miel.	16 —

F. S. A. (*Répert. de pharm.*)

EMPLOI DE LA GLYCÉRINE DANS LA XÉROPHTHALMIE.

On sait généralement combien est grave cette étrange affection qu'on appelle la xérophthalmie et qui consiste dans la transformation de la muqueuse conjonctivale en une espèce de surface épidermique sèche et non sécrétante. Peut-être si on la reconnaissait de bonne heure, à une époque où les conduits lacrymaux sont encore perméables et la conjonctive intacte dans une grande étendue, pourrait-on en suspendre les progrès et ramener l'œil à un assez bon état. Malheureusement il est généralement trop tard pour tenter quelque chose lorsque les malades se présentent à l'observation, et il faut s'en tenir à un traitement palliatif. Défendre l'œil du contact des poussières et des autres corps étrangers au moyen de lunettes appropriées, faire disparaître l'entropion et le trichiasis, s'il en existe, par des opérations convenables, tout en évitant cependant d'augmenter l'écartement des paupières ; glisser enfin de temps en temps entre les paupières un liquide destiné à remplacer la sécrétion normale, à ramollir et à relâcher la conjonctive indurée, à humecter l'épithélium desséché de la cornée, telles sont les principales indications de ce traitement palliatif.

A la salive, que les malades glissent instinctivement entre leurs paupières; aux décoctions mucilagineuses et à l'huile, que l'on a proposées dans le même but, M. Taylor a substitué avec avantage, dans ces derniers temps, la glycérine, dont tout le monde connaît l'avidité pour l'humidité de l'air. Non-seulement ce moyen paraît favoriser le glissement des surfaces desséchées, mais encore, dans des cas moins avancés, lorsque l'épithélium conique n'a pas encore subi sa transformation cuticulaire, cette application peut rendre à l'œil assez de transparence pour permettre la vision. Mais, au reste, quelle que soit l'application que l'on préfère, il faut y revenir très souvent, par cela même qu'il en reste une très petite quantité à la surface de l'œil, et que la dessiccation marche très vite.

(*Bull. de thérap.*)

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

De la structure celluleuse du cancer.

Monsieur le Rédacteur,

La discussion qui occupe dans ce moment l'Académie de médecine me prouve combien il est rare, même parmi les hommes les plus éminents, d'avoir toujours bien présent à l'esprit l'état actuel de la science sur l'objet en question. On n'est guère préoccupé que des travaux tout à fait contemporains ; ceux dont la date est moins récente tombent dans l'oubli, quelque célèbre d'ailleurs que soit leur auteur. Ce procédé n'aurait pas un grand inconvénient si les progrès de la science n'en étaient pas retardés et gravement compromis. Ces réflexions s'appliquent aux micrographes, et peut-être un peu aussi à leurs antagonistes.

Toutes les fois qu'il est question d'un historique sur le cancer, on ne manque pas de citer le nom de Bayle, mon oncle; mais qu'il est rare qu'on se donne la peine de lire son *Traité* (posthume) *des maladies cancéreuses* que j'ai publié en 1833 en deux volumes in-8° ! M. Lebert a pu écrire un gros volume sur ces maladies sans le citer une seule fois. Si ce médecin et les jeunes savants qui poursuivent avec tant de zèle leurs recherches microscopiques sur le tissu cancéreux s'étaient donné la peine de le consulter, ils s'en seraient servis comme point de départ de leurs travaux, et auraient singulièrement abrégé leurs études et leurs peines; car ils y auraient à peu près trouvé les fameuses *cellules pathognomoniques* qu'ils défendent avec tant de chaleur. Vous en jugerez, monsieur le rédacteur, par le passage suivant :

« *Caractère distinctif de la dégénération cancéreuse.* — La substance » cancéreuse, qu'on pourrait nommer aussi tissu ou parenchyme cancéreux, est blanche, luisante, et paraît, vue au premier coup d'œil, » d'une couleur uniforme. En l'examinant avec plus de soin, on reconnaît qu'elle n'est pas parfaitement homogène, et en la regardant de » très près à l'œil nu *et mieux encore avec une loupe*, on voit qu'elle » présente un parenchyme spécial formé par l'union de deux substances brillantes, l'une opaque, l'autre transparente ou demi-transparente. Celle qui est opaque est formée par des lames *disposées en* » *cellules*, etc.; l'autre ne paraît point organique, ou du moins on n'y » aperçoit aucune organisation. Elle est contenue et en quelque sorte » déposée dans des *cellules* ou aréoles formées par la substance lamelleuse. Les lames de cette dernière sont quelquefois *si fines qu'elles* » *échappent à la vue*; alors elles sont aussi transparentes. La substance inorganique est incolore, azurée, vert de mer, bleuâtre, bleu » de ciel, etc. ; quelquefois blanche ou rougeâtre. C'est cette sub-

» stance transparente ou demi-transparente qui donne au parenchyme » cancéreux un aspect analogue à celui du lard ou de toute autre » substance organique formée par un réseau *cellulaire* rempli de sucs. » Communément les lames du parenchyme cancéreux sont inégales, » irrégulières, de diverses largeurs et de diverses épaisseurs. Elles » sont disposées sans ordre et en divers sens, de manière que la plu- » part d'entre elles *forment des aréoles très irrégulières*.» (T. I, p. 23).

Le tissu cancéreux présente toujours la même structure, mais il offre dans son aspect des nuances diverses, qui ont conduit mon oncle à le diviser en six espèces ou variétés, savoir :

1° Le cancer *chondroïde*, qui a l'apparence du cartilage;

2° Le cancer *hyaloïde*, qui a quelque ressemblance avec le corps vitré de l'œil;

3° Le cancer *lardiforme*, qui ressemble beaucoup au lard du cochon;

4° Le cancer *napiforme*, qui a l'aspect du navet coupé longitudinalement;

5° Le cancer *encéphaloïde*, qui par sa couleur d'un blanc de lait ressemble à la substance cérébrale;

6° Le cancer *colloïde*, qui a quelque apparence avec la corne fondue ou avec la gélatine pure très rapprochée.

Plus loin, Bayle cherche à distinguer sous le rapport anatomique, le cancer d'avec diverses lésions organiques avec lesquelles on pourrait le confondre. Entre autres caractères distinctifs, il ne manque pas de revenir sur les *cellules*, qu'on ne trouve point dans ces lésions, et qui appartiennent particulièrement au cancer.

Vous le voyez, monsieur le rédacteur, Bayle avait bien vu, à l'aide d'une loupe, l'organisation *celluleuse* du tissu cancéreux; et il en avait fait un de ses caractères distincts. Qu'ont vu de plus les micrographes? Des cellules infiniment plus petites, et voilà tout. Ils ont prouvé que ce caractère celluleux, que Bayle avait bien vu dans le tissu cancéreux solide et entier, se conservait dans le suc qu'on en exprime. C'est un progrès sans doute, mais moins important qu'ils ne pensent, s'il est vrai, comme l'a assuré M. Velpeau dans son argumentation si solide, que la cellule n'est pas constante. Que devient alors ce signe pathognomonique? La structure du cancer telle que Bayle l'a décrite, au contraire, est toujours la même; un œil exercé ou une simple loupe peuvent la reconnaître. Pourquoi repousser un moyen si sûr et à la portée de tout le monde, pour se jeter dans une voie pleine d'illusions et de déceptions? On ne doit, certes, rejeter aucun moyen d'investigation de la nature, pas plus le microscope qu'aucun autre, mais à la condition que ce moyen ne veuille pas supplanter tous les autres, que cette analyse des infiniment petits n'ait pas la prétention de se substituer aux voies synthétiques d'observation et à l'application ordinaire des sens. Est-ce là ce que disent les micrographes, qui en sont arrivés à ce point de regarder comme nulles et non avenues toutes les observations où le microscope n'est pas intervenu?

Agréez, etc. BAYLE.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 octobre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Un rapport de M. Henri Gintrac, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bordeaux, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Sainte-Croix-du-Mont (Gironde).

2° Un rapport de M. le docteur Fouques, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vannes, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Ploëren (Morbihan) pendant le mois de septembre.

3° Un rapport de M. le docteur Roger, médecin à Courzegrey, sur l'épidémie de choléra qui a régné à Mulsay, arrondissement de Tonnerre (Yonne).

4° Un rapport de M. le docteur Pagès, médecin à Connaux (Gard), sur l'épidémie de choléra qui a régné dans l'arrondissement d'Uzès.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Bellentani, de Ouarville (Eure-et-Loir), adresse une note sur le traitement du choléra par l'arséniate de potasse (liqueur arsénicale de Fowler). (Commission du choléra.)

Fermeture de sûreté pour les bains d'aliénés. — M. Lussereau, mécanicien de la maison de Charenton, soumet à l'examen de l'Académie un travail qu'il a fait sur des fermetures de sûreté pour les couvercles des baignoires des maisons d'aliénés. (Commissaires : MM. Baillarger et Poiseuille.)

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales :

1° Un rapport sur l'eau sulfureuse du pont d'Austerlitz, à Paris.

Voici la composition que M. le rapporteur assigne à cette eau.

Pour un litre :

Acide carbonique libre.	indéterminé
Acide sulfurique libre.	0,004
Sulfhydrate de chaux (sulfure de calcium).	0,037
Sulfates supposés anhydres de chaux.	1,700
— de soude / — de magnésie	0,720
Chlorures de sodium et de magnésium.	peu
Bicarbonate de chaux (domine) / — de magnésie	0,470
Acide silicique, alumine. / Sulfure de fer. / Matière organique. / Principe ammoniacal, traces sensibles	0,040
	2,967

D'après les résultats de cette analyse et des expériences faites par la commission, M. le rapporteur conclut :

1° Que l'eau découverte tout récemment au pont d'Austerlitz à Paris est très franchement sulfureuse;

2° Que, par la nature et la proportion de son principe sulfureux, elle vient se placer à côté des eaux sulfurées calcaires froides d'Enghien, de Pierrefonds, de Schinznach, etc.;

3° Qu'elle appartient à la classe des eaux sulfhydratées calcaires sulfhydriquées, et qu'elle doit, comme elles, se former secondairement dans les terrains gypseux;

4° Que la très minime proportion d'ammoniaque qu'elle renferme, et qu'on trouve aussi dans celles d'Enghien ou autres du même genre, paraît se rattacher à la formation géologique de ces eaux, mais qu'ici elle ne saurait provenir d'aucune mauvaise origine;

5° Enfin qu'en raison de son analogie de composition et de force sulfureuse avec l'eau d'Enghien, si bien connue et appréciée depuis longtemps, elle doit présenter aussi avec elle une analogie de propriétés médicales.

En conséquence, la commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de cette eau en se conformant aux règlements en vigueur et d'encourager les projets déjà formés de l'utiliser au point de vue de la thérapeutique.

2° Un rapport sur les eaux de Carcanières et d'Escouloubre (départements de l'Ariège et de l'Aude). Ces eaux sont analogues aux eaux des sources sulfureuses des Pyrénées. L'efficacité de ces eaux ayant été constatée depuis longues années, la commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation de les exploiter.

3° Rapport sur les eaux minérales d'Alet (Aude), eaux très anciennement connues et qui appartiennent au groupe des eaux ferrugineuses. Il y a lieu d'en autoriser l'exploitation. (L'Académie adopte.)

Cancer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer. La parole est à M. Larrey.

DISCUSSION.

M. LARREY commence par déclarer qu'il a été assez surpris de voir mettre en cause le microscope devant l'Académie, et d'entendre parler soit pour, soit contre, en l'absence de micrographes, seuls aptes à éclairer l'Académie sur ce que l'on peut attendre de l'application de cet instrument. Il a fallu un certain courage à M. Robert pour se constituer seul défenseur du microscope en présence d'adversaires redoutables.

Ce n'est pas que le microscope en lui-même soit mis en question; personne assurément ici n'en conteste l'utilité comme instrument d'exploration; les nombreuses applications dont il est susceptible pour les diverses branches des sciences physiques ou naturelles ne sauraient être mises un instant en doute. Mais il s'agit d'apprécier son degré d'utilité dans son application spéciale à la détermination des caractères diagnostiques de certaines tumeurs. Là est la question. Or dans ces limites mêmes l'utilité du microscope a été reconnue par M. Leblanc. Pourquoi cette utilité serait-elle déniée dans les applications au diagnostic chez l'homme, lorsqu'elle est reconnue et proclamée par un des hommes les plus compétents pour l'étude des mêmes affections chez les animaux?

Je n'ignore pas qu'on a fait plusieurs objections à l'emploi de cet instrument. Mais ces objections ont-elles bien réellement toute la valeur qu'on leur a donnée? C'est ce que je vais essayer d'examiner.

Première objection. — On a dit que l'emploi du microscope exigeait un exercice soutenu, attentif et souvent incompatible avec les occupations d'un praticien.

Cela est vrai, et c'est regrettable sans doute; mais si les avantages qu'on doit retirer du microscope pour la certitude du diagnostic et du pronostic sont bien tels que le pensent les micrographes, cela vaut bien qu'on y consacre quelque temps et quelque attention.

Autre objection. — Le micrographe n'ayant le plus souvent à sa disposition qu'une parcelle de la tumeur, a-t-on dit, il peut arriver qu'il n'y trouve point les caractères spécifiques du cancer, tandis qu'ils existeraient en réalité dans le reste de la tumeur, de sorte que ce que l'on conclurait par rapport à cette parcelle ne serait point exact par rapport à l'ensemble de la tumeur elle-même. Cela a pu arriver quelquefois en effet. Mais ce n'est pas une objection sérieuse. Il s'agit, quand on veut l'éclairer, de soumettre la plus grande partie possible de la tumeur à l'examen.

On peut admettre aussi que quelquefois les micrographes ont pu se tromper, et que ce que l'un d'eux a trouvé dans une tumeur n'est point reconnu par un autre. Mais cela ne prouve qu'une chose, c'est que ce genre d'examen est difficile et qu'il demande une étude et une attention soutenues.

Ici se présenteraient la question de la curabilité du cancer et l'appréciation des faits invoqués à l'appui, s'il était possible de prouver que tous les cas dont on a signalé la guérison étaient de véritables cancers. Or, le microscope, sans être un criterium infaillible, n'est point intervenu dans la plupart de ces cas-là, pour en révéler la malignité ou faire craindre la récidive.

Le doute est donc permis à cet égard.

Je regrette donc de ne pouvoir partager à cet égard les opinions exprimées par mon ancien maître M. J. Cloquet et par mon père, qui lui aussi croyait avoir guéri de véritables cancers.

Ce n'est pas seulement à différencier le cancer de certaines autres maladies que s'appliquent les études microscopiques, c'est encore à distinguer plus exactement qu'à l'œil nu les diverses formes du cancer.

Enfin, le mérite réel du microscope, c'est de permettre d'éclairer un diagnostic obscur et même de rectifier un diagnostic erroné. Plus d'un chirurgien aurait à produire des faits à l'appui de cette assertion. Je me bornerai à rappeler l'observation suivante :

J'ai eu moi-même l'occasion d'extraire une tumeur de ce genre, dont la nature douteuse aux seuls caractères cliniques m'a été révélée par le microscope.

Il s'agissait d'une tumeur volumineuse développée dans la région iliaque externe à la suite d'une contusion. Je pratiquai l'ablation de cette tumeur, qui présenta à l'œil nu tous les caractères des tumeurs fibro-plastiques. Examinée au microscope, elle fut reconnue telle. Au bout de quelque temps, la tumeur récidiva sur place au-dessous de la cicatrice; nouvelle ablation, troisième récidive, qui nécessita une troisième et dernière opération. Ayant protégé cette fois à l'aide d'un appareil approprié le tissu de la cicatrice contre les frottements extérieurs, la guérison fut définitive. (Voir pour les détails de cette observation la *Gazette des Hôpitaux*, numéros du 3 février et du 23 mars 1852.)

Voilà un des faits qui m'ont paru les plus favorables à la doctrine des micrographes, en tant que démontrant l'innocuité de ces sortes de tumeurs sur l'état général de santé des malades et la repullulation sur place.

Cependant je dois dire que j'ai eu l'occasion d'observer depuis un autre cas de tumeur fibro-plastique qui a repullulé, non sur place cette fois, mais à distance. Il s'agissait d'une tumeur de la face interne de la cuisse; une première ablation, qui nous permit de constater au microscope la nature fibro-plastique de la tumeur, fut suivie d'une récidive dans les ganglions de l'aine, récidive à laquelle le malade succomba.

Ce fait, j'en conviens, constitue une objection assez sérieuse à la doctrine des micrographes.

En résumé, je crois que la question gagnerait beaucoup en éclaircissement si on examinait ainsi chaque fait en détail, au lieu d'examiner les choses en bloc. On verrait qu'il existe effectivement, comme le prétendent les micrographes, des tumeurs présentant un caractère spécifique qui n'appartient qu'au cancer, lesquelles tumeurs repullulent fatalement et finissent par entraîner la mort des malades par l'infection générale de l'économie; on verrait, au contraire, qu'il est des tumeurs dont ils ont également déterminé les caractères qui peuvent récidiver, mais qui ne présentent en général, ni par ces récidives mêmes, ni par leur influence sur l'état général des malades, la gravité des premières; on verrait, enfin, qu'il existe des tumeurs qui présentent en quelque sorte des caractères mixtes entre ces deux ordres de tumeurs dont il vient d'être question, et qui laissent le clinicien dans le doute sur leur véritable nature.

Je terminerai en soumettant une proposition à l'Académie. Je voudrais que la cause du microscope fût soutenue devant elle par un micrographe.

M. MALGAIGNE. J'ai eu le regret de ne pouvoir assister au commencement de cette discussion; mais lorsque j'ai lu le remarquable discours qu'a prononcé M. Velpeau, j'ai applaudi aux excellentes choses qu'il renferme. Cependant je ne puis m'empêcher de dire que notre honorable collègue est allé trop loin.

Quels sont les véritables services que le microscope a rendus au diagnostic des tumeurs? Quelle peut être l'utilité clinique de cet instrument? C'est ce que je vais tâcher d'examiner; et l'examen de ces deux questions me conduira naturellement à aborder la question pratique principale, celle de la curabilité du cancer.

Pour apprécier convenablement la part qu'il convient de faire au microscope, il est indispensable de rappeler quel était l'état de la science sur ce point avant que l'usage de cet instrument y eût été introduit.

Trois doctrines étaient en présence : celle de l'Académie royale de chirurgie, qui se résume dans Boyer, son dernier représentant; celle de Scarpa, et enfin, plus près de nous, celle de l'école anatomo-pathologique française, à laquelle il faut rattacher aussi les doctrines anglaises d'Abernethy et d'Astley Cooper.

J'aurai peu de chose à dire de la doctrine de Boyer, si connue d'ailleurs de tout le monde. Boyer distinguait deux sortes de cancers : le cancer dur et le cancer mou. Le cancer dur, ou le squirrhe, était distingué à son tour en squirrhe bénin et en squirrhe malin. Comment Boyer distinguait-il le squirrhe malin du squirrhe bénin? C'était par la récidive. Lorsque le squirrhe récidivait, c'était un squirrhe malin; il était bénin, au contraire, lorsqu'il ne récidivait pas.

La récidive levait tous les doutes, c'était à ses yeux le seul signe distinctif des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes; il n'y avait pour lui de cancer que celui qui récidive. Cela revient à dire, comme on le voit, que pour Boyer il n'y avait pas de signe diagnostique différentiel. Il ne pouvait pas porter un diagnostic en présence d'une tumeur; il attendait la récidive pour se prononcer.

Une autre idée de Boyer, c'est que le siége de certaines tumeurs suffisait pour en déterminer la nature. Ainsi le cancer des lèvres, dit-il, récidive toujours.

Enfin, et ceci nous ramène au point de départ de cette discussion, Boyer n'admettait pas le cancer du testicule chez l'enfant. De sorte que, pour le dire en passant, M. Pamard, l'auteur de l'observation qui a servi de texte à cette discussion, M. Pamard, qui est de l'école de Boyer, se sépare de son maître sur ce point.

La doctrine de Scarpa ne diffère pas beaucoup de celle de Boyer. Pour le professeur de Pavie, comme pour le chirurgien de la Charité, il y a des tumeurs dures et des tumeurs molles, des squirrhes et des encéphaloïdes. Les tumeurs du testicule ne sont point des cancers; il n'y a rien de plus démontré pour lui que ces tumeurs sont de nature strumeuse. Quant aux tumeurs du sein, il les distingue, comme Boyer, en squirrhes malins et squirrhes bénins. Ces derniers ne sont autre chose que des engorgements strumeux, qui peuvent guérir s'ils sont opérés de bonne heure.

Voilà ce que nous avait donné la grande école de Boyer, qui fut le descendant direct et comme le dernier écho de l'Académie de chirurgie.

Voyons maintenant ce que l'on doit à l'école anatomo-pathologique. A l'exemple de Bayle et de Laennec, presque tous les anatomo-pathologistes français ont distingué deux espèces de cancers, l'encéphaloïde et le squirrhe, qui répondent au cancer mou et au cancer dur de l'école de chirurgie.

En Angleterre, Abernethy distingue particulièrement une classe de tumeurs qu'il désigne sous le nom de sarcomes. Il admet quatre espèces de sarcomes, qu'il distingue aussi en bénins et malins; parmi les sarcomes malins il classe le sarcome tuberculeux, le sarcome médullaire, le sarcome squirrheux, etc. Puis viennent les sarcomes bénins, dans lesquels il comprend une foule de tumeurs de diverse nature, jusqu'à la tumeur hydatique, etc.

Voilà où en était la science en 1844, à l'époque de la mémorable discussion soulevée à l'Académie de médecine par M. Cruveilhier, le représentant de l'anatomie pathologique. Le souvenir de cette discussion est trop présent dans l'esprit de tout le monde pour qu'il soit nécessaire de s'y étendre longuement. On se rappelle la proposition que M. Cruveilhier vint soutenir alors devant l'Académie. Elle se ré-

sumait ainsi : Il existe des tumeurs fibreuses confondues jusqu'ici à tort avec le squirrhe, et qui en diffèrent par leur innocuité, par leur marche, par l'absence de récidive après leur ablation, et qui s'en distinguent par des caractères cliniques capables de les faire reconnaître sur le vivant.— Qui s'éleva contre cette proposition ? Les élèves mêmes de M. Cruveilhier, Blandin et Bérard, qui mirent leur maître au défi de dire quels sont les caractères cliniques différentiels de ces tumeurs et de les reconnaître lui-même. M. Roux, qui représentait l'école anglaise, ne fit pas une opposition moins vive aux idées de M. Cruveilhier. Mais celui d'entre nous qui prit la part la plus large à cette discussion, ce fut M. Velpeau. M. Velpeau, qui, à si juste titre, fait depuis longtemps école, avait émis en 1839, dans un article de dictionnaire, des idées très remarquables pour l'époque. Pour le vrai cancer, il en était à la division de Laennec; mais il établissait dès cette époque une classification nouvelle des tumeurs bénignes, sur lesquelles il professait déjà quelques-unes des opinions qu'il vient de reproduire dans son dernier ouvrage. Il distinguait des productions anomales ou des cancers proprement dits deux ordres de tumeurs, les hypertrophies et les dégénérescences. Telle était la situation de M. Velpeau lors de la discussion de 1844. Il prit la parole deux fois dans cette discussion, et chaque fois il émit des opinions différentes ; il fit ressortir en particulier la distinction qu'il établissait entre les tumeurs fibreuses de M. Cruveilhier et les tumeurs auxquelles il a donné le nom de tumeurs fibrineuses. Mais ce qu'il y eut de plus remarquable dans son argumentation d'alors et ce que je tiens à rappeler surtout en ce moment, c'est qu'il fut le premier à l'Académie à invoquer le microscope et à faire valoir les services qu'il pouvait rendre au diagnostic des tumeurs. Ce fut lui qui le premier parla de cancer à cellule et de cancer sans cellule. Ainsi, ayant à se prononcer sur le diagnostic d'une tumeur douteuse, M. Velpeau, moins sûr de lui-même qu'il ne paraît l'être aujourd'hui, et se défiant un peu des signes cliniques habituels, invoqua le secours du microscope, et de par le microscope il diagnostiqua un cancer à cellules devant récidiver.

A peu près à la même époque, dans une société estimable, mais moins haut placée, à la Société anatomique, on n'était guère plus avancé, et le même embarras se présentait pour distinguer les unes des autres des tumeurs placées sur la table. Ainsi, lorsqu'en 1843 M. Lebert présenta à la Société un testicule encéphaloïde, l'un des membres les plus distingués de cette Société, M. Deville, après avoir examiné attentivement cette tumeur, déclara que c'était un tubercule. La question fut portée plus tard à la Société de chirurgie; j'en parlerai tout à l'heure.

Ainsi, en 1844, pas un chirurgien, pas un anatomo-pathologiste qui sût reconnaître une tumeur sur la table. Et quand on éprouvait de pareilles difficultés à diagnostiquer une tumeur que l'on tenait dans la main, comment voulez-vous qu'on pût la diagnostiquer sur le vivant!

Aujourd'hui, à dix ans à peine de distance, en est-il de même? Entendez-vous tenir le même langage qu'à cette époque? Non. La discussion de 1844 serait impossible aujourd'hui. Il y a, permettez-moi de le dire, dix siècles de distance entre les idées d'alors et celles d'aujourd'hui. Idées et expressions, tout a changé. On n'entend plus parler aujourd'hui que de cancers à cellules, de tumeurs fibro-plastiques, de tumeurs épithéliales, de cancroïdes, de tumeurs hypertrophiques de la mamelle. Et qu'est-ce qui a opéré ce changement? C'est le microscope. Le microscope seul a complètement changé sur ce point la face de la science.

Voilà la part qui revient au microscope. Cependant je ne voudrais pas laisser croire par ces paroles que je suis un admirateur exclusif du microscope... et des micrographes. Je m'expliquerai là-dessus tout à l'heure. Je ferai remarquer seulement en passant que MM. les micrographes se montrent aujourd'hui peu reconnaissants envers M. Velpeau, qui a le premier appelé l'attention du monde savant sur leurs travaux.

Pourquoi M. Velpeau lutte-t-il aujourd'hui contre les micrographes? C'est parce qu'ils sont allés trop loin et qu'ils se sont engagés dans une mauvaise voie.

Permettez-moi ici, puisque l'occasion s'en présente, une petite digression sur la proposition de Bichat rappelée par M. Robert. Lorsque deux maladies, a dit Bichat, diffèrent par leurs symptômes, leur marche, leur terminaison, elles diffèrent aussi par leur siége et la nature des lésions qui les accompagnent; et réciproquement, lorsque des lésions anatomiques sont dissemblables, lorsque la structure des produits pathologiques n'est pas la même, les désordres fonctionnels qu'ils déterminent et leur évolution constituent aussi des affections de nature distincte. Eh bien! il n'y a pas de loi plus fausse; c'est une loi inventée à l'amphithéâtre, et qui n'est nullement applicable à la pathologie. Bichat n'avait oublié qu'une chose : c'est la vie qui opère des résultats différents avec des éléments semblables, et réciproquement des résultats semblables avec des éléments différents. M. Velpeau a très bien fait voir qu'avec les mêmes apparences anatomiques on constatait quelquefois des différences cliniques considérables. Il n'y a donc pas, je le répète, de loi plus fausse que celle-là.

J'insiste sur ce point, parce que les micrographes se sont en général appuyés sur cette prétendue loi. C'est en effet de cette loi qu'est parti M. Lebert. Pensant, avec Bichat, que lorsque les tissus diffèrent il devait y avoir des différences symptomatiques correspondantes, il a fait de la texture des tumeurs la base de sa classification des tumeurs, anciennement considérées comme des cancers, et qu'il a parquées, d'après la présence des cellules épidermiques ou du tissu fibreux, dans autant de catégories distinctes.

Le dernier mot n'est pas dit là-dessus. Il est probable qu'il y a dans les tumeurs dites épithéliales autre chose que des cellules epidermiques, et qui échappe sans doute au microscope. Or, voyez quelles sont les conséquences d'une doctrine qui prend uniquement pour base la texture des tumeurs. De ce qu'une tumeur renferme des cellules épithéliales, ce ne peut être une tumeur maligne; et comme la doctrine ne peut se tromper, si la tumeur récidive, nonobstant le pronostic porté de par le microscope, c'est la faute du chirurgien : c'est parce que le chirurgien n'a pas tout enlevé, qu'il a laissé en place quelques parcelles du tissu épithélial qui a repullulé. Mais comme il a été démontré que des tumeurs de cette nature ont repullulé, bien que tout eût été bien exactement enlevé et qu'il ne fût plus possible d'invoquer la présence de cellules épithéliales laissées dans la plaie, il a fallu changer ses batteries; on a imaginé alors le cancroïde. Ce n'est plus tout à fait un cancer, mais une sorte de tumeur mixte, un pseudo-cancer; on reconnaît qu'il repullule, mais sur place seulement. M. Velpeau fait voir que ces tumeurs épidermiques ou épithéliales, comme on les appelle, repullulent non-seulement sur place, mais dans les ganglions voisins. Nouvelle reculade. Il fallut chercher une explication à la repullation à distance; on imagina alors le transport de cellules épithéliales du siége primitif de la maladie aux ganglions voisins par les vaisseaux lymphatiques. Enfin on fait voir aux micrographes des tumeurs épidermiques repullulées, non plus sur place, non plus dans les ganglions voisins, mais dans les viscères..... Cette fois les micrographes ont gardé un silence prudent.

Si nous passons des tumeurs épidermiques à d'autres tumeurs, aux tumeurs fibro-plastiques, par exemple, nous trouvons les mêmes prétentions d'abord de la part des micrographes, puis les mêmes concessions successives en présence de l'évidence des faits contraires à leur doctrine. Ainsi il fut admis d'abord, toujours en vertu de cette même loi de Bichat, que les tumeurs fibro-plastiques étaient bénignes ; mais quand on leur a fait voir que ces tumeurs repullulaient comme les autres et sur place et à distance et jusque dans les parties profondes de l'économie, et qu'elles étaient susceptibles de se généraliser, il leur a fallu successivement abandonner leurs lignes de circonvallation, puis enfin la place elle-même.

J'ai parlé de la Société de chirurgie; lorsque la question fut soulevée au sein de cette Société, M. Forget lui porta un rude coup, et il montra à M. Lebert que son livre, qui ne datait alors que de deux ans, était déjà en arrière. En effet, il n'y avait que deux ans que ce livre était publié, et on connaissait déjà cinq cas de récidive à distance de tumeurs fibro-plastiques, de ces mêmes tumeurs que l'auteur proclamait bénignes et à l'abri de la repullulation.

Les mêmes objections peuvent être faites à un jeune chirurgien plein de mérite, M. Broca, qui, dans son remarquable travail sur le cancer, a eu le tort de se mettre un peu trop servilement à la suite de M. Lebert. Il a voulu aussi, comme M. Lebert, n'admettre qu'un seul cancer, le cancer à cellules ou à noyaux, et rejeter toutes les autres tumeurs dans la catégorie des tumeurs hypertrophiques, bénignes, dont il a également fait plusieurs classes. Mais il restait en dehors de ces divisions deux tumeurs très désagréables pour la doctrine, et dont on ne savait que faire ; on en a fait une espèce bâtarde de pseudo-cancers.

En un mot, les micrographes ont eu le tort de vouloir tout soumettre à l'anatomie pathologique et de ramener tous les faits dans une classification anatomique qui ne devait servir à personne. Ainsi, tandis que M. Velpeau, avec son grand sens pratique, maintenait la classification des tumeurs en malignes et en bénignes, M. Lebert se plaçant à un autre point de vue et considérant cette distinction comme étant la ruine de l'art, a fait une véritable classification de botaniste.

C'est ainsi que le microscope a fait son entrée dans la science, comme l'avait faite quelques années auparavant l'anatomie pathologique, en exagérant et en faussant les conséquences des faits qu'elle avait révélés. Il fallait la tirer des erreurs et des exagérations qu'elle a commises; voilà pourquoi j'ai applaudi sans réserve aux belles paroles de M. Velpeau.

Mais si je me suis joint à M. Velpeau pour montrer les écarts des micrographes et faire voir la confusion qu'ils ont introduite dans quelques parties, je ne dois pas méconnaître les services réels qu'ils ont rendus. Oui sans doute, pour ce qui concerne le groupe des tumeurs bénignes, le microscope n'a fait qu'augmenter la confusion au lieu d'apporter la lumière ; mais pour les tumeurs malignes le microscope a rendu les plus grands services en révélant un caractère spécifique qui ne laisse aucun doute.

Voilà, d'une part, les grands services qu'a rendus le microscope. Voilà, d'autre part, la cause de la réaction suscitée contre lui, et voilà pourquoi il était nécessaire d'avertir les micrographes de la fausse route dans laquelle ils se sont engagés.

Maintenant faut-il, comme M. Velpeau, maintenir dans toute sa sévérité la critique qu'il a faite du microscope? Mais je lui répliquerai que sans le microscope son livre eût été impossible. M. Velpeau pense qu'on n'a pas besoin du microscope pour diagnostiquer les tumeurs. Mais il faut ici faire une distinction importante dont il n'a pas tenu compte. Il faut distinguer un diagnostic pratique et un diagnostic scientifique. Pour le diagnostic pratique, sans doute le microscope ne saurait être d'aucun secours; le chirurgien doit s'éclairer de l'ensemble des signes cliniques. Mais il n'en est pas de même pour le diagnostic scientifique. Je déclare, pour ma part, qu'il n'y a pas de diagnostic possible à ce point de vue sans le microscope, et je me montrerai ici plus partisan du microscope que M. Robert lui-même. Aussi, à ce titre, je n'admets pas comme valables les observations de M. Velpeau; et lorsqu'il a parlé de tumeurs contenant la cellule et qui n'étaient point du cancer, et réciproquement de tumeurs qui étaient du cancer à ses yeux et qui ne contenaient point la cellule, je n'hésite pas à déclarer qu'il s'est trompé. Ainsi ses objections contre le microscope, en tant que moyen de distinguer le cancer vrai des tumeurs de nature bénigne, ces objections tombent d'elles mêmes.

J'arrive à la question de la récidive : je n'ai qu'un mot à dire là-dessus. La question de la récidive n'a pas été encore franchement abordée dans cette discussion. Cette question est entièrement subordonnée à l'examen microscopique. Je n'admets à cet égard ni la statistique ni les observations qui n'ont pas subi le contrôle du microscope; je n'admets pas davantage l'infaillibilité de M. Velpeau. Pour moi, toutes les fois que la nature cancéreuse a été parfaitement établie, je déclare n'avoir pas vu une seule exception à la loi de la récidive.

— M. Morel-Lavallée présente une tumeur sur la nature de laquelle il désire consulter l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser à la Faculté de médecine une lettre pour la prier d'organiser les conférences particulières dont il est question dans le dernier décret relatif à l'enseignement de la médecine. Les élèves, on se le rappelle, devront payer une somme de 150 fr. pour ces conférences.

MM. les professeurs pourront-ils se charger eux-mêmes de ces conférences? Si les professeurs ne les font pas, qui sera chargé de les faire? Les agrégés seront-ils appelés à suppléer l'enseignement officiel? Dans quelles limites? A quelles conditions? N'est-ce pas là une occasion de donner un nouveau lustre à l'enseignement?

— Les conseils généraux de la Loire et du Rhône se sont prononcés sur la création des médecins cantonaux. Le premier de ces départements a vivement accueilli le projet, et le 1er novembre de cette année a vu commencer le service médical gratuit. Quant au second, il s'est montré moins sympathique, et s'est borné à allouer un crédit de 500 francs.

— Par suite de la démission de M. le docteur Répiquet, médecin titulaire du dépôt de mendicité de Lyon, le service médical de cet établissement a été partagé entre MM. les docteurs Sibert et Lavirotte.

— Par arrêté en date du 30 octobre 1854 M. Poincaré, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

— Par décret impérial du 21 octobre 1854, les indemnités de déplacement et de voyage en poste attribuées aux inspecteurs de santé de l'armée sont réglées de la manière suivante :

1° L'indemnité de déplacement du médecin ou pharmacien inspecteur est, sur les routes ordinaires, de 4 fr. 81 c. par myriamètre, et sur les voies ferrées de 3 fr. 50 c.

2° L'indemnité de voyage en poste du médecin ou pharmacien inspecteur : en inspection annuelle ou extraordinaire, sur les routes ordinaires, 13 fr. 46 c.; sur les voies ferrées, 10 fr. Voyageant dans le cas prévu par l'article 82 de l'ordonnance du 20 décembre 1837, sur les routes ordinaires, 9 fr. 62 c.; sur les voies ferrées, 7 fr.

— *Mutations dans le corps de santé militaire.* — M. Morgue, médecin principal à l'hôpital de Lyon, est désigné pour l'armée d'Orient.

M. Sédillot, médecin principal à l'hôpital de Strasbourg, désigné pour l'armée d'Orient, est conservé à l'hôpital de cette ville.

M. Gassaud, médecin principal à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

M. Antoine, médecin principal à l'hôpital de Colmar, est désigné pour l'hôpital de Strasbourg.

M. Piron, médecin principal à l'armée d'Orient, est mis en non-activité pour infirmités temporaires.

M. Fenin, médecin principal au corps de la Baltique, est désigné pour l'hôpital de Cambrai.

M. Lacronique, médecin major au corps de la Baltique, est désigné pour l'hôpital de Perpignan.

M. Villaret, médecin principal à l'hôpital de Bourbonne, est désigné pour l'état-major de la 1re division militaire.

M. Barthez, médecin principal à l'hôpital de Vichy, est désigné pour l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Campmas, médecin principal à l'hôpital de Baréges, est désigné pour l'hôpital de la Corderie, à Marseille.

— Le *Moniteur belge* annonce que MM. Vanden-Abeele, médecin de régiment attaché au 12e régiment de ligne, et M. Vleminckx, médecin de bataillon attaché au 1er régiment d'artillerie, ont été nommés chevaliers de l'ordre de Léopold, en récompense du noble dévouement et de l'abnégation dont ils ont donné des preuves éclatantes en prodiguant leurs soins aux soldats de la garnison d'Ostende atteints du choléra.

— *Sujets de prix proposés par l'Académie des sciences et lettres de Montpellier pour les années 1855-1856.* — *Concours de 1855.* — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier met au concours pour 1855 la question suivante proposée par la section de médecine :

« Des paralysies qui paraissent indépendantes de toute lésion appréciable des centres nerveux. »

Les concurrents apprécieront la valeur réelle des faits par lesquels on a cherché à établir l'existence de ces maladies; ils en traceront un historique raisonné, signaleront leurs formes, et déduiront les conclusions diagnostiques et thérapeutiques qui intéressent plus spécialement la pratique médicale.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de cinq cents francs.

Concours de 1856. — L'Académie met au concours, pour le prix de cinq cents francs qui doit être décerné en 1856, la question suivante proposée par la section des sciences :

« Etude chimique des vins et des divers produits formés pendant la vinification. »

La question étant très vaste, les concurrents pourront n'en aborder qu'une partie nettement limitée et à leur choix. Sans leur imposer aucun programme, l'Académie leur rappelle les questions suivantes si intéressantes pour le midi de la France :

« Etude chimique de la matière colorante du vin, et de l'influence que ses modifications et ses altérations peuvent exercer sur le vin ;

» Etude de la fermentation du moût de raisin, au point de vue des produits auxquels elle peut donner lieu, et des causes qui peuvent modifier ces produits;

» Etude chimique des divers alcools qui se produisent pendant la fermentation, qui accompagnent l'esprit-de-vin ou qui s'en séparent pendant la distillation ;

» Etude chimique des divers éthers ou huiles essentielles qui se développent dans le vin ou les eaux-de-vie;

» Etude chimique des résidus de la distillation des vins ou des marcs.

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être adressés *franco* et selon les formes académiques à M. le docteur Rousset, secrétaire général de l'Académie, rue du Courrier, 13, à Montpellier.

Les mémoires ne seront reçus que jusqu'au 1er août de chacune des années pour lesquelles le concours est ouvert (1er août 1855, 1er août 1856). Indépendamment des médailles d'or, il pourra être accordé des médailles d'encouragement.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

N° 131. — MARDI 7 NOVEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 131. — MARDI 7 NOVEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔTEL-DIEU (M. Broca). Deux cas de bec-de-lièvre, l'un simple, l'autre compliqué. Opération. — MALADIES DES YEUX (M. Tavignot). Kératotome destiné à faciliter l'opération de la cataracte par extraction. — Pupille artificielle pratiquée dans des circonstances insolites; pourquoi? — Induration considérable des glandes sous-maxillaires et sous-linguales, guérie par une pommade d'oxyde noir de zinc. — Cas de rein unique chez l'homme. — Hygiène. Économie domestique. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 30 octobre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, LE 6 NOVEMBRE 1854.

Séance de l'Académie des Sciences.

On se rappelle que M. E. de Lamare a exposé dans de précédentes communications les résultats heureux qu'il a obtenus de l'emploi de l'hélicine dans le traitement des phthisiques. En poursuivant ses études sur ce sujet, notre confrère a eu l'occasion de constater un nouveau symptôme stéthoscopique qui se rattache à l'action thérapeutique même de cette substance. D'après les observations de M. de Lamare, l'un des effets les plus remarquables et les plus constants de l'emploi de l'hélicine serait une diminution considérable de l'expectoration et de la toux. Or cette modification notable dans la quantité des liquides expectorés est constamment accompagnée d'une modification corrélative dans les bruits stéthoscopiques. Le gargouillement auquel donne lieu le mélange d'air et de liquides dans une caverne est remplacé par un bruit particulier que l'auteur désigne sous le nom de *bruit de décollement*, à cause de sa ressemblance avec le bruit que produit le décollement de deux surfaces rapprochées par une substance gluante. L'analogie ne serait pas seulement dans les noms, elle serait aussi dans les choses; ainsi, d'après l'auteur, ce bruit résulterait de ce que les parois des cavernes tendraient à se rapprocher et à adhérer entre elles sous l'influence de la diminution de la sécrétion morbide. Cette théorie est appuyée sur l'observation de faits anatomo-pathologiques analogues qui se passent dans les trajets fistuleux et dans les cavités morbides, et sur une expérience ingénieuse dont on trouvera la relation au compte rendu.

De l'influence des opérations sur le système nerveux, et du retentissement de la douleur sur l'organisme, tel est le titre d'un travail de physiologie pathologique extrêmement intéressant dont M. Jobert (de Lamballe) a donné lecture dans la dernière séance. Tout le monde connaît les effets ordinaires de la douleur, et particulièrement l'ébranlement qu'elle produit sur le système nerveux; mais ce qui est beaucoup moins connu, et ce que M. Jobert s'est attaché à démontrer dans ce mémoire, c'est la production de lésions matérielles dans la substance nerveuse sous l'influence des grandes secousses résultant de certaines opérations. M. Jobert a établi en effet, par quelques exemples heureusement choisis, que nous regrettons de n'avoir pu reproduire à cause de l'étendue de ce compte rendu, que non-seulement les douleurs violentes et prolongées qui réagissent sur les renflements nerveux épuisent et arrêtent leurs fonctions, mais encore qu'elles peuvent aller jusqu'à produire un ramollissement de la substance nerveuse, et dans quelques cas même une inflammation suppurative, dont la mort est l'effet inévitable.

La conséquence naturelle qui se déduit de ces faits, et que M. Jobert ne pouvait manquer de faire ressortir, c'est la nécessité de diminuer la sensibilité et d'abolir la douleur, indications que remplissent si heureusement les anesthésiques. Mais hâtons-nous de dire qu'en signalant sous ce nouveau point de vue les éminents services que rendent journellement les anesthésiques à la pratique chirurgicale, M. Jobert n'a pas perdu de vue les dangers inhérents à leur emploi, et qu'il se range à cet égard aux sages prescriptions formulées récemment devant l'Académie par M. Ancelon.

Nous signalerons en passant les communications de MM. de Pietra Santa et Debeney sur la prophylaxie du choléra, qui ont été déjà présentées à l'Académie de médecine, ainsi que quelques notes trop succinctes pour se prêter à une appréciation analytique, telles que celles de M. Costa Saya, sur un nouveau moyen de diagnose déduit de l'évaluation des effluves calorifiques; de M. Verstraet Yserbyt, sur une ancienne théorie de la vision rajeunie, et de M. Triquet, sur la surdité nerveuse.

Nous ne pouvons toutefois terminer le rapide aperçu de cette séance si bien remplie, comme on peut le voir, sans appeler l'attention de nos lecteurs sur la nouvelle production du savant et ingénieux secrétaire perpétuel M. Flourens, qui, avec une sage hardiesse, ne craint pas de soulever un coin du voile qui couvre les mystérieux problèmes de la vie. Il suffira de jeter un coup d'œil sur le court résumé que M. Flourens a présenté lui-même à l'Académie pour se faire une idée de l'intérêt qui s'attache aux nombreuses questions qu'il y agite. — Dr Brochin.

La galactophorite, ou inflammation des conduits galactophores, vient d'être l'objet de recherches thérapeutiques d'une grande importance, qui complètent les recherches anatomiques sur cette maladie développées par M. Bouchut devant l'Académie de médecine et que nous avons publiées au mois de mars dernier.

M. Ratzenbeck (de Prague), après avoir vérifié, comme M. Bouchut, que les gerçures et les crevasses du mamelon occupent les conduits galactophores et les enflamment avant de déterminer l'inflammation de la glande mammaire, ou *la mastite*, a institué un moyen thérapeutique préventif des abcès du sein, qui est la déduction immédiate des recherches anatomiques que nous venons de rappeler.

On sait, en effet, que les gerçures et les crevasses du mamelon sont le point de départ des engorgements lobulaires de la glande et des abcès du sein. La communication s'établit de l'extérieur à l'intérieur de la glande par les conduits galactophores obstrués et enflammés, qu'on peut très bien reconnaître sous la pression du doigt. Ce sont ces conduits obstrués par des exsudations plastiques qui empêchent le lait de sortir et déterminent un engorgement laiteux qui sera le point de départ d'un abcès de la mamelle.

Dans ces cas, M. Ratzenbeck entoure la mamelle avec sa main, presse dans la direction du mamelon et fait apparaître sur cette partie une petite vésicule mince, blanchâtre, formée par du lait qui tend à pousser au dehors l'obstacle qui l'arrête dans la glande. Il perce cette vésicule avec une aiguille, écarte la couche épithéliale qui obstruait le conduit galactophore, et fait teter l'enfant. Au bout de quelques minutes la douleur et la tuméfaction produites par l'engorgement laiteux disparaissent; la femme est débarrassée si l'on s'y est pris assez tôt pour faire cette opération; et quand même on a trop attendu pour la pratiquer, il en résulte toujours un soulagement notable, et en la renouvelant plusieurs fois on finit par rendre possible l'allaitement, qu'on avait été obligé d'interrompre.

Ce fait achève et complète l'histoire de l'inflammation des conduits galactophores, assez peu connue jusqu'ici, et qui se présente maintenant toute formée pour tenir sa place dans les cadres nosologiques. Une phlegmasie du mamelon se déclare, et occupe aussitôt l'orifice des conduits galactophores, qui s'ulcèrent et s'abouchent plusieurs dans le fond d'une crevasse. Il arrive alors deux choses : ou la phlegmasie passe dans la glande par un conduit galactophore et forme un abcès, ou elle reste limitée au mamelon. Alors elle dure plus ou moins longtemps, et, quand elle guérit, elle amène l'oblitération de quelques-uns des conduits malades; si elle les oblitère en grand nombre, alors la glande mammaire est perdue pour l'allaitement, et avec le temps, restée au repos pendant que l'autre fonctionne, elle finit par s'atrophier, ce qui a été indiqué dans le mémoire de M. Bouchut.

On n'avait jusqu'ici qu'une seule preuve de l'existence de l'inflammation des conduits galactophores. Cette preuve était solide, il est vrai, puisqu'elle s'appuyait sur l'anatomie pathologique; il y en a maintenant une seconde due à M. Ratzenbeck : c'est la preuve thérapeutique, dans laquelle on voit un médecin prévenir les abcès du sein par la désobstruction des conduits galactophores enflammés.

Dr Petit.

HOTEL-DIEU. — M. BROCA (suppléant).

Deux cas de bec-de-lièvre, l'un simple, l'autre compliqué. Opération.

Deux enfants ont été présentés à la consultation pour deux maladies qui chez l'un et l'autre portent le même nom. Ils sont affectés de bec-de-lièvre; mais l'un présente la forme la plus simple, l'autre la forme la plus compliquée, et il y a une bien grande différence entre eux.

Chez le premier, c'est une simple fente régulière de la lèvre supérieure; chez l'autre, c'est le bec-de-lièvre dans son plus grand état de complication. Au premier aspect, on a un tubercule osseux large de deux centimètres et supportant deux incisives, situé immédiatement au-dessous du nez, qui se projette obliquement en avant, séparé de chaque côté de la lèvre supérieure et du reste des os maxillaires par une double fente largement ouverte. Si on explore l'intérieur de la bouche, on constate que ce tubercule se termine en triangle à deux centimètres en arrière, toujours séparé des parties voisines par des fentes réunies au sommet, pour former enfin une fente unique dirigée d'avant en arrière jusqu'à l'extrémité du voile du palais, séparant ainsi en deux parties toute l'étendue de la voûte palatine; le bord inférieur de l'os

---

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie descriptive et d'histologie spéciale, par M. VAN KEMPEN, professeur d'anatomie à Louvain. — Louvain, 1854.

L'art de formuler, contenant : 1° les principes élémentaires de pharmacie; 2° les tables synoptiques, *a* des substances médimenteuses tirées des trois règnes, avec leurs doses et leurs modes d'administration; *b* des eaux minérales employées en médecine; *c* des substances incompatibles; 3° les indications pratiques nécessaires pour composer de bonnes formules; par M. DESCHAMPS (d'Avallon), pharmacien de la maison impériale de Charenton, etc. — Un vol. grand in-18 de 478 pages, avec 19 figures.

Il nous est difficile en France de savoir si ce nouveau traité d'anatomie était indispensable aux études médicales de Belgique; mais ce qu'on peut dire après l'avoir parcouru, c'est que c'est un livre très bien fait, méthodique dans son ensemble, clair et précis dans les détails.

Malgré son titre de *Traité*, l'œuvre de M. Van Kempen serait peut-être mieux nommée *Manuel*. C'est en effet la suite du *Manuel d'anatomie générale* du même auteur. C'est un peu l'inverse du manuel de M. Sappey, qui, à mesure qu'il avance, se convertit en un excellent traité d'anatomie, plein de faits nouveaux et d'aperçus originaux.

Chez M. Van Kempen, le désir de serrer la description nuit quelquefois. Ainsi, quand il s'agit du muscle orbiculaire des lèvres, l'auteur adopte l'opinion de Cooper; il fait naître le muscle du squelette par deux faisceaux, les *incisifs supérieurs et inférieurs*. Ceci s'écarte assez des idées généralement reçues pour exiger au moins quelques détails. Un peu après, arrivant à la terminaison du même orbiculaire labial : « Les fibres, dit-il, s'entrecroisent et se continuent avec les » muscles qui se terminent à la commissure, surtout avec le buccina- » teur. » Et rien de plus. Eh bien! là encore cette disposition si remarquable aurait besoin d'être un peu développée, et l'auteur aurait pu puiser à cet effet dans l'excellente page qu'y a consacrée M. le professeur Cruveilhier.

Le plan général de l'ouvrage est celui de nos anciens traités classiques, Boyer, H. Cloquet. Ainsi, tous les muscles, sans exception, sont décrits dans la myologie. On sait, au contraire, que M. Cruveilhier a réservé certains muscles à la splanchnologie, à la névrologie elle-même : ceux de la face, de l'œil, du périnée. Pour l'étude, l'ordre ancien est préférable. M. Van Kempen décrit les aponévroses à la suite de chaque groupe de muscles, au lieu de faire une aponévrologie à part. Il a raison. L'aponévrose forme avec le muscle un même système, aussi bien que le névrilème avec le nerf, le périoste avec l'os, la tunique externe des vaisseaux avec le système vasculaire.

L'auteur adopte pour les muscles, pour les vaisseaux la nomenclature de tout le monde, celle que l'usage a consacrée dans le langage anatomique français, et il donne en cela une nouvelle preuve de son bon jugement. La seule chose vraiment utile dans une nomenclature anatomique, c'est qu'il n'y ait qu'un mot pour désigner une chose; et plus les noms sont bizarres, sans rapport même avec l'objet désigné, meilleurs ils sont; de même qu'un nom propre, qui ne signifie rien par lui-même, désigne mieux et plus vite un individu que ne peut le faire une qualification.

La splanchnologie renferme plusieurs chapitres excellents, comme ceux de la muqueuse gastrique, des tuniques intestinales, du poumon, du rein. On n'en peut dire autant de la partie qui traite de l'appareil génital interne de la femme. L'auteur a le tort de ne point être au courant des travaux suivis dans ces derniers temps sur la muqueuse utérine, sur les trompes de Fallope, et l'on est peiné de lire la phrase suivante dans son Traité (p. 724) : « La muqueuse du col est *plus* » *épaisse* et moins adhérente que celle de la cavité utérine, etc. »

La névrologie prête à un autre reproche. La manière dont le cerveau est étudié est surannée. Décrire le cerveau en masse, comme l'a fait M. Van Kempen, ne peut conduire à aucune connaissance précise, et même n'est propre qu'à donner à l'étudiant des idées fausses. L'anatomie de l'encéphale à la manière de Vieussens n'est plus désormais possible, et notre confrère belge avait un si bon exemple à suivre dans le bel ouvrage de M. Longet!

Malgré ces imperfections, ce livre, nous le répétons en finissant, est très bien fait, et tout à fait propre à servir de guide à des étudiants en médecine dans leurs premières dissections. Adolphe RICHARD.

vomer apparaît au milieu de cette solution de continuité, mais il n'adhère ni d'un côté ni de l'autre, ce qui fait qu'il y a une large communication entre la bouche et chacune des fosses nasales.

Ces deux exemples peuvent à juste titre être donnés comme types extrêmes de la maladie; mais il y a une foule de formes intermédiaires.

Le bec-de-lièvre peut être limité à la peau, soit d'un seul, soit des deux côtés de la lèvre; s'il porte sur les parties osseuses, celles-ci sont divisées à des profondeurs variables; enfin il est simple ou double, labial ou palatin, souvent l'un et l'autre à la fois. On doit noter que la division, qu'elle soit cutanée ou profonde, n'occupe jamais la ligne médiane quand elle est unique; elle a toujours son siége sur le côté au-dessous des narines. Quand la lèvre supérieure est doublement fendue, sa portion médiane, isolée et peu adhérente, forme une sorte de mamelon qui s'atrophie à la longue par défaut de développement; bientôt ce n'est plus qu'un tubercule charnu, mobile, flottant pour ainsi dire, et qui n'est plus en proportion avec le reste de l'organe. La lèvre supérieure présente alors trois parties distinctes, une médiane et deux latérales.

La scissure des os n'est jamais directe dans la première partie de son étendue; prenant son origine sur le maxillaire supérieur, au point où la canine correspond à la première incisive, elle se dirige obliquement de dehors en dedans et d'avant en arrière vers la ligne médiane et aboutit au canal palatin antérieur. On conçoit que, lorsque cette disposition est double, la portion moyenne de la lèvre et de la bouche est comprise dans une véritable bifurcation de deux scissures qui convergent angulairement en arrière. Si la solution de continuité est bornée à un seul côté, à partir du canal palatin, on la voit se prolonger directement en arrière sur la ligne médiane, et la bouche communique seulement avec la fosse nasale du même côté, parce que le vomer s'articule encore normalement avec le maxillaire supérieur du côté opposé. Si, au contraire, elle existe à droite et à gauche, il résulte de sa prolongation une ouverture large et béante qui occupe le milieu de la voûte palatine et dont les bords, souvent très écartés, laissent apparaître le bord inférieur de l'os vomer. Une telle disposition, qui est toujours constante, quelles que soient les variétés qu'elle présente, était bien de nature à exciter des recherches sur son origine. L'embryogénie et l'anatomie comparée en ont donné la clef : le bec-de-lièvre est le résultat d'un défaut de réunion plus ou moins complète entre les différentes parties de la bouche et du maxillaire supérieur; la scissure oblique dont nous venons de parler tient à ce que l'os intermaxillaire ou incisif, os qui persiste chez certains animaux, mais qui dans notre espèce à l'état normal doit se confondre avec le maxillaire supérieur par un motif inconnu, en est resté écarté et distinct. La division directe en arrière de la voûte palatine vient d'un défaut de soudure des parties horizontales des os maxillaires supérieurs et palatins.

Dans ces cas très compliqués, la portion moyenne, privée d'adhérences et de soutien à gauche, à droite et en arrière, à peine retenue par une faible connexion en haut, cède aux mouvements réitérés des organes voisins et particulièrement à ceux de la langue qui l'ébranlent à tout instant. C'est alors qu'elle vient faire hors du plan de la bouche une forte saillie qui dirige les dents en avant; enfin le nez, privé plus ou moins complétement de son soutien et de sa base, cède à l'action des muscles environnants; il s'affaisse, les narines sont relevées et ouvertes outre mesure; le nez est aplati; c'est alors une véritable monstruosité, ainsi qu'on peut le voir sur le petit malade qu'on va opérer.

L'opération, comme on s'y attend bien, diffère de beaucoup dans les deux cas. Si le bec-de-lièvre est simple, il suffit de rafraîchir les lèvres de la cicatrice par une légère excision et de les réunir par quelques épingles; seulement M. Malgaigne, au lieu d'enlever la partie excisée, se contente de l'abaisser de chaque côté, de telle façon qu'après avoir affronté les surfaces saignantes ces deux petits lambeaux inférieurs forment en bas une saillie qui remédie assez bien à cette sorte d'encoche qui reste toujours après l'opération ordinaire, si bien qu'elle ait été faite.

M. Monerou (d'Angers) a perfectionné ce procédé en ce sens qu'au lieu d'utiliser les deux lambeaux, il en excise un complétement, l'autre est abaissé et conduit horizontalement en contact avec la partie inférieure de l'autre côté de la plaie.

Cette méthode a donné les résultats les plus remarquables. Mais quand la difformité s'étend au delà des parties molles, le cas est beaucoup plus embarrassant. Le tubercule osseux, qui fait en avant une saillie considérable, s'oppose au rapprochement des parties latérales de la lèvre. On a proposé plusieurs procédés pour faire disparaître cette difficulté. La plupart des chirurgiens conseillent de faire l'ablation complète du tubercule osseux, d'employer le tubercule charnu médian pour reconstituer la sous-cloison, et de réunir ensuite les lèvres comme dans l'opération ordinaire du bec-de-lièvre. Pour lutter contre la tendance à l'écartement, et pour rendre au nez sa forme naturelle, M. Phillips traverse horizontalement la base des narines avec une longue aiguille qui supporte deux petits bouchons de liége à l'aide desquels on exerce ensuite aisément une compression latérale sur les côtés du nez. Ce moyen est excellent, et nous nous proposons de le mettre en usage.

Mais dans ce procédé on est obligé de sacrifier le tubercule osseux, et le malade se trouve à jamais privé des dents incisives supérieures. On a cherché à éviter cet inconvénient. M. Gensoul s'est efforcé de réduire le tubercule et de le repousser à sa place à l'aide d'une pression brusque destinée à fracturer la cloison qui le supporte. Ce mode opératoire est fort incertain. Blandin a conseillé de pratiquer sur la cloison, à partir de la cavité buccale, une excision en forme de V, de telle sorte que le tubercule osseux, privé de ses connexions avec le vomer, est fixé seulement sur la cloison cartilagineuse, se laisse refouler en arrière jusqu'au niveau de l'arcade alvéolaire. Il y a à craindre qu'après l'opération, le tubercule ayant perdu la plupart de ses moyens de fixité, ne contracte jamais d'adhérences solides avec le squelette environnant; mais l'expérience n'a pas encore prononcé là-dessus, et il est permis de faire encore des tentatives.

Nous nous proposons donc d'essayer l'application du procédé de Blandin; mais nous n'osons affirmer que cette tentative réussisse. La saillie du tubercule osseux est tellement prononcée sur notre petit malade, que l'excision du vomer ne sera peut-être pas suffisante pour nous permettre de remettre le tubercule à sa place. Si nous rencontrons une difficulté de ce genre, nous nous déciderons sans hésiter à mettre à exécution le procédé le plus ordinaire, c'est-à-dire à faire l'ablation totale du tubercule osseux.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

§ I. — Kératotome destiné à faciliter l'opération de la cataracte par extraction.

Voici d'abord d'après quel ordre d'idées ce nouvel instrument a été conçu, exécuté et utilisé :

Le couteau à large lame a un avantage réel, celui de faciliter, par sa seule progression dans la chambre antérieure, la section complète de la cornée. Mais par cela seul qu'elle est très large, la lame du kératotome, au plus léger mouvement de rotation imprimé à son manche, subit une déviation très prononcée, et d'autant plus fâcheuse qu'il en résulte une plus ou moins grande irrégularité dans la section de la cornée.

Le couteau à lame étroite offre la facilité de pouvoir pratiquer rapidement la contre-ponction de la cornée, ce qui rend l'opérateur tout à fait maître de l'œil. On peut même, avec un pareil instrument, ouvrir en passant, et à l'instar de Wenzel, la capsule antérieure du cristallin. Mais le peu de largeur de la lame ne permet guère d'achever la section de la cornée par la seule impulsion donnée à l'instrument; il faut ou faire des efforts insolites, ou achever avec des ciseaux la section de l'espèce de pont intermédiaire à la ponction et à la contre-ponction; ce qui est toujours un prolongement fâcheux de l'opération.

Or, je me suis demandé s'il ne serait pas possible de trouver un kératotome offrant réunis tous les avantages du couteau à large lame et du couteau à lame étroite, sans avoir les inconvénients propres à chacun d'eux.

Dès lors l'idée m'est venue de faire exécuter un kératotome bilamellaire, c'est-à-dire formé de deux lames disposées de telle sorte que toutes deux concourent à la section de la cornée en temps utile et en lieu propice.

En effet, il suffit de faire glisser avec précision notre kératotome parallèlement à l'iris pour exécuter selon les règles la section de la cornée, car les deux temps de l'opération qui sont représentés par l'action successive des deux lames se confondent pour ainsi dire en un seul, et la facilité comme la sûreté des manœuvres opératoires nous ont paru beaucoup plus grandes.

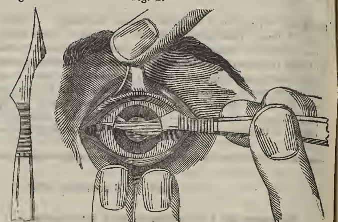


Figure 1. — Kératotome bilamellaire pouvant servir à tous les procédés d'extraction. Le dos de la première lame est tranchant et se continue avec le tranchant de la seconde lame; par contre, le tranchant ordinaire de la première lame est mousse dans sa moitié postérieure, comme le dos de la seconde. Il résulte de cette disposition qu'en pénétrant dans l'œil le dos de la première lame s'élève de plus en plus en coupant la cornée parallèlement à sa circonférence, de telle sorte que la deuxième lame n'arrive dans la chambre antérieure que pour achever la section de l'espèce de pont cornéal qui persiste encore.

Cet instrument a été fabriqué par M. Lüer.

Figure 2. — Dans la kératotomie supérieure, l'instrument traverse la cornée au niveau de son diamètre transversal, le dos de la première lame ainsi que le tranchant de la seconde regardant en haut; ce mouvement doit être assez rapide pour que la contre-ponction précède l'issue de l'humeur aqueuse. L'œil étant fixé et l'iris maintenu en arrière par la première lame, il suffit d'une impulsion continue imprimée à l'instrument pour terminer la section du lambeau à l'aide de la seconde lame.

On voit que l'extraction exécutée avec ce couteau à double lame reste, en définitive, la même que la kératotomie ordinaire : elle est seulement plus simple, plus sûre et plus rapide.

En effet, quel est dans la kératotomie le temps le plus délicat de l'opération?

N'est-ce pas celui où l'extrémité de l'instrument doit, traversant de part en part la chambre antérieure, cheminer à peu de distance de l'iris sans toucher cette membrane?

Avec notre couteau, la rencontre de l'iris est presque impossible; car non-seulement l'humeur aqueuse est conservée, mais la ténuité même de la lame du kératotome permet à l'opérateur de pratiquer très rapidement la contre-ponction, circonstance très propre à éviter l'iris.

Plus tard, lorsque la seconde lame va achever la section périphérique de la cornée, non-seulement l'œil est déjà fixé et tenu immobile par l'instrument, mais l'iris lui-même se trouve maintenu dans sa position verticale par la lame du kératotome qui passe devant lui.

La section de la cornée étant faite, l'opérateur peut remplacer le kystitome destiné à ouvrir la capsule antérieure par notre kérato-

---

L'art de formuler, par M. Deschamps (d'Avallon).

Lorsque le praticien est appelé auprès d'un malade, il ne lui suffit pas de reconnaître la maladie, de savoir quel est le remède qu'il convient d'administrer pour la combattre, il lui faut prescrire ce remède. Il n'est pas rare qu'il éprouve un véritable embarras quand il s'agit de formuler la potion, le liniment, etc., qui doivent contribuer à soulager son malade; il ne possède en effet que d'une manière superficielle les connaissances nécessaires à l'art de formuler, telles que la chimie, l'histoire naturelle médicale, etc. Il ne pourrait en être autrement. Ces sciences, en effet, malgré leur importance, malgré l'attrait qu'elles présentent, ne peuvent pas être étudiées par l'élève en médecine aussi complétement qu'il le voudrait, car les instants qu'il pourrait leur consacrer seraient dérobés aux études plus importantes encore de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie, etc. Le temps qu'il doit passer à Paris est bien court; il est obligé de négliger deux sciences qui ont certainement leur importance, pour se livrer à l'étude de connaissances qui sont indispensables.

Exposer dans un ouvrage portatif les principes de l'*art de formuler* était un véritable service à rendre aux praticiens, était une lacune à combler dans l'ensemble des études médicales.

Cette lacune a été très heureusement comblée par M. Deschamps (d'Avallon). Grâce à cette publication, bien des études et par conséquent bien des peines seront épargnées aux jeunes médecins, qui trouveront là tous les principes qu'ils doivent posséder pour savoir justement associer plusieurs médicaments simples afin d'en composer de plus efficaces. Ils ne seront plus exposés à réunir dans leurs prescriptions des substances incompatibles qui se détruisent ou qui donnent lieu à de nouveaux composés n'ayant en aucune façon la manière d'agir qu'ils en espéraient.

L'*Art de formuler* a essentiellement pour but d'habituer les médecins à composer des formules rationnelles desquelles ils ne devront attendre que des effets certains, et l'ouvrage de M. Deschamps est à coup sûr une œuvre fort importante que les médecins et les pharmaciens ne manqueront pas d'apprécier comme elle le mérite.

L'ouvrage de M. Deschamps est divisé en trois parties : la première est spécialement consacrée aux principes de pharmacie devant servir de base à l'art de formuler; on y trouve une savante exposition des nomenclatures proposées pour les médicaments; les moyens à l'aide desquels on peut d'une manière certaine doser, conserver et préparer les produits pharmaceutiques; cette partie, qui s'adresse principalement aux pharmaciens, devient indispensable aux praticiens qui exercent dans les petites communes privées d'officines, et qui par cela même se trouvent dans l'obligation de préparer eux-mêmes leurs médicaments, d'exécuter les formules souvent très compliquées et de suppléer par leur savoir aux produits qui peuvent leur manquer. Cette première partie renferme plusieurs tableaux, entre autres une table fort bien faite sur laquelle nous appelons l'attention du praticien; il y trouvera, en effet, toutes les indications dont il pourra avoir besoin lorsqu'il voudra prescrire des tisanes, à savoir : la quantité de substance qu'il convient d'employer pour une quantité d'eau déterminée; sur une autre colonne est indiqué le mode de préparation le plus convenable. Nous signalerons encore un autre tableau extrêmement important dans lequel on trouve indiquée la quantité exacte de substance active contenue dans une cuillère ou 20 grammes de toutes les espèces de sirop médicamenteux.

La seconde partie est composée de tables qui seront du plus grand secours aux médecins en ce qu'elles renferment tous les agents thérapeutiques employés, ainsi que leurs propriétés, les doses auxquelles on les emploie et les observations importantes qui les concernent. On trouve à leur suite une autre table des médicaments les plus usités ou dont la nature est le mieux connue, ayant en regard les substances qui leur sont incompatibles, c'est-à-dire celles que l'on ne doit pas employer simultanément avec eux.

Enfin, la troisième partie comprend les principes de l'art de formuler et les règles qui peuvent servir à corriger toutes les formules qui n'ont pas été dosées convenablement, et l'auteur insiste avec beaucoup de raison sur l'utilité de doser exactement les médicaments.

On peut voir par cet exposé rapide combien de documents précieux renferme l'ouvrage de M. Deschamps. Ce travail se recommande encore par la méthode et la clarté qui s'y rencontrent, et nous croyons pouvoir affirmer que M. Deschamps sera récompensé de ses peines par le succès, et que son œuvre trouvera place dans toutes les bibliothèques des praticiens.

Dr A. Jamain.

tome resté entre ses mains : il lui suffit d'introduire cet instrument par le talon mousse de la première lame dans la chambre antérieure et jusqu'à pénétration suffisante ; alors il ramène à lui le manche du kératotome, et quand son extrémité est en regard de la pupille, il pratique, d'après les règles ordinaires, l'ouverture de la capsule antérieure du cristallin.

§ II. — Pupille artificielle pratiquée dans des circonstances insolites ; pourquoi ?

L'opération de la pupille artificielle est une de celles que l'on peut pratiquer dans des circonstances très variées et pour remédier à des affections bien différentes.

Le but qu'elle permet d'atteindre est néanmoins le même dans tous les cas, c'est de livrer un libre passage aux rayons lumineux jusqu'au fond de l'œil.

Mais si le succès dépend tout d'abord de la plus ou moins grande régularité de la perte de substance faite à l'iris, d'autres causes étrangères à l'opération elle-même peuvent la faire échouer, en ce sens que le malade ne voit pas mieux après qu'avant son exécution.

Les deux principales causes d'insuccès après l'opération de la cataracte la mieux exécutée sont soit l'existence d'un obstacle dans le nouveau champ pupillaire, soit un affaiblissement plus ou moins grand survenu dans les fonctions de la rétine.

Ni l'une, ni l'autre ne peuvent être prévues à l'avance d'une manière certaine. Elles n'ont pas, toutefois, la même gravité sous le rapport du résultat définitif; car on peut attaquer par une seconde opération l'obstacle qui s'oppose au passage des rayons lumineux, tandis qu'il est bien rare de voir cesser l'atonie rétinienne dont nous avons parlé.

Je dis qu'il n'est pas toujours possible de savoir au juste quel est l'état fonctionnel de la rétine avant l'opération que l'on va pratiquer. En effet, que le malade soit atteint d'amaurose incomplète ou que sa rétine soit intacte, il ne peut, dans l'un comme dans l'autre cas, que percevoir la lumière et distinguer l'ombre des objets. Ce n'est, par conséquent, que par l'ensemble des données générales recueillies sur l'état morbide que l'on peut asseoir son opinion. Or, cette manière de faire expose nécessairement à beaucoup de mécomptes.

Je pense, par conséquent, que dans le doute et lorsque l'opération de la pupille artificielle est la dernière ressource qui reste au malade pour recouvrer la vue, cette tentative devient rationnelle et reste suffisamment indiquée.

En effet, le malade n'a rien à perdre, puisque la vision est abolie, et l'opération est des plus inoffensives, surtout s'il existe une affection amaurotique, car alors la réaction est toujours à peu près nulle.

C'est ce qui est arrivé chez un malade que nous venons d'opérer à notre dispensaire et dont voici en quelques mots l'histoire.

Obs. — M. Franck, âgé de cinquante et un ans, se présente à notre consultation publique le 16 octobre 1854. Sa maladie a débuté par l'œil droit il y a cinq ans. Depuis six mois seulement l'œil gauche a été atteint à son tour de la même façon que son congénère.

L'œil droit, sans douleurs oculaires ou circumorbitaires, a perdu assez rapidement la faculté de voir. Il y eut de l'hémiopie horizontale inférieure d'abord, puis supérieure : c'est-à-dire que le malade ne pouvait distinguer au début que la moitié supérieure des objets, tandis que plus tard il ne distinguait plus que leur moitié inférieure. Enfin toute perception, même partielle, finit par disparaître en quelques mois. Pensant qu'il s'agissait dans l'espèce d'un épanchement sus ou sous-choroïdien, M. Desmarres fit à deux reprises différentes la ponction par la sclérotique. Il ne survint aucune amélioration sensible dans l'état de la vision après ces opérations, pratiquées il y a cinq ans et à trois mois seulement d'intervalle.

Voici quel est actuellement (20 octobre 1854) l'état du malade :

L'œil gauche est affecté d'une amaurose paralytique très avancée ; aucun désordre organique appréciable n'existe d'ailleurs de ce côté.

L'œil droit est diminué de volume, légèrement atrophié, en un mot. Le toucher n'accuse pas, néanmoins, une diffluence bien prononcée de l'humeur vitrée. La pupille est rétrécie, irrégulière, obstruée en partie par une fausse membrane, en partie par de la substance pigmenteuse abandonnée par l'iris sur la capsule antérieure du cristallin. Abstraction faite de l'état de la rétine, il nous paraît évident qu'il existe dans le champ pupillaire un obstacle au passage des rayons lumineux suffisant pour empêcher la perception des objets. Et, en effet, le malade ne distingue que l'ombre des corps qu'on lui présente, sans pouvoir distinguer ni leurs formes, ni leurs couleurs.

L'opération de la pupille artificielle fut pratiquée le 23 octobre par excision, avec ma pince-crochet ; elle fut réellement des plus simples et des plus belles en tant qu'opération. La nouvelle pupille est elliptique; elle s'étend du bord pupillaire externe jusqu'à peu de distance du cercle ciliaire. Elle s'est spontanément agrandie dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération. Le fond de l'œil présente les caractères normaux, circonstance que chacun pourra apprécier à son point de vue particulier.

Quoi qu'il en soit, il n'est survenu aucune réaction inflammatoire, et le quatrième jour le malade pouvait être considéré comme tout à fait guéri des suites de son opération.

L'œil droit est meilleur qu'avant l'opération; la lumière est plus vivement perçue; la couleur des objets, leurs formes mêmes sont distinguées assez nettement; mais ce n'est pas là assurément une vision complète.

Le malade va, en conséquence, être soumis pour les deux yeux au traitement par l'électricité, dans le but de combattre l'état demi-paralytique des rétines.

INDURATION CONSIDÉRABLE DES GLANDES SOUS-MAXILLAIRES ET SOUS-LINGUALES,

guérie par une pommade d'oxyde noir de cuivre.

Les préparations de cuivre sont rarement employées en France ; il n'en est pas de même en Allemagne, ainsi qu'on a pu le voir par la mention que nous avons faite de plusieurs formules tirées des journaux publiés dans cette contrée. En voici une nouvelle, que nous croyons devoir mettre sous les yeux des praticiens avec les circonstances dans lesquelles elle a été prescrite.

Dans le courant de janvier 1854 se présente au docteur Pondman un homme présentant une tuméfaction considérable des glandes sous-maxillaires et sous-linguales ; l'examen fit reconnaître que ces glandes étaient passées à un état complet d'induration.

Le malade raconta qu'il y a plus de deux ans il avait été atteint à plusieurs reprises d'une inflammation de la langue, après la guérison de laquelle les glandes voisines étaient restées le siége d'un engorgement. N'éprouvant d'abord aucune incommodité, il n'avait songé à réclamer aucun soin médical ; mais plus tard, ces glandes ayant pris un développement plus considérable et ayant rendu la déglutition pénible, il s'était adressé à un chirurgien qui lui avait prescrit l'onguent mercuriel en frictions sur la tumeur deux fois par jour. Il y avait deux mois que le malade suivait ce traitement sans amélioration, et comme de temps en temps il éprouvait des douleurs lancinantes dans la tumeur, il devint inquiet et alla trouver le docteur Pondman, qui lui prescrivit la pommade d'iodure de potassium et l'usage interne de divers résolutifs. Ce traitement ayant été continué pendant trois semaines sans le moindre résultat avantageux, le médecin voulut essayer la pommade cuivreuse du professeur Hoppe (de Bâle), et il prescrivit :

Oxyde noir de cuivre.	4 grammes.
Axonge.	30 —

Mêlez exactement pour frictionner deux fois par jour les glandes indurées.

Au bout d'une semaine, la tumeur était non-seulement plus molle, mais elle avait aussi notablement diminué de volume, et six semaines plus tard, bien que la pommade ne fût encore usée qu'aux deux tiers, la résolution des glandes était complète.

Nous regrettons que le premier praticien n'ait pas songé à joindre l'action d'un vésicatoire volant aux frictions mercurielles; la puissance résolutive de la pommade cuivreuse eût été mise ainsi hors de toute contestation. (*Geneeskunge courant* et *B. de thér.*)

CAS DE REIN UNIQUE CHEZ L'HOMME.

Par M. E. Labé, interne des hôpitaux.

En faisant l'autopsie d'un vieillard mort à l'hospice de Bicêtre, M. Labé s'aperçut que le rein gauche manquait sur ce sujet. Le rein droit était plus volumineux qu'il n'est ordinairement. Il n'y avait ni artère ni veine rénale du côté gauche. La vessie ne présentait aucune trace d'orifice d'un uretère gauche; cet uretère manque complétement.

M. Labé met sous les yeux de la Société le rein droit avec ses vaisseaux, l'aorte et la veine cave, depuis le diaphragme jusqu'à l'origine des vaisseaux iliaques, la vessie et l'uretère droit. C'est en vain qu'il a cherché à découvrir le rein gauche, en décollant le péritoine jusqu'à la concavité du diaphragme. Le rein droit occupait sa position normale; son artère était longue de 6 à 7 centimètres, la veine de 5 à 6 centimètres. L'uretère droit est unique et ne se bifurque nulle part. Une injection faite par le bassinet du rein droit pénètre dans la vessie, mais elle ne fait issue dans aucun point sur le trajet de l'uretère. (*Société de biologie.*)

HYGIÈNE. — ÉCONOMIE DOMESTIQUE.

Une question d'un bien vif intérêt a été soulevée dans ces derniers temps par la presse politique. La pénurie du vin et du cidre faisait entrevoir une privation très pénible pour les classes laborieuses. On fit donc un appel aux hommes de science; cet appel a été entendu, car voici déjà que les journaux de médecine et de pharmacie contiennent des formules de boissons économiques. Nous croyons qu'il est de notre devoir de donner de la publicité à ces moyens offerts à la classe peu aisée de remplacer le vin et le cidre, dont les prix sont déjà si élevés.

M. Barruel a publié dans le *Journal de chimie médicale* le procédé suivant :

Eau.	100 litres.
Vinaigre d'Orléans.	1/2 litre.
Vergeoise.	4 kilogr. 500 grammes.
Fleurs de violette.	60 grammes.
Fleurs de sureau.	40 —
Fleurs de houblon.	60 —
Levure de bière.	12 —

On fait bouillir 20 litres d'eau pris sur les 100 litres, on ajoute dans l'eau bouillante les fleurs; on laisse bouillir le tout pendant cinq minutes; au bout de ce temps on retire du feu, on passe l'infusion à travers un linge, on verse dans le tonneau, on y ajoute le sucre, on agite avec un bâton, on verse l'eau formant les 100 litres, on ajoute le vinaigre, on divise avec la main la levure de bière dans le tonneau; après, l'on agite fortement et on le bouche.

On laisse reposer pendant quatre jours; on met en bouteilles.

Cette boisson revient à 7 centimes le litre.

De son côté, M. Duvivier (de Chartres) a étudié cette question, et voici la solution qu'il a donnée au problème qu'il s'était posé :

Eau.	240 litres.
Alcool 3/6.	5 à 6 litres.
Tartre brut, rouge.	250 grammes.
Mûres de haies et prunelles, ou bien encore la variété de prunes de petit Damas noir, dite de *domino*. . . .	6 à 8 kilogr.

On fait dissoudre le tartre rouge dans 2 litres d'eau bouillante, et on verse la solution trouble dans un tonneau où on aura mis d'abord les mûres et les prunelles, ou les prunes de *domino*. On verse sur ces fruits trois chaudronnées d'eau bouillante, et l'on remue avec un bâton fendu. Ce mélange sera abandonné au repos pendant cinq jours. Au bout de ce temps on ajoute l'alcool, on remplit le tonneau avec de l'eau et on le bouche avec la bonde.

Il est bon de laisser éclaircir le liquide avant d'en tirer. On peut le mettre en bouteilles.

Une pièce de cette boisson revient de 19 à 24 francs au plus.

Déjà un grand nombre de personnes dans le département d'Eure-et-Loir se disposent à faire de la boisson de Beauce; elles n'attendent que la maturation des fruits du *rubus fructicosus*.

Il n'y a pas moyen, ajoute M. Duvivier, de faire du vin de chiendent par le procédé indiqué par M. Hoffmann pour obtenir l'alcool de chiendent.

L'expérience qu'il a faite est très intéressante; mais ce n'est pas petite besogne que de récolter, d'éplucher, de laver, de couper et de faire bouillir au moins 100 kilogrammes de chiendent pour n'avoir qu'une seule pièce de vin peu alcoolique. Il y a là de quoi faire pâlir les plus âpres au travail.

Enfin M. Bounotte, professeur d'économie rurale, a proposé un procédé des plus simples, et qui entraîne peu de dépenses. Voici en quoi il consiste :

A l'époque de la récolte des glands (fruits de chêne), on devra choisir les meilleurs, c'est-à-dire ceux qui sont pesants à la main, et dont la coque est brune et luisante; les premiers tombés, qui ordinairement sont piqués par les insectes, seront abandonnés.

Cinq boisseaux suffiront pour un tonneau de 320 litres environ. Après les avoir bien lavés et nettoyés de tous les corps étrangers, les glands seront déposés dans un cuvier ou tout autre vase en bois dans lequel on versera une quantité d'eau suffisante pour qu'ils y baignent complétement. Cette immersion durera trois semaines environ; l'eau sera renouvelée tous les trois ou quatre jours.

Ensuite, après les avoir rincés à l'eau propre, on jette les fruits dans le tonneau, qui sera rempli d'eau à moitié, et où ils baigneront facilement.

On y ajoutera alors un boisseau d'orge, qu'on aura fait préalablement bouillir pendant quelques minutes seulement, sur un feu vif et sans fumée, dans un chaudron où la matière surnagera. Le tout sera jeté dans le tonneau, en y ajoutant quelques poignées de fruits secs ou de fleurs de houblon; on y mettra tous les jours un seau d'eau jusqu'à ce que la futaille soit pleine, et enfin on en couvrira simplement la bonde, sans la fermer hermétiquement.

Bientôt la liqueur fermente avec ébullition. Dès qu'elle est apaisée on peut en boire, mais toujours ayant soin de remplir le tonneau à mesure qu'on en tire la boisson.

Par ce moyen, on est certain que ces eaux de glands peuvent durer douze ou quinze mois sans aucune diminution marquée dans leurs propriétés.

On peut laisser à cette boisson la couleur naturelle qui ressemble à la bière, ou lui donner une teinte de vin par l'innocente addition d'un chapelet temporaire de tranches de betteraves desséchées au four.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 octobre 1854. — Présidence de M. Combes.

Mémoire sur un bruit nouveau perceptible par l'auscultation des cavernes en voie de guérison chez les phthisiques soumis à l'administration de l'hélicine. — M. le docteur E. de Lamare lit sur ce sujet un mémoire dont l'extrait suivant donnera une idée suffisante.

En poursuivant mes observations sur la guérison de la phthisie pulmonaire par l'hélicine, substance dont j'ai fait connaître l'emploi et la préparation dans un premier mémoire, j'ai été conduit, dit l'auteur, à observer un nouveau bruit en auscultant les phthisiques soumis à l'influence curative de cette substance. Au nombre des phénomènes remarquables qui se passent alors, on peut noter une diminution des neuf dixièmes environ (évaluation donnée par les malades eux-mêmes) de la quantité de la matière expectorée, ce qui correspond en même temps à une diminution graduelle de la toux, et successivement de tous les symptômes morbides. Or, suivant le principe de physique que l'on peut établir, savoir, que pour que du gargouillement ou tout phénomène analogue se produise dans une cavité il faut que deux éléments se trouvent en présence dans son intérieur, c'est-à-dire de l'air et du liquide; ce liquide étant modifié considérablement dans sa quantité; le bruit que l'on perçoit par l'auscultation peut se trouver modifié lui-même. On obtient alors un bruit qui n'a point encore été observé, et que je nommerai *bruit de décollement*, parce qu'on ne saurait mieux le comparer qu'au décollement de deux surfaces rapprochées par une substance gluante. Ce bruit résulte notamment de ce que les parois des cavernes tendant perpétuellement à se rapprocher sous l'influence de l'action curative de l'hélicine, elles s'écartent ensuite plus ou moins dans les mouvements étendus de la poitrine ou de l'inspiration. Il est à remarquer que toutes les cavités fistuleuses accidentelles et autres qui résultent d'un état morbide tendent à s'oblité-

rer, à se fermer, à se guérir, en un mot, quand on vient à tarir la source de la matière qui y séjourne ou les traverse. C'est précisément ce résultat que j'ai obtenu.

J'ai d'ailleurs fait une expérience très simple à l'aide de laquelle on peut reproduire artificiellement ce bruit de décollement comme il se passe dans les cavernes des phthisiques. J'ai pris une vessie membraneuse ovoïde de grandeur convenable, je l'al mouillée intérieurement et extérieurement, j'y ai introduit une médiocre quantité d'air et une petite quantité d'une matière grasse et poisseuse, à laquelle j'ai donné autant que possible la densité et les qualités physiques de la matière sécrétée par la membrane pyogénique des cavernes; et en écartant l'une de l'autre les parois de cette vessie préalablement réunies dans une partie de leur étendue, j'ai obtenu le bruit de décollement absolument identique à celui que j'avais entendu par l'auscultation.

Ce n'est pas seulement en tarissant la sécrétion de cette matière muqueuse, mais aussi en agissant comme modificateur des tissus, que l'hélicine, qui d'ailleurs est d'uue administration simple et facile, amène la guérison de la phthisie pulmonaire, puisqu'on voit se rétablir graduellement la respiration franche et normale dans les points où précédemment on avait entendu de la bronchopbonie, de la respiration broncbique, de l'expiration prolongée, etc., tous les signes enfin qui dénotent la présence des tubercules.

Je dois ajouter que l'hélicine, qui est une substance salubre, organique et facilement assimilable, n'offre aucun des dangers que présentent les préparations d'iode et de fer, dont l'usage devient si pernicieux toutes les fois que la poitrine est compromise.

De l'influence des opérations sur le système nerveux, et du retentissement de la douleur sur l'organisme. — M. Jobert (de Lamballe) lit sous ce titre un mémoire dont nous résumons les principaux points.

Les opérations exercent en général, qu'elles soient légères ou graves, une influence immédiate sur les organes, et en particulier sur le système nerveux. Il y a là pour le chirurgien et le physiologiste un champ d'étude aussi curieux que négligé et difficile à explorer. Les opérations provoquent dans le système nerveux des perturbations qui dépendent de l'insuffisance de la quantité du sang (anémie) ou de l'ébranlement de l'appareil nerveux. Les accidents se traduisent dans ce dernier cas par des symptômes qui dénotent un défaut d'équilibre entre les nerfs et les organes qu'ils régissent (fièvre nerveuse traumatique). L'anémie causée par les pertes de sang peut être passagère ou durable; elle plonge tout d'abord les organes dans une sorte d'inertie, dans un état où la syncope s'explique par défaut d'impulsion suffisante des battements du cœur. La fièvre nerveuse est une complication fréquente après les opérations, que l'on doit d'autant plus redouter que le sujet est plus excitable; elle est provoquée par l'ébranlement du système nerveux, quelle que soit d'ailleurs la cause qui lui a donné naissance. La fièvre nerveuse constitue une complication grave, et qui, cbez quelques sujets, m'a paru aussi dangereuse que le *delirium tremens*.

Bien qu'il soit impossible de connaître la nature de la douleur, on peut dire que c'est une modification fonctionnelle qui se produit sous l'influence d'une action locale qui retentit sur l'appareil cérébro-spinal. L'influence qu'elle exerce sur l'organisme n'est pas toujours la même. Tantôt elle ne donne lieu qu'à une altération fonctionnelle, tantôt il en résulte une véritable altération matérielle de l'appareil nerveux. Elle part de l'organe lésé, et suit les branches des nerfs sous forme de vibrations, d'engourdissement, de gêne, d'élancements. Elle peut être bornée à une petite surface, ou être diffuse.

L'influence de la douleur varie suivant le point de départ, l'état organique de la région, son degré d'intensité, de continuité ou d'intermittence. La douleur enlève le calme et le sommeil; le malade pousse des cris, les idées perdent de leur netteté, et il survient du délire qui peut durer jusqu'à la mort.

Un autre fait incontestable, c'est que les opérations qui déterminent de grandes secousses peuvent produire des lésions matérielles dans la substance nerveuse, l'estomac et les intestins, qui plus ou moins lentement se désorganisent. Les altérations de ces deux derniers organes ont été regardées par J. Hunter et Karsvel comme cadavériques et le résultat de la dissolution de l'organe par le suc gastrique. Mais comment expliquer les ramollissements du cerveau survenus sous l'influence de la douleur?

Les douleurs violentes qui réagissent sur les renflements nerveux épuisent, arrêtent leurs fonctions d'autant plus promptement que leur point de départ est plus voisin de la source de toute sensibilité. C'est ainsi que l'on doit se rendre compte de la mort qui survient à la suite de brûlures étendues, des péritonites diffuses, d'étranglements internes et de certaines opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires.

La douleur, continue, circonscrite et faible, ne retentit pas sérieusement sur les organes placés loin de son point de départ. Elle est sourde et fugace, et n'ébranle pas l'ensemble de la macbine bumaine; il n'en est cependant pas de même lorsqu'elle est accompagnée d'inflammation.

Bien que, toutes cboses égales d'ailleurs, la gravité de la douleur augmente en raison de la profondeur et de l'étendue de son siége, et que les effets soient d'autant plus à craindre qu'elle part d'un point situé plus près des centres nerveux, cependant nous posons en fait que toute douleur continue et violente peut devenir la source d'accidents redoutables.

(M. Jobert donne ici l'analyse de quelques observations qui sont de nature à confirmer les propositions précédentes.)

Ce que je viens de dire, ajoute M. Jobert, fait ressortir de la manière la plus évidente la nécessité de diminuer ou d'abolir la douleur, afin d'éviter ses effets funestes, rapides ou lents, sur le système nerveux.

Jusqu'à nos jours on s'était borné à faire usage de remèdes dont l'action incertaine n'offrait que peu de ressources. Cependant cette nécessité de diminuer la sensibilité n'avait pas échappé aux médecins. C'est ainsi que dans sa *Médecine opératoire* M. Velpeau fait connaître les circonstances où les chirurgiens d'une autre époque pensaient qu'il devenait indispensable d'atténuer l'intensité de la douleur; ils conseillaient, pour arriver à ce but, de précipiter l'opération, de faire usage de l'éther, des opiacés, des réfrigérants pour prévenir l'épuisement nerveux.

Ces moyens imparfaits ont heureusement été remplacés par les anesthésiques, qui diminuent la sensibilité presque à volonté, sans éthériser le nœud vital ou la moelle allongée.

Les découvertes et les rigoureuses et importantes expériences de M. Flourens permettent de fixer notre opinion sur l'administration du chloroforme, et d'établir que son action ne doit jamais dépasser l'éthérisation des lobes cérébraux et l'insensibilité tégumentaire. Toutefois la prudence doit présider à son administration; et c'est avec raison que M. Ancelon, dans sa communication à l'Académie des sciences dans la séance du 9 octobre 1854, a donné le conseil sage d'administrer le chloroforme en petite quantité et à jeun; trois ou quatre gouttes souvent lui ont paru suffire pour produire l'anesthésie chez les personnes dont la digestion et l'absorption sont actives.

L'expérience m'a appris combien le chloroforme est utile, non-seulement pour modérer et éteindre la douleur, mais encore pour prévenir la fièvre nerveuse, le *delirium tremens*, un trouble indéfinissable et l'affaissement de l'organisme qui résulte de l'épuisement par la douleur. L'observation m'a même enseigné que le traumatisme était moins sérieux, que la température locale était modérée, que la réunion des plaies se faisait sans entraves, le sang ne perdant par l'emploi du chloroforme ni de sa plasticité, ni de sa vitalité.

Efficacité des mesures préventives et prophylactiques pour prévenir la manifestation des périodes successives du choléra, en l'attaquant dans ses prodromes. — M. de Pietra Santa présente sous ce titre un mémoire dont nous avons déjà publié une analyse. (*Voir* le numéro du 26 octobre dernier.)

Prophylaxie et traitement abortif de la fièvre typhoïde et du choléra-morbus. — M. Debeney présente un mémoire sur ce sujet.

Projet d'un nouveau moyen de diagnose. — M. Costa Saya, professeur adjoint de pbysique à l'Université de Messine, soumet sous ce titre au jugement de l'Académie un mémoire écrit en italien.

Le paragrapbe suivant extrait de ce mémoire donne une idée du but que s'est proposé l'auteur:

« En étudiant au moyen des procédés de thermochrôse dus à l'illustre Melloni les effluves calorifiques des animaux, et spécialement ceux de l'homme à l'état de santé et à l'état de maladie, on doit arriver à constituer un moyen de diagnostic comparable pour l'importance à ceux que fournissent l'auscultation, la percussion, etc., moyen applicable non-seulement à la médecine, mais encore à l'hygiène, à la physiologie, etc., etc. » (Commissaires : MM. Becquerel, Rayer.)

Théorie de la vision. — M. Verstraet Yserbyt adresse de Bruges deux nouvelles notes relatives à une question qu'il a traitée dans de précédentes communications à la manière dont il suppose que s'opère la vision. Son opinion, qui a été déjà soutenue par des bommes célèbres, est celle-ci : que nous acquérons par la vue la connaissance des corps non par des rayons lumineux qui, partant de ces corps, arriveraient à notre œil, mais par des rayons lancés par l'œil vers ces corps. (Commissaires : MM. Magendie, Serres et de Senarmont.)

De la longévité humaine et de la quantité de vie sur le globe. — M. Flourens fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre.

En présentant ce livre, M. Flourens s'exprime ainsi :

« Je touche dans ce livre à quelques-uns des points les plus importants de l'étude et, si je puis ainsi parler, de la théorie de la vie.

» Tous les siècles ont étudié la vie. Le nôtre commence à l'étudier sous ses grands aspects.

» La question de la quantité de vie toujours diversement représentée et également maintenue, celle de l'apparition de la vie sur le globe, celle de la fixité des espèces, celle des espèces anéanties et perdues sont des questions toutes nouvelles.

» A côté de ces questions nouvelles, j'en ai placé quelques autres fort anciennes, mais que je crois avoir rajeunies : celle de la longévité humaine, celle de la formation de la vie, celle de la vieillesse.

» J'ai rajeuni la question de la longévité humaine en donnant un signe certain du terme de l'accroissement et par suite une mesure précise de la durée de la vie.

» A l'étude de la formation de la vie (problème qui nous passe), j'ai snbstitué l'étude de la continuité de la vie.

» Quant à la vieillesse, je lui ouvre du côté physique de grandes espérances : un siècle de vie normale et jusqu'à deux siècles de vie extrême, et du côté moral une perspective qui n'est pas moins belle. Que d'beureux exemples des facultés les plus délicates et les plus nobles sans cesse perfectionnées : Fontenelle, Voltaire, Buffon, Bossuet!

» Mais, me dira-t-on peut-être, ce que vous nous citez là ce sont des exceptions. Point du tout, ce ne sont pas des exceptions, ce sont des révélations. Ce qui est ici l'exception, c'est le talent, ce grand révélateur des forces secrètes et des trésors cachés de l'esprit humain. »

— M. Maisonneuve prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats pour la place vacante dans la section de médecine et chirurgie par suite du décès de M. Lallemand. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

— M. Maurice Richard, en qualité d'exécuteur testamentaire de feu M. Lallemand, transmet un extrait du testament et du codicille par lequel le savant médecin a légué à l'Académie une somme de 50,000 francs, dont les intérêts seront employés à récompenser ou à encourager des travaux relatifs au système nerveux. (Renvoi à la commission administrative.)

Surdité nerveuse. — M. Triquet adresse les conclusions d'un travail sur la surdité nerveuse qu'il se propose de présenter plus tard à l'Académie dans son entier. Il s'attache à faire voir que cette dénomination de *surdité nerveuse* n'a pas été comprise par tous les auteurs de la même manière, et que ceux qui en ont donné une définition convenable se sont plutôt appliqués à en étudier les symptômes qu'à rechercher les différentes altérations organiques dont la cophose est le résultat. « L'anatomie pathologique de l'appareil auditif, trop négligée jusqu'à ce jour, doit être, dit l'auteur, l'objet d'une étude approfondie. C'est seulement en suivant cette voie qu'on peut faire avancer la science. Conformément à cette idée, j'ai fait une étude minutieuse des causes, et je les ai appuyées sur des faits concluants. Je me suis attaché à perfectionner le diagnostic, tout en reconnaissant combien il reste encore à faire à cet égard. Enfin, j'ai prouvé par la comparaison de trois séries d'observations empruntées à Itard, à W. Kramer, à ma pratique, à celle des bôpitaux, que ce n'était plus à un seul moyen de traitement (l'éther) qu'il fallait recourir, mais à des injections médicamenteuses destinées à combattre les lésions de l'oreille moyenne qui sont la cause la plus fréquente de la surdité appelée nerveuse. »

Sangsue médicinale. — M. Bouniceau adresse une nouvelle note relative à ses recherches sur l'âge auquel peut se reproduire la *sangsue médicinale*, et sur les applications qu'on peut faire des résultats obtenus de l'étude des mœurs de cette birudinée, pour arriver à obtenir en France une production correspondante aux besoins de la thérapeutique. M. Bouniceau avait espéré pouvoir mettre la commission à portée de répéter les observations consignées dans ses précédentes notes; mais ayant reconnu que les pièces les plus intéressantes seraient détériorées par le transport, il se borne à prier l'Académie de vouloir bien se faire faire le plus promptement possible un rapport sur l'ensemble de ses communications.

M. de Quatrefages, l'un des membres de la commission, fait observer que la question de l'étude des sangsues est en ce moment même, et de la part de plusieurs personnes, l'objet de sérieuses études, et qu'avant de faire un rapport sur ce sujet, il serait bon d'attendre le résultat des expériences et des essais qui ont été tentés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'article 12 de l'ordonnance du 13 octobre 1840 fixe à 35 fr. les droits d'inscriptions trimestrielles qui doivent être acquittés par chaque élève en médecine dans les écoles préparatoires, et l'ordonnance du 13 mars 1842, en laissant aux conseils municipaux le soin de régler annuellement le prix des inscriptions des élèves en pharmacie, ajoute que le taux de 35 fr. ne pourra jamais être dépassé.

Il résulte de cette double disposition que les élèves de ces écoles qui voudraient, en vertu du décret du 22 août 1854, faire compter leur temps d'études dans une faculté de médecine ou dans une école supérieure de pharmacie payeraient le prix de l'inscription plus cher que les étudiants de ces facultés ou de ces écoles supérieures. Le décret du 22 août exige, en effet, un droit de 5 francs par chaque inscription d'école préparatoire dont l'élève demande la conversion, et il pourrait arriver que l'inscription qui coûte uniformément 30 fr. dans les facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie revînt au prix de 40 fr. à celui qui l'aurait déjà payée 35 francs dans l'école préparatoire.

Le décret impérial suivant, en date du 28 octobre 1854, tranche la question; il s'exprime ainsi :

A dater du 1er janvier 1855, le prix des inscriptions prises dans les écoles préparatoires de médecine et de pbarmacie par les élèves en médecine et par les élèves en pharmacie est fixé à 25 fr.

— M. le docteur Blache, ancien interne des bôpitaux, directeur de la maison des aliénés de Passy, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un concours s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le jeudi 16 novembre prochain pour la nomination à deux places d'élève interne. La liste d'inscription sera close le 13 novembre.

— Le corps médical vient de perdre encore deux de ses membres, victimes de leur dévouement : M. Teillier, secrétaire général de l'Association médicale de Toulouse, et M. Sentin, de Saint-Girons, ont succombé l'un et l'autre à une attaque de choléra.

— La presse médicale espagnole a fait aussi une nouvelle perte. D. José Dominguez y Gonzalez, rédacteur du journal *El Porvenir médico*, est mort il y a quelques jours à Madrid.

— M. Guersant commencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, à l'hôpital des Enfants, le jeudi 9 novembre à huit heures du matin; visite à huit heures; leçon et opérations tous les jeudis de huit à dix heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle; par le docteur Diday. Ouvrage qui a remporté le prix au concours de Bordeaux. Un vol. in-8°. — Prix : 7 fr. Chez Victor Masson, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Code médical, ou Recueil des lois, décrets et règlements sur l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France; par Amédée Annette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. 2e édit., revue et augmentée. Paris, 1854. Un vol. in-12 de 470 pages. Prix : 4 fr. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien, traduites sur les textes imprimés et manuscrits, accompagnées de sommaires, de notes, de planches et d'une table des matières, précédées d'une introduction ou étude biographique, littéraire et scientifique sur Galien; par le docteur Ch. Daremberg, bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine, bibliothécaire honoraire de l'Académie de médecine, etc. Paris, 1854. Tome 1er, grand in-8 de 700 pages, est en vente. Prix, 10 fr. — Cette importante publication comprend : 1° Etudes biographiques, littéraires et scientifiques sur Galien; 2° Traité de l'utilité des parties; 3° Livres inédits des administrations anatomiques; 4° Des lieux affectés; 5° Thérapeutique à Glaucon; 6° Des facultés naturelles; 7° Du mouvement des muscles; 8° Métbode thérapeutique; 9° Exhortations à l'étude des arts; 10° Des sectes; 11° Le bon médecin est pbilosophe; 12° Des habitudes; 13° Des fragments de divers traités non traduits en entier.

Les *Œuvres de Galien* formeront 4 fort volumes grand in-8°, qui seront publiés dans l'ordre suivant : 1° les *Œuvres de Galien*, 3 volumes; 2° l'*Introduction*, ou Etude biographique, littéraire et scientifique sur Galien. — A Paris, cbez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19; à Londres, cbez H. Baillière, 219, Regent-Street; à New-York, chez H. Baillière, 290, Broadway; à Madrid, chez Ch. Bailly-Baillière, Calle del Principe, 11.

Le Sourd.
Paris, — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 132. — JEUDI 9 NOVEMBRE 1854. (27ᵉ ANNEE.) N° 132. — JEUDI 9 NOVEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS. — L acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT : PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 NOVEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le cancer a été précédée de la lecture de deux rapports de M. Robinet, l'un sur le fer réduit par l'hydrogène, l'autre sur la digitaline. Ces rapports, fort intéressants, et dont les conclusions ont été adoptées sans aucune opposition, avaient pour but de faire profiter ces deux médicaments de la loi du 3 mai 1850, c'est-à-dire de les faire considérer comme médicaments officinaux. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'utilité de cette mesure, le fer réduit par l'hydrogène, la digitaline, sont depuis longtemps prescrits par tous les praticiens ; il importait donc que ces médicaments pussent être préparés à l'avance dans toutes les officines.

M. Velpeau est ensuite monté à la tribune. Un public des plus nombreux encombrait la salle des séances, et a écouté avec le plus religieux silence l'éminent professeur.

Dans son préambule, M. Velpeau a démontré qu'il n'était pas, comme on voulait le faire croire, un ennemi du microscope. Il a démontré qu'il n'avait cessé d'encourager les études microscopiques, et que dans aucun cas il n'avait cherché à entraver les travaux des micrographes, dont plusieurs sont ses élèves. Certainement M. Velpeau n'a pas accepté tout ce que le microscope avait annoncé ; il a accepté, comme il l'a dit, beaucoup de choses du microscope, mais il rejette ce qui ne lui semble pas vrai. Pouvait-il, en effet, lui dont la longue pratique, dont le travail, dont le savoir avait déjà tant fait avancer la science, admettre des théories qui venaient renverser toutes ses doctrines, et cela sur l'examen de faits à l'aide d'un instrument né d'hier, alors que les faits annoncés par le microscope se trouvaient en opposition complète avec ce que lui avait appris une observation de plus de vingt ans ?

La cellule cancéreuse ne paraît pas à M. Velpeau l'élément spécifique du cancer ; M. Mandl ne l'admet pas non plus. La cellule est plutôt une manifestation de l'état cancéreux. De plus, dit-il, la cellule cancéreuse peut manquer dans certains cancers ; il en cite des observations. La cellule cancéreuse peut être confondue avec une cellule normale ; il a cité un exemple de cellules de la muqueuse vésicale prises pour des cellules cancéreuses. Enfin il a cité des cas dans lesquels une tumeur extirpée a été examinée au microscope ; la cellule cancéreuse n'a pas été constatée, le mal a récidivé, et la cellule a été trouvée dans la récidive. Nous ne pouvons suivre M. Velpeau dans sa savante argumentation ; nous acceptons les faits tels qu'il les exposés à l'Académie, et si nous avons rappelé ces points de la discussion, c'est que nous avons trouvé là tous les éléments nécessaires pour appuyer cette proposition que nous avons avancée dans un de nos derniers articles, à savoir : qu'il y avait dans le cancer autre chose que la cellule cancéreuse, puisqu'il existait des cancers sans cellules, des tumeurs homœomorphes qui étaient de véritables cancers, puisque celles-ci récidivaient sur place, dans les ganglions, qu'elles se généralisaient, et qu'elles tuent fatalement lorsqu'elles ne sont pas détruites. Nous sommes heureux de nous être rencontré avec M. Velpeau, qui dit qu'il y a dans le cancer autre chose que les éléments anatomiques qui ont été constatés jusqu'à ce jour ; que ce que disent les micrographes est très bon et très vrai, mais que ce n'est pas tout.

Avant de traiter la partie de son discours relative à la curabilité du cancer, M. Velpeau s'arrête un instant sur le diagnostic ; il répond aux objections qui lui ont été faites dans les dernières séances. Il a dit que certaines tumeurs ont des caractères cliniques tellement tranchés, qu'il ne peut y avoir de confusion possible. Sur 49 malades opérés, et dont le diagnostic avait été porté avant l'opération, 49 fois le microscope avait confirmé son diagnostic. Mais ce n'est pas à dire pour cela qu'il soit toujours infaillible. Non certes ; il est des cas constamment douteux pour les praticiens, et ces cas se sont trouvés ceux dans lesquels l'observation microscopique n'a pas donné ces résultats identiques qu'elle constate ordinairement. Les exemples récents présentés à l'Académie viennent le démontrer. Mais ces cas douteux sont écartés par M. Velpeau de ses statistiques.

Quant à la curabilité du cancer, qui a été mise en doute dans ces dernières séances, elle est défendue avec un vrai talent par M. Velpeau, qui attaque les statistiques invoquées à son sujet et maintient qu'il y a un certain nombre de cancers qui guérissent. Chez les malades qu'il a donnés comme exemples de récidives, cinq années au moins s'étaient passées depuis la dernière opération, et chez celles qui étaient guéries depuis moins de temps, il considère la guérison comme douteuse encore. De ce nombre est le cas dont M. Robert a rapporté l'observation dans une des dernières séances.

Il y a, dit M. Velpeau, des cancers qui repullulent toujours, d'autres quelquefois, d'autres rarement. L'état plus ou moins avancé de la maladie n'est pas pour un certain nombre de tumeurs le critérium de la récidive ; c'est la nature du mal qui doit être prise en considération, car il est, dit-il, des tumeurs qui, prises à leur début même, récidivent fatalement et avec une excessive rapidité. Ces faits ont été constatés par l'observation la plus minutieuse. M. Velpeau ne les opère jamais, et si sa statistique a présenté des proportions qui ont semblé trop favorables, c'est qu'il avait éliminé ces cas, qui ne pouvaient réellement pas entrer en ligne de compte.

Si la curabilité du cancer a été mise en doute, c'est qu'on est parti d'un point de départ qui paraît à M. Velpeau fort discutable. Si le cancer est la manifestation d'un état diathésique, évidemment la guérison radicale ne saurait être espérée ; mais ne peut-on pas supposer aussi que le cancer est, dans certaines circonstances, une affection locale. Dans ce cas, les malades pourraient être guéris radicalement par l'extirpation de leur tumeur. Ce point de doctrine a été seulement indiqué par M. Velpeau ; il serait à désirer que la question fût traitée à fond, c'est-à-dire que l'étiologie du cancer trouvât aussi sa place dans la discussion.

Nous ne pouvons reproduire dans ce court résumé toutes les idées émises par M. Velpeau ; nous renvoyons nos lecteurs au compte rendu. Mais, nous ne saurions trop le répéter, M. Velpeau a été remarquable de verve et de logique, et nous sommes certain que son discours restera comme un des plus précieux documents de cette discussion ; aussi nous nous associons entièrement aux applaudissements dont l'éminent professeur a été couvert. — Dʳ A. Jamain.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MARROTTE.

Spasme simultané de la glotte et du diaphragme, observé chez une femme de quarante-quatre ans. (1)

La thèse de M. Hérard, un des travaux les plus récents et les plus complets sur le spasme de la glotte, attribue à l'enfance seule le triste privilége d'être affectée de cette névrose. Les quelques cas qui auraient été observés chez l'adulte, et que l'on trouve çà et là dans les auteurs sous cette dénomination, lui paraissent assez incomplets ou suffisamment expliqués par de graves lésions pathologiques, pour ne pas admettre l'existence du spasme de la glotte au delà de l'enfance, et même de la première enfance. L'observation suivante me paraît de nature à modifier cette règle générale dans ce qu'elle a d'exclusif.

Le 30 novembre 1853, une femme de quarante-quatre ans, nommée Audot, est entrée dans mon service, à la Pitié, pour des douleurs sourdes qu'elle éprouvait dans quelques articulations des membres inférieurs et qui nous parurent de nature rhumatismale, les articulations douloureuses étant en même temps le siége d'une légère tuméfaction.

Le lendemain de son entrée, pendant la visite, et au moment où nous venions de quitter son lit, cette femme fut prise tout à coup d'accidents spasmodiques des organes respirateurs, qui durèrent de une à deux minutes, après lesquelles le calme se rétablit. Des accès semblables se répétèrent dans la soirée et les jours suivants, ce qui nous a permis, à M. Gaube, mon interne, et à moi, d'en étudier les phénomènes d'une manière complète.

Voici, à quelques variantes près, en quoi consistaient ces accès ; la malade éprouvait tout à coup une sensation de douleur et de constriction circulaire à la base de la poitrine ; la respiration restait un moment suspendue ; puis survenaient des efforts considérables d'inspiration et d'expiration accompagnés, dans les deux temps, d'un sifflement laryngien. Le sifflement était plus fort, plus aigu pendant l'inspiration, qui s'exécutait elle-même d'une manière brusque, et s'accompagnait d'une dilatation exagérée de la base de la poitrine.

La respiration ne conservait pas toujours le même rhythme ; par moments, un intervalle plus long séparait une inspiration d'une autre.

Par moments aussi, le visage et les lèvres prenaient une coloration bleuâtre ; mais, en général, les phénomènes d'asphyxie étaient peu prononcés.

L'oreille, appliquée sur différents points de la poitrine, percevait le bruit d'expansion pulmonaire plus rude, plus bruyant qu'à l'état normal.

Jamais nous n'avons aperçu de mouvements convulsifs des membres.

Pendant la durée de quelques accès, M. Gaube a exercé une compression sur le trajet des pneumo-gastriques, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, et les phénomènes spasmodiques ont perdu de leur intensité d'une façon très marquée, pour la reprendre sitôt la compression cessée.

On observait encore, pendant la durée de l'accès, quelques mouvements de déglutition qui devaient être assez pénibles, à en juger par les efforts qu'ils nécessitaient ; les accidents laryngés ne déterminaient aucune sensation douloureuse.

Quand l'accès touchait à sa fin, les inspirations devenaient plus sonores et plus accélérées, puis les mouvements spasmodiques s'arrêtaient subitement, et la respiration reprenait son caractère normal. La malade conservait plus ou moins longtemps de l'abattement, de la lassitude et une sensation douloureuse au creux épigastrique.

La durée des accès était, en général, assez courte ; elle variait d'un quart, d'une moitié de minute, à deux ou trois minutes. Leur retour était également séparé par des intervalles fort inégaux. Ils se sont amoindris, puis éloignés pour cesser complétement pendant les quinze derniers jours que la malade a passés à l'hôpital.

L'administration journalière de 4 à 8 grammes de valériane a paru contribuer à ce résultat.

Pour compléter les faits observés à l'hôpital, j'ajouterai que la malade, qui paraissait d'une bonne constitution et bien conservée pour son âge, présentait en même temps des symptômes de mobilité nerveuse ; elle était émotionnée comme une jeune fille lorsque j'arrivais à son lit ; de temps en temps elle éprouvait des envies de rire et surtout des envies de pleurer sans motif ; le plus petit événement qui se passait dans la salle provoquait ses larmes. L'émotion que lui a procurée notre premier examen paraît avoir occasionné le premier accès ; la plupart des autres se sont développés à la suite d'incidents aussi peu considérables.

Quant à l'affection rhumatismale qui avait motivé son entrée, elle n'a éprouvé dans son intensité ou dans son siége aucune modification appréciable et qui puisse se rattacher à l'apparition, soit de la première attaque, soit des suivantes ; elle s'est amoindrie peu à peu sous l'influence du repos au lit, d'une boisson délayante, d'une nourriture peu abondante et de cataplasmes laudanisés.

Voici maintenant ce que nous avons appris sur les antécédents de la femme Audot. Elle est d'une bonne santé habituelle et a passé sa jeunesse à la campagne. La menstruation s'est établie avec assez de difficulté. Les premières règles n'ont paru qu'à dix-sept ans, quoiqu'elle fût fort développée depuis assez longtemps ; elles sont ensuite revenues tous les mois assez exactement, mais à l'âge de vingt-trois ans l'écoulement menstruel ayant été interrompu par une forte émotion morale, la malade eut à plusieurs reprises des interruptions de deux à trois mois sans cause appréciable ou à la suite de quelques chagrins.

C'est aussi à cette époque qu'elle éprouva pour la première fois des symptômes de mobilité nerveuse, parmi lesquels figurèrent l'anxiété épigastrique et les sentiments de constriction à la gorge ; symptômes qui se sont amoindris à mesure qu'elle a pris de l'âge, sans cesser complétement toutefois, car ils ont été plusieurs fois réveillés par des émotions un peu vives. La mobilité nerveuse a repris de la suite et de l'intensité depuis deux ans que les règles ont cessé de paraître.

Les phénomènes spasmodiques vagues que je viens d'indiquer ne forment pas les seuls accidents nerveux ressentis par la malade. A

(1) Observation lue à la Société médicale des hôpitaux.

vingt-trois ans, lors du premier retard des règles, elle éprouva des phénomènes identiques à ceux dont nous avons été les témoins, lesquels se répétaient parfois trois ou quatre fois par semaine avec assez d'intensité pour faire craindre l'asphyxie. Quelquefois il y avait à la fin des accès, nous a-t-elle dit, des interruptions de la respiration assez complètes et assez longues pour alarmer les personnes qui l'entouraient. Dans ces moments-là elle entendait tout ce qui se disait autour d'elle, sans pouvoir parler; la respiration rétablie et l'accès terminé, elle en gardait très bien le souvenir.

Ces accidents, d'abord assez fréquents pendant deux ou trois ans, se sont ensuite éloignés pour ne se montrer qu'à de rares intervalles et à l'occasion de troubles menstruels ou de chagrins sérieux, quelquefois même de simples contrariétés. Mais il y avait longtemps qu'ils n'avaient été aussi fréquents et aussi intenses.

L'hérédité paraît étrangère à ces accès de spasme phrénoglottique. Le père et la mère de la malade sont morts vieux, n'ayant eu l'un et l'autre que des rhumatismes. Son frère est bien portant. De deux sœurs, l'une est morte en couches; l'autre jouit d'une bonne santé et n'a jamais eu de maux de nerfs.

Il me paraît difficile de ne pas reconnaître dans les symptômes que nous venons de retracer les caractères du spasme simultané de la glotte et du diaphragme, tels qu'ils ont été décrits chez les enfants. Au spasme de la glotte se rattachent : 1° la suspension momentanée de la respiration au début et pendant le cours de l'accès; 2° le bruit laryngé, produit par l'expiration aussi bien que par l'inspiration, et surtout la nature de ce bruit, qui consistait en un véritable sifflement, et ne revêtait un timbre sonore qu'à la fin de l'accès, lorsque le spasme du diaphragme survivait seul, quelques instants, au spasme laryngé; 3° les symptômes intermittents d'asphyxie, quelque légers qu'ils fussent.

Les contractions convulsives du diaphragme sont caractérisées : 1° par la sensation de la douleur et de contraction circulaire éprouvée à la base de la poitrine; 2° par la rapidité convulsive de l'inspiration; 3° par l'intensité plus grande du sifflement laryngé à ce temps de la respiration; 4° par la dilatation proportionnellement plus grande de la circonférence inférieure de la poitrine, qu'accompagnait un soulèvement notable des hypocondres.

Les mouvements de déglutition pénible que la malade exécutait par moments indiquaient la participation du pharynx au spasme de la glotte et du diaphragme.

Pour compléter la similitude, je rappellerai la soudaineté de l'accès, sa courte durée, et les traces nulles ou passagères qu'il laissait à sa suite. Je rappellerai enfin la rémission déterminée par la compression exercée sur le trajet des pneumogastriques au-dessus du larynx.

Il est inutile de mettre en évidence les circonstances propres à démontrer la nature purement spasmodique de l'affection que j'ai eue sous les yeux; ceux qui auraient eu la pensée de trouver quelque relation entre les accidents convulsifs et l'affection rhumatismale l'abandonneraient facilement, en considérant que celle-ci n'a éprouvé dans sa marche et dans ses symptômes aucune modification qui permette de soupçonner une métastase; en considérant surtout qu'elle était sans antécédents, et que la première invasion des accès nerveux remontait à vingt et un ans. La perturbation menstruelle qui a précédé l'apparition de la névrose phréno-glottique, ce qui a constamment coïncidé avec les retours plus fréquents, rend un compte plus satisfaisant et en même temps plus exact de son existence et de sa nature.

Il en est de même des causes toutes morales qui ont troublé la menstruation ou rappelé les accès; des symptômes de mobilité nerveuse qui ont toujours marché parallèlement avec le spasme du larynx et du diaphragme. Nous avons affaire, en un mot, à une névrose placée sous la dépendance sympathique de l'utérus. L'utérus, troublé dans ses fonctions et dans son mode de sensibilité par une cause morale puissante, a joué ici le rôle de la dentition chez les enfants. Il n'est pas plus étonnant de voir le spasme de la glotte se développer sympathiquement à la suite de ces deux causes différentes, que de voir l'éclampsie produite par la dentition, par les vers ou par la menstruation difficile. Mais si la connaissance des causes n'a pas une grande importance au point de vue de la nosographie, elle peut en acquérir une très grande lorsqu'il s'agit d'établir le pronostic, et surtout le traitement.

OBSERVATIONS D'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE

traitée par la ponction et l'injection alcoolique.

Par M. le Dr BENOIT, de Dieulefit (Drôme).

OBS. I. — A. D..., moulinier en soie, âgé de 54 ans, est porteur d'une hydrocèle vaginale de la grosseur d'une tête de fœtus; depuis plus de vingt ans, il a consulté plusieurs médecins, qui tous lui ont dit que l'opération était le seul mode de guérison; cette idée l'a toujours effrayé.

Le 2 juin, il vint me consulter en me demandant si je ne connaissais pas un moyen de le débarrasser sans douleur de cette tumeur, qui le gênait beaucoup. Je l'examinai avec soin, et, songeant à l'injection alcoolique préconisée dans ces derniers temps, je lui promis de le guérir sans douleur, et le succès est venu couronner ma promesse. Une heure après D... était opéré et n'avait pas souffert. Je ponctionnai la tumeur au point d'élection avec un trocart de moyen calibre, et j'injectai 8 grammes d'alcool marquant 34° à l'aréomètre Baumé. Je retirai la canule, et je laissai mon injection dans la tunique vaginale. Le soir, six heures après l'opération, le gonflement a commencé; le malade ne s'est pas alité. — Deux bouillons.

Le lendemain matin le gonflement est complet; la nuit précédente a été bonne, et il n'y a pas eu de fièvre, malgré la vive rougeur que présentent les bourses; le malade se lève après avoir déjeuné; il dîne et soupe comme à l'ordinaire, malgré ma recommandation de garder la diète.

Cet état se maintient jusqu'au 8 juin, et le gonflement a un peu diminué. On observe de la desquammation de l'épiderme du scrotum.

Le 15 je revois mon malade, et la tumeur a presque disparu; il ne reste qu'un léger empâtement; il n'y est survenu aucun malaise, le malade a toujours vaqué à ses occupations.

Enfin, le 1er octobre je revois mon opéré, qui est dans un état des plus satisfaisants : les deux testicules ont le même volume et l'épanchement ne paraît pas vouloir se reproduire.

OBS. II. — E. V..., menuisier, âgé de quarante-neuf ans, porte une hydrocèle de la tunique vaginale depuis l'âge de dix-huit ans.

Le 29 juin il vint me consulter; la tumeur est de la grosseur d'un œuf de dinde.

Le lendemain je l'opérai par le même procédé; il n'y eut pendant l'opération qu'un peu de cuisson occasionnée par le contact de l'alcool avec la plaie produite par la pointe du trocart.

Ce n'est que le troisième jour que le gonflement fut complet; il persista pendant douze jours. A partir de ce moment, il alla toujours en diminuant.

Je perdis mon malade de vue jusqu'au 12 septembre : la guérison était alors complète. Depuis, il est venu me consulter pour une autre affection, et j'ai encore pu m'assurer qu'il n'y avait pas eu de récidive.

OBS. III. — A. B..., cultivateur, soixante-neuf ans, vint me consulter dans le courant de juillet pour une hernie qu'il portait, disait-il, depuis cinq ans, et qui le fatiguait beaucoup; je demandai à l'examiner, et je reconnus une hydrocèle de la tunique vaginale de la grosseur du poing. Je lui proposai de l'opérer, et il me demanda quelques jours pour réfléchir.

Enfin, le 28 juillet il me fit appeler pour l'opérer : c'était à la campagne; pendant le voyage, la moitié de mon alcool se répandit; il en restait tout au plus 4 grammes. Je pratiquai néanmoins l'opération; le malade ne ressentit aucune douleur; le gonflement survint, malgré la crainte que j'avais d'échouer, vu la petite quantité d'alcool que j'avais injectée.

La marche de l'inflammation fut à peu près la même que dans les deux autres cas, et le succès fut aussi complet, ainsi que j'ai pu m'en assurer dans les derniers jours de septembre, époque à laquelle j'ai revu mon malade.

Voilà trois cas d'hydrocèle de la tunique vaginale opérés par l'injection alcoolique; les malades n'ont souffert ni pendant ni après l'opération; il ne s'est manifesté aucun symptôme général, et ils ont toujours pu vaquer à leurs affaires sans être obligés de garder le lit, comme cela arrive lorsqu'on a recours aux autres procédés opératoires.

DU TRAITEMENT DU CANCER

par le caustique de Landolfi

Par M. OSSIEUR.

Tandis que l'Académie de médecine se livre à une discussion des plus sérieuses, où la curabilité du cancer est mise en doute et considérée sinon comme impossible, du moins comme excessivement rare, les journaux allemands sont remplis des merveilles que l'on raconte d'un caustique nouveau imaginé par M. Landolfi, médecin napolitain, qui a été appelé en novembre 1853 pour traiter la duchesse d'Anhalt-Goethen, atteinte d'un cancer au sein. Le docteur Van Brunn, qui a vu M. Landolfi *guérir* par ce moyen dans le court espace de deux mois *une centaine* de cancers, a publié sur ce sujet une brochure dont M. Ossieur va nous rendre compte.

Le caustique employé par M. Landolfi depuis plusieurs années, et dont il n'a jamais cherché à faire un secret, est composé de parties égales de chlorures de brome, de zinc, d'or et d'antimoine. Ces divers chlorures ont été souvent employés, on le sait, comme cathérétiques, mais on n'avait pas encore songé à les associer dans un but thérapeutique.

Voici comment on les emploie :

Le caustique, qui se présente sous la forme liquide, est ajouté peu à peu et à l'air libre, afin d'éviter le danger qui résulterait du dégagement des vapeurs âcres, à de la farine en quantité suffisante pour en faire une pâte molle. Celle-ci est déposée sur de la toile et placée sur la tumeur cancéreuse de manière à la recouvrir exactement. On laisse le caustique en place jusqu'à ce qu'il se détache en même temps que la tumeur, ce qui a lieu d'ordinaire après dix à quinze jours, quelquefois un peu plus longtemps, quand le volume de la tumeur est considérable. Si ce cataplasme caustique, dont une couche d'une ligne d'épaisseur agit sur les tissus à un demi-pouce de profondeur, vient à se déranger ou à tomber par une cause quelconque, on le remplace immédiatement.

Voici de quels phénomènes est suivie l'application de ce caustique :

1° Sensation de chaleur, puis douleurs vives diminuant après sept à neuf heures et disparaissant graduellement, à mesure que les tissus malades sont pris de mortification. Afin de diminuer les souffrances que cause le caustique, Landolfi applique *loco dolenti* des plumasseaux de charpie enduits d'*unguentum simplex*, avec addition d'un grain de nitre par once. Des bandelettes agglutinatives recouvrent ces plumasseaux. Quelquefois il a prescrit avec grand avantage, et à titre de calmant, des fomentations avec de la laitue fraîche (*lactuca sativa*).

2° Après le premier jour, la peau commence à rougir sur les limites du mal;

3° Quelques jours après, la ligne de démarcation entre les parties saines et les tissus cancéreux gagne en profondeur jusqu'à la racine du mal; la tumeur, s'énucléant en quelque sorte, peut être facilement enlevée au moyen de pinces, quelle que soit sa forme.

Pendant toute la durée du traitement, le malade suit son régime habituel; seulement il évitera les boissons excitantes.

Quant aux soins consécutifs, Landolfi recommande de continuer les fomentations de laitue, au cas où les douleurs persisteraient; puis il applique sur la plaie des plumasseaux d'onguent de térébenthine, auquel est ajoutée une petite quantité de camphre et de bois de santal dans les proportions suivantes :

Terebenth.	6 gr.
Ol. olivarum.	30 —
Ceræ flavæ.	24 —
Spermaceti.	6 —
Pulv. pterocarp. santal.	4 —
Camphoræ.	2 —

Misce et leni calore in vase vitreo semper agitando lente liquæfacta refrigerataque dentur ad ollam.

Quand la suppuration commence à se faire, la plaie, réduite à l'état de plaie simple, devant guérir par seconde intention, sera pansée avec de l'*unguentum basilicum*, un décocté de quinquina, ou tout autre topique, suivant le cas.

Si l'on s'aperçoit que quelques parties de la tumeur ont échappé à l'action du caustique, on les recouvre de celui-ci, en agissant comme ci-dessus. Si les bords de la cicatrice restent durs, engorgés, calleux, on les touche avec le nitrate acide de mercure lorsque le mal est d'origine syphilitique; et dans le cas contraire, avec une faible solution de brome dans de l'acide nitrique.

Landolfi pense que pour hâter et assurer la guérison, il convient, surtout dans les cas d'affections cancéreuses constitutionnelles, de recouvrir la cicatrice avec une solution aqueuse de chlorure de brome (gr. x—xx sur ij liv.). Il administre aussi dans ce but le chlorure de brome à l'intérieur, pendant plusieurs mois, d'après la formule suivante :

Chlor. br.	gr. ij.
Sem. phellandrii.	gr. xx
Extr. Conil.	gr. x

M. f. pil. x. æquales.

A prendre de 2 à 4 par jour.

L'amélioration qui survient dans la santé générale par l'emploi de ce traitement commence d'ordinaire dès la disparition de la douleur; il n'en résulte d'ailleurs jamais d'inconvénients graves, alors même que la cure est entreprise dans des cas où l'engorgement ganglionnaire, la fièvre hectique et autres symptômes dénotant une infection cancéreuse trop avancée ne permettent plus d'espérer la guérison.

Tous les cancers accessibles au caustique, même ceux de la langue et de l'utérus, sont susceptibles d'être traités par la méthode de Landolfi. Pour ces derniers, il s'applique à l'aide du spéculum. A Gothen, Landolfi a traité un grand nombre de cancers du sein, de la face, des joues, du nez, des lèvres, des *lupus*. Le résultat paraît avoir été constamment heureux. Jusqu'à présent il n'existerait, d'après Von Brunn, aucun signe qui indiquerait l'imminence de la récidive.

Von Brunn termine sa brochure par la relation de diverses observations de cancers du nez et du sein traités avec succès par la méthode de Landolfi. L'examen microscopique des tumeurs squirrheuses du sein enlevées a été fait par un micrographe distingué de Berlin, M. Meckel Von Hemsbach; il en résulte que tout doute sur la nature cancéreuse du mal est impossible.

Maintenant, la pâte de Landolfi a-t-elle une supériorité réelle sur d'autres caustiques? Les opérations mentionnées dans la brochure de Von Brunn ne datent que de quelques mois, et la *récidive* domine toute la question. Or, déjà pourtant les exemples de récidives sont assez nombreux. Le *Nouveau journal médico-chirurgical* de Munich (1854, n° 3) cite deux cas, entre autres, que le médecin italien comptait lui-même parmi les meilleures preuves de l'excellence de sa méthode, et qui ont récidivé après plusieurs semaines de guérison apparente. Dans le même journal (n° 5), le docteur Rothmund cite également des cancéreux chez lesquels le remède de Landolfi a été employé sans succès. Le docteur Enzmann avait déjà rapporté ailleurs (*Sachs. Const. Zeitung*, n° 82. et *Schmidt's Jahrb.*, Bb. LXXXII, 396), l'histoire de quatre femmes cancéreuses, dont trois avaient été traitées avec le susdit appareil qui se maintint pendant quelque temps. Malheureusement les choses changèrent bientôt, et quelques semaines après, de ces quatre malades, il ne restait plus en vie que celle qui n'avait pas été soumise au traitement, à cause du degré trop avancé du mal.

(*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

MM. les membres de la commission de l'Institut viennent aujourd'hui (2 novembre) de constater la guérison des deux calculeux opérés devant eux le 15 octobre, et desquels j'ai fait sortir de la vessie, sur-le-champ, par les voies naturelles, leurs pierres en *extrayant immédiatement leurs fragments* avec mon *percuteur courbe à cuillers*.

Bien que les pierres extraites dans ces cas aient déjà acquis un certain volume (7 à 8 centimètres de circonférence), la commission voudrait voir l'application du procédé sur des pierres plus volumineuses.

Comme il ne vient ordinairement chez moi que des malades qui se prêtent difficilement à une exhibition, et que la commission attendrait trop longtemps, permettez-moi de me recommander, par la voie de votre journal, à la bienveillance de mes confrères dans le cas où ils pourraient disposer d'un malade calculeux pauvre, ou qui voudrait être opéré sous la condition seule de se prêter au désir de la commission.

J'ai l'honneur d'être, etc. Baron HEURTELOUP.

Paris, ce 2 novembre 1854.

P. S. — Permettez-moi de recommander à mes confrères la lecture de la lettre suivante :

A messieurs RAYER, SERRES *et* VELPEAU, *membres de la commission nommée par l'Académie des sciences pour examiner mon procédé d'extraction immédiate des fragments de pierres vésicales.*

Paris, ce 2 novembre 1854.

Messieurs les commissaires,

Après avoir vu débarrasser *immédiatement*, *sous vos yeux*, *deux calculeux* porteurs de pierres déjà d'un certain volume, vous me demandez d'en opérer un autre qui ait une pierre plus volumineuse et plus dure.

Je satisferai respectueusement à votre demande si la circonstance m'envoie un calculeux selon votre désir; mais permettez-moi de vous faire remarquer qu'en vous obéissant je ne resterai pas dans la nature des preuves que j'ai à vous donner.

Le mémoire qui est soumis à votre jugement n'est pas intitulé *De l'extraction immédiate des pierres*, mais bien *De la lithotripsie sans fragments au moyen du procédé de l'extraction immédiate*. Vous voyez donc que j'ai en vue les fragments, dont je veux éviter les désastreux effets, non-seulement en les extrayant, ce qui est *toujours bon*, *et ce qui est souvent d'une nécessité absolue*, mais en les extrayant sans crainte de déchirer l'urètre. Je n'ai donc nullement en vue d'extraire des pierres plus ou moins grosses.

Je suppose que l'opération pratiquée sur le nouveau malade que vous désirez voir opérer n'ait pas de succès, s'ensuivra-t-il que je n'ai pas extrait sans *déchirer l'urètre*, au moyen de percuteur à cuillers, des fragments de pierre de la vessie, et que, par suite de cette extraction, j'ai pu guérir immédiatement deux malades sous vos yeux? Non sans doute. Eh bien, c'est pour avoir trouvé ce moyen, et rien de plus, que je crois avoir bien mérité.

Veuillez considérer, messieurs, que c'est une faute capitale en lithotripsie de se borner à briser des pierres quand on peut les extraire immédiatement; car, dans le premier cas, les fragments se perdent dans l'organe anfractueux et font courir au malade de grands dangers, et sous le rapport de leur séjour, et sous le rapport de leur expulsion. Je vous ai prouvé que ce danger n'existait plus pour les petites pierres, puisque l'extraction immédiate avait assez de puissance pour débarrasser immédiatement les malades. Je laisse à votre jugement à apprécier le degré du secours qu'apporte ce système dans le cas de pierre volumineuse, mais je ne l'*apprécie pas moi-même*, parce que cela est, au point de vue de votre mission, en dehors de ma question.

En résumé, voici le point exact, ou le système de l'extraction immédiate par la lithotripsie :

Si la pierre est petite, je la fais sortir sur-le-champ de la vessie en extrayant les fragments immédiatement par l'urètre, au moyen du percuteur à cuillers, qui ramène, à chaque introduction, ses cuillers pleines jusqu'à épuisement.

Si la pierre est grosse, je la démolis d'abord avec le percuteur à dents, et je la fais sortir, si je le puis, en extrayant immédiatement les fragments avec le percuteur à cuillers.

La guérison prompte dépend du volume de la pierre, et surtout de la tolérance du malade.

Agréez, etc. Baron HEURTELOUP.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 novembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Un rapport dans lequel M. Ourgaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pamiers, expose les heureux résultats qu'il aurait obtenus de l'emploi du valérianate de zinc dans le traitement du choléra. (Commission du choléra.)

Eaux minérales. — 2° Un rapport dans lequel M. le docteur Villamur, médecin en chef de l'hôpital militaire de Guagno (Corse), indique les résultats qu'il a obtenus en appliquant les eaux minérales de cette localité au traitement de diverses maladies pendant l'année 1853. (Commission des eaux minérales.)

3° Une demande d'avis, avec envoi d'échantillons, relative à une demande en autorisation d'exploiter une source minérale sise à Labarthe-de-Neste (Hautes-Pyrénées.)

4° Diverses communications relatives à des remèdes contre le choléra, etc.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Michel Lévy écrit du camp devant Sébastopol que, témoin des évolutions successives du choléra en Orient depuis Marseille jusqu'à Constantinople, en passant par le Pirée et Gallipoli, depuis Varna jusqu'à Sébastopol, il lui a été donné de recueillir des observations décisives sur le mode de propagation de cette maladie, et d'éclaircir, à l'aide des données les plus authentiques, le prétendu mystère ou caprice de ses pérégrinations...

Je me propose, à mon retour de l'armée, dit-il, de soumettre au jugement de l'Académie un ensemble de faits qui me paraissent de nature à jeter quelque jour sur le transport du principe épidémique, sur la durée et la durée de l'incubation cholérique, si peu étudiée jusqu'à présent, sur les conditions qui favorisent la formation des foyers cholériques, non-seulement dans les habitations publiques et privées, mais dans les masses humaines, qui, comme les corps de troupes plus ou moins considérables, se déplacent en décrivant un itinéraire dont les étapes ont une salubrité connue à l'avance.

Au point de vue pathologique, j'aurai à faire ressortir l'identité du choléra à Marseille, à Paris, dans la Roumélie, dans la Bulgarie, dans l'Attique, dans la Crimée; au point de vue étiologique, l'efficacité de toutes les causes d'affaiblissement organique et de dépression vitale pour aggraver la marche et la forme du choléra; au point de vue hygiénique, la nécessité de la dissémination des cholériques et d'une aération continue pour prévenir ou pour dissiper l'infection.

Publications de l'Académie des sciences d'Amsterdam. — M. Wrolik, secrétaire de l'Académie royale des sciences d'Amsterdam, adresse au nom de cette Académie le recueil des mémoires et des travaux qu'elle a publiés.

Correspondants. — M. Lionet (de Corbeil) sollicite le titre de correspondant et énumère les titres qu'il croit pouvoir invoquer pour l'obtenir. (Commission des correspondants.)

Manganèse dans le sang. — M. Burin Dubuisson adresse un mémoire sur la présence du manganèse dans le sang et sur sa valeur thérapeutique.

Curabilité du cancer. — M. Murville, médecin principal de l'hôpital militaire de Lille, adresse des considérations sur la curabilité du cancer.

L'auteur conclut des faits rapportés dans ce mémoire que, si l'on ne peut pas soutenir la curabilité absolue du cancer, il est du moins prouvé qu'après une opération l'on constate une amélioration sensible dans la santé des malades; que, du reste, cette affection a pu rester pendant de longues années sans fournir la moindre trace de sa réapparition, et qu'en conséquence il est du devoir d'un chirurgien de tenter dans bien des circonstances ce dernier moyen.

Épidémies. — M. Coutenot, médecin à Besançon, adresse la relation d'une épidémie de variole et de purpura hemorrhagica qui a régné à Besançon en mai 1854. (Commission des épidémies.)

Huile de foie de morue. — M. Renault, pharmacien, adresse une note additionnelle au mémoire qu'il a envoyé à l'Académie sur l'huile de foie de morue. (Commission nommée.)

— M. Heurteloup donne quelques explications sur le fait de tumeur mélanique dont il a récemment entretenu l'Académie dans une précédente lettre, à l'occasion de l'argumentation de M. J. Cloquet dans la discussion sur le cancer.

Action du suc gastrique sur les préparations martiales. — M. Bouchardat présente, au nom de M. Leras, un mémoire intitulé *Action du suc gastrique sur les préparations martiales employées en thérapeutique.* Les conclusions de ce travail sont :

1° Que les préparations de fer employées en thérapeutique sont toutes plus ou moins précipitées et transformées en oxyde ferrique dans l'estomac;

2° Que le pyrophosphate fait exception;

3° Que ce sel lui semble destiné à prendre rang parmi les préparations les plus efficaces de la médication ferrugineuse.

Remèdes nouveaux. — M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un premier rapport en réponse à une lettre du ministre du commerce, qui consulte l'Académie sur la question de savoir s'il convient d'accorder la publicité légale au principe actif de la digitale pourprée, ainsi qu'aux formules proposées pour administrer ce nouveau médicament, par MM. Homolle et Quevenne.

La commission propose d'appliquer à ces formules le décret du 3 mai 1850.

— M. Robinet lit un deuxième rapport sur une demande semblable relative à la médication ferrugineuse de M. Quevenne.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a également lieu d'appliquer à cette médication les dispositions favorables de ce décret.

Cancer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer. La parole est à M. Velpeau.

M. VELPEAU. L'Académie n'a pas oublié le point de départ de cette discussion et les deux propositions que j'ai soutenues, savoir : la possibilité de guérir quelquefois le cancer, et la possibilité de diagnostiquer certains cancers sans le secours du microscope. La question, comme il était aisé de le prévoir, s'est agrandie, et d'autres points de vue de la question ont été soulevés. Aujourd'hui j'ai l'intention de reprendre et la question de la valeur du microscope, et celle de la curabilité de certains cancers. De plus, j'ai aussi l'intention de dire par quels essais, par quelles séries de tâtonnements et de recherches je suis arrivé à l'opinion que je professe sur ces deux points.

D'abord le microscope. Je m'attendais à ce qui est arrivé, à ce que l'on me considérerait comme un adversaire du microscope. Cependant l'Académie sait les réserves que j'ai faites à cet égard la première fois que j'ai pris la parole; j'ai assez nettement donné à entendre que je n'étais pas l'ennemi du microscope, et surtout des micrographes. Cependant cela n'a servi de rien.

Tous les orateurs qui ont successivement pris la parole n'ont pas manqué de dire que j'étais l'ennemi des micrographes, que je dépréciais leurs travaux; l'un d'eux même a été jusqu'à dire que je voulais démolir pièce à pièce leur édifice scientifique; un autre, que je méconnaissais les services que le microscope m'avait rendus à moi-même. Voici un livre (montrant son dernier ouvrage) qui prouve heureusement tout le contraire; on y verra que, loin de nier les services du microscope, je me suis servi partout des excellents travaux de M. Lebert et de M. Broca; seulement je n'accepte pas toutes les conséquences qu'ils en ont déduites. J'ai toujours été si peu l'ennemi du microscope, que dès 1832 je prenais des leçons de M. Donné; qu'en 1837 je poussais dans cette voie plusieurs jeunes travailleurs, d'ailleurs qui sont devenus des micrographes distingués aujourd'hui; qu'en 1839 je m'en étais déjà servi moi-même, et que j'en invoquais le secours; qu'en 1844 j'ai parlé le premier de la cellule cancéreuse à l'Académie de médecine, ainsi que M. Malgaigne a bien voulu le rappeler. Enfin, on trouvera dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1846 le fond de ce que je dis aujourd'hui même sur ce sujet. Ainsi, en 1846, lorsque M. Lebert soutint pour la première fois que les tumeurs épithéliales n'étaient point du cancer, j'ai nié cette proposition. Alors, comme aujourd'hui, j'acceptais beaucoup de propositions des micrographes et j'en repoussais quelques-unes. Et pourquoi voudrait-on que je fusse systématiquement opposé au microscope, moi qui ai toujours été dévoué aux progrès, qui les accepte tous, et qui trouve qu'on n'en fait jamais trop, qu'on n'en fait pas assez quelquefois?

Maintenant, pourquoi cette dissidence, pourquoi cette querelle entre les micrographes et moi? Je n'ai pas eu besoin de changer d'opinion depuis 1844; j'aurais changé d'ailleurs, qu'il n'y aurait eu là rien d'extraordinaire ni de répréhensible, si je m'étais trouvé dans une fausse voie. Mais ce n'était pas ici le cas. En 1844 les idées de M. Lebert, de M. Mandl étaient nouvelles, je les acceptai provisoirement, je me fis leur écho; je n'avais pas eu le temps encore de vérifier l'exactitude de leurs propositions. Quelques-unes de ces propositions n'ont pas été confirmées depuis par l'expérience. J'ai dû me séparer d'eux sur ces points. Voilà pourquoi nous sommes aujourd'hui en dissidence. Il n'y a donc pas là de contradiction; il n'y a point eu de ma part changement d'opinion.

J'ai dit que la cellule cancéreuse n'était pas l'élément spécifique du cancer, comme le pensaient ces messieurs, qu'il y avait des cancers sans cellule. J'avais des raisons théoriques, doctrinales pour soutenir cette opinion, mais je n'ai pas voulu les énoncer, parce qu'on aurait pu les récuser, j'ai préféré m'en tenir à l'observation.

M. Larrey n'y pensait pas sans doute lorsqu'il a invoqué l'unanimité des micrographes. Mais il a oublié que ce que certains micrographes admettent d'autres ne l'admettent pas. Ainsi, contrairement à l'opinion de MM. Lebert, Broca, etc., MM. Mandl, Wirehow, Benett, Paget et autres admettent qu'il y a des cancers épithéliaux sans cellule. Ils ne sont donc pas tous d'accord entre eux. Il y a une raison pour cela. Cette cellule dont on parle tant n'est pas tout dans le cancer. Il y a autre chose à considérer avant la cellule. Chez les sujets atteints de la cachexie cancéreuse, il y a certainement quelque chose dans le sang qu'on ne connaît pas encore. La cellule n'est donc pas le principe de la maladie. C'est une de ses manifestations, c'est un de ses caractères matériels, mais ce n'est pas la maladie elle-même. Cette cellule, d'ailleurs, on l'a trouvée autre part que dans le cancer : il a été présenté il y a quelque temps à la Société de biologie une portion de membrane muqueuse vésicale non cancéreuse et dans laquelle on a constaté la présence de cette cellule. Ce n'est donc pas un caractère suffisant ni assez constant pour permettre de distinguer *à priori* les différentes espèces de tumeurs entre elles. Cela ne me paraissant pas suffisant, il fallait donc voir si ces tumeurs pouvaient se distinguer par d'autres signes. J'ai vu des cancers en très grand nombre, avec le plus grand soin, et il y a longtemps de cela. Quelques-uns de vous peuvent se souvenir qu'en 1824 il y eut une discussion sur ce sujet à l'Académie, et qu'à cette époque déjà je m'en étais occupé avec une attention particulière; je n'ai pas cessé de m'en occuper depuis. Or qu'ai-je vu? Le voici :

J'ai vu que dans les tumeurs dites cancéreuses on distinguait généralement au microscope une cellule disposée d'une certaine manière; j'ai pu m'assurer par moi-même qu'il n'était pas très difficile de la reconnaître. Que cette cellule soit toujours facile à distinguer d'avec d'autres cellules qui auraient une tout autre signification, je n'oserais pas l'affirmer; mais enfin je l'ai vue très bien; j'admets donc son existence. Mais j'ai vu aussi qu'on ne la trouvait pas toujours et partout. On m'a arrêté là en me disant : Mais là où vous n'avez pas trouvé la cellule, ce n'était pas du cancer. Soit. J'ai consenti à mettre ces faits de côté comme douteux. Mais ce n'est pas tout. J'ai vu des tumeurs où l'on a constaté la cellule, et qui n'étaient pas du cancer. Sur quoi vous fondez-vous, m'a-t-on objecté, pour refuser à ces tumeurs le caractère cancéreux? Est-ce sur la non-récidive? Mais vous ne pouvez pas invoquer ce caractère, puisque vous admettez que le cancer est curable et que par conséquent il ne récidive pas toujours. Ce raisonnement serait très spécieux. Mais ce n'est pas sur la récidive seulement que je me suis fondé, c'est sur l'ensemble des caractères et des signes cliniques. (M. Velpeau rappelle ici les observations de la tumeur au talon et d'une tumeur de la mâchoire dont il a déjà parlé dans la première argumentation, et dans lesquelles on a trouvé la cellule cancéreuse, bien qu'elles ne présentassent ni l'une ni l'autre aucun des caractères cliniques du cancer.)

On m'a fait une autre objection, continue M. Velpeau; on m'a dit : Vous avez pu être trompé, si vous ne vous êtes trompé vous-même. Il est si facile, quand on a plusieurs tumeurs sous la main, de prendre l'une pour l'autre! Non, on n'a pu me tromper, et cela, par une bonne raison, parce que j'ai toujours eu le soin de faire examiner les tumeurs de suite; elles m'ont toujours été rapportées du jour au lendemain avec la note signée du micrographe. J'ai ici toutes ces notes. Je n'ai donc pu être induit en erreur par personne, je n'ai accepté que des faits bien authentiques.

Ainsi, il y a donc des tumeurs avec des cellules cancéreuses reconnues par des micrographes, et qui ne sont pas des cancers. J'ajoute qu'il y a des cancers sans cellule. A cette dernière proposition je sais qu'on a opposé les mêmes fins de non-recevoir, mais je ne puis les accepter, et pour les mêmes raisons.

Mais il m'a été fait une autre objection, elle est de M. Malgaigne. Vous avez dû prendre, m'a-t-il dit, pour des squirrhes des tumeurs fibro-plastiques. Non, ce n'était point des tumeurs fibro-plastiques. J'ai toujours eu le soin de bien distinguer les tumeurs fibro-plastiques ou fibrineuses d'avec le squirrhe; et lorsque j'ai dit avoir eu affaire à des squirrhes, c'était à des squirrhes bien constatés. Ce sont là des faits très positifs et parfaitement irréfutables.

Je sais bien qu'on peut dire: Lorsqu'on n'a pas trouvé la cellule, c'est qu'on n'avait pas eu toute la tumeur entre les mains. Je n'ai jamais tendu de piége aux micrographes; je leur ai donné toujours la tumeur tout entière, et le plus souvent ils l'ont recueillie eux-mêmes sous mes yeux, sortant du malade. D'ailleurs, personne n'ignore qu'il n'est pas nécessaire d'avoir toute la tumeur sous les yeux pour en déterminer la nature. Tout n'est pas malade au même degré dans une tumeur; il y a un centre, un noyau où réside plus spécialement le

mal. Or si l'on prend une tranche dans ce noyau et qu'on n'y trouve pas la cellule, évidemment on ne la trouverait pas davantage dans les autres points; c'est qu'*en réalité* il n'y en a point. J'ai d'ailleurs cité des exemples de tumeurs où il n'y avait pas de cellules d'abord; puis ces tumeurs ayant récidivé, on y a trouvé plus tard la cellule. J'en ai vu deux ou trois de ce genre. En voici un que M. Lebert doit se rappeler: Un homme portait une tumeur cancéreuse; une portion de cette tumeur fut enlevée et donnée à M. Lebert pour l'examiner: ce dernier n'y ayant point trouvé de cellule, la déclara de nature bénigne. M. Richet, sur cette assurance, se détermina à opérer le malade. Les choses allèrent bien d'abord; la cicatrice était d'un bon aspect; mais bientôt la tumeur récidiva et entraîna cette fois la mort du malade. Cette seconde tumeur fut examinée au microscope comme la première, et on y trouva la cellule cancéreuse.

Autre fait. Une femme portait une plaque singulière de végétations au sein gauche; cela ne ressemblait à rien, ni à l'encéphaloïde, ni au squirrhe, ni aux fongus: cette femme avait d'ailleurs une superbe apparence de santé. Ayant enlevé une de ces végétations, je la fis examiner au microscope; elle ne contenait point la cellule. Je n'étais cependant pas très convaincu que ce ne fût pas un cancer. Cette femme alla plus tard à Saint-Louis. Le sein droit s'était pris à son tour, mais cette fois avec des caractères beaucoup plus tranchés, avec des indurations partielles, rétraction du mamelon; la malade ne tarda pas à succomber aux progrès du mal. Ce fut M. Robin qui fit l'examen microscopique. Il trouva dans la tumeur du côté droit la cellule cancéreuse. On trouva, en outre, un grand nombre de noyaux cancéreux dans les poumons et dans le foie, présentant aussi la cellule cancéreuse. Peut-on dire que la tumeur que cette femme portait à droite était un cancer, tandis que celle du côté gauche n'était pas un cancer? Evidemment non. Et notez que c'était du côté où la tumeur avait un aspect moins dégénéré qu'existait la cellule.

M. Leblanc, qui se croit micrographe, et qui cependant sur des points essentiels est en contradiction avec ces messieurs, explique ces contradictions en admettant des tumeurs mixtes. Il admettrait par exemple, pour expliquer des faits semblables à ceux que je viens de rapporter, qu'un cancer a pu se développer sur une tumeur qui n'était pas primitivement cancéreuse. Cela n'est pas admissible, à moins d'admettre ce que les micrographes repoussent, savoir: qu'il y aurait transformation des tumeurs. Pour ma part, je me suis demandé dans le temps si des tumeurs bénignes ne pourraient pas dégénérer. J'ai été ébranlé par beaucoup de faits; mais j'avoue rester aujourd'hui dans le doute à cet égard. Je ne soutiendrais pas l'affirmative, mais je ne soutiendrais pas la négative non plus. Or si l'on n'admet pas la transformation, il faut donc que l'on admette de toute nécessité que les faits de M. Leblanc, où il convient lui-même n'avoir pas trouvé la cellule, n'en étaient pas moins en réalité du cancer.

Voilà donc deux ordres de faits qui me paraissent hors de toute contestation: il y a des cancers sans cellules; il y a des cellules sans cancers. Ceci est important, car, une fois admis, il n'y a plus de raison pour justifier les prétentions des micrographes. Voyez où cela les a conduits: à redemander une nouvelle définition du cancer. Ils ont refait et morcelé toutes les définitions, travail stérile et qui ne conduit à rien. Il y a trente siècles qu'on cherche à définir la vie. Y est-on jamais parvenu? Il est des choses qu'on ne définit pas. Je ne pourrais pas définir M. Robert, par exemple (on rit), et cependant je sais très bien le reconnaître.....

Ce qui constitue pour moi le cancer, c'est ce caractère particulier de malignité de certaines tumeurs qui tendent toujours à envahir et à détruire les tissus sains. Voilà ce que j'appelle cancer. Il n'est pas besoin, pour définir la malignité de ces tumeurs, de remonter aux temps fabuleux, comme l'a fait récemment un micrographe.

Voyons maintenant quelles sont les tumeurs que MM. les micrographes ne veulent pas admettre pour des cancers.

Je trouve d'abord les tumeurs épithéliales. Les micrographes ne veulent pas que les tumeurs épithéliales soient du cancer, parce que c'est un tissu homœomorphe. Un tiss homœomorphe, pour eux, ne peut jamais présenter le caractère malin; aussi ont-ils commencé par admettre que ces tumeurs ne repullulaient pas, puisqu'elles ne repullulaient que sur place. L'épithélial, dit M. Lebert dans son livre, ne repullule que sur place; il ne peut jamais se généraliser.

Je ne sais comment M. Lebert a pu admettre une pareille proposition, lorsque l'expérience de tous les jours démontre que non-seulement ces tumeurs repullulent sur place, mais encore dans les ganglions; que ce n'est pas exceptionnellement qu'elles repullulent, comme on l'a dit depuis, mais le plus souvent au contraire. Aussi ces messieurs ont-ils dû modifier leur première opinion; M. Lebert en est convenu lui-même depuis, il s'est rendu à l'évidence des faits. Ils admettent donc aujourd'hui ce que je soutenais en 1846.

Obligés de convenir de leur erreur sur ce point, les micrographes se sont rejetés sur la généralisation. Ils ont dit: La généralisation est le caractère du cancer; les tumeurs épithéliales ne se généralisent pas. Mais M. Robert lui-même, le défenseur officieux du microscope, a cité des exemples de ces sortes de généralisations. MM. Paget, Wirchow, Rokitanski ont publié des frits de tumeurs épithéliales récidivées et généralisées dans les poumons, dans le foie, partout.

Cela n'arrive pas aussi souvent, dira-t-on, pour les tumeurs épithéliales que pour le squirrhe ou l'encéphaloïde. Je n'en sais rien. Mais il importe peu que cette généralisation soit ou non aussi fréquente, cela ne change en rien la question.

On enlève un petit bouton à la lèvre. Le malade guérit; mais au bout de deux, trois, six mois, d'un an, il survient une seconde tumeur semblable. On l'enlève de nouveau, elle repullule encore; puis il arrive un moment où l'on n'ose plus y toucher, et le malade finit par succomber. Cela tue donc absolument comme le cancer. Où est la différence?

Il reste une autre catégorie, les tumeurs fibro-plastiques. Pour constituer avec ces sortes de tumeurs un groupe différent du cancer, les micrographes ont été obligés d'y faire entrer une foule de tumeurs qui n'ont entre elles aucune analogie. Comment a-t-on pu confondre avec de véritables tumeurs fibro-plastiques, qui font périr les malades, les simples hypertrophies glandulaires? En quoi cela se ressemble-t-il? Je le demande à tous les chirurgiens; et cependant la texture anatomique est en apparence la même. Il y a là évidemment autre chose qui nous échappe et qui constitue la différence. C'est donc une confusion déplorable qu'ont faite les micrographes.

M. Lebert a dit des tumeurs fibro-plastiques comme des tumeurs épithéliales, qu'elles ne repullulaient pas, ou qu'elles ne repullulaient que sur place. J'ai montré à M. Lebert plusieurs faits de repullulation dans les viscères; je n'y reviendrai pas. J'en demande pardon, à cette occasion, à M. Larrey, qui s'est fait aussi le défenseur du microscope; mais le fait qu'il a cité en faveur de la doctrine des micrographes est, pour cette doctrine, un véritable coup de massue.

M. Robert a invoqué des faits en témoignage de la non-récidivité des tumeurs fibro-plastiques. Mais, tant est grand l'aveuglement quand on est prévenu en faveur d'une idée, les faits cités par M. Robert sont tous antérieurs à l'usage du microscope.

Pour faire cesser la confusion et rendre les distinctions faciles, M. Robert a dit qu'il fallait s'appuyer sur cette grande loi de Bichat, rappelée plusieurs fois dans cette discussion. Il y a trente ans que je n'ai cessé d'appliquer cette loi dans tout ce qui est anatomique. Mais ce n'est pas tout que d'envisager le côté anatomique dans les questions de pathologie. Il y a autre chose à considérer, la nature des maladies, leurs causes, que le plus souvent nous ne connaissons pas. Il y a dans le cancer quelque chose de spécial qui échappe à toute investigation des sens, quelque chose qui n'est pas anatomique; c'est ce dont les micrographes ne tiennent pas compte. Il ne faut donc pas dire que la maladie est dans l'anatomie. Les caractères anatomiques sont très importants, mais ce n'est pas tout.

Là est la base de la distinction des tumeurs. Je dis que les tumeurs cancéreuses ont toutes ce caractère commun, de tendre à détruire les tissus en se généralisant. Tout ce qu'on a pu dire contre cette proposition n'est pas démontré ou ne prouve rien.

J'arrive à la question de la curabilité. Ici une première difficulté nous arrête: le diagnostic. Mais d'abord il faut que je me débarrasse d'un point. On m'a prêté la prétention d'être infaillible; on m'a fait dire que je ne me trompais jamais. Je n'ai jamais eu, grand Dieu! une pareille prétention. J'ai dit ceci: qu'il y avait un certain nombre de tumeurs dont les caractères cliniques étaient tellement tranchés, que personne ne pouvait s'y tromper. M. Malgaigne a fait sur ce point un discours fort beau. Il a entouré tout ce qu'il a dit à mon égard de telles précautions oratoires et de choses tellement flatteuses, que j'en ai été un instant ébloui. J'ai admiré moi-même les ornements dont il m'a si généreusement revêtu; mais je me suis demandé bientôt si ce n'était pas là la robe de Nessus... J'avoue que je n'ai pas bien compris la distinction subtile que M. Malgaigne a faite entre le diagnostic scientifique et le diagnostic pratique. Quand il s'agit de diagnostiquer, c'est sur le vivant, à ce qu'il me semble; je ne sache pas qu'on doive pour cela attendre la mort des malades. Mais passons sur ce point, et voyons comment j'ai établi mon diagnostic.

J'ai noté pour l'année dernière 120 cas de tumeur. Sur ce nombre, il y avait 66 cancers. Sur ces 66 cancers, j'ai pratiqué 49 ablations de mamelles cancéreuses, 30 à l'hôpital, 19 en ville. Toutes ces tumeurs ont été soumises à l'examen microscopique. Pas une seule fois le microscope n'est venu démentir mon diagnostic. 49 fois le diagnostic par le microscope a été le même que celui que j'avais porté avant l'opération. Mais je me hâte d'ajouter que je n'ai jamais dit que ce diagnostic fût toujours possible. Il est évident que, lorsque je dis que je ne puis pas me tromper, c'est pour les cas si bien tranchés qu'aucun chirurgien ne pourrait les méconnaître.

Ceci me ramène naturellement au dernier fait que j'ai communiqué à l'Académie. On se rappelle qu'il s'agissait d'une tumeur qui était pour moi douteuse. Cette tumeur a été examinée par trois micrographes, qui n'y ont pas trouvé la cellule cancéreuse. Un quatrième micrographe, M. Rombaud, mon interne, jeune homme très instruit et plein de zèle, l'a examinée à son tour et y a trouvé la cellule. J'ai cependant été arrêté par un scrupule. J'ai dit à M. Rombaud: Vous n'êtes peut-être pas reconnu par les micrographes, par conséquent votre assertion sera considérée comme sans valeur. Le lendemain, il me rapportait trois certificats constatant son aptitude aux études micrographiques.... (Légers sourires.)

J'arrive après ce grand circuit au point important. Pourquoi ne veut-on pas que le cancer soit curable? Lorsque j'invoque des faits à l'appui de la curabilité du cancer, on me répond: Vos faits ne sont pas concluants, parce qu'ils sont antérieurs à l'usage du microscope. Mais lorsque sur 49 cas où le contrôle du microscope est intervenu j'ai pu établir un diagnostic certain, pourquoi veut-on que j'aie dû me tromper avant l'usage du microscope?

A ce sujet, on a repris ma statistique, et on a dit: 20 cas de guérison sur 50 cas, c'est trop beau pour être vrai. Je n'ai pas été compris. Je n'ai pas dit que j'aie guéri 20 malades sur 50, mais sur 200 malades, dont la moitié ont été perdus de vue. Je n'ai pu ni voulu d'ailleurs établir une proportion impossible du moment où un grand nombre des opérés n'ont pu être revus.

(M. Velpeau rappelle ici sommairement plusieurs observations de personnes guéries, c'est-à-dire qui n'ont eu aucune récidive un plus ou moins grand nombre d'années après l'ablation d'un cancer, observations qui ont eu presque toutes pour témoins des micrographes.)

Ces faits, ajoute-t-il, sont authentiques. La curabilité du cancer ne peut donc être contestée. Cependant M. Robert m'a fait à ce sujet une objection que je dois repousser. Il m'a opposé le fait d'une dame opérée en 1850. Mais M. Robert n'a donc pas vu, en lisant l'histoire de cette malade, que j'avais fait précisément des réserves à son égard.

Quant aux récidives qui ont lieu à une période très éloignée de l'opération, après dix, quinze, vingt ans, par exemple, n'y aurait-il pas lieu de se demander s'il ne serait pas possible que le cancer, comme d'autres maladies, pût se manifester deux fois chez la même personne sans que cela pût être considéré comme une récidive? Ce serait là une question à examiner.

Je me suis toujours demandé pourquoi on ne veut pas que le cancer puisse être curable. Quel intérêt peuvent avoir les micrographes à soutenir cette proposition? Je ne l'ai jamais bien compris. On a cité à l'appui de l'incurabilité des statistiques et des noms fort respectables, Monro, Boyer, etc. Mais Monro n'a jamais fait de statistique, ni Boyer non plus. Et d'ailleurs, d'après la manière de raisonner de Boyer rappelée par M. Malgaigne, il est évident que la question de curabilité était insoluble, puisqu'il n'y avait pour lui de cancer que lorsqu'il y avait récidive. Quant aux statistiques nouvelles, celles de M. Lebert et de M. Broca, elles ne me paraissent pas plus concluantes, un grand nombre des sujets qui y entrent comme éléments n'ayant pas été revus.

Tous nous ne cherchons ici que la vérité; mais il ne faut pas la faire dépendre d'une opinion théorique. Or c'est d'une opinion théorique que découle la croyance à l'incurabilité du cancer.

Quant au microscope, je tiens à déclarer bien haut que dans mon opinion il a rendu de grands services, qu'il en rendra encore, mais qu'il a aussi fait commettre quelques erreurs. J'accepte les faits nouveaux qu'il nous a révélés, je ne conteste que les explications fausses ou douteuses qu'on en a données. J'ajouterai qu'en ce qui concerne en particulier la question en débat, je crois qu'elle doit être résolue avec réserve, car il y a là un élément spécial qui n'est pas assez connu encore.

Voilà dans quel sens il faut entendre mon opposition. J'ai encouragé et j'encouragerai toujours les nouvelles recherches, mais je n'en accepte que ce qui est démontré. J'accueille avec bonheur les progrès, mais c'est à la condition qu'ils pousseront le char de la science au lieu de le renverser. (Applaudissements unanimes.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le *Moniteur* publie la lettre suivante adressée au ministre de la guerre par M. le docteur Michel Lévy, médecin inspecteur, chef du service de santé de l'armée d'Orient:

« Devant Sébastopol, le 22 octobre 1854.

» Monsieur le ministre,

» J'avais à cœur d'apprécier par moi-même la situation sanitaire de l'armée de Crimée; elle est aussi satisfaisante que le comportent les conditions de la guerre et les influences qui ont agi antérieurement sur nos soldats.

» Les travaux de siége n'ont donné jusqu'à présent que 225 blessés, dont beaucoup ont été grièvement atteints; j'ignore le nombre exact des morts, mais il est peu considérable. Les ambulances divisionnaires sont bien installées, bien pourvues, bien desservies; il n'y a qu'une voix pour louer les bons offices qu'elles procurent. Celle du quartier général a pris un utile développement: composée d'un groupe de tentes et d'une baraque pour 115 malades, elle offre, comme celle des divisions et sur une plus grande échelle, des conditions d'aisance et de régularité qu'on est presque étonné de rencontrer à si courte distance d'une ville assiégée.

» En général, toutes les lésions suivent une marche favorable, malgré leur étendue ou leurs complications; la mortalité sera très restreinte, grâce au talent des chirurgiens et aux conditions hygiéniques qui entourent les malades.

» Une ambulance a été installée à Kherson sur la plage pour abriter et soigner les malades et blessés jusqu'à leur embarquement; je l'ai visitée bier et n'y ai trouvé que deux cas sérieux, une fièvre rémittente et un choléra de moyenne intensité.

» L'ambulance de tranchée est formée à tour de rôle par deux aides-majors de chaque ambulance divisionnaire et deux aides-majors du quartier général; ils sont dirigés par les chefs des diverses ambulances, qui ont sollicité à tour de rôle l'honneur de ce poste plus exposé, ce qui leur a été accordé sur ma demande par le général en chef.

» L'installation de l'armée assiégeante est aussi bien entendue que possible; les hauteurs qu'elle occupe ne présentent aucun foyer d'insalubrité; les camps sont espacés, les vivres abondants; le pain et la viande fraîche sont distribués au moins un jour sur trois, et ces aliments sont d'assez bonne qualité; le vin de distribution est sans contredit le meilleur que l'on puisse se procurer. L'état moral est parfait. L'ardente sollicitude du général en chef pour le bien-être des soldats, la vigilance administrative qui a réuni promptement sur cette terre à peine envahie des subsistances pour une période de trois mois au moins, l'intelligente activité des médecins luttent avec efficacité contre les influences nuisibles d'une saison avancée et d'une situation de guerre spéciale.

» A Varna, où j'ai inspecté le 17 de ce mois une fois encore les hôpitaux, on a pu supprimer le dernier hôpital sous tentes (Monastère); il y avait 1,156 malades et un millier de malingres qui attendent leur évacuation sur France; à Nogara, 81 malades (10 octobre); à Gallipoli, 268 (même date); à Andrinople (1er octobre), 10; au Pirée, 180 (7 octobre); à Constantinople, 1,729 (12 octobre); ce qui, avec les 650 malades de la Crimée, porte à un total de 4,074 le nombre des malades de toute l'armée d'Orient en traitement dans les hôpitaux.

» J'ai l'honneur d'être, etc. » *Signé*: Dr Michel Lévy. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour une place de médecin du bureau central vient de se terminer par la nomination de M. Xavier Richard, ancien interne des hôpitaux.

— Un des médecins les plus distingués du corps de santé de l'armée nous adresse les quelques lignes qui suivent:

« Un hôpital de 1,200 lits a été établi à Ramich-Tchifflik pour les malades fournis par la Crimée.

» Ramich-Tchifflik est une ancienne caserne de janissaires située entre le Bosphore et la mer de Marmara. Les vents du nord et de l'est y règnent habituellement, et on a profité de cette orientation et de cette ventilation perpétuelle pour placer les cholériques sous des tentes, au lieu de les enfermer dans des salles. Je vous ferai bientôt connaître les résultats de cette innovation pratique. »

— Errata. — Notre dernier numéro a eu du malheur dans ses nouvelles et son bulletin bibliographique. C'est M. Emile Blanche qui vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur, et non *M. Blache*, qui appartient depuis longtemps à cet ordre. Quant au nom de l'honorable secrétaire de la Faculté, nos lecteurs auront réparé l'erreur typographique, et mis Amette à la place d'*Annette*.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI;

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Choléra. — De quelques phénomènes hystériques peu connus. Anesthésie cutanée et musculaire générale. Perte complète de la sensation d'activité musculaire et de la conscience musculaire. — Amaurose congestive. Guérison rapide par un traitement antiphlogistique et révulsif énergique. — Sphacèle du scrotum et de la région inguinale à la suite d'une injection iodée pratiquée pour obtenir la guérison d'une hydrocèle. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Eclampsie après l'accouchement. — Foie syphilitique chez les enfants. Ictère syphilitique. — Du sang considéré comme remède et comme aliment. — Emploi de l'acide lactique dans la dyspepsie. — Du traitement de l'ongle incarné. — Nouveau procédé d'injection pour la cure radicale des hernies. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

L'épidémie est à peu près éteinte à Paris, ainsi qu'on en jugera par le bulletin ci-dessous. A peine voit-on, encore de loin en loin, dans les hôpitaux, quelques accidents cholériques, en général peu graves, qui compliquent les affections les plus communes en ce moment. La proportion décroissante et la bénignité relative de ces complications sont l'indice d'une cessation complète et prochaine de l'influence épidémique. Le relevé des décès de la ville pour la semaine précédente accuse la même diminution progressive.

Il en est de même pour la garnison, qui ne fournit plus aux hôpitaux militaires qu'un très petit nombre de malades cholériques.

Pour les départements, l'absence complète de nouvelles détaillées ne nous semble devoir être interprétée que d'une manière favorable. Ce que nous avons pu savoir de quelques-uns tend du moins à nous faire penser que l'épidémie est à peu près dissipée partout; sauf cependant dans l'arrondissement de Saint-Girons (Ariége), où l'on nous a signalé une recrudescence assez vive.

En Angleterre, à Londres notamment, la maladie est également en pleine et rapide décroissance, ainsi que le constate le dernier bulletin qui nous a été communiqué.

En Espagne, le fléau paraît sévir plus particulièrement vers le sud; et, contrairement à ce qui a eu lieu en 1849, il ne paraît pas devoir s'arrêter devant les frontières du Portugal. On écrit de Lisbonne que le choléra a franchi les bords du Guadiana et qu'il a envahi le royaume des Algarves. On en a constaté quelques cas isolés d'abord à Olhaô, à Villa-Réal de San-Antonio, à Castro-Marino et à Mancarabocho. Lors des dernières nouvelles, il ne s'était encore manifesté aucun cas à Lisbonne même, mais les affections qui y prédominent, et qui consistent principalement en irritations et fluxions gastro-intestinales avec déjections alvines abondantes, nausées, vomissements, anorexie, prostration, crampes légères quelquefois, etc., semblent présager une invasion prochaine de l'épidémie, si elles n'en constituent même déjà les prodromes; aussi l'autorité et le corps médical de Lisbonne se tiennent-ils prêts à tout événement.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils, du 2 au 8 novembre.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Du 2 novembre,	4	3	7	10	4
3 »	0	0	0	4	6
4 »	4	2	6	7	4
5 »	3	0	4	3	2
6 »	1	3	4	10	3
7 »	3	0	3	8	2
8	1	0	1	5	2
Totaux.	16	8	24	47	23

Situation générale au 8 novembre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,702
Sorties.	3,072	6,561
Décès.	3,489	
Restant en traitement.		141

Décès de la ville, de la banlieue et des hôpitaux civils et militaires de Paris du 27 octobre au 2 novembre.

	27	28	29	30	31	1er	2
Domicile.. . . .	10	17	6	4	8	7	2
Communes rurales.	2	1	0	0	0	0	0
Hôpitaux civils.. .	4	5	8	3	9	4	4
— militaires.	0	0	1	1	1	0	0
Totaux.. . .	16	23	15	8	18	11	6

Voici la répartition des décès de la ville dans les douze arrondissements pour les mêmes journées :

	27	28	29	30	31	1er	2
1er arrondissement.	0	1	0	0	0	1	0
2e —	1	5	0	0	2	1	0
3e —	2	3	0	0	1	0	0
4e —	0	1	0	0	0	0	0
5e —	1	0	1	0	1	0	1
6e —	1	1	0	2	2	0	0
7e —	0	0	1	0	0	1	1
8e —	1	1	0	1	1	3	0
9e —	1	4	2	0	0	0	0
10e —	1	0	2	0	0	0	0
11e —	0	1	0	0	0	0	0
12e —	2	0	0	1	1	1	0

Au 31 octobre, la mortalité générale du choléra en France s'élevait à 114,178.

De quelques phénomènes hystériques peu connus. — Anesthésie cutanée et musculaire générale. — Perte complète de la sensation d'activité musculaire et de la conscience musculaire.

Nous avons entretenu nos lecteurs, dans la dernière *Revue clinique*, de quelques faits d'anesthésies hystériques combattues avec plus ou moins de succès par la galvanisation, nous réservant de revenir à cette occasion sur quelques points encore peu connus de l'histoire de l'hystérie, dont on voit journellement des spécimens si variés et si bizarres dans le service de M. Briquet. Nous allons tenir cet engagement aujourd'hui, en rapportant sommairement l'histoire de deux jeunes filles hystériques couchées dans la salle Sainte-Marthe, l'une depuis un an environ, et l'autre depuis neuf à dix mois. Ce sont les malades du n° 20 et du n° 49.

La première de ces deux malades qui a fixé à cet égard notre attention est une jeune fille d'une vingtaine d'années, hystérique depuis six à sept ans, et qui est entrée à la Charité dans le mois de décembre de l'année dernière.

Depuis deux ans cette jeune fille a commencé à perdre la sensibilité de la peau aux membres supérieurs, mais sans aucun trouble dans les mouvements. Lors de son entrée dans les salles de M. Briquet, on constata qu'elle avait perdu la sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur sur toute la surface du corps; qu'elle ne sentait même pas l'excitation électro-cutanée; que les tissus placés sous la peau (muscles, os, troncs nerveux) étaient aussi insensibles que la peau, excepté dans un point limité du côté gauche du thorax, où la pression était douloureuse, où elle ressentait même souvent des douleurs spontanées; que la face était également insensible à toutes les excitations; que l'odorat était perdu, et enfin que la vue était très affaiblie à gauche.

Quant aux mouvements, voici ce qu'on remarquait :

Lorsqu'on lui donnait la main, elle la serrait avec assez de force; elle fléchissait ou étendait de même l'avant-bras sur le bras, mais elle ne pouvait modérer ses contractions musculaires, de sorte qu'elle serrait toujours avec la même force, alors même qu'on lui disait de prendre légèrement la main qui lui était offerte. Elle ne pouvait non plus faire de différence entre un corps léger et un corps pesant; elle n'avait pas conscience de la résistance qu'on opposait à ses contractions musculaires. Enfin on pouvait frapper violemment ses membres, les agiter, les secouer fortement, les changer de place sans qu'elle en eût la conscience; puis, comme elle ne sentait pas le lit dans lequel elle reposait, elle éprouvait des saisissements continuels au moment de son réveil, se croyant menacée d'une chute, et elle n'était complétement rassurée que lorsqu'elle se voyait réellement couchée dans son lit.

Un examen plus complet fit découvrir les phénomènes suivants :

Si on se penche de manière à empêcher la malade de voir sa main au moment où on lui dit de la fermer, celle-ci reste immobile, bien qu'elle croie l'avoir fermée; et pendant qu'on lui fait étendre et fléchir l'avant-bras sur le bras, ayant détourné son regard de ce membre, le mouvement s'arrête tout à coup, et le membre reste dans cette position comme s'il eût été tétanisé.

Après avoir masqué la vue de la malade, lui disait-on de fléchir l'avant-bras sur le bras ou de l'étendre (quand on l'avait placé dans la flexion), de fermer ou d'ouvrir la main, le membre restait immobile à droite comme à gauche; on voyait seulement quelques mouvements irréguliers et limités du membre qui annonçaient les efforts auxquels elle se livrait pour faire les mouvements qu'on lui commandait. Elle croyait les avoir exécutés et manifestait un étonnement mêlé de chagrin quand on lui laissait voir que son membre était resté dans l'inertie. Ces expériences ont été maintes fois répétées aux membres inférieurs comme aux membres supérieurs.

Voici une autre expérience qui montre, en outre, que l'action de la volonté unie au concours de la vue était nécessaire à la cessation de la contraction une fois produite. Si, après s'être fait serrer la main, on l'empêchait de voir et qu'on lui dît de cesser tout effort, on sentait que la contraction de ses fléchisseurs continuait, et il fallait employer une grande force pour lui ouvrir la main, ou bien si, après lui avoir fait fléchir l'avant-bras, on l'empêchait de voir, l'avant-bras restait dans la flexion, et il fallait pour l'étendre employer une assez grande force.

Il était intéressant de rechercher d'où pouvait dépendre cette suspension de l'action motrice volontaire. Provenait-elle d'un état pathologique des centres nerveux ou des organes périphériques? Dans cette dernière hypothèse, était-elle un état morbide de la sensibilité cutanée ou des propriétés musculaires? M. Duchenne (de Boulogne), dans le but d'éclaircir ces doutes, a eu l'idée de faire les expériences suivantes :

Il a essayé de rétablir la sensibilité de la peau de l'avant-bras et de la main par la faradisation cutanée. Pendant les premières minutes, la malade n'éprouva aucune sensation dans les points excités, bien que le courant fût intense et rapide. Mais bientôt elle accusa d'abord un chatouillement, puis une sensation de piqûre et de brûlure qui alla croissant et lui arracha des cris. Après quelques minutes de cette excitation, la sensibilité de la peau était en partie revenue dans le point électrisé, mais elle n'en franchissait pas les limites. L'excitation électro-cutanée fut promenée de la même manière sur tous les points de la région antérieure et postérieure de l'avant-bras et de la main, et sur la pulpe des doigts. Après cette opération, la malade sentait vivement les plus légers pincements de la peau, et elle distinguait les corps chauds des corps froids. La sensibilité tactile étant ainsi rappelée en partie, on demanda de nouveau à la malade de mouvoir la main ou les doigts sans les regarder, mais elle ne remua pas plus qu'auparavant, bien qu'on stimulât sa sensibilité cutanée en frottant ou en pinçant la peau de son avant-bras.

Il était donc démontré par cette expérience que la sensibilité de la peau ne pouvait remplacer chez cette malade le sens de la vue pour la production des mouvements volontaires.

Depuis ces diverses épreuves, la malade a été soumise à de nombreuses séances de galvanisation, qui n'ont eu jusqu'ici d'autre résultat que de convertir l'anesthésie profonde dans quelques régions en une simple anesthésie cutanée.

Nous ne nous étendrons pas sur la seconde observation, qui présente sur le fait principal la plus grande analogie avec celle que nous venons de rapporter.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans, en proie depuis un an aux accidents hystériques qu'elle présente aujourd'hui et entrée à l'hôpital de la Charité dans le mois de février dernier. Cette malade offre l'exemple d'anesthésie le plus complet que nous ayons jamais vu. La surface cutanée tout entière est insensible aux stimulations de toute espèce. Les membranes muqueuses des sens et celles de tous les orifices accessibles au toucher sont dans le même cas. Le goût et l'odorat sont anéantis. Cette anesthésie ne se borne pas aux surfaces cutanée et muqueuse. Toutes les masses musculaires, aussi profondément qu'on puisse les explorer, sont également insensibles; on peut les masser, les pétrir entre les mains, frapper avec force sans que la malade en ait la moindre conscience.

La contractilité est conservée dans tous les muscles, mais elle est très affaiblie; cet affaiblissement va même pour quelques régions jusqu'à la paralysie incomplète. Ainsi la malade ne peut ni marcher ni se soutenir sur ses jambes. Quant aux mouvements des membres supérieurs, elle les exécute librement, mais avec peu d'énergie, et elle est obligée de s'aider du regard pour les diriger, sans quoi les muscles cessent d'obéir à sa volonté et restent passifs, alors même qu'elle a le vouloir de les faire entrer en action. Enfin elle n'a nullement la conscience de leur contraction, et ne peut s'assurer que par la vue si le mouvement qu'elle a voulu exécuter a eu réellement lieu ou non. Aussi lorsqu'elle a les yeux fermés tout mouvement spontané devient impossible. On sent bien, en plaçant les doigts sur les muscles, qu'il s'y fait quelques efforts de contraction; on voit même une légère oscillation du membre, mais ces efforts restent impuissants, et le membre conserve la même attitude. Si dans cette même condition on prend son bras et qu'on le change de place, la malade n'en a aucunement conscience, et

elle n'est avertie du changement qui a été opéré dans ce membre que lorsque la vue lui est rendue. En un mot cette malade offre sous ce rapport identiquement les mêmes phénomènes que la précédente, c'est-à-dire une anesthésie complète des muscles comme de la peau, la perte de la conscience des mouvements soit volontaires, soit mécaniquement imprimés, et enfin l'impuissance de contracter les muscles sans l'intervention de la vue. Les mêmes expériences et explorations, répétées fréquemment chez elle, ont donné constamment les mêmes résultats.

Ces faits si remarquables ont été l'objet d'une étude particulière de la part de M. Duchenne, qui en a conclu à l'existence d'un état pathologique particulier du système musculaire inconnu jusque-là, et qui révèle à son tour, par son absence même, l'existence d'une propriété musculaire qu'il a cru devoir désigner sous le nom de *conscience musculaire*. La conscience musculaire servirait, dans l'état physiologique, à accomplir et diriger les mouvements musculaires.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, ces faits ont par eux-mêmes assez d'intérêt, au double point de vue pathologique et physiologique, pour que nous n'ayons pas à nous justifier ici de l'étendue que nous venons de donner à cette relation.

Amaurose congestive. — Guérison rapide par un traitement antiphlogistique et révulsif énergique.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié un travail de M. le docteur Morel-Lavallée relatif au traitement de l'amaurose, qui a été inséré dans le numéro du 22 juillet de cette année. M. Morel, considérant l'amaurose comme le plus souvent due à une cause sthénique et de nature inflammatoire, oppose à cette affection un traitement antiphlogistique et révulsif énergique, consistant en une saignée le premier jour, des sangsues derrière les oreilles le deuxième jour, un séton à la nuque le troisième, et le quatrième jour un purgatif salin répété ensuite les jours suivants, et deux ou trois fois par semaine jusqu'à complète guérison. Ce traitement, qui n'a de nouveau en fait que son énergie, appliqué indistinctement à une série d'amaurotiques, paraît lui avoir donné des résultats très satisfaisants. Sans examiner ici si dans cette série de cas il n'en était pas quelques-uns qui échappassent par leur nature et par leur cause à l'indication d'un semblable traitement, et en acceptant ce résultat brut tel qu'il est, on doit conclure, ce nous semble, que si ce traitement était appliqué à des cas réels d'amauroses congestives sthéniques préalablement bien diagnostiquées, il y aurait lieu d'espérer qu'on en retirerait à peu près constamment de bons effets. Voici un fait recueilli dans le service de M. Demarquay, à la Maison de santé, par M. Boucher, interne du service, et qui tend à justifier ces espérances.

Le 24 octobre 1854, est entré à la Maison de santé le nommé Maugis, âgé de vingt-deux ans, cultivateur.

Il n'y a rien d'héréditaire dans sa famille, si ce n'est une faiblesse congénitale de la vue, qui existait chez le père. Maugis n'a jamais été malade. Sa constitution est robuste; il présente les attributs les plus marqués du tempérament sanguin, ses joues sont fortement colorées. Habitant la campagne, il a les habitudes sobres, ne boit jamais, et n'a jamais fait d'excès de femmes.

Cultivateur jusqu'alors, il y a environ huit mois il changea de condition et devint clerc d'huissier. Dès lors il lui fallut déchiffrer une foule d'actes mal écrits, souvent illisibles, ce qui lui fatigua beaucoup la vue. Il y avait à peine deux mois qu'il exerçait ce nouveau métier quand il s'aperçut pour la première fois que sa vue s'obscurcissait. Au lieu de voir l'écrit qu'il fixait, son regard ne rencontrait qu'un brouillard obscur. Après quelques instants de repos les lettres reparaissaient dans leur intégrité ordinaire.

Il ne fit rien d'abord contre cette amblyopie sthénique, et la maladie ne fit qu'empirer; les brouillards se rapprochaient et l'obligeaient fréquemment à cesser son travail. Bientôt il se manifesta de la photopsie. Les étincelles, les raies de feu, rares d'abord, finirent par alterner avec les brouillards. La lumière devint incommode. Maugis ne pouvait plus fixer un objet en plein jour. Tout corps réfléchissant, un métal, un vase d'argent, un verre poli, lui produisait en plein jour l'effet de la vue du soleil. Lorsque le soir il regardait une chandelle allumée, il voyait la flamme volumineuse, irisée, très mobile. Enfin il lui semblait que les objets changeaient de place, qu'ils allaient à la rencontre les uns des autres. Le tout était accompagné d'un mélange de points noirs, sautillants et entraînés dans un mouvement rotatoire.

Une saignée faite il y a deux mois calma les accidents; il ne restait plus que quelques brouillards à de rares intervalles.

Après quinze jours la vue s'obscurcit de nouveau, et l'état du malade devint rapidement aussi alarmant qu'autrefois; Maugis, plus effrayé que jamais, se décida alors à venir à Paris.

A son entrée à la Maison de santé, le 25 octobre, on fut tout d'abord frappé de la dilatation et de l'immobilité de la pupille. M. Demarquay constata une grande vascularisation de la rétine à l'aide de l'instrument de M. Anagnostakis, dont nous avons plusieurs fois déjà entretenu nos lecteurs. Il prescrivit, en conséquence, 15 sangsues sur la tempe gauche, une bouteille d'eau de Sedlitz, une demi-diète.

Le lendemain 26, la pupille est plus contractée, plus mobile; il n'y a plus de photopsie. — Saignée du bras; demi-diète.

Le 27, les brouillards eux-mêmes ont en partie disparu. La pupille est plutôt contractée que dilatée; elle est très mobile, se resserre vite et beaucoup dans l'obscurité. — Quinze sangsues sur la tempe du côté opposé; bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 28, jamais le malade ne s'est aussi bien trouvé; il parle de s'en aller, attendu qu'il n'a plus rien à attendre du côté de la guérison. M. Demarquay prescrit cependant, par précaution, un vésicatoire derrière la nuque.

Le résultat a répondu, comme on le voit, dans ce cas aux espérances que M. Demarquay fondait sur cette méthode. La nécessité d'employer le traitement antiphlogistique et révulsif avec une certaine énergie semble être démontrée ici par le soulagement momentané et non soutenu qu'avait produit quelque temps auparavant une saignée. Nous ferons remarquer, enfin, qu'ici le diagnostic de l'amaurose congestive a été établi à l'aide d'un moyen qui lui donne le plus grand degré de précision possible.

Sphacèle du scrotum et de la région inguinale à la suite d'une injection iodée pratiquée pour obtenir la guérison d'une hydrocèle.

Lorsqu'il s'est agi, il y a déjà un certain nombre d'années, de substituer l'injection iodée à l'injection vineuse dans le traitement de l'hydrocèle, les partisans de la nouvelle méthode firent valoir en faveur de l'iode, entre autres avantages, son innocuité. En cas que, par mégarde ou par suite d'un de ces mouvements brusques du malade qu'on ne peut toujours prévenir, la canule vînt à sortir de la cavité vaginale et que l'injection filtrât dans le tissu cellulaire du scrotum, on n'aurait plus à craindre, disait-on, d'accidents graves. Le sphacèle, que l'on voyait survenir presque inévitablement après une injection vineuse malheureuse et que nous nous souvenons avoir vu pour notre compte trois fois de suite entre les mains d'un chirurgien célèbre, ne paraissait plus à redouter. Il est certain que depuis qu'on pratique l'opération de l'hydrocèle presque exclusivement avec la teinture d'iode, nous n'avions pas eu connaissance jusqu'ici d'un seul accident de ce genre. Cela tient-il à ce que les opérations ont généralement été heureuses ou à ce que les quelques déviations qui ont pu avoir lieu dans l'injection sont passées inaperçues? Nous ne saurions le dire. Toujours est-il que voici un fait tout récent qui prouve que l'injection d'iode dévoyée peut dans quelques cas au moins, sinon toujours, produire des accidents aussi redoutables que le vin chaud, et qu'il ne faudrait pas trop par conséquent se fier à l'avenir sur sa prétendue innocuité.

Un homme de trente-neuf ans, portant une hydrocèle du côté droit, entre le 25 septembre dernier à l'hôpital pour s'y faire opérer.

Le sujet est blond, d'un tempérament lymphatique et nerveux, très impressionnable et craignant beaucoup la douleur; tous les jours il insiste pour savoir si l'on voudra l'endormir avant de l'opérer. L'hydrocèle est d'un volume peu considérable. L'opération est pratiquée le 29 septembre.

Le coup de trocart est donné à la partie antérieure et inférieure du scrotum, et la canule laisse écouler environ 100 grammes du liquide ordinaire des hydrocèles. Le malade avait bien supporté cette ponction; mais, quand les premières gouttes de l'injection (teinture d'iode, une partie; eau, deux parties) eurent touché la tunique vaginale, il poussa un cri et fit un mouvement brusque auquel on était loin de s'attendre; la canule en fut déplacée, malgré toutes les précautions prises pour la maintenir; l'injection continua, mais l'opérateur et ses aides étaient sur leurs gardes; ne voyant pas la tunique vaginale se distendre, on enleva la seringue, et rien ne ressortit par la canule; presque tout ce qui avait été injecté avait passé dans le tissu cellulaire; heureusement 50 grammes de liquide tout au plus composaient cette injection. Au moyen de pressions sur le scrotum, on fit sortir une grande partie de ce liquide infiltré; on tint ensuite les bourses relevées, puis on les recouvrit, ainsi que le bas-ventre, avec un large cataplasme. — Diète.

Les jours suivants, fièvre, anorexie. Le malade ne peut uriner seul; on est obligé de le sonder. Toute la partie antérieure du scrotum, de haut en bas, mais seulement à droite, prend une teinte d'un rouge livide, puis elle brunit, et le jeudi 5 octobre (sept jours après l'opération) l'eschare est bien formée; elle se détache même sur ses bords par une ligne grisâtre irrégulière, la circonscrivant et l'isolant des tissus sains; elle comprend toute la face antérieure du scrotum à droite. On en enlève la couche la plus superficielle avec des ciseaux courbes, puis on panse avec de la charpie sèche et de la poudre de quinquina.

Les jours suivants, on enlève de même d'autres couches sphacélées du tissu cellulaire. — Même pansement; diète.

Le dimanche 15 octobre, toutes les parties sphacélées dans l'espace indiqué plus haut ont été détachées; la plaie a un bon aspect, elle est couverte de bourgeons charnus. La suppuration est de bonne nature et peu abondante. On peut remarquer sur la face externe du testicule dénudé une eschare de 2 centimètres de largeur environ, sur 2 et demi de longueur; elle appartient à la tunique albuginée. On attribue sa production à la violence de l'inflammation.

Dès le vendredi précédent, une rougeur assez étendue, accompagnée de douleur, s'est montrée au-dessus du pli inguinal droit. Ce jour-là on y a appliqué quatorze sangsues. Cette rougeur garde l'empreinte du doigt quand on la touche. Il n'y a pas de fluctuation distincte; cependant on pratique à deux travers de doigt du pli de l'aine droite, et parallèlement à sa direction, une incision de 3 centimètres et profonde d'un centimètre et demi. Il ne s'écoule pas de pus.

Le lendemain 16, en pressant sur les bords de l'incision, elle laisse échapper un peu de pus et des bulles de gaz. — On donne du vin de quinquina; on nourrit le malade.

Le mercredi 18, il y a encore de la fluctuation à 3 centimètres au-dessus du point incisé. Une deuxième incision, parallèle et semblable à la première, est alors pratiquée; elle donne issue à du pus.

Le 20 les deux ouvertures communiquent; cette région se dégorge.

Le dimanche 29 on enlève avec des ciseaux l'eschare superficielle de la tunique albuginée; elle est extrêmement mince.

Enfin le 7 novembre, dernier jour où nous avons vu le malade, la grande plaie et le testicule étaient couverts de bourgeons charnus; il y avait très peu de suppuration et tendance à la cicatrisation; les deux incisions placées au-dessus du pli de l'aine étaient taries et cicatrisaient. Le malade est en voie de guérison.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Éclampsie après l'accouchement;

Par M. Mavel (d'Ambert).

Dans son numéro du 28 octobre, la *Gazette des Hôpitaux* a publié une observation de M. le docteur Gatiniol, relative à un cas d'éclampsie qui a persisté dix-huit heures après l'accouchement. Cette observation, qui est une exception à la règle commune, me détermine à porter à la connaissance de mes confrères une observation d'éclampsie développée après la délivrance entière et heureuse de la femme.

Obs. — Le 15 mars 1847, je fus appelé à cinq heures du matin, à la campagne, auprès de la femme d'Henri Duteil, et à mon arrivée j'apprends de la sage-femme les renseignements suivants :

La malade est âgée de vingt-cinq ans, habituellement bien portante, enceinte pour la première fois et à terme. Sa grossesse n'a été entravée par aucun accident. Pendant le dernier mois, les membres inférieurs sont devenus œdémateux. Après un travail de quatre heures, qui n'a rien présenté d'extraordinaire (le seigle ergoté n'a point été administré), la malade a mis au monde, à une demi-heure d'intervalle, deux petites filles vivantes et robustes. La délivrance a été opérée un quart d'heure après, et aussitôt l'on a vu la figure de la malade rougir, se congestionner; les yeux devenir hagards, fixes; les mâchoires fortement serrées, la bouche écumeuse, le tronc et les membres agités de mouvements convulsifs; les veines jugulaires gonflées, l'intelligence abolie.

A mon arrivée, cette scène effrayante fait place à un état qui ressemble à l'anéantissement. La malade est calme, mais l'intelligence n'a pas reparu; la face est encore colorée; le pouls plein, à 100 pulsations par minute. Le diagnostic ne pouvant être douteux, j'avais affaire à une attaque d'éclampsie. Je pratique aussitôt une saignée de trois palettes, et je prescris une infusion de feuilles d'oranger, ne pensant pas devoir recourir à une médication plus énergique.

A midi je suis rappelé auprès de la malade. Depuis la saignée, quatre nouveaux accès sont survenus, séparés par des intervalles de calme pendant lesquels l'intelligence n'a pas reparu. La bouche est encore pleine d'une écume sanguinolente; les yeux convulsés en haut, la pupille dilatée; le ventre est souple; le pouls n'a pas changé. Je renouvelle la saignée et je prescris, à prendre par cuillerées toutes les cinq minutes, une potion de 120 grammes avec 10 centigrammes d'émétique. Le lendemain, j'apprends que la potion n'a point été administrée, et que la malade a succombé pendant la nuit.

Cette observation est surtout remarquable en ce que l'éclampsie, que l'on attribue généralement à la distension de l'utérus, ne s'est déclarée qu'après la délivrance *entière et heureuse* de la malade, et que malgré cette circonstance, qui pouvait autoriser à porter un pronostic favorable, elle s'est terminée d'une manière funeste. Du reste, les deux signes qui peuvent faire craindre cette maladie n'avaient pas fait défaut : la primiparité et l'infiltration.

A côté de cette observation, j'en placerai une seconde dans laquelle l'éclampsie est survenue chez une femme primipare, mais sans infiltration préalable, avant le travail de l'accouchement, et qui a cessé aussitôt que l'accouchement a été terminé par le forceps.

Obs. — Le 22 mars 1854, je suis appelé à quatre heures du soir auprès de la femme Vialatte. Je trouve près d'elle deux confrères qui sont arrivés peu de temps avant moi, et l'accoucheuse, qui me donne les renseignements suivants :

La malade est âgée de trente-quatre ans, primipare, et au terme d'une grossesse qui a été heureuse. Les membres inférieurs ne sont point œdémateux. Le travail est commencé depuis hier. Une saignée fut pratiquée pour combattre la céphalalgie dont se plaignait la malade. Depuis lors le travail est suspendu; il n'a bien repris que depuis deux heures. L'accoucheuse trouvant que le travail ne marchait pas assez vite, a administré le seigle ergoté; les douleurs sont alors devenues beaucoup plus fortes; mais il y a à peine une demi-heure, la malade a poussé un cri, elle s'est roidie, la face est devenue violacée, il est survenu de l'écume à la bouche, il y a eu perte de connaissance. A notre arrivée, l'intelligence n'est pas encore revenue; je crois entendre parfois quelques grincements de dents. Quelques douleurs surviennent et la tête s'engage dans le détroit supérieur.

Malgré le tableau assez bien peint par l'accoucheuse, un de mes confrères semble croire qu'elle s'est méprise, et qu'elle a pris une syncope pour une éclampsie. Le pouls de la malade bat 92 fois par minute. La face est médiocrement colorée; nous attendons. Une heure

s'est à peine écoulée, et nous sommes témoins d'un accès d'éclampsie des mieux caractérisés. Face violacée, yeux agités violemment, écume sanguinolente à la bouche, convulsions cloniques des membres et du tronc. Sans plus tarder, l'application du forceps est résolue; je suis chargé de l'effectuer; elle a lieu sans difficulté, et elle a pour résultat la naissance d'un enfant mâle asphyxié, mais que des soins assidus ramènent à la vie. La délivrance ne présente aucune difficulté; l'intelligence revient assez promptement, mais la malade ne croit pas être accouchée. Depuis ce moment, cette femme a continué à bien aller; elle allaite son enfant. Les suites ont été naturelles.

Cette observation ne me paraît pas dépourvue d'intérêt, en ce que, d'une part, l'éclampsie n'a point été précédée d'infiltration, et que, d'autre part, elle a succédé à une administration de seigle ergoté dont l'indication ne m'a pas paru bien démontrée.

FOIE SYPHILITIQUE CHEZ LES ENFANTS. ICTÈRE SYPHILITIQUE.

Par le docteur Adolphe GUBLER, médecin des hôpitaux.

C'est combler une lacune dans l'histoire de la syphilis que d'étudier les troubles viscéraux qu'elle entraîne après elle. M. le docteur Gubler a sans doute eu cette pensée en recherchant avec soin les lésions et les troubles fonctionnels du foie qui sont sous la dépendance de la vérole. Déjà dans un premier travail lu à la Société de biologie en 1852 il a fait connaître dans le foie des jeunes enfants syphilitiques une lésion singulière, tantôt générale et tantôt partielle, caractérisée par des îlots de tissu hépatique, jaunâtre, induré, et dont les éléments normaux sont infiltrés d'éléments fibro-plastiques et d'un liquide albumineux analogue à la sérosité du sang. Ces indurations syphilitiques du foie tranchent, par leur couleur, leur dureté, leur résistance aux injections les plus fines, avec le tissu sain de l'organe. Elles ne se sont montrées dans aucune affection autre que la syphilis congéniale, et elles se rapprochent par leur nature plastique des altérations qui constituent le sarcocèle syphilitique, ou les tumeurs connues sous le nom de *gommes;* ce seraient donc des accidents de la période tertiaire. Toutefois l'on ne rencontre avec ces lésions du foie aucun autre accident tertiaire, mais plutôt des éruptions cutanées de la période secondaire. On est donc autorisé à dire que c'est un accident de transition.

Quelques troubles assez graves du côté des organes digestifs, une altération profonde des traits, de la chloro-anémie, une augmentation du volume du foie doivent, chez un enfant syphilitique, appeler l'attention du médecin sur la lésion qui nous occupe. Le pronostic d'une telle maladie est le plus souvent funeste, et la thérapeutique ne sait guère en modifier la gravité.

M. le docteur Gubler, poursuivant ses recherches sur les troubles fonctionnels du foie dans la syphilis, vient de décrire dans un nouveau travail inséré parmi les *Mémoires de la Société de biologie*, t. V, une variété d'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces. Huit observations, dont cinq lui sont propres, et dont les trois autres appartiennent à Percy et à M. Ricord, lui ont permis d'exposer la physionomie générale de cette affection.

Dans sept observations, l'ictère a coïncidé avec la diathèse syphilitique, manifestée par des accidents cutanés secondaires. Dans le cas de Percy, l'infection était probable; mais les éruptions syphilitiques ne sont pas signalées. Cet ictère s'est montré dans tous les cas comme un accident précoce, accompagnant les syphilides exanthématiques, tantôt les précédant, tantôt se montrant en même temps qu'elles; de façon qu'on doit le regarder comme un accident contemporain. Cette jaunisse peut rester légère ou moyenne. Deux fois elle a été assez forte pour que la sécrétion salivaire ait entraîné la matière colorante de la bile. Ordinairement elle atteint rapidement son maximum d'intensité. Sa durée est très variable, quelquefois très courte; elle a pu se prolonger quinze jours et davantage. Cette couleur jaune du tégument externe modifie toujours l'aspect des syphilides exanthématiques qu'elle vient compliquer; elle peut même en voiler complétement les premiers états, particulièrement les formes roséolique et érythémateuse.

M. Gubler a toujours constaté chez ces malades, au début des accidents cutanés, des troubles du côté des organes de la digestion, tels qu'anorexie, nausées, amertume de la bouche, douleur à l'épigastre. Il faut remarquer encore qu'aucun des ictériques dont l'histoire est consignée dans ce travail n'avait été soumis au traitement mercuriel avant l'apparition de la jaunisse.

Après avoir exposé les faits, M. Gubler en poursuit avec soin l'interprétation. Il montre que cette affection existe en l'absence des causes vulgaires capables de déterminer l'ictère, et qu'elle coïncide plus ou moins souvent avec d'autres symptômes réputés spécifiques. Toutefois cette coïncidence, pour acquérir la valeur d'une démonstration, devrait assurément s'appuyer sur un plus grand nombre de faits. Mais il a soin de faire remarquer qu'il s'agit ici d'une affection peu commune, comme le sarcocèle et l'iritis syphilitique, qui assurément sont rares, comparativement au grand nombre des affections vénériennes.

Mais l'on ne voit point ici une lésion palpable du foie, mais bien une altération fonctionnelle. Ainsi tous les observateurs ont noté des troubles gastriques au moment où s'établit chez un individu la diathèse syphilitique. Ces troubles peuvent aller plus loin, et l'ictère en être la conséquence. Cette origine diathésique explique encore comment l'apparition de la jaunisse se fait régulièrement à une période déterminée de la maladie générale, et pourquoi les mercuriaux modifient ce symptôme rapidement et d'une manière favorable.

Ce sont là cependant des preuves qui n'ont rien d'absolu dans leur démonstration, et il faut reconnaître que l'ictère syphilitique n'a point de caractères spécifiques.

Nous hornerons là notre analyse, car nous pensons avec l'auteur qu'on ne peut faire que des conjectures sur la relation de certaines éruptions syphilitiques internes avec l'ictère; mais l'on doit savoir gré à ce médecin d'avoir sérieusement appelé l'attention sur un phénomène syphilitique qui a droit aujourd'hui de prendre rang dans la nosologie. (*Mém. de la Soc. de biologie* et *Arch. de méd.*)

DU SANG

considéré comme remède et comme aliment.

(Mémoire présenté à la Société de médecine de Lyon par M. RIMAUD, membre correspondant à Saint-Etienne).

Les habitants du pôle boréal boivent le sang chaud des veaux marins et des rennes. Une telle nourriture les aide à supporter les rigueurs de leur climat.

Depuis quelques années, j'ai quelquefois recours dans ma pratique à l'emploi de ce moyen; les avantages que j'en ai retirés m'engagent à le recommander.

Et d'abord on ne peut nier l'heureuse influence sur l'économie des substances nutritives encore vivantes. Le lait passant directement du sein maternel dans l'estomac de l'enfant est bien mieux supporté et bien plus salutaire que celui qui a séjourné hors de son réservoir naturel, encore que l'analyse n'y reconnaisse aucune différence.

A Montpellier, les médecins font prendre assez souvent aux malades qui, pour des affections de poitrine ou de larynx, vont passer l'hiver dans le Midi, des colimaçons, qu'ils exigent être pris vivants. J'en ai vu obtenir de très bons effets.

Les huîtres, plus nutritives que ne l'avait fait croire leur facile digestion, sont prises en très grande quantité sans fatiguer l'estomac, sans rassasier. Souvent il m'arrive d'en donner à des malades, à des convalescents qui peuvent à peine supporter du bouillon ou de légers potages. L'huître passe avec facilité; elle ouvre l'appétit, et hientôt un aliment plus substantiel est demandé et digéré sans peine. Malheureusement on ne peut en avoir toujours à sa disposition. On sait quelle quantité d'huîtres on peut absorher sans nuire au repas qui va suivre. Dira-t-on que cela tient seulement à ce qu'elles sont peu nutritives? Mais pourrait-on ingérer sans inconvénient une aussi grande quantité d'herbages qui, certes on l'avouera, sont inférieurs à ces mollusques en principes nutritifs? Il faut donc croire que cela tient surtout à ce que les huîtres descendent vivantes dans l'estomac.

On obtient souvent de bons résultats de la viande crue et hachée chez les enfants atteints de lienterie. Sans l'habitude, il est probable que la viande crue se digérerait plus facilement que la viande cuite. En effet, l'eau avec addition d'un demi-millième d'acide chlorhydrique suffit pour dissoudre les substances albumineuses, tandis que pour dissoudre la fibrine cuite, c'est-à-dire s'éloignant davantage de la vie, l'eau étendue d'acide ne suffit plus, il faut y ajouter du suc gastrique, qui devient indispensable (1).

Bien mieux que ces diverses substances, le sang chaud réunit tous ces avantages, toutes ces qualités. Il est certain que cette chair coulante, possédant sa chaleur naturelle, est encore douée de vie, puisque en la transvasant dans des veines étrangères, elle va stimuler les organes, les réparer, y continuer la vie qui allait s'éteindre.

En buvant le sang sortant de la veine, il s'opère pour ainsi dire une espèce de transfusion médiate dont nous verrons les heureux effets.

Si l'homme ne pouvait vivre exclusivement de chair, vu le peu de matériaux qu'elle contient en aliments de la respiration produisant la chaleur animale, il n'en serait pas de même du sang, qui contient du sucre, de la graisse; comme le lait, il suffirait seul à entretenir la vie pendant longtemps.

Les analyses tous les jours plus exactes qui se font de ce liquide tendent à confirmer l'opinion de ceux qui croient que le sang contient tout formés les principes si divers, si nombreux de l'organisme animal.

Nous avons vu que plus un aliment conserve de vie, plus son assimilation est facile et profitable, pourvu néanmoins qu'il soit en rapport avec l'estomac qui le reçoit. Si la chair des animaux carnassiers nous répugne, c'est qu'elle a trop de vie, qu'elle ne convient qu'à des estomacs plus robustes que les nôtres.

Le sang encore vivant est donc à la fois une substance extrêmement réparatrice et d'une digestion facile. Ce fait bien établi, cherchons par l'observation et l'induction le parti qu'on peut en tirer en médecine.

Rien n'est moins rare que de rencontrer dans la pratique de ces malades qui, minés sourdement par des excès de tout genre ou par la misère, par des travaux prolongés, des chagrins, voient leur embonpoint disparaître, leurs forces diminuer. Cet état arrive d'abord insensiblement sans que le malade y prête beaucoup d'attention; mais bientôt les fonctions digestives se dérangent, puis arrivent des palpitations nerveuses, une grande irritabilité, des sueurs nocturnes générales. Quelquefois survient une gastrite, mais le plus souvent une gastralgie avec son cortége de symptômes variables et bizarres.

A l'aide d'un traitement et d'un régime convenables vous ramènerez bien la santé; mais que de soins, que de temps, que de dégoûts, que de rechutes, que d'ennuis pour le médecin et pour le malade !

Dans ces cas, le sang administré avec précaution est un remède prompt et efficace.

Il réussit surtout chez les femmes, alors que les ferrugineux, le manganèse, les toniques sont mal supportés, que l'estomac ne peut reprendre ses fonctions. Si vous pouvez vaincre la répugnance des malades pour ce liquide, vous verrez bientôt les joues se colorer, la langueur se dissiper et les forces revenir.

La manière dont s'exécute la digestion est pour beaucoup dans le changement qu'éprouve la sécrétion urinaire. Toutes les personnes malades de l'estomac savent que le lendemain d'un écart de régime leurs urines changent de nature; elles se décomposent rapidement; à peine émises, elles deviennent jumenteuses et laissent bientôt déposer une grande quantité d'acide urique (1).

MM. Henry et Soubeiran se sont assurés que le sang des diabétiques contient un quart moins de fibrine et d'albumine que Berzélius et Darcet n'en ont trouvé dans le sang des individus en santé. Il faut donc reconnaître dans cette maladie une altération profonde du sang et des humeurs. Or, qui est-ce qui peut mieux rendre compte de cet état qu'une digestion viciée? Aussi, avec plusieurs pathologistes (Rollo et Dezeimeris), je pense qu'on doit placer le siége primitif, du moins du diabète, dans l'estomac et les intestins.

La gastro-entérite a été peut-être, suivant M. Andral, la cause première du diabète. C'est maintenant, je crois, l'opinion la plus généralement admise : gastro-entérite d'une forme particulière, puisqu'elle donne lieu à des phénomènes spéciaux et qu'elle réclame un traitement spécial.

Dans ces derniers temps, appuyée sur l'aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes*, la réaction a peut-être été trop forte contre la gastrite. Pourquoi donc n'y aurait-il pas des gastrites qui demanderaient un traitement spécial différent de celui de la gastrite ordinaire? Ne trouve-t-on pas des pneumonies qui réclament les unes les émissions sanguines, les autres l'antimoine, celle-ci les purgatifs, celle-là le musc, les toniques? Parce que le traitement a changé la nature de la maladie est-elle différente? L'aphorisme précédent admet donc des exceptions.

Pour revenir au diabète : bien mieux que le lard, les graisses, le bœuf rôti, qui finissent bientôt par épuiser l'estomac, vu le travail pénible qu'ils lui imposent, le sang, élément réparateur s'il en fut, remplira les indications d'un traitement rationnel, puisqu'il contient, comme nous l'avons remarqué, tous les principes de l'organisme. Ainsi qu'on l'a dit, quelque pressante que soit l'indication d'introduire une grande quantité d'azote dans l'estomac, elle ne peut passer avant celle de procurer de bonnes digestions (*Note sur le diabète sucré*, par le docteur Devay).

Dans certaines chloroses où le fer est mal supporté, le sang réussit très bien, et ce serait toujours un précieux adjuvant si son administration n'offrait pas quelques inconvénients.

Voici la manière dont j'ai pris moi-même le sang et celle dont je l'ai administré aux malades :

On doit le prendre à jeun ou loin des repas. On commence par une petite quantité, tout au plus par un quart de verre, par la suite on va jusqu'à un demi-verre. Autant que possible le malade doit se rendre à l'abattoir et boire le sang sortant de la veine avant la formation du caillot.

Le sang de veau est préférable à tout autre, parce qu'il doit être plus léger, moins substantiel que celui d'un animal adulte, parce que le veau est abattu à un âge où il n'a pas encore contracté de maladies. On sait qu'il n'est pas rare de rencontrer des affections organiques chez les animaux que l'on abat dans nos boucheries; surtout chez les moutons; si on peut sans danger se nourrir de leur chair, il n'en serait peut-être pas de même de leur sang (2).

Il n'est pas toujours facile de vaincre la répugnance des malades; mais une fois le premier pas fait, on s'habitue vite à ce liquide. Au reste, il est sans mauvais goût, il semble qu'on boit du lait chaud; seulement il laisse un arrière-goût alcalin, qu'on évite en mettant immédiatement après avoir bu un morceau de sucre dans la bouche.

De même que les huîtres, lorsqu'on en a pris pendant quelques jours, le sang est si promptement digéré que, loin de remplacer le repas qu'il précède, il rend l'appétit beaucoup plus vif.

Si le boudin est un aliment indigeste, on se rappellera, outre que c'est un sang mort, que c'est un liquide privé de fibrine, qu'il n'est guère qu'un mélange de sérum et de matière colorante.

Puisque le sang cède avec tant de facilité aux forces digestives, d'où vient que, lorsque dans une opération le patient en avale, il provoque pour l'ordinaire des vomissements? Pourquoi n'est-il

(1) Si on augmente la quantité d'acide la fibrine n'est plus dissoute. Ce phénomène ne rendrait-il pas compte, dans certaines affections de l'estomac, du mode d'agir de la magnésie, des alcalis, des eaux de Vichy, qui ramèneraient l'acide au titre voulu pour la digestion.

(1) L'urée est une substance des plus azotées; dans les exacerbations de la gastrite chronique, l'azote des aliments ingérés, au lieu de profiter aux organes, est éliminé par les voies urinaires. Dans la gastralgie franche, les urines sont claires, limpides, souvent abondantes.

(2) Il doit être pris trois à quatre fois par semaine, pendant un temps qui varie de un à trois mois, suivant la gravité de la maladie pour laquelle il est administré.

pas digéré dans l'hématémèse ? Chez l'enfant, rien qui doive surprendre, le sang est un aliment qui n'est pas en rapport avec la faiblesse de son estomac; mais chez l'adulte..... serait-il vrai qu'on ne peut digérer sa propre substance ? On sait qu'il est faux que dans la diète prolongée le suc gastrique ronge les parois stomacales, ainsi que cela a été avancé.

Pourquoi, après l'usage du sang, de même qu'après celui des ferrugineux, les selles deviennent-elles noires ? Serait-ce dû à la minime quantité de fer qu'il contient ?

Dans les petites villes, même à Saint-Etienne, le sang des abattoirs est perdu, car on ne l'emploie pas encore comme engrais (1). Ne serait-ce pas un service rendu au pays que de l'utiliser pour son alimentation, au moins dans les temps de disette. Les cuisinières se gardent bien de rejeter le sang des lièvres et de la volaille, elles le recueillent au contraire avec soin. Je ne vois pas pourquoi celui des autres animaux n'aurait pas autant de valeur. J'ai plusieurs fois fait cuire le caillot du sang de veau, et je l'ai toujours mangé avec autant de plaisir qu'une autre partie de sa chair.

Les voyageurs nous apprennent que plusieurs hordes de Tartares boivent le sang de leurs animaux domestiques. On trouve ce vers dans les Géorgiques de Virgile (liv. III)

Et lac concretum cum sanguine potat equino.

La Mortraye raconte qu'un de ses guides, après avoir longtemps erré dans les déserts, fit une saignée à son cheval et en but le sang.

Souvent les armées manquent de vivres, tout en trouvant du fourrage pour les chevaux; plutôt que de les tuer et de dévorer leur chair, ne vaudrait-il pas mieux leur faire de petites saignées répétées. Un cavalier pourrait ainsi vivre longtemps sans altérer la santé de sa monture. Quels services n'aurait pas pu rendre une pareille méthode dans plusieurs désastreuses retraites !

Observation.—Par suite de fatigues, tant de corps que d'esprit, inséparables d'un début en médecine, je tombai peu à peu dans un grand état d'épuisement. Fièvre hectique, insomnie, sueurs nocturnes générales, irritabilité excessive, appétit d'abord dévorant, obligé de manger même la nuit et maigrissant néanmoins avec rapidité. Plus tard, anorexie et quelquefois faim se faisant sentir brusquement; le plus souvent pesanteur à l'épigastre après avoir mangé.

Une bronchite m'étant survenue, je gardai longtemps une toux sèche, accompagnée de palpitations violentes au moindre exercice. Condamné par les médecins dont j'avais demandé les conseils, j'allai passer l'hiver à Montpellier; j'y essayai de l'homœopathie, et, malgré tout, je revins plus fatigué qu'à mon départ.

Je me mis alors à prendre du sang de veau, par le conseil d'un malade qui disait avoir été guéri par ce moyen. Après quinze jours de son usage, j'entrais en convalescence; deux mois après, je reprenais l'exercice de la médecine.

L'indication d'administrer le sang se présente souvent, mais on ne peut pas toujours surmonter la répugnance qu'éprouvent de prime abord les malades pour ce liquide; il faut pour l'ordinaire qu'ils soient convaincus que les autres remèdes sont impuissants : ce qui fait que ce remède ne sera jamais administré que dans les cas d'absolue nécessité et chez les individus à volonté énergique. L'embarras de se le procurer est encore un autre obstacle à son administration.

Malgré tout, les cas où il sera possible d'avoir recours au sang chaud sont assez nombreux pour que j'aie cru pouvoir signaler cette médication. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

EMPLOI DE L'ACIDE LACTIQUE DANS LA DYSPEPSIE.

Le rôle important que joue l'acide lactique dans le suc gastrique, et par conséquent dans l'acte si important de la digestion, a suggéré à M. Handfield Jones l'idée d'employer cet acide dans certains cas de dyspepsie, qu'il appelle irritative, c'est-à-dire dans laquelle les digestions sont douloureuses et imparfaites, et persistent comme telles depuis quelque temps. Seulement ce médecin n'emploie pas cet acide au début du traitement, mais bien lorsque l'irritation et l'éréthisme vasculaire ont été un peu diminués.

La dose est de 15 à 20 gouttes dans 15 grammes d'eau, à prendre pendant le repas.

D'après M. Handfield Jones, on pourrait en étendre l'usage à d'autres cas qu'à la dyspepsie, et en particulier à tous les cas dans lesquels il y a lieu d'augmenter le ton et l'énergie de l'estomac. Nous faisons connaître ces résultats de notre confrère d'outre-Manche, mais non sans faire quelques réserves relativement à l'emploi généralisé d'un acide dans la dyspepsie.

On pourrait au contraire, dans notre opinion, considérer les alcalins comme s'appliquant au plus grand nombre des cas de cette maladie.

Nous ne nions pas que, dans quelques cas exceptionnels, la diminution de l'acidité du suc gastrique ne fasse indiquer l'emploi de cet acide; seulement ce sont là, nous le croyons du moins, des faits exceptionnels. (*Assoc. med. journ.*)

DU TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ.

Par M. Richter (de Dresde).

Sinon comme remède curatif, du moins à titre d'auxiliaire, le moyen que M. Richter recommande mérite d'être connu, surtout à cause de l'absence complète d'inconvénients et de douleur, heureux caractère qui le distingue d'autres procédés plus expéditifs.

Il faut couper aussi loin que possible le bord libre de l'ongle, de sorte qu'il soit concave en avant et que ses angles latéraux forment deux cornes. Ainsi il ne peut devenir de plus en plus bombé, et ses bords ne tendent plus à s'enfoncer dans les parties molles comme lorsqu'on enlève ses angles. Après cela, on ratisse l'ongle avec un morceau de verre dans son sens longitudinal et dans le tiers moyen de toute sa longueur jusqu'à ce que son épaisseur ne soit plus que celle d'une carte à jouer et qu'il soit flexible dans sa partie moyenne.

Voici comment agit ce procédé :

En appuyant sur le sol, l'orteil s'aplatit, et les angles de l'ongle, n'éprouvant plus de résistance dans la partie moyenne de celui-ci, se portent en haut et se dégagent de la chair dans laquelle ils étaient engagés. Aussi le soulagement qu'en éprouve le malade est souvent instantané. Il importe seulement de porter ensuite une chaussure large. (*Ann. méd. de la Flandre occidentale.*)

NOUVEAU PROCÉDÉ D'INJECTION

pour la cure radicale des hernies;

Par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi.

Je ne sais quel est l'avenir réservé à la cure radicale des hernies par les injections iodées dans le sac herniaire, tendant à en produire l'oblitération.

Les premières observations de M. le professeur Velpeau, les beaux résultats qu'a fait connaître à l'Académie de médecine mon savant ami M. le professeur Jobert (de Lamballe), les faits plus récents et également heureux de MM. Maisonneuve et Follin semblent incontestablement militer en faveur de cette méthode.

Les difficultés que présentait cette opération paraissaient y avoir fait renoncer M. Velpeau; et les difficultés vaincues par l'habileté manuelle plutôt que par le manuel opératoire de M. Jobert n'auraient pas permis au plus grand nombre des chirurgiens d'y avoir recours.

Le procédé proposé par M. Maisonneuve, les précautions prises par M. Follin donnent incontestablement plus de certitude et de sécurité pour faire l'injection dans le sac; mais il m'a semblé qu'après l'avoir traversé de part en part, après l'avoir étalé avec le scrotum sur la canule, et après l'avoir même bien développé en faisant descendre la hernie, comme le veut M. Follin, cette canule pouvait se déplacer au moment où l'on cherche à en ramener l'extrémité dans le sac. Il est vrai que par des mouvements de circumduction on peut s'assurer si l'on est véritablement dans celui-ci.

Quoi qu'il en soit, ce qui arrive quelquefois dans l'opération de l'hydrocèle lorsque la tunique vaginale s'échappe de la canule, quoiqu'on ait pris les mêmes précautions, peut aussi bien arriver ici.

J'ai donc cherché, en conservant tout ce que les autres procédés opératoires avaient de bon, d'ajouter une garantie de plus à cette opération.

Pour cela, je propose de traverser le scrotum et le sac, comme le conseille M. Maisonneuve, mais je me sers de l'instrument suivant.

Cet instrument se compose :

1° D'un long trocart A avec une canule d'argent fenêtrée B à sa partie moyenne;

2° D'une tige articulée C qui s'introduit dans la canule du trocart, dont le degré d'introduction est limité par un curseur qui sert en même temps à indiquer le sens de la courbure de la petite pièce E à travers la fenêtre B pratiquée dans la canule, puis j'étale le scrotum et le sac herniaire, et sans déranger la canule. Je m'assure en outre qu'il a bien traversé le sac, à l'aide de la tige articulée, dont les mouvements doivent être parfaitement libres si je suis dans la cavité, et je pratique alors mon injection d'iode à l'aide de la fenêtre située à la partie moyenne, en ayant soin de boucher l'extrémité de l'instrument, soit avec le doigt, soit avec un petit capuchon D.

Cet instrument, fait sur mes indications par notre habile fabricant M. Charrière, ne complique nullement, comme on le voit, le manuel opératoire.

Nous sommes autorisé à déclarer que le gouvernement n'est pas dans l'intention d'apporter une restriction quelconque à l'application du décret du 22 août 1854, en ce qui concerne les élèves en cours d'études. A partir du 1er janvier prochain, ces élèves, quel que soit le nombre des inscriptions par eux prises à cette époque, devront acquitter les droits d'examen, de certificat d'aptitude, de thèse et de diplôme, conformément au tarif établi par ce décret. (*Gaz. hebd.*)

Nous rappelons ci-après les rétributions obligatoires pour le doctorat en médecine :

Inscriptions (16 à 30 francs).	480 fr.
Trois examens de fin d'année (30 fr. par examen). .	90
Cinq examens de fin d'études (50 fr. par examen). .	250
Cinq certificats d'aptitude (40 fr. par certificat). . .	200
Thèse.	100
Certificat d'aptitude..	40
Diplôme.	100
Total.	1,260 fr.

M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris vient de prendre un nouvel arrêté relatif aux examens de fin d'année, dont voici la teneur :

Art. 1er. Nul ne sera admis à subir les examens de fin d'année s'il n'a, pour le premier examen, trois inscriptions au moins et quatre au plus; pour le deuxième, sept au moins et huit au plus; pour le troisième, onze au moins et douze au plus.

Art. 2. Tout élève déjà refusé au mois d'août, qui le serait une seconde fois en novembre, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre d'inscription pendant tout le courant de cette année que jusqu'à concurrence du maximum établi par l'arrêté du 7 septembre 1846. Ainsi, l'élève renvoyé au premier examen pourra cependant compléter ses quatre premières inscriptions. Renvoyé au deuxième, il complétera les huit, et les douze quand il aura échoué au troisième examen.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de Paris s'est occupée, dans sa réunion du 9 novembre, de la question des conférences et exercices pratiques institués par le décret du mois d'août dernier. Une commission composée de MM. les professeurs Paul Dubois, Rostan, Gavarret, Denonvilliers, Malgaigne, et de M. Sonnet, inspecteur de l'Académie de Paris, secrétaire, est chargée de faire un rapport à la Faculté dans le plus bref délai possible.

La première discussion de cette commission aura lieu le 17.

— La dernière session du jury médical pour la réception des officiers de santé commencera le lundi 20 mars, à sept heures du soir.

Les élèves qui n'auront pas été admis avec succès au premier examen, dans cette session, ne pourront plus s'y présenter que lorsqu'ils auront pris douze inscriptions dans une faculté ou quatorze dans une école préparatoire.

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a arrêté la liste des candidats au concours d'agrégation qui doit s'ouvrir le 20 devant la Faculté de médecine de Montpellier. Elle se compose de MM. Bernard, Faget, Jacquemet, Montet, Ricard-Farrat, Saurel, Bouliech, Texier, Milliet, Garimont, Girbal, Cavalier et Rouzier-Joly.

— Les candidats inscrits pour le concours d'agrégation qui va s'ouvrir également le 20 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg sont MM. Jacquemin, Schalgdenhauffen et Strohl.

Aux termes du règlement du 6 février 1846, quatre professeurs de l'Ecole sont juges de droit. Ces juges sont MM. Oppermann, professeur de pharmacie; Kirschleger, professeur d'histoire naturelle médicale; Oberlin, professeur de matière médicale; et Loir, professeur de toxicologie et physique.

Les juges adjoints nommés par arrêté ministériel sont MM. Béchamp, agrégé; Rameaux, professeur de physique à la Faculté de médecine de Strasbourg; et Lereboullet, docteur en médecine, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de la même ville.

La présidence du concours est déférée à M. Oppermann.

— Par arrêté en date du 6 novembre, M. Michel, agrégé, a été maintenu pour un an dans les fonctions de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— M. le docteur Huard, médecin français à San-Francisco, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur en récompense de son dévouement à l'égard de la population française établie en Californie.

— M. Nélaton, professeur de clinique externe, commencera son cours à l'hôpital des Cliniques le vendredi 17 novembre, à neuf heures, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis.

— M. Bouillaud, professeur de clinique externe, commencera son cours à la Charité le mardi 21 novembre, à neuf heures, et le continuera à la même heure les mardis, jeudis et samedis.

— M. Maisonneuve commencera sa clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, le jeudi 16 novembre à huit heures du matin, et la continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

— M. le docteur Gosselin commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin le mardi 14 novembre, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Visite à huit heures; leçon à neuf heures.

— M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a ouvert son cours de thérapeutique générale et appliquée le mardi 7 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique; il a lieu à la même heure les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

— M. Soubeiran commencera son cours de pharmacie à la Faculté de médecine le vendredi 17 novembre, à dix heures trois quarts.

— M. Sandras, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Hôtel-Dieu, le lundi 13 novembre, et les continuera les lundis et vendredis. Visite à huit heures, leçons à neuf heures.

— M. Valleix, médecin de la Pitié, commencera ses leçons cliniques le mercredi 15 novembre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, dans l'amphithéâtre de M. Michon. Visite à huit heures, leçons à neuf heures.

Le Sonnet.

Paris, — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

(1) Nous rappellerons à cette occasion un article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 10 juillet 1854. Cet article signalait les résultats remarquables obtenus par M. Brocchieri avec le sang des abattoirs traité par l'eau qui porte son nom.

N° 134. — MARDI 14 NOVEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 134. — MARDI 14 NOVEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 NOVEMBRE 1854.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le loisir que nous laisse aujourd'hui le petit nombre de communications médicales nous permet de jeter un coup d'œil rétrospectif sur un intéressant travail de M. le docteur Boudin, dont il ne nous a pas été possible de donner plus tôt l'analyse. M. Boudin a communiqué dans la séance du 23 octobre des *Recherches statistiques sur le nombre des victimes de la foudre, et sur quelques phénomènes observés chez les hommes et chez les animaux foudroyés,* qui méritent à plusieurs égards d'être sommairement exposées ici.

Dans une notice restée célèbre, Arago constatait ce fait, que le nombre des victimes de la foudre était assez restreint pour qu'on pût regarder comme faible la chance de périr par le tonnerre. Toutefois l'illustre savant, à défaut de données statistiques suffisamment précises, ne donnait le chiffre moyen annuel des décès par la foudre que d'une manière approximative. M. Boudin, désireux de savoir à quoi s'en tenir à cet égard, a fait sur ce sujet des recherches statistiques qui l'ont conduit à un résultat plus précis, et qui élèvent un peu la moyenne donnée par Arago.

Dans une période de dix-sept ans, de 1835 à 1852, M. Boudin a trouvé 1,308 cas de mort par la foudre en France. Dans ces 1,308, il ne comprend que les sujets *tués roide.* En supposant le nombre d'individus frappés par la foudre trois fois plus considérable que celui des personnes tuées sur le coup (évaluation quelque peu arbitraire, pour le dire en passant), il s'ensuivrait que la moyenne des foudroyés en France dépasserait annuellement le chiffre de 200, tandis que dans la notice d'Arago elle est évaluée à 70 environ.

M. Boudin a construit une carte géographique résumant la répartition par départements des morts causées par la foudre. Il résulte de ce document que les accidents sont très inégalement répartis dans les divers départements ; le seul fait de quelque importance qui soit ressorti de ce calcul, c'est que le maximum des morts par fulmination correspond aux départements qui concourent à former le plateau central de la France, et à quelques autres départements montagneux, ce qui confirme simplement l'influence bien connue de l'altitude.

La répartition par sexes des victimes de la foudre donnerait, d'après M. Boudin, une proportion beaucoup plus considérable d'hommes que de femmes. Cette proportion n'a du reste en soi aucune signification physiologique ; elle tient à un fait tout matériel et trop simple pour qu'il y ait lieu de s'y arrêter.

Il n'en est peut-être pas tout à fait de même de la disproportion constatée à cet égard entre l'homme et les animaux.

Les animaux, d'après les faits recueillis par M. Boudin, seraient beaucoup plus maltraités par la foudre que l'homme. Ainsi, dans un grand nombre de circonstances, on a vu le berger, le cavalier, le chasseur épargnés, alors qu'à côté d'eux la foudre frappait les bestiaux, les chevaux, les chiens. Quelle peut être la cause de cette prédilection de la foudre pour les animaux ? C'est ce qu'il pourrait être intéressant de rechercher, si le fait était bien constaté.

Nous passons un grand nombre d'autres faits plus ou moins intéressants au point de vue physique, pour nous arrêter un instant sur les deux points principaux que M. Boudin s'est plus particulièrement proposé de mettre en relief dans ce travail, et qui ont plus directement trait à l'histoire médicale de la foudre. Nous voulons parler des images produites sur les corps des hommes foudroyés et de la mort *debout.*

Les annales de la science renfermaient déjà quelques faits de reproduction sur le corps de l'homme de l'image d'un objet voisin, sous l'influence de la foudre sans qu'on y eût attaché d'autre valeur que celle d'une de ces singularités toutes fortuites dont les esprits sérieux renoncent à rechercher la cause. Témoin d'un cas tout semblable, M. Boudin a cherché à réunir les relations de faits de ce genre, et il a pu les multiplier assez pour que la réalité du phénomène doive paraître aujourd'hui hors de doute.

Ainsi, deux membres de l'ancienne Académie des sciences citent, d'après Franklin, l'histoire d'un homme qui, se trouvant sur le pas de la porte d'une maison, avait vu tomber la foudre sur un arbre placé vis-à-vis de lui. On trouva sur sa poitrine la contre-épreuve de cet arbre.

Une dame est frappée de la foudre ; une fleur qui se trouvait dans le courant électrique se dessine sur sa jambe, et elle en conserve la trace pendant le reste de sa vie.

C'est un matelot qui est frappé de la foudre à bord d'un bâtiment, et l'on trouve sur sa poitrine un numéro identique au numéro en métal fixé à un agrès du navire. On trouve sur le dos d'un autre matelot foudroyé l'image d'un fer à cheval de la dimension du fer cloué au mât de misaine.

Deux hommes sont frappés par la foudre dans le voisinage d'un peuplier. Sur la poitrine des deux, on trouve des taches parfaitement semblables à des feuilles de peuplier, etc.

Nous n'examinerons pas si, comme incline à le penser notre savant confrère, ces phénomènes sont du même ordre que les phénomènes photographiques et peuvent s'expliquer par les mêmes lois ; nous laisserons à de plus compétents le soin de résoudre cette question. Mais ce qui ressort à nos yeux de ces faits, et ce qui leur donne un plus haut intérêt que celui d'un simple objet de curiosité, c'est l'importance que peuvent acquérir ces signes en médecine légale, pour aider à résoudre, dans quelques circonstances difficiles, mais très rares, il est vrai, la question de la cause de la mort.

Nous en dirions autant de la *mort debout*, ou avec conservation de l'attitude qu'avait le sujet au moment où il a été foudroyé, si les exemples qu'en rapporte M. Boudin ne laissaient dans l'esprit quelques doutes sur leur authenticité.

Ce n'est du reste là que la première partie d'un travail plus considérable dans lequel M. Boudin se propose d'étudier la symptomatologie des accidents causés par la foudre, ainsi que l'état de la science sur l'anatomie pathologique de ces accidents. Nous accueillerons avec plaisir et résumerons la suite de ce travail dès qu'elle aura vu le jour. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Des différentes formes de syphilides (1).

Ainsi que nous l'avons fait pressentir dans notre dernière leçon, la classification des syphilides est fondée sur la diversité des lésions anatomiques (taches exanthémateuses, vésicules, papules, etc.) par lesquelles elles se manifestent. Toutefois nous devons vous avertir que ces distinctions sont beaucoup plus tranchées dans les livres que dans la nature, et que rien n'est plus commun que de rencontrer plusieurs de ces lésions réunies chez un même individu, de telle sorte qu'il est souvent fort difficile de dénommer précisément une syphilide par ses caractères anatomiques. Mais ce qu'il importe, c'est de reconnaître la nature de la maladie, car c'est sur cette nature plutôt que sur telle ou telle de ses manifestations qu'est basé le traitement.

Ces réserves une fois faites, nous vous dirons que l'on peut admettre neuf variétés ou plutôt neuf formes de syphilides :

1° La syphilide pigmentaire ;
2° La syphilide exanthématique ;
3° La syphilide vésiculeuse ;
4° La syphilide pustuleuse ;
5° La syphilide papuleuse ;
6° La syphilide bulleuse ;
7° La syphilide squammeuse ;
8° La syphilide végétante ;
9° La syphilide tuberculeuse.

1° *De la syphilide pigmentaire.* — Cette forme a été, en général, méconnue par les auteurs. On la reconnaîtra à des taches d'un gris très marqué et qui est fort différent de celui qui caractérise les taches du pityriasis. Ces petites plaques, sans saillie à la peau, s'accompagnent quelquefois d'une légère desquammation furfuracée ; leurs dimensions sont celles d'une pièce de 50 centimes et même de 1 franc ; leur forme est arrondie, et elles sont disposées les unes à côté des autres sans jamais devenir confluentes : elles occupent une surface plus ou moins étendue. On les rencontre surtout au cou, à la nuque et à la poitrine, et comme le veut leur nature syphilitique, ainsi que nous vous l'avons fait remarquer dans notre précédente leçon, elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme local, de démangeaison ou de prurit. Du reste, ainsi qu'il est facile de le prévoir, elles pâlissent et s'effacent à mesure que l'efficacité du traitement fait avancer la guérison de l'état constitutionnel.

A cette même forme nous devons rattacher la coloration grise de la peau qui se montre dans la cachexie syphilitique et qui reconnaît également pour cause une altération de la couche pigmentaire.

2° *De la syphilide exanthématique.* — Elle est caractérisée par des taches arrondies, pleines, sans saillie ou avec une saillie à peine appréciable, d'une couleur rouge brun très légère, parfois même rosée, en général assez petites, très nombreuses et distinctes ; quelques-unes pourtant se touchent par leurs bords. Ces taches imitent assez bien par leur disposition et leur aspect les taches de la rougeole vers le déclin de la maladie. C'est ce qui a valu à la forme qui nous occupe le nom, adopté par beaucoup d'auteurs, de *roséole syphilitique.* Les petites plaques de la syphilide exanthématique sont quelquefois revêtues d'une légère desquammation furfuracée. Dans certains cas, les taches sont si pâles qu'il faut examiner les malades avec beaucoup d'attention et à contre jour pour reconnaître leur existence, qui se traduit alors par un léger aspect marbré.

Le siége le plus ordinaire de cette syphilide est sur le dos, sur la poitrine, sur le ventre, quelquefois à la face interne des membres ; le visage en est très rarement atteint. Ici encore ni douleur, ni prurit, ni démangeaison.

La durée de la roséole syphilitique est d'ordinaire assez courte : huit, quinze, vingt jours, un mois, six semaines au plus. Son apparition est aussi très prompte ; elle se montre très peu de temps après la disparition des phénomènes primitifs. Cette maladie a donc quelque chose d'aigu, qui se révèle encore par une autre circonstance, l'existence de phénomènes généraux : appareil fébrile, inappétence, nausées, céphalalgie, etc., qui précèdent de deux ou trois jours le développement de la manifestation cutanée. D'autres fois le phénomène initial est constitué par une *névralgie bitemporale.* Cette névralgie est tout à fait caractéristique, et peut faire présumer l'apparition des taches cutanées. Elle diffère des névralgies ordinaires en ce qu'elle affecte les deux côtés de la tête, tandis que les névralgies ordinaires se montrent d'un seul côté.

On a rattaché à la syphilide exanthématique une forme particulière d'exanthème à laquelle on a donné le nom d'exanthème syphilitique. Ici les taches sont d'un rouge plus vif que celles de la roséole syphilitique ; elles forment une saillie assez marquée au-dessus de la peau, et ressemblent assez aux élevures de l'érythème papuleux. L'affection dont nous parlons ici s'observe particulièrement chez les individus qui ont eu une blennorrhagie, et qui ont été traités par le cubèbe et le copahu. C'est à tort, suivant nous, que l'on a regardé cette éruption comme étant de nature vénérienne ; elle est le résultat d'un mode d'action tout particulier du copahu, et non du virus syphilitique. Ainsi le nom de *roséole copahique* lui conviendrait parfaitement.

3° *De la syphilide vésiculeuse.* — Ainsi que l'indique son nom, le caractère principal de cette forme de syphilide consiste dans une éruption de vésicules. Ces vésicules offrent ceci de remarquable et de particulier qu'elles ont une grande persistance, et subsistent sans se rompre pendant quinze jours, et même trois semaines ; elles sont entourées d'une auréole rouge brun. La syphilide vésiculeuse est beaucoup plus rare que ne l'avance M. Cazenave.

On observe dans l'aspect des vésicules des différences qui permettent d'établir sur ce caractère purement anatomique les trois sous-variétés suivantes : 1° *la syphilide vésiculeuse d'apparence eczémateuse ;* 2° *la syphilide vésiculeuse en forme de varicelle ;* 3° *la syphilide vésiculeuse arrondie en forme d'herpès.*

a. Syphilide vésiculeuse eczématiforme. — Elle est caractérisée par des vésicules assez petites, groupées très près les unes des autres, différant des vésicules de l'eczéma par leur persistance. Cette

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 novembre.

forme, d'ailleurs fort rare, a généralement pour siége les membres, et de préférence les cuisses.

b. Syphilide vésiculeuse varicelliforme. — Plus commune que la précédente, ses vésicules sont aussi plus discrètes, plus isolées, plus grosses, au point même d'atteindre le volume d'un pois et de constituer une véritable petite bulle. Ces élevures sont entourées d'une auréole cuivrée très caractéristique. Au bout de quelques jours elles se rompent, et donnent naissance à des croûtes épaisses assez adhérentes et d'un vert noirâtre très caractéristiques également.

c. Syphilide vésiculeuse herpétiforme. — Les vésicules sont disposées en anneau, exactement comme dans une forme de l'herpès, l'*herpès circiné*. Cette éruption est véritablement éphémère; les vésicules se rompent très promptement, et sont remplacées par des squammes brunes entourées d'une auréole cuivrée. Ces squammes décrivent des segments de cercle, et même des cercles entiers. Nous signalons à votre attention cette forme, qui est très rare et très reconnaissable aux caractères que nous venons de lui assigner.

4° *Syphilide bulleuse.* — Elle s'observe exclusivement chez les nouveau-nés; de là le nom de pemphigus des nouveau-nés (*pemphigus neo-natorum*) que lui donnent les auteurs. Elle affecte spécialement les pieds et les mains. Le début de cette affection a lieu le plus souvent dès les premiers moments de la naissance, ou du moins dans les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ce sont d'abord des taches violettes au niveau desquelles l'épiderme se soulève en bulles du volume d'un gros pois à celui d'une noisette, renfermant un liquide jaunâtre. Au bout de quelques jours ces bulles se rompent, et laissent à leur place une ulcération superficielle. Le plus ordinairement au moment de la naissance, et alors que se montrent les premières bulles, la santé de l'enfant paraît très bonne, mais il survient bientôt de la diarrhée, des vomissements; l'enfant dépérit, et ne tarde pas à succomber.

Le docteur Krauss, auteur d'une très bonne dissertation sur cette forme de pemphigus, a eu le tort de ne pas la rattacher à la syphilis; c'est M. Paul Dubois qui le premier, remontant à la cause véritable de cette affection, la chercha dans la santé antérieure des parents. D'un très grand nombre de faits observés par lui, il conclut que c'est là une véritable syphilide par transmission héréditaire. Tous les auteurs ne partagent pas l'opinion de M. P. Paul Dubois. Ainsi M. Ricord, s'appuyant sur ce que le pemphigus des adultes a souvent pour point de départ des conditions débilitantes, telles que misère, privations, chagrins, etc..., explique celui des enfants nouveau-nés en disant qu'eux aussi, ayant par une cause quelconque souffert dans l'utérus, viennent au monde avec une disposition cachectique qui donne lieu au pemphigus; nous ne saurions admettre l'explication de M. Ricord. Et, en effet, rappelez-vous ce que je viens de vous dire de l'aspect que présentent en naissant les enfants qui vont être atteints de pemphigus; leur santé est des plus satisfaisante: ils n'ont donc pas souffert pendant la vie intra-utérine, et c'est consécutivement à l'apparition de bulles que le dépérissement se manifeste. Quoi qu'il en soit, vous devez retenir ceci: le pemphigus est la seule forme de syphilide bulleuse; on ne l'observe que chez les enfants.

5° *Syphilide pustuleuse.* — Il nous faut ici distinguer avec M. Cazenave plusieurs variétés, d'après l'aspect des pustules: 1° la *syphilide pustuleuse acnéiforme*; 2° l'*ecthyma syphilitique*; 3° la *syphilide pustulo-crustacée*.

a. Syphilide acnéiforme. — Les pustules qui la constituent sont formées, comme dans l'acné, d'une base rouge, indurée, qui ne suppure pas, et que surmonte la petite pustule; cette base est entourée d'une auréole rouge caractéristique. L'éruption syphilitique acnéiforme se montre surtout au tronc et aux membres supérieurs, rarement à la figure. La durée des pustules est assez considérable; elles se développent avec lenteur, ne s'ouvrent qu'au bout d'un certain temps pour laisser écouler le liquide qu'elles contenaient; enfin il se forme là une croûte noirâtre qui persiste pendant fort longtemps avant de se détacher. La durée totale de ces différentes phases de l'évolution des pustules est de trois semaines ou même d'un mois. Mais de nouvelles pustules se montrent successivement à mesure que les anciennes guérissent. La syphilide pustuleuse acnéiforme se distingue de l'acné véritable par le siége, qui, dans cette dernière maladie, est surtout au visage, au devant de la poitrine et aux épaules. La persistance de la base indurée a valu à cette forme de syphilide la désignation impropre de *syphilide lenticulaire*.

b. Ecthyma syphilitique. — Comme l'indique le nom attribué à cette forme, les pustules offrent tout à fait l'aspect des pustules de l'ecthyma; elles sont plus larges que celles de la forme précédente, dont elles ne présentent pas la base indurée. Leur développement se fait de la même manière que dans l'ecthyma, seulement leur persistance à l'état de pustule est beaucoup plus longue; elles ne se rompent guère qu'au bout de plusieurs semaines, et cette rupture donne lieu à la formation de croûtes noirâtres qui durent pendant très longtemps. Il n'y a pas ici de siége spécial; l'ecthyma syphilitique s'observe sur toute la surface du corps, et on le rencontre même au cuir chevelu sous forme de petites croûtes arrondies. Un phénomène particulier qui se montre souvent alors, c'est la chute des cheveux.

c. Syphilide pustulo-crustacée. — C'est la plus grave des trois formes sous lesquelles se présente la syphilide pustuleuse. Les pustules qui la caractérisent ne sont pas isolées et distinctes les unes des autres; mais, au contraire, agglomérées, confluentes, et donnant lieu à de larges plaques. A leur rupture succèdent des ulcérations manifestement syphilitiques, c'est-à-dire avec des bords taillés à pic et un fond grisâtre. Dans d'autres cas, l'ulcère est à bords renversés, et repose sur des parties indurées (*chancre induré*). Dans l'immense majorité des cas, sinon dans la totalité, les parties ulcérées sont recouvertes de croûtes épaisses, dures, adhérentes. C'est à cette forme que l'on a donné le nom de *rupia syphilitique*, qui, en réalité, n'est autre chose que la syphilide pustulo-crustacée chez des individus présentant la cachexie syphilitique, que je vous ai décrite précédemment. Dans cette même forme qui nous occupe, les croûtes sont tellement épaisses qu'elles prennent quelquefois l'aspect de certains coquillages coniques. D'autres fois, les croûtes sont plus larges, et ressemblent à des valves d'huître. Quand on vient à percuter ces croûtes, on entend un son creux, résultant de ce qu'il y a un espace vide au-dessous d'elles.

La marche de la syphilide pustulo-crustacée est excessivement lente; guérie dans un point, la maladie reparaît dans un autres. Dans certains cas, après la chute des croûtes, on voit dans le lieu qu'elles occupaient une sorte de substance spongieuse, rougeâtre, violacée, et parsemée d'ulcérations à bords coupés à pic et à fond grisâtre. Vous pourrez étudier ces lésions fort intéressantes chez un malade qui se trouve déjà depuis longtemps dans mes salles, et qui les présente au plus haut degré.

Les cicatrices qui succèdent aux ulcérations ou à la chute des croûtes, d'abord violacées, blanchissent par degrés; mais elles restent inégales, peu profondes, et ressemblent à celles de la brûlure.

La syphilide pustulo-crustacée se montre d'ordinaire assez longtemps après les accidents primitifs, habituellement quelques années. Le point de départ est ordinairement un chancre; dans certains cas, cependant, les malades n'accusent qu'une blennorrhagie. Y avait-il eu alors nécessairement, comme le suppose M. Ricord, un chancre caché dans le canal de l'urètre? Nous ne pouvous l'admettre d'une manière aussi absolue. Ainsi chez le malade dont nous vous parlions tout à l'heure, il n'y eut qu'une blennorrhagie, et l'interrogatoire minutieux auquel nous avons soumis ce malade nous a appris que l'écoulement avait duré six mois et avait été *très-abondant*, ce qui n'a pas lieu dans le cas de chancre larvé.

OBSERVATIONS DE FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU PÉRONÉ PAR CONTRACTION MUSCULAIRE.

Le simple titre de cet article suffira certes pour exciter l'intérêt des chirurgiens; car c'est une lésion dont il n'existe pas d'exemple, à notre connaissance, dans les annales de la science. Cependant, à une première observation communiquée par M. Herrgott à la *Société médicale du Haut-Rhin*, M. Weber et M. Müller ont pu en ajouter immédiatement deux autres. Voici d'abord celle de M. Herrgott, dont nous n'avons rien voulu retrancher.

Obs. I. — Joséphine Muss, servante, âgée de cinquante-deux ans, fit une chute il y a quatre ans, et se fractura les deux os de la jambe droite, à la partie inférieure du membre; cette fracture fut consolidée au bout de quarante-cinq jours, et au bout de trois mois elle put reprendre ses occupations; sa santé a toujours été bonne, et elle n'a jamais été affectée de syphilis.

Le 21 janvier 1854, se trouvant dans un corridor non éclairé, elle prit la porte de la cave pour une autre porte, et elle avança le pied droit pour faire un pas dans l'appartement qu'elle croyait non éclairé; en voulant poser le pied droit sur le sol elle sentit le vide sous elle, étendit ses bras pour se retenir au chambranle de la porte, se jeta instinctivement en arrière pour prévenir la chute, et alors sentit distinctement un craquement dans la jambe gauche, sur laquelle portait le corps; elle tomba et roula en bas de l'escalier. C'est là que je trouvai ma malade, assise par terre et se trouvant dans l'impossibilité de se poser sur sa jambe gauche; aucune excoriation et aucune ecchymose n'existaient à la surface du membre. Je fis transporter la malade à l'hôpital civil, et là je pus examiner de nouveau à l'aise ce membre. La malade n'accusait de douleur qu'à la partie supérieure externe; cette douleur était très vive, mais très circonscrite. Le genou n'était pas déformé; mais vis-à-vis la tête du péroné, où la malade accusait la douleur, il y avait une légère tuméfaction. En examinant attentivement cette région, j'y trouvai une crépitation manifeste, que la malade sentait aussi bien que moi. Pour percevoir mieux la crépitation, il fallait poser les deux pouces des deux mains à la partie interne du genou et presser légèrement avec les doigts sur la région externe, sur la tête du péroné; de cette manière, la crépitation était très facile à percevoir. Je l'ai aussi fait sentir à plusieurs de mes confrères auxquels j'ai montré cette malade jusqu'au douzième jour de la fracture. Les mouvements de flexion et d'extension du genou étaient faciles à imprimer au membre; mais la malade ne pouvait les exécuter seule, à cause de la douleur qu'elle en éprouvait.

La fracture de la tête du péroné n'a pas été un instant douteuse pour moi, ni pour les confrères auxquels j'ai fait voir cette malade; elle avait eu lieu par une violente contraction du biceps crural, dont l'extrémité inférieure embrasse la tête du péroné, et cette contraction ayant eu lieu la jambe étant déjà un peu fléchie sur la cuisse, l'action principale du muscle biceps s'exerça perpendiculairement à la direction du péroné, dont la partie rétrécie, qui se trouve au-dessous du renflement, opposa moins de résistance que les ligaments qui le fixent au tibia. Ces ligaments, renforcés par l'expansion aponévrotique du biceps qui se rend au tibia, se trouvèrent, par la direction de leurs fibres, dans une situation plus favorable à la résistance que le péroné, qui n'est nulle part plus faible que dans la portion rétrécie où il s'est rompu.

En pressant avec les doigts sur la partie supérieure du péroné pour sentir la crépitation, on sentait les deux fragments se mouvoir légèrement et se rapprocher du tibia, qui, en raison de sa concavité externe, se trouve de suite assez éloigné du péroné pour avoir pu permettre un mouvement assez sensible; aussitôt qu'on abandonnait la pression, l'os reprenait sa forme normale, et en mettant le membre dans la demi-flexion, la douleur cessa en grande partie.

Nous plaçâmes la jambe sur des coussins assez élevés, nous assurant bien que le talon ne portait pas; la partie supérieure de la jambe fut couverte de compresses résolutives; ce fut là tout le traitement employé. Il ne resta aucune tuméfaction bien appréciable, mais la région fut pendant longtemps douloureuse; et la marche fut encore pénible deux mois et demi après l'accident.

Le voisinage du nerf péronier aussi bien que l'importance du muscle biceps dans la station et la marche rendent compte de cette douleur et de cette difficulté.

M. Weber avait observé, il y a près d'un an, un cas analogue; il l'a rapporté à la Société en ces termes:

Obs. II. — M. J.-J. B., très fort et très puissant, fit un effort pour se retenir, et sentit craquer sa jambe; il ne tomba pas, car il fut retenu, mais ne put marcher, et éprouva dans sa jambe une douleur violente. Appelé près de lui, je constatai une fracture de l'extrémité supérieure du péroné, et je pensai que cette fracture s'était opérée, comme dans le cas de M. le docteur Herrgott, par la contraction violente du biceps dans l'effort que fit le malade pour se retenir. Le malade ressentit aussi un vive douleur vis-à-vis la tête du péroné. Il paraît que chez lui le nerf péronier fut encore plus froissé que dans le cas précédent, que même quelques fibres nerveuses furent déchirées, car les fléchisseurs du pied ne se contractent en ce moment qu'incomplétement, et une portion de la peau de la jambe, au côté externe, ne jouit que d'une sensibilité obtuse.

Enfin M. Müller a communiqué à son tour l'observation suivante:

Obs. III. — Deux jeunes gens luttèrent ensemble; un des deux, se sentant près d'être jeté par terre par son adversaire, fit un effort violent pour se retenir, et sentit une forte douleur dans la jambe; il jeta un cri qui fit lâcher prise à l'adversaire; le jeune homme ne tomba pas, mais ne put plus se tenir sur sa jambe. Je constatai chez lui une fracture de l'extrémité supérieure du péroné; le malade guérit, mais conserva fort longtemps une douleur vis-à-vis la tête du péroné douleur qui gêna la marche pendant assez longtemps.

M. Herrgott a justement remarqué que dans ces trois cas il ressort une circonstance très importante qui déjà l'avait frappé, mais qui acquiert surtout une grande valeur par la constance avec laquelle elle s'est représentée; c'est la douleur si vive qui accompagne cette fracture, et l'opiniâtreté avec laquelle elle persiste longtemps après que le cal a consolidé les fragments du péroné.

(*Rev. méd. chir.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 novembre 1854. — Présidence de M. Combes.

Choléra. — M. V. Carlevaris adresse de Turin pour le concours du prix Bréant un mémoire imprimé sur le choléra et une note manuscrite relative à la même question. (Section de médecine.)

— M. Dausse, ingénieur des ponts et chaussés, dans une lettre adressée à M. Elie de Beaumont, expose les faits suivants qui intéressent l'histoire du choléra.

« Nous avons eu le choléra à Grenoble, mais faiblement, et, Dieu merci, il est passé. *Pendant sa durée, de plus de deux mois, je n'ai pas vu une seule hirondelle;* elles avaient disparu à l'apparition du fléau, et elles ont reparu quand il a été fini, il y a une quinzaine.

» A La Mure, qui est une localité extrêmement saine, où l'air est très vif et très pur, le choléra a été terrible (280 morts).

» Il a été très fort aussi à Mens, au Bourg-d'Oisans, surtout au Rivier-d'Allemont, tout à fait dans les Alpes, et sur les Alpes. »

M. Elie de Beaumont ajoute qu'en parcourant le Tyrol en 1836 il a vu le choléra régner avec une extrême intensité dans les parties supérieures de la vallée de l'Adige, à Glurns, à Mals et aux environs, dans les localités plus élevées encore que le Bourg-d'Oisans et le Rivier-d'Allemont, mais dominées par les montagnes et même renfermées dans des gorges étroites et par suite très humides.

Identité du typhus et de la fièvre typhoïde. — M. Gaultier de Claubry, à l'occasion d'une communication récente sur la *non-identité du typhus* et de la *fièvre typhoïde*, demande qu'un ouvrage dans lequel il a soutenu une doctrine contraire à celle de cet auteur (M. Forget) soit soumis en même temps à la commission chargée d'examiner la question.

Il envoie dans ce but un exemplaire de l'ouvrage publié en 1844. (Renvoi à la commission nommée pour le mémoire de M. Forget, commission qui se compose de MM. Serres, Andral et Rayer.)

Lithotripsie. — M. Guillon annonce l'intention de soumettre très prochainement au jugement de l'Académie un mémoire sur la lithotripsie. Afin de permettre à la commission de mieux asseoir son jugement sur l'efficacité du procédé qui fera l'objet de ce mémoire, M. Guillon désire que MM. les membres de la commission puissent assister à quelques opérations qu'il doit pratiquer bientôt.

Cette demande est renvoyée à une commission composée de MM. Duméril, Velpeau, Rayer.

Electricité humaine. — M. Billiard soumet au jugement de l'Académie une note intitulée *Première étude sur les manifestations électriques de l'homme et des animaux.* (Commissaires: MM. Becquerel, Pouillet, Despretz).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 octobre 1854. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Desormeaux présente à la Société un malade atteint d'un vaste cancroïde qui s'étend de la lèvre à la partie latérale du cou. Il consulte la Société sur la conduite à tenir dans ce cas.

M. Cloquet, tout en reconnaissant la gravité d'une semblable lésion, pense que l'absence de ganglions engorgés milite en faveur d'une tentative opératoire. L'os est, à la vérité, malade dans ce cas, mais l'opération lui paraît encore praticable.

— M. Gerdy montre à la Société un homme sur lequel il a pratiqué en 1841 son opération pour la cure radicale de la hernie.

Cet homme, qui exerce la profession de menuisier, avait porté avant son opération un bandage pendant six ans environ. Au moment où M. Gerdy entreprit de le guérir, sa hernie, qui était inguinale droite, avait le volume d'un œuf de poule. La cure radicale fut tentée le 17 mai 1841, et trente et un jours après le malade sortait guéri de l'hôpital. Il porta pendant trois mois encore un bandage comme appareil de protection, mais maintenant il ne s'en sert plus.

On distingue à peine dans l'aine droite la cicatrice produite par le passage des fils, et l'on ne reconnaît pas la trace du froncement de la peau invaginée. Les efforts n'ont rien reproduit de la hernie, et c'est à peine si dans la toux le choc des intestins est plus sensible à droite qu'à gauche.

La plupart des membres de la Société constatent l'exactitude du fait annoncé par M. Gerdy.

M. Cloquet fait remarquer qu'en refoulant avec le doigt la peau du scrotum on pénètre un peu dans le commencement du canal inguinal, et qu'alors on sent mieux pendant la toux une légère propulsion des viscères. Il ne trouve sur la région inguinale aucune indication de la peau refoulée, et demande à cet égard quelques renseignements à M. Gerdy.

M. Gerdy. Ce qui vient de frapper l'attention de M. Cloquet est un fait général. L'on se trompe souvent sur le mécanisme de la guérison des hernies après le refoulement de la peau. Ce n'est point en effet par une oblitération mécanique que la peau refoulée retient les viscères; il se passe là un phénomène d'inflammation rétractive.

M. Gerdy raconte alors qu'un malade opéré par lui fit tomber, deux jours après le refoulement, les chevilles qui servaient à fixer la suture enchevillée. Les téguments se déplissèrent, et la hernie s'étrangla en sortant. La peau, amenée en dehors, parut très amincie, et les trous qui donnaient passage aux fils étaient déjà agrandis par absorption ulcérative. La hernie fut réduite. Déjà le canal inguinal était rétréci, et l'on ne pouvait plus y introduire le petit doigt. Deux jours avant deux doigts pouvaient y pénétrer. Ce malade guérit sans qu'on refoulât de nouveau les téguments.

Evidemment la guérison ne peut pas être rapportée à l'oblitération du canal par la peau refoulée, mais bien à une rétraction inflammatoire des tissus cellulaire et fibreux du canal et des anneaux.

Dans certains cas, la peau refoulée disparaît sans se déplisser à l'extérieur; dans d'autres, la peau se rétracte peu à peu, finit par ressortir du canal, et montre au dehors les trous ulcéreux produits par le passage des fils. Malgré ce déroulement de la peau, il reste un cordon induré, qui est le tissu cellulaire enflammé.

M. Cloquet trouve très intéressantes les remarques faites par M. Gerdy sur la disparition progressive de la peau, et il compare ce qui se passe dans ce cas à ce qu'on observe quand on laisse l'épiploon dans le canal à la suite de l'opération pour la hernie étranglée. Ici, M. Cloquet rapporte un fait de hernie étranglée qui nécessita l'excision de l'épiploon. Le pédicule épiploïque, resté dans la plaie, ne se résorba point, et on le sentait encore plusieurs années après l'opération. Cela tient sans doute à une différence dans le mode de nutrition de l'épiploon et des téguments.

M. Gerdy rappelle que, dans l'espoir d'obtenir plus sûrement la rétention de la peau refoulée, il a plusieurs fois réuni la base du cul-de-sac. Cette modification du procédé primitif, proposée plus tard aussi par M. Coste (de Marseille), n'a point empêché l'amincissement progressif de la peau.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Dépaul, chirurgien des hôpitaux, écrit pour être porté sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire. A l'appui de sa candidature, il adresse une observation d'anévrisme spontané de l'artère poplitée guéri par la compression, et une observation d'anus artificiel pratiqué chez un enfant nouveau-né. (Commissaires : MM. Lenoir, Huguier, Danyau.)

— M. le professeur Stœber (de Strasbourg) adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire sur les inhalations du chloroforme dans les opérations pour les maladies des yeux. (Commissaires : MM. Morel-Lavallée, Chassaignac.)

RAPPORTS.

M. Broca lit le rapport suivant sur la candidature de M. le docteur Rothmund (de Munich) :

M. le docteur Rothmund, directeur de la clinique chirurgicale et ophthalmologique de la Faculté de Munich, a sollicité le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, et nous a fait parvenir, à l'appui de sa candidature, son *Traité de la cure radicale des hernies inguinales réductibles* (1).

La position qu'occupe M. Rothmund, la notoriété de son talent, l'honorabilité de son caractère, et la valeur reconnue de l'œuvre qu'il nous a envoyée nous permettraient à la rigueur de vous proposer sa nomination dans un rapport de quelques lignes, mais l'importance de la question chirurgicale qu'il a traitée dans son livre et l'intérêt d'actualité qui s'y rattache nous ont donné le désir de faire connaître à la Société les résultats pratiques consignés dans cet ouvrage, écrit du reste en langue étrangère, et accessible par conséquent à un très petit nombre de lecteurs français.

Pour arriver à établir la supériorité de la méthode à laquelle il a emprunté le procédé qu'il a mis en usage, l'auteur commence par tracer l'histoire, aussi complète qu'on puisse la désirer, des innombrables opérations qui ont été pratiquées depuis l'antiquité jusqu'à nos jours dans le but d'obtenir la guérison radicale des hernies. Il parle successivement des divers procédés de cautérisation, de la ligature, de la castration, de la fixation du testicule dans le canal inguinal, de la suture, de l'incision, de la scarification de l'anneau à l'air libre ou par la méthode sous-cutanée, des injections irritantes, de la méthode de Belmas et de ses dérivés, enfin de l'occlusion du canal inguinal par un lambeau autoplastique, telle qu'elle a été exécutée par Dezondi, Jameson et Dieffenbach.

(1) *Ueber Radical-Operation beweglicher Leistenbrüche*, mit 8 Kupfertafeln. München, 1853, in-8, p. 172.

Nous ne le suivrons pas dans les détails historiques où l'a conduit l'étude de ces nombreuses méthodes. Nous dirons seulement que la méthode des injections irritantes, créée par M. Velpeau et récemment exécutée par M. Jobert, a été l'objet de tentatives assez nombreuses en Allemagne; que Schreger a employé les injections de vin rouge, et plus tard les simples injections d'air, suivant un procédé qui offre la plus grande analogie avec le procédé employé plus tard par M. Baudens pour la cure de l'hydrocèle; que Walther, craignant de produire une irritation trop forte, a donné la préférence aux injections de sang humain, parce que ce liquide est moins hétérogène (*sic*) que les autres substances injectées; tandis que Pancoast, craignant de ne pas produire une irritation suffisante, a employé la teinture de cantharides, après avoir d'abord expérimenté les injections iodées suivant le procédé de M. Velpeau. Il y a huit ans déjà que les recherches de Pancoast ont été publiées, et voilà pourquoi sans doute elles étaient déjà oubliées, lorsque la méthode des injections irritantes a paru nouvelle en France il y a quelques mois.

Après avoir tracé l'histoire des autres méthodes, l'auteur arrive enfin à la méthode de l'invagination, qui a été le point de départ de la plupart des perfectionnements modernes.

« Une nouvelle ère, dit-il, a été ouverte par M. Gerdy, qui pour la » première fois a émis et appliqué l'idée féconde de l'invagination (p. » 26)..... Cette nouvelle méthode, ajoute-t-il plus loin, eut un grand » retentissement; elle remit en honneur la cure radicale des hernies. » Aussitôt plusieurs chirurgiens s'empressèrent de l'exécuter et de la » perfectionner. » (P. 28.)

On va voir, en effet, que la plupart des procédés de cure radicale que l'Allemagne a vus naître depuis quinze ans ne sont que des dérivés de la méthode de M. Gerdy.

Après avoir décrit avec le plus grand soin le procédé employé par notre savant collègue, M. Rothmund se sert, pour en apprécier la valeur, des résultats obtenus à Fribourg par M. Hecker, qui a appliqué le procédé de M. Gerdy dans toute sa pureté. M. Hecker est arrivé aux trois conclusions suivantes :

1° L'opération n'expose les malades à aucun danger, à aucun accident grave. Le gonflement inflammatoire du testicule et l'œdème du scrotum ont été observés quelquefois ; mais on les a combattus avantageusement par la compression méthodique exercée avec des bandelettes de sparadrap, suivant le procédé de M. Fricke.

2° Le tiers des opérés ont été guéris radicalement. Les hernies récentes sur des sujets encore jeunes sont celles qui ont donné sous ce rapport les meilleurs résultats.

3° Les changements que subit ultérieurement le bouchon de peau invaginée sont les suivants. Sous l'influence des cautérisations par l'ammoniaque, cette peau se tuméfie et forme bientôt un bouchon épais et compacte qui semble confondu avec les parties environnantes. On trouve aussi au voisinage du canal inguinal un certain épaississement du tissu cellulaire qui est de très bon augure. Plus tard le bouchon cutané se résorbe graduellement, et les parois du canal inguinal se resserrent en même temps.

Je transcris presque textuellement ces résultats constatés par un observateur impartial. Plus loin l'auteur parle d'un malade opéré par M. Mayer suivant le même procédé. La cure a été radicale et définitive. Ces succès peuvent être rapprochés de ceux qui ont été obtenus en France, et dont M. Thierry a donné l'histoire abrégée dans sa thèse de concours (1). Nous espérons que notre excellent maître, M. Gerdy, voudra bien profiter de cette occasion pour nous donner sur le sort ultérieur de ses opérés quelques détails qui ne pouvaient se trouver dans la thèse de M. Thierry, écrite trop peu de temps après l'époque où les opérations avaient été pratiquées.

Après ces remarques sur le procédé initial de la méthode de l'invagination, M. Rothmund passe à la description des principales modifications que divers chirurgiens lui ont fait subir. Ces modifications sont au nombre de seize. Je crois utile de les faire connaître ici, me réservant de glisser rapidement sur celles qui ont déjà trouvé place dans les traités classiques. Ces nombreux modes opératoires peuvent être ramenés à trois procédés généraux :

1° Le procédé de M. Gerdy, où l'invagination est maintenue par des points de suture ;

2° Le procédé de M. Wutzer, où on maintient l'invagination à l'aide d'un instrument particulier destiné à rester en place dans le canal inguinal jusqu'à ce que la peau refoulée ait contracté avec les parois de ce canal des adhérences suffisantes;

3° Le procédé de M. Mösner, ou procédé du séton. Ici l'invagination n'est que passagère ; on ne la maintient ni par des points de suture, ni par des instruments spéciaux ; elle a pour but seulement de permettre de passer un séton dans toute la longueur du trajet de la hernie.

A. *Le procédé de M. Gerdy* a donné naissance à sept modifications, qui constituent autant de sous-procédés.

1° M. *Lehmann* n'a modifié que la forme des aiguilles de M. Gerdy. Il laisse les points de suture en place pendant quatre jours, et exerce, à partir du vingt et unième jour, pendant trois à quatre semaines, une compression méthodique à l'aide d'un brayer. Les résultats qu'il a obtenus par ce procédé ont été des plus satisfaisants. Ses malades, délivrés de leur bandage, ont pu sans récidive reprendre les travaux les plus pénibles. Lorsque les hernies sont volumineuses, il conseille de multiplier les points de suture. A ce propos, il cite un malade qui avait l'anneau très large ; à deux reprises différentes on fit l'opération sans succès, en plaçant chaque fois deux points de suture seulement. Une troisième opération fut pratiquée ; on plaça six points de suture. La presque totalité du scrotum resta invaginée dans le canal inguinal, et la guérison depuis lors ne s'est point démentie.

2° M. *Bruns* se sert de l'aiguille de Lehmann, et maintient l'invagination par une suture analogue à celle des matelassiers. Sa théorie diffère un peu de celle de M. Gerdy. Il ne se propose pas de fixer définitivement le bouchon cutané dans le canal inguinal; il l'y maintient seulement jusqu'à ce que l'inflammation du tissu cellulaire contenu dans ce canal soit suffisante. Après quoi il enlève la suture, sans employer la cautérisation avec l'ammoniaque. La peau invaginée descend et se déploie peu à peu ; le scrotum reprend sa forme. Néanmoins le canal inguinal reste solidement oblitéré par des produits plastiques.

(1) Alex. Thierry, *Des diverses méthodes opératoires pour la cure radicale des hernies*. Thèse de concours. Paris, 1841. In-4°, p. 70.

3°, 4° et 5° M. *Zeis*, M. *Schah* et M. *Schall* ont imaginé chacun une sorte de sonde à dard destinée à faciliter le placement des points de suture. Du reste, leurs procédés ne présentent rien de particulier.

6° Mentionnerai-je ici le procédé illusoire de M. Günther, qui, dans l'intention louable d'oblitérer le canal inguinal, invagine la peau du scrotum et vient la fixer par la suture enchevillée au-devant du *fascia crebriformis*, sans même la mettre en contact avec l'anneau inguinal externe? J'ai cru d'abord que cet étrange procédé avait dû le jour à quelque faute de rédaction; mais le texte est tellement clair qu'on ne peut s'y méprendre. Ce procédé ne mérite d'être cité qu'à cause de son excentricité. Il est inutile d'ajouter qu'il n'a aucune action sur la hernie, ainsi que l'expérience l'a démontré, et qu'on aurait dû le prévoir.

7° Ce procédé n'est qu'un diminutif d'un autre procédé bien plus étrange encore, connu sous le nom de *introretroversio cornuta*, ou de *chilissochisorrhaphie*. M. Signoroni, inventeur à la fois de ce procédé et des deux noms qui précèdent, a eu la singulière idée de faire pénétrer le scrotum invaginé jusque dans le canal *crural*, et de l'y fixer par une modification de la suture entortillée. Pour cela, il repousse d'abord le scrotum dans le ventre à travers le canal inguinal, puis il le fait descendre par une sorte de cathétérisme, à travers l'anneau crural; jusque dans l'intérieur même du canal crural. Lorsqu'on y réfléchit, on finit par trouver que ce qu'il y a de plus raisonnable dans ce procédé, c'est encore le nom extravagant de *chilissochisorrhaphie*, sous lequel son auteur a cru devoir le désigner.

Les sept procédés que je viens d'indiquer ne diffèrent de celui de M. Gerdy par aucun caractère essentiel. Tous ont pour but de maintenir l'invagination par de simples points de suture.

B. *Procédé de Wutzer et ses dérivés.* — J'ai à vous parler maintenant des modes opératoires qui atteignent le même but à l'aide d'un corps étranger solide substitué au doigt indicateur et laissé en place jusqu'à ce que la peau, refoulée dans le canal inguinal, y ait contracté de solides adhérences.

Cette idée semble appartenir à M. Leroy, qui a présenté dès 1835 à l'Académie de médecine un mémoire et des instruments spéciaux destinés à maintenir l'invagination. Mais ce projet était assez généralement oublié lorsque M. Wutzer fit connaître son procédé, qui est devenu le point de départ d'un grand nombre de modifications nouvelles. Tout en reconnaissant que M. Leroy a quelque droit à la priorité de ces heureuses perfections, il nous paraît juste de dire que la chirurgie en est surtout redevable à M. Wutzer.

Huit procédés ont dû le jour à cette nouvelle idée. La plupart de ces procédés ne diffèrent les uns des autres que par la forme de l'instrument invaginateur.

1° L'*invaginaterion*, ou *kelekleison* de Wutzer, est le plus ancien de ces instruments, et c'est aussi l'un des meilleurs. Il est trop connu pour que je m'arrête à le décrire.

2° M. Sotteau y a joint une troisième branche qui constitue une complication très grande, et dont les avantages sont loin d'être démontrés.

3°. M. Valette a ajouté à l'instrument de Wutzer une sorte d'armature extérieure permettant de maintenir l'invaginateur en place sans le secours de la plaque compressive de M. Wutzer. Il y a ajouté, en outre, le précepte de contenir les parties molles sur le trajet de l'aiguille qui transperce la paroi antérieure du canal inguinal.

4° M. Le Roy-d'Etiolles maintient l'invagination d'une manière fort simple, à l'aide d'une forte pince dont les branches concaves ne se touchent que par leur sommet. L'une des branches est introduite dans le canal de la peau invaginée; l'autre agit d'avant en arrière sur les téguments qui recouvrent la partie intérieure du canal inguinal, et il suffit alors de faire mouvoir une vis située au delà de l'articulation de la pince, pour exercer une compression très forte sur l'extrémité supérieure du bouchon cutané qui remplit le canal inguinal. Cette compression peut être poussée jusqu'au point de produire une eschare, et il est clair que la cicatrice consécutive à la chute de cette eschare est de nature à maintenir solidement et définitivement la peau du scrotum dans la nouvelle position qu'on lui a donnée.

5° L'instrument que M. Max. Langenbeck désigne sous le nom de *klammer* diffère à peine de la pince de M. Le Roy-d'Etiolles; seulement les branches de cette nouvelle pince sont droites, de telle sorte qu'elles compriment uniformément dans toute leur longueur le col du sac cutané et la paroi antérieure du canal inguinal. On obtient ainsi un longue eschare dont la chute laisse ce canal ouvert en avant, comme une sorte de gouttière. Une cicatrice à peu près indélébile comble ensuite cette perte de substance et ferme entièrement le trajet de la hernie. Parmi les nombreux procédés qui ont été imaginés jusqu'à ce jour, il n'en est peut-être aucun qui arrive aussi certainement que celui de M. Max. Langenbeck à oblitérer dans toute son étendue le canal herniaire, et à écarter les chances de la récidive ultérieure.

6° Le procédé de M. Wattmann est beaucoup plus simple que les précédents. L'invagination est maintenue par un bouchon de liége. Un fil double, fixé sur ce bouchon, traverse la paroi antérieure du canal inguinal et vient se nouer dans le pli de l'aine sur un autre bouchon de liége.

7° M. Cristopher maintient l'invagination sans le secours de la suture. Il commence par refouler à l'aide du doigt la peau du scrotum, puis il pousse dans le fond du cul-de-sac invaginé une aiguille à dard recourbé, dont il se sert pour pratiquer trois ou quatre ponctions sur la paroi antérieure du canal inguinal. Il retire alors l'aiguille et remplace le doigt par un sac imperméable en forme de doigt de gant, qu'il tamponne ensuite exactement avec de la charpie. Enfin, pour empêcher le tampon de redescendre, il le maintient à l'aide d'une plaque de bois qui va se fixer sur une ceinture particulière. Ce procédé est extrêmement inoffensif; mais on peut lui reprocher d'être inefficace, quoique M. Wattmann compte sur la lymphe plastique sécrétée sur le trajet des ponctions pour retenir le bouchon cutané et oblitérer le conduit herniaire.

8° Analysant et critiquant ces divers procédés, M. Rothmund trouve que celui de M. Wutzer est supérieur à la plupart de ceux qui l'ont suivi. Adoptant pleinement toutes les idées sur lesquelles repose ce procédé, il se contente d'introduire une légère modification dans la construction de l'invaginatorium ou kelekleison. On sait, en effet, que l'instrument de M. Wutzer supporte une seule aiguille destinée à rester à demeure dans l'épaisseur des chairs aussi longtemps que la tige invaginatrice séjourne dans le canal inguinal. Les adhérences se forment principalement autour de cette aiguille; cela suffit pour assurer la guérison des petites hernies; mais lorsque la tumeur est plus volumineuse et que le canal est largement dilaté, les adhérences sont trop restreintes et permettent la récidive. Pour obvier à cet inconvénient, M. Rothmund a fait construire des invaginateurs à deux et à trois aiguilles. Du reste, le mécanisme de ces nouveaux instruments et leur mode d'application sont les mêmes que dans le procédé de M. Wutzer.

Tels sont les huit procédés qui reposent sur l'idée dont la chirurgie est redevable à M Wutzer. J'ai cru devoir les rassembler en un seul faisceau, bien que M. Rothmund ait préféré les disséminer parmi les autres suivant les hasards de l'ordre chronologique.

C. J'arrive maintenant au *procédé de Mösner*, qui pourrait presque recevoir le nom de méthode, car il diffère à plusieurs titres des autres dérivés de la méthode de M. Gerdy. Pour être juste, cependant, il faut dire que ce nouveau procédé n'aurait probablement pas vu le jour sans les recherches de M. Gerdy. C'est en réfléchissant aux résultats de la méthode de l'invagination, c'est en s'efforçant d'en rendre l'application plus facile et plus inoffensive que M. Mösner a été conduit à imaginer le procédé suivant:

Le premier temps de l'opération consiste, comme dans tous les autres procédés, à invaginer la peau du scrotum dans le canal inguinal à l'aide du doigt indicateur de la main gauche. Puis, à l'aide d'une aiguille à dard portée le long de ce doigt jusqu'au fond du cul-de-sac de la peau refoulée, l'opérateur transperce la paroi antérieure du canal inguinal. L'aiguille, chargée d'un fil simple, vient ressortir au-dessus du pli de l'aine. On la retire aussitôt en laissant le fil en place. Jusqu'ici le manuel opératoire est la reproduction fidèle de celui qu'emploie M. Gerdy; mais, au lieu de se servir du fil pour faire une suture, au lieu de fixer par un moyen quelconque la peau du scrotum dans le canal inguinal, l'opérateur retire simplement son doigt. La peau, abandonnée à elle-même, descend aussitôt et reprend sa situation naturelle. Mais le fil est laissé en place comme un séton. Des deux extrémités de ce fil, l'une sort de la peau au niveau de la partie moyenne ou de la partie inférieure du scrotum, l'autre au-dessus de l'arcade fémorale, au niveau à peu près de l'anneau inguinal interne. Entre ces deux points extrêmes, le fil parcourt dans l'épaisseur des chairs un long trajet et traverse en particulier le canal inguinal dans toute son étendue.

On laisse séjourner ce séton pendant dix-huit à vingt jours, en ayant soin pendant tout ce temps de comprimer exactement sur toute la longueur du canal inguinal à l'aide d'un spica ou d'un bandage. Le fil une fois retiré, on continue encore la compression pendant quelques semaines.

Voici quelles sont les conséquences de ce procédé:

La présence du fil suffit pour provoquer dans l'intérieur du canal inguinal la sécrétion d'une certaine quantité de lymphe plastique qui remplit entièrement ce canal. La compression méthodique que l'on exerce pendant plusieurs semaines maintient la hernie réduite jusqu'à ce que cette lymphe plastique ait acquis une solide organisation et contracté des adhérences durables avec les parois du canal. Enfin, l'inflammation provoquée par la présence d'un corps étranger aussi délié et aussi flexible ne dépasse pas les limites voulues; il se produit à peine une légère sécrétion purulente qui s'échappe à l'extérieur en suivant le trajet du fil. Les chances de la péritonite, celles des phlegmons et abcès des parois abdominales sont presque réduites à leur minimum. Suivant M. Mösner, cette opération n'est ni douloureuse, ni dangereuse, ni difficile, et elle a en outre l'avantage d'atteindre sûrement son but.

Votre rapporteur, messieurs, n'est pas éloigné de partager cette manière de voir, avec une restriction cependant. J'admets très volontiers l'efficacité du procédé de M. Mösner dans le cas de hernies petites et récentes, mais je craindrais qu'il ne fût sans action sur les hernies plus grosses et plus anciennes.

S'il fallait me prononcer *à priori* sur la valeur des divers procédés que je viens de passer en revue, je dirais d'abord que les procédés dérivés de la méthode de l'invagination me paraissent supérieurs à tous les autres. Ils ont sur les méthodes anciennes l'avantage d'une innocuité beaucoup plus grande, et sur la plupart des autres méthodes modernes l'avantage de promettre un plus grand nombre de guérisons définitives. Le temps n'est plus, en effet, où on attribuait la formation des hernies à la laxité trop grande du péritoine. Personne n'ignore que le péritoine n'oppose à la sortie des intestins et de l'épiploon qu'une barrière illusoire. On sait, en particulier, que la véritable cause des hernies inguinales gît dans la largeur trop grande des ouvertures. Dès lors, il ne suffit pas pour guérir radicalement les hernies d'oblitérer le sac péritonéal. Cette oblitération, quelque complète qu'on la suppose, empêche la hernie de rentrer dans son ancien sac, mais ne l'empêche pas de se reproduire en refoulant au-devant d'elle une nouvelle portion de la séreuse adjacente. Je ne veux pas nier cependant que les procédés qui concentrent leur action sur le sac n'aient pu procurer un certain nombre de guérisons durables. Mais je suis convaincu que la plupart de ces guérisons se sont effectuées par un mécanisme différent de celui que l'opérateur avait en vue. L'inflammation purement adhésive qu'on voulait provoquer a dépassé les limites du sac herniaire; elle a gagné le tissu cellulaire environnant et a donné lieu à une sécrétion de lymphe plastique qui a rempli le canal inguinal. Il me serait difficile sans doute d'établir cette interprétation sur des preuves rigoureuses; les faits anatomo-pathologiques manquent jusqu'ici, et il ne serait pas prudent de se prononcer d'une manière absolue. Mais il me semble que la physiologie des hernies dépose victorieusement en faveur de cette manière de voir.

Les procédés auxquels la méthode de M. Gerdy a donné naissance ont, au contraire, pour but d'oblitérer le trajet de la hernie à l'aide d'un bouchon organique qui occupe toute la longueur du canal inguinal. Ici on s'inquiète assez peu du sac herniaire; ce n'est point à lui que s'adresse l'opération; on s'efforce même de repousser le sac dans le ventre et de le soustraire à l'action des instruments, de manière à écarter autant que possible les chances de la péritonite.

Sous ce rapport, il y a encore quelque incertitude; les résultats obtenus par les divers observateurs ne sont pas parfaitement d'accord. Les faits cités dans l'ouvrage de M. Rothmund tendent à faire admettre que les aiguilles respectent en général le péritoine, tandis que les recherches de M. Valette le portent à croire que le péritoine est constamment intéressé (1). Cette question, du reste, est moins importante qu'on ne pourrait le croire au premier abord. L'expérience clinique, en effet, a démontré que la péritonite était, sinon impossible, du moins excessivement rare à la suite des opérations dérivées de la méthode de M. Gerdy. Quelques malades, il est vrai, ont présenté des accidents assez graves; plusieurs même ont succombé; mais ce n'est pas la péritonite qui a été la cause de ces revers, qu'on doit mettre principalement sur le compte des inflammations diffuses de la paroi abdominale.

Ceci me conduit naturellement à examiner la deuxième partie, c'est-à-dire la partie clinique du livre de M. Rothmund. L'auteur ne se borne pas à faire connaître les résultats de sa propre pratique. Il donne le tableau de toutes les opérations radicales de hernies inguinales exécutées à la clinique chirurgicale de Munich depuis 1844.

Ce tableau renferme 181 faits, dont 7 seulement sont relatifs à des opérations pratiquées sur des femmes.

Sur ces 7 dernières opérations, il y a eu deux résultats nuls et cinq résultats heureux, dont la persistance a été constatée pour quatre d'entre elles au bout de plusieurs années.

Les 174 autres opérations ont été pratiquées sur des hommes. 140 fois on a employé le procédé de Wutzer; les 34 autres malades ont été guéris suivant le procédé de Mösner. Il n'a pas été possible de suivre tous les malades pendant un temps suffisant après l'opération, mais on a pu du moins en revoir un grand nombre, et on a obtenu des renseignements positifs sur plusieurs autres.

Voici quel a été le résultat des 140 opérations pratiquées suivant le procédé de Wutzer:

Il n'y a pas eu un seul cas de mort. *Six* malades sont restés dans le même état qu'avant l'opération. *Quatre* autres, atteints de hernies volumineuses et qu'aucun bandage ne pouvait maintenir, ont obtenu une très grande amélioration, puisqu'ils ont pu après l'opération contenir leurs hernies avec un simple brayer et reprendre sans inconvénient de pénibles professions. Ces quatre cas ne peuvent être rangés au nombre des succès complets; mais on ne saurait non plus les compter parmi les insuccès, et, si on réfléchit que ces quatre cas étaient très défavorables à cause du volume et de l'ancienneté de ces hernies incoercibles, on arrive à penser qu'ils déposent réellement en faveur de la méthode opératoire employée.

Treize malades, momentanément guéris, ont eu une récidive ultérieure; mais plusieurs d'entre eux, ayant été opérés de nouveau, ont fini par être guéris radicalement. M. Rothmund, du reste, se garde bien de dire que le nombre des récidives ait été limité au chiffre de treize, parce qu'il avoue que beaucoup de malades ont été perdus de vue peu de temps après leur sortie de l'hôpital.

Nous avons parlé jusqu'ici de 23 opérés. « Les autres malades, continue M. Rothmund, ont obtenu l'occlusion du conduit herniaire à un point tel, que je ne puis douter que l'opération n'ait atteint son but. D'ailleurs beaucoup de ces individus vivant dans la localité, je n'aurais pu ignorer les récidives si elles s'étaient produites. Bien des fois aussi j'ai eu l'occasion de revoir les opérés *au bout de plus d'une année*, et la guérison s'était maintenue chez eux. »

Sur les 34 malades opérés suivant le procédé de Mösner, il y a eu 1 résultat nul, 1 cas de récidive, 2 cas d'amélioration simple, *1 cas de mort*, et tous les autres ont été guéris avec des cicatrices tellement solides que la récidive est hors de toute vraisemblance.

Je voudrais pouvoir, messieurs, faire passer sous vos yeux les observations détaillées consignées en dehors des tableaux précédents dans le livre de M. Rothmund. J'aimerais surtout à placer sous vos yeux le résultat de l'autopsie de trois individus morts accidentellement plusieurs années après l'opération qui leur avait été pratiquée. La dissection a montré dans ces trois cas non-seulement que la guérison avait persisté, mais encore que l'oblitération complète de l'anneau inguinal rendait la récidive impossible.

Mais je crains déjà d'avoir fatigué votre attention. Ce qui précède suffit pour vous permettre d'apprécier l'importance de l'œuvre que M. Rothmund nous a fait parvenir à l'appui de sa candidature. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les autres titres du candidat, ni la juste renommée dont il jouit en Allemagne. La Société de chirurgie ne peut que gagner en l'associant à ses travaux.

En conséquence, messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Rothmund le titre de membre correspondant.

Après la lecture de ce rapport une courte discussion s'engage entre quelques membres de la Société.

M. Cloquet exprime de nouveau l'opinion que les guérisons sont maintenues par le resserrement de l'anneau. Ce resserrement est obtenu par la transformation en tissu fibreux de la lymphe plastique épanchée à ce niveau.

M. Giraldès demande si M. Rothmund précise l'époque à laquelle ces malades ont été revus, et il s'étonne que M. le rapporteur n'ait point parlé des faits de M. Sigmund.

M. Broca répond à M. Cloquet que dans trois autopsies d'individus morts longtemps après leur guérison complète, on n'a point trouvé trace de téguments; c'était au niveau de l'anneau inguinal interne qu'avait lieu le resserrement. Quant à l'anneau externe, il semblait élargi, quoique bouché par de la lymphe plastique.

Si M. Broca ne s'est point servi des faits de M. Sigmund, c'est qu'il s'est élevé récemment dans un journal anglais, *the Lancet*, une discussion qui semble ôter à ces faits leur valeur. Un correspondant de ce journal cherche, sans les trouver, les faits de M. Sigmund.

M. Broca ajoute que M. Rothmund n'a point, à la vérité, indiqué l'époque à laquelle ont été revus ses opérés. C'est assurément une lacune regrettable.

M. Chassaignac demande à M. Broca quelques renseignements sur l'âge approximatif des opérés.

M. Broca répond que, d'après les observations de M. Rothmund, la guérison est le plus souvent obtenue de vingt-cinq à quarante ans. Il y a peu de faits relatifs à des enfants.

— M. Houel lit les conclusions modifiées de son rapport sur plusieurs travaux de M. Ancelon, médecin à l'hôpital de Dieuze. (Commissaires : MM. Morel-Lavallée, Laborie et Houel.)

Il propose : 1° de publier dans les bulletins un extrait de la première observation adressée par M. Ancelon, et qui est relative à une double fracture de la mâchoire. (Cette observation sera publiée dans un prochain numéro.)

2° De déposer dans les archives les autres communications de ce médecin.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Le ministre de la guerre a reçu de M. le docteur Michel Lévy, médecin inspecteur à l'armée d'Orient, la lettre suivante :

Sous Sébastopol, le 27 octobre.

Monsieur le maréchal,

Le siége continue avec vigueur; toutefois le nombre quotidien des blessés n'est pas considérable; il oscille entre seize et vingt-deux; celui des tués entre six et huit. Depuis l'ouverture du siége jusqu'au 23 octobre, le chiffre total des blessés, en y comprenant les cas de simples contusions et de blessures légères, qui sont en majorité, s'élève à 718, celui des morts à 98.

Le 25, une évacuation de 320 malades a eu lieu sur Constantinople, et il reste à la date de ce jour 1,008 malades dans les ambulances; sur ce nombre, il n'y a que 137 blessés. Ainsi le service médical est plus important, même sous le feu des batteries de Sébastopol, que le service chirurgical.

J'ai visité en détail tous les malades, et j'ai constaté :

1° Qu'un tiers seulement est affecté avec quelque gravité;

2° Que les deux autres tiers sont des hommes affaiblis et parfaitement assurés de leur guérison prochaine.

M. le général en chef a ordonné les mesures nécessaires pour améliorer autant que possible la position de nos malades; les blessés turcs sont soignés dans nos ambulances.

Je visite aussi souvent que possible l'ambulance de tranchée. Elle est desservie à tour de rôle par les officiers de santé des diverses ambulances de l'armée. Ce service, qui n'est pas sans péril, est un poste d'honneur et une sanglante école de chirurgie militaire. Nos blessés et opérés continuent de fournir une remarquable proportion de guérisons, grâce aux soins dont ils sont entourés et au talent de leurs opérateurs, parmi lesquels se distinguent MM. Scrive, Thomas, Marmy, Gœury, Secourgeon, Périer, Bourguillon, Colmant, etc., etc.

Jamais armée n'a reçu des soins médicaux et chirurgicaux plus prompts, plus méthodiques, plus complets et plus assidus. Devant Sébastopol, comme à Constantinople, un groupe de talents, animés par une savante rivalité, fonctionne au profit des malades et des blessés. Des ambulances, installées sur les plateaux qui dominent Sébastopol au bruit des décharges d'artillerie, rappellent par leur régularité et le bon ordre des choses les meilleurs types de ces établissements passagers.

Pas un cas de choléra, pas un tétanos ne s'est encore manifesté parmi les blessés. Quant aux maladies internes, ce sont des diarrhées, des dyssenteries peu intenses, des fièvres intermittentes légères, des fièvres gastriques, dont quelques-unes se sont compliquées de symptômes céréhraux; le froid des nuits a produit des bronchites en petit nombre. La marine compte cinq à six cents scorbutiques, dont les plus gravement atteints ont été débarqués. Rien de semblable dans l'armée, et la distribution journalière de pain frais, la distribution très fréquente de viande fraîche écartent jusqu'au danger ultérieur de cette manifestation.

Le moral de l'armée est aussi fait pour l'éloigner : malgré les veilles du service de tranchée, malgré certaines privations, le soldat conserve son alacrité; le général en chef se multiplie pour lui faire sentir sa sollicitude, et la certitude d'un triomphe prochain est aussi un élément de préservation hygiénique.

J'ai l'honneur d'être, etc. *Signé* : Dr Michel Lévy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance de rentrée de la Faculté aura lieu mercredi 15 novembre à 1 heure précise.

— *Concours pour* 1855. — L'Institut impérial et royal de Milan propose un prix de 1,800 francs à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but de :

1° Déterminer les faits de l'électro-physiologie qui doivent être le fondement scientifique de l'emploi de l'électricité en médecine;

2° Indiquer les cas pathologiques dans lesquels on peut en conseiller l'application; exposer en même temps les raisons et analogies scientifiques;

3° Décrire les méthodes et les appareils que l'on doit préférer dans chaque cas de cette application; en donner les règles bien démontrées et déduites rigoureusement de sa propre expérience ou de celle d'autrui.

Tous les savants, sans distinction de nationalité, sont admis au concours. Les mémoires doivent être écrits en italien ou en français.

— M. le professeur Adelon commencera son cours de médecine légale à la Faculté le vendredi 17 novembre, à midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

— M. Becquerel, agrégé en exercice, chargé du cours de pathologie interne, commencera ce cours à la Faculté le vendredi 17 novembre, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Le Gérant.

(1) Valette. *De la cure radicale des hernies inguinales.* Paris, 1854; in-8°, p. 124, avec 3 planches.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 135. — JEUDI 16 NOVEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 135. — JEUDI 16 NOVEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Séance de rentrée de la Faculté. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Aran). Observation d'eczéma chronique traité avec succès par les applications réfrigérantes et la glycérine. — Un mot sur l'emploi thérapeutique des mélanges réfrigérants. — Etudes progressives d'helminthologie. — Note sur une tumeur du canal de Warthon. Rupture du kyste dans des efforts de vomissement. Expulsion d'un calcul salivaire. — Nævi materni, tartre stibié en topique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 14 novembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 15 NOVEMBRE 1854.

Séance de rentrée de la Faculté.

C'est avec un sentiment de profonde tristesse que nous sortons de la séance de rentrée de l'Ecole. Indépendamment du désordre occasionné par une pareille affluence dans un espace beaucoup trop étroit pour la contenir, la séance a été troublée des interruptions évidemment intentionnées.

La Faculté tout entière et le nombreux concours de médecins, d'élèves et de notabilités de divers rangs réunis pour entendre de la voix aimée et sympathique de M. Bérard l'éloge d'un maître qui a laissé de si vivants souvenirs dans l'Ecole ont dû être bien péniblement affectés de ces scènes de désordre. Nous ne savons et nous ne cherchons pas à savoir en ce moment quels ont pu être les motifs de ces malveillantes manifestations; mais, quels qu'ils puissent être, rien ne saurait excuser un manque aussi absolu de respect envers l'assemblée, envers l'orateur et surtout envers la mémoire du professeur dont les souvenirs évoqués par la voix de M. Bérard eussent dû imposer aux natures les plus turbulentes un religieux silence !

Hâtons-nous d'ajouter que l'immense majorité des étudiants est restée étrangère à ces désordres qu'elle s'est même efforcée de réprimer par sa bonne tenue. Ils sont évidemment le fait d'un petit nombre d'entre eux, peut-être même de personnes étrangères à l'Ecole.

Grâce à l'intervention de M. le doyen, qui à plusieurs reprises a dû s'efforcer de ramener les perturbateurs à de meilleurs sentiments; grâce surtout à la courageuse patience de M. Bérard, qui a su vaincre leur opiniâtreté, on a pu enfin entendre et goûter jusqu'au bout ce bel éloge dont les dernières phrases ont été accueillies par une triple salve d'applaudissements.

Nous n'aurions en ce moment ni le temps, ni la liberté d'esprit nécessaire pour apprécier convenablement ce remarquable discours. Nous en renverrons la publication au prochain numéro, regrettant que M. Bérard ne nous ait pas mis à même de le publier dès aujourd'hui.

La séance s'est terminée par la proclamation des prix faite par M. Gavarret.

Voici la liste des lauréats :

Prix de l'Ecole pratique. — Grand prix (médaille d'or) : M. Henry (Alfred-Alexandre), de Nantes.

1er prix (médaille d'argent): M. Letellier (Louis-Edouard-Irené), de Faverny (Haute-Saône).

2e prix, *ex æquo :* MM. Barnier (Jean-Baptiste-Théodore), de Saillans (Drôme), et Poisson (Louis-Pierre-Victor), de Paris.

Mentions honorables : MM. Desnos (Louis-Joseph) et Voisin (Auguste-Félix).

Prix Corvisart (médaille d'or): M. Costa de Serda (Henri-Jules), de Paris.

Mention honorable avec médaille d'argent : M. Henry (Emmanuel-Ossian), de Paris.

Prix Montyon (médaille d'or) : M. Lorain (Paul), de Paris.

Mention honorable avec médaille d'argent, *ex æquo :* MM. Remilly (Emile), de Versailles, et Clin (Ernest-Marie), de Beauvais.

Le sujet du prix Corvisart pour l'année prochaine est :

De l'abstinence dans le traitement des maladies.

(Indiquer l'hôpital et le numéro du lit dans lequel auront été recueillies les observations.) — Dr Brochin.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le cancer a dû céder le pas aujourd'hui à des travaux moins faits pour passionner et émouvoir l'auditoire, mais qui, dans leur sphère plus modeste, n'en ont pas moins leur part d'utilité ou d'intérêt. Sauf la lettre de M. Mandl, publiée textuellement dans le compte rendu, il n'a été, en effet, nullement question du cancer.

Après la lecture de quelques rapports sur les remèdes secrets, l'Académie a entendu celui de M. Pâtissier sur l'emploi des eaux minérales dans le traitement de l'endocardite chronique dépendante de la diathèse rhumatismale; et le reste de la séance s'est passé en comité secret pour la discussion des rapports sur les prix.

Le rapport de M. Pâtissier n'a eu qu'un tort, c'est de n'avoir pas été assez écouté. Si l'auditoire eût été moins distrait ou moins préoccupé, ce rapport aurait pu donner lieu à une discussion intéressante. C'est ce que nous allons essayer de justifier en résumant quelques-uns des poiuts principaux de pratique qui y ont été abordés.

Tout le monde connaît, depuis les belles recherches cliniques de M. le professeur Bouillaud sur ce sujet, le fait de la coïncidence, ou plutôt de la relation pathologique de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire. On connaît aussi la théorie ingénieuse du mécanisme suivant lequel se produisent les hypertrophies du cœur consécutivement au développement des concrétions fibrineuses des valvules formées sous l'influence de la phlegmasie rhumatismale. Mais si l'anatomie pathologique et la symptomatologie de l'endocardite rhumatismale sont passées à l'état de notions presque vulgaires, il s'en faut que la thérapeutique de cette affection soit au même niveau. Lorsqu'on a parcouru la liste des moyens proposés dans les auteurs contre cette redoutable complication, on se prend à dire, avec M. le rapporteur, que l'épigraphe inscrite par Corvisart en tête de son ouvrage :

Hœret lateris lethalis arundo,

est encore aussi juste aujourd'hui qu'il y a quarante ans.

Cependant quelques efforts ont été faits depuis un certain nombre d'années pour tenter d'accroître les ressources de la thérapeutique de cette grave affection. Plusieurs médecins hydrologistes ont pensé que si l'usage des eaux thermales était considéré avec raison comme nuisible en général dans les affections du cœur, cela pouvait bien n'être vrai que pour les lésions organiques essentielles, et qu'il y aurait lieu peut-être à excepter de cette proscription les affections du cœur d'origine rhumatismale. La communauté d'origine entre le rhumatisme articulaire et l'endocardite justifiait *à priori* l'idée d'une assimilation dans les moyens thérapeutiques à leur opposer. Quelques observations cliniques récentes ont paru donner à cette idée théorique la sanction de l'expérience. Des faits publiés par plusieurs médecins d'établissements thermaux, notamment par M. le professeur Dupré (de Montpellier), par M. Bertrand, par M. Victor Nicolas (de Vichy), tendent à démontrer que les troubles de la circulation cardiaque suite de rhumatisme sont atténués et amendés par les bains de quelques eaux minérales. On en trouve aussi plusieurs exemples dans la *Clinique médicale des eaux de Plombières* de M. le docteur Lhéritier. C'est enfin ce que MM. Vernière et Dufresse de Chassaigne se sont proposé de démontrer dans les deux mémoires qui font le sujet du rapport de M. Pâtissier. Ces deux auteurs rapportent de nombreuses observations en faveur de l'efficacité des eaux minérales de Saint-Nectaire et de Chaudes-Aigues dans l'endocardite rhumatismale.

Mais, d'accord sur le fait principal, ces deux honorables praticiens divergent sur un point secondaire qui est loin d'être sans importance, savoir : sous quelle forme doivent être administrées les eaux minérales dans ce cas; s'il ne doit être rien changé aux divers modes d'administration usités dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique, ainsi que paraît le penser M. Dufresse de Chassaigne; ou si, au contraire, suivant l'opinion de M. Vernière, les douches doivent être sévèrement proscrites, et le traitement réduit à un de ses éléments les plus simples et les moins excitants, l'usage du bain à une température modérée. M. le rapporteur s'est rangé, avec raison suivant nous, à cette dernière opinion pleine de prudence et de circonspection. C'est dans cette même vue que M. Nicolas, qui préconise également l'usage des eaux minérales dans cette circonstance, propose de leur associer l'usage de la digitale.

Toutes les sources thermales réputées souveraines contre le rhumatisme conviennent-elles également bien pour l'endocardite chronique?

D'après quelques médecins hydrologistes, ce serait plus particulièrement aux eaux alcalines qu'il faudrait avoir recours. On en devine assez la raison; c'est à cause de leur action dissolvante... Il faut laisser se faire l'expérience à cet égard.

Il résulte, en résumé, des faits et des observations commentés par M. le rapporteur, que certaines eaux minérales peuvent être avantageusement mises en usage chez les rhumatisants affectés d'endocardite, mais avec prudence et sous certaines conditions. Ce ne serait, par exemple, que dans les affections du cœur d'origine récente et encore peu intense, celles qui ne sont caractérisées que par un bruit de souffle et qui ne s'accompagnent que d'un degré léger d'hypertrophie.

Il y a, comme on le voit, dans ces premières indications, qui ont encore besoin d'être soumises à une plus longue et plus complète expérience, des motifs suffisants tout au moins pour recommander ce sujet à l'attention des médecins qui exercent auprès des établissements thermaux.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Observation d'eczéma chronique traité avec succès par les applications réfrigérantes et la glycérine. — Un mot sur l'emploi thérapeutique des mélanges réfrigérants.

Denis (Victor), marbrier, âgé de cinquante ans, est un homme d'une constitution assez robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin.

Sa profession de marbrier l'expose au froid humide, cause fréquente d'affections eczémateuses, notamment chez les débardeurs de bateaux.

Depuis trente ans il s'adonne avec une sorte de fureur aux boissons alcooliques, particularité qui pourrait avoir son importance sur la production de la maladie.

Sujet depuis longtemps à des douleurs articulaires qu'il attribue à l'action du froid, il imagina l'hiver dernier pour s'y soustraire de couvrir, indépendamment des vêtements ordinaires, ses jambes et ses bras d'enveloppes de laine. Ces enveloppes furent appliquées sur les *bras*, les *avant-bras* et les *jambes* avant l'hiver. Le malade les garda pendant toute la saison froide sans les changer jamais, sans jamais les enlever, ni jour ni nuit. Ce ne fut qu'au mois de mars qu'en raison de l'élévation de la température il se décida à abandonner ces vêtements, devenus trop chauds pour la saison.

Ce fut à cette époque, ou quelques jours après, qu'il commença à ressentir sur les points précédemment couverts par la laine un prurit d'abord léger, puis croissant. Bientôt de petites, très petites vésicules se montrèrent aux mêmes endroits. Le malade se grattant beaucoup, il ne tarda pas à s'y montrer une rougeur vive avec tension, aspect luisant de la peau, et pointillé plus rouge, disséminé. Cette surface malade fournissait un liquide séreux, imprégnant le linge et l'empesant à la manière de taches de sperme. Les caractères de l'eczéma étaient donc évidents.

La maladie s'était montrée d'abord à la jambe gauche; quelques jours après elle parut à la droite. Elle fut plus tardive sur les bras, avec une intensité moindre ; à ce niveau, en effet, elle se borna à une simple démangeaison avec production de vésicules, rupture de ces vésicules et desquammation.

D'ailleurs, nul symptôme réactionnel ou sympathique; appétit conservé; fonctions intactes, etc.

Après avoir pris quelques bains sulfureux à Saint-Louis, le malade entra à Saint-Antoine le 2 juin.

A cette époque l'affection occupait la face antérieure des deux jambes, la gauche dans une étendue de 12 centimètres environ de hauteur sur une largeur de 5-6 centimètres, la droite dans une proportion moindre d'un tiers; les surfaces étaient toujours rouges, avec le pointué caractéristique de M. Devergie, et sécrétantes; démangeaisons permanentes très intenses.

Aux bras, la maladie présentait une autre forme : les vésicules, en se rompant tour à tour, laissaient une foule de petites squammes blanchâtres; pas de surface rouge comme aux jambes; prurit modéré.

Pendant quelques jours, application sur les jambes et les bras d'huile de cade. Le malade se trouvait très mal de ces applications, qui lui causaient de vives démangeaisons et irritaient les surfaces sécrétantes. On les suspendit bientôt.

Comme traitement interne, une cuillerée matin et soir du mélange suivant :

Sirop de feuilles de noyer. . . .	250 grammes.
Bicarbonate de soude.	10 —

Tisane de chicorée sauvage.

Les applications d'huile de cade furent remplacée par des onctions

et des applications de pommade au carbonate de potasse. Cette pommade causa encore une vive irritation, ou du moins la maladie fit de nouveaux progrès, malgré les remèdes qui lui étaient opposés.

On essaya pendant quelques jours de recouvrir les surfaces malades de collodion ferrugineux. Irritation croissante.

A cette époque, la maladie s'était de beaucoup accrue. Les deux jambes étaient envahies dans toute leur hauteur, mais seulement sur leur face antérieure. L'inflammation s'accompagnait de gonflement et d'œdème.

L'on crut alors devoir s'en tenir, en raison de l'inflammation très vive, aux applications émollientes. Pendant trois semaines on se borna à recouvrir les jambes de cataplasmes de farine de graine de lin. Sous leur influence le gonflement disparut, mais le suintement persista, c'est-à-dire que l'eczéma subsistait toujours.

Pendant une semaine et demie environ, l'on saupoudra les surfaces malades d'amidon. Cette poudre fit rapidement disparaître l'état inflammatoire, résultat conforme à ceux qu'a annoncés M. Devergie il y quelques années, à propos de la préférence à donner à l'amidon sur toutes les applications locales permanentes pour combattre l'inflammation de l'eczéma. Malgré cette amélioration, néanmoins, les jambes suintaient toujours.

Ce fut alors, c'est-à-dire à une époque où la période aiguë d'envahissement allait être suivie de la période d'état, ou période stationnaire, qu'on essaya de recouvrir les jambes, l'une de collodion au tanin, l'autre de collodion iodique. Ces applications furent continuées quelques jours avec un succès véritablement inespéré. Le collodion au tanin, semblant réussir encore mieux, fut préféré. Les jambes allaient parfaitement, au dire même du malade; les surfaces malades se rétrécissaient chaque jour; l'exhalation se tarissait peu à peu; des squammes, minces, petites, se formaient à la circonférence; tout faisait désespérer une guérison prochaine, lorsqu'un jour un élève ayant recouvert par erreur les surfaces de collodion ferrugineux, le malade ressentit de nouveau de très vives démangeaisons aux jambes; la peau rougit très vivement; des vésicules se formèrent, puis des excoriations sur toute la surface; le suintement augmenta en proportion, et l'œdème gagna les deux jambes. Tous les bienfaits des cataplasmes, de la poudre d'amidon et du collodion tanique furent donc perdus par ce retour à l'état aigu qu'avait provoqué l'application intempestive ou absolument nuisible du collodion ferrugineux.

De nouveau on eut recours aux cataplasmes de farine de graine de lin, puis à la poudre d'amidon, pour se rendre maître de l'inflammation. Celle-ci persista néanmoins, et avec assez d'intensité, jusqu'au moment où se détacha des jambes une pellicule noirâtre qu'avait formée la superposition d'une couche de collodion ferrugineux à une première couche de collodion tanique.

Le suintement était encore abondant et l'état inflammatoire prononcé quand on mit en usage les *applications réfrigérantes*. Voici comment se faisaient ces applications :

Deux parties de glace pilée et une partie de sel marin étant intimement mélangées dans une vessie ou dans des compresses pliées en double, les jambes du malade étaient entourées de ce mélange frigérifique, qu'on laissait à demeure pendant dix à quinze minutes. Le mélange n'était retiré qu'au moment où les surfaces malades, de rouges qu'elles étaient d'abord, étaient devenues complétement blanches. A cette époque la peau se présentait sous l'aspect d'une membrane tendue, complétement blanche, très dure et insensible : la congélation semblait complète, absolue, à ce point que plusieurs fois les élèves du service, imbus des doctrines exagérées que répandent sur le danger des applications réfrigérantes la plupart des livres classiques, prédirent pour le lendemain une gangrène de la peau.

Or rien de semblable ne se produisit.

Le mélange réfrigérant étant enlevé, le malade avait soin d'appliquer sur ses jambes des compresses trempées dans de l'eau très froide d'abord, puis ensuite dans de l'eau à la température ordinaire, précaution utile pour prévenir une réaction trop hâtive. Néanmoins, et malgré cette précaution, la réaction était très prompte : un quart d'heure suffisait pour la produire, et au bout de ce temps (bien court en apparence) la peau avait repris ses propriétés naturelles; seulement elle était un peu plus rouge, comme congestionnée, plus tendue; la circulation s'y faisait avec une activité extrême; la chaleur y était très intense, pénible même pour le malade, accompagnée d'un prurit douloureux.

Ces accidents réactionnels ne tardaient pas à se calmer. La congestion se dissipait insensiblement, ainsi que la chaleur; le prurit cessait, la rougeur devenait beaucoup moins prononcée, plus faible même qu'avant l'application de la glace; enfin, au dire du malade, les démangeaisons cessaient complétement, au moins pour toute la journée et une partie de la nuit.

Le malade se trouvant parfaitement de ces applications réfrigérantes, on les continua pendant quelque temps. On en fit sept à quelques jours d'intervalle.

En même temps, outre les applications frigérifiques, le malade fit usage de la pommade au tanin. Il continua de plus l'usage du sirop composé (V. S.).

Sept semaines après le retour à l'état aigu, la maladie était revenue à l'état qui avait précédé cette recrudescence, c'est-à-dire que l'étendue des surfaces sécrétantes diminuait progressivement d'une façon notable, que le suintement était beaucoup moindre, etc. Cette amélioration était due à l'action combinée des applications réfrigérantes et de la pommade au tanin.

En raison de la diminution des symptômes d'acuité, l'on suspendit les premières, mais on continua celle-ci en lui associant l'emploi de la glycérine et l'enveloppement du membre (pendant quelques jours seulement) avec des bandes huilées.

Sous l'influence de ces derniers agents, la guérison fut confirmée, et aujourd'hui, il y a déjà un mois et demi environ, elle peut être regardée comme telle.

Cette guérison est remarquable en ce qu'elle ne s'accompagne pas de la présence sur la peau de cette teinte brune qui persiste si souvent sur le siége des eczémas. Loin de là, la peau a repris son aspect normal, sa couleur normal; sauf les poils qui ne sont pas repoussés, à part encore (pour ne rien omettre) une teinte blanc mat luisante de la surface autrefois malade et quelques petits points ridés, chagrinés, l'on aurait vraiment peine à dire quel fut le siége du mal et quelles furent ses limites.

Dans les derniers jours d'octobre, quelques points rouges disséminés se manifestèrent de nouveau sur les surfaces précédemment malades. Des applications d'une solution de tanin dans la glycérine, parties égales, les firent rapidement disparaître.

Aujourd'hui la guérison est complète; elle paraît définitive.

Il y a plusieurs sortes de déductions à tirer de cette observation, les unes étiologiques, les autres physiologiques, d'autres enfin thérapeutiques beaucoup plus importantes.

1° *Déductions étiologiques.* — Il est hors de toute contestation que dans le cas qui nous occupe l'inflammation eczémateuse a succédé à deux causes d'irritation : 1° emploi de la laine, tissu irritant, dont l'influence est signalée par tous les auteurs; 2° soustraction de l'enveloppe cutanée aux agents atmosphériques chargés soit d'évaporer les produits de sécrétion de la peau, soit d'agir d'une façon difficile à déterminer, mais incontestable, sur toute sa surface.

Peut-être, enfin, les habitudes d'ivrognerie du malade ont-elles contribué à développer l'affection ou du moins à l'entretenir par l'état d'irritation générale que produit sur l'économie l'usage des alcooliques.

2° *Déductions physiologiques.* — L'école contemporaine tend à abandonner de plus en plus les idées anciennes sur les dangers de l'emploi du froid. Les expériences physiologiques ont déjà fait justice des craintes chimériques conçues à cet égard. Ici encore nous voyons un froid intense, de 20° au-dessous de zéro environ, agir sur une surface malade pendant un quart d'heure, au delà duquel des compresses d'eau glacées sont encore appliquées sur elle. Que se produit-il à la suite? Une gangrène? Nullement. Une réaction très intense, dangereuse par son intensité même? Pas davantage. Quelques heures suffisent à dissiper l'orgasme local excité par l'application du froid.

Si les effets produits par ces applications réfrigérantes sont peu à craindre sur la peau, le deviendraient-ils davantage dans les cas où l'on agirait sur des organes dont la vascularité plus riche semble une prédisposition à une réaction inflammatoire très intense? Des expériences récentes faites dans le service de M. Aran permettent de répondre à cette question.

Depuis quelque temps, M. le docteur Aran a mis en usage contre plusieurs affections utérines, notamment les métrites muqueuses aiguës, les granulations, les érosions du col, les inflexions, etc., les mêmes applications réfrigérantes (c'est-à-dire des mélanges de deux tiers de glace pour un tiers de sel devant produire un abaissement de température de — 20° environ). Or il ne s'est produit en ces circonstances, alors qu'on agissait sur *la muqueuse vaginale* si abondamment pourvue de vaisseaux, ni gangrène, ni abaissement prolongé de la température, ni réaction dangereuse. Cette réaction est prompte, presque instantanée; elle a toujours été modérée; elle s'est toujours maintenue dans les limites d'une réaction physiologique, et ces applications ont toujours été suivies d'un grand soulagement.

3° *Déductions thérapeutiques.* — Il résulte à ce point de vue de cette observation :

1° Que le collodion ferrugineux, au moins dans l'état aigu de la maladie, a eu des résultats très défavorables;

2° Que le collodion *tanique*, au contraire, a agi sur l'affection de la façon la plus favorable;

Que la pommade *au tanin* a été employée avec le même succès;

3° Que les *applications frigérifiques surtout* ont agi de la manière la plus satisfaisante; qu'elles ont non-seulement apaisé la démangeaison, mais de plus, en combattant l'élément inflammatoire de la maladie, diminué le suintement, restreint les surfaces sécrétantes, enfin décidé la guérison;

Qu'en conséquence elles constituent *un agent thérapeutique nouveau* (nullement assimilable aux irrigations froides, au point de vue de la puissance d'action), *qui peut être employé avec le plus grand succès dans la période aiguë des inflammations eczémateuses.*

Est-ce à ce dernier moyen qu'est dû le retour de la peau à son état normal, résultat si rare dans les eczémas ordinaires? Il semble permis de le penser.

4° Qu'en dernier lieu les applications de *glycérine*, si favorables en général contre les inflammations externes, ont terminé la guérison, et que la *solution de tanin dans la glycérine* possède même à cet égard des propriétés thérapeutiques plus marquées. La glycérine, substance que l'industrie versera sous peu de temps dans le commerce à très bas prix, est destinée sans doute à devenir d'un usage vulgaire contre les phlegmasies cutanées, tant en raison du soulagement immédiat qu'apporte au malade son application sur les surfaces enflammées, que par la facilité offerte au médecin d'incorporer à ce produit les diverses substances employées généralement contre les affections de la peau. C'est ainsi qu'il y a quelques jours seulement M. Aran lui incorporait le tanin, et employait cette association doublement avantageuse de deux principes diversement actifs contre un eczéma des mains qui, sous cette influence combinée, a déjà subi en un très court espace de temps une modification presque inespérée. — A. Fournier.

ÉTUDES PROGRESSIVES D'HELMINTHOLOGIE,

Par le docteur Gros (de Moscou).

DE L'OXYURE VERMICULAIRE. — Bien que l'étude des helminthes semble réservée aux naturalistes, il n'en est pas moins vrai que ces parasites méritent une petite place dans les traités de nosologie. Si les notions que nous pouvons en avoir ne sont pas toujours d'une application immédiate, il est cependant indispensable au médecin d'en savoir assez pour en tirer parti dans sa pratique, et pour éviter de grossières erreurs dont nous pourrions citer de récents exemples.

Que les helmintes soient regardés par quelques pathologistes comme des êtres innocents, par d'autres comme des hôtes incommodes ou malfaisants, peu importe; il reste un nombre de faits suffisants acquis à la science qui prouvent que si les vers intestinaux passent quelquefois inaperçus, ils peuvent aussi déterminer des désordres sérieux et même mortels. Il suffit de se rappeler les cas vulgaires et positifs, des acéphalokystes du foie, de la cénure cérébrale, du cysticerque de la conjonctive, de la *trichina spiralis* des muscles, aussi bien que les accidents protéens produits par les cestoïdes ou les nématoïdes du canal intestinal, etc.

Il fut un temps où l'on se contentait d'enregistrer les formes qui se présentent dans les déjections ou les cadavres, et les vues thérapeutiques se ressentaient des connaissances incomplètes de cette époque. Cette méthode ne nous suffit plus, actuellement que nous avons appris à connaître des transformations curieuses, des migrations inattendues, et que l'on doit tenir compte des phases embryonnaires et morphologiques de nos parasites.

Grâce à l'helminthologie comparée et aux investigations microscopiques, nous pouvons déjà reconnaître que, par exemple, les acéphalokystes, les cénures, les cysticerques, les hydatides ne sont autre chose que des manières d'être des taenioïdes.

Nous sommes à même de formuler des lois embryogéniques qui avaient l'air de rester à l'état de problèmes insolubles. Ainsi, tout taenioïde vit hors du canal intestinal, reste comme emprisonné dans sa membrane vitelline, qui s'étend et s'organise suivant l'âge et l'habitacle du parasite.

De certains vers ne semblent devoir vivre que pendant une seule génération chez le même individu. Le temps de la ponte venu, ils émigrent et vont confier leur progéniture innombrable à d'autres milieux.

Toutes les fois que dans un organe quelconque nous rencontrons un ver isolé, renfermé dans une espèce de cocon ou de kyste, nous avons droit de conclure que ce ver y a subi ou y subir une certaine métamorphose. Si c'est un ver nématoïde, nous pouvons prononcer *à coup sûr* qu'il ne descend pas de parents semblables à lui, qu'il est le fait d'une larve étrangère, mais qu'une fois arrivé à l'âge adulte il jouira de la faculté de reproduire d'innombrables êtres semblables à lui; qu'en un mot il est le premier en date de sa lignée, de son espèce.

On a constaté que la même espèce peut offrir des métamorphoses analogues à celles de tant d'autres animaux inférieurs. A côté de cette génération cyclique, qui ne sort pas de l'espèce, il y a quelque chose de plus, qui semble paradoxal, mais qui est, pour nous du moins, un fait constaté sur une assez grande échelle, savoir : qu'une espèce peut descendre d'une forme qui ne lui a jamais appartenu, et à laquelle elle ne reviendra probablement jamais.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas ici le lieu de descendre plus avant dans ces détails hétérogéniques; il suffira de les avoir indiqués pour en tirer ce qui nous paraîtra nécessaire au présent article.

En exposant ici quelques vues et observations particulières sur l'oxyure vermiculaire, nous tâchons d'éviter les détails spécifiques et les lieux communs connus de tout le monde.

Ce ver se rencontre chez l'homme et chez de nombreux animaux. Toutes ses évolutions ne sont pas connues, et ce n'est pas assez de voir des individus portant des œufs pour affirmer que leurs phases embryogéniques sont patentes.

On lui assigne le rectum pour siége favori. En effet, c'est dans le rectum qu'il est le plus connu, et qu'il donne signe de son importune présence.

Comme j'observe ce ver sur moi-même depuis une douzaine d'années, mes observations ont un caractère de certitude qu'il serait difficile de trouver là où l'on observe sur des étrangers. Ce petit parasite ne m'a rappelé que trop souvent à son étude. Il est assez probable que beaucoup de personnes pourraient faire les mêmes observations sur elles-mêmes, car ce ver est plus fréquent qu'on ne croit, et se rencontre chez ceux qui s'en doutent le moins.

A une époque encore peu éloignée de nous, pour s'expliquer la présence des vers intestinaux, on invoquait des saburres, des mucosités intestinales, une faiblesse native, etc., raisons qui ne peuvent plus figurer dans le domaine des sciences d'observation. Au lieu d'accepter ces causes occasionnelles, qui n'en sont pas, je préfère avouer mon ignorance et chercher encore.

On dit aussi généralement que les vers, et l'oxyure en particulier, sont des hôtes favoris de l'enfance et des personnes soumises à un régime insapide et débilitant. Tout en acceptant le fait, nous nous déclarons peu édifié, et nous croyons devoir rester dans le doute. En effet, si l'oxyure vermiculaire se rencontre en énorme quantité chez des enfants qui en trahissent quelquefois la présence

par des symptômes quelconques, il se rencontre aussi fréquemment chez des adultes qui ne sont pas soumis à un régime débilitant ou insipide, comme j'en suis moi-même un exemple.

L'oxyure ne paraît pas toujours porter atteinte à nos fonctions, comme je crois le remarquer sur moi-même; mais il est difficile d'apprécier son rôle dans la portion d'intestin qui n'est point soumise à l'empire de la volonté. On aurait une idée incomplète et erronée des mœurs de notre parasite si on ne voulait le voir que dans le rectum, où le placent nos traités dogmatiques et où vont le poursuivre nos anthelminthiques impuissants. L'oxyure ne vit pas dans le rectum, il ne s'y développe pas, puisque jamais on n'en trouve de petits dans cet intestin, et que les vers adultes ne se tiennent ordinairement pas au lieu de leur jeunesse; il ne s'y trouve qu'en passant, en voie d'émigration, le rectum étant son chemin obligé. Il est de fait cependant que le rectum, à de certaines époques et à un certain âge, peut en renfermer un très grand nombre; ces parasites y sont très incommodes et sont capables de donner, par les accidents qu'ils déterminent, le change au client et au médecin le plus expérimenté. Nous ne discuterons pas ici s'il peut produire, par ses titillations sur la muqueuse rectale, une dilatation variqueuse des veines et augmeter les symptômes hémorrhoïdaux. Quelques médecins ont pensé qu'ils sont soumis à une périodicité lunaire.

Une étude suivie de ces parasites peut faire connaître leurs mœurs rectales au moins, comme si on les observait sous cloche. Tous les oxyures pris dans le rectum regorgent d'œufs, et il est extrêmement rare de trouver de leurs œufs mêlés aux fèces. Ils ne pondent pas dans le rectum; le contraire serait un non-sens naturel, s'il était possible. Sur des milliers que j'ai examinés, il ne m'est pas arrivé d'en surprendre qui eussent commencé à pondre; au contraire, ce n'est que quelques minutes après leur sortie, quand ils sont déjà roides et sans mouvement, que l'utérus ovarien, se contractant en avant, en arrière et charriant longtemps ses œufs, se met à les pousser du côté de l'anneau vaginal, d'où l'on voit s'échapper en premier lieu un bondon muqueux, qui indique certainement qu'il n'était pas encore sorti un œuf.

Nous ne parlons que des individus remplis d'œufs, comme si cette espèce ne renfermait que des femelles ou des mères. En effet, il ne nous a jamais été donné d'observer un mâle ou un individu sans œufs. Nous révoquons en doute l'existence du mâle chez l'homme, d'autant plus que le seul échantillon, je crois, qui soit mentionné dans les annales de la science était un individu conservé dans l'esprit-de-vin et envoyé à Bremser par Rudolphi. Chez les animaux au contraire, et chez les grenouilles vertes en particulier, le mâle est assez fréquent, bien que beaucoup moins nombreux que les femelles. Quoi qu'il en puisse être, notre doute nous paraît fondé sur quelque chose, et devient presque une certitude pour celui qui a poursuivi les phases ascendantes des oxyures; car on verra plus bas que leur origine probable chez l'homme, certaine chez les animaux observés à ce point de vue, n'implique nullement la séparation des sexes.

Pendant nos longues années d'observations, nous avons eu l'occasion de vivre en France, en Italie, en Allemagne, en Russie, etc., et sous toutes les latitudes notre hôte nous a accompagné. Il est vrai qu'avec le changement de pays et de nourriture notre ver paraissait se montrer plus rarement; mais bientôt après il reprenait ses habitudes.

A des époques périodiques, assez irrégulières, ordinairement vers le soir, pendant plusieurs jours de suite, l'oxyure s'annonce aux portes du sphincter par des titillations insupportables. Un seul coup de queue ou de trompe peut servir au diagnostic. Il est curieux qu'une sensation produite par des organes si microscopiques soit si nette que je ne m'y trompe jamais. Les oxyures, avons-nous dit, se trouvent dans le rectum, non en vue d'y pondre, mais bien d'émigrer. Ils peuvent tomber avec les fèces, ou rester attachés aux muqueuses jusqu'à ce qu'ils soient prêts à déloger; ou bien ils sortent spontanément de l'anus pendant le sommeil, comme je les ai observés en grande quantité chez un naturaliste célèbre, et comme d'autres médecins ont eu aussi souvent l'occasion de le constater chez de jeunes individus du sexe féminin, où, comme on sait, les oxyures vont se fourvoyer dans les organes génitaux.

Si les oxyures habitaient le rectum, rien ne serait plus aisé que de les chasser et de les détruire; et cependant l'expérience a montré depuis longtemps que les injections ne sont que palliatives; elles ne font qu'aider à déménager les vers qui se sont arrêtés à la station du rectum. Pour m'en débarrasser au plus vite, je prends un lavement froid, et le ver ne manque pas de tomber avec l'eau injectée. Il m'arrive rarement d'en expulser deux à la fois. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il m'a été donné d'en trouver trois. Ce qui prouve que notre parasite s'attache fortement aux tissus, c'est qu'il m'est arrivé cinquante fois d'aller à la selle sans rendre le ver importun, qui se faisait sentir aussitôt après, et que je forçais au moyen d'une injection.

Il est douteux que les lavements médicamenteux tièdes aient beaucoup plus de puissance que l'eau froide. La dose de poison nécessaire pour le tuer ou l'engourdir doit être assez élevée, et finit par ne plus être indifférente à l'individu vermineux. N'est-ce pas une théorie sans le contrôle de l'expérience qui a donné de la vogue à tel lavement vermifuge plutôt qu'à l'eau froide? Quelques degrés subitement enlevés au milieu ambiant suffisent pour roidir ces petits êtres, qui ne font pas exception à la loi qui régit les animaux inférieurs. Cette loi ne s'applique pas seulement aux oxyures, mais encore aux lombrics. Sortis du corps et tombés dans un milieu plus frais, les lombrics donnent à peine signe de vie au bout de quelques minutes. Si on vient à les transporter dans une température égale à celle du corps et à les tenir dans une eau albumineuse, aussitôt on les voit se ranimer, serpenter et nager pendant longtemps. On peut se convaincre directement que les vermifuges et parasiticides ne sont pas aussi puissants que le degré de température.

Il n'existe pas de spécifique contre les oxyures, pas plus que contre tant d'autres helminthes. Le rôle des lavements est maintenant connu. Comme les oxyures habitent la fin de l'intestin grêle et le cœcum, il faut surtout avoir en vue d'administrer des substances qui ne soient pas trop dénaturées avant d'arriver à eux. Aussi est-il bon pour eux, comme pour les autres vers, d'enrober les médicaments sous une enveloppe pilulaire très peu soluble. On peut même employer une couche mince de caoutchouc avec un petit trou d'épingle. Si l'on a l'habitude d'employer concurremment les purgatifs, c'est surtout afin que les substances vermifuges arrivent plus vite à leur destination; et malgré toutes les précautions, il est douteux que l'on puisse à coup sûr éloigner les oxyures aussi facilement que les lombrics. Un petit pli de la muqueuse intestinale suffit pour les mettre à l'abri du torrent vermifuge. Si nous chassons d'ailleurs les adultes, avons-nous grande puissance sur les jeunes? Les considérations qui viendront plus bas peuvent nous aider à nous rendre compte de ces difficultés.

La nourriture n'exerce pas une grande influence sur eux. Il est vrai cependant qu'en prenant du beurre très salé, des choses amères et aromatiques, des drogues purgatives, je puis presque toujours en chasser au moins un, et le montrer au bout de vingt-quatre heures. Que l'on emploie au reste des substances alimentaires ou vermifuges, on ne réussit à chasser que des individus adultes qui, à une certaine période, descendent spontanément vers l'extrémité du canal alimentaire, et qui ne demandent qu'à sortir.

Soit par force, soit spontanément, les oxyures ne se présentant jamais dans le rectum autrement qu'à l'âge adulte et sur le point de pondre, et sans jamais y pondre cependant, ce seul fait suffirait à prouver que le rectum n'est pas leur terre natale, et qu'il n'est que le chemin de leur émigration. Ils ne se présentent pas en colonie, mais isolément, sans mâles. Ce fait indique qu'il n'y a pas beaucoup d'individus du même âge, de la même portée, si l'on peut dire ainsi; car en effet on ne conçoit pas pourquoi des milliers d'œufs pondus le même jour ne donneraient pas des individus plus nombreux au rendez-vous, pourquoi les femelles se passeraient de mâles. Si l'on considère que chaque oxyure porte environ 3,000 œufs, où seraient les membres de cette nombreuse famille, membres qui devraient aller du même pas dans leur développement, et suivre naturellement la pente de leur goût, qui les entraînerait très nombreux vers le rectum, ce que nous n'observons pas cependant.

En abordant franchement la question de leur origine, on ne conçoit guère que trois possibilités : ou bien les œufs seraient ingurgités avec les aliments, ou bien ils seraient pondus par une mère (qui rentrerait elle-même dans le premier cas), ou enfin les oxyures auraient une autre origine que l'œuf d'une mère.

Elaguons tout d'abord l'idée d'une génération spontanée qui, démontrée ailleurs, n'est pas vraisemblable ici. Restent donc leur origine par le moyen d'un œuf ingurgité ou pondu à l'intérieur et leur origine par un autre canal qu'un ovaire maternel. Quelques œufs pris avec les aliments rendraient assez bien compte des quelques individus qui grandissent en nous et descendent vers le rectum. Mais le fait n'est pas constaté et les expériences que nous avons tentées ont échoué. Si une ou quelques femelles pleines venaient à pondre dans le canal intestinal, leur progéniture serait à fourmiller, autre hypothèse que n'appuient ni les vivants ni les morts. Ce serait donc un progrès que d'avoir pu directement observer les oxyures à leur origine.

Nous avons découvert ce théorème en helminthologie : Toutes les fois que l'on rencontre quelque part dans nos organes un cocon renfermant un vermicule nématoïde, on peut dire que ce vermicule est le premier en date de son espèce, qu'il est là sans parents. Or nous avons trouvé sous la muqueuse intestinale de l'homme, du lapin, du chien, du renard, de la grenouille, etc., des vermicules encoconnés qui immigraient ensuite dans le canal intestinal : donc ils ne descendent pas eux-mêmes d'oxyures.

Cela trouvé, le problème de la présence et des mœurs des oxyures paraissait presque résolu. En effet, les cocons dont nous venons de parler ne sont pas ordinairement si nombreux; plusieurs avortent, et ceux qui prospèrent donneraient naissance aux quelques oxyures qui grandissent dans l'iléon et le cœcum et qui passent ensuite par la voie du rectum, comme nous l'avons vu. Cependant nous ne faisions que reculer un peu la difficulté, puisqu'il s'agit encore de trouver quels êtres donnent les cocons oxyuriens et pourquoi les oxyures adultes sont poussés à chercher un autre milieu pour leur postérité.

L'animalcule qui se convertit en un cocon d'oxyure est une larve ciliée de distome, dont il nous a été le plus souvent impossible de retrouver la trace ascendante. Quant au fait de la conversion de larves étrangères en nématoïdes, nous croyons l'avoir mis hors de doute par nos recherches sur les grenouilles (1850, Académie des sciences), où le phénomène est complet et plus facile à étudier. Le lapin nous a offert plusieurs phases de ce développement parasite paradoxal. En effet, dans le cœcum de ce quadrupède on peut rencontrer des oxyures adultes, de jeunes vermicules provenant d'œufs maternels, et alors ils y fourmillent; on peut aussi enfin, entre les glandes du cœcum et à quelques pouces plus haut, découvrir des cocons isolés dans les tissus et renfermant des oxyures. On y trouve aussi les larves d'un distome indéterminé, comme chez les grenouilles.

Les choses se passent-elles de même chez l'homme? Les observations suffisantes font défaut jusqu'à présent. C'est assez improbable, puisqu'on rencontre des sujets qui, comme moi, pendant des années n'émettent que quelques vers, tandis que la reproduction au moyen des œufs implique une famille de queues innombrables, ce qui se voit, à la vérité, chez quelques enfants.

L'autre difficulté est de savoir pourquoi les oxyures, à l'exemple d'autres vers intestinaux, vont confier leurs œufs à d'autres milieux et comment ces œufs avec les vers de seconde génération se comportent ultérieurement. Le besoin d'émigrer n'est pas une raison physique, et mieux vaut avouer notre ignorance que de nous payer de mots.

En 1845 j'avais déjà réussi à développer des œufs d'oxyure en les tenant à la température de ma poche dans du lait de femme ou de l'eau sucrée. Depuis j'ai fait des essais comparatifs sur les œufs des lombrics et des oxyures. On se rappellera peut-être que les uns et les autres étaient tenus à la température d'une couveuse artificielle. Les œufs de lombric, tenus dans divers liquides, ne se développèrent pas, malgré la température; tandis que cinq, six mois plus tard, à la température ordinaire et dans de l'eau simple, les embryons se mouvaient dans leur œuf sans en rompre la coque. Les œufs d'oxyure, au contraire, se développaient, et les embryons s'agitaient dans leur œuf au bout de douze à vingt-quatre heures et finissaient par languir et mourir.

Les autres expériences que j'ai tentées en vue de réunir autant que possible les circonstances naturelles pour observer les mœurs ultérieures de nos parasites ne nous ont rien appris de nouveau.

NOTE SUR UNE TUMEUR DU CANAL DE WARTHON.

Rupture du kyste dans des efforts de vomissement. — Expulsion d'un calcul salivaire.

Par M. le docteur Moulion, ex-médecin major aux armées du vice-roi d'Egypte.

Dans le courant du mois de septembre dernier, Mme G..., âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, demeurant à Batignolles, rue Cardinet, vint me consulter pour une petite tumeur de la grosseur d'un gros pois qu'elle portait sous la langue, dont elle ne s'était aperçue seulement que depuis quelques jours; jamais auparavant elle n'avait éprouvé aucun symptôme qui pût faire croire à la présence d'un corps étranger dans cette région.

L'examen fit reconnaître que cette tumeur était déterminée par la dilatation du canal de Warthon. Elle était molle, fluctuante, sans résistence sur aucun point de son étendue, de couleur violacée.

Pensant avoir affaire à une grenouillette à son début, j'engageai la malade à attendre, lui promettant de faire ce qui serait nécessaire quand le moment serait venu.

Le surlendemain les douleurs étaient devenues plus vives, et en mon absence *un confrère administra un vomitif.*

Dans les efforts de vomissement la petite tumeur creva, et peu de temps après la malade ayant senti sous la langue un corps dur, y porta les doigts et put retirer en deux fragments une concrétion de couleur blanche, de forme ovalaire, ayant une longueur de 16 millimètres sur 6 millimètres de diamètre dans sa plus grande épaisseur.

Immédiatement la tumeur disparut, les douleurs cessèrent; au bout de quelques jours la plaie était définitivement cicatrisée, et la guérison était complète.

Je crois devoir publier ce fait, qui m'a paru remarquable tant à cause de l'état qui a précédé l'apparition de la tumeur, son prompt développement, sa facile guérison, qu'à cause de la rareté même de la présence d'un calcul de ce volume dans le conduit excréteur de la glande sous-maxillaire.

NÆVI MATERNI, TARTRE STIBIÉ EN TOPIQUE.

Un médecin anglais, M. Cumming, préfère le tartre stibié à tous les caustiques qui ont été employés dans le traitement des nævi materni. Il l'incorpore avec l'onguent de la mère dans la proportion de 75 centigrammes du premier pour 4 grammes du second, et l'applique au moyen d'un cuir léger sur la tumeur, et laisse le petit emplâtre en repos jusqu'à ce que des pustules se forment, ce qui a lieu ordinairement vers le septième ou le huitième jour.

Cette méthode a, entre autres, l'avantage de ne pas entraîner un grand délabrement local, puisque aux boutons stibiés succèdent des cicatrices peu profondes, et par conséquent peu apparentes.

M. Cumming rapporte huit cas de nævus heureusement guéris de cette manière. (*Ann. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 novembre 1854. — Présidence de M. Rostan.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Demande d'un médecin. — M. le ministre du commerce transmet une lettre adressée à M. le président de l'Académie de médecine par M. le maire de Dizy-le-Gros pour demander qu'un docteur en méde-

cine aille s'établir dans cette commune, privée de secours médicaux...
Le même ministre transmet la recette de deux remèdes nouveaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Baud (de Contrexeville) demande l'ouverture d'un paquet cacheté qu'il a adressé à l'Académie en septembre dernier. Le contenu de ce paquet cacheté est relatif au traitement du choléra cyanique par le nitropicrate d'ammoniaque.

— M. le docteur Chalut transmet copie d'une note relative à l'épidémie régnante, qu'il a lue à la Société de médecine pratique.

Dépôt cacheté. — M. Delafond dépose un paquet cacheté. Le dépôt est accepté.

Pinces à torsion. — M. Charrière fils présente une pince disposée de manière à servir pour la ligature et la torsion des artères; cette pince est munie d'un verrou A qui se détache de la pince en soulevant avec l'ongle son extrémité élastique C pour faire échapper son point d'arrêt. Alors l'instrument est réduit à une simple pince à dissection ordinaire. Cette modification rend le nettoyage très facile, ce qui ne pouvait se faire aux pinces primitives, dont l'assemblage du verrou avec la pince était fait à l'aide de vis et goupilles. Ce même verrou, qui se remonte dans la mortaise B (mortaise qui peut être pratiquée dans tous les sens et de différentes formes) aussi facilement qu'il en a été démonté, s'engage dans l'ouverture oblique E de la branche opposée et vient faire une pression aussi rapprochée des mors qu'on le désire (*voir* F).

Le tout se compose de deux pièces, ce qui ne diminue en rien l'avantage qu'a cette pince de saisir des tissus volumineux et dans toute l'étendue des mors intérieurs libres, ainsi qu'on le voit dans la figure ci-contre.

— M. Cavallini soumet à l'Académie un nouveau système de pince exécuté par M. Mathieu.

Le mécanisme de cette pince consiste à faire descendre à l'aide du pouce une demi-virole attachée par une tige à l'une des branches de la pince sur deux plans inclinés pratiqués sur l'autre branche, en sorte que, en saisissant un corps et en fermant la pince par son mécanisme, il est impossible que le corps puisse échapper aux plus violentes tractions.

Ce principe, qui consiste à fermer l'instrument à la partie inférieure tout près de l'objet saisi, offre une sûreté incontestable que n'avaient pas les anciennes pinces dites à verrou ou d'Amussat, lesquelles, se fermant par le milieu du corps de la pince, c'est-à-dire à moitié des branches, permettent sous la traction un écartement à l'extrémité des branches qui trahissent parfois l'opérateur.

On emploie ces pinces dans l'extirpation des ongles incarnés, dans la torsion des artères, pour l'ablation de fortes épingles implantées dans les tissus épais et résistants. Le coulant se démonte avec facilité et peut se nettoyer.

La figure C représente le mors excavé en forme de mors des pinces à polypes, conseillé à M. Mathieu par M. le docteur Neucourt (de Verdun).

Cancer. — M. Mandl adresse sur le sujet en discussion la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

« Monsieur le Président,

» Dans le savant discours prononcé par M. Velpeau mardi dernier, aux applaudissements de l'Académie, l'habile chirurgien de la Charité a bien voulu me citer parmi les micrographes qui n'admettent point l'existence des cellules caractéristiques du cancer. Je demande à l'Académie la permission d'exposer en quelques mots les raisons qui m'ont fait adopter cette opinion.

» Lorsque J. Müller, en 1839, découvrit des cellules dans les tumeurs cancéreuses, je fis connaître ces observations peu de temps après dans les *Archives de médecine*. Mais dès 1843 je disais que « les » espérances qu'on avait conçues à l'occasion de l'application du mi- » croscope à l'examen des productions pathologiques » ne s'étaient pas accomplies (*Anat. génér.*, p. 99), et mes recherches ultérieures n'ont fait que me confirmer dans cette opinion. Bientôt en effet il me fut donné l'occasion d'examiner des tumeurs, cancéreuses pour tous les cliniciens par leur début, leur marche, leur terminaison fatale, et cependant privées de cette cellule qui serait caractéristique suivant M. Lebert. Je ne ferai que rappeler les tumeurs fibro-plastiques et les épithéliales, et je fixerai particulièrement l'attention des chirurgiens sur les cancers de la rétine. Quatre fois sur cinq tumeurs de ce genre extirpées par MM. Sichel et Bérard, il m'a été impossible de trouver la cellule spécifique, ainsi que M. Lebert l'a consigné dans son ouvrage (*Du Cancer*, p. 844), tout en combattant mon opinion. Et cependant l'infection cancéreuse générale n'a pas permis plus tard de douter de la nature maligne de la tumeur.

» D'autre part, les cellules trouvées dans des tumeurs cancéreuses ne m'offrirent point les caractères qu'ils présentent dans la plupart des cas. En effet, suivant M. Lebert, le noyau de la cellule cancéreuse présente partout un diamètre moyen caractéristique de 10 à 15 millièmes de millimètre (*Du Cancer*, p. 30). Cependant dans les tumeurs encéphaloïdes, souvent les noyaux ne dépassent guère 5 à 8 millièmes, et dans ce cas il est impossible de les distinguer d'autres noyaux des tissus normaux. Le caractère des nucléoles même fait quelquefois défaut. On trouve dans l'ouvrage de M. Lebert de nombreux exemples de ces dimensions inférieures dans les cancers des os, de l'estomac, etc. (p. 20, 422, 480, 717). Aussi bien des observateurs, et des meilleurs encore, croient-ils nécessaire de considérer l'ensemble des éléments et de connaître l'histoire de la maladie pour se permettre d'énoncer un jugement. Cela ne veut-il pas dire que la cellule n'est pas suffisamment caractéristique?

» Non-seulement l'observation prouve qu'il en est ainsi, mais les lois histogénétiques donnent la raison de ces faits. En effet, pour résoudre le problème qui nous occupe, il m'a semblé que les études comparatives d'histologie normale, et surtout celles du développement des tissus étaient la condition préalable et indispensable. Les limites de cette lettre ne me permettent point d'entrer dans les développements que comporte le sujet; aussi me bornerai-je à exposer brièvement les principaux résultats de mes recherches.

» Tous les tissus de l'organisme forment deux grandes séries : l'une à cellules (ou lamelles), l'autre à fibres. Cette différence essentielle caractérise les éléments dès leur première apparition. Des noyaux placés dans une substance molle, amorphe, s'entourent dans le premier cas de membranes, s'accroissent, se multiplient, et coustituent ainsi des cellules qui forment, par exemple, le tissu glandulaire, l'épithélium, etc. Dans le second cas, au contraire, les noyaux sont placés dans une substance amorphe, homogène, solide, qui se fend et se subdivise en fibres de plus en plus déliées pour constituer finalement un tissu fibrillaire. Il n'y a donc point formation de cellules dans toute cette série d'éléments organiques, au premier rang desquels figurent les tissus fibreux, cellulaire, séreux, etc.

» Ce principe de développement et de texture, inhérent à chaque série de tissus, est rigoureusement maintenu dans diverses phases physiologiques et pathologiques. Dans la rénovation normale qui accompagne la sécrétion, l'accroissement, etc., de même que dans la rénovation anomale ou dans la régénération, nous verrous toujours des cellules se développer là où primitivement des cellules ont existé, des fibres, dans les autres tissus. Que l'hypertrophie vienne frapper ces éléments, ce sera encore ce même principe qui présidera à la production de nouveaux éléments : les tissus fibrillaires ne donneront pas lieu à l'existence de nouvelles cellules, les tissus à cellules ne produiront pas des fibres au milieu des cellules ; mais toujours des cellules se produiront au milieu des cellules, des fibres au milieu des fibres.

» Les faits m'ont prouvé que ces principes s'appliquent également à la production du cancer. La diathèse cancéreuse peut frapper le blastème qui doit produire soit des cellules dans les glandes, soit des lamelles dans les épithéliums, soit des fibres dans les tissus fibreux, etc., et suivant le tissu atteint par la diathèse, le blastème morbide produira encore ici des cellules, là des fibres. Le produit sera donc caractérisé suivant l'espèce de blastème affecté : nous aurons, comme je l'ai déjà dit l'année passée, tantôt le cancer (*cancer à cellules*), tantôt les tumeurs fibro-plastiques (*cancer à fibres*), tantôt le cancroïde (*cancer à lamelles*), etc. Cependant, s'il nous est permis, dans la *plupart* des cas, mais pas *toujours*, de reconnaître l'altération produite par la diathèse dans les cellules, c'est-à-dire s'il nous est permis de reconnaître les cellules cancéreuses et de les distinguer d'autres éléments analogues, il n'en est plus ainsi pour les éléments des tumeurs cancéreuses à fibres ou à lamelles. Tant que nous ne connaîtrons pas en quoi la fibre, la lamelle, etc., est altérée lorsqu'elle se produit sous l'influence de la diathèse cancéreuse, le microscope fera défaut au chirurgien dans le diagnostic des tumeurs. Mais il n'en est plus ainsi sous un autre point de vue; je veux parler de la fréquence et de la gravité des récidives. Ce sera précisément un service rendu par le microscope à la pathologie que de démontrer la cause des différences qu'il peut y avoir.

» En effet, tous les histologistes savent que nul élément ne se produit, ne se développe, ne se multiplie, ne se régénère avec plus de facilité, plus de rapidité que la cellule. La fibre est beaucoup plus lente à parcourir les divers degrés de son développement. Quelle espèce de cancer aura donc les récidives les plus faciles, les plus graves? quelle espèce s'étendra avec plus de véhémence, envahira plus promptement les organes voisins, compromettra plus facilement l'économie tout entière, si ce n'est le cancer à cellules? Les conditions sont complétement changées lorsque la diathèse cancéreuse frappe le blastème qui doit produire les fibres, et que nous voyons s'y former cette fibre incomplétement développée, que l'on a appelée *élément fibro-plastique*. La fibre se développe, en général, très lentement. J'ai vu un tendon régénéré, au bout de sept ans présenter encore des fibres incomplètes, c'est-à-dire un blastème dans lequel la scission fibrillaire n'avait pas atteint son terme. Le microscope enseignera donc au praticien la gravité de l'affection, il le guidera dans son pronostic sur la marche et la récidive plus ou moins probable de la maladie, en lui faisant connaître exactement les éléments constituants de la tumeur.

» Je crois donc que le cancer, celui qui amène l'infection générale, peut exister sans la cellule cancéreuse, sans cet élément *hétéromorphe* que l'on a considéré comme le produit particulier, spécifique de la diathèse. Je le crois, comme l'a fort bien dit M. Velpeau, avec MM. Bennett, Paget, Virchow, Vogel et tant d'autres. La diathèse cancéreuse peut frapper les cellules, les lamelles, les fibres. Ce seront autant d'espèces diverses, et l'anatomie microscopique s'accorde avec la clinique pour les réunir dans la même famille. »

— M. le président annonce qu'il ne sera pas donné suite pour cette séance à la discussion sur le cancer, l'Académie devant se former en comité secret à quatre heures.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux une série de rapports négatifs dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Emploi des eaux minérales dans l'endocardite rhumatismale. — M. Pâtissier lit un rapport sur l'emploi des eaux minérales dans le traitement de l'endocardite chronique coexistant avec le rhumatisme, au sujet de deux mémoires adressés à l'Académie, l'un par M. Vernière, médecin inspecteur des eaux thermales de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), et l'autre par M. Dufresse-Chassaigne, médecin inspecteur des eaux thermales de Chaudes-Aigues (Cantal). (Commissaires, MM. Bouillaud et Pâtissier.)

Des faits exposés dans ces deux mémoires, M. le rapporteur conclut qu'il est évident que les eaux thermales de Saint-Nectaire et de Chaudes-Aigues, généralement efficaces contre les rhumatismes chroniques, se montrent également appropriées à la curation de l'endocardite chronique, lorsque cette lésion est un des effets de la diathèse rhumatismale. Ce résultat thérapeutique n'a rien qui doive surprendre. En effet, lorsque deux manifestations pathologiques sont de même nature, leur médication ne doit pas différer pour le dedans ou le dehors, pour les organes profonds ou les organes superficiels. Mais sous quelle forme doivent être administrées les eaux minérales dans le cas d'endocardite chronique? Personne n'ignore que l'emploi de l'eau thermale en boisson, en bains chauds, en douches et en étuves à température élevée sont de tradition dans tous les thermes pour le traitement du rhumatisme; une large et abondante diaphorèse semble aux yeux des malades et des médecins une condition indispensable de réussite. M. Dufresse-Chassaigne, ainsi que le témoignent ses observations individuelles, adopte cette pratique dans le cas d'endocardite; M. Vernière, au contraire, la repousse; il pense que, lorsque le cœur est malade, il n'est pas rationnel d'exciter violemment son action; « le traitement, dit-il, doit être des plus modérés; on suffit à toutes les nécessités par des bains administrés à la température de 28 à 29° R.; la douche n'est presque jamais applicable; elle active trop la circulation et souvent amène la fièvre, accident qu'il faut toujours éviter; son application sur la région du cœur serait surtout très nuisible en surexcitant les contractions de cet organe, ce qu'il faut soigneusement éviter. »

Les commissaires partagent l'opinion de M. Vernière, qui leur paraît prudente et rationnelle. M. Victor Nicolas (*Aperçu clinique sur l'utilité des alcalins dans certaines affections du cœur*) pense que l'excitation des bains thermaux doit être tempérée par l'association de la digitale.

Toutes les sources thermales réputées souveraines contre le rhumatisme conviennent-elles également bien dans le cas d'endocardite chronique? C'est un point de thérapeutique à présenter à l'étude et à l'expérimentation des médecins attachés aux différents établissements thermaux. En attendant, M. Vernière et M. Victor Nicolas sont d'avis que, tout étant égal d'ailleurs, les sources où domine le bicarbonate de soude doivent être préférées, parce que, d'une part, les bains alcalins, pris à une température peu élevée, ont un effet sédatif sur les mouvements du cœur, ralentissent ses pulsations, et que, d'autre part, les eaux alcalines douées de propriétés *fondantes*, *résolutives* sont très aptes à favoriser la résorption des produits fibrino-albumineux déposés sur les valvules par la phlegmasie de l'endocarde.

Quoi qu'il en soit, il résulte des faits précités que toutes les fois que chez un individu qui a été en proie à des affections rhumatismales il existe une maladie du cœur, on a l'espoir, sous l'influence des bains de Saint-Nectaire ou de Chaudes-Aigues, administrés avec discernement, de dissiper parfois et d'atténuer le plus ordinairement les troubles cardiaques, lorsque ces troubles sont fonctionnels, n'ont qu'une médiocre intensité, qu'ils ne datent que d'un ou deux ans, que l'hypertrophie du cœur n'est pas trop considérable et que son bruit anomal consiste dans le bruit de souffle. Mais tout traitement thermal est impuissant, et même préjudiciable, lorsqu'il y a hydropisie et que l'auscultation laisse entendre un bruit de râpe ou de scie, indice presque certain de la dégénérescence cartilagineuse, osseuse ou calcaire des valvules. On conçoit, en effet, que ces corps inorganiques sont difficilement attaquables par un médicament interne.

Les considérations précédentes peuvent s'appliquer à la goutte dans ses rapports avec les lésions du cœur, ainsi que l'a indiqué M. Ch. Petit. Cependant sur ce point de nouvelles observations sont nécessaires.

En résumé, les commissaires estiment qu'il y a lieu d'adresser à M. Vernière et à M. Dufresse-Chassaigne une lettre de remerciments pour leur intéressante communication, de les engager à poursuivre leurs recherches hydrologiques, et de déposer honorablement leurs mémoires dans les archives de l'Académie. »

Ces conclusions sont adoptées.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures pour entendre les rapports sur les prix.

Choléra à Londres.

Semaine du 28 octobre au 4 novembre 1854.

Mortalité générale.		1,252
—	due au choléra..	31
—	due à la diarrhée.	33
—	due à la dyssenterie..	4

Nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt d'ajouter à ce tableau celui de la mortalité occasionnée par quelques autres maladies dans le cours de la semaine.

Scarlatine.	113
Fièvre typhoïde.	62
Pneumonie.	107

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne ; 76,1 centim.; hauteur thermométrique moyenne, + 9°,7 centigr.

Electricité positive; forte tension ; vents du sud-ouest.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société médico-chirurgicale de Bruges a décerné, dans sa dernière séance du mois d'octobre, la médaille d'argent qu'elle avait mise au concours pour la question *sur les accouchements* à M. le docteur Alf. Liégard (de Caen), pour son mémoire sur l'*emploi du chloroforme dans les accouchements*. Elle a décidé aussi que ce travail serait inséré en totalité dans ses *Annales*.

Ce mémoire a été présenté à la Société de chirurgie de Paris, qui a nommé M. Lahorie rapporteur.

— M. le professeur Malgaigne commencera son cours d'opérations et appareils lundi 20 novembre à quatre heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Le Sodab.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 136. — SAMEDI 18 NOVEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 136. — SAMEDI 18 NOVEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. LE PROFESSEUR BÉRARD

à la séance de rentrée de la Faculté.

Messieurs,

Porter la parole au nom de la Faculté devant l'imposante assemblée qu'amènent périodiquement dans cette enceinte la reprise des travaux scolaires et la proclamation des noms de nos lauréats est sans doute un honneur insigne, mais c'est un dangereux honneur. Il m'avait paru bien redoutable le jour où je dus retracer ici la vie et les travaux de Broussais, et je ne puis me défendre encore en ce moment d'un sentiment de défiance inquiète en montant à cette tribune, où m'appelle pour la quatrième fois le vœu de mes collègues. En vain pour calmer des craintes trop légitimes je me représente ce que je dois déjà à votre bienveillante indulgence et ce qu'elle me promet encore ; en vain j'arrête ma pensée sur l'accueil flatteur qui même ont plus d'une fois rencontré mes paroles : ces souvenirs touchent mon cœur, mais ils ne peuvent m'aveugler sur mon insuffisance.

Ce n'est pas que les sujets fassent défaut à l'orateur de la Faculté. Pour lui les matériaux abondent, soit qu'il s'adresse à l'élève qui débute, soit à celui qui touche au terme de ses études, ou au praticien qu'un sentiment de curiosité, mêlé peut-être de gratitude pour l'*alma mater*, ramène une fois par an au milieu de nous.

Que de conseils utiles, que d'avertissements profitables pourrait recueillir aujourd'hui de la bouche d'un maître l'élève qui pour la première fois vient s'asseoir sur les bancs de cet amphithéâtre ! Que d'écueils sur sa route ! Que d'incertitudes sur la direction de ses études ! Par où commencer ? Quelles notions doivent précéder et préparer les autres ? Quel peut être le meilleur emploi du temps ? Comment en prévenir la perte irréparable ? Combien d'élèves, faute de guides, ont dépensé une année tout entière, c'est-à-dire le quart d'une scolarité déjà trop courte, à *apprendre* comment il faut *étudier !* Écrire *la journée de l'étudiant*... cette pensée originale et heureuse a tenté la plume élégante d'un professeur de clinique étranger à cette Faculté ; mais c'est pour une séance de rentrée qu'elle devait recevoir son exécution. J'entends la journée de l'étudiant telle que la comprennent vos maîtres, et non pas précisément telle que la passent bon nombre de nos jeunes disciples. Sans doute il est parmi eux des types en ce genre, et j'en connais, mais je craindrais pourtant qu'en prenant son modèle au hasard le peintre n'y copiât certains détails dont s'accommoderait avec peine la gravité de cet auditoire. Nulle autre époque de l'année scolaire ne serait mieux choisie que celle de l'inauguration de vos travaux pour l'accomplissement de la mission quasi paternelle que je signale ici. Et en effet, chers élèves, dites-le-moi, quels sont, en dehors des rigueurs de l'examen ou de l'assistance aux leçons, vos rapports avec vos maîtres ? Nuls ou à peu près nuls, si ce n'est peut-être dans cette solennité. Sans doute il est glorieux pour une école de voir immatriculés sur ses registres des disciples accourus de toutes les parties du monde civilisé ; sans doute ce n'est pas sans un secret orgueil que les professeurs de la Faculté de Paris avouent qu'ils ne connaissent pas plus les noms que le nombre de leurs élèves ; mais cette prospérité éclatante et sans rivales n'exclut pas, ou plutôt elle entraîne fatalement avec elle les inconvénients auxquels je viens de faire allusion. Le plus regrettable de tous est l'absence de ce commerce intime qui, dans les universités moins nombreuses, lie intimement le maître à l'élève. La parole de ce maître ne doit-elle tomber que de la chaire, et ne gagnerait-elle rien, ne pourrait-elle être fécondée dans un commentaire amical et familier entre celui-ci et ses disciples ? Il n'a pas tout fait pour eux quand il a enseigné le dogme ; il doit encore les initier à la méthode, guider leurs pas incertains à l'entrée de la carrière, les former par l'exemple autant que par le précepte, et donner, en définitive, à la science des médecins instruits, à la société des hommes honnêtes.

La contemplation de cette vie de famille, plus commune dans les anciennes universités que de nos jours, a toujours eu pour moi un singulier attrait. Nous n'avons rien qui lui ressemble. Si un médecin français s'avisait de nous dire : « Je mets en pratique les conseils que mon maître m'a inculqués, » qui de nous saurait de quel maître il veut parler ? Mais que Morgagni nous rappelle une opinion de *son maître*, il n'a pas besoin d'écrire le nom de Valsalva pour être compris. Et quand, dans les *Elementa physiologiæ*, je vois le mot *præceptor* se détacher du texte en lettres majuscules, comme s'il avait éveillé encore chez l'illustre élève, au moment où il en traçait les caractères, des sentiments de vénération et d'amour, ah ! je ne vais pas chercher dans la note bibliographique le nom de l'auteur cité par Haller. Je sais d'avance qu'il s'agit de Boerhaave ou d'Albinus, plus souvent du premier que du second.

Je l'ai dit : ce n'est pas le sujet qui manque à l'orateur de la Faculté ; s'il dicte aujourd'hui un plan d'études à l'élève qui débute, il pourra, l'année suivante, tenir un autre langage à celui qui va entrer dans la pratique. Quel texte inépuisable, par exemple, que celui des devoirs professionnels ? Des circonstances récentes ajouteraient à l'intérêt qui s'y attache naturellement. Vous venez de montrer, messieurs, comment vous comprenez l'un de ces devoirs, le *courage médical*. Les épreuves auxquelles vous vous êtes soumis pendant le cours de la dernière épidémie auraient pu ébranler un dévouement moins affermi que le vôtre. Alors que le plus petit dérangement dans les habitudes de la vie pouvait avoir des conséquences si funestes, quitter sa demeure pour s'installer en permanence au centre d'une localité ravagée par l'épidémie, et de là, sans relâche, de jour comme de nuit, courir partout où le mal vient de frapper un nouveau coup ; pénétrer, pour y porter des secours, jusque dans les combles des habitations, dans des réduits étroits, insalubres, où le fléau destructeur trouvait pour auxiliaires l'encombrement et la misère ; voilà, messieurs, ce qu'il fallait oser. Vous l'avez fait sans crainte et sans ostentation. C'est à peu près en ces termes que je rendais publiquement hommage en 1849 à la conduite de vos devanciers ; je suis heureux de les appliquer aujourd'hui à leurs successeurs. Mais je mériterais vos reproches si je ne cherchais mes exemples que dans la pratique civile. Au milieu de cette armée française, qui sur une terre étrangère va protéger le faible contre une agression brutale, refouler la barbarie et porter la civilisation, le *courage médical* n'a-t-il pas brillé encore, à l'envi de la bravoure militaire ? Et, sans parler des dangers que redoutait Horace :

... Mare turgidum, et
Infames scopulos...

nos jeunes chirurgiens ont dû braver une épidémie redoutable avant de partager avec nos soldats les chances de la guerre ; car c'est les partager que d'aller, sous le feu de l'ennemi, relever et panser les blessés, affronter ainsi la mort sans songer à la donner.

Enfin, messieurs, une séance de rentrée est la seule occasion qui nous serait donnée peut-être d'entretenir et les médecins et les élèves de ce qui touche aux intérêts de la pratique et de l'enseignement. Ces intérêts ont vivement excité la sollicitude du ministre de l'instruction publique. Sous sa féconde initiative, des modifications nombreuses ont été apportées dans les conditions de scolarité des deux ordres de médecins, dans les attributions des écoles préparatoires et l'organisation de quelques-unes d'entre elles. Je serais heureux, et ma position me le permettrait sans doute, je serais heureux d'exposer devant vous l'esprit et la portée de ces réformes, de signaler les avantages qu'elles assurent à nos institutions médicales ; mais j'ai une autre tâche à remplir.

Je crains, messieurs, d'exciter enfin votre impatience. Pourquoi, me direz-vous, pourquoi effleurer tant de sujets et n'en traiter aucun ? Pourquoi, alors que notre curiosité est aiguisée, que notre attention vous est acquise, déserter tout à coup le texte que vous sembliez promettre à nos désirs ? Pourquoi, messieurs ? Je pourrais prendre la réponse dans mon allocution de 1839 : c'est que le moment où la Faculté va proclamer les succès de l'élite de ses élèves est aussi le moment qu'elle a choisi pour honorer la mémoire de ceux de ses membres que la mort lui a ravis ; c'est que telles ont été depuis vingt ans la succession et la rapidité de nos pertes, qu'une seule fois à peine la solennité de ce jour a réuni dans cette enceinte et les maîtres et les élèves, sans qu'un souvenir de mort soit venu se mêler à la joie du triomphe, et voiler de deuil les couronnes que la Faculté a décernées. Pas un des organes de la Faculté n'a failli au devoir pieux que je vais essayer de remplir encore aujourd'hui, et cependant la mort prend avance sur nous. Elle atteint deux professeurs au lieu d'un dans le cours d'une seule année scolaire. Orfila, Roux, quelle perte pour cette Ecole ! Je n'entreprendrai pas de payer à tous les deux le tribut que notre reconnaissance leur réserve. Les proportions trop restreintes d'un discours d'ouverture n'admettraient pas ce double panégyrique. Je vais vous parler de l'ancien doyen de l'Ecole, laissant à un autre collègue, mieux autorisé que moi sans doute, le soin de retracer, dans un an, les travaux et la vie du chirurgien célèbre que nous avons perdu.

Messieurs, il y a bientôt un demi-siècle qu'un jeune homme aux traits réguliers, à la physionomie intelligente et fine, quittait son pays natal pour venir entendre, à Paris, les leçons des professeurs les plus renommés de cette époque. Il était dans l'avenir de ce jeune étranger de créer une science nouvelle, de jeter un éclat sans égal dans l'une des chaires de l'Ecole de médecine de Paris ; de diriger l'administration de cette Ecole, d'enrichir ses collections anatomiques et de la doter de cliniques nouvelles, d'organiser une partie de l'enseignement médical en France, de prendre part aux graves délibérations de l'administration de l'assistance publique à Paris, de siéger dans le conseil supérieur de l'Université, de fonder une société secourable pour les médecins tombés dans la détresse ou pour les familles de ces médecins, de servir encore l'humanité et la science, en instituant de son vivant des legs d'une singulière munificence. Il lui était réservé de connaître tout ce que les honneurs dignement conquis, les louanges méritées ont de plus enivrant ; mais il lui était réservé aussi de boire à cette coupe amère que l'adversité tient souvent en réserve à côté des heureux du jour.

Ce jeune homme, c'était Orfila. Il était issu d'une famille d'honnêtes commerçants établis depuis le quatorzième siècle aux îles Baléares. Son père, qui ne manquait pas d'aisance, habitait Mahon (île Minorque). C'est là que le futur doyen de la Faculté de médecine de Paris avait vu le jour le 20 avril 1787.

Les événements de sa jeunesse offrent du piquant et de l'intérêt. Lui-même, il nous les raconte ; car il a écrit sa vie tout entière, et n'a déposé la plume du biographe que pour se coucher dans la tombe. Dans cet intéressant manuscrit, qui n'est pas destiné à l'impression, il insiste sur les souvenirs de sa jeunesse et de son enfance. Ainsi ont fait presque tous ceux qui ont écrit leurs mémoires. Ces souvenirs ont pour tout le monde un charme irrésistible. Pendant qu'elle les retrace dans sa prison, Mme Roland oublie que l'échafaud est là qui l'attend ; et, pour citer un exemple moins tragique et plus familier, n'avons-nous pas vu sur ses vieux ans notre spirituel collègue Desgenettes consacrer un reste de vie au récit de quelques espiègleries d'enfance, tandis que nous attendions qu'il voulût bien nous parler, dans ses mémoires, du général Bonaparte et de l'armée d'Egypte, de Napoléon et de la grande armée. J'ai dû révéler l'existence du manuscrit d'Orfila, si habilement mis à profit par l'un de ses biographes. Je ne puis contester à l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine le double avantage de la priorité et du talent, mais j'ai dû éviter pour moi jusqu'à l'apparence du plagiat. Je serai sobre sur les anecdotes, messieurs ; une vie si remplie, des conquêtes scientifiques si multipliées, si précieuses pour la société, exigent de ma part un travail sérieux. Puissé-t-il n'être pas indigne de la mémoire d'Orfila !

Au dix-huitième siècle, dans un petit pays arriéré, dont les habitants n'imaginaient pas qu'il y eût de carrières plus brillantes que celles de l'Église ou du commerce maritime, les moyens d'instruction étaient singulièrement bornés. Pas de colléges, pas de pensions. L'éducation particulière pouvait seule suppléer à l'absence d'établissements universitaires. Le jeune Orfila fut mis entre les mains d'un cordelier, excellent homme et grammairien passable. On se plaignait naguère du luxe accablant des programmes d'études à l'usage de nos lycées ; on énerve, disait-on, l'intelligence des enfants par le nombre excessif et la variété des notions dont on la surcharge. Le père François n'eût point mérité ce reproche : il ne parla à son élève ni de géographie, ni d'histoire, ni de cosmographie, ni de mathématiques, ni de grec. Il lui enseigna le latin ; mais il le poussa assez loin pour qu'il pût argumenter couramment en cette langue avec quelques condisciples confiés comme lui aux soins du père François. Malheureusement le maître voulut ajouter au latin la philosophie et former son élève à la dispute. Si quelque chose eût pu fausser l'esprit si droit de celui-ci, c'était incontestablement la nouvelle direction qu'on donnait à ses études. Au jour fixé pour la soutenance de sa thèse (il avait alors quatorze ans), la foule remplissait la grande église du couvent de Saint-François : là, des prêtres et des moines vinrent argumenter le candidat pendant trois heures. La discussion portait sur des propositions comme celle-ci : *Impossibile est simul idem esse et non esse !* Son succès dans la lutte et les applaudissements de la foule ne purent lui faire prendre le change sur le néant de ce genre d'escrime. « Je ne sais » rien, disait-il tristement à son père, et je m'aperçois qu'on me fait » faire fausse route. » Déjà il pressentait qu'il y avait un autre monde, celui des faits et des lois qui les régissent, et il avait hâte d'y mettre le pied.

Son éducation première ne s'était pourtant pas bornée, dans son île natale, au latin et à la scolastique. Avide d'apprendre, il n'avait laissé échapper aucune occasion d'ajouter à ce qu'il savait déjà. Un abbé languedocien, que la révolution avait jeté hors de France, lui avait enseigné le français. Bientôt après un prêtre irlandais, le révérend père John, l'avait initié à la langue anglaise. Et comme il avait emprunté de chacun de ses maîtres, en même temps que leur langue, leur accent, on l'eût pu prendre alors pour un Languedocien à Paris et pour un Irlandais à Londres.

Ce n'est pas tout : Il a compris l'importance des mathématiques, dont pourtant il n'a pas la moindre notion. Il entreprend de les étudier ; il achète des livres. Il se met à l'œuvre, et s'il ne va pas du premier coup aussi loin que Pascal, qui, au dire de sa sœur, devina en se jouant trente-deux propositions d'Euclide, il posséda bientôt, grâce aux conseils d'un mathématicien dont il avait fait la découverte dans son île, l'arithmétique jusqu'aux logarithmes, l'algèbre jusqu'aux équations du premier degré, et la géométrie dans ses éléments. Pour apprendre plus vite et mieux, il s'avisa d'enseigner, ce qui était un excellent moyen. Deux petits garçons qu'il avait recrutés composèrent son auditoire ; il leur donnait les explications qu'il venait de recevoir.

Un événement singulier menaça de fermer pour toujours à notre jeune professeur la carrière de l'enseignement. Un soir que son père lui avait infligé une correction peut-être trop sévère, il se coucha et s'endormit en pleurant. Le lendemain, ceux qui ont entendu les leçons d'Orfila le croiront à peine, il se réveilla bègue. Un médecin ami de la famille conseilla de l'envoyer chanter au lutrin pour le guérir. Ne rions pas trop du remède. Le bon docteur Siguier n'ignorait probablement pas l'influence du rhythme sur le courant nerveux qui régit la partie mécanique de la parole. Cela valait mieux que de couper les muscles génio-glosses du jeune bègue. La recette eut un plein succès, et Orfila put continuer des études qui allaient devenir bientôt plus méthodiques, plus fortes et plus variées.

En effet, des circonstances mystérieuses, et sur lesquelles on se perdait en conjectures, avaient amené à Minorque un homme d'origine allemande, solidement instruit, parfaitement élevé, de manières distin-

guées, d'un caractère doux et aimable, grand musicien, pianiste distingué, parlant, outre sa langue, l'anglais, le français, l'italien, l'espagnol, et suffisamment versé dans les mathématiques, la physique, l'histoire naturelle et la logique !....... Une perle jetée sur ce rocher aride... M. Coot, c'est le nom de cet étranger, et Orfila, ne pouvaient manquer de s'y rencontrer, et même de se comprendre malgré la différence d'âges. Vous devinez que le premier devint le maître du second.

Le moment était venu de faire choix d'une profession. Grand sujet de perplexité dans les familles. Les conseils que, dans cette conjoncture, le jeune Orfila recevait sous le toit paternel n'avaient certainement pas été puisés dans le livre si populaire de Daniel Foë. Ici le père prédit à son fils aventureux tous les malheurs qui attendent le navigateur; le père d'Orfila, au contraire, faisait à notre futur collègue le plus riant, le plus séduisant tableau de la vie du marin. Orfila consentit à en faire l'essai; mais sa première campagne l'en dégoûta à jamais. Il n'avait échappé à une terrible tempête que pour tomber entre les mains de pirates qui parlaient à tout propos de *tagliar testa* (couper la tête) aux gens de l'équipage, ou de les faire asseoir sur un pieu bien effilé! Libre enfin, et de retour à Mahon, il se prononça pour la carrière de la médecine. Il fut, en conséquence, envoyé à Valence. C'était en 1804; il avait alors dix-sept ans et demi.

L'absence de programme dans les établissements d'instruction supérieure peut avoir des inconvénients sérieux, puisque l'enseignement n'a de garanties ni contre le dévergondage d'esprit d'un professeur, si cela pouvait se rencontrer, ni contre la fatuité d'un novateur qui voudrait persuader à ses élèves qu'il n'y a de vrai, d'acceptable dans la science que ce qu'il y a mis. Mais il est un autre écueil, c'est de renfermer les matières de l'enseignement dans un cadre si étroit qu'il n'y ait plus pour le professeur possibilité d'initiative ou de suivre même le mouvement de la science. Voilà précisément ce qui passait à Valence. En chimie, on suivait le livre de Macquer. Les élèves devaient l'apprendre par cœur. Et, comme on lit dans ce livre que l'*air* et l'*eau* sont des corps simples, le professeur, pour se conformer au règlement, affirmait la chose aux élèves, bien qu'il fût intimement persuadé du contraire. Mais déjà les noms des Lavoisier, des Berthollet, des Fourcroy avaient franchi les limites de la France. Orfila s'était procuré leurs livres et avait cessé d'écouter les professeurs de l'Université de Valence. Cependant l'insuffisance de cette Université soulevait des réclamations nombreuses. On menaçait de la supprimer. Elle annonce une sorte de tournoi scientifique entre ses élèves et convie tous les savants d'Espagne à assister à cette lutte. Orfila s'y engage, il fait triompher et cette Université qui ne lui avait rien enseigné et ce maître qui, dans l'expression naïve autant que modeste de son étonnement, disait à son élève : « Mais qui donc vous a appris tout cela? » Qu'il me soit permis de transcrire un paragraphe du procès-verbal de ce concours, que nous pouvons qualifier de *mémorable* eu égard au retentissement qu'il eut dans Valence et au delà. « Mathéo Orfila, dans l'épreuve qu'il » subit le soir et qui dura près de deux heures, fit preuve de con» naissances tellement vastes et approfondies en chimie et en tout ce » qui se rapporte à cette science; il développa avec tant de talent les » trois sujets que le sort lui avait assignés en faisant des applications » aux sciences et aux arts, en analysant les opinions anciennes et mo» dernes et en répondant promptement et sûrement à toutes les diffi» cultés qui lui furent proposées qu'il paralysa ses concurrents et que » les juges, ainsi que toute l'assemblée, lui accordèrent le prix par ac» clamation. » Les juges allèrent plus loin, ils déclarèrent que le prix ne suffisait pas pour honorer le mérite de Mathéo Orfila, et que l'inscription suivante : MATHÉO ORFILA VICTOR, serait conservée dans l'Université, afin d'exciter une noble émulation parmi les jeunes étudiants.

La joie de ce triomphe fut singulièrement troublée le lendemain. Orfila fut invité à se rendre chez le grand Inquisiteur. Qu'on juge de sa frayeur! Lui était-il échappé dans le feu de l'argumentation quelque proposition hétérodoxe dont il aurait à rendre compte devant un tribunal redouté? Sa crainte diminua un peu quand il fut en présence du grand inquisiteur. Ce personnage ne ressemblait pas au muphti, qu dans Micromégas juge les œuvres scientifiques de l'habitant de Sirius. C'était, dit Orfila, un homme d'une taille avantageuse et imposante, aux traits nobles, à la physionomie bienveillante. « Vous avez » eu, dit-il à Orfila, un magnifique succès hier; j'y ai vivement ap» plaudi. J'aime la jeunesse studieuse et je cherche à l'encourager par » tous les moyens dont je puis disposer. Qui êtes-vous? d'où venez» vous? et qu'allez-vous faire? » Cet exorde acheva de rassurer Orfila, qui répondit à ces questions avec toutes les marques imaginables de déférence et de respect. « Est-il vrai, ajouta le grand inquisiteur (ici » je copie le manuscrit d'Orfila), est-il vrai que dans la séance d'hier, » lorsque vous étiez argumenté, vous ayez laissé entrevoir, d'après les » notions de physique et de géologie que vous avez puisées dans les » auteurs français, que le monde est plus ancien qu'on ne l'a dit? » dites-moi la vérité. » Il faut croire que les explications du jeune lauréat ne furent pas moins satisfaisantes que celles de Buffon à la Sorbonne, alors qu'elle le tourmentait sur sa théorie de la terre, car le grand inquisiteur lui dit en le congédiant : « Jeune homme, poursuivez » paisiblement vos études, honorez l'Espagne, et n'oubliez pas qu'au» jourd'hui dans ce pays l'inquisition n'est ni aussi tracassière ni aussi » barbare qu'on le suppose. »

Les faits de ce genre sont rares dans les annales de l'inquisition, celui-ci méritait d'être recueilli.

La biographie des hommes dont le nom a eu quelque retentissement ne doit pas être simple objet de curiosité. Remontons aux causes de leurs succès, nous y puiserons d'utiles enseignements. La nature les avait richement dotés sans doute, ces hommes privilégiés; mais les efforts de leur volonté avaient ajouté aux dons de la nature. Je dirai bientôt les facultés heureuses et à certains égards exceptionnelles qu'Orfila avait reçues en partage, son ardeur d'apprendre et cette opiniâtreté au travail qui, tout Valence le savait, lui avait fait outrepasser les préceptes de l'école de Salerne, à ce point qu'il donnait à peine trois heures par nuit au sommeil; mon intention est de signaler ici une autre condition de l'avantage qu'il venait d'obtenir sur ses condisciples. Il possédait plusieurs langues vivantes, et celle en particulier dont s'était servi l'illustre et infortuné Lavoisier alors qu'il posait les bases de la chimie moderne. Voilà une des causes de son succès. Ce n'était, dira-t-on, qu'un moyen d'études, un instrument, soit; mais c'est un moyen précieux, un instrument puissant et dont ne peuvent guère se passer ceux qui cultivent les sciences depuis que, au grand désespoir des travailleurs, le latin a cessé d'être la langue des savants. Nous devons applaudir, messieurs, à la pensée qui a introduit l'enseignement des langues vivantes dans la section scientifique des lycées.

Orfila venait de réhabiliter l'Université de Valence, mais il savait qu'elle n'avait plus rien à lui apprendre. L'Université de Barcelone jouissait d'une certaine renommée. Il s'y rend; et pour la première fois il a la satisfaction de voir démontrer publiquement la chimie à l'*aide d'expériences*, l'anatomie *sur le cadavre* et la pathologie *au lit du malade*. Là aussi il fut soumis à ces examens de fin d'année, qu'il devait plus tard introduire dans notre Faculté. Il avait mis à profit pendant deux ans les moyens d'instruction que lui offrait l'Université de Barcelone, lorsque la junte de commerce de cette ville le choisit pour aller à titre de pensionnaire étudier, à Madrid d'abord, puis à Paris, la chimie dans ses applications à l'industrie et aux arts. Il avait espéré recevoir à Madrid les leçons d'un chimiste que l'Anjou revendique comme une de ses gloires, le célèbre Proust; mais celui-ci avait abandonné l'Espagne pour n'y plus revenir. Orfila demanda et obtint la permission de se rendre directement en France. Il entrait à Paris le 9 juillet 1807. Désormais il ne quittera plus la France; celle-ci adoptera bientôt cet enfant de l'Espagne. Que de séductions n'offrait-elle pas à un jeune homme avide de s'instruire? Vauquelin l'avait introduit dans son laboratoire. Fourcroy, dont la voix éloquente allait bientôt s'éteindre, mais rien alors ne faisait prévoir cet événement, Fourcroy avait confié à Orfila le soin de préparer pour lui quelques leçons de chimie organique. Le bon abbé Haüy ne dédaignait pas de l'aider particulièrement dans l'étude de la cristallographie. D'où lui était venue cette faveur si promptement acquise? C'est qu'à Paris comme à Valence Orfila s'était fait remarquer par son amour du travail et sa merveilleuse facilité; c'est qu'une attraction secrète rapproche les hommes que la science a illustrés des élèves auxquels la science réserve un avenir.

Cet avenir, il est écrit dans chacune des pages du manuscrit où Orfila nous rend compte de l'emploi de son temps pendant ses journées d'étudiant. Heureuse période de la vie où l'on cultive la science pour les charmes qu'elle offre et sans préoccupation de fortune ou d'honneurs!

Fidèle au système d'études qu'il avait inventé à Mahon, il prend encore une fois la résolution d'enseigner. Un riche propriétaire de la rue du Bac, dont le fils était lié avec Orfila, mit à la disposition de celui-ci un petit laboratoire assez bien muni d'instruments de physique et de chimie. Ce fut là qu'il débuta. Un incident de peu d'importance au fond va nous montrer quelles étaient déjà et l'assurance du professeur et la curiosité qu'inspiraient ses débuts. Un jour, pendant sa leçon, deux personnes entrent dans la petite salle où était réuni son auditoire. Quel ne fut pas l'étonnement du jeune professeur en reconnaissant Fourcroy et Vauquelin! Tout le monde se lève en signe de respect; Orfila s'interrompt; puis, avec le plus grand sang-froid, il invite les deux nouveaux venus à s'asseoir et continue sa leçon avec le même calme, la même présence d'esprit que si son auditoire se fût recruté de deux élèves de première année.

Cette douce vie d'étudiant allait être cruellement interrompue. La guerre, une guerre qui devait être longue et cruelle, venait de s'allumer entre la France et l'Espagne. Murat bombardait Madrid par ordre de l'Empereur, et quelque temps après Dupont était battu à Baylen par le général Castanoz. Les relations du jeune Orfila avec sa famille et la junte de commerce de Barcelone étaient interrompues; la misère le menaçait, sa condition d'Espagnol le rendait suspect. Accompagné d'un de ses amis, il va solliciter une carte de sûreté à la préfecture de police. On commence une sorte d'enquête, on multiplie les formalités, et on finit par les retenir prisonniers. L'affaire était sérieuse cette fois et ne paraissait pas devoir se dénouer aussi facilement que celle qui l'avait appelé chez le grand inquisiteur. Mais la vie studieuse d'Orfila lui avait ménagé un libérateur. Laissons parler le prisonnier : « Après » une nuit d'insomnie, dit-il, on me prie de passer dans le cabinet de » M. Véra, où je vais en tremblant, croyant qu'il s'agit de me faire » subir un interrogatoire. Mais non! je suis le plus heureux des hom» mes : Vauquelin est là, en habit d'Institut, l'épée au côté et revêtu » de tous ses insignes. — Je viens réclamer monsieur, dit-il à Véra; » il ne troublera jamais l'Etat, je l'emmène. — Soit, répondit le chef » du cabinet. Vauquelin me tend la main, je vole dans ses bras et il » me serre avec effusion contre son cœur. » Nous verrons encore une fois, messieurs, Vauquelin intervenir comme un génie bienfaisant dans une circonstance critique de la vie d'Orfila. Ai-je besoin de dire que la reconnaissance et l'amour de son élève n'ont jamais fait défaut à cet homme excellent?

Devenu libre, Orfila reprit sa vie d'étudiant. Il reçut en 1811 le grade de docteur en médecine de la Faculté de Paris. Les sciences dites accessoires n'avaient pas seules été l'objet de son application, puisqu'il obtint à son examen de pathologie la note *extrêmement satisfait*.

Le voilà docteur; mais il fallait vivre. La guerre avec l'Espagne continuait; elle avait fait brèche à la fortune de la famille Orfila. Le père enjoignait à son fils de revenir à Mahon, et lui faisait tenir une somme de 300 francs pour le voyage. Orfila refuse. Il renvoie l'argent, bien que sa bourse soit vide. C'était brûler ses vaisseaux; mais il avait foi dans son étoile. Il trouvera des ressources dans l'enseignement. Il ouvre un premier cours chez un pharmacien de la rue Croix-des-Petits-Champs; il va professer ensuite dans cette célèbre rue du Foin-Saint-Jacques, berceau de l'enseignement particulier. Il y donne des leçons de chimie, de médecine légale et même d'anatomie. C'est là, dans un modeste local, qu'il va jeter les fondements d'une science nouvelle, la *toxicologie*.

Désormais la justice ne restera plus désarmée, ou plutôt incertaine, hésitante devant le crime. Des réactions subtiles indiqueront les traces fugitives du poison versé par une main criminelle. D'ingénieux procédés en dévoileront l'existence, alors même qu'il aura été masqué par les aliments et les boissons; ils le poursuivront dans les humeurs animales et au sein de nos tissus; ils iront le saisir encore jusque dans ce détritus informe, produit de la décomposition cadavérique. Désormais aussi plus d'un meurtrier reculera devant la perpétration d'un crime qu'il n'aurait plus l'espoir de dissimuler.

Messieurs, je l'affirme, après un examen consciencieux du sujet, la *toxicologie* n'existait pas avant Orfila. Pas un des livres publiés avant lui ne donnait la moindre idée des procédés ingénieux et sûrs inventés par cet habile expérimentateur. On savait, il est vrai, reconnaître certains poisons, alors qu'ils étaient dissous dans l'eau distillée; mais étaient-ils mélangés au vin, au lait, à la bile, au bouillon, on ne savait plus les retrouver. Le croira-t-on? on disait, on professait, on imprimait que les réactions restaient les mêmes, que les précipités étaient aussi purement colorés dans les boissons et les humeurs que dans l'eau distillée! On n'avait pas pris la peine d'y regarder, tant est grande la disposition à jurer *in verba magistri!* Je ne sais si Orfila avait lu Bacon, mais je doute qu'aucun savant se soit plus fidèlement que lui conformé aux préceptes de l'illustre chancelier. L'habitude qu'il avait prise de bonne heure et qu'il conserva toute sa vie de soumettre à l'expérimentation toute proposition scientifique lui venait moins de ses lectures, je pense, que de la rectitude naturelle de son esprit, de son amour du positif. Les erreurs grossières de cette pseudo-science qu'on appelait *toxicologie* pouvaient-elles échapper au contrôle sévère auquel il allait les soumettre? Il nous raconte ce qui lui avait donné l'éveil de la réforme qu'il allait accomplir. C'était en 1813. Il venait de montrer à son auditoire les précipités que forme l'acide arsénieux avec divers réactifs.

« Ces précipités se produiraient de même, dit-il, si l'acide arsénieux » était mêlé à du vin, du café, du bouillon, et vous allez en avoir la » preuve. » Il avait sous la main une tasse de café à l'eau, il y introduit la dissolution d'acide arsénieux et verse successivement les réactifs dans des portions de ce liquide composé. O surprise! l'eau de chaux, qui devait donner un précipité blanc, fait naître un nuage gris violacé : un précipité olive grisâtre prend la place de ce beau vert de Schèele que devait faire naître l'addition du sulfate de cuivre ammoniacal. L'embarras du jeune professeur était extrême. Il ajourne l'explication. De retour chez lui, il mélange toutes sortes de poisons avec des matières alimentaires, des boissons, des humeurs animales. Il les soumet à leurs réactifs ordinaires et constate que le résultat diffère à peu près constamment de celui qu'on obtient avec les dissolutions pures de ces toxiques. Cependant les poisons existent dans ces mélanges, puisqu'il les y a introduits. Il faut trouver les moyens de les démasquer. Ce sera l'objet d'une science nouvelle; il se propose de la fonder. Il court chez un libraire auquel il offre de vendre deux volumes qu'il va composer sur cette science qui n'existe pas encore. Le libraire, M. Crochard, accepta ce singulier marché, et il n'eut pas à se repentir de l'avoir contracté. L'apparition de ce traité qui, enrichi sans cesse par les soins d'Orfila, est arrivé à la cinquième édition, fit une grande sensation. C'est bien de la toxicologie qu'on pourrait dire : *Instauratio facienda est ab imis fundamentis*. L'histoire de chaque poison y est refaite; disons mieux : elle y semble tracée pour la première fois, et sur cet ensemble de notions spéciales, l'auteur fonde la plus magnifique histoire générale de l'empoisonnement qui ait jamais été composée. Mais je croirais trahir la mémoire d'Orfila si je m'en tenais à cette vue sommaire de ses travaux sur l'empoisonnement. Abandonnons pour un moment l'ordre chronologique, et montrons le grand toxicologiste.

Si Orfila sacrifie des milliers d'animaux à ses recherches, c'est après avoir constaté, prouvé la légitimité des inductions du chien à l'homme, soit qu'on étudie les symptômes de l'empoisonnement, les lésions cadavériques ou l'action des contre-poisons. Le chien, à la vérité, jouit d'un privilége dont il faut tenir compte : il vomit promptement et facilement; dès lors il n'est plus empoisonné. Mais la ligature de l'œsophage, dont Orfila a si bien apprécié les effets, rétablit la parité des conditions pendant un temps suffisant pour que le spectateur assiste à toute la scène de l'intoxication.

Jusqu'en 1839 on s'était borné dans la recherche des poisons à l'examen et l'analyse des matières expulsées de l'estomac et des intestins ou contenues encore dans le tube digestif. Orfila nous montre qu'on peut extraire le poison du foie, du sang, des urines des cadavres alors qu'il n'y en a plus de traces dans les premières voies. C'est le plus grand pas qui ait été fait en toxicologie au point de vue médico-légal. Il avait consacré six années à la démonstration de cette importante découverte; il faut s'y arrêter un instant.

On a dû se demander de bonne heure comment et par quelles filières se propage l'action toxique; comment, appliqué sur un point limité du corps, ce poison va corrompre partout, et avec une rapidité effrayante, les sources de la vie. On croyait au dernier siècle, et quelques médecins ariérés disent encore, que le poison exerce sur les extrémités des nerfs de la membrane avec laquelle il est mis en contact une impression qui se propage par ces nerfs jusqu'au centre nerveux, dont les fonctions se trouvent tout à coup perverties ou anéanties. Haller, ce fidèle historien de la science, ne paraît pas même se douter qu'on puisse proposer une autre explication. Il dit, en parlant des nerfs de l'estomac : *Neque alia via ad mortem brevior est, venenis vehementèr acribus in ventriculum receptis*. La physiologie moderne avait depuis longtemps fait justice de cette erreur lorsque Orfila publia le fait capital qui nous occupe. Elle avait montré que, hors le cas de corrosion locale, l'absorption du poison est la condition de son action toxique; que c'est, en un mot, par le sang et non par les nerfs que son action meurtrière se propage au centre encéphalo-rachidien.

Mais cette vérité était demeurée stérile pour les expertises médico-légales jusqu'au moment où Orfila sut en faire des applications tout à la fois si brillantes et si utiles.

Les vérités, les découvertes s'enchaînent. Si le poison porté dans les viscères par l'absorption et la circulation n'en a pas été éliminé avant la mort, on pourra l'y retrouver encore longtemps après l'inhumation. Un crime a été commis, la terre couvre le cadavre de la victime; les jours, les semaines, les mois s'écoulent; le meurtrier calcule avec anxiété les progrès de la décomposition du corps; déjà il se rassure, la justice humaine ne l'atteindra pas! Vaine espérance! Il n'y a plus de prescription pour la démonstration du crime de l'empoisonnement. Ce témoin irrécusable, cet accusateur accablant, le *poison*, est là indécomposé au milieu des parties qui tombent en dissolution. Il

est encore, et Orfila saura le retrouver dans ce terreau noirâtre, dernier vestige de l'être organisé qui va rendre ses éléments au sol.

Ils résistent aussi à la décomposition, ces terribles alcaloïdes que le règne végétal élabore. C'est là sans doute une des conditions de leur action toxique. Si l'estomac pouvait digérer la strychnine et la brucine, la noix vomique ne serait pas vénéneuse, et l'opium perdrait ses propriétés si le suc gastrique pouvait attaquer les alcaloïdes qu'il renferme.

Pendant qu'il poursuivait ses recherches, Orfila ouvrait à la toxicologie une autre voie non moins utile et tout aussi neuve. Ces poisons que l'absorption introduit dans la trame de nos organes, la nature s'efforce de les porter au dehors lorsque la vie se prolonge. *L'élimination des poisons*, le temps qu'ils séjournent dans le corps, temps variable pour chacun d'eux, les routes spéciales par lesquelles ils sont expulsés, tel était, avec ses inductions pour la médecine légale, le pronostic et la thérapeutique de l'empoisonnement, le sujet d'études sur lequel Orfila appelait l'attention de ses contemporains. Il appartenait à l'un des agrégés de cette Faculté, au neveu d'Orfila, à l'héritier de son nom dans la carrière médicale, de compléter et d'étendre sur ce point le travail de notre collègue. La dissertation inaugurale : *De l'élimination des poisons*, a trouvé dans la Faculté et au dehors toute la faveur qu'elle méritait.

Les problèmes de toxicologie sont sans nombre. L'ouverture juridique d'un cadavre vous a fait découvrir du poison. Faut-il en conclure dans tous les cas qu'il y a eu empoisonnement? N'a-t-on pu, dans une intention criminelle et pour perdre un innocent, introduire ce poison dans le cadavre? Le corps de l'homme ne contient-il pas naturellement des métaux toxiques? L'eau qui filtre au travers des terrains des cimetières ne peut-elle conduire des poisons du sol jusque dans les cadavres qui s'y décomposent? Questions que la conscience d'un juré n'eût pu envisager sans terreur si les expériences d'Orfila n'en eussent donné la solution. S'il admet, par exemple, l'existence du cuivre et du plomb dans le corps de l'homme, il indique un moyen sûr de distinguer le métal normal de la préparation qui aurait causé un empoisonnement. Le premier il signale l'erreur commise par les chimistes qui avaient cru reconnaître la présence naturelle de l'arsenic dans le corps de l'homme, erreur qu'il avait partagée lui-même. Et quant au composé arsenical que recèle le terrain de certains cimetières, ce composé est à *l'état insoluble* et ne peut pénétrer jusque dans les viscères d'un cadavre. Notions rassurantes, et qui permettent à l'enquête de suivre son libre cours.

Créer l'histoire médico-légale de l'empoisonnement, cela pouvait suffire à la réputation d'un médecin. Orfila n'en devait pas rester là. Il trace d'une main sûre les règles à suivre dans l'administration des contre-poisons. Il dédaigne, et il a raison de le faire, les assertions de ces médecins prétendus vitalistes qui nient l'existence de cet ordre d'agents. *Les combinaisons chimiques*, disent-ils, *ne s'opèrent pas dans l'estomac comme dans un vase inerte*, et sur ce lieu commun ils se dispensent du souci de charger leur mémoire de ces détails de thérapeutique. Eh quoi! un acide et un alcali mis en présence dans l'estomac ne céderont plus aux affinités puissantes qui les portent à se combiner? Quoi! la magnésie ne pourra émousser dans l'estomac l'action horriblement corrosive de l'acide sulfurique? Le tanin du quinquina ne se combinera plus avec l'oxyde d'antimoine de l'émétique? L'albumine ne fera plus avec le sublimé un composé insoluble, si ce n'est dans un excès de cette albumine? Quoi! vous assistez à ces combinaisons, et vous les niez! Messieurs, non-seulement les affinités chimiques ordinaires peuvent détruire les poisons dans l'estomac, mais elles ont encore, dans des circonstances moins heureuses, le privilége de les y engendrer. L'amygdaline, l'émulsine, substances d'une innocuité parfaite, mises en contact dans un verre, donnent naissance au plus actif des poisons, l'acide cyanhydrique: introduites l'une après l'autre dans l'estomac d'un animal vivant, elles l'empoisonnent. La combinaison chimique s'est donc faite dans l'estomac comme dans un verre, comme *dans un vase inerte*. Orfila a conseillé le premier l'albumine comme contre-poison d'une foule de dissolutions métalliques, du sublimé corrosif en particulier. C'est en torturant un texte qu'on a voulu faire honneur à Gmelin de cette addition heureuse à la thérapeutique de l'empoisonnement. Orfila démontre que le charbon animal ne jouit pas de la vertu de neutraliser les poisons métalliques, et il nous met en garde contre la sécurité trompeuse qu'une croyance contraire pouvait faire naître. Il nous prémunit aussi contre le danger d'employer à titre de contre-poisons des composés toxiques par eux-mêmes, ou qui pourraient, combinés avec le poison qu'on veut détruire, engendrer dans l'estomac un nouveau poison. Il donne enfin l'appui de la chimie aux prescriptions judicieuses que dès l'an X avait formulées Renault; mais il ne se montre pas tellement épris des applications de cette science qu'il ne proclame bien haut qu'il faut avant tout, et alors même qu'on ne connaît pas encore la nature du poison, provoquer le vomissement par l'ingurgitation d'eau albumineuse. On ne peut rien dire de plus sage et de plus pratique.

Sur ce terrain de la thérapeutique il eut à lutter contre les sectateurs de Giacomini. Mais nous ne pouvons prendre au sérieux des médecins qui, pour asseoir, comme ils le disaient, sur les ruines de la toxicologie française la doctrine de l'action hyposthénisante des poisons classés par Orfila parmi les *irritants*, proposaient de les combattre par les toniques, le vin et l'alcool. Un cheval empoisonné par l'acide arsénieux mourait un peu plus vite que si on lui eût épargné le contre-poison.

Jusqu'ici, messieurs, j'ai mis Orfila aux prises avec les problèmes généraux de la toxicologie. Je n'ose m'aventurer dans le récit de ses découvertes de détail; il faudrait parler de tous les poisons. Il en est un pourtant, le plus célèbre de tous dans les fastes judiciaires, que je ne puis passer sous silence. Vous avez nommé l'arsenic. Ce poison a été pour notre collègue l'occasion du travail le plus complet qu'ait jamais enfanté la plume d'un toxicologiste. La malveillance, l'envie ont vainement essayé d'en contester les résultats: Orfila devait sortir triomphant de la lutte qu'elles avaient engagée avec lui. Abordons sans préambule le point capital de cette âcre polémique. L'appareil si ingénieux que Marsh avait fait connaître en 1836 offrait, dans sa simplicité primitive, de sérieux inconvénients. Divers chimistes, une commission de l'Institut avaient travaillé à les faire disparaître; mais il en restait un qui à lui seul entravait l'opération. Le gaz qui doit s'échapper, emportant avec lui l'arsenic qu'il dépose sous forme d'anneau dans la continuité du tube, et sous forme de taches caractéristiques là où on le brûle à l'issue de l'appareil, soulevait une mousse épaisse qui bientôt interrompait son dégagement. Il fallait à tout prix détruire la matière animale d'où provenait la viscosité du liquide. Orfila conçoit et met à exécution l'idée de brûler cette matière animale par l'azotate de potasse, qu'il remplaça plus tard, et suivant les cas, par l'acide azotique ou par le chlore. Dès lors la viscosité a disparu, et le gaz, qui se dégage avec autant de régularité que d'une simple dissolution du poison dans l'eau distillée, va trahir la présence d'un millionième d'acide arsénieux dans la liqueur. Il suffit même d'un demi-millionième pour obtenir des taches. Avec quel soin il fait connaître les précautions qui doivent assurer le succès de l'analyse! Une flamme trop vive, en vaporisant le poison, avait fait manquer l'opération des premiers experts dans la célèbre affaire Laffarge. Il tient compte aussi et de la forme de la flamme, et de la distance à laquelle on a placé la porcelaine sur laquelle doivent se déposer les taches. Quelles recherches délicates pour constater que les réactifs ne contiennent pas un atome d'arsenic! Pas une difficulté qu'il n'ait levée, pas une objection sans réponse.

Mais, disaient ses adversaires, ces taches, qui pour vous sont formées par l'arsenic, il suffit de la carbonisation de matières organiques, de la présence de phosphites, d'une huile essentielle ou de charbon, pour leur donner naissance. Objection bien grave, messieurs, puisqu'il s'agit de vie d'homme. Eh bien, savez-vous où l'on était allé chercher cette objection pour la porter devant l'Institut? Dans les mémoires mêmes d'Orfila, qui le premier avait décrit ces *taches organiques* sous le nom de *taches de crasse*, et avait indiqué, l'Institut le constate, des moyens sûrs de distinguer ces taches des taches arsenicales. Le temps me presse, j'abandonne ces débats. Les contemporains d'Orfila ont prononcé; ses successeurs s'efforcent de se former à sa pratique. C'est un témoignage non équivoque de l'excellence de ses procédés.

L'immense renommée qu'Orfila s'était acquise en toxicologie le faisait appeler chaque jour à éclairer les tribunaux et les jurés dans les affaires criminelles les plus épineuses. Sa présence était un événement; on se portait en foule à l'audience pour entendre sa déposition. Il entrait, tous les regards se fixaient sur lui; il parlait, sa parole était recueillie dans un religieux silence. Il eût pu imposer son opinion par la simple autorité de son nom, il préférait la démontrer en rendant accessibles à tous les propositions scientifiques, les vérités expérimentales sur lesquelles elle reposait. La lumière se faisait. Le doute, le doute si pénible à l'âme d'un juré, faisait place à la conviction. Plus d'une fois on a vu le coupable, accablé comme si une intelligence surhumaine était venue révéler la vérité en sa présence, renoncer à son système de défense, et chercher dans un aveu sincère des chances d'atténuation à la peine qu'il avait encourue. Ce dénoûment pouvait flatter l'amour-propre d'Orfila: d'autres scènes allaient plus que celles-là à son cœur. Si le criminel redoutait sa présence aux débats, l'innocent devait l'appeler de tous ses vœux. On n'a pas oublié l'affaire portée devant le sénat de Chambéry: trois inculpés condamnés à mort dans un premier jugement, l'Europe attentive aux débats, le sénat y procédant avec une prudente lenteur. Orfila est consulté; il démontre que les expériences sont fautives, les preuves de l'empoisonnement nulles, et qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer l'action de l'acide prussique pour expliquer la mort rapide d'un homme dans le cerveau duquel on a trouvé un caillot de sang plus volumineux qu'un œuf!

Rétrogradons, et reprenons le fil des événements. Nous avons laissé notre jeune médecin livré encore à l'enseignement particulier, et devenant pour la première fois auteur. L'Angleterre, les Etats-Unis, l'Allemagne, l'Italie eurent de suite des traductions de la *Toxicologie générale*. Hallé se l'était fait lire. Cet homme si érudit, si profondément instruit, si bon appréciateur du mérite, avait compris la portée, l'originalité de ce livre. Il en avait entretenu ses collègues de l'Académie des sciences, et peu de temps après Orfila prenait place parmi les membres correspondants de l'Institut.

A l'Athénée, ce nom rappelle de glorieux souvenirs, il fallait un successeurs à M. Thénard, qui lui-même avait remplacé Fourcroy; Orfila fut désigné, et la faveur du public lui prouva qu'il n'était pas resté au-dessous de la tâche qu'avaient rendue si difficile ses deux illustres devanciers.

Cependant le gouvernement de Ferdinand VII apprenait qu'un jeune Espagnol jetait en France les fondements d'une renommée qui allait croissant tous les jours. Il envia peut-être à la France, et il tenta de lui ravir le savant qu'elle allait adopter. Un décret inséré dans la gazette officielle d'Espagne, et dont le texte fut reproduit dans les journaux français, appelait Orfila à la chaire de chimie que Proust avait occupée à Madrid. Mais le gouvernement français, à son tour, ne vit pas avec indifférence la perte que l'enseignement allait faire dans notre pays. Les ministres de Louis XVIII faisaient offrir à Orfila, en attendant qu'une chaire fût disponible, la place de médecin par quartier. Ces deux propositions étonnèrent Orfila, qui n'avait rien demandé; mais il était déjà habitué à des surprises de ce genre, car avant que deux rois se le disputassent, la direction du Théâtre italien lui avait offert un engagement avec 25,000 francs d'appointements. Accepter eût été peut-être le chemin le plus court pour aller à la fortune, mais Orfila rêvait des triomphes plus durables et d'une autre nature que ceux que peuvent procurer une voix de basse bien timbrée, mordante, agile, assouplie par l'exercice, un habile talent de chanteur, en un mot, un génie musical à la fois spirituelle et expressive. Il avait donc refusé sans hésiter. Entre la France et l'Espagne, le choix était plus difficile; il aimait déjà la France, mais l'Espagne était son pays natal. Cette considération l'eût emporté peut-être si le premier ministre de Ferdinand n'eût refusé de réaliser une petite réforme universitaire que le génie organisateur avait déjà fait germer dans cette jeune tête. Orfila resta en France. Disons qu'il était tout à fait libre d'engagements avec l'Espagne. A la paix de 1814, un sentiment d'exquise délicatesse l'avait porté à mettre à la disposition de ses anciens protecteurs ces trésors de la science qu'il avait déjà amassés dans notre pays, mais la junte, ruinée et disloquée, ne pouvait plus donner suite à ses projets.

Orfila avait déjà marqué sa place à la Faculté de médecine, lorsque Royer-Collard, qui ne l'avait jamais vu, lui fit dire par Marjolin: « On » va créer pour moi une chaire de maladies mentales, la mienne va » devenir vacante, c'est à l'auteur du *Traité des poisons* de recueillir » mon héritage et de professer la médecine légale. Hâtez-vous de vous » faire naturaliser Français. » Peu de temps après l'Ecole ouvrait ses portes à celui qui devait captiver, sans la fatiguer jamais, l'attention des générations d'élèves qui se sont succédé depuis 1817 jusqu'en 1853.

Les circonstances de sa nomination lui font trop d'honneur pour que je me résigne à les passer sous silence. Le jour de l'élection, Hallé, souffrant et bien près de la tombe, se fait transporter à l'Ecole. Chacun s'étonne et s'apprête à féliciter l'illustre malade de l'amélioration survenue dans sa santé. « Ne vous y trompez pas, dit-il en prenant » place, je ne suis pas mieux, mais je n'ai pas voulu laisser échapper » une occasion de rendre service à la Faculté en venant voter pour » M. Orfila. » Sur quoi le vénérable Boyer prenant la parole: « J'étais » irrésolu, dit-il, je ne le suis plus, je voterai aussi pour M. Orfila. »

Les envieux, et déjà Orfila avait mérité d'en rencontrer, se demandaient si pour ce toxicologiste célèbre la médecine légale ne serait pas réduite à l'histoire des poisons. Orfila débute: le vaste amphithéâtre de la Faculté ne peut suffire à la foule venue pour l'entendre. Il choisit pour sujet de ses premières leçons un point de médecine légale étranger à la toxicologie. Le lendemain les auditeurs étaient revenus à la leçon. Les jours suivants l'amphithéâtre était encore plein. Il en fut de même pendant toutes les leçons du semestre, et pendant les quatre années qu'il professa la médecine légale, et pendant les vingt-neuf ans qu'il consacra à l'enseignement de la chimie médicale. On se demande le secret d'une telle fortune professorale. Ne le cherchez pas dans l'élégance prétentieuse et châtiée du langage, ni dans la pompe du discours. L'élève pourra venir pendant quelques séances pour entendre un professeur éloquent, mais il l'abandonnera s'il n'est qu'éloquent. Instruire, voilà tout le secret d'obtenir l'assiduité d'un auditoire. C'était le secret d'Orfila. Il visait à la clarté du langage, et non à arrondir une période. Il savait à propos sacrifier les superfluités, les choses accessoires, pour développer les parties fondamentales d'une question. Il était méthodique, mais il ne tombait pas dans l'excès des divisions et subdivisions scolastiques. Pour chaque proposition il donnait la démonstration expérimentale, lorsque cela était possible, car il savait qu'une expérience grave mieux un fait dans la mémoire qu'une simple description orale. Son élocution était facile, sa voix sonore pénétrait dans toutes les parties de l'amphithéâtre. Il s'animait, se passionnait parfois, sans jamais cesser de se posséder.

La mémoire, cette faculté si injustement dépréciée, si indispensable au professeur, n'était jamais en défaut chez Orfila. Vous ne l'avez pas oublié, messieurs; c'était chaque année pour ses auditeurs un nouveau sujet d'étonnement: on le voyait dans la leçon qui avait pour objet les équivalents chimiques, on le voyait, dis-je, le dos tourné à deux immenses tableaux entièrement couverts de chiffres, appeler tous ces nombres et leurs fractions sans broncher, sans hésiter. Et s'il arrivait parfois qu'il y eût défaut de concordance entre le tableau et l'appellation orale, c'était le copiste qui s'était trompé et non le professeur!

La science faisait de nouveaux progrès, et cependant Orfila voulait en présenter chaque année le tableau complet aux élèves; il portait à cinq quarts d'heure la durée de ses leçons et multipliait celles-ci vers la fin du semestre, au point d'en élever le nombre à quatre-vingts au lieu de soixante. Pardon, messieurs, pour la simplicité de ces détails, mais ils peignent mieux le professeur que je ne pourrais le faire en un autre langage, et ils avivent chez les élèves qui m'écoutent le sentiment de la perte immense qu'ils ont faite.

Orfila a professé successivement la médecine légale et la chimie. Il a écrit sur l'une et l'autre de ces sciences.

On se tromperait étrangement si l'on croyait qu'en médecine légale la toxicologie seule a été l'objet des travaux originaux d'Orfila. Un traité en trois volumes et la publicité acquise à ses découvertes montrent avec quel soin il avait abordé toutes les parties de ce vaste sujet. Là encore il va substituer la méthode expérimentale aux stériles dissertations dans lesquelles s'étaient perdus les médecins légistes. Veut-il savoir si quelques signes locaux permettent de reconnaître qu'un individu trouvé pendu par le cou l'a été de son vivant ou après sa mort, il pend des cadavres et dissèque les parties que le lien a pressées. Cette expérience lui apprendra encore si la suspension après la mort peut causer la turgescence des corps caverneux et la présence de spermatozoïdes dans l'urètre. Veut-il savoir si l'eau s'introduit dans les voies aériennes quand le corps a été submergé après la mort et jusqu'où elle pénètre, il plonge des cadavres dans des liquides colorés.

La question d'identité des personnes a été pour Orfila l'occasion d'un travail qui ne pourra paraître futile qu'à ceux qui méconnaîtraient et l'importance du but et la délicatesse des moyens employés pour l'atteindre. Changer la couleur de ses sourcils et de ses cheveux est un stratagème fort usité. Pendant qu'il s'occupe des moyens de le dévoiler, Orfila devient si habile en cette matière qu'il peut à l'instant même et sans le secours de la teinture donner aux cheveux toutes les teintes imaginables et quelle que soit leur couleur primitive. Sous sa main, la chevelure rouge prendra la teinte noire éclatante du jais; le brun deviendra blond et le châtain cendré. Est-il nécessaire de dire qu'il sait faire reparaître à l'instant la couleur naturelle? Des artistes qu'on devine eussent gardé pour eux la découverte; Orfila donne libéralement la recette à tout le monde dans son *Traité de médecine légale*.

Dans le récit de cette vie si remplie, il faut se résigner à négliger de nombreux détails. Rappelons cependant que, nommé président des jurys médicaux, il sut, de concert avec son ami Béclard, qui en même temps que lui avait été investi de cette haute mission, rendre à une institution gangrenée les garanties de sévérité et d'intégrité qu'elle avait perdues depuis longtemps.

Désormais, messieurs, Orfila va nous apparaître sous un nouveau jour. Son mérite va appeler sur lui les honneurs, et avec eux, mais dans un avenir encore lointain, les soucis cuisants qui en sont trop souvent le cortége.

Il avait pu désirer le décanat, mais à coup sûr il ne l'avait pas demandé. L'histoire de sa promotion n'offre pas moins d'intérêt que celle de son élection au professorat. La révolution de 1830 avait rendu à la Faculté les professeurs frappés par l'ordonnance de 1822. Le célèbre Antoine Dubois, récemment élevé au décanat, mais peu désireux de

le conserver, pria Orfila de l'accompagner au ministère pour y traiter, disait-il, d'une affaire administrative. A peine ils sont entrés dans le cabinet du ministre que M. Dubois s'exprime en ces termes : « Monsieur le ministre, je suis âgé, peu jaloux de conserver des fonctions administratives ; je viens vous prier d'accepter ma démission de doyen. Permettez-moi de vous présenter M. Orfila, pour qui je demande la place vacante. » Le lendemain, la nomination de M. Orfila était signée.

Voilà une nouvelle phase dans la vie de notre collègue. Il va devenir administrateur. Il restera toxicologiste habile, car il a travaillé jusqu'à son dernier jour au perfectionnement de la science qu'il avait créée. Les soins du décanat ne compromettront point non plus la régularité de son enseignement, car avant tout il est professeur; rien ne peut compenser dans son cœur le prix qu'il attache à la reconnaissance des élèves; et, s'il veut imposer à ses collègues l'exactitude dans l'accomplissement de leurs devoirs, il sait qu'il doit leur en donner l'exemple. Son activité suffira à tout; les cours seront faits désormais avec régularité, les examens deviendront sérieux, les élèves prendront régulièrement leurs inscriptions. Il fallait pour arriver à ces fins de la fermeté sans rudesse, de la bienveillance qui ne dégénérât pas en laisser-aller. Rarement trouve-t-on ces deux qualités réunies dans une juste mesure; Orfila savait les concilier.

Tandis qu'il travaille à raffermir la discipline, il opère un renouvellement complet dans le matériel de l'Ecole.

(M. Bérard passe ici en revue les nombreuses améliorations introduites par Orfila dans les divers services de l'Ecole, salles de dissection, jardin botanique, Musée Dupuytren, etc., etc.)

On s'est étonné, dit en continuant l'orateur, qu'Orfila ait trouvé assez de temps pour tout ce qu'il a fait, mais le temps ne fait pas défaut à qui sait en régler l'emploi. Ce ne serait pas une exagération de dire qu'Orfila arrêtait, un semestre à l'avance, le programme de ses occupations pour chaque heure du jour et pour chaque jour de la semaine.

Suivons rapidement Orfila dans le conseil des hôpitaux, où il avait été appelé pendant son décanat, et à l'Académie de médecine, à laquelle il appartenait depuis sa fondation.

Dans le conseil des hôpitaux il donnait tous les jours de nouvelles preuves de ce tact exquis, de cette entente des affaires, de ce sens pratique qui formaient le caractère de son administration. L'existence des cliniques, la question des autopsies, les prétentions parfois exagérées des médecins d'hôpitaux, la résistance systématique de l'administration de l'assistance publique devenaient parfois l'occasion de conflits entre le conseil et la Faculté. Le doyen apportait dans ces débats un esprit de conciliation qui n'excluait pas de vigoureuses décisions. On le vit, dans une grave circonstance, envoyer sa démission au ministre de l'intérieur qui refusa de l'accepter. Les termes de ce refus font le plus grand honneur au démissionnaire et au ministre qui conservait à l'administration des hôpitaux le concours éclairé qu'elle était menacée de perdre.

A l'Académie de médecine on n'a pas perdu le souvenir des luttes dans lesquelles Orfila se trouva engagé, ni de la sagesse de ses conseils dans les délibérations plus calmes. Peu de temps avant sa mort, son argumentation précise, nerveuse, méthodique, nourrie de faits, jetait à flots la lumière et fixait l'opinion de l'assemblée sur une des plus hautes questions que l'Académie ait eues à résoudre. Elevé en 1851 au fauteuil de la présidence, il y apporta cet art suprême et délicat de diriger les délibérations d'une grande assemblée.

Ce fut pendant son décanat qu'il conçut et mit à exécution le projet de fonder pour les médecins du département de la Seine une Société de prévoyance. Pensée charitable et généreuse; nouvelle forme de cette sollicitude active avec laquelle il embrassait les intérêts du corps médical. C'était son œuvre de prédilection, j'ai presque dit son *œuvre sainte!*

Enfin Orfila avait gravi l'échelon le plus élevé dans la hiérarchie universitaire, le roi l'avait appelé à prendre dans le conseil supérieur de l'instruction publique la place que Cuvier avait laissée vacante. Ce fut alors qu'il organisa les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et qu'il introduisit dans l'enseignement des Facultés les réformes intelligentes qui devaient rehausser la valeur du diplôme de docteur en médecine. On ne le vit point user de sa haute influence au profit exclusif de l'école à laquelle il appartenait; il dota de chaires nouvelles les Facultés de Montpellier et de Strasbourg.

Il releva dans les trois Facultés l'institution des agrégés.

Nous avons essayé, messieurs, de montrer en Orfila l'homme public, nous allons le suivre dans le monde et pénétrer dans l'intimité de sa vie privée. Quelques philosophes, au siècle dernier, ont fait une large part au hasard dans les grands événements historiques et les destinées individuelles; ils n'ont pas assez tenu compte, pour celles-ci, de l'inégalité native des facultés. Orfila en possédait une qui devait exercer une remarquable influence sur sa vie d'intérieur, aussi bien que sur sa position dans le monde : il avait le *sens musical* développé à un haut degré. Faut-il faire remonter jusqu'à l'époque où, pour suivre les prescriptions du docteur Siguier, Orfila chantait au lutrin, la révélation qu'il eut de son goût pour la musique? Son manuscrit nous y autoriserait. Nous y lisons que les chants religieux l'avaient déjà vivement impressionné. Mais il devait se passionner plus tard pour des compositions d'un autre genre. Il était à Barcelone depuis quelque temps, lorsqu'on le conduisit à une représentation de la *Molinara*. L'exécution de ce chef-d'œuvre de Paesiello le jeta dans une sorte d'extase. Au sortir du spectacle il veut reproduire ces traits brillants, ces roulades qui l'ont émerveillé, et dont il n'avait pas eu jusque-là la moindre idée. Vaine tentative! sa voix est lourde encore; le plain-chant n'avait certainement pas contribué à la rendre agile. Cependant il persiste dans ses tentatives. Dès le lendemain matin (ce jour-là il n'alla point à l'hôpital) il avait gravi le mont Juich pour s'y exercer sans témoins. A dix heures il rentrait à Barcelone, tenant, comme il nous le dit, sa roulade, joyeux de cette sorte de conquête, et persuadé que l'homme tenace *peut* à peu près tout ce qu'il *veut*. Or il *voulut*, à partir de ce moment, devenir musicien. Il se livra à cette nouvelle étude comme à toutes les autres, avec passion! Que serait l'homme sans les passions? Il se procure un piano, une flûte, un violon, une guitare. Il s'exerce sur tous ces instruments à la fois, puis plus particulièrement sur la guitare, et il s'arrête enfin au plus expressif des instruments, la voix humaine. La sienne, nous le savons déjà, méritait bien la culture qu'il lui donna.

Les amis que, jeune encore, Orfila s'était faits à Paris connaissaient et son goût pour la musique et son talent. L'un d'eux, c'était Edwards aîné, l'auteur du livre de l'*Influence des agents physiques sur la vie*, proposa à Orfila de le présenter dans une maison où il pourrait entendre une jeune personne grande musicienne et chantant admirablement. Orfila accepte; il est introduit chez M. Lesueur, architecte distingué, devenu depuis membre de l'Institut. Sa fille justifiait bien l'éloge qu'en avait fait Edwards. Laissons à Orfila lui-même le soin d'apprécier cette jeune personne : « Mademoiselle Gabrielle Lesueur était, dit-il, une chanteuse distinguée et une excellente pianiste, quoique âgée seulement de dix-huit ans. Sa voix de soprano, d'un timbre délicieux et d'une justesse irréprochable, était à juste titre comparée à celle de la célèbre Barilli. Un jugement droit, un caractère aimable, un esprit des plus délicats, un physique agréable en avaient fait à mes yeux un être accompli. » C'était là, dira-t-on, le langage d'un amant. Soit; mais il en différait pourtant en un point essentiel : c'est qu'il était exempt d'exagération. L'élite de la société parisienne a confirmé l'appréciation qu'Orfila avait faite des qualités de la jeune fille qui allait devenir la compagne de sa vie. M. et Mme Orfila furent bientôt recherchés dans le monde avec un empressement qu'expliquaient et leur talent et leurs manières. Deux salons étaient célèbres à cette époque : celui de la princesse de Vaudemont, cette grande dame qui avait favorisé l'évasion de Lavalette et qui s'était éprise pour les jeunes époux d'une affection qu'elle leur conserva jusqu'au terme de sa vie, et le salon de la comtesse de Rumford, veuve de Lavoisier. Orfila y rencontrait les plus illustres représentants de la politique, de la science, des lettres et des arts. Les relations qu'il contracta avec plusieurs de ces personnages aplanirent singulièrement dans la suite les difficultés de sa vie administrative. Il me disait parfois : « J'ai obtenu plus de décisions avantageuses pour la Faculté, j'ai mené à bonne fin plus d'entreprises relatives aux études dans les salons que dans les bureaux des administrations. » Cet aveu scandalisera peut-être ces hommes qui cherchent dans un maintien austère et l'ennui qu'ils infligent une sorte d'appoint à une réputation d'administrateur ou de savant; mais les succès dans le monde ne pouvaient être compromettants pour celui que tant de travaux sérieux et utiles recommandaient à l'estime des véritables savants et à la reconnaissance publique.

Avec la célébrité l'aisance était venue; M. Orfila put *recevoir* à son tour. Quelque chose qu'il entreprît, il était destiné à des succès exceptionnels. On se portait en foule à ses soirées, où pendant vingt ans se sont fait présenter et sont venus se faire entendre les artistes les plus distingués de la France et de l'Italie.

Ceux qui ont connu Orfila dans son intérieur ne s'étonneront pas qu'il ait inspiré les amitiés les plus vives et les plus durables. Un caractère égal, une douceur inaltérable, de la gaieté, des dispositions bienveillantes faisaient trouver dans son commerce un charme tout particulier.

Il joignait à ces avantages des traits nobles et expressifs; l'âge semblait ajouter chaque jour à leur distinction, sans rien enlever à leur heureuse régularité.

On le croira difficilement dans le monde, et cependant le fait est certain, cet homme, qui n'était pas insensible aux honneurs, n'a jamais rien demandé pour lui. Ses promotions dans l'ordre de la Légion d'honneur au grade d'officier, puis de commandeur, vinrent le surprendre, comme le décanat et le titre de conseiller de l'Université.

Quelle belle vie, messieurs, et que cette félicité est bien méritée! L'âme se repose avec bonheur dans cette contemplation d'une récompense anticipée accordée au travail et au noble emploi des facultés de l'esprit. Mais l'heure de l'adversité allait sonner!

La révolution de février éclata; l'un des premiers actes du gouvernement provisoire fut la destitution du doyen; acte de faiblesse, car il fut imposé au nouveau pouvoir par quelques ennemis d'Orfila. Et quels ennemis ! On sait aujourd'hui d'où partait le coup. Je suis heureux de proclamer ici que ce n'était pas des rangs du corps médical. La famille Orfila possède, et j'ai eu entre les mains la lettre dans laquelle on se félicite d'avoir obtenu la révocation du doyen. A la lecture de cette pièce, dans laquelle la langue française n'est pas plus respectée que le sens moral, Orfila a pu s'écrier à son tour :

« *Mais c'est mourir deux fois que souffrir tes atteintes.* »

Les infortunes s'enchaînent comme les événements heureux. Après avoir révoqué le doyen, on le tourmenta sur les actes de son administration. On censura ce qu'on avait loué; on parlait presque de punir ce qu'on avait récompensé. Orfila ne voulut pas répondre à ces attaques. Les merveilles qu'il avait fait éclore étaient là et répondaient pour lui. Elles exciteront encore la reconnaissance des élèves et des hommes de science lorsque depuis longtemps sera effacé le souvenir des tristes débats qu'elles ont provoqués.

Orfila parut supporter avec une fermeté stoïque la nouvelle position qui lui était faite. Mais qui oserait calculer les ravages qu'un tel effort pouvait produire dans une organisation vigoureuse chez un homme passionné, habitué au pouvoir depuis longues années, et pour qui la louange était devenue une sorte de besoin, tant il l'avait souvent commandée par les bienfaits de sa gestion? Il chercha une diversion à de pénibles pensées dans les succès de l'enseignement qu'il a obtenus jusqu'à sa dernière leçon, dans l'affection des élèves qui ne lui a jamais manqué, dans la société de ses amis, qui tous s'étaient pressés autour de lui dès que l'infortune l'avait frappé.

Mais à cette nature active, à cette âme profondément blessée, il fallait des impressions qui excédassent celles de la vie commune; il les trouva dans la réalisation, anticipée peut-être, d'un acte d'éclatante générosité dont il avait conçu le projet au temps de la prospérité. Le 4 janvier 1853, Orfila venait déclarer en pleine Académie qu'il léguait, je me trompe, *qu'il donnait à l'instant même* une somme de 121,000 francs pour l'achèvement du musée anatomique de la Faculté, l'institution d'un prix à l'Académie et pour quelques autres établissements d'enseignement supérieur. D'un bout de la France à l'autre, les médecins accueillirent par leurs acclamations cet acte de libéralité. Et cependant, messieurs, je ne sais quel triste pressentiment m'assiégeait lorsque j'entendais Orfila annoncer qu'il donnait *de son vivant* pour surveiller et diriger l'exécution de ses volontés. Il me semblait voir dans ce langage trop confiant une sorte de défi jeté à la destinée humaine. Hélas! la mort devait frapper le donateur avant la réalisation légale du bienfait. Ces adresses de félicitations que la province lui faisait parvenir de toutes parts, c'est sur sa tombe qu'il a fallu les déposer.

Orfila avait fait leçon la veille du jour où il prit le lit pour ne plus s'en relever. Cette dernière leçon l'avait singulièrement fatigué; mais il avait eu le courage d'aller jusqu'au bout. C'était la mort du soldat sur le champ de bataille. Le bruit qu'Orfila est en danger se répand dans Paris; de tous côtés on se porte à sa maison : amis, médecins, élèves; ceux qui arrivent interrogent avec anxiété la physionomie de ceux qui sortent. Mais le mal avait offert de suite un caractère de gravité qui ne pouvait laisser aucun espoir. Orfila expira le 12 mars 1853, après avoir confié à deux de ses amis les plus dévoués, M. Possoz, membre du conseil général de la Seine, ou à son défaut M. le docteur Menière, le soin de faire exécuter ses dernières volontés.

Et maintenant dois-je me flatter, messieurs, de vous avoir fait connaître complétement Orfila? Non assurément. Le peintre qui détacherait d'un modèle chacun des traits qui le composent pour les faire passer isolément sous vos yeux ne vous donnerait pas la moindre idée de la physionomie de ce modèle. Je craindrais de ressembler à ce peintre si je n'ajoutais quelques mots. Je vous ai montré l'étudiant, le toxicologiste, le médecin légiste, le professeur, le doyen, l'administrateur, l'académicien, le fondateur d'une œuvre de bienfaisance, le conseiller de l'Université, l'homme du monde enfin; mais je ne vous ai pas montré Orfila comme vous l'avez vu, comme je l'ai compris. J'aurais voulu, mais l'espace, et peut-être mes forces m'ont fait défaut, j'aurais voulu arrêter vos regards sur cette individualité brillante, exceptionnelle, qu'ont engendrée par leur concours harmonieux tant de qualités diverses.

J'aurais essayé de déduire les unes des autres ces qualités, ou de les rapporter au moins à la source commune d'où ont jailli les conceptions heureuses auxquelles le monde a applaudi, nous aurions possédé enfin le secret de la vie d'Orfila. Tous les actes de cette vie traduisaient le développement, la transformation d'un seul amour, d'une seule passion. Enfant, l'ardeur d'apprendre le domine; un amour précoce de la science le porte à rechercher des maîtres à une période de la vie où on se laisse imposer.

A peine il a quitté les bancs que déjà il travaille à reculer les bornes des connaissances humaines dans une de leurs branches les plus importantes : il est toxicologiste. Il règle, il étend les applications de la science dans ses rapports avec l'administration de la justice : voilà le médecin légiste.

Professeur, il n'imagine pas de félicité plus douce, de gloire plus solide que de répandre, de vulgariser ce qu'il sait si bien ; après quoi, la transition est facile, cette passion qu'il avait pour la science, il la déverse tout entière sur ceux qu'il a reçu la mission d'instruire. La jeunesse studieuse est devenue et restera désormais l'objet de ses plus chères préoccupations; c'est pour elle que, doyen, il va créer des musées, instituer des cliniques nouvelles, assainir les salles d'anatomie, ouvrir, pendant les longues soirées d'hiver, la bibliothèque éclairée et chauffée, régulariser l'enseignement, et aliéner, de son vivant, une partie considérable de sa fortune.

Mais l'élève va devenir docteur, la sollicitude d'Orfila le suivra dans cette nouvelle position; elle s'étendra aux intérêts moraux et professionnels du corps médical tout entier. Les mesures que le conseiller de l'Université aura su faire agréer au ministre tendront à rehausser la valeur et la signification du diplôme. Voyez enfin le médecin chargé d'ans et pauvre soulagé dans la détresse par l'institution de prévoyance dont Orfila fut le fondateur, et vous avez le dernier terme de cette série logique de causes et d'effets qui commence par l'*amour de l'étude* et finit par la *bienfaisance*.

M. le professeur Denonvilliers commencera son cours d'anatomie le mardi 21 novembre à quatre heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

— M. le professeur Velpeau reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à la Charité, le lundi 20 novembre, et les continuera tous les jours, les jeudis et dimanches exceptés. Leçons à neuf heures.

— M. le professeur Piorry commencera, le mercredi 22 novembre, ses leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, à neuf heures. Visite à huit heures et demie.

Jusqu'au 15 avril, les jours de leçons seront les mardis, jeudis et samedis.

— M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, fera cette année son cours public de chirurgie dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, à sept heures du soir, les mardis, jeudis et samedis.

La première leçon aura lieu mardi 21 novembre.

— M. Gendrin, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons cliniques le samedi 25 novembre, et les continuera les mardis, jeudis et samedis. Visite à sept heures et demie.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies vénériennes mercredi 22 novembre, à midi, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Le Soyer.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 20 novembre 1854.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les eaux minérales n'ont peut-être jamais été l'objet d'une étude aussi sérieuse et d'une attention aussi générale qu'en ce moment. Nous faisions connaître tout récemment le résultat des recherches de M. Thénard sur les eaux du Mont-Dore; c'est aujourd'hui sur un vaste travail de même nature que nous avons à appeler l'attention de nos lecteurs.

M. Bouquet a présenté il y a quelques mois à l'Académie des sciences un travail considérable dans lequel il a étudié au double point de vue chimique et géologique les seize sources du bassin de Vichy, en s'attachant à en faire ressortir les propriétés communes et les propriétés différentielles, comme cela a déjà été fait à plusieurs époques, et tout récemment encore, pour les eaux des Pyrénées.

C'est d'après le savant rapport que M. de Sénarmont a fait à l'Académie sur le travail de M. Bouquet que nous allons en esquisser ici les principaux résultats et les conséquences qu'on en peut déduire au point de vue médical.

M. Bouquet a rencontré dans chacune de ces sources, et souvent en proportion presque égale, les mêmes principes minéralisateurs. Il reconnaît, outre des matières indéterminées de nature organique, la soude et la potasse, la strontiane, la chaux et la magnésie, les protoxydes de fer et de manganèse, la silice, les acides carbonique, chlorhydrique, sulfurique, phosphorique et arsénique; ce dernier d'autant plus abondant que les eaux sont plus ferrugineuses et se concentrent en quantité considérable dans leurs dépôts. Il y signale l'acide borique. Il n'a pu y découvrir, quelque multipliées qu'aient été ses recherches à cet égard, ni le brome, ni l'iode, ni le fluor, ni l'alumine, ni la lithine.

En comparant entre elles les analyses des différentes sources de Vichy, l'auteur a été frappé d'une identité presque complète, qui ne s'expliquerait pas si elles n'avaient toutes une origine commune. Quelques principes s'y trouvent, il est vrai, en proportion en même temps minime et variable, mais ils semblent empruntés, au moins partiellement, aux terrains que les eaux traversent dans leur parcours souterrain. Tels seraient, par exemple, le fer et les acides arsénique et sulfurique, la silice, la chaux, la magnésie, la potasse.

M. Bouquet se demande ensuite comment justifier les propriétés thérapeutiques spéciales des différentes sources, malgré leur teneur presque égale en bicarbonate de soude, si c'est là essentiellement leur principe actif. L'arsenic, quoique à faible dose, serait-il inerte dans des eaux qui passent pour spécifiques, surtout contre les affections des organes sur lesquels, pris à haute dose, il localise précisément et exerce de préférence son action toxique? Pourrait-on affirmer que l'acide borique, que la strontiane, dont les propriétés médicales sont à peu près ignorées, n'aient point une part dans l'action thérapeutique de ces eaux? Enfin comment fixer la part que chacun des éléments de cette association complexe prend à l'effet général, ne fût-ce que comme véhicule éliminateur?

Telles sont les questions que s'est posées M. Bouquet, questions qu'il n'a pu avoir la prétention de résoudre, mais qui, rien qu'à être posées, acquièrent un très grand intérêt. Elles tendent, suivant l'expression de M. le rapporteur, à marquer la portée véritable des expériences analytiques, et à poser les bornes que la chimie ne doit pas prématurément tenter de franchir.

Si l'on considère en effet combien les perfectionnements apportés aux procédés d'analyse chimique ont modifié l'idée qu'on s'était faite longtemps de la composition de certaines eaux minérales; combien ces procédés eux-mêmes sont loin encore de cette perfection idéale qui permettrait seule d'en faire d'utiles et immédiates applications à la thérapeutique; si l'on rapproche enfin ces difficultés de la chimie qu'avouent les plus habiles chimistes eux-mêmes, de l'obscurité non moins grande des phénomènes organiques mis en jeu par l'action des eaux minérales, on se convaincra aisément combien étaient peu fondées les prétentions des médecins qui se sont arrogé le droit de supposer sans preuves au sein de l'organisme les réactions ordinaires du laboratoire, et quelles réserves on doit apporter dans les interprétations chimiques des effets thérapeutiques des eaux minérales.

Nous sommes heureux de voir consacrer par la haute autorité des membres les plus éminents de l'Académie des sciences des principes que nous n'avons cessé de défendre jusqu'ici.

— Nous ne terminerons pas cette appréciation de la dernière séance de l'Académie sans signaler à l'attention de nos lecteurs le fait intéressant d'empoisonnement par l'acide cyanhydrique rapporté par M. Brame. Ce fait peut, dans des circonstances données, fournir une indication utile en médecine légale. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur Malgaigne.

De l'étranglement proprement dit. — L'étranglement proprement dit a été alternativement attribué à l'inflammation ou à la constriction. La première idée est évidemment erronée, car si violents que soient les phénomènes d'étranglement, ils se dissipent ordinairement après qu'on a fait rentrer la hernie. La seconde est beaucoup plus raisonnable. Mais comment agit la constriction? Qu'est-ce en définitive que l'étranglement? Lorsqu'on serre très fort le pédicule d'une tumeur, celle-ci tombe en gangrène, mais sans aucun accident. Si on le serre peu, au contraire, il survient ordinairement des accidents très graves. On peut se rendre compte par là de ce qui arrive dans l'étranglement herniaire. Cet étranglement n'est jamais une striction complète. C'est précisément à cause de cela qu'il s'accompagne de phénomènes plus ou moins graves.

Ainsi l'étranglement n'est pas une inflammation; ce n'est pas non plus une striction complète de l'intestin. Enfin la gangrène est beaucoup plus rare qu'on ne le suppose en pareil cas; et quand elle a lieu, elle est bien moins le résultat de l'inflammation que des manœuvres intempestives du chirurgien. Cette proposition est contraire à l'opinion de la plupart des auteurs, qui s'accordent à considérer la gangrène comme la terminaison constante de l'étranglement abandonné à lui-même, et comme la cause presque unique de la mort. Dans un grand nombre d'opérations de hernie étranglée, M. Malgaigne n'a jamais vu la gangrène de l'intestin lorsqu'il était affecté d'étranglement pur.

Sur quels faits la doctrine de la gangrène dans l'étranglement s'appuie-t-elle?

Les chirurgiens du seizième siècle ont cité des exemples de gangrène caractérisée par l'ouverture des intestins et l'épanchement des matières fécales. Mais ces caractères suffisent-ils pour conclure à l'existence de la gangrène? Un auteur du dix-septième siècle prétend avoir vu la gangrène remonter jusque dans le bout supérieur de l'intestin. Si l'on considère combien l'idée qu'on se faisait alors de la gangrène était peu exacte, on comprend qu'une telle assertion ne peut être admise sans autres preuves. On en peut dire autant de l'assertion de Dionis, qui rapporte avoir vu l'intestin gangrené se déchirer comme une feuille de papier.

Méry, en 1701, n'avait pas une idée plus nette de la gangrène lorsqu'il dit avoir disséqué une anse intestinale où la gangrène était caractérisée par une *couleur rouge foncé*. Farcy, quelque temps après, fit connaître un cas de gangrène dans lequel il avait enlevé quatre doigts d'intestin. Quatre autres doigts tombèrent ensuite d'eux-mêmes. Le malade guérit en trente-trois jours.

Dans un mémoire de Louis sur les hernies avec gangrène, on trouve une observation de gangrène d'une anse intestinale dans une étendue de 5 pouces. Cette anse, quoique mortifiée, avait permis aux matières de passer par le rectum. Il est difficile de comprendre comment une anse d'intestin gangrenée a pu transmettre les matières du bout supérieur dans l'inférieur. Aucun de ces faits n'est admissible; il est très présumable que ces auteurs ont pris pour des portions d'intestin des fausses membranes avec débris de tissu cellulaire.

En résumé, pour les chirurgiens du dix-huitième siècle, la gangrène était une inflammation. On comprend dès lors combien les observations de cette époque méritent peu de confiance.

Ce fut au milieu des erreurs et des obscurités qui régnaient sur cette question que l'Académie royale de chirurgie chargea Louis de faire un travail sur les hernies. Le mémoire de Louis, qui renferme un grand nombre de faits empruntés aux chirurgiens de cette époque, fut le signal d'un grand progrès. Jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, on n'ajouta rien à la doctrine de Louis ; elle devint la doctrine de l'Académie de chirurgie tout entière; elle a été successivement adoptée par Boyer, Scarpa et Dupuytren. Cependant Scarpa, après avoir adopté la doctrine de Louis dans la première édition de son *Traité des hernies*, avance dans la deuxième édition, qui parut en 1819, que, bien que la gangrène soit le phénomène principal des hernies étranglées, il y a quelquefois *ulcération*. L'ulcération, suivant le chirurgien italien, se fait de l'extérieur à l'intérieur ou de l'intérieur à l'extérieur.

Voyons maintenant quels sont les signes de la gangrène de l'intestin.

Lorsqu'il y a véritablement gangrène de l'intestin, celui-ci est flasque, il a perdu son poli; il présente une tache et une teinte cendrée; enfin, il s'affaisse comme du papier mâché. La perte du poli, accompagnée même d'une teinte noire, ne suffirait pas, comme le pensaient jadis la plupart des chirurgiens, pour dire qu'il y a gangrène de l'intestin. Si ce ne sont pas là tous les caractères de la gangrène, ce sont du moins les caractères principaux.

Quant à ses signes généraux, ceux qui sont décrits dans les livres sont illusoires. Ainsi on dit généralement que, lorsque la gangrène survient, les vomissements, jusque-là très intenses, cessent tout à coup; le malade cesse également de souffrir : il est pris de hoquet, ses extrémités se refroidissent, et pendant ce mieux apparent, au milieu de ce soulagement, le malade meurt subitement. Sans doute les choses ont pu quelquefois se passer ainsi; mais il n'est pas vrai que ce soient là les signes généraux caractéristiques de la gangrène, et ce n'est qu'exceptionnellement que la mort survient avec cet appareil symptomatique.

La terminaison dans la hernie étranglée a lieu tout autrement. Une femme succombe à un étranglement datant de huit jours : M. Malgaigne dissèque la tumeur. Le sac ouvert, il reconnaît l'impossibilité de faire rentrer la hernie; il n'y a ni gangrène, ni ulcération, ni même de péritonite.

Voilà donc un fait qui prouve que les malades peuvent succomber au seul épuisement des forces sans présenter après la mort aucune lésion anatomique. C'est un premier mode de terminaison dont il n'avait pas été tenu compte jusque-là par les auteurs.

Il existe un autre mode de terminaison qu'on pourrait appeler *choléra herniaire*, à cause de la ressemblance que présente dans ce cas l'appareil symptomatique avec le choléra. Les sujets sont tourmentés par des vomissements continuels. Sous l'influence de ces vomissements incessants, bientôt les yeux s'enfoncent dans les orbites, la peau devient froide et gluante, les extrémités bleuissent, le pouls devient filiforme et finit par disparaître. On trouve dans ce cas à l'autopsie le sang à l'état de *gelée de groseilles*, comme dans le choléra. Mais là se borne, bien entendu, la ressemblance.

Quelques sujets succombent aux suites de l'*ulcération*. On a pris à tort ces accidents pour de la gangrène. Il arrive dans ce cas ce qui a lieu lorsqu'on lie fortement une artère; les tuniques internes seules sont coupées par le lien, la tunique externe restant intacte. La constriction de l'intestin produit le même effet, c'est-à-dire qu'au bout de quelque temps les tuniques internes s'ulcèrent et se rompent, tandis que la tunique externe ou péritonéale reste intacte. Il y a seulement cette différence que dans le premier cas la section est mécanique et a lieu instantanément, tandis que dans le second cas elle est le résultat de l'ulcération. C'est à tort que Scarpa a prétendu que l'ulcération commençait par la tunique externe et procédait de dehors en dedans. C'est le contraire qui a lieu. Ainsi, dans tous les cas que M. Malgaigne a eu l'occasion d'étudier de près, il a vu que l'ulcération était ordinairement limitée à la muqueuse, ou bien à la muqueuse et à la

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février; 7, 28 mars; 4, 11 avril; 2, 9, 30 mai; 25 juillet; 16 septembre; 5, 10 et 31 octobre.

musculeuse à la fois. Lorsque, par exception, la tunique péritonéale elle-même était ulcérée, l'étroitesse de sa fissure, comparée à l'étendue de l'ulcération des tuniques internes, témoignait assez que celle-ci n'avait cédé qu'en dernier lieu.

Il arrive quelquefois que, l'étranglement étant très considérable, l'ulcération occupe toute l'épaisseur du calibre de l'intestin. Dans d'autres circonstances, l'ulcération n'intéresse qu'une portion plus ou moins étendue de la circonférence de l'intestin. C'est ce qui se voit plus particulièrement pour le bout supérieur qui, étant distendu par les matières fécales et les gaz, réagit avec plus de force contre les orifices qui l'étranglent. Enfin il peut arriver aussi que l'ulcération devienne cause de gangrène. C'est ce qui a lieu lorsque cette ulcération laisse infiltrer les matières fécales dans le sac, où elles sont en contact avec l'intestin. La gangrène, dans ce cas, est consécutive à l'ulcération.

Mais peut-il arriver que l'étranglement donne lieu de prime abord à une véritable gangrène? C'est ce que nie M. Malgaigne, jusqu'à ce qu'on le lui ait démontré par un exemple authentique. Rien n'est plus variable d'ailleurs que les phénomènes qui précèdent la mort dans la hernie étranglée. Tantôt il y a des vomissements fréquents, quelquefois même incessants; tantôt au contraire les vomissements sont rares. Il est telles hernies étranglées où le hoquet se montre comme un des premiers symptômes, et persiste pendant toute la durée des accidents; d'autres où il manque complétement jusqu'à la fin. A quoi tiennent ces différences? M. Malgaigne pense que c'est le degré de la *striction* qui détermine ces différences dans l'intensité et dans la nature même des phénomènes.

Quel est le rapport qui existe entre l'ouverture qui opère la constriction et le diamètre de l'intestin étranglé? C'est ce qu'on n'a pas en général cherché à déterminer jusqu'ici. Or il résulte des faits attentivement observés que les intestins ne sauraient être étranglés de prime abord par l'ouverture qui leur a donné passage. Comment concevoir, en effet, qu'une ouverture aponévrotique qui a laissé passer l'intestin puisse ensuite se contracter sur lui au point de lui faire subir une striction assez forte pour produire tous les accidents de l'étranglement? L'étranglement n'est donc jamais direct et primitif; il ne peut avoir lieu que par suite d'un changement survenu dans l'état de l'intestin lui-même. C'est parce que l'intestin a acquis un accroissement de volume que l'ouverture qui lui a livré passage est devenue trop étroite. Il se fait alors un embarras dans la circulation; les deux surfaces interne et externe de l'intestin deviennent le siége d'une irritation, laquelle à son tour donne lieu à une exhalation de liquides et de gaz à l'intérieur; de là une distension de l'intestin, de là l'étranglement.

Maintenant quels sont les anneaux qui sont les agents de la constriction dans les hernies étranglées? C'est ce qui sera examiné dans un dernier article.

HOPITAL BEAUJON. — M. HUGUIER.

Nécrose centrale de l'extrémité inférieure du tibia invaginée par une nouvelle ossification ; nécrose partielle de cette dernière. — Amputation. (1)

Millet (Étienne), quarante-deux ans, courrier, entré le 19 juillet 1854, présentait alors à la partie antérieure et inférieure de la jambe gauche une tumeur petite, peu douloureuse, mal limitée, développée sans aucun antécédent traumatique ou autre. Peu après, incision d'un point fluctuant; l'induration s'étend au voisinage de la plaie, qui devient fistuleuse. On sonde, et on reconnaît une altération de l'os. — On prescrit alors 1 gramme d'iodure de potassium à l'intérieur et la pommade d'iodure de plomb.

Plus tard la tuméfaction, dure, profonde, s'est étendue à toute l'extrémité inférieure du tibia; les ganglions de l'aine se sont tuméfiés. On a fait des injections iodées dans la fistule.

En septembre, un abcès a été ouvert à la partie postérieure, et un autre à la partie externe de la jambe; le stylet, introduit dans la fistule primitive, traverse des portions ramollies de l'os et pénètre jusqu'à son centre.

La santé générale commençant à s'affecter, quoique le pied et l'articulation tibio-tarsienne parussent être sains et jouir de leurs mouvements, la proximité de l'article n'a pas permis de songer à d'autres ressources que l'amputation, qui a été pratiquée au lieu d'élection le 10 octobre.

La dissection a justifié cette opération; une coupe du tibia montre le centre de l'extrémité inférieure transformée en un grand séquestre qui est enveloppé par les couches superficielles de l'os, et des couches nouvelles déposées sous le périoste.

Celles-ci ont une épaisseur maximum de 6-7 millimètres, et limitent seules le séquestre à la partie antérieure de l'os, où la nécrose s'est étendue jusqu'à la surface de celui-ci. Dans les autres points, on distingue nettement les couches nouvelles du reste du tissu compacte superficiel qu'elles recouvrent. Des trajets fistuleux s'étendent à la surface, l'un en avant, l'autre en arrière, en traversant l'os nouveau. Le trajet antérieur est plus large et remarquable par un petit séquestre mobile, très spongieux, qui appartient évidemment à l'os nouveau.

La portion nécrosée du tibia présente la texture spongieuse normale; elle est grisâtre, à cellules remplies de pus (et de matière tuberculeuse?).

Une membrane granuleuse commençait à se former et séparait déjà le séquestre de la cavité médullaire.

La surface astragalienne du tibia est saine, ainsi que le tissu spongieux qui la supporte dans l'étendue de 1 centimètre. La surface extérieure de l'os, qui est beaucoup augmenté de volume, présente un périoste épaissi recouvrant la nouvelle ossification très rugueuse.

La surface de l'os présente de l'injection jusque vers sa partie moyenne.

L'articulation astragalo-calcanéenne antérieure présente des arborisations vasculaires dans la synoviale.

Le malade est aujourd'hui presque guéri.

M. Broca fait remarquer que ces deux nécroses des os nouveaux se voient assez souvent dans les nécroses produites par le phosphore.

(1) Cette observation a été lue par M. Huguier à la Société de chirurgie.

Deux cas exceptionnels

D'OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE.

Par M. le docteur BOUQUET, de Marseille.

L'arsenal de la chirurgie oculaire est peut-être de tous le plus chargé d'instruments.

Le grand nombre des maladies de l'œil qui réclament l'intervention de la médecine opératoire, la variété des cas qui nécessitent des modifications dans le mode d'opérer justifient jusqu'à un certain point cette grande quantité d'inventions ou de perfectionnements. Aussi pas un chirurgien parmi tous ceux qui se sont occupés d'une manière un peu spéciale des maladies des yeux qui n'ait inventé un ou plusieurs instruments. De ces inventions, quelques-unes sont restées dans la pratique, les autres sont mortes avec leurs auteurs, et ne comptent plus que pour mémoire, ou pour reparaître après un certain temps d'oubli sous un nom nouveau, mais pour mourir encore.

Cependant, malgré cette grande richesse, il arrive bien souvent que le chirurgien est obligé de suppléer par un peu d'adresse à l'insuffisance des instruments. Du reste, il lui est impossible de les posséder tous, et souvent, surtout en province, il ne peut pas se procurer celui dont il a besoin. C'est ce qui m'est arrivé deux fois dans ma pratique à propos d'opérations de pupille artificielle. Je pense que ces deux faits pourront être de quelque utilité, et qu'ils éviteront à d'autres l'embarras dans lequel je me suis trouvé en face du premier.

OBS. I. — La femme Morel, rue Terusse, 21, m'est adressée vers la fin d'août par mon confrère le docteur Baude

Cette femme, âgée de quarante ans, a perdu complétement la vue du côté gauche. De l'œil droit la vue est très mauvaise; à une certaine distance elle ne distingue pas les personnes.

Elle me raconte qu'en 1841 le sang se porta du côté gauche de la tête; elle y éprouva de grandes douleurs. L'œil gauche devint très rouge; il ne pouvait plus supporter la lumière. Il se rétablit un peu, mais demeura toujours souffrant jusqu'en 1847. A cette époque l'autre œil se prit aussi, et présenta les mêmes symptômes.

Elle entra à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter. On la saigna, on lui appliqua des sangsues. A la suite de la dernière application elle demeura complétement aveugle.

Depuis lors elle a reçu les soins d'un certain nombre de médecins; on lui a même coupé, dit-elle, un morceau de chair dans l'œil.

Tel est le récit que me fait la malade.

A l'examen, je trouve la cornée gauche tout à fait opaque dans les trois quarts inférieurs et internes; ils sont occupés par un leucome. Le quart supérieur et externe est seul resté transparent. On aperçoit cependant encore une très petite portion de la pupille.

L'iris paraît un peu altéré; il a perdu de son brillant, mais cependant cette altération n'est pas très marquée.

La cornée droite est parsemée de plusieurs taies; une d'elles est placée en face de la pupille, et gêne la vision.

A en juger d'après ces désordres, cette femme a eu dans le temps une kératite ulcéreuse excessivement intense.

L'œil droit pouvant encore servir, puisque avec son secours la malade peut aller par la ville et vaquer aux occupations les plus grossières de son ménage, sans pouvoir toutefois exécuter les travaux de couture les moins délicats, je n'y touche pas pour le moment; car en cas de malheur il sera toujours une précieuse ressource, soit qu'elle le conserve dans cet état ou que je fasse quelque chose pour l'améliorer. Je me réserve de m'en occuper en second lieu.

L'opération résolue, j'y procède le 5 septembre 1853, avec l'assistance de mon confrère le docteur Baude.

A la jonction de la cornée et de la sclérotique, en dehors et au-dessus du diamètre transverse de l'œil, j'enfonce parallèlement à l'iris un couteau à cataracte de Richter, jusqu'à ce que la pointe arrive à peu près à la limite de la partie de la cornée demeurée transparente et du leucome. En retirant le couteau j'agrandis l'incision en haut.

Ce premier temps exécuté, j'avais le projet d'aller avec une pince saisir l'iris à la marge pupillaire encore visible, de l'attirer au dehors et d'en exciser un lambeau. Mais c'est alors que les difficultés commencèrent à se montrer.

J'introduis donc par l'ouverture une pince à mors courbés sur le côté. Arrivé au bord pupillaire, je l'ouvre autant que l'incision le permet, et l'écartement était assez considérable; la concavité était du reste tournée en bas. L'iris ne proémine pas dans l'écartement, et en refermant la pince les mors glissent sur cette membrane et se rejoignent à vide. Je répète cette manœuvre, mais sans plus de succès.

Voici ce qui rendait ces tentatives vaines : l'iris adhérait à la cornée dans toute la partie qui était opaque, et l'autre portion était tellement tendue, que même après l'évacuation de l'humeur aqueuse et l'affaissement qui s'en était suivi on ne pouvait la pincer.

Je modifiai aussitôt mon procédé opératoire, et saisissant un crochet à décollement, j'allai accrocher la marge de la pupille. Mais nouvel obstacle : le tissu de l'iris était tellement ramolli qu'il se laissait labourer par le crochet sans que je pusse en ramener la moindre portion. J'étais sur le point d'abandonner l'opération, lorsque l'idée me vint de saisir de nouveau la marge de la pupille avec le crochet et de lui faire exécuter ensuite un mouvement de rotation pour tâcher d'enrouler l'iris. J'exécutai cette manœuvre. Une fois l'iris saisi, je fis décrire au manche de l'instrument une demi-circonférence, et je pus amener à l'extérieur un lambeau assez considérable que j'excisai. Il y eut immédiatement un épanchement de sang assez considérable qui masqua le résultat de l'opération.

Je fermai les yeux au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre; je mis un bandeau noir par-dessus. Ce fut là tout le pansement.

Je n'étais pas du tout rassuré sur les suites de cette opération. Les nombreuses manœuvres que j'avais été obligé de faire, et surtout la dernière, plus brutale que toutes les autres, me faisaient craindre une violente inflammation de l'œil. Cependant il n'en fut rien; tout se passa le mieux du monde, pas une seule douleur ne survint.

Le troisième jour je débandai l'œil, le sang avait été résorbé; la pupille ouverte de dedans en dehors était large, et cependant mon opérée n'y voyait pas: le cristallin était cataracté.

Je remis en place le même pansement; il n'y eut pour tout accident qu'un peu de rougeur qui se dissipa rapidement, et nous en restâmes là pendant quelque temps.

Dans les premiers jours d'avril la malade vint me revoir, décidée à subir la nouvelle opération que je lui avais proposée.

La pupille était toujours large. La cataracte avait une teinte uniforme d'un blanc sale. La chambre postérieure est fort grande, à cause du rapprochement de l'iris de la cornée par les adhérences. Je me propose de faire l'abaissement.

Je ne fais pas précéder l'opération de l'usage de la belladone, qui serait inutile dans ce cas.

Lorsque, après avoir enfoncé l'aiguille dans l'œil, je veux abaisser le cristallin, je le trouve excessivement mou. Il se résout en flocons après la déchirure de la cristalloïde antérieure. J'abaisse autant que je puis les plus volumineux, et je divise les autres en autant de fragments que cela m'est possible; j'ai soin aussi d'ouvrir largement la capsule.

Pendant l'opération l'humeur aqueuse s'était échappée, entraînant des parcelles de cristallin qui troublaient sa transparence. — Pansement par occlusion des yeux.

Le lendemain, douleur violente dans l'œil; le pouls est fort et fréquent; la peau est chaude et sèche. La malade n'a pas reposé de toute la nuit. — Vingt sangsues derrière l'oreille; calomel à la vapeur, 1 gramme en une fois.

Cette femme, ayant vu apparaître ses règles, n'a pas exécuté les prescriptions. Aussi, à ma visite du lendemain, je la trouve en proie à une fièvre plus intense, à des douleurs de tête très violentes; pas de sommeil. Je l'engage à ne pas tarder plus longtemps à suivre le traitement indiqué.

L'application de sangsues a été faite; elle a pris le calomel, qui a produit quelques vomissements et quelques selles. La fièvre est tombée; les douleurs sont beaucoup moindres. (Calomel, 1 gramme.) — Tous les accidents disparaissent sous l'influence de cette médication, et depuis lors l'absorption du cristallin marche rapidement.

Le 3 mai, la malade voit déjà de grands objets. Mais à la suite d'une dyssenterie très intense, elle a été prise de violentes douleurs dans les jambes, qui de là se sont portées à la partie postérieure du cou; cependant la vue a encore beaucoup gagné, quoique les yeux soient un peu fatigués par l'absence de sommeil occasionnée par ses souffrances.

Du reste, le 18 mai, la cataracte est presque complétement résorbée; on voit seulement quelques points dans la pupille, dont la transparence n'est pas encore parfaite.

OBS. II. — La nommée Nel (Marie), âgée de cinq ans, m'est adressée par la Société de bienfaisance. Cette enfant a tous les attributs du vice scrofuleux; elle est peu développée pour son âge; ses jambes sont courtes et arquées; son ventre est gros; ses membres sont grêles; sa tête est recouverte d'un véritable bonnet de croûtes d'impétigo, qui prend une grande épaisseur sur le derrière. L'on ne peut, du reste, me fournir aucun renseignement sur ses antécédents.

On vient me consulter sur sa vue, qu'elle a perdue complétement depuis fort longtemps, sans qu'on puisse préciser l'époque.

État actuel. — L'œil droit est staphylomateux; toute la cornée, rendue opaque par un leucôme, proémine fortement entre les paupières, qui cependant la recouvrent en se fermant. Le centre de ce staphylôme n'est pas acuminé, comme cela se voit souvent; toute la surface est arrondie et s'étrangle au point de jonction de la cornée et de la sclérotique, de sorte qu'il existe là une espèce de collet.

A l'œil gauche existe un leucôme central très étendu, occupant à peu près les quatre cinquièmes de la cornée; le pourtour seul offre un espace transparent, plus considérable du double en haut qu'en bas. L'iris adhère à toute la portion opaque.

Je me décide à opérer cet œil par décollement (iridodialyse).

Le lundi 27 mars 1854, après avoir fait coucher l'enfant sur une table, un oreiller sous la tête, je verse quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir, et je l'approche de la bouche; l'enfant se débat, retient la respiration; mais bientôt il fait quelques inspirations et la résolution arrive rapidement. Le docteur Robert, qui a bien voulu m'aider dans cette circonstance, sent le pouls faiblir sous son doigt, je retire aussitôt le mouchoir, et je me dispose à combattre l'état d'anesthésie; mais le pouls se relève, ce n'a été qu'une fausse alerte; la respiration du reste a toujours été régulière.

L'œil est porté en haut et se cache sous la paupière supérieure; ce strabisme existait avant l'anesthésie; il était probablement le résultat de la photophobie.

Je cherche à ramener l'œil en bas en saisissant la conjonctive avec une double érigne d'abord, puis avec une pince; ce n'est qu'avec assez de difficulté que j'y parviens; cette membrane est si ramollie qu'elle se déchire avec la plus grande facilité.

Cela fait, je ponctionne la cornée en haut sur la limite de la portion opaque et de la partie demeurée transparente. J'introduis alors le crochet, et je le porte à plat sur les attaches ciliaires de l'iris; je le retourne, et je cherche à opérer le décollement; mais l'iris, très ramolli, se laisse traverser par le crochet, et il se fait une légère hémorrhagie. Aussitôt je reporte le crochet avec rapidité vers les attaches ciliaires; je l'enfonce dans l'iris; je roule le manche dans mes doigts d'un demi-cercle environ; je le retire ensuite en continuant le mouvement de rotation et en pressant un peu contre la cornée. Je ramène

ainsi à l'extérieur un lambeau assez considérable de l'iris, que j'excise.

Je panse avec des bandelettes et un bandeau noir. J'attache les mains de l'enfant.

Presque immédiatement après l'opération l'enfant a vomi du chocolat; j'avais bien recommandé cependant qu'on ne la fît pas manger; au moment d'opérer, je m'étais même informé si l'on avait suivi mon ordonnance à cet égard; ce n'a été que sur l'assurance qu'il en avait été fait ainsi que je l'avais désiré que je m'étais décidé à faire usage du chloroforme. C'est probablement à cet état de plénitude de l'estomac que nous avons dû le petit accident qui est venu nous effrayer au début. Il est possible du reste que le vomissement ait été causé par la déchirure de l'iris.

Pendant les deux premiers jours, il ne survient rien de nouveau, pas la moindre douleur, très peu de rougeur; je ne puis pas examiner l'œil à mon aise, à cause de l'extrême indocilité de l'enfant, qui, dès qu'on la touche, crie et s'agite, mais qui est fort tranquille le reste du temps; elle demande à manger, je lui permets quelques potages.

Pendant longtemps l'œil est resté d'une grande sensibilité à la lumière; cependant il n'y avait pas la moindre trace d'inflammation : la pupille était noire et bien nette, les bords de l'incision de la cornée n'étaient pas enflammés; ce n'est qu'au bout d'un mois que l'enfant peut tenir les yeux ouverts à une très faible lumière, se diriger dans la maison, monter l'escalier, ce qu'elle ne pouvait faire avant l'opération.

Mais elle ne peut reconnaître les objets qu'on lui présente; cependant elle paraît par moments distinguer les couleurs. Du reste, elle a perdu la vue si jeune, à seize ou dix-huit mois environ, que, même la vision fût-elle assez bonne, elle aurait besoin encore de faire son éducation, car la somme des objets qu'elle devait avoir appris à connaître était probablement fort restreinte et depuis elle doit avoir oublié.

L'œil ne s'accoutumera à la lumière que peu à peu et à la longue; l'enfant aurait besoin de porter pendant longtemps des lunettes à verres excessivement foncés, dont on aurait soin de temps en temps de remplacer les verres par de plus clairs.

Mais c'est là une pauvre enfant abandonnée qui avait été confiée à une femme qui était elle-même dans la plus profonde indigence, et qui a été pour elle d'une incurie sans nom, à un tel point que le lendemain de l'opération je l'ai trouvée seule, jouant sur son lit, bien que j'eusse fortement recommandé qu'on veillât constamment sur elle et qu'elle eût les mains attachées, pour qu'elle ne pût entraver la guérison en se frottant l'œil opéré.

Cependant, abandonnée ainsi à la garde de Dieu, elle a guéri avec une rapidité merveilleuse et sans le moindre accident, sans que j'eusse employé aucun moyen prophylactique, tel qu'application du froid, purgatifs, etc.

Le 8 mai, le maire de sa commune la fait redemander; elle part pour les Basses-Alpes.

La vue deviendra-t-elle meilleure? La photophobie n'est-elle qu'un symptôme d'une congestion rétinienne qui finira par amener la paralysie de cette membrane? Ce sont là deux questions que le départ de l'enfant rendent insolubles. Cependant, à en juger d'après l'amélioration survenue depuis l'opération, je serais assez porté à émettre un pronostic favorable.

Ces deux faits sont intéressants :

1° Par les grandes difficultés qui ont fait obstacle à l'opération, et qu'il était impossible de prévoir;

2° Par le mode opératoire employé pour les vaincre;

3° Par la simplicité des suites de l'opération et par la beauté du résultat matériel.

En effet, la cornée n'était plus transparente que dans une très petite portion, dans le second fait surtout; l'on ne pouvait donc pas choisir la place où devait être faite l'incision.

Chez la femme, la tension et le ramollissement de l'iris, qui sont venus m'arrêter au milieu de l'opération, ne pouvaient être prévus, car rien ne peut faire reconnaître d'une manière certaine la tension de cette membrane, et les symptômes qui indiquent son ramollissement n'existaient qu'à un bien faible degré.

Chez l'enfant, il était impossible de le constater. L'on voyait trop peu de l'iris pour savoir s'il avait perdu de son brillant, ce dont on ne peut guère juger que par comparaison avec l'iris de l'autre œil, à moins que cela ne soit très marqué. Ici le terme de comparaison manquait complétement.

Rien ne pouvait donc me faire prévoir l'insuffisance des procédés que je comptais employer. Pris à l'improviste, la manière dont il m'a fallu surmonter les difficultés qui se présentaient me paraît digne de remarque. N'ayant pas à ma disposition la pince à double crochet de M. Desmarres, qui m'aurait permis de saisir l'iris dans deux points différents et d'enlever un lambeau à l'iris, dont j'aurais pu tout d'abord apprécier rigoureusement l'étendue, si toutefois les mors de la pince n'avaient pas déchiré les fibres rayonnées.

Mais, privé du secours de cet instrument, il m'a fallu y suppléer en enroulant l'iris autour du crochet. Pour exécuter cette manœuvre, quelques précautions sont nécessaires. Ainsi, il faut soulever l'iris et l'éloigner le plus possible du cristallin, de peur de blesser la capsule.

Il ne faut pas enrouler une trop grande quantité de l'iris, afin de ne pas avoir une ouverture trop grande. Pour cela, l'on ne doit faire d'abord décrire au manche du crochet qu'une demi-circonférence; mais l'on a soin, à mesure que l'on retire l'instrument, de compléter la révolution.

On a ainsi l'avantage de ne pas laisser échapper l'iris.

Il faut aussi ne ramener l'instrument à l'intérieur qu'avec la plus grande lenteur possible, sans cela il pourrait arriver que la membrane se déchirât, et il serait fort difficile d'aller la chercher au milieu du sang épanché, qu'il est souvent impossible d'évacuer.

Toutes ces manœuvres, si fatigantes pour l'œil, étaient bien de nature à m'inspirer la crainte d'accidents fort graves, car il venait s'y joindre, pour les aggraver, des conditions on ne peut plus défavorables. J'opérais sur des yeux qui avaient été longtemps malades et dont l'iris était fortement altéré. Cependant rien n'est venu justifier mes funestes pressentiments, malgré le peu de soin que l'on a pris de mes opérés, de l'enfant surtout, qui, on peut le dire, a été complétement abandonnée à elle-même, et, bien que je n'aie rien prescrit, je me suis surtout abstenu d'applications froides, car je les regarde comme funestes lorsqu'elles ne sont pas faites avec le plus grand soin et la plus scrupuleuse exactitude.

Je ne considère pas comme accident survenu par le fait de l'opération l'opacité du cristallin de la femme, car je suis convaicu qu'elle existait avant l'opération.

Ce qui me confirme dans cette manière de voir, c'est que dès que le sang a été résorbé j'ai pu voir le cristallin complétement cataracté, ce qui ne saurait avoir lieu au bout de trois jours. D'ailleurs, la plaie faite avec un crochet eût été fort large; elle n'aurait pas pu se cicatriser, et le cristallin, en contact avec l'humeur aqueuse, se serait résorbé, ce qui n'a pas eu lieu, puisque, ainsi que je l'ai rapporté, il a fallu plus tard en faire le broiement.

Mais, en admettant que la cataracte ait été le résultat de la blessure de la capsule, ce serait ici la faute des circonstances imprévues dans lesquelles je me suis trouvé, qui m'ont fait faire quelques fausses manœuvres, bien plus que celle du procédé; car si j'avais été averti, rien ne m'eût été plus facile que d'éviter la capsule, en ayant soin, comme je l'ai dit, de soulever un peu l'iris avant de l'enrouler, et en le faisant ensuite glisser le long de la face interne de la cornée pendant le reste de l'opération.

Je n'ai, du reste, jamais vu aucun mode opératoire donner des résultats plus beaux, et je ne pense pas qu'une autre méthode m'eût donné plus de facilité pour surmonter les difficultés qui m'ont mis dans un si grand embarras.

OBSERVATIONS DE TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS compliquant la grossesse et l'accouchement.

Par M. le docteur Pillore.

Chacun sait quelles difficultés peuvent résulter pendant le travail de l'accouchement de la présence dans le bassin de tumeurs fibreuses volumineuses; chacun sait également que ces difficultés sont cependant très différentes, toutes choses égales d'ailleurs, suivant que ces tumeurs sont réductibles ou irréductibles. Dans le premier cas, en effet, le chirurgien peut le plus souvent, en dirigeant convenablement les efforts de la nature ou en intervenant avec adresse au moment opportun, rendre la parturition possible; dans le second au contraire, si la tumeur est tant soit peu volumineuse, son irréductibilité constitue ordinairement une impossibilité absolue à l'extraction du fœtus par les voies naturelles de la génération. L'importance de cette distinction, au point de vue du pronostic, sera nettement mise en lumière par le rapprochement des deux observations suivantes rapportées par M. le docteur Pillore dans le troisième *Bulletin des travaux de la Société de médecine de Rouen* (1853); nous en donnons seulement le résumé :

Obs. I. — Aubert, trente-neuf ans, huitième grossesse à terme. Abdomen extrêmement volumineux, bilobé. La tumeur droite est formée par l'utérus développé par un produit de conception; elle remonte jusque dans l'hypocondre. La tumeur gauche, moins volumineuse, s'élève jusqu'à l'ombilic; elle présente dans toute son étendue une dureté uniforme. Derrière la vulve existe aussi une tumeur dure et lisse qui occupe presque toute l'excavation du bassin; elle est *mobile*, et les mouvements qu'on lui imprime sont nettement transmis à la tumeur abdominale gauche; l'orifice utérin, d'abord difficile à trouver, est enfin découvert à droite et en arrière vers la symphyse sacro-iliaque. Cette femme est d'ailleurs depuis plusieurs jours prise d'une diarrhée abondante qui l'a profondément affaiblie; elle est au moment du travail dans un état des plus graves; les lèvres sont cyanosées; le pouls, petit et misérable, bat 136. M. Pillore, après avoir pris l'avis de ses confrères MM. Ballay, Potier, Flaubert, Godefroy et Hélot, pratique la version. Grâce à la mobilité de la tumeur, il peut sans difficulté la refouler au-dessus du détroit supérieur et introduire la main dans l'utérus. La rétraction de ce dernier met seule quelque obstacle à la recherche des pieds, qui finissent cependant par être saisis tous les deux et amenés à la vulve. Dès lors toute difficulté disparaît, et l'extraction du fœtus se fait promptement. Immédiatement après la délivrance, qui n'offre rien de particulier, la tumeur reprend sa place primitive.

L'état général continue de s'aggraver, et la malade succombe le même jour, à minuit. Le fœtus, venu mort, présente des traces de putréfaction; l'épiderme s'enlève facilement.

Voici ce que fit constater l'autopsie : tumeur fibreuse de 30 centimètres de longueur sur 24 de largeur et 16 d'épaisseur, accolée à la paroi antérieure de l'utérus et du vagin, qui a acquis une longueur et une largeur considérables; cette tumeur est située plus à gauche qu'à droite, une mince couche de tissu utérin l'enveloppe de toutes parts; fendue par le milieu, elle se montre constituée par du tissu fibreux contenant du tissu graisseux en grande quantité.

Obs. II. — Rousselle, âgée de quarante-cinq ans. Deux fausses couches antérieures, et un accouchement à terme, il y a six ans, d'un enfant qui présentait probablement l'épaule, et qu'on dut extraire par la version. Aujourd'hui, 6 août 1851, elle est à terme d'une deuxième grossesse. Le 7, début du travail; rupture des membranes le 8, et constatation d'une tumeur remplissant presque entièrement le bassin. Cette tumeur est dure et *irréductible;* il ne reste *en avant*, entre elle et le pubis, qu'un espace de 2 centimètres; le doigt ne peut passer entre la tumeur et le côté *droit* du bassin; à *gauche*, il trouve un intervalle de 2 centimètres environ; en *bas*, elle descend jusqu'au niveau du coccyx. Par le palper abdominal, on la sent à 8 ou 10 centimètres au-dessus du pubis; elle adhère au bord droit de l'utérus. Le col utérin, refoulé en avant, est placé derrière le pubis; on peut y introduire le doigt et sentir la tête au-dessus de la symphyse. Les douleurs, qui avaient été très fortes, sont devenues faibles et rares. L'accouchement est reconnu impossible, et, d'un commun accord, MM. Delabrosse, Hélot, Mélays et Pillore décident que l'opération césarienne doit être pratiquée; elle est confiée à M. Pillore, qui, aidé par ses confrères, l'exécute suivant les règles ordinaires et avec toutes les précautions possibles. L'enfant est extrait vivant. La femme, pansée comme à l'ordinaire, semble d'abord bien aller; puis des accidents de péritonite surviennent, et elle succombe le 13, dans la soirée.

A l'autopsie, après avoir incisé la symphyse pubienne et écarté les os iliaques, on peut apercevoir très bien toute la tumeur, qui adhère à la paroi postérieure du vagin, un peu au bord droit de l'utérus et à la face antérieure du rectum; elle a la forme d'une poire à grosse extrémité tournée en bas. Voici ses dimensions :

Diamètre vertical.	16	centimètres
— transversal.	10	—
— antéro-postérieur. . .	9	—

Elle est entièrement constituée par du tissu fibreux; ses adhérences au vagin et au rectum sont très solides.

M. Pillore termine cette observation en proposant un nouveau mode de pansement après l'hystérotomie abdominale. Dans le but d'éviter l'épanchement des liquides dans la cavité péritonéale, il se demande si l'on ne devrait pas pratiquer ce qu'il appelle la *suture utéro-abdominale*, c'est-à-dire la réunion des lèvres de la plaie utérine avec les lèvres correspondantes de la plaie abdominale. La réunion des parois abdominales dans les sept huitièmes supérieurs de l'incision ne serait faite qu'après cette première suture. La première suture serait pratiquée au moyen de fils séparés, la seconde au moyen de la suture entortillée et enchevillée. Il se propose de faire des expériences à cet égard sur des animaux. Sans vouloir entrer dans la discussion de ce nouveau procédé de pansement encore à l'état de projet, qu'il nous suffise de dire que les expériences de cette nature ne pourront malheureusement pas nous faire prévoir ce qui se passera chez la femme. Tout le monde connaît, en effet, la susceptibilité si différente du péritoine dans les différentes espèces animales et dans l'espèce humaine. (*Arch. de méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 novembre 1854. — Présidence de M. Combes.

Eaux minérales de Vichy, Cusset, etc. — M. de Sénarmont lit au nom d'une commission un rapport sur un mémoire de M. Bouquet, intitulé *Etude chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Vaisse, Hauterive et Saint-Yorre; analyses des eaux minérales de Brugheas, Médague, Châteldon et Seuillet.* (Voir plus haut.)

M. le rapporteur propose l'impression du mémoire de M. Bouquet dans le recueil des savants étrangers, et le renvoi à la commission de médecine et de chirurgie pour le prix Montyon.

Acide cyanhydrique retrouvé dans un cadavre humain trois semaines après la mort. — M. Brame communique sur ce sujet la note suivante :

« Un jeune homme de Tours s'étant empoisonné volontairement avec de l'acide cyanhydrique médicinal au douzième, dont il paraît avoir avalé environ 25 grammes, je fus appelé comme expert trois semaines après l'inhumation, afin de rechercher s'il était possible de déceler l'acide cyanhydrique dans le cadavre. Je suis parvenu à reconnaître et à doser une quantité notable de ce poison, qui s'était maintenu dans l'estomac. Additionné d'azotate d'argent neutre et pur, il s'y est formé en abondance un précipité floconneux et jaunâtre, qui, bien lavé et séché dans le vide pneumatique, et chauffé ensuite quelques instants au bain-marie, a pris une couleur grisâtre. Ce précipité était soluble dans l'ammoniaque et le cyanure de potassium. Décomposé à chaud par le potassium, il a formé du cyanure de potassium, avec lequel il a été facile d'obtenir de l'acide cyanhydrique et du bleu de Prusse. Délayé dans l'eau et soumis à l'action d'un courant d'acide sulfhydrique, il a donné lieu à une solution claire et limpide d'acide sulfhydrique, lorsqu'on eut séparé par le filtre le sulfure d'argent formé. Au moyen de l'acide chlorhydrique on a pu en obtenir de l'acide cyanhydrique d'une odeur très forte, et dont la vapeur, reçue dans une solution de nitrate d'argent, l'a précipité en blanc; le précipité était soluble dans l'ammoniaque. Le précipité primitif, chauffé à la lampe, dans un tube étroit fermé à un bout, a donné de l'acide cyanhydrique et quelques gouttelettes d'eau, etc. Ce même précipité, chauffé doucement avec de la potasse caustique, n'a donné lieu à aucun dégagement d'ammoniaque.

» L'acide cyanhydrique avait donc persisté dans l'estomac trois semaines après l'inhumation. Il ne paraît pas y avoir contracté de combinaison chimique; il y était en quantité assez considérable, car j'ai pu recueillir environ 0gr.,60 de cyanure d'argent, soit à peu près 0gr.,120 d'acide cyanhydrique. »

De l'intoxication arsenicale des marais proposée comme devant anéantir le miasme paludéen. — M. H. Martinet adresse une note sur ce sujet.

L'auteur présente les motifs qui le portent à supposer que les exhalaisons des marais produisent leurs terribles effets, non point en raison de leur composition chimique, mais comme étant les véhicules d'êtres organisés microscopiques qui conservent la vie même après avoir pénétré dans les organes respiratoires. Pour détruire ces êtres, il propose d'empoisonner les marais avec des tonnes d'arsenic (*sic*).

— M. Cadet envoie de Rome une addition à ses précédentes communications sur les fausses membranes contenues dans les déjections cholériques et sur les entozoaires qu'il y a observés.

Son troisième envoi comprend de nouveaux dessins et des pièces pathologiques.

— M. Heurteloup adresse une note destinée à compléter une précédente communication concernant son *procédé d'extraction immédiate des fragments des calculs vésicaux*. (Renvoi à la commission nommée, qui se compose de MM. Serres, Rayer et Velpeau.)

— M. Malgaigne prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Lallemand. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 novembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Adolphe Richard montre une malade opérée d'une grenouillette il y a deux ans et demi par le procédé de M. Jobert. La tumeur était du volume d'un assez gros œuf, et les suites de l'opération ne furent marquées par aucun incident fâcheux. La guérison obtenue, on vit persister sur la ligne médiane un trou assez considérable dans lequel aujourd'hui on peut presque introduire le bout du petit doigt. Une sonde de femme est facilement promenée dans l'intérieur de cette cavité, qui est assez vaste, et que longent de chaque côté les conduits de Warthon.

— M. Huguier présente un jeune enfant de huit ans qui est atteint d'une tumeur du sinus maxillaire. Cette tumeur déprime la voûte palatine, bouche les fosses nasales, repousse la cloison du côté opposé et projette un peu l'œil en dehors.

Dans une discussion récente au sein de la Société, M. Huguier a cherché à établir qu'on pouvait, dans des cas analogues à celui-ci, enlever partiellement l'os maxillaire tout en conservant intact le plancher de l'orbite. Chez ce jeune enfant, l'on pourrait pratiquer seulement une espèce de porte au sinus en coupant le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, détachant la voûte palatine et la repliant en arrière de façon à mettre le produit morbide à nu. La tumeur enlevée, il serait très facile de remettre les os en place et d'oblitérer ainsi la communication que l'ablation complète de l'os maxillaire laisse entre la bouche et la fosse nasale; de cette manière, une obturation devient inutile.

Cet enfant, que des exigences administratives ne permettent point d'admettre à l'hôpital Beaujon, est renvoyé à l'hôpital des Enfants, et son histoire sera ultérieurement communiquée à la Société.

— M. Desormeaux rend compte de l'opération qu'il a pratiquée sur le malade présenté par lui dans la dernière séance de la Société. La continuité du maxillaire inférieur était complétement détruite et remplacée par le tissu morbide. La portion d'os enlevée, il n'a point été possible de boucher complétement l'ouverture produite par l'opération. Cet homme a été pris d'érysipèle.

L'examen anatomique de la pièce n'a fait voir que des cellules épithéliales.

M. Verneuil, qui a examiné cette pièce, n'y a trouvé que les éléments de l'épiderme, des cellules et des globes épidermiques. Les glandes sous-maxillaires et sub-linguales étaient saines; à la partie antérieure de la région sous-maxillaire, on a trouvé des ganglions engorgés.

M. Gerdy rappelle à propos de ce fait son opinion sur la curabilité du cancer et la valeur des observations microscopiques, car il croit que cette opinion a été mal interprétée par quelques personnes. Quant à la curabilité du cancer, il est dans le doute et ne saurait rien affirmer pour ou contre la guérison de cette maladie. Il n'est point ennemi des recherches microscopiques; mais il ne pense pas qu'il soit possible encore de rien affirmer à cet égard. Ces études doivent être poursuivies, mais elles n'ont point jusqu'alors éclairé le diagnostic des tumeurs.

CORRESPONDANCE.

MM. Monod, Giraldès, Demarquay, Broca, Richard, membres du jury des hôpitaux, écrivent pour obtenir un congé pendant la durée du concours.

— M. le docteur Anselmier présente un nouveau bandage compressif pour le traitement des bubons. Ce bandage a été construit par M. Pouillien. (Commissaires : MM. Guersant, Boinet, Michon.)

— M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Oré, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, une observation de fracture complète des deux os de la jambe, accompagnée plus tard de bruit de souffle. (Commissaires : MM. Denonvilliers, Richet, Verneuil.)

— M. le docteur Depaul adresse à l'appui de sa candidature les divers mémoires qu'il a publiés sur divers points de chirurgie et d'obstétrique.

— M. le docteur Loir, membre correspondant, fait hommage à la Société de l'ouvrage ayant pour titre : *De l'état civil des nouveau-nés au point de vue de l'histoire, de l'hygiène et de la loi.*

— M. le docteur Borelli (de Turin) adresse plusieurs observations nouvelles sur l'emploi des injections iodées. (Renvoi à la commission chargée de ces travaux.)

LECTURE.

M. le docteur Prestat, membre correspondant de la Société, donne lecture de l'observation suivante :

Messieurs, si les fractures de la mâchoire inférieure se présentent fréquemment à notre observation, il n'en est pas de même de celles de la mâchoire supérieure. La conformation de la face rend compte de cette différence. Dans les chutes ou dans les violences portées sur la figure, la saillie du nez, des pommettes, celle de la mâchoire inférieure s'offrent pour ainsi dire les premières, et protégent l'os maxillaire supérieur. Si on rencontre cette lésion, c'est le plus souvent par suite de plaies d'armes à feu, comme dans le cas de suicide. Le fait que je viens vous communiquer présente le rare exemple de la séparation complète de la voûte palatine du reste du squelette de la face. L'heureuse terminaison sans difformité de cette grave lésion m'engage à vous en entretenir, en sollicitant quelques instants de votre bienveillante attention.

Le 27 février 1848, dans une rencontre entre deux trains lancés à toute vapeur, le nommé Ch. Delacour, âgé de vingt-cinq ans, monté sur une plate-forme, fut précipité sur le coffre à charbon du tender. La face porta rudement sur le bord de ce coffre, et il en résulta une plaie avec fracture de la mâchoire supérieure.

La lèvre supérieure est séparée du nez par une fente transversale d'une longueur de 8 centimètres. Le doigt introduit dans la plaie permet de constater que la voûte palatine est séparée par une fracture horizontale du reste du squelette de la face, et représente à peu près ces palais que placent les dentistes à leur porte.

Il était facile de constater que les dents étaient intactes, que la coaptation des fragments était facile, mais qu'il était difficile d'empêcher le déplacement de se reproduire; car son propre poids entraînait la voûte palatine, qui suivait la mâchoire inférieure dans ses mouvements.

Mon collègue à l'Hôtel-Dieu, le docteur David, appelé auprès du malade, réunit par une suture entortillée la plaie de la face, soutint la mâchoire inférieure par une fronde qui soutenait médiatement le palais, et dirigea ce malade sur l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Le malade n'avait pas perdu connaissance, et ne présentait aucun symptôme qui pût faire croire à un retentissement du côté du cerveau. Bien qu'il eût assez abondamment perdu de sang, je lui fis pratiquer deux saignées, ensemble 750 grammes. Les mouvements de la déglutition étaient fort difficiles, et ne permirent pendant plusieurs jours au malade que d'avaler à grand'peine quelques cuillerées d'eau sucrée ou d'une potion calmante.

Un gonflement énorme de la face me fit prévoir que les épingles couperaient les chairs, ce qui arriva en effet; et lorsque j'enlevai les fils, je vis qu'aucun travail de réunion n'avait eu lieu.

Une nouvelle saignée, de grands lavements émollients, pour suppléer à l'impossibilité d'étancher la soif par la bouche, des compresses froides sur la face et des sinapismes aux jambes constituèrent le traitement des premiers jours.

Vers le septième jour (6 mars), la déglutition devenait plus facile, et Delacour pouvait commencer à boire en quantité suffisante des tisanes, du bouillon, du lait coupé.

Le 10 mars, le gonflement de la face est dissipé; une suppuration de bonne nature a dégorgé les bords de la plaie. Je pratiquai la suture enchevillée au moyen de quatre rubans de fil ciré noués sur deux morceaux de sonde en gomme élastique. L'attention que j'avais eue de comprendre la presque totalité de l'épaisseur de la lèvre et du bord supérieur de la plaie était un sûr garant de l'exact rapprochement des lèvres de cette plaie.

Quatre jours après (le 14 mars), j'enlevai les points de suture; la plaie était réunie dans toute son épaisseur, et il ne restait plus qu'une plaie plate au-dessus du nez. Au bout de quelques jours elle était complétement cicatrisée.

Restait la fracture. La fronde ne maintenait les fragments en rapport que médiatement. Le moindre mouvement de la mâchoire inférieure retentissait douloureusement sur la face, et permettait l'abaissement de la voûte palatine, et pouvait ainsi s'opposer à la consolidation de la fracture.

Pour obvier à ces inconvénients, j'eus recours au moyen suivant :

Je donnai à l'extrémité inférieure de deux bandes d'argent de 2 centimètres de large sur 15 de long la forme d'un S fortement recourbé. Il en résulta deux gouttières, dont l'une était destinée à embrasser les dents, et la seconde à loger la lèvre supérieure et à permettre ainsi l'occlusion de la bouche. Je plaçai chacune de ces bandes près de la commissure labiale sur la première molaire et la canine. Avec des pinces, je comprimai la courbure qui embrassait les dents au point qu'il fallut un léger effort pour déplacer la bande d'argent. Une fois en place, je donnai à la partie montante de cette bande une inclinaison analogue à celle de la face, et je fixai ce petit appareil au bonnet au moyen d'un ruban passé dans un chas pratiqué d'avance à cette plaque. Après quelques tâtonnements, je parvins à maintenir les fragments en rapport, et il en résulta pour le malade le grand avantage de pouvoir ouvrir la bouche pour se nourrir sans s'exposer à l'abaissement de la mâchoire.

J'en profitai pour donner au malade une nourriture plus substantielle, et notamment du hachis ou des purées de légumes.

Le 1er avril il y avait un commencement de consolidation, et le 15 je pus enlever au malade l'appareil qu'il avait porté pendant un mois sans qu'il en fût résulté rien de fâcheux pour les dents sur lesquelles l prenait un point d'appui.

Une seule chose laissait à désirer. Il s'était produit une sorte de glissement d'avant en arrière du palais, en sorte que les dents incisives supérieures, au lieu de passer devant les inférieures, étaient en arrière. Cette légère difformité, qu'on rencontre dans certaines familles, gêna notablement Delacour dans les premiers temps, puis il finit par mastiquer aussi facilement qu'avant sa blessure.

Je conservai cet homme à l'Hôtel-Dieu jusqu'au mois de mai; il en sortit ne conservant de cette blessure si grave qu'une cicatrice linéaire sous le nez, cicatrice qui se perdait à droite et à gauche dans le sillon de l'aile du nez, et un aplatissement peu marqué de la bouche.

A la suite de cette lecture, M. Michon fait remarquer que le jeune homme présenté aujourd'hui à la Société par M. Huguier sera mis par la chirurgie dans un état à peu près semblable à celui où s'est trouvé le malade de M. Prestat. L'heureuse guérison de celui-ci doit engager à faire quelque chose pour le malade de M. Huguier.

M. Morel-Lavallée rapporte trois observations de fracture de la mâchoire supérieure : deux fois par coup de poing, une fois par un coup de pierre. Dans un cas, il y eut production d'un épanchement d'air dont la nature ne pouvait pas être facilement appréciée.

M. Marjolin cite le fait d'un homme qui, pris sous une pile de bois, eut tout le maxillaire supérieur d'un côté emporté. Il resta une portion de la voûte palatine, et ce malade ne fut ni trop défiguré, ni trop gêné par cet accident.

— M. Gerdy fait part à la Société des résultats obtenus par lui dans dans la cure radicale des hernies.

C'est vers 1830 qu'il commença à s'occuper de ce sujet : il y fut presque conduit par des malades qui voulaient être débarrassés de cette pénible infirmité. Quelques chirurgiens pensent à tort que les hernies ne sont point une maladie assez grave pour nécessiter une opération; c'est là en particulier l'opinion de M. Valette, qui croit dès lors ne devoir opérer que les hernies volumineuses. Mais il existe un certain nombre de malades pour lesquels ces hernies sont un véritable supplice. D'autre part, la hernie expose toujours à un accident grave, à l'étranglement.

M. Gerdy appelle tout d'abord l'attention sur la disposition des anneaux que traverse la hernie. Lorsqu'on examine un certain nombre de hernieux, on trouve assez souvent des anneaux très rétrécis. Chez quelques-uns même on ne peut introduire le bout du petit doigt. Cette disposition a nécessité pour le refoulement de la peau la construction d'une sonde cannelée sur laquelle on glisse une aiguille.

D'autre part, les anneaux ne sont pas toujours à une égale hauteur. Chez certains individus l'anneau descend sur le pubis; on ne trouve alors qu'une ouverture très étroite. D'autres ont un canal large : de même, lorsque vous aurez opéré un hernieux, le canal peut rester étroit ou large.

M. Gerdy, appréciant ensuite la façon d'agir des opérations proposées pour guérir radicalement les hernies, les divise :

1° En opérations pour oblitérer le sac;

2° Et opérations pour oblitérer l'anneau.

L'oblitération du sac ne peut avoir aucune influence sur la guérison de la hernie, et, quoique les tentatives dans ce sens aient été nombreuses, M. Gerdy ne leur accorde point d'importance. Ceux qui voulaient oblitérer l'anneau formaient un obstacle plus marqué, quoique insuffisant, à la sortie des viscères. Il fallait aller plus loin : c'est ce qu'a fait M. Gerdy en proposant d'oblitérer le canal. Les guérisons qu'il a obtenues par son procédé ont aujourd'hui la garantie d'un assez grand nombre d'années.

M. Gerdy passe alors en revue cinq faits détaillés de guérison. Il rappelle d'abord l'observation du malade qu'il a présenté dans la dernière séance, puis celle d'un jeune pharmacien opéré par lui en 1841, et qui après quelques accidents, entre autres un abcès, parvint à une parfaite guérison. En 1835, il opéra et guérit une hernie très ancienne et incoercible. Il cite aussi le fait d'une femme qui, opérée une première fois sans succès par invagination, guérit très bien par le séton. La malade a été revue douze ans après sa guérison.

Après avoir rappelé ces faits, M. Gerdy reconnaît que chez un certain nombre d'opérés la hernie revient plusieurs mois après une guérison apparente. L'on n'obtient ici qu'une amélioration de la maladie.

Quel est maintenant le danger d'une semblable opération? La réponse de M. Gerdy est dans les chiffres suivants : il a perdu 5 malades sur 100, et à Munich M. Rothmund n'a point eu de mort à déplorer sur 140 opérations. On cite toutefois un cas de mort par le séton.

M. Gerdy, en terminant la première partie de sa communication, montre et décrit les instruments dont il se sert pour refouler les téguments et passer les fils.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Morel-Lavallée montre une pièce d'altération tuberculeuse du fémur. Une cavité, contenant des produits d'apparence tuberculeuse, existait dans l'intérieur de l'os et communiquait à l'extérieur par une fistule. Des sécrétions périostales existaient au pourtour du point malade.

M. Huguier montre :

1° Une phalangette de l'annulaire arrachée avec le tendon de l'annulaire profond;

2° Une main arrachée complétement au niveau de la première rangée du carpe.

Il communique ensuite les détails de ces deux observations. (Nous les publierons avec la discussion qui les a suivies dans un prochain numéro.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La rentrée solennelle de la Faculté de Montpellier a eu lieu le 14. La séance a été remplie, outre les comptes rendus d'usage, par une allocution bien sentie de M. le recteur Donné, et par un discours de M. le professeur Mondot sur Bacon et la manière dont ce philosophe a jugé les travaux des anciens.

— L'organisation du nouveau Conservatoire de la Faculté de Montpellier est terminée. L'Ecole de médecine possède enfin un local convenable où sont étalées ses riches collections, qui sont une preuve que l'on sait s'y occuper d'anatomie aussi bien que des autres parties de la science. (*Revue thérap. du Midi.*)

— Une affiche placardée à l'Ecole de médecine porte que le travail de cabinet ayant été momentanément interdit à M. Bérard à cause de la fatigue de sa vue, le cours de physiologie est reporté au semestre d'été, auquel il a longtemps appartenu.

— La dernière session du jury médical pour la réception des officiers de santé est fixée au 22 novembre et non au 20 mars, comme on l'avait annoncé par erreur.

— Nous apprenons avec regret la mort du doyen des médecins des Pyrénées-Orientales, M. le docteur Emile Bonafos, médecin en chef de l'hôpital civil de Perpignan, membre du jury médical, etc., décédé le 8 de ce mois dans sa quatre-vingtième année.

— M. Rostan commencera ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le mardi 21 novembre.

— M. Bouillaud commencera ses leçons cliniques à la Charité le mardi 21 novembre.

— M. le docteur Clerc, ancien interne de l'hôpital du Midi, commencera son cours de syphiliographie le mardi 21 novembre, à 1 heure, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 138. — JEUDI 23 NOVEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 138. — JEUDI 23 NOVEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue nn fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiqnes insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. ponr parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 NOVEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine:

La discussion sur le cancer, que la lecture des rapports sur les prix avait interrompue, a été reprise dans la séance d'hier. Nous avons entendu deux orateurs nouveaux, M. Amussat et M. Delafond. La tribune a été occupée encore par M. le professeur J. Cloquet, qui, comme on le sait, avait déjà pris part à la discussion.

M. Amussat ne s'est pas borné, comme les orateurs qui l'ont précédé à la tribune, à discuter le diagnostic et la curabilité du cancer; il s'est occupé de l'étiologie et du traitement; il a dit aussi quelques mots du siége de cette affection, et il a émis des opinions qui nous paraissent appeler les plus sérieuses objections. Il est probable qu'il lui sera répondu dans une des séances prochaines. Cependant, tout en ne voulant pas devancer la discussion, nous croyons devoir rappeler quelques points qui se trouvent en opposition avec les idées qui ont été développées dans le cours de la discussion et avec celles qui sont généralement admises.

Ainsi, M. Amussat dit que le cancer siége dans le système nerveux. Nous lui demanderons sur quel fait il s'appuie pour avancer cette proposition? Nous ne pouvons penser que ce soit sérieusement qu'il ait cru pouvoir déterminer le siége du cancer par la constatation d'une des causes les plus hypothétiques de cette dégénérescence, les émotions vives. Nous savons que l'on répète dans les traités de pathologie que les émotions morales vives sont cause de cancer, mais nous étions loin de nous douter que l'on attachait de l'importance à une semblable banalité, qui, de génération en génération, se perpétue dans les traités de chirurgie, et qu'il est temps d'en faire disparaître.

Le diagnostic du cancer est extrêmement difficile, dit M. Amussat. Nous ne pouvons nier qu'il est des cas dans lesquels il est très difficile d'établir au lit des malades le diagnostic d'une tumeur; mais dans le plus grand nombre des cas l'observation clinique conduit à un degré de certitude que l'on pourrait dire absolu. Il n'est pas besoin dans ces cas du microscope, qui d'ailleurs vient confirmer le diagnostic. Nous savons aussi qu'il est des cas difficiles dans lesquels le clinicien hésite, et où le microscope peut hésiter aussi. Tel est le cas de la tumeur du testicule présentée par M. Barth dans une des dernières séances, et sur laquelle M. Amussat est revenu plusieurs fois dans son discours. Mais entre la non-infaillibilité du microscope et l'inutilité presque absolue de cet instrument pour le diagnostic des tumeurs cancéreuses, il y a un abîme; et considérer comme nuls tous les services que le microscope a rendus à la science par ce seul fait que les micrographes ne sont pas toujours d'accord, et que la cellule dite caractéristique n'est pas considérée par quelques praticiens comme aussi constante qu'on l'a admis, nous semble être un véritable déni de justice.

La pierre de touche des affections cancéreuses et des cancers de l'utérus en particulier, est pour M. Amussat l'hérédité. Mais croit-il que les renseignements vagues qui sont donnés par des malades souvent fort peu intelligents aient une grande valeur, alors que l'on sait fort bien que souvent les malades, pressés par le médecin, font des réponses, bien qu'ils comprennent à peine les questions qui leur sont adressées? Et d'ailleurs en fût-il autrement, quel chirurgien ira, par ce seul fait qu'une personne avouera avoir eu un cancéreux dans sa famille, diagnostiquer un cancer, quand il n'aura pour lui que le commémoratif? Le toucher, l'odeur, l'examen microscopique des portions de tumeur nous semblent, quoi qu'en dise M. Amussat, devoir aider plus puissamment au diagnostic que les renseignements les plus précis sur les antécédents de la famille de la personne malade.

M. Amussat croit à la curabilité du cancer lorsque les tumeurs carcinomateuses sont traitées de bonne heure; je dis sont traitées, car M. Amussat croit à la guérison par la compression, ainsi que l'a annoncé Récamier. Pour notre part, nous ne pouvons accepter qu'avec uue extrême réserve les faits de guérison de cancer par la compression; nous ne saurions nous engager dans cette discussion, qui nous conduirait trop loin, nous renvoyons le lecteur aux belles pages écrites par M. Velpeau dans son *Traité des maladies du sein*.

M. Amussat passe ensuite en revue plusieurs espèces de cancers; il parle du *noli me tangere,* expression qui, nous le disons en passant, est bien vieillie; il s'occupe longuement, nous ne savons pas trop pourquoi, du cancer de l'utérus, qu'il guérit quand il peut opérer à temps. M. Amussat a été fort heureux dans sa pratique si les malades qu'il a guéris avaient bien réellement des affections cancéreuses; mais si c'est seulement sur l'hérédité qu'il a établi son diagnostic, nous craignons bien qu'il n'ait été assez souvent induit en erreur sur la nature réelle de la maladie. Nos maîtres ne nous ont pas appris que les cancers de l'utérus fussent plus facilement curables que les autres, mais ils nous ont enseigné qu'il y avait à l'utérus plusieurs espèces, plusieurs formes de cancer dont la marche était différente, et qu'il en était quelques-unes sur lesquelles on pouvait porter un pronostic un peu moins grave que sur d'autres. Nous aurions désiré que M. Amussat établit bien nettement ces catégories, qui ont d'ailleurs été bien tranchées par les micrographes.

M. Amussat passe encore en revue les cancers du sein, ceux du testicule, et termine par un résumé dans lequel il formule ce principe : qu'il faut opérer le cancer de bonne heure, avant que la maladie devienne générale, quand elle est encore locale. Nous devons faire remarquer que c'est trancher hardiment une question qui est peut-être une des plus difficiles et des plus importantes de la pathologie, celle de la diathèse cancéreuse.

M. J. Cloquet a pris la parole après M. Amussat. Dans un discours de peu d'étendue, mais bien senti, il a nettement posé la question du cancer. Oui certainement cette affection, quelle que soit son origine, malgré ses formes souvent très différentes, se présente avec des caractères communs. Ainsi les cancers ne guérissent point spontanément; ils sont susceptibles de récidive; ils conduisent infailliblement à la mort quand on n'a pu les extirper. En opposition à ces caractères, il fait remarquer les différences qui ont été constatées par l'anatomie pathologique.

M. Cloquet a encore eu raison quand il a dit que les micrographes ne formaient pas une école à part; ils appartiennent à l'école anatomo-pathologique; seulement ils ont des moyens d'exploration plus puissants; ils sont, par conséquent, arrivés à des résultats fort importants, et on doit attendre de leurs recherches de nouvelles découvertes. Mais pour arriver à des résultats plus sûrs et plus importants, il faut qu'ils les continuent de concert avec les chirurgiens, et que ceux-ci apportent à la micrographie tous les renseignements qui peuvent faire avancer la science. Ces paroles de conciliation nous ont paru être extrêmement sages; nous espérons qu'elles seront écoutées de part et d'autre. La science, l'humanité ne pourront que gagner à ce travail fait en commun, et peut-être cette ligue puissante pourra-t-elle faire triompher de cet ennemi implacable, le cancer.

Le discours de M. Delafond n'a pu être terminé dans la séance; il sera continué dans la séance prochaine; nous en rendrons compte dans notre prochain article. — Dr A. Jamain.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Luxation en arrière de la première phalange du pouce. Réduction facile au bout de trente-six heures.

Bézé, boulanger, âgé de soixante-sept ans, fit une chute le 9 novembre au soir en marchant pendant l'obscurité sur un terrain inégal. La main droite, chargée d'un panier, ne put en rien amortir la chute; tout le poids du corps retomba sur la main gauche, et surtout sur le pouce, qui se trouvait alors étendu.

Au moment de l'accident la douleur fut très vive; les mouvements du pouce devinrent de suite impossibles.

Le surlendemain matin (11 novembre) le malade entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 13. Voici ce que l'on constate alors:

Vu par sa face externe, le pouce semble raccourci; de ce côté on sent l'extrémité postérieure de la première phalange formant une saillie arrondie, au-dessous et en arrière de laquelle se trouve une dépression profonde, anfractueuse, d'où partent deux replis de la peau, à peu près transversalement dirigés, de deux à trois centimetres de longueur. Du côté de la face palmaire, les parties molles de l'éminence thénar sont soulevées par la tête du premier métacarpien, qui fait là une saillie très nette; cet os est dirigé en avant et en dedans, de manière à former avec la première phalange un angle obtus ouvert en dehors. La luxation est complète, et même les extrémités osseuses chevauchent légèrement l'une sur l'autre. Enfin la peau offre là deux replis, dont l'un antérieur se perd dans la paume de la main, tandis que l'autre va se réunir à l'un des plis de la face dorsale de manière à circonscrire nettement la base du pouce. Un peu de douleur et de gonflement; les mouvements du pouce, soit partiels, soit de totalité, sont entièrement abolis.

M. Velpeau procède immédiatement à la réduction trente-six heures après l'accident. Un premier aide fixe le poignet, tandis qu'un autre exerce des tractions sur la phalange luxée, en ayant soin en même temps d'exagérer le mouvement d'extension de cette phalange; M. Velpeau, de son côté, agissait directement sur les têtes osseuses déplacées. Au bout de quelques secondes, la réduction était opérée.

A l'aide d'un bandage approprié on eut soin de maintenir le pouce fléchi dans la paume de la main pour prévenir la reproduction du déplacement; et le soir, comme le gonflement était considérable, on entoura l'articulation de compresses imbibées d'eau blanche.

La douleur et le gonflement disparurent rapidement.

Le 19 novembre, les mouvements ont repris toute leur étendue, e la guérison peut être regardée comme complète.

Comparée aux faits rapportés dans divers auteurs, cette observation n'offre rien de bien remarquable au point de vue des symptômes; mais elle n'est pas sans intérêt, si l'on songe à la facilité avec laquelle la luxation a été réduite. On sait, en effet, quelles difficultés insurmontables ont été rencontrées dans des cas de ce genre, et à quelles extrémités les chirurgiens ont été réduits. Sans doute la méthode ici employée, méthode vantée surtout par M. Pailloux, et qui consiste à exercer des tractions en exagérant l'extension de la phalange, est de toutes la plus rationnelle, mais elle a échoué dans plus d'une occasion; sans doute aussi la luxation ne datait que de trente-six heures, mais on en a vu d'irréductibles au bout de vingt-quatre heures. Il est probable que ces différences dans la réduction tiennent à des différences dans les lésions des parties molles ou des tissus fibreux. L'interposition du ligament antérieur, l'étranglement de la tête du métacarpe par les faisceaux du court fléchisseur et toutes les causes signalées d'irréductibilité ne doivent pas se rencontrer dans tous les cas; mais l'anatomie pathologique n'est pas encore venue expliquer ces faits cliniques, que pour le moment il faut se contenter d'enregistrer.

Malade amputée du sein. — Iléus intercurrent. — Mort.

On a pu observer dans le service de M. le professeur Velpeau, au n° 11 de la salle Sainte-Catherine à l'hôpital de la Charité, une malade dont l'histoire semble bien digne d'appeler l'attention. Il s'agit d'un nouvel exemple d'iléus; de cette affection si grave, si variée dans ses lésions pathologiques, bien qu'elle présente un ensemble de symptômes assez constants.

Voici le fait :

Bailly (Marie) est âgée de quarante-quatre ans. Elle paraît assez fortement constituée : elle se livre aux rudes travaux de la campagne.

Elle dit avoir fait jadis une maladie sur laquelle elle ne donne que des renseignements bien vagues; seulement elle parle de douleurs dans la région abdominale, de constipation prolongée, n'ayant même cédé qu'à l'emploi répété de purgatifs assez violents.

Il n'y a jamais eu chez cette femme de troubles dans la menstruation. Elle n'a jamais eu d'enfants.

Elle entre dans le service pour une tumeur de la mamelle gauche, dont l'origine, que la malade attribue du reste à un coup, remonte à plusieurs années.

Le 14 octobre, M. Velpeau pratique l'amputation de la tumeur, dont nous n'avons pas à faire ici l'histoire. Il réunit les lèvres de la plaie avec des serre-fines.

Les 15 et 16, la malade accuse de la céphalalgie; elle présente un mouvement fébrile assez intense. La langue est blanche.

Le 19, même état. Pas de selles depuis plusieurs jours. C'est inutilement qu'on lui fait prendre de l'huile de ricin, une bouteille d'eau de Sedlitz et plusieurs lavements purgatifs. Le ventre est tendu, douloureux, surtout à la pression. La malade a des éructations continuelles. De larges cataplasmes couvrent sans cesse la région abdominale. Le soir, on nous parle de trois selles peu copieuses.

Des vomissements surviennent dans la nuit du 19 au 20.

Le 20, grande faiblesse. La physionomie de la malade est notablement altérée depuis hier; la face est grippée, le timbre de la voix affaibli. Le pouls est faible, irrégulier. L'aspect de la plaie de la mamelle est en rapport avec l'état général. Les lèvres de cette plaie sont noirâtres, en partie sphacélées.

Dans la nuit du 20 au 21, vomissements répétés et abondants; la malade rejette tout ce qu'on lui fait prendre. Le ballonnement du ventre persiste. La faiblesse devient extrême, l'altération des traits se prononce davantage; le pouls est encore plus lent, plus faible. — M. Velpeau a recours à des injections faites à grande eau au moyen d'une sonde œsophagienne très flexible introduite le plus loin possible dans le gros intestin.

Les 24 et 25, même état de la malade. Les injections exécutées matin et soir paraissent provoquer d'abord quelques garde-robes, mais bientôt elles n'amènent aucun résultat; la malade même s'y refuse, et du reste le cathétérisme préalable est très difficile, surtout lorsqu'on veut glisser une certaine longueur de la sonde. Alors en effet le doigt rencontre en avant une tumeur molle, arrondie, et la sonde est, à la distance de quelques pouces, comme étreinte par un manchon rétréci du tube intestinal.

Le 25 au matin, la malade, placée dans un bain, paraît éprouver momentanément quelque soulagement à ses souffrances; néanmoins les symptômes mentionnés ci-dessus s'aggravent.

Le 26 et le 27 il n'y a plus la moindre évacuation alvine, tandis que les vomissements se rapprochent, pour prendre enfin l'aspect de matières fécales.

La malade succombe dans la nuit du 27 au 28.

Autopsie. — Pour enlever la paroi abdominale d'après le procédé ordinaire des amphithéâtres, on coupe le grand épiploon, qui envoie deux prolongements, l'un à droite, l'autre à gauche, vers l'anneau crural de chaque côté.

Ces brides ainsi formées par l'épiploon sont tendues à quelques centimètres de la ligne médiane, au-devant des anses intestinales considérablement distendues, et par cela même comme étranglées transversalement.

La bride gauche est beaucoup moins longue que la droite, et n'offre point d'adhérence avec les circonvolutions intestinales.

La bride droite, au contraire, formant comme la limite extrême du grand épiploon, est pour ainsi dire confondue dans un point avec la séreuse du côlon transverse, et plus bas avec celle de l'intestin grêle, pour enfin se terminer à l'anneau crural.

Dans ce même point on observe d'autres adhérences, mais plus profondément placées, entre les différentes anses de l'intestin grêle, entre cet intestin et le côlon transverse, et même elles forment là des culs-de-sac assez bien limités.

Enfin l'on rencontre des brides en bien d'autres points encore; par exemple, entre le côlon ascendant et l'intestin grêle. Il est un fait assez singulier, c'est que ces circonvolutions intestinales sont plus intimement confondues à droite qu'à gauche.

Le côlon descendant, l'S iliaque du côlon offrent une disposition bizarre et qui explique en partie les difficultés du cathétérisme rectal: ils sont fortement appliqués à la paroi postérieure de l'abdomen par le fait même du passage de la séreuse péritonéale, si bien qu'il est un point de cette portion du gros intestin qui semble se cacher entre les deux portions du muscle psoas iliaque.

Plus profondément enfin, d'autres adhérences réunissent différentes portions de l'intestin grêle, qui, maintenues dans le petit bassin, sont fixées elles-mêmes par des brides au ligament large et à l'utérus. Il y a de cette manière entre la face postérieure de l'utérus, le ligament large, l'intestin grêle et le rectum une cavité de laquelle on peut, à l'aide de quelques tractions, retirer plusieurs anses intestinales. Mais ramollie par l'inflammation, cette portion de l'intestin se déchire en quelques points à mesure qu'on la dégage par des tractions cependant assez ménagées.

Nous ne ferons que mentionner la légère vascularisation de toute la surface de l'intestin, la grande abondance des gaz qui le distendent, enfin l'absence des signes d'une péritonite récente.

Dans ce fait, l'absence de renseignements complets, l'obscurité de ceux qu'on pouvait obtenir expliquent toutes les difficultés d'un diagnostic précis, quoique la marche de la maladie dût faire admettre l'idée d'un étranglement intense. Ce qui est remarquable encore, c'est qu'à l'autopsie on n'a pas trouvé qu'un point du tube intestinal fût plus spécialement étranglé. Ici ce sont des brides qui compriment l'intestin grêle; là ce sont des cavités formées par différents viscères adhérents entre eux, cavités où plongeaient des anses intestinales ainsi comprimées; plus loin enfin ce sont des brides qui, passant au-devant du côlon, s'appliquent sur lui et lui font perdre une notable partie de son calibre. L'étranglement était donc multiple, et certes des lésions moins nombreuses auraient suffi pour expliquer la mort.

A. Rombeau, L.-V. Marcé,
internes du service.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Ancelon.

Double fracture de la mâchoire inférieure d'abord abandonnée à elle-même (1).

Dans les premiers jours de février 1852, Nicolas Eschenbrenner, âgé de 49 ans, d'une constitution vigoureuse, maréchal ferrant, domicilié à Insviller (Meurthe), partie occidentale de la Lorraine allemande, se rendit chez un de ses confrères pour se faire extraire la première molaire inférieure du côté gauche. Le confrère dentiste, armé de tenailles à l'usage des pieds des chevaux, prit un point d'appui antérieurement sur les incisives de la mâchoire inférieure, et par la force de son levier, dirigé de haut en bas, brisa les deux branches horizontales du maxillaire à 2 centimètres à droite et à 3 centimètres à gauche au-devant de l'insertion des masséters, après avoir saisi la dent, qu'il ne put arracher.

(1) Observation communiquée à la Société de chirurgie.

Eschenbrenner, rentré chez lui plus souffrant qu'auparavant, s'aperçut, sans pouvoir se rendre compte de ce qui se passait, qu'il ne pouvait plus rien mâcher. Il se nourrit de bouillons, de panades, de laitage, et continua à se livrer à son travail habituel. Cependant, au commencement de juillet 1852, n'y pouvant plus tenir, et poussé d'ailleurs par sa famille, qu'il empoisonnait par l'odeur infecte sans cesse exhalée de sa bouche, il vint se présenter à ma consultation. Les choses étaient dans l'état suivant:

Tuméfaction considérable de la partie inférieure du visage, qui donne à la tête un aspect hideux et informe; excessive mobilité du menton, avec crépitation et déplacement notables un peu en avant du bord antérieur des masséters. Point de plaies extérieures. Développement considérable des gencives inférieures, qui ressemblent à une éponge imbibée de sanie où l'on aurait implanté des dents noircies à la fumée. L'odeur exhalée par la bouche du blessé était tellement infecte, que l'on fut obligé après son départ d'aérer pendant plusieurs heures la salle assez vaste où je l'avais examiné.

A l'aspect du malade, il semble que la nutrition ait très peu souffert, et les forces n'ont pas sensiblement diminué, malgré l'abondance et la mauvaise qualité du pus.

Je proposai alors l'ablation totale du maxillaire inférieur, qui n'eut pas lieu, par suite d'un malentendu. Le blessé, ne m'ayant pas compris, retourna chez lui et reprit son travail.

Je le croyais mort, épuisé par la suppuration, quand, le 8 août 1853, il revint dans l'état suivant, demandant qu'on le débarrassât de son mal par une opération, quelle qu'elle fût.

La branche gauche du maxillaire inférieur, complétement éliminée à travers des plaies dont les cicatrices restent à la joue déformée, est remplacée par un tissu cicatriciel résistant, qui part du centre de la cavité articulaire elle-même. Ce tissu s'étend jusqu'à la portion droite horizontale du maxillaire, qui, libre dans la bouche, a environ 4 centimètres de long et conserve, encore solidement implantées, une dent canine, deux petites et une grosse molaires. La portion de gencive qui recouvre ce fragment flottant est en assez bon état. La deuxième portion de la branche droite (partie montante), sous la joue énormément gonflée et bleuâtre, tient encore à l'articulation supérieurement. Inférieurement, après avoir chevauché sur le fragment antérieur et horizontal qu'elle rejette en dedans, elle s'est engagée par son extrémité fracturée à une profondeur de 2 centimètres environ dans les parties molles. L'angle postérieur, rejeté en dehors, a usé les tissus et se montre tout carié dans une étendue de 1 centimètre et demi environ. La plaie tégumentaire, qui communique avec l'intérieur de la bouche par un pertuis, fournit une quantité considérable de pus fétide, tachant le linge en noir.

Le même jour, à trois heures de l'après-midi, ayant constaté l'isolement complet de ce grand fragment postérieur du maxillaire droit, je le dégage antérieurement des tissus par un coup de ciseaux donné horizontalement. Postérieurement, je trace, sans rien intéresser d'important, avec un bistouri, une incision semi-lunaire à concavité antérieure d'environ 6 centimètres de longueur, qui prend au-devant du milieu de l'oreille pour venir se terminer inférieurement au milieu de la plaie où l'os fait saillie; puis, par un coup de pointe, détruisant la dernière bride qui retient le condyle dans la cavité articulaire, je retire sans peine la portion d'os dont les deux surfaces sont corrodées par la carie.

Le fragment libre resté dans la bouche a contracté des adhérences et conservé des rapports qui pourront le rendre encore utile dans l'acte de la mastication, surtout s'il s'établit, à droite comme à gauche, une bride cicatricielle résistante. Eschenbrenner est retourné le jour même chez lui; il a parcouru à pied un trajet de 25 kilomètres.

Le 6 de ce mois, le malade est revenu se présenter à moi. Il a le menton très peu déformé; tout le bas de la figure est complètement désenflé; une petite fistule par où s'écoule un peu de sérosité fétide est restée au point occupé autrefois par la plaie première; elle est entretenue par une parcelle osseuse qui se détachera de la portion horizontale du maxillaire restée dans la bouche. Une bride cicatricielle s'est formée à droite comme à gauche, et Eschenbrenner utilise son fragment de mâchoire et les quelques dents qu'il supporte quand il s'agit de mastiquer.

La terminaison heureuse de cette fracture, qui semblait menacer les jours du blessé, soulève une question fort grave. Devrait-on encore proposer l'ablation totale du maxillaire inférieur à un malade qui se trouverait dans l'état où Eschenbrenner s'est présenté à moi en juillet 1852? Je suis tenté de résoudre cette question par l'affirmative.

Recherches

DE LA CAUSE DES INSUCCÈS DANS LES REVACCINATIONS.

Beaucoup de personnes ont eu réellement la petite vérole sans s'en douter.
(Dezoteux et Valentin, *Traité de l'inoculation.*)

Jurin, qui a longuement écrit sur l'inoculation, démontre par des faits nombreux que cette opération réussit presque toujours chez les enfants à la mamelle, mais échoue très fréquemment et d'autant plus que l'âge des sujets est plus avancé. Dezoteux et Valentin ont fait la même remarque, et ce dernier l'a étendue aux vaccinés en donnant de la cause des insuccès une explication citée avec éloge par Husson dans ses *Recherches sur la vaccine*, et dont nous faisons notre épigraphe.

Lorsque, dit Stoll, aphorisme 521, la fièvre varioleuse n'est pas éruptive, elle est très difficile à distinguer de toute autre fièvre aiguë. Cette maladie est par suite généralement méconnue. S'il en fallait une preuve nouvelle, on la trouverait dans une déclaration publiée récemment par M. Forget, et dans laquelle il affirme n'avoir jamais rencontré cette maladie dans le cours de sa carrière médicale. Malgré l'estime que mérite l'honorable professeur, sa négation ne peut détruire les affirmations réitérées des Sydenham et des Boerhaave, et ne doit évidemment être considérée que comme une démonstration palpable du 521e aphorisme de Stoll.

C'est à ces fièvres méconnues que Valentin attribue les insuccès des inoculations et des vaccinations; il explique dès lors facilement, sans intervention d'aucune hypothèse gratuite, pourquoi les insuccès augmentent en nombre avec l'âge des individus. Cette explication a l'avantage de rendre compte avec une égale facilité de ceux qui se présentent de nos jours dans la pratique des revaccinations.

Le rapport sur les vaccinations de 1838 démontre par des faits nombreux que sur dix individus âgés en moyenne d'environ trente ans, les neuf dixièmes des revaccinations échouent, tandis qu'on sait officiellement que la moitié des recrues de vingt ans sont revaccinées avec succès en Allemagne, ce qui prouve clairement que les revaccinations sont, comme les vaccinations, comme les inoculations, plus rarement suivies de succès dans un âge avancé que dans la première jeunesse.

Cela posé, il est manifeste que, si les insuccès dans les revaccinations étaient dus, ainsi qu'on l'a professé, à ce que par un caprice de la nature l'immunité vaccinale dure plus longtemps chez certains sujets que chez d'autres, toutes choses égales d'ailleurs, il est manifeste, disons-nous, que les insuccès seraient d'autant plus rares que l'âge des sujets serait plus élevé, tandis que c'est précisément le contraire qui a lieu.

Or, aux yeux de la raison, aux yeux de la science, la nature n'a point de caprices, et une hypothèse ne prévaut pas contre un fait.

Donc l'explication donnée par M. Trousseau dans ses leçons cliniques de 1853 n'est pas satisfaisante, et dès lors on se trouve ramené à celle de Valentin, qui peut se formuler ainsi:

Explication. — Soit qu'ils aient été vaccinés en bas âge, soit qu'ils ne l'aient pas été, tous les sujets de vingt ans non vaccinables ont eu précédemment une fièvre varioleuse avec ou sans éruption cutanée.

Dès lors plus leur âge est avancé, plus ils ont de chances d'avoir été atteints antérieurement par ces fièvres auxquelles est condamné le genre humain, plus aussi par conséquent doivent devenir communs les insuccès dans les revaccinations.

Cette explication précise ne laisse plus à désirer qu'une réponse du même genre à la question suivante:

Question. — Il est prouvé que depuis une trentaine d'années les insuccès sont de moins en moins nombreux parmi les *recrues*. Pourquoi?

Réponse. — Il est également prouvé que depuis la fatale épidémie de 1825, qui fit périr 2,494 variolés à Paris, le zèle pour la vaccine y a plutôt diminué qu'augmenté; les rapports officiels en font foi. Cependant il est notoire que les décès par variole entre 0 et 10 ans ont diminué de plus en plus dans cette ville (1). Ces décès sont évidemment fournis par des individus non vaccinés. Donc, en rétrécissant le foyer contagieux dans l'enfance, la vaccine a retardé l'âge moyen de la variole pour la population tout entière vaccinée ou non. Dès lors le nombre des recrues aptes à contracter cette maladie, ou vaccinables, en d'autres termes, est devenu plus grand et les insuccès moins nombreux: ce qu'il fallait démontrer.

La variole naturelle débute fréquemment par des convulsions très alarmantes, qui ne cessent que par l'éruption des pustules et la mort des enfants. Or il est certain qu'avant l'inoculation les décès convulsifs comptaient pour un cinquième dans les décès généraux de Londres, de Paris, de Berlin, etc., et que vingt ans environ après que cette pratique se fût propagée dans la capitale de l'Angleterre, ils y figuraient pour 28 pour 100, ayant augmenté de 40 pour 100, en définitive, sous l'évidente influence de l'inoculation (2).

La vaccine a produit un effet absolument contraire, et les décès convulsifs ne figurent à Paris, de 1839 à 1849, que pour un vingtième dans les décès généraux à domicile (3).

Ce rapprochement est significatif. L'inoculation, en étendant le foyer contagieux dans l'enfance, avança l'âge moyen de la variole pour la population tout entière. Aussi, bien que les inoculés n'y succombassent que dans une proportion excessivement minime, les décès par suite de variole et de convulsions augmentèrent remarquablement; tandis que les maladies des voies digestives, devenues infiniment moins meurtrières dans l'adolescence et la jeunesse, compensèrent l'excessive mortalité du premier âge.

Voici les chiffres (4):

Sur 100 décès généraux à Londres, on y compte, savoir:

1° De 1675 à 1705, moyenne de 30 ans,	7 varioles, 20 convulsions, 10 coliques.
	37
2° De 1725 à 1750, moyenne de 25 ans,	8 varioles, 28 convulsions, 1 colique.
	37

Il est à remarquer que l'auteur anglais a compris sous le nom de *colique* toutes les maladies gastro-intestinales et réservé le mot *fièvres* pour les maladies du poumon.

Une compensation de même espèce, mais absolument opposée, a été produite, comme on le sait, en France depuis que la vaccine s'y est propagée. Le typhus et le choléra compensent par leur mortalité dans l'âge viril la diminution des varioles et des convulsions dans le premier âge. Or la raison éclairée par la science nous dit que les maladies qui se compensent naturellement ont au moins un de leurs élé-

(1) *Annuaire du Bureau des longitudes* de 1828 à 1854.
(2) *Archives statistiques*, 1804, t. II, p. 91 et suivantes.
(3) Mémoires de M. Trébuchet. *Annales d'hygiène*. Paris médical (*Moniteur*).
(4) *Archives statistiques*, t. II, p. 91, et note p. 92.

ments identiques. Donc il y a dans la petite vérole, dans les convulsions et dans les maladies aiguës des voies digestives un élément morbide identique qui ne peut être que l'élément varioleux, dont la complication avec la fièvre bilieuse et les maladies populaires surtout s'opère très facilement, ainsi que le dit Stoll. (Aphor. 349 et 524.)

CONCLUSION. — L'explication des insuccès dans la pratique des revaccinations donnée par Valentin à l'aurore de la vaccine est rationnelle comme la vérité même, ainsi qu'on vient de le démontrer sans l'intervention d'aucune hypothèse, et d'après le texte même des ouvrages classiques les plus estimés.

M. Forget seul persistera peut-être à regarder comme une rêverie la petite vérole *sans boutons*. Puisse le fait suivant le ramener à l'opinion de Stoll et à celle du comité central de vaccine :

« Trois enfants vaccinés depuis dix mois avaient cohabité avec trois » autres atteints de petite vérole et couché dans le même lit. *Tous » les trois* prirent la fièvre; le plus jeune avec des vomissements et » des sueurs abondantes. Sur *aucun* il ne parut le plus léger bouton. »

Après avoir cité d'autres faits analogues, le comité conclut : « Ainsi » les vaccinés n'auraient que la petite vérole *sans boutons* (1). » La voix de ses professeurs aura-t-elle sur M. Forget plus d'influence que la nôtre? Il faut l'espérer. A. BAYARD, D.-M.

Cirey, 14 novembre 1854.

CYSTICERQUE CELLULAIRE DANS L'ŒIL.

Un journal de médecine allemand, le *Deutsche Klinik*, publie une observation du docteur Von Graefe, sur l'extraction d'un cysticerque cellulaire dans la chambre antérieure de l'œil.

L'opérateur fit une incision linéaire de 5 millimètres sur le bord de la cornée, en prenant des précautions pour ne pas blesser la vésicule entozoaire, qui sortit intacte de l'œil dès que l'instrument tranchant fut retiré. On observait les mouvements caractéristiques de l'entozoaire lorsque celui-ci avait séjourné pendant dix minutes dans un peu d'eau. Son corps était rond, d'une grosseur de 4 millimètres en diamètre, presque transparent; le cou, de 6 millimètres en longueur, était séparé en deux parties de largeur différente, par un anneau d'une couleur bleu foncé; la tête était garnie de plusieurs suçoirs ou ventouses.

La pupille était normale, à l'exception d'une petite tache blanche à son bord inférieur, endroit où l'entozoaire avait été adhérent à l'iris, mais si faiblement, que l'humeur aqueuse l'avait chassé immédiatement de l'œil.

Quarante-huit heures après l'opération, on laissa l'œil à découvert, et le cinquième jour on permit des mouvements au malade. La tache blanche avait disparu, le produit de l'exsudation avait été complétement résorbé, mais il existait une synéchie postérieure traitée sans succès par l'instillation de l'atropine. Ce vice n'eut que peu d'influence sur les mouvements de l'iris et ne gêna en rien la vision.

Le neuvième jour après l'opération, le patient put lire couramment au moyen d'un verre convexe les caractères de moyenne grandeur, et le seizième jour il lut sans l'aide de lunettes.

(*Arch. d'ophth.*)

FISTULETTES URINAIRES OBLITÉRÉES PAR LES SERRES-FINES.

Par M. le docteur GROS (de Moscou).

Dans le courant de l'été dernier, un garçon de quinze à seize ans se présenta avec une fistulette qui avait persisté après une opération de taille pratiquée quelques mois auparavant. Quand on comprime le canal de l'urètre, on voit le périnée se gonfler et présenter une tumeur de la grandeur d'une aveline, et l'urine s'échapper par une fistule oblique qui n'admet qu'une sonde très fine.

Trois serres-fines furent appliquées pour étrangler le trajet fistuleux, et l'urine ne passa plus. L'inflammation adhésive fut modérée; le quatrième jour, une des serres-fines tomba; nous ôtâmes les autres le cinquième jour, et la guérison fut complète.

— A la même époque, nous eûmes à traiter une fistule de 4 à 5 millimètres en avant du bulbe chez un nain d'une trentaine d'années, qui avait été opéré par M. Pohl, d'après la méthode de Syme, pour un rétrécissement organique. Nous appliquons trois serres-fines, et l'urine ne passe plus. L'inflammation adhésive se fait, et la guérison paraissait obtenue, lorsque, une des serres-fines ayant d'un côté déterminé une solution de continuité, un flot d'urine déchira la cicatrice, et l'ouverture parut plus grande. Les serres-fines furent replacées en comprenant une plus grande épaisseur de substauce. La réunion fut complète et solide au bout de quelques jours.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 novembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet des rapports :

De M. le docteur du Garay sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Barges ;

De M. le docteur Maréchal sur l'épidémie de choléra qui a régné cette année dans le département des Vosges ;

De M. le docteur Bossion, médecin du bureau de charité du 3e arrondissement de Paris, sur les observations pratiques recueillies par lui pendant l'épidémie de choléra de 1854 ;

Des rapports collectifs sur l'épidémie de choléra qui a régné dans les départements de la Haute-Saône et de la Meuse.

(1) Rapport du comité central de vaccine (20 ventôse an XI), p. 237 à 239.

Choléra. — Le même ministre transmet une lettre et un mémoire de M. Félix Delfau, membre de la commission cantonale de statistique d'Argelès, sur un travail relatif à un mode de traitement du choléra (commission du choléra) ;

Un mémoire de M. Lemer, officier de santé à Mimisan (Landes), sur le même sujet ;

Une recette d'un remède contre le choléra de M. Richard, médecin à Pont-Château (Loire-Inférieure).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Paquet cacheté. — M. Devay, professeur à l'École préparatoire de médecine de Lyon, adresse à l'Académie une lettre cachetée qui renferme la désignation d'une substance pharmaceutique non encore employée en thérapeutique.

Opération césarienne. — M. Andrieu, professeur à l'École préparatoire d'Amiens, communique une observation d'opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant. (Commission nommée.)

Choléra. — M. Rochard, médecin de la marine, écrit au sujet de la lettre de M. Michel Lévy qu'il a eu aussi occasion pendant son service de chirurgien de marine de faire les mêmes observations, et qu'il en a tiré les mêmes conclusions, comme on peut s'en assurer par la lecture d'un écrit dont il fait hommage à l'Académie et qui est intitulé *De l'hygiène dans ses rapports avec le développement et la propagation du choléra.*

— M. le docteur A. Foucart transmet à l'Académie une lettre qui lui a été adressée, il y a quelques jours, par M. le docteur Thiberge, président du conseil général de la Haute-Marne et maire de Bussières-lez-Belmont. Cette lettre, qui contient l'histoire de l'épidémie de choléra dans cette commune, est accompagnée d'un plan et renferme des documents intéressants relatifs à la marche et au mode de propagation du choléra. Nous la publierons dans le prochain numéro.

Accouchement laborieux. — M. Cordier, médecin à Aulnay-sur-Odon (Calvados), communique une observation d'accouchement laborieux qu'il a eu l'occasion d'observer. Il s'agit de deux fœtus adhérents face à face.

— M. Cavallini écrit une lettre de réclamation au sujet de la présentation faite par M. Charrière dans la dernière séance.

DISCUSSION.

Cancer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

M. AMUSSAT. Au début de cette discussion, j'ai été appelé en province précisément pour une opération analogue à celle qui a provoqué la discussion, c'est-à-dire pour un sarcocèle sur un jeune enfant de onze ans. Je me suis empressé d'envoyer la pièce pour la soumettre à l'examen du microscope. Elle a été présentée à l'Académie par M. Barth. Sur cinq micrographes qui l'ont étudiée, quatre n'ont pas trouvé la cellule cancéreuse; un seul l'a rencontrée.

Voici, à cette occasion, quelques observations jetées à la hâte sur le sujet en discussion. Je ne m'occuperai que des affections cancéreuses accessibles aux moyens chirurgicaux, J'insisterai même d'une manière particulière, pour me circonscrire davantage, sur les cancers cutanés (*noli me tangere*) et sur le cancer du col de l'utérus, dont j'ai observé un grand nombre d'exemples.

Je suis heureux d'apporter une pensée consolante sur le cancer. J'ai, en effet, l'intime conviction d'avoir guéri beaucoup de cancéreux voués à une mort certaine et affreuse, et ma conviction est basée sur des faits d'hérédité évidents et irrécusables.

Les causes du cancer sont difficiles à reconnaître et à apprécier. Il est rare que le cancer succède à une autre maladie. Ainsi, je n'ai jamais vu une plaie, un vésicatoire, un cautère, des hémorrhoïdes ulcérées, prendre le caractère cancéreux.

L'influence du chagrin, quels qu'en soient les motifs, me paraît être, d'une manière générale, la cause la plus ordinaire du cancer chez beaucoup de personnes douées d'ailleurs d'une belle constitution et d'un tempérament robuste; placées dans de bonnes conditions morales, soustraites à l'influence d'excitations violentes et incessantes du système nerveux, elles eussent été peut-être garanties contre cette affreuse maladie.

Partant de cette idée, que je crois vraie, que le cancer est causé bien souvent par le chagrin et par toutes les perturbations physiques et morales qui en sont la conséquence, je suis porté à croire que le siége du cancer est dans le système nerveux.

Cette idée avait déjà été émise par quelques auteurs; mais comme les preuves physiques sur lesquelles elle peut s'appuyer sont très difficiles, pour ne pas dire impossibles à démontrer, on n'en avait pas tenu compte.

Le diagnostic du cancer est difficile et souvent douteux. L'aspect extérieur seul et les symptômes qu'on a décrits sont loin d'être caractéristiques. Il en est de même pour l'examen anatomique simple ou aidé du microscope après l'enlèvement d'un cancer.

Dans mon opinion, bien établie sur un grand nombre de faits, tous les doutes sont levés sur la nature de la maladie lorsque la question d'*hérédité* peut être résolue affirmativement; et il faut le dire bien haut, c'est ce qui arrive le plus souvent.

Certainement j'apprécie les recherches microscopiques appliquées à l'anatomie pathologique, et en particulier à l'étude du cancer; je ne manque presque jamais de soumettre aux confrères qui se sont le plus occupés de micrographie les pièces pathologiques dont je puis disposer. Mais l'examen après l'enlèvement d'un cancer, le seul qui soit possible, ne donne pas des résultats bien utiles au point de vue de la pratique, soit qu'il arrive à nier ou à affirmer les signes donnés comme caractéristiques du cancer. Et d'ailleurs, on n'est pas encore parfaitement d'accord sur les caractères microscopiques du cancer.

En résumé, pour le diagnostic on n'est arrivé à aucun résultat, puisque le microscope ne dit rien pendant la vie; et quant au pronostic, on ne pourra compter sur cet instrument que lorsque les caractères certains, invariables et incontestables du cancer auront été démontrés.

Il faut donc, jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient levé tous les doutes, jusqu'à ce que les micrographes se soient mis d'accord, attendre pour se prononcer sur la valeur de la cellule, niée par les uns et admise par les autres.

A ce sujet, j'ai prié, il y a quelques jours, M. Mandl, le plus ancien après Muller et l'un de nos plus habiles micrographes, d'examiner un sarcocèle que j'avais enlevé sur un enfant de onze ans et qui a été présenté à l'Académie en mon absence par M. Barth dans une des précédentes séances. Il n'a pas trouvé la cellule caractéristique du cancer d'après quelques micrographes; mais il est porté à croire cependant que cette tumeur est fibro-plastique et de mauvaise nature. Au reste, M. Mandl pense que la cellule n'est pas constante dans le cancer et qu'il faut chercher d'autres signes.

Son opinion, bien développée et basée sur l'histologie, m'a beaucoup intéressé, et je l'ai vivement engagé à la formuler à l'Académie. C'est ce qu'il s'est empressé de faire dans une lettre qui a été rendue publique.

Quoi qu'il en soit, il est permis d'espérer que cette discussion sur les signes microscopiques du cancer provoquera des études nouvelles et approfondies capables d'éclairer l'histoire des affections cancéreuses et de conduire à une thérapeutique efficace.

Pendant quatre années que j'ai passées à l'hospice de la Salpêtrière comme interne, je n'ai cessé de m'occuper avec ardeur d'anatomie pathologique relative au cancer.

J'ai ouvert un grand nombre de femmes mortes de cancers du sein, de l'utérus, des ovaires, etc. Rarement j'ai vu le cancer envahir les tumeurs fibreuses de la matrice. C'est le plus souvent la transformation osseuse qui survient. J'en ai recueilli un grand nombre, et parmi celles que j'ai conservées il s'en trouve une qui a exactement le volume et la forme d'un hémisphère cérébral.

Quand on est en présence d'un cancer confirmé qui a résisté au traitement général et aux résolutifs variés employés avec persévérance, il est très important de ne pas différer à le détruire lorsqu'il est accessible soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques. Je suis convaincu que beaucoup d'insuccès et de récidives ne reconnaissent pas d'autre cause que le retard qu'on a apporté à pratiquer une opération qui, faite à une époque plus rapprochée du développement de la maladie, eût été suivie d'une guérison peut-être durable et complète.

C'est surtout, on le comprend, dans les cas où l'hérédité existe d'une manière positive qu'il faut s'empresser d'opérer. Généralement on ne s'inquiète pas assez de l'hérédité; on n'y attache pas assez d'importance.

La question la plus importante à éclaircir étant celle de la curabilité du cancer, je m'appuierai principalement sur les résultats que j'ai obtenus dans un certain nombre de cas de *noli me tangere* et de *cancers du col de l'utérus.*

J'ai choisi ces deux catégories d'affections cancéreuses, parce que, d'une part, j'en ai vu beaucoup plus, et, d'autre part, comme on les reconnaît de suite, sans aucun doute, on n'hésite pas à les attaquer immédiatement.

Le *noli me tangere* est un véritable ulcère chancreux ou cancroïde, sous sa forme la plus bénigne à son origine. Il est lent à se développer; mais dès qu'on le touche et qu'on l'irrite, il prend un mauvais aspect. Si on l'exaspère par des pansements mal faits ou insignifiants, il se développe rapidement, et si on ne s'oppose pas activement à ses progrès, il envahit les parties voisines et finit par compromettre et détruire la vie, comme tous les autres cancers.

Les caractères de bénignité ou de malignité sont très difficiles à déterminer. Ni l'aspect, ni les douleurs, ni les élancements ne sont des signes certains de cancer.

L'hérédité seule est le meilleur guide pour se prononcer. Même dans le doute, comme il faut agir, quelle que soit la nature de l'ulcère, on ne saurait y mettre trop d'empressement, en se rappelant qu'il vaudrait mieux faire trop pour dix ulcères bénins que de ne pas faire assez pour un seul ulcère cancéreux.

On peut donc dire affirmativement qu'on guérit le *noli me tangere*, et qu'on le guérit mieux, plus sûrement et plus radicalement que toute autre espèce de cancer, parce qu'on voit mieux tout ce qu'on a à faire, parce qu'il est peu profond, parce qu'il affecte des parties moins importantes à la vie; et quant aux récidives, si elles voulaient se montrer, il serait plus facile de s'y opposer.

L'expression de *noli me tangere* appliquée à ce cancer ne devrait plus être employée ; car en agissant sans retard avec toute l'énergie nécessaire, en allant même au delà du mal avec un caustique puissant, on arrive sûrement, dans presque tous les cas, à une guérison radicale et durable.

Le caustique solidifié de potasse et de chaux est celui dont je me sers le plus ordinairement; il est préférable aux préparations arsenicales et aux diverses pâtes ayant pour base cette substance toxique. Au reste, quel que soit le caustique qu'on emploie, le point capital, c'est de détruire à fond le cancer et *surtout ses bords*. En agissant timidement on ferait incontestablement plus de mal que de bien, le cancer s'exaspérerait et ferait de rapides progrès. C'est ce qui arrive trop souvent.

Je dois aussi signaler un des avantages de l'emploi du caustique solidifié de potasse et de chaux. Avec lui, on n'a pas besoin d'exciser les bourgeons, on les détruit facilement en les broyant graduellement, et on les réduit pour ainsi dire en magma qu'on enlève en même temps que le caustique.

La seconde catégorie que j'ai choisie pour étayer l'opinion que je soutiens sur la curabilité du cancer comprend les affections de cette nature si fréquentes, si nombreuses qui envahissent le col de l'utérus et s'étendent à l'organe et aux parties voisines.

Je possède encore plus de faits probants sur cette catégorie que pour la première dont je viens de parler.

J'entends par la dénomination de *cancer curable du col* toute ulcération profonde, ou induration commençante de cette partie. Tant que les limites vaginales du col en dehors ne sont pas dépassées, je conserve toujours l'espoir de la guérison en détruisant radicalement la maladie.

Il est fort difficile, même presque impossible au début de reconnaî-

tre sa nature *maligne* ou *bénigne* par nos seuls moyens d'investigation.

Le toucher, la vue, l'odeur et les symptômes ne suffisent pas. Les caractères anatomiques sont incertains. On ne peut avoir recours au microscope.

Sur quoi donc peut-on se fixer pour agir immédiatement et ne pas s'exposer à perdre un temps précieux?

L'hérédité seule est pour moi le meilleur guide. Si elle existe, il faut agir vite, car une temporisation pourrait être fatale. Même dans le doute, on comprend que si la maladie résiste aux moyens ordinaires, on doit cautériser sans retard.

Peut-on guérir le cancer du col de l'utérus? Telle est la question qu'on pose très souvent.

Je n'hésite pas à répondre plus affirmativement encore que pour le *noli me tangere*.

On guérit sûrement les affections commençantes de l'utérus quand le col seul est envahi, mais à la condition d'agir promptement et de détruire radicalement la maladie dès son principe.

Pour démontrer que les guérisons que j'ai obtenues étaient bien relatives à des cancers, je ne m'appuie que sur des faits dans lesquels l'hérédité a été positivement constatée. Un père, une mère, et quelquefois les deux, une sœur ou d'autres parents avaient succombé à des affections cancéreuses; et les guérisons datent de quinze, vingt et et vingt-cinq ans. Or je n'hésite pas à dire que si je n'eusse pas soumis ces malades à un traitement énergique, elles seraient mortes comme leurs parents ou comme tant d'autres femmes ayant été soignées trop tardivement ou incomplétement.

On peut dire des affections cancéreuses du col de l'utérus ce qui est applicable au *noli me tangere*. Il faut agir énergiquement et ne pas perdre de temps. Si la destruction du col tout entier est nécessaire, on ne doit pas hésiter. Pour arriver promptement à ce résultat, la cautérisation de dedans en dehors ou *en trouée*, qu'on me permette cette expression, avec des caustiques puissants, gradués de potasse et de chaux, m'a le mieux réussi. Je pourrais citer plusieurs guérisons de cette espèce chez des femmes vouées à une mort certaine.

Quant à la catégorie si nombreuse des cancers du sein, j'en ai opéré beaucoup; mais comme tous les chirurgiens qui en ont vu un grand nombre, je ne pourrais citer que peu d'exemples en faveur de l'opinion que je professe d'une manière générale sur la curabilité des cancers externes.

Hâtons-nous de le dire cependant, cette pénurie de faits de guérison tient au retard qu'on a apporté presque toujours à pratiquer l'ablation; et alors la récidive a été très fréquente.

Je ne puis pas m'appuyer autant sur cette catégorie que sur le *noli me tangere* et le cancer du col de l'utérus pour soutenir l'opinion que j'ai développée sur la curabilité des affections cancéreuses accessibles à la chirurgie, parce qu'il est difficile de se décider de bonne heure à enlever un organe aussi important que le sein.

Par cette raison, son ablation est plus souvent suivie de récidive, à cause du retard qu'on a mis à opérer.

Il est donc urgent, lorsque le diagnostic peut être établi sur l'hérédité d'abord et sur l'inefficacité des moyens fondants et résolutifs qu'on a employés, de ne pas différer trop longtemps à pratiquer l'opération, que généralement on fait à une époque où existe déjà la cachexie cancéreuse.

Ne pourrait-on pas essayer aussi la compression du testicule, comme on l'a fait avec succès pour le sein?

Les testicules énormes qu'on a quelquefois enlevés étaient-ils cancéreux? Je le crois, du moins pour un certain nombre; mais ce sont des sarcocèles bénins, gélatineux et graisseux analogues aux tumeurs énormes de l'ovaire.

J'ai retrouvé le dessin d'un énorme sarcocèle qui descendait jusqu'au genou sur un adulte: je le présente à l'Académie. Je l'ai enlevé à Poitiers, en 1827. Et dernièrement, en passant par cette ville, j'ai appris que le malade, que j'avais perdu de vue, était mort en 1839, avait vécu douze ans sans récidive, et avait succombé à une pleuropneumonie.

Le volume d'un testicule cancéreux est, au reste, très variable, et les engorgements ou les indurations de toute nature dont il peut être le siége sont très difficiles à distinguer les unes des autres. Comment alors peut-on lever les doutes? Je ne connais que deux moyens que j'ai déjà énoncés. L'inefficacité des moyens employés, et surtout la recherche de l'hérédité; étant constatée, elle constitue pour moi le meilleur moyen de diagnostic pour le cancer du testicule comme pour tous les cancers des autres organes, ainsi que je l'ai déjà dit plusieurs fois.

Quant à la discussion actuelle, dont l'importance justifie l'étendue, elle portera ses fruits et elle éclairera plusieurs points qui étaient restés obscurs; elle guidera aussi, je l'espère, les praticiens dans leur conduite lorsqu'ils se trouveront aux prises avec les difficultés inhérentes à la pratique des affections cancéreuses.

Avant de terminer qu'il me soit permis d'indiquer brièvement les bases principales qui doivent servir, je le pense, à se diriger dans l'étude et dans la pratique des affections cancéreuses:

1° Eviter de croire que le cancer est une affection incurable, car cette idée malheureuse tendrait à diminuer le zèle des observateurs et des chirurgiens qui cherchent à imprimer de grands progrès à la science. Je crois, au contraire, qu'il faut les stimuler et les encourager par tous les moyens possibles, et je pense qu'il serait utile d'instituer des grands prix pour le cancer, comme on en avait établi pour le croup.

2° Dans l'état actuel de la science et de la pratique, dès qu'un malade est atteint d'une affection cancéreuse, il faut, après l'avoir examiné attentivement, lui demander avec discrétion, mais avec insistance, des renseignements sur les maladies qui ont dominé dans sa famille, et, si la question d'hérédité ressort affirmativement de cette espèce d'enquête, il faut s'empresser d'agir activement par les moyens les plus efficaces dont on peut disposer.

3° Dès qu'une opération est décidée, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques, il faut plutôt aller au delà que rester en deçà du but, c'est-à-dire détruire largement le cancer et ne s'arrêter que dans les parties saines. Bien souvent la timidité des opérateurs a été la seule cause des récidives.

4° Lorsqu'on a cru devoir préférer les caustiques à l'ablation, on doit employer les caustiques les plus puissants, éviter les caustiques qui agissent lentement et superficiellement. Quant au fer rouge, après l'avoir beaucoup employé, j'y ai renoncé; pour le col de l'utérus il effraye, et il peut être dangereux dans certains cas.

5° Il est important de s'assurer par un examen minutieux et répété plusieurs fois après la guérison apparente qu'il ne reste plus aucune trace de l'affection cancéreuse.

6° Enfin, en attendant que la nature intime du cancer ait été établie, on doit par prudence, après la guérison, conseiller des dépuratifs, un exutoire et une hygiène convenable.

En résumé, j'ai cherché à démontrer dans cette note:

Que le cancer n'est pas incurable, qu'au contraire on le guérit très souvent quand on agit sans retard;

Que l'hérédité exerce la plus grande influence sur la production du cancer;

Qu'il faut s'empresser d'agir par des moyens énergiques contre toutes les manifestations cancéreuses accessibles à la puissance de la chirurgie.

M. J. Cloquet. Les deux questions du diagnostic et de la curabilité du cancer en ont soulevé beaucoup d'autres, au point que c'est aujourd'hui la question tout entière du cancer qui est en cause. Que doit-on entendre par cancer? On a dit avec raison qu'il était aussi difficile de le définir que de le décrire. Il en est à cet égard comme des inflammations; il y en a de plusieurs espèces et qui présentent entre elles de grandes différences. Mais tout en étant très différentes sous les divers rapports de leur texture et de leurs symptômes, les diverses affections dites cancéreuses n'en forment pas moins une famille naturelle lorsqu'on les rapproche par certains de leurs caractères communs.

Ainsi, qu'elles soient héréditaires ou non, qu'elles se développent spontanément ou à la suite d'autres affections dégénérées, toutes les tumeurs qui offrent ce caractère commun, de ne point guérir spontanément par l'action des médicaments internes, de repulluler une fois enlevées, d'envahir de proche en proche les tissus et de tendre enfin à se multiplier dans les organes, à se généraliser et finir par tuer les malades, toutes ces tumeurs, dis-je, seront pour moi des cancers, quelles que soient d'ailleurs les différences qu'elles présentent entre elles.

Or il est prouvé pour les cliniciens que les affections cancéreuses présentent anatomiquement des caractères très différents. Ils ne confondront jamais, à coup sûr, une mélanose avec l'encéphaloïde, le squirrhe, le cancer colloïde ou le chondroïde; il en est de même des tumeurs épithéliales et des fibro-plastiques.

Les micrographes ont cherché quels pourraient être les éléments microscopiques propres à caractériser chacune de ces espèces différentes, et ils ont trouvé pour chacune d'elles des éléments différents, la cellule cancéreuse, l'élément épithélial, le tissu fibro-plastique, etc.

Je ne considère pas les micrographes comme faisant une école à part; ils sont simplement les continuateurs de l'école anatomique; ils poussent les recherches anatomiques jusqu'aux éléments organiques qui échappent à l'œil nu. Aussi les résultats de leurs recherches ne me paraissent-ils pas plus infaillibles que ceux des anatomo-pathologistes et des cliniciens. Je me suis aussi occupé de micrographie dans le temps; j'ai cru à une certaine époque qu'en étudiant au microscope les globules purulents provenant de différentes sortes de plaies ou ulcères, tels que les ulcères vénériens, scrofuleux, dartreux, etc., j'y trouverais des caractères spécifiques et différentiels. J'avoue que j'ai dû bientôt renoncer à cette espérance. Ce que j'ai cherché à faire alors pour le pus, les micrographes se sont efforcés de le faire pour le cancer. Ont-ils été plus heureux? Il est permis d'en douter. M. Velpeau ne vous a-t-il pas fait voir que les micrographes n'étaient pas d'accord entre eux? M. Mandl, dans une note très remarquable, n'a-t-il pas prouvé qu'on ne trouvait pas toujours la cellule cancéreuse dans des tissus réputés cancéreux par les micrographes eux-mêmes, tandis qu'on la trouve quelquefois dans des tissus non cancéreux? Il est évident que le plus souvent ces éléments se rencontrent dans le cancer, mais on leur a accordé au point de vue du pronostic une plus grande valeur qu'il ne convenait de le faire. Ainsi il est bien prouvé aujourd'hui que des cancers à cellules ne repullulent pas toujours, tandis que des tumeurs qui ne renferment aucune trace de cet élément spécifique repullulent. Cependant, il faut bien le reconnaître, il est vrai que la récidive est plus fréquente dans le premier cas que dans le second, et les chirurgiens avaient déjà fait cette distinction avant l'application du microscope; ils avaient bien reconnu que les cancers enkystés, par exemple, étaient beaucoup moins sujets à récidive que les cancers rameux ou diffus.

En ce qui concerne la curabilité, M. Robert a mis en doute l'exactitude du diagnostic dans les cas de guérison; il semble admettre que tout cancer doive fatalement repulluler. Mais il paraît bien démontré aujourd'hui par l'expérience de quelques-uns de mes collègues, comme par la mienne propre, que certaines tumeurs cancéreuses une fois enlevées ne repullulent pas; j'en pourrais citer des exemples où la guérison date de quinze, vingt ans et plus. Et d'ailleurs, qu'ils repullulent ou qu'ils ne repullulent pas, qu'y aurait-il d'extraordinaire après tout qu'un homme pût avoir plusieurs cancers dans sa vie sans que le dernier doive être nécessairement considéré comme une repullulation de celui qui l'a précédé? Ne voit on pas des sujets avoir plusieurs érysipèles? Dira-t-on pour cela qu'ils ont une diathèse, un principe érysipélateux? Eh bien! pourquoi n'en serait-il pas de même pour le cancer?

Pour conclure, je dirai qu'il existe encore sur cette grande question des doutes que cette discussion ne suffira pas encore à dissiper, et qu'on ne pourra espérer d'y parvenir qu'à la condition que les chirurgiens et les micrographes se réunissent et concourent d'un commun accord à la recherche de la vérité.

M. Delafond se propose d'examiner cette question aux divers points de vue de la pathologie comparée, de la chirurgie et de la micrographie.

M. Leblanc a dit que les animaux herbivores étaient moins exposés au cancer que les carnivores, et que le régime animal paraissait y prédisposer plus que le régime végétal. Il y a quelque chose de vrai dans cette proposition, mais elle est beaucoup trop large et trop absolue. Les herbivores sont encore assez sujets au cancer, et beaucoup plus fréquemment que ne paraît le croire M. Leblanc. Il n'est pas rare de trouver le cancer des mamelles chez les juments, ou le cancer du testicule chez les chevaux. On trouve aussi assez souvent chez eux le cancer des viscères intérieurs. L'âne et le mulet, parmi les solipèdes, y sont très sujets. On rencontre le cancer très fréquemment dans l'espèce bovine, le cancer de la mâchoire surtout y est très commun; on peut voir un grand nombre de maxillaires réduits à leur simple trame celluleuse dans les collections de l'école d'Alfort. Dans l'espèce porcine, le cancer des mamelles est extrêmement fréquent. Tout le monde sait qu'il n'y a rien de plus commun que le cancer chez les chiens. On l'a trouvé enfin chez les gallinacés et dans diverses espèces d'oiseaux. On voit par là que le cancer n'est pas rare chez les animaux, et qu'en ce qui concerne les herbivores en particulier la proposition de M. Leblanc est très absolue.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique du cancer, voici ce que j'ai observé: j'ai vu, comme M. Velpeau, que certaines tumeurs présentent le caractère des tumeurs réputées bénignes; les tumeurs fibro-plastiques repullulent comme les autres. J'en pourrais multiplier ici les exemples que j'ai vus moi-même, ainsi que ceux qui ont été vus par MM. Bouley fils et Raynal qui, après avoir douté du fait, s'en sont convaincus depuis, notamment dans plusieurs cas où l'examen microscopique avait été fait par M. Robin.

M. Delafond, passant ensuite à la question de la texture microscopique du cancer, entre dans de longs développements que l'heure avancée ne lui permet pas de terminer. Nous reprendrons cette partie importante de son argumentation lorsquelle sera terminée.

— La séance est levée à cinq heures. La parole est réservée à M. Delafond pour l'ouverture de la séance prochaine.

Choléra à Londres.

Semaine du 4 au 11 novembre 1854.

Mortalité générale	1,460
— due au choléra	23
— due à la diarrhée	35
— due à la scarlatine	101
— due à la pneumonie	105

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne, 76,4 centim.; hauteur thermométrique moyenne, + 6° centigr.

Vents d'ouest; électricité positive.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Poggiale, professeur à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, est nommé pharmacien principal de 1re classe en remplacement de M. Laporte, retraité.

— Par décision ministérielle du 30 octobre 1854, les dix candidats (6 médecins et 4 pharmaciens) dont les noms suivent, reconnus aptes aux derniers concours, ont été commissionnés médecins et pharmaciens aides-majors stagiaires à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires:

Médecins: MM. Perriquet, Laval, Vialaneix, Huguet, Lagreula, Lex.

Pharmaciens: MM. Boussard, Vittard, Lamotte, Gélahert.

— M. le ministre de la guerre vient de prendre une décision portant que la solde de guerre est due à tous les chirurgiens sous-aides employés à l'armée d'Orient.

— *El Heltrado médico* annonce qu'à l'occasion de l'épidémie actuelle du choléra, l'Académie royale de médecine de Madrid vient d'adresser un exposé de motifs à la reine, par lequel elle demande qu'un projet de loi accordant des pensions aux veuves et orphelins des médecins qui ont succombé ou succomberont durant les épidémies en remplissant leurs devoirs professionnels, soit formulé par son gouvernement et soumis aux cortès constituantes.

— A Berja (Espagne), une primipare a donné le jour à trois enfants ayant chacun des membranes et un placenta séparés. Ce fait pourra servir à la théorie de la superfétation.

— M. le professeur Gerdy commencera son cours de pathologie externe le vendredi 24 novembre, à trois heures.

— M. le professeur Wurtz a commencé son cours de cbimie médicale samedi à onze heures moins le quart, et doit le continuer à la même heure les mardis, jeudis et samedis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tons les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'électrisation localisée, et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique; par le docteur Duchenne (de Boulogne), lauréat de l'Institut et de la Société de médecine de Gand, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc. Un fort volume in-8° de 930 pages, avec 108 figures dans le texte. Prix: 11 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Traité du diagnostic médical, ou Guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies; par V.-A. Racle, médecin des hôpitaux, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1854. Un vol. in-12 de 579 pages. Prix: 5 fr. A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Code médical, ou Recueil des lois, décrets et règlements sur l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France; par Amédée Annette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. 2e édit., revue et augmentée. Paris, 1854. Un vol. in-12 de 470 pages. Prix: 4 fr. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Sourd.

Paris, — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 139. — SAMEDI 25 NOVEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 139. — SAMEDI 25 NOVEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 • Un an. . . 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

Il y a un an ces jours-ci que nous annoncions une nouvelle invasion du choléra à Paris. Serions-nous assez heureux pour pouvoir clore cet anniversaire en annonçant la cessation définitive de l'épidémie? L'état sanitaire de la ville ainsi que des hôpitaux nous permet de répondre à peu près affirmativement, quoique le dernier bulletin des hôpitaux accuse une légère augmentation pour les deux derniers jours sur les jours précédents. Oui sans doute, l'épidémie peut être considérée comme terminée à Paris, ainsi qu'elle paraît l'être également dans toute la France. Nous ne saurions en effet considérer comme une persistance de sa part les quelques cas rares de choléra qui se déclarent encore çà et là et de loin en loin, soit dans les hôpitaux, soit en ville; ce sont autant de cas isolés dus pour la plupart à des causes qui en expliquent assez naturellement le développement, et qui semblent en quelque sorte naître et s'éteindre sur place, sans lien ni corrélation aucune entre eux, sans qu'on y puisse voir une émanation ou une source de foyers épidémiques.

Une autre circonstance justifie encore cette appréciation de l'état sanitaire actuel, c'est une sorte de manifestation finale de l'épidémie, telle qu'on en a vu généralement à la suite des épidémies précédentes. Tous les médecins qui ont vu le choléra à d'autres époques, notamment celui de Paris en 1832 et 1849, celui de Marseille et de Toulon en 1835 et 1836, peuvent se rappeler que chaque fois la cessation de la maladie a été marquée par une extrême fréquence de diarrhées n'ayant plus aucun des caractères des selles cholériques, mais consistant en un simple flux bilieux qui n'était jamais compliqué ni suivi d'accidents cholériques proprement dits.

Ce phénomène s'observe en ce moment même à Paris. Ce n'est pas dans les hôpitaux, mais en ville, qu'on peut le constater. Il n'est presque pas de praticien à qui nous ayons eu l'occasion de faire part de ce que nous avons constaté à cet égard qui ne nous ait dit avoir fait la même observation. Un de nos confrères du Xe arrondissement, en particulier, nous a dit avoir été appelé récemment dans une maison dont tous les habitants, sans exception, depuis la loge du concierge jusqu'aux mansardes, avaient eu en même temps la diarrhée. Aucun d'eux, du reste, n'a eu depuis le moindre symptôme cholérique. Le même fait a été constaté dans un assez grand nombre d'autres habitations.

Toutefois, si ces quelques cas isolés de choléra, qui semblent se succéder en nombre et à intervalles tout juste suffisants pour alimenter les colonnes des bulletins hebdomadaires, ne sauraient plus être considérés comme l'expression d'une influence épidémique persistante, ils n'en méritent pas moins d'être pris, à un autre point de vue, en sérieuse considération. Nous avons déjà plusieurs fois exprimé la crainte que l'épidémie une fois dissipée, le choléra ne restât dans nos murs à l'état de maladie sporadique, susceptible de se développer spontanément d'une manière endémique, sans qu'on ait à en chercher la cause désormais dans une importation ou une sorte de pérégrination de l'élément cholérigène; tout comme nous le voyons depuis plusieurs siècles pour d'anciennes épidémies importées de contrées lointaines, et qui ont acquis dans nos climats le triste droit de naturalisation. Nous considérons la persistance de ces cas isolés dont presque chaque jour nous offre un exemple ou deux comme le premier indice de la réalisation de cette crainte.

Quoi qu'il en soit de cette vue de l'esprit à laquelle on ne refusera pas les apparences au moins de la réalité et qui s'appuie d'ailleurs sur plus d'une analogie, il suffit que, sous quelque influence que ce soit, nous ayons encore de loin en loin à combattre quelques manifestations isolées du choléra pour que toutes les questions qui s'y rattachent, et particulièrement celles qui ont trait au traitement, conservent toujours leur intérêt et leur actualité. Aussi continuerons-nous, tout en n'y consacrant que le temps et l'espace qui ne seront pas réclamés par de plus importants sujets, à entretenir nos lecteurs de tout ce qui nous paraîtra de nature à accroître nos connaissances ou nos ressources thérapeutiques en fait de choléra.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LE CATHÉTÉRISME OPIACÉ.

Pour rester fidèle dès aujourd'hui à cet engagement, nous ferons connaître à nos lecteurs le moyen récemment proposé par M. le docteur Riberi, de Turin (1), pour combattre quelques accidents du choléra. Ce moyen, quelque excentrique qu'il puisse paraître au premier abord, nous semble mériter en réalité d'être sérieusement considéré, émanant d'ailleurs d'une autorité respectable. Si nos souvenirs ne nous trompent pas, nous croyons nous rappeler qu'une idée à peu près semblable avait déjà été émise par M. le professeur Piorry.

Encouragé par les bons effets de l'extrait d'opium introduit dans les parties profondes de l'urètre et dans le vagin contre plusieurs affections nerveuses, telles qu'ischurie et coliques spasmodiques, hernies étranglées, etc., M. Riberi a eu l'idée de l'essayer dans le choléra dans le but de calmer les crampes, le ténesme de la vessie et de l'anus, la *barre* cholérique, etc. Ce moyen aurait parfaitement réussi, ainsi que cela ressortirait d'un certain nombre d'observations publiées dans un journal de médecine militaire. Dans l'intervalle de 10 à 30 minutes, d'après M. Riberi, l'opium introduit dans la partie prostatico-membraneuse de l'urètre procure, en général, un sommeil de quelques heures, et à l'issue de ce sommeil il y a réaction ou commencement de réaction. Quelquefois, au lieu de sommeil, l'opium affaiblit seulement la violence des symptômes cholériques, et c'est alors qu'après de nouvelles introductions il produit le sommeil.

On se sert simplement pour obtenir ce résultat d'un cathéter en gomme élastique enduit d'opium; on renouvelle cette introduction plusieurs fois dans l'espace de deux ou trois heures, si cela est jugé nécessaire. Il est bien entendu que ce moyen ne devrait pas être mis en usage, pour l'opium au moins, dans certains cas bien connus où l'emploi de ce médicament est contre-indiqué. Mais ce qui est dit ici pour l'opium serait également applicable à tout autre agent susceptible d'être absorbé par la même voie.

Quel est le degré d'activité absorbante de l'urètre? L'absorption y reste-t-elle active, alors qu'elle est annihilée dans la plupart des grandes surfaces muqueuses? Ce sont autant de points à éclaircir préalablement par l'expérimentation et que nous soumettons à ceux de nos confrères qui, se trouvant encore en présence de quelques cas de choléra, jugeraient utile d'essayer ce moyen.

Voici le bulletin des hôpitaux et de la ville à dater du 9 novembre, jour où s'est arrêté notre dernier compte rendu du choléra. On a pu voir dans le dernier numéro le bulletin de Londres, qui accusait aussi une décroissance rapide et le déclin de l'épidémie.

Décès du 3 au 16 novembre.

	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
En ville.	1	5	2	3	3	0	0	0	2	0	2	0	7	2
Dans les communes rurales.	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	2	5	2	3	5	0	0	0	3	0	2	1	7	2
Dans les hôpitaux civils et militaires. .	6	5	2	3	3	2	0	0	1	1	2	3	6	1
Totaux.	8	10	4	6	8	2	0	0	4	1	4	4	13	3

(1) Dans une lettre récemment adressée à M. le docteur Mélier.

FEUILLETON.

DE LA SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS.

(M. DIDAY *. — M. PUTÉGNAT, de Lunéville **.)

Il y a quelques années la syphilis des nouveau-nés était décrite sur le modèle nosographique de la syphilis des adultes; on en avait fait une syphilis en miniature. Les modernes législateurs de la syphilis avaient promulgué pour les enfants comme pour les adultes la nécessité d'une porte d'entrée du mal par l'inoculation accidentelle, involontaire ou préméditée. Depuis lors la science a rapidement marché, et voilà qu'aujourd'hui, malgré les réclamations des intéressés, il y a une syphilis des enfants dont l'étiologie est radicalement différente de celle de la syphilis des adultes, et voilà que la transmission des accidents syphilitiques secondaires, niée par tant de médecins, entre définitivement dans la science par la *porte des exceptions*, pour renverser la doctrine exclusive de Hunter. De pauvres petits enfants auront accompli cette merveille.

Cette année a vu paraître deux ouvrages sur la syphilis des nouveau-nés: l'un grand prix du concours de Bordeaux, et l'autre mention honorable du même concours. Ce sont les ouvrages de MM. Diday (de Lyon) et Putégnat (de Lunéville). Ces deux ouvrages auront un grande et juste retentissement. Différents dans la forme, ils se ressemblent beaucoup par le fond, et c'est plaisir que de voir deux observateurs d'école si différente se rencontrer ainsi sur le terrain de la science et de la vérité.

M. Putégnat a exposé les symptômes de la syphilis des enfants système par système, à la peau, sur les muqueuses, sur le système lymphatique, dans les viscères, etc., en commençant par les symptômes du système cutané. Il a ensuite indiqué les causes de la syphilis congéniale et de la syphilis infantile acquise, faisant la juste part aux rares inoculations accidentelles qui par la mère ou par des personnes étrangères peuvent être l'origine de la contagion d'accidents syphilitiques primitifs, et aux faits de contagion d'accidents secondaires des étrangers aux enfants. Quant à la syphilis congéniale, M. Putégnat l'attribue à l'infection du germe par le père, par la mère, par le père et la mère à la fois, en s'occupant avec soin de toutes les questions secondaires qui se rattachent à cet important problème étiologique. Il aborde enfin la question si malheureusement contestée par MM. Ricord et Cullerier de la transmission des accidents secondaires des enfants aux nourrices, et il la résout par l'affirmative, comme elle doit être résolue aujourd'hui. Il rapporte des observations personnelles à l'appui de son opinion, observations importantes qui grossissent le catalogue déjà très nombreux des faits de ce genre. M. Putégnat a fait avec soin le diagnostic de la syphilis, et a consacré en terminant quelques pages au traitement de cette maladie.

Sauf l'admission un peu trop facile par l'auteur de quelques phénomènes ou symptômes réputés syphilitiques par d'autres médecins trop peu exigeants, le livre de M. Putégnat est à l'abri de toute critique; c'est un ouvrage bien fait, et surtout appuyé sur des observations exactes et datant déjà d'une époque éloignée. Il sera très utile aux médecins qui s'occupent spécialement de ce sujet.

Le livre de M. Diday est bien plus étendu que le précédent, et se distingue par un choix assez sévère des observations qui lui servent de base. Il est d'un style clair, simple, élégant, et les passions que soulève la doctrine de la syphilis ont été complétement mises de côté. M. Diday, qui s'appelle encore élève de M. Ricord, par suite sans doute d'une ancienne habitude, a tout à fait oublié les leçons du maître. Il a voulu parler sérieusement le langage de la science, et a montré que c'était toujours chose possible, même quand il s'agit de syphilis. Non moins opposé au maître quant aux doctrines, M. Diday a au moins cherché à adoucir les regrets de la séparation. Je ne sais si à force d'esprit il pourra se faire pardonner son schisme, mais il est certain que ses efforts méritent d'être pris en considération. Il a imaginé la plus charmante théorie de conciliation qu'il soit possible d'inventer pour rapprocher les adversaires et les partisans du fait de la transmission des accidents secondaires. J'y reviendrai un peu plus loin, car je ne parle ici que du mérite et de l'esprit général de l'ouvrage. Sauf quelques imperfections de détails et quelques citations inexactes, ce livre est fort remarquable et appelé à un très légitime succès.

Un court et savant historique lui sert d'introduction. Vient ensuite l'étiologie. Les questions relatives à l'origine de la syphilis par le père y sont parfaitement bien indiquées, sinon résolues, et M. Diday a rapporté à l'appui de son opinion un certain nombre d'observations curieuses qui méritent bien le choix qu'il en a fait. Il ne faudrait pas cependant que ces observations et bon nombre d'autres renfermées dans son livre fussent soumises au crible critique des syphiliographes, qui torturent tous les faits qui les gênent et les dénaturent par des plaisanteries de vaudeville. M. Diday a établi la possibilité de la transmission de la syphilis du père à l'enfant, le père seul étant affecté. Il croit aussi qu'un homme atteint de syphilis peut, en cohabitant avec une femme enceinte, donner directement cette maladie au fœtus sans avoir infecté la mère. Eu égard à l'étiologie de la syphilis par la mère, il indique l'influence de la mère infectée avant le moment de la conception, l'influence de la mère infectée après la conception, l'influence combinée des deux parents, enfin l'étiologie de la syphilis acquise après la naissance. C'est dans ce dernier chapitre que

* *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Un vol. in-8°. Chez Victor Masson.

** *Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés*, par Putégnat (de Lunéville). Chez J.-B. Baillière.

Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils depuis le 8 novembre.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total.	Sorties.	Décès.
Du 9 novembre,	3	1	4	6	1
10 »	1	0	1	2	3
11 »	3	1	4	5	5
12 »	2	3	5	4	1
13 »	1	3	4	3	2
14 »	2	0	2	1	3
15	4	1	5	2	6
16 »	1	1	2	1	1
17 »	2	2	4	1	3
18 »	2	3	5	8	3
19 «	1	1	2	4	0
20 »	3	0	3	3	3
21 »	3	7	10	3	6
22 «	6	4	10	1	5
Totaux.	34	27	61	44	42

Situation générale au 22 novembre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,763
Sorties.	3,116	6,647
Décès.	3,531	
Restant en traitement.		116

Traitement de la sciatique par le cautère pansé avec des pois narcotiques.

La sciatique est une des affections contre lesquelles on a été le plus prodigue des ressources de la thérapeutique active. Il serait superflu de rappeler ici les moyens infiniment variés qui ont été alternativement préconisés et employés avec plus ou moins de succès contre cette cruelle affection. Cette richesse d'agents thérapeutiques ne prouve qu'une chose, c'est qu'aucun d'eux n'a une efficacité assez constante pour qu'on puisse s'y fier exclusivement et se priver du concours utile des autres. Il ne faut pas craindre dans ce cas de procéder par tâtonnements, et, lorsqu'un moyen qui a eu du succès dans d'autres circonstances vient à échouer, on ne doit pas hésiter à essayer successivement chacun de ceux que l'expérience a consacrés. Parmi ces moyens, il en est un qui est indiqué dans la deuxième édition du *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux et qui, à en juger par le résultat que nous eu avons pu constater récemment, nous paraîtrait mériter d'être employé plus souvent qu'il ne l'a été jusqu'ici : nous voulons parler de l'insertion de pois narcotiques dans une petite plaie, ou sorte de cautère, pratiquée sur le point d'émergence du nerf sciatique. L'effet de cette médication nous a paru d'autant plus remarquable qu'il s'est manifesté dès la première application et après l'usage infructueux et longtemps continué d'une méthode qui dans d'autres circonstances a compté aussi d'incontestables succès.

Voici le fait :

Une femme de trente-six ans, couchée au n° 6 de la salle Saint-Bernard, est entrée le 22 septembre pour une douleur sciatique des plus intenses, datant d'une vingtaine de jours, et qui la tenait clouée dans son lit dans la plus absolue immobilité et entièrement privée de sommeil.

Dès les premiers jours de son séjour à l'hôpital, elle fut mise à l'usage de la térébenthine par la bouche et en lavement (de 1 à 2 grammes dans un julep et 6 grammes dans un lavement).

Après un mois environ de ce traitement, non-seulement les douleurs n'étaient point calmées, mais elles avaient pris en dernier lieu une intensité toujours croissante. M. Trousseau prescrivit alors l'application du cautère médicamenteux sur le point d'émergence du nerf sciatique.

On sait que ce mode de traitement consiste à pratiquer une incision pénétrant jusqu'au tissu cellulaire entre le grand trochanter et l'ischion. Dans cette espèce de cautère on introduit en guise de pois des bols de grosseur variable contenant un mélange de poudre de belladone et d'opium.

Voici la formule des pois prescrits par M. Trousseau :

Belladone.	1 gramme.
Extrait d'opium.	1 —
Poudre de gaïac.	2 —
Mucilage de gomme adragante. . .	q. s.

pour faire 20 pois.

Le premier pansement fut fait le vendredi 10 novembre.

Le lendemain la malade accusait déjà une amélioration notable ; elle disait avoir beaucoup moins souffert ; elle avait dormi quelques heures, ce qu'elle n'avait pu faire les nuits précédentes. — Même prescription.

Le jour suivant le résultat n'avait pas été à beaucoup près aussi satisfaisant que la veille. Non-seulement l'amélioration de la veille ne s'était pas accrue, mais le bénéfice du premier pansement semblait même avoir été en partie perdu. La malade n'avait pas dormi, et elle ressentait ses douleurs presque aussi intenses que l'avant-veille. Cependant la même prescription fut continuée, et le troisième pansement eut le même résultat heureux que le premier, c'est-à-dire du repos et un amendement notable de la douleur.

On eut alors l'explication de l'infidélité apparente du remède à la deuxième application : on apprit par l'élève du service chargé du pansement de cette malade qu'il avait par mégarde mis dans la plaie des pois à cautère ordinaires au lieu des pois médicamenteux. Cette erreur involontaire, qui a coûté à la malade un jour de souffrance de plus, a eu, en compensation, l'avantage de servir de contre-épreuve, et de mettre hors de doute l'influence bienfaisante du médicament. En effet, à dater de ce moment le pansement a été fait régulièrement tous les jours pendant une semaine encore environ, et la malade a continué à en éprouver le même bienfait, si bien qu'en ce moment, où l'on a cessé l'emploi de ce moyen, elle ne souffre presque plus du tout.

La guérison sera-t-elle complète et se maintiendra-t-elle? C'est ce que nous ne serions pas encore en mesure d'affirmer. Mais il reste acquis au moins que ce mode de pansement a produit immédiatement un soulagement très notable, qui s'est continué en augmentant de jour en jour, et qui persiste même après qu'on en a cessé l'usage.

Hernie crurale arrêtée dans le canal crural et étranglée par le ligament de Gimbernat.

Malgré les travaux nombreux dont les hernies ont été l'objet dans ce derniers temps, leur histoire est loin d'être complète. Il est un point surtout sur lequel les chirurgiens ne sont pas d'accord; nous voulons parler du siége et de la cause de l'étranglement. Ainsi, pour les hernies crurales, on a tour à tour admis et rejeté l'étranglement par les fibres aponévrotiques de l'orifice interne, l'étranglement par le collet du sac. A un moment donné, après les beaux travaux de MM. Malgaigne, Velpeau et Demaux, on a cru que souvent la constriction était opérée par les fibres du *fascia cribriformis* éraillé dans un point quelconque de son étendue. Le ligament de Gimbernat, sur qui l'on faisait exclusivement peser l'accusation autrefois, est absous aujourd'hui par beaucoup de pathologistes. C'est pour lui restituer sa part d'action que nous publions le fait suivant d'une hernie arrêtée dans le canal crural et étranglée par le ligament de Gimbernat, observé et recueilli avec le plus grand soin et dans les meilleures conditions possibles par M. Leplat, interne du service de M. Demarquay, à la Maison de santé.

Mme X..., âgée de quarante-six ans, entre le 23 octobre à la Maison de santé pour une hernie étranglée depuis trois jours. Elle a eu trois enfants; elle est d'une petite taille, d'une constitution chétive ; elle avait sa hernie depuis dix ans à peu près; elle l'avait contractée à la suite de son deuxième accouchement. Jamais elle n'a porté de bandage. Du reste, elle n'était pas incommodée par sa petite tumeur, qu'elle faisait rentrer et sortir à volonté. Il y a trois jours, à la suite d'un effort pour soulever un paquet, elle sentit sa hernie acquérir tout à coup un volume inaccoutumé; des douleurs, des coliques se sont manifestées ; bientôt les vomissements ont commencé; la figure s'est altérée. Un médecin a été appelé. Préoccupé sans doute par l'épidémie régnante, il croit avoir affaire à un cas de choléra, et institue un traitement conforme à son diagnostic. Sur une indication de la malade, l'erreur est reconnue. Mme X... est immédiatement transportée à la Maison de santé, où elle est opérée sur-le-champ.

Etat actuel. — Le visage de la malade est très altéré; le pouls petit, fréquent, concentré. Les vomissements de matières fécales se répètent souvent ; le ventre est météorisé, douloureux ; les garde-robes sont supprimées depuis quatre jours. La malade est étendue sur le dos ; sa cuisse gauche est légèrement fléchie sur l'abdomen. Dans l'aine gauche, existe une tumeur de la grosseur d'un petit œuf; elle siége au-dessous du ligament de Fallope, en dedans des vaisseaux fémoraux; elle est dure, rénitente, douloureuse à la pression, pas ou très peu mobile. La réduction, essayée à plusieurs reprises, est complétement impossible.

L'opération, considérée comme urgente, est pratiquée de la manière suivante, sans chloroforme, à cause de l'état de faiblesse de la malade et à cause des vomissements, qui continuent d'avoir lieu pendant l'opération : un pli vertical est fait à la peau qui recouvre la tumeur; un bistouri plongé à sa base, le tranchant en haut et parallèlement au pli de l'aine, opère une incision transversale. M. Demarquay fait tomber sur cette première incision transversale une autre incision verticale qui dégage complétement la tumeur. La malade étant très maigre, et ses tissus n'étant infiltrés ni de graisse ni de sérosité, il est facile d'enlever couche par couche, lamelle par lamelle les différentes enveloppes de la hernie. M. Demarquay procède avec beaucoup de ménagements, et arrive sur le fascia cribriformis, qu'il met à nu dans toute l'étendue de la tumeur. L'aponévrose cribriforme est aisée à reconnaître pour tous les assistants; c'est bien elle *avec son aspect particulier, avec sa texture caractéristique*. Ainsi voilà un fait parfaitement acquis : la hernie ne fait pas saillie à travers le fascia cribriformis; celui-ci n'est pas le siége de l'étranglement. L'opération se poursuit par l'incision de l'aponévrose et par celle du sac. La hernie est constituée par une anse d'intestin grêle et par un petit prolongement épiploïque; il y a très peu de liquide dans le sac. L'intestin est fortement congestionné; il est distendu par des matières gazeuses et semi-liquides. Le péritoine est éraillé, mais dans une petite étendue. Le doigt, porté du côté du collet du sac et de l'anneau crural, reconnaît facilement que c'est bien là qu'a lieu l'étranglement. M. Demarquay fait un large débridement sur le collet du sac et le ligament de Gimbernat, attire au dehors l'anse intestinale reconnaît qu'elle n'est ni ulcérée ni gangrenée au niveau de l'étranglement, fait la réduction, et termine l'opération en appliquant un pansement simple sans réunion. — 20 grammes d'huile de ricin sont ordonnés, mais la malade va une dizaine de fois à la garde-robe avant de les prendre; son pouls devient très petit. Des vo-

se montre la prudente réserve de M. Diday, la distance infranchissable qui le sépare des doctrines de son ancien maître M. Ricord, et enfin la théorie de conciliation à l'aide de laquelle il voudrait rapprocher les opinions les plus opposées. Convaincu maintenant de la transmission des accidents syphilitiques secondaires du nouveau-né à la nourrice, il fait de la syphilis infantile une maladie spéciale ayant presque un virus particulier, distinct de celui de la syphilis des adultes, et il dit : *Le grand caractère de la syphilis congéniale est de donner naissance à des manifestations symptomatiques contagieuses par le fait, quoique secondaires par la forme.* On pourrait vivement attaquer ce paradoxe ingénieux, mais cela nous conduirait bien loin; nous préférons ne voir dans cet aveu pathologique qu'un hommage rendu à la vérité du fait de la transmission des accidents secondaires.

La transmission de la syphilis par le lait est également indiquée par M. Diday avec le plus grand soin, et, chose extraordinaire, ce fait, que tant de personnes refusent d'admettre, est admis comme infiniment probable par le savant syphiliographe de Lyon. Il y a loin, comme on voit, de cette sage conduite au positivisme ridicule de l'école syphiliographique moderne, qui invente toujours, quand ils n'existent pas, les chancres secrets laissés dans la maison par un vase, une cuiller de bois, un domestique, un rasoir ou un officier de cavalerie en activité de service.

Dans l'exposition des symptômes, M. Diday a décrit les phénomènes syphilitiques les uns après les autres, sans méthode préconçue, plutôt que de les rattacher, comme certains auteurs, aux systèmes organiques dont ils font partie. C'est peut-être un tort. Il eût mieux valu, n'ayant pas l'évolution des phénomènes pour guide, les étudier successivement dans le système cutané, dans le système lymphatique, muqueux, fibreux, osseux, dans les viscères, etc. A part cette observation sur la forme, cette partie de l'ouvrage est traitée avec un grand talent de clinicien et ne laisse rien à désirer.

C'est à l'occasion du pronostic que M. Diday s'occupe de la transmission de la syphilis secondaire des enfants aux nourrices, et à cet égard il adopte les opinions récemment soutenues par MM. Bouchut et Vidal, dont il augmente l'importance par ses observations personnelles. C'est un fait grave dans l'histoire contemporaine de la syphilis, que cet acquiescement d'un spécialiste des plus distingués à la doctrine de la transmission des accidents secondaires des enfants aux nourrices. Il n'y aura pas à lui opposer cette fin de non-recevoir, qu'il a dû se tromper, qu'il n'a pas toute l'expérience désirable, et autres aménités de ce genre qu'on adresse aux adversaires de la doctrine syphilitique moderne. Le doute et la négation ne sont plus possibles. Le nombre des observations est aujourd'hui trop considérable, et il faut désormais accepter la doctrine de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis. C'est là un résultat immense; et M. Diday n'eût-il fait que contribuer à l'établir d'une manière définitive, cela aurait suffi à lui mériter le grand prix de la Société médicale de Bordeaux.

La quatrième partie de l'ouvrage est consacrée aux considérations médico-légales qui se rattachent à la syphilis infantile et aux différents motifs qui peuvent guider les magistrats dans l'appréciation si délicate des questions qui leur sont soumises à cet égard, quand il s'agit de dommages et intérêts pour les nourrices réellement infectées par des nourrissons syphilitiques. Il y avait là matière à exercer la pénétration et la sagacité de M. Diday ; il s'en est tiré en maître.

Dans la cinquième et dernière partie, il s'occupe du traitement de la syphilis des nouveau-nés, qu'il divise en traitement préventif et en traitement curatif. C'est, en effet, chose difficile que de donner un bon avis sur la situation d'hommes jadis syphilitiques, aujourd'hui exempts de tout symptôme, et qui désirent savoir s'ils peuvent se marier sans compromettre la santé de leurs futurs enfants. M. Diday professe que tout individu actuellement atteint de syphilis primitive ou constitutionnelle est inhabile au mariage s'il n'a pas subi de traitement général. C'est encore avec doute qu'il conseille le mariage aux individus guéris des accidents syphilitiques; car nul ne peut dire avec certitude ce que seront leurs enfants. Toutefois, si les accidents ont disparu depuis longtemps, s'ils n'ont pas été très graves, si le traitement spécifique a été bien fait, le mariage est possible.

Souvent le médecin n'est consulté que trop tard, le mariage étant consommé. Que devra faire le médecin pour empêcher les enfants d'être syphilisés? Des indications sont différentes avant et pendant la grossesse, et M. Diday les a exposées avec le plus grand soin. Quand les enfants naissent avec la syphilis, il pense qu'il faut les traiter immédiatement, et leur fait prendre les remèdes indirectement, par l'intermédiaire du lait de la nourrice, d'une chèvre ou d'une ânesse mercurialisées, ou directement, en administrant aux enfants les remèdes antisyphilitiques.

Dans ce dernier cas, il a recours aux médicaments donnés à l'intérieur ou à l'extérieur. Mais comme très souvent les enfants ne supportent que difficilement dans l'estomac les préparations qu'on leur donne, c'est par l'extérieur et par la méthode endermique qu'il les leur fait absorber. C'est au mercure que M. Diday accorde en tout cas la préférence ; il conseille à l'intérieur le sublimé à la dose d'un vingtième, un dixième et un quart de grain par jour; à l'extérieur, les bains de sublimé ou les frictions d'onguent mercuriel sous l'aisselle. Il ne donne les préparations iodurées que dans les cas exceptionnels, et lorsqu'il y a chez les enfants des phénomènes syphilitiques tertiaires.

Cet ouvrage a complétement réalisé ce qu'il annonçait au début : dogme, exposition, diagnostic, expertises médico-légales et thérapeutique, toutes ces parties ont été traitées avec une attention et un soin dignes des plus grands éloges, et qui feront le succès de l'œuvre et de son auteur. — A. Bernard.

missements de matière verte porracée épuisent la malade, qui meurt le lendemain de l'opération.

A l'autopsie, on trouve une péritonite. Telle a été la cause de la mort. Restait à déterminer le siége véritable de l'étranglement. Est-ce le collet du sac? Est-ce le ligament de Gimbernat? Le collet du sac est examiné avec le plus grand soin : il ne présente aucun épaississement, aucune induration; il n'offre pas même de traces d'inflammation; à son niveau, le péritoine est aussi mince, aussi sain que dans le reste de l'étendue du sac.

Ainsi l'étranglement siége à n'en pas douter au niveau de l'anneau, car la hernie ne fait pas saillie à travers une éraillure de l'aponévrose cribriforme, car il n'y a aucun épaississement du collet du sac; il n'y a d'ailleurs ni brides, ni adhérences, ni dispositions particulières de l'épiploon qui puissent l'expliquer. *Le ligament de Gimbernat est la cause de l'étranglement;* il ne peut rester de doute dans l'esprit de ceux qui ont assisté aux différentes phases de l'opération et à l'examen nécroscopique.

Hydrocèle enkystée du cordon. — Présence de spermatozoaires dans le liquide du kyste.

Le fait suivant, qui présente de l'intérêt sous le double point de vue physiologique et pathologique, nous est communiqué par M. L. Liégard, interne du service de M. Laugier à l'Hôtel-Dieu.

H... (Noël), layetier-emballeur, âgé de soixante-dix ans, entra le 6 novembre 1854 au n° 42 de la salle Sainte-Marthe.

Voici l'historique de sa maladie : il y a quatre ans environ, une petite tumeur de la grosseur et de la forme d'une lentille apparut sur le trajet du cordon spermatique droit. Cette petite tumeur était mobile; je la faisais aller entre mes doigts, dit le malade, elle y glissait, et je me demandais ce que cela pouvait être. Bientôt elle grossit, s'allongea lentement et sans jamais occasionner de douleur, mais seulement de la gêne, et le 6 novembre H... se présenta à l'Hôtel-Dieu pour s'en faire débarrasser.

A la visite du mardi 7, M. Laugier examina la tumeur; il reconnut et fit remarquer aux assistants qu'elle était irréductible, légère et translucide. Cette dernière propriété, constatée à l'aide d'une bougie, permit de signaler la présence du testicule à la partie inférieure des bourses, où on le reconnaissait très bien à la teinte sombre donnée par lui à cette partie examinée à contre-jour. Se fondant, en outre, sur les renseignements fournis par le malade sur le mode de développement, M. Laugier diagnostiqua une hydrocèle enkystée du cordon et annonça l'opération pour le lendemain.

Le mercredi 8, les bourses furent rasées avec soin, et la ponction fut pratiquée sur la partie moyenne de la hauteur de leur face antérieure. L'hydrocèle avait environ le volume d'un petit œuf de poule, et la canule du trocart laissa écouler à peu près deux cuillerées d'un liquide sur lequel nous allons revenir. On fit ensuite une injection de teinture d'iode au tiers; on la maintint pendant quatre minutes en contact avec les parois du kyste, et pendant ce temps-là H... se plaignit de vives douleurs dans le trajet du cordon. Puis l'injection fut évacuée à son tour; on retira la canule, et l'on recouvrit les parties d'un large cataplasme, après les avoir relevées à l'aide du suspensoir horizontal.

Ce suspensoir, très ingénieux, est dû à M. Lefort, interne des hôpitaux. C'est une plaque épaisse de gutta-percha; elle est en forme de carré long, offrant une échancrure sur l'un de ses bords. On place cette échancrure au-dessous et en arrière du scrotum, qui se trouve ainsi maintenu élevé sur une sorte de tablier prenant d'autre part un point d'appui sur la partie supérieure des cuisses rapprochées. Le scrotum, placé en élévation par ce procédé, peut néanmoins être enveloppé dans des topiques émollients ou résolutifs.

Quant au liquide extrait du kyste, il offrait une coloration inaccoutumée; il était blanchâtre comme de l'eau de chaux, il était d'une consistance aqueuse et d'une saveur salée. M. Broca assistait à l'opération, et il assura, d'après l'aspect de ce liquide, qu'il devait contenir des spermatozoaires; on ne put le coaguler ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique. M. Broca reconnut à l'aide du microscope la présence de ces animalcules, et le fait a aussi été constaté par M. Ch. Robin.

Les jours suivants il y eut un peu de tuméfaction et de douleur dans le kyste injecté, mais pas de fièvre; puis la tumeur est entrée en résolution. Son volume a diminué de moitié, et aujourd'hui (15 novembre) le malade est considéré comme à peu près guéri; il sortira prochainement de l'hôpital.

HOPITAL BEAUJON. — M. HUGUIER.

Arrachement de la phalangette de l'annulaire avec le tendon du fléchisseur profond. (1)

Pierlot (Félix), quinze ans, serrurier, entré le 27 octobre. Ce malade présente l'état suivant :

La phalangette de l'annulaire de la main gauche a disparu. Ce doigt présente une plaie où l'extrémité de la deuxième phalange fait saillie, et qui est limitée par la peau divisée nettement et obliquement de manière à être plus longue d'un centimètre à la face palmaire; la face dorsale de la phalangine est dépouillée de téguments dans sa moitié inférieure.

D'après le récit du malade, l'extrémité du doigt ayant été prise entre deux plaques de fer qui se rapprochaient fortement, celui-ci a exercé une traction désespérée en prenant point d'appui par le thorax. La phalangette s'est séparée dans son article, et a entraîné deux décimètres du tendon avec un peu de tissu musculaire.

On désarticule la phalangine sans toucher aux téguments.

Depuis l'accident, le malade va très bien. La plaie, qui a été rapprochée par des bandelettes, est réunie en partie; mais il n'y a eu ni douleur, ni tuméfaction quelconque sur le trajet du tendon.

Aujourd'hui, onzième jour, le malade va très bien.

(1) Ces observations ont été présentées à la Société de chirurgie.

Avulsion complète de la main au niveau de la première rangée du carpe, avec diverses autres lésions moins graves.

Fougeret (Denis), vingt-huit ans, mécanicien, entré le 3 novembre. Ce malade travaillait dans une usine, le pan de sa blouse a été pris par un arbre tournant, et il a été entraîné de manière à avoir fait, dit-on, une vingtaine de tours; en même temps sa main gauche s'est trouvée prise entre une partie plus épaisse de l'arbre et le mur très voisin, et a été complétement séparée de l'avant-bras. Cette partie de la machine présente probablement une saillie qui, d'après les traces qu'on retrouve, a passé obliquement sur le poignet avant d'avoir assez de prise pour l'entraîner.

Une hémorrhagie peu abondante a été arrêtée par un pansement immédiat.

Examiné le lendemain, le malade présente les lésions suivantes :

La main gauche a été séparée complétement de l'avant-bras, et a entraîné avec elle la plupart des tendons. La plaie est inégale et ne donne pas de sang; la peau qui la limite est, du côté dorsal, divisée au niveau des autres parties, c'est-à dire à peu près à la hauteur de l'articulation médio-carpienne. Du côté palmaire et interne, elle forme un lambeau inégal d'environ 1 centimètre et demi. La surface de la plaie présente quelques caillots et les débris des ligaments et des tendons des radiaux qui ont été coupés à ce niveau; la palpation fait reconnaître qu'il reste encore quelques débris des os du carpe.

M. Huguier, considérant que la plaie pourra se réunir, enlève un de ces débris à l'aide d'une pince et du bistouri : c'est la tête du grand os fracturé.

Outre cette lésion principale, on trouve à la main droite les doigts médius et annulaire privés de leur extrémité; la perte de substance comprend la phalangette et la tête de la deuxième phalange, qui a été fracturée. Les plaies sont inégales, contuses. Le petit doigt de cette main est aussi contusionné fortement à son extrémité, et l'ongle arraché. Le malade ne peut expliquer le mode de production de cette lésion.

Il existe enfin une forte contusion à la face dorsale du pied gauche et une division du bord de la lèvre supérieure, qui n'a que quelques millimètres d'étendue.

On réunit la plaie de l'avant-bras gauche avec des bandelettes, de manière à utiliser autant que possible le lambeau palmaire. Aucune ligature n'a été nécessaire, soit au moment de l'accident, soit le lendemain.

L'étude de la main arrachée montre que la peau a été divisée obliquement suivant une ligne allant de la partie externe de l'articulation radio-carpienne à l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, tant à la face palmaire qu'à la face dorsale, où existe en outre un lambeau long et étroit dont les bords suivent la même direction.

Les os sont divisés eux-mêmes suivant la même direction, mais un peu plus haut, de manière qu'en dedans le trapèze et le trapézoïde sont intacts, ainsi que la partie inférieure du scaphoïde, qui a subi une fracture nette; mais on ne peut retrouver sa portion supérieure dans les os extraits du moignon.

Le grand os a perdu sa tête, ainsi que nous l'avons dit. En dedans, la lésion a porté sur l'os crochu, qui est broyé, et dont il ne reste que quelques débris. Enfin, l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien a aussi été entamée à sa partie interne. Le semi-lunaire et peut-être le pyramidal et le pisiforme sont donc restés dans la plaie.

Quant aux autres parties, tous les tendons des muscles qui se rendent de l'avant-bras à la main ont suivi celle-ci; et présentent une longueur libre de 18 à 23 centimètres, avec plus ou moins de tissu musculaire resté adhérent.

Il faut en excepter les tendons des radiaux externes et ceux des extenseurs du médius et de l'annulaire, qui ont été divisés à peu de distance au-dessus du poignet. Ceux des cubitaux manquent complétement.

Les principales artères (branches de la cubitale, radio-palmaire, radiale, dépassent de 1 à 2 centimètres la division de la peau; elles sont comme étirées et étroites, et la gaîne cellulaire est conservée plus loin que les autres tuniques, qui sont divisées nettement. Cette disposition n'existe pas sur la radiale, qui a un orifice béant et paraît même manquer de la tunique celluleuse.

Les nerfs ont également été étirés. Cet état est surtout remarquable sur le médian, dont il est resté 2 décimètres adhérents à la main; mais il s'amincit graduellement jusqu'à l'extrémité, et il ne contient guère que du névrilème.

M. H. Larrey insiste sur la cause la plus habituelle de ces mutilations. Il la trouve dans les vêtements flottants que portent les ouvriers, et qui sont facilement saisis par les arbres tournants des machines. Il appelle sur ces faits toute l'attention de l'autorité supérieure, et pense que certains règlements de police pourraient, en imposant un costume particulier aux hommes qui travaillent dans les machines, prévenir de si graves accidents.

M. Desormeaux confirme l'opinion de M. Larrey, en rappelant que dans une certaine fabrique de tels accidents, jadis fréquents, sont devenus rares depuis qu'on a imposé aux ouvriers une sorte de veste justaucorps, et qui ne peut être saisie par les machines tournantes.

— M. Fano présente une exostose de l'os temporal sur laquelle il communiquera de plus amples détails à la Société.

FISTULE SALIVAIRE SE DÉCHARGEANT PAR LE NEZ.

Nous croyons devoir donner place à ce fait, quoique le traitement qui a été employé n'ait pas été encore couronné de succès; et bien que ce soit une petite infirmité dont il est facile au malade d'éviter les inconvénients en observant de tenir la tête bien droite ou un peu renversée en arrière au moment où il prend ses repas, c'est là un fait si rare, que nos lecteurs ne seront peut-être pas fâchés de le connaître.

L'homme qui fait le sujet de cette observation avait été traité par M. Malgaigne pour un abcès fistuleux situé à la partie inférieure de la joue gauche. Après une opération sur laquelle les détails manquent, il fut guéri pendant plusieurs mois; mais dans le courant d'avril 1854 la fistule se reproduisit à la même place, et c'est alors que le malade vint consulter M. Denonvilliers.

Dans l'hypothèse d'un abcès symptomatique, d'une affection de l'os maxillaire supérieur, abcès devenu fistuleux et compliqué de l'ouverture du conduit de Sténon dans son trajet, M. Denonvilliers mit à découvert, au moyen d'une incision verticale, les os malades, les réséqua avec une forte serpette, enleva également tout le trajet fistuleux, et réunit ensuite les parties molles à l'aide de la suture entortillée. Il espérait attaquer ainsi le mal dans sa source, supprimer le trajet fistuleux et fermer le sinus maxillaire, enfin rejeter le conduit de Sténon vers l'intérieur de la bouche, c'est-à dire restituer à la salive son cours naturel.

L'espoir de l'opérateur ne fut qu'en partie réalisé; car, si la fistule extérieure fut guérie, le sinus maxillaire resta ouvert au fond du sinus gengivo-labial, et le conduit de Sténon fut dirigé du côté de ce sinus, de telle sorte que la salive, après l'avoir traversé, vint retomber dans la fosse nasale du côté correspondant.

La quantité de liquide qui s'écoule ainsi à chaque repas est d'environ 30 grammes; il tombe goutte à goutte, assez rapidement, et d'autant plus facilement que la tête est plus inclinée en avant ou plus penchée vers le côté droit. Lorsqu'elle est rejetée en arrière, le liquide cesse de couler par la narine, et le malade sent le fond de la gorge mouillé. M. Denonvilliers ayant introduit une canule déliée par l'orifice buccal du sinus, la salive s'est écoulée par cette voie et a cessé de tomber par la narine. Depuis quelques semaines, on remarque que la quantité de salive diminue notablement, ce qui permet d'espérer que cet écartement anormal pourra cesser entièrement. (*Gaz. hebd.*)

RÉTRÉCISSEMENT DE L'OESOPHAGE

traité avec succès par la dilatation.

Il est des résultats que l'on ne saurait mettre trop souvent sous les yeux des médecins pour les encourager à persévérer davantage dans l'emploi de certains moyens; la guérison définitive n'est souvent qu'à ce prix. La dilatation, par exemple, est recommandée pour le traitement du rétrécissement de l'œsophage. Mais dans combien de cas le malade et le médecin ont-ils l'un et l'autre assez de persistance pour assurer par ce mode de traitement une guérison radicale? C'est ce qui nous engage à emprunter au docteur Wolff le fait suivant :

Au mois d'octobre 1851, ce médecin fut appelé à donner des soins à un tailleur âgé de vingt-six ans qui, par mégarde, avait avalé, au mois de novembre 1850, une petite quantité d'acide sulfurique. Il en était résulté d'abord des accidents aigus, puis une difficulté dans la déglutition qui avait toujours été en augmentant, et qui en était venue au point que non-seulement les aliments solides ramollis, mais même les aliments liquides ne passaient qu'avec une grande difficulté.

Il existait un rétrécissement au tiers inférieur de l'œsophage, rétrécissement que l'extrémité de la plus petite bougie ne franchissait qu'avec la plus grande difficulté. Du reste, la santé générale était bonne. La dilatation fut commencée, le 5 novembre, par l'introduction d'une petite bougie en corde à boyau. Au fur et à mesure que le malade s'habituait à ce traitement, et qu'il apprenait à vaincre les nausées et les vomissements, la sonde était introduite deux fois par jour et laissée en place plus longtemps. Tous les six jours on la changeait contre une plus forte.

Les progrès de l'amélioration étaient si remarquables, que le 20 décembre on introduisit la plus grosse bougie que l'on pût se procurer, et qu'à partir du 1er janvier on pouvait y introduire deux des plus fortes bougies réunies ensemble.

Le malade apprit bientôt lui-même à faire cette introduction des bougies, et il était tellement désireux de guérir que par son zèle inconsidéré il amena des accidents inflammatoires. Ces accidents furent combattus par l'ingestion d'une émulsion huileuse épaisse, et le traitement fut interrompu pendant quelques jours pour être repris et continué du 26 février au 27 mars, jour de la sortie du malade. L'œsophage était assez large pour permettre l'introduction de trois des bougies les plus fortes réunies, et la déglutition des aliments solides se faisait aisément. Bref, en sept semaines, sans tenir compte de l'interruption forcée du traitement, le malade était guéri. M. Wolff ajoute en terminant que les bougies de corde à boyau ne durent pas longtemps et se défilent après quelques jours. (*Ann. der Charité zu Berlin.*)

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MARCHE ET DU MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA.

Par M. le docteur A. Thiberge, maire de Bussières-lez-Belmont, président du conseil général de la Haute-Marne. (1)

Le village de Bussières renferme 1,550 habitants. Les habitations sont disposées sur les versants de trois petites vallées amenant

(1) Nous devons à l'obligeance de notre ami M. le docteur Thiberge de pouvoir joindre à ce travail intéressant le plan de la commune, sans lequel il serait difficile de suivre la filiation des cas. A. F.

des cours d'eau médiocres qui se réunissent au centre du village. Au-dessous du village la vallée perd de sa pente, et la réunion des trois ruisseaux s'écoule plus lentement qu'en amont. La principale des trois vallées est ouverte du nord au midi ; la seconde vient du nord-ouest, la troisième de l'est. Au centre du village, dans un lieu fort aéré, dégagé d'habitations et entouré de nombreux arbres à haute tige, le cours de la rivière est élargi ; l'écoulement de l'eau est lent : cette disposition est due à la coutume d'utiliser la retenue d'un moulin inférieur pour abreuver le bétail et laver les chevaux.

Les habitations sont convenablement espacées, entourées de nombreuses plantations d'arbres d'une belle végétation ; des forêts couronnent les coteaux et se prolongent jusqu'aux abords des habitations. Les rues sont larges, propres, macadamisées dans le milieu avec des rigoles d'écoulement ; elles sont presque toutes ouvertes du nord au midi.

Le sol est une dépendance des contre-forts des Vosges (terrain keuperien) ; un point granitique est à la proximité du village, qui est assis sur des marnes irisées et un grès blanc (quader-sanstein) très perméable.

Les habitations sont en général saines et bien disposées, les habitants convenablement nourris ; la charité publique et la sollicitude de l'administration avaient mis les plus pauvres à l'abri des effets de la mauvaise année 1853-54.

Pendant l'épidémie et depuis son début, une température élevée avait succédé à de longues pluies ; les vents N. et N.-E. avaient remplacé les vents S. et S.-O., qui sont plus constamment régnants dans le pays. Le baromètre se soutenait à son maximum de hauteur et le thermomètre centigrade s'élevait à 25° ou 28° + 0 à l'ombre.

Bussières a été envahi par la suette dans les premiers jours de juillet ; le 15 on comptait 250 malades. Les communes environnantes (le Fayl-Billot, situé au N.-E. à 6 kilomètres, à l'origine des eaux et de la vallée principale ; Genevrières, à 5 kilomètres à l'est ; Frettes, à 7 kilomètres au N.-E.) comptaient de nombreux cholériques ; Bussières était épargné.

On avait multiplié les visites préventives ; les deux médecins du village, activement secondés par trois sœurs de la Providence de Langres, institutrices dans la commune, par le curé et le vicaire (l'un des médecins est maire), avaient réussi à guérir beaucoup de malades atteints de la diarrhée prémonitoire. La suette n'a presque jamais offert de gravité ; elle a présenté plusieurs fois des symptômes d'intermittence qui ont cédé à l'emploi du sulfate de quinine.

Le 20 juillet, Anne Hallée, âgée de trente-trois ans, femme de François Plubel, qui en allant à Frettes (village envahi par la suette et le choléra) avait contracté la suette, fut, malgré les deux médecins de Bussières, qui l'avaient vue ensemble à Frettes, ramenée à Bussières dans un état de convalescence douteuse. Le soir de son arrivée elle fut prise d'un accès de choléra qui fut promptement marqué par les symptômes les plus graves ; cependant, à force de soins, on parvint à amener une bonne réaction. Après la période algide et un commencement de cyanose, la suette reparut avec une abondante éruption miliaire (symptôme rare pendant l'épidémie), et la malade finit par se rétablir complétement, mais après une longue convalescence. *Maison n° 1 du plan.*

Le 1er août, après dix jours, Jeanne-Nicolas Morisot, âgée de soixante-quinze ans, belle-mère d'Anne Hallée, fut prise des symptômes du choléra à quatre heures du matin avec une violence telle que, depuis l'invasion jusqu'au décès, qui eut lieu par asphyxie à midi, il n'y eut aucune rémission. *Maison n°* 2. (Jacques Plubel, fils de Jeanne Morisot, qui était venu de Genevrières, lieu de son habitation, pour donner des soins à sa mère, fut pris du choléra en rentrant chez lui et mourut quinze heures après).

Le 4 août, J.-B. Blanchard, âgé de soixante-dix-sept ans, vieillard asthmatique et apoplectique, succomba à huit heures du matin, après avoir éprouvé les symptômes caractéristiques du choléra : selles blanches, crampes, refroidissement, cyanose, asphyxie. *Maison n°* 3.

Le même jour, Bénigne Garnier, cultivateur, âgé de quarante-trois ans, homme fort et vigoureux, qui avait aidé à porter au cimetière le corps de J.-B. Blanchard, est attaqué à cinq heures du soir et meurt le 5 août, à deux heures du matin. *Maison n°* 4.

Le même jour, Auguste Thuillier, paveur, constitution usée par la misère et des excès de boisson, âgé de quarante-huit ans, tombe malade en travaillant à sa carrière, et meurt le 5 août, à cinq heures du matin. *Maison n°* 5.

Jean Frison, cinquante et un ans, qui avait porté le corps de Blanchard, est pris à cinq heures du soir, le même jour ; et meurt le 5, à trois heures après midi, sans qu'on ait pu modifier en rien la violence de la maladie. *Maison n°* 6.

Le même jour, Servule Epaminondas, l'un des porteurs de J.-B. Blanchard, est attaqué à cinq heures du soir ; chez lui on a pu obtenir une bonne réaction : il a guéri. *Maison n°* 9.

Le 5 août, Maurice-J.-B. Blanchard, quarante-quatre ans, malade de la suette depuis vingt jours, succomba après des symptômes cholériques par l'effet de symptômes typhoïdes et cérébraux. *Maison n°* 8.

Le 6, Mennétrier Royer, cinquante et un ans, *maison n°* 9, l'un des porteurs de J.-B. Blanchard, meurt par asphyxie après une violente attaque rebelle à tous les moyens employés.

Le même jour, meurt Marguerite Mennétrier, cinquante-quatre ans, sœur du précédent, *maison n°* 10 ; elle avait donné des soins à Thuillier.

Le 7 août, meurt Pierre-Nicolas Blanchard, trente ans ; symptômes de choléra se manifestant après une suette de vingt jours. *Maison n°* 11.

Le 10 août, Emond Gardiennet, âgé de quatre ans. *Maison n°* 12.

— Marie Grapotte, femme Gardiennet, trente ans, mère du précédent, meurt dix heures après son enfant, sans réaction possible. *Même maison n°* 12.

— Nicolas Blanchard, soixante-trois ans, *maison n°* 13 ; il avait donné des soins à Thuillier et à Marguerite Mennétrier.

— A sept heures du soir, Marie Viardot, belle-mère de Marie Grapotte, soixante et un ans, *maison n°* 12. Cette femme, dont la maladie s'est prolongée pendant trois jours, avait été la première attaquée dans la maison.

Le 12 août, succombe Marie Tisserand, soixante-quatorze ans, mère de Maurice-J.-B. Blanchard. *Maison n°* 8.

Le 15 août, Apolline Raincourt, quarante-quatre ans, après une réaction, assez franche d'abord, succombe à des symptômes typhoïdes ; elle allaitait un enfant de trois mois pendant la période cholérique et la réaction ; après la mort de sa mère, l'enfant a été légèrement indisposé et s'est complétement rétabli. *Maison n°* 14.

Le 17 août, succombe Marie-Marguerite Tisserand, femme Donnot, trente-deux ans, enceinte de huit mois, belle-sœur de Bénigne Garnier, *maison n°* 15.

Les 18 et 19 août succombent, dans la *même maison n°* 16, Louise Gérard, quatorze ans, et Marie Lions, soixante-quinze, sans qu'on ait constaté aucune communication avec les lieux précédemment infectés.

Le 20 août, François-Hubert Dondey, soixante-huit ans, *maison n°* 17.

— Nicolas Donnot, trente-sept ans, mari de Marguerite Tisserand, meurt, *maison n°* 15, après quelques heures de maladie.

— J.-B. Hutinet, trente-neuf ans, *maison n°* 18, sans communications avec les malades précédents.

— Anne Gardiennet, femme Couchut, vingt-quatre ans, fille de Marie Viardot, *maison n°* 12, qu'elle avait soignée, meurt *maison n°* 19.

Le 21 août, Anne Gardiennet, soixante-sept ans, *maison n°* 20 ; elle avait soigné Anne Gardiennet Couchut, sa nièce, et Marie Viardot, sa belle-sœur.

— J.-B. Marchand, soixante-trois ans, meurt *maison n°* 21.

— Catherine Royer, veuve Donnot, soixante-treize ans, mère de Nicolas Donnot, succombe, après avoir été vingt jours malade de la suette, *maison n°* 12.

— *Même maison,* Thérèse Donnot, trente-quatre ans, après avoir donné de soins à son frère et à sa belle-sœur, morts dans la *maison n°* 15.

Le 23 août, Julien-Nicolas Prudent, cinq ans, *maison n°* 23.

— Marie-Louis-Didier Regnaud, curé de la paroisse, qui avait visité les malades et s'était émotionné de leurs souffrances au delà de toute expression, *maison n°* 24.

— Gabrielle Mathey, veuve Frionnet, quatre-vingt-un ans, *maison n°* 25.

Le 24 août, Marie Durand, femme Degrave, trente-quatre ans, *maison n°* 26.

— George-Abel Couchut, vingt-quatre ans, mari d'Anne Gardiennet, *maison n°* 19, et Maurice Mongin, *même maison.*

Le 26 août, Marie-Eugène-Maurice Blanchard, onze mois, fils de Pierre Blanchard, *maison n°* 11.

Le 28 août, Anne Pernot, soixante-quatorze ans, *maison n°* 27, belle-mère de J.-B. Hutinet, qu'elle avait soigné, *maison n°* 17.

Le 29 août, Marie Gennuyt, soixante-trois ans, *maison n°* 21.

— Marguerite Lacordaire, soixante-huit ans, *maison n°* 28.

— *Même maison,* J.-B. Hutinet, mari de Marguerite Lacordaire.

Le 7 septembre, Charles Marchand, vingt-quatre ans, fils de Marguerite Gennuyt, *maison n°* 21.

Le même jour, Claire Seguin, quatre-vingt-sept ans, *maison n°* 29.

Ont été guéris du choléra caractérisé par les selles blanches et les vomissements de même nature, l'extrême faiblesse du pouls radial, l'extinction de la voix, le refroidissement, la cyanose et les crampes (ce dernier symptôme a été rare) :

Marguerite Renaud, vingt-cinq ans ; Maurice Renaud, quarante-sept ans ; Maurice Renaud fils, vingt-trois ans ; Elisa Renaud, dix-neuf ans ; François Renaud, soixante-trois ans, *maison n°* 14.

Nicolas Bourrier, vingt-huit ans, beau-frère de Bénigne Garnier, *maison n°* 30 (14 août).

Garnier-Masson, bûcheron, trente-huit ans, *maison n°* 31 (7 août).

Gérard-Roman, trente-huit ans ; sa femme, trente-six ans ; François Gérard, leur fils, douze ans, *maison n°* 16 (20 août).

Blanchard-Brulez, *maison n°* 32 (10 août).

Servule (Epaminondas), trente-six ans, 8 août, *maison n°* 7.

Blanchard-Bournot fils, neuf ans ; sa mère, Marie Bournot, trente-huit ans, *maison n°* 33.

Marie Tisserand, femme Bénigne Garnier, trente-six ans ; Marie Garnier, trois ans (9 et 15 août), *maison n°* 4.

Marguerite Viardot-Clément, soixante-trois ans (15 août) ; Tisserand (Maurice), vingt-huit ans, *maison n°* 34.

Marguerite Lacordaire, femme Thuillier, trente-huit ans, *maison n°* 5 (15 août).

Xavier Delamotte, quarante-cinq ans (17 août), *maison n°* 35.

Anne Lefort, femme Pierre Blanchard, vingt-quatre ans, *maison n°* 11.

François Plubel, quarante-sept ans, Marie Hallée, trente-trois ans, *maison n°* 1.

Brarvillier, trente-huit ans ; son fils Eugène, deux ans, *maison n°* 36, à l'écart du village.

Veuve Braconnier, trente-cinq ans, *maison n°* 38 (29 août).

François Grosmaire, quarante-sept ans, *maison n°* 39 (9 août).

Veuve Seguin, cinquante-huit ans, *maison n°* 40 (13 août).

Pierre Collin, trente-sept ans, *maison n°* 27 (25 août).

Michelin Frionnet, trente-huit ans, *maison n°* 41 (1er septembre).

39 cholériques ont succombé du 20 juillet au 15 septembre, 32 ont été guéris ; 32 sont morts par asphyxie sans réaction, 7 ont succombé après la réaction sous l'effet de symptômes typhoïdes ou cérébraux : Apolline Raincourt, Nicolas Blanchard, Maurice Blanchard, M. Regnaud, curé, Charles Marchand, Abel Couchut, Anne Gardiennet et sa femme.

Je n'ai pas voulu, je le répète, faire l'histoire des épidémies de suette et de choléra qui ont envahi la commune confiée à mon administration, mais seulement soumettre à la réflexion d'observateurs plus en position que moi de recueillir un grand nombre de faits, une suite de ces faits dont j'ai confirmé l'exactitude par des *dates* et des *noms,* et que je livre sans commentaires.

Je ne veux pas donner des armes en faveur de la contagion. Les sœurs, les médecins de la localité, M. le curé et son vicaire ne se sont pas épargnés dans les soins qu'ils ont donnés aux malades ; ils ont séjourné au milieu d'eux, les ont frictionnés, nettoyés, pansés ; ni les uns ni les autres n'ont eu le choléra, excepté M. le curé, qui a succombé pour s'être laissé trop émotionner par l'aspect des misères et des souffrances qu'il avait sous les yeux. Un des médecins du village a été pris de la suette le 2 août, mais il avait vu des cholériques à Frettes et à Genevrières. Aucun des médecins du département n'a eu le choléra.

Le plan joint à ces notes fera connaître que l'épidémie n'a procédé que par groupes de maisons, et j'ajoute par groupes de familles.

S'il est certain que le choléra n'est pas contagieux à la manière de la gale, de la syphilis, de la variole, etc., il est non moins certain qu'il se transmet ; reste à savoir comment, et ce qu'il faudrait faire pour empêcher cette transmission. De toutes mes observations, ce que j'ai le plus constamment remarqué, c'est que dans la transmission la démoralisation a joué un grand rôle, et que ceux-là surtout ont été victimes qui étaient déjà dominés par la frayeur.

Voici le résumé statistique du mouvement des malades du 1er juillet au 15 septembre :

Malades :	147 hommes	Morts :	17 hommes
—	190 femmes	—	21 femmes
—	25 enfants	—	6 enfants
	360		43

Sur ce nombre 360, il y a 71 cholériques, 39 morts ; 2 décès par d'autres causes (une tumeur organique de l'estomac et une hernie négligée), 2 enfants jumeaux morts en naissant.

La délégation triennale de MM. Lecomte, Destouches et Delacour, en qualité de professeurs suppléants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, vient d'être renouvelée pour une nouvelle période de trois ans.



BUSSIÈRES-LEZ-BELMONT (HAUTE-MARNE.)

A. Eglise.
B. Bureau de bienfaisance.
C Presbytère.

Dessiné et gravé par JUDÉ.

La Soeur.
Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.

Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 NOVEMBRE 1854.

Séance de l'Académie des Sciences.

La candidature ouverte devant l'Académie des sciences pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie fait affluer devant le docte aréopage les travaux et les communications de nos plus savants et habiles chirurgiens. Si l'on ajoute aux deux mémoires de MM. Laugier et Gerdy le rapport lu par M. Bernard au nom de la section de médecine et de chirurgie chargée par l'Académie de rédiger un programme pour le prix du legs Bréant, et deux communications relatives à la question depuis longtemps et toujours débattue de l'identité ou de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, on aura, comme on voit, un contingent de médecine assez respectable pour une séance.

On ne peut qu'approuver l'esprit que la section a apporté à la rédaction du programme pour le prix Bréant. Cette rédaction, parfaitement conforme aux intentions du testateur, est telle qu'on devait l'attendre des membres de la commission, c'est-à-dire nette et précise, à l'abri de toute équivoque, et exclusive par avance de toutes prétentions illusoires ou mal fondées Nous nous permettrons toutefois une petite remarque, au sujet des conditions relatives au prix annuel accessoirement institué dans la sage prévision que la solution des questions relatives au prix de 100,000 fr. pourrait être lointaine. La commission a agi assurément avec une grande prudence en apportant les plus grandes restrictions aux conditions du prix principal. Mais plus ces restrictions étaient légitimes, et plus il convenait de les accumuler autour du but principal, plus aussi nous eussions aimé à voir l'Académie interpréter largement la disposition accessoire par laquelle M. Bréant a entendu encourager les travaux qui auront fait avancer la question.

Nous ne nous dissimulons pas que l'objet des recherches jugées dignes d'encouragement ayant été spécifié par le testateur, l'Académie a dû se croire liée ; mais il est à craindre qu'ainsi restreintes les conditions du prix annuel ne soient presque aussi difficiles à réaliser que celles du prix définitif, et que les intentions philanthropiques du testateur ne se trouvent par là en partie paralysées d'avance.

Quant aux nombreuses prétentions qui se sont produites jusqu'ici, le rapport en a fait une justice sommaire en déclarant qu'aucune des conditions stipulées n'a été remplie. Personne assurément, si ce n'est les intéressés eux-mêmes, ne s'étonnera d'un pareil jugement.

Nous ne pourrions dire ici que trop ou trop peu de chose des lectures de MM. Laugier et Gerdy, qui touchent, l'une à une question de physiologie et d'anatomie pathologique des plus intéressantes et des plus neuves, l'autre à la question toujours actuelle, bien que déjà vieille, de la guérison radicale des hernies. L'extrait que nous publions de ces deux mémoires donnera certainement aux lecteurs une idée suffisante de leur importance. — Dr Brochin.

Nous sommes heureux d'annoncer que le décret relatif au nouveau tarif des frais d'études va recevoir son application dans un sens de justice et de libéralité que les observations de MM. les professeurs de la Faculté ne pouvaient manquer de faire prévaloir dans l'esprit de M. le ministre de l'instruction publique.

On sait que, par suite du déplacement qu'on a fait subir aux droits d'inscription et d'examen, et qui reporte à la dernière année scolaire la somme la plus considérable à acquitter, les élèves en cours d'études pourvus de la totalité ou de la plus grande partie de leurs inscriptions, et n'ayant plus que leurs examens à subir, se trouvaient avoir à verser encore une somme qui, jointe à celle qu'ils avaient déjà payée, dépassait le total du tarif fixé par le nouveau décret pour la totalité des études.

Il a suffi que cette situation ait été exposée à l'administration par M. le doyen et par M. l'inspecteur général des Facultés de médecine pour qu'elle ait immédiatement adopté une mesure transitoire. Par cette mesure, il sera fait pour les élèves qui se trouvent dans la position prévue une remise qui sera répartie sur chacun des droits d'examen qu'il leur reste à acquitter, jusqu'à concurrence de la somme totale fixée par le nouveau décret; de telle sorte que tous les élèves actuellement en cours d'études sans distinction, comme ceux qui ne les auront commencées qu'à partir de la promulgation du décret, acquitteront également le nouveau tarif, mais pas un seul ne devra le dépasser. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Des différentes formes de syphilides (1).

VI. *Syphilide papuleuse.* — C'est sans contredit la forme la plus commune. Son caractère principal consiste dans l'existence de papules, ou petites saillies pleines, qui persistent sous cette forme et diffèrent des tubercules syphilitiques, dont il sera bientôt question, et par leur volume beaucoup plus petit, et par le défaut de tendance à l'ulcération.

Nous en reconnaissons deux formes principales : la forme lenticulaire et la forme papuleuse plate.

1° *Syphilide papuleuse lenticulaire.* — On la reconnaît à l'éruption d'une multitude de petites saillies offrant le volume d'une très petite lentille, avec aspect luisant et coloration en rouge brun très nettement accusée. Pas de prurit, pas de démangeaison ; et c'est là ce qui distingue la syphilide papuleuse des autres affections papuleuses (lichen, prurigo), dans lesquelles il y a, au contraire, de très vives démangeaisons. Au bout de quelques jours, les papules perdent leur aspect luisant; elles pâlissent, et le sommet se recouvre d'une légère desquammation; enfin, au bout d'un mois à six semaines l'élevure disparaît, et il reste à la place une petite tache cendrée qui revêt plus tard une teinte brune. Cette teinte brune finit par disparaître, et dans cet autre cas on voit à la place qu'elle occupait une dépression à peine sensible avec coloration blanchâtre qui semble accuser l'existence d'une cicatrice.

La syphilide papuleuse lenticulaire affecte surtout le tronc, particulièrement le dos, moins souvent le visage et les membres. Les papules sont très nombreuses et placées les unes à côté des autres, mais sans ordre, sans symétrie.

2° *Syphilide papuleuse plate.* — Ici les élevures sont à peine marquées; ce sont plutôt des taches saillantes que de véritables papules; elles ont à peu près les dimensions de pièces de 20 centimes. On les rencontre plus particulièrement au front, plus rarement sur le corps. Au bout de quelque temps, de luisantes qu'elles étaient d'abord, ces taches deviennent ternes et finissent par se transformer en une petite dépression. Dans d'autres cas, le centre guérit, et il ne reste qu'un liséré annulaire. Somme totale, la durée de cette affection est assez courte, et se borne à quelques semaines.

VII. *Syphilide squammeuse.* — Les squammes qui caractérisent cette variété de syphilide sont minces, assez adhérentes et présentent assez souvent à leur circonférence un liséré blanchâtre, sur l'importance duquel Biett et ses élèves ont beaucoup insisté, mais qui cependant ne s'observe pas constamment. Ces squammes reposent sur une surface brunâtre dont la teinte rouge cuivré a une grande importance pour le diagnostic, et n'offre qu'une saillie peu appréciable. On peut distinguer trois formes de syphilide squammeuse, dont les deux premières répondent aux deux principales formes du psoriasis ; ce sont : 1° la syphilide squammeuse, analogue au *lepra vulgaris* (lèpre syphilitique) 2° la syphilide, analogue au *psoriasis* (psoriasis syphilitique) ; 3° la syphilide cornée.

1° *Lèpre syphilitique.* — Les plaques squammeuses sont disposées en segments de cercle et constituent quelquefois un cercle entier. Cette forme s'observe surtout aux membres, et en particulier aux membres supérieurs.

2° *Psoriasis syphilitique.* — Les plaques écailleuses qui caractérisent cette syphilide ont une forme un peu arrondie, à peu près comme dans le psoriasis dartreux. Seulement les squammes, au lieu d'être épaisses et imbriquées, sont minces, fines, séparées les unes des autres, et reposent sur des surfaces d'un brun rougeâtre et à peine saillantes. Cependant nous devons convenir que dans certains cas le diagnostic est fort difficile : il faut alors pour déterminer la nature réelle de la maladie avoir recours à la recherche des phénomènes concomitants; mais c'est le traitement qui dans les circonstances douteuses vient apporter la certitude; car le mercure, sans action contre le psoriasis, ne tarde pas à faire justice de la syphilide. Ainsi, en dernière analyse, l'efficacité du traitement spécifique doit résoudre la question.

La lèpre syphilitique dont nous venons de parler et le psoriasis syphilitique, qui n'en diffère que par la disposition des plaques, suivent d'assez près les accidents primitifs, ordinairement sept à huit mois, deux ou trois ans au plus. Le siége le plus ordinaire, et ceci est à noter, est aux extrémités des membres, aux mains et aux pieds. Ainsi très fréquemment la syphilide squammeuse revêt les apparences du psoriasis *palmaria* ou *plantaris.* Ici la ressemblance est frappante avec le psoriasis ordinaire; il y a des gerçures, des fentes à la paume des mains et à la plante des pieds ; souvent aussi la maladie s'étend aux bords radial ou cubital de la main ou du poignet, et pour le pied aux alentours des malléoles. La maladie se manifeste sous forme de cercle ou de demi-cercle rougeâtre recouvert de squammes superficielles beaucoup plus minces que dans le psoriasis ordinaire. Rappelons-nous d'ailleurs que les *psoriasis palmaria* et *plantaris* sont assez rares.

3° *Syphilide cornée.* — C'est encore à la paume des mains et à la plante des pieds que se développe cette forme de syphilide squammeuse. L'épiderme racorni forme de petites plaques arrondies à peine saillantes qui rendent un son sec quand on vient à les percuter. Si l'on cherche à enlever cet épiderme, on voit qu'il est constitué par une écaille profondément enchâssée dans l'épaisseur du derme, à peu près comme cela a lieu dans les cors. La syphilide squammeuse cornée n'est pas rare, et elle succède assez promptement aux accidents primitifs auxquels elle doit la naissance.

VIII. *Syphilide végétante.* — Sous le terme un peu vague de syphilide végétante, nous réunissons des manifestations cutanées de la syphilis caractérisées par des verrues, des végétations et certaines éruptions particulières que les syphiliographes désignent sous le nom de *plaques muqueuses.* On rencontre assez habituellement la syphilide végétante sur les membranes muqueuses et les portions de peau qui avoisinent les ouvertures naturelles; ainsi, chez la femme, à la face interne des grandes et des petites lèvres, à l'anus et au pourtour de l'anus; chez l'homme, à l'entour de l'anus également et de plus sur le gland, sur le prépuce, sur le scrotum. On en voit encore sur les deux sexes à la commissure des lèvres et sur les ailes du nez; enfin, nous en avons rencontré au visage et jusque sur le cuir chevelu. Cette forme, dont l'étude appartient plutôt à l'histoire de la syphilis en général qu'à celle des éruptions cutanées ou syphilides proprement dites, est caractérisée par des plaques ou saillies offrant les caractères des membranes muqueuses, sécrétant une matière séreuse qui se concrète quelquefois et exhale une odeur repoussante. Dans la cachexie syphilitique, il n'est pas rare de voir des plaques muqueuses entre les orteils.

IX. *Syphilide tuberculeuse.* — Les tubercules dont l'existence caractérise cette forme spéciale de syphilides sont de petites saillies arrondies ou petites tumeurs peu dures et dont le volume varie depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'une noisette, d'une noix et même d'un œuf, comme nous en avons vu récemment un exemple dans le service de M. Bazin.

Il nous faut, pour la clarté et l'exactitude de notre description, admettre quatre formes de syphilide tuberculeuse, qui sont : 1° la *syphilide tuberculeuse en groupes ;* 2° la *syphilide tuberculeuse disséminée ;* 3° la *syphilide tuberculeuse perforante ;* 4° la *syphilide tuberculeuse serpigineuse.*

1° *Syphilide tuberculeuse en groupes.* — Les élevures tuberculeuses sont ici disposées par groupes de sept ou huit en forme de cercle ou de segments de cercle. Ces tubercules, de consistance assez molle, sont d'un rouge brun très marqué et entourés d'une auréole de même couleur. Au bout de quelque temps, le plus ordinairement sous l'influence d'un traitement approprié, ils s'affaissent et disparaissent entièrement. Dans beaucoup de cas, le lieu qu'ils occupaient est marqué par une dépression d'abord violacée, puis blanchâtre, et en forme de cicatrice. La syphilide tuberculeuse en groupes ne se termine jamais par ulcération.

2° *Syphilide tuberculeuse disséminée.* — A l'inverse de ce qui avait lieu tout à l'heure, les tubercules, en nombre indéterminé, sont disséminés çà et là sans ordre à la surface du corps. Les saillies, d'un volume variable, de la couleur brune caractéristique et entourées de leur auréole, ne me paraissent être en réalité qu'une modification de la syphilide papuleuse, dans laquelle les papules auraient pris un développement plus considérable que d'habitude. Ce qui le prouve, c'est que très souvent on observe à la fois ces deux sortes de lésions élémentaires : les tubercules et les papules.

3° *Syphilide tuberculeuse perforante.* — Nous allons maintenant vous parler d'une forme de syphilide beaucoup plus grave que les précédentes. Voici quels sont ses caractères et sa marche : deux ou trois tubercules placés les uns à côté des autres et dans un siége que nous vous ferons connaître bientôt, se développent avec les caractères de forme, de consistance, de couleur que nous vous avons déjà signalés; mais au lieu de se terminer par résolution, ils ne tardent pas à se ramollir et à s'ulcérer. Ces ulcérations se recouvrent de croûtes épaisses, noirâtres, quelquefois aussi épaisses que dans la forme décrite plus haut sous le nom de syphilide pustulo-crustacée. Quand ces croûtes viennent à se détacher, on aperçoit des ulcérations sur la nature desquelles il est impossible de se

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 novembre.

méprendre; ce sont des ulcérations à bords taillés à pic, à fond grisâtre, et qui tendent incessamment à s'accroître en profondeur, à *perforer* les tissus sous-jacents. La syphilide qui nous occupe ici affecte plus particulièrement le visage, assez rarement les membres. Au visage, elle se montre habituellement aux ailes du nez et aux lèvres. Souvent les malheureux qui en sont atteints nous présentent une destruction complète des ailes du nez, perforation de la lèvre supérieure, etc. Au bout d'un certain temps les bords des ulcérations s'affaissent, la cicatrisation s'empare des parties détruites, mais ce travail réparateur laisse des cicatrices indélébiles plus ou moins profondes et difformes, suivant la profondeur et l'étendue des parties ainsi dévorées.

4° *Syphilide tuberculeuse serpigineuse.* — La marche de l'ulcération se fait ici en longueur au lieu de se faire en profondeur. Les tubercules caractéristiques, peu saillants, au nombre de cinq ou six, placés les uns auprès des autres, s'ulcèrent à leur sommet et se revêtent d'une croûte noirâtre, mais qui n'atteint pas l'épaisseur de celles que l'on observe dans la forme perforante. Ces ulcérations s'étendent à la surface de la peau et décrivent des lignes courbes, *more syphilitico*. Au bout d'un certain temps, et en dehors de l'influence d'un traitement antivénérien, les ulcérations se ferment; mais en même temps il se montre un peu plus loin d'autres tubercules qui se comportent de la même manière, et sont remplacés par d'autres. On peut ainsi, chez un même individu, rencontrer des cicatrices blanches couturées déjà anciennes, des cicatrices violacées récentes, des ulcérations en voie de guérison, des ulcérations en pleine évolution rongeante, des tubercules ulcérés, et enfin des éruptions tout à fait récentes de tubercules encore intacts.

Traitement. — Le traitement des syphilides, est-il besoin de le dire? est et doit être le traitement que l'on oppose aux affections syphilitiques constitutionnelles.

On a proposé divers agents comme antisyphilitiques. L'or et l'argent ont été prônés par quelques auteurs; mais de toutes les substances réputées spécifiques un seul mérite réellement ce titre, c'est le mercure. Toutes les préparations pharmaceutiques qui ont pour base ce précieux métal jouissent contre les accidents vénériens d'une incontestable efficacité. Ainsi, sans chercher ailleurs ce que nous avons si facilement sous la main, nous nous bornons exclusivement à l'emploi des mercuriaux, et nous avons toujours eu à nous louer de cette préférence.

Toutefois, des différentes manières d'administrer le mercure, nous devons dire qu'il en est une qui nous paraît à la fois plus simple et plus efficace; c'est la combinaison du mercure et de l'iode administrés sous la forme pilulaire.

Voici la formule que nous employons le plus communément :

Proto-iodure de mercure.	1 gramme
Thridace.	2 grammes

Pour 40 pilules. On en donne d'abord une par jour, puis au bout de quelques jours une seconde, puis après un court espace de temps une troisième; puis dans certains cas une quatrième, dose que l'on ne doit presque jamais dépasser.

A l'emploi de ces pilules on joint, comme d'habitude, les tisanes au gaïac ou à la salsepareille, que l'on édulcore avec du sucre ou avec un sirop antisyphilitique.

Ce traitement suffit, la plupart du temps, dans les cas de syphilide exanthématique papuleuse ou pustuleuse simple. Mais quand on observe en même temps les phénomènes de la cachexie syphilitique, quand il y a des tubercules, des pustules comme celles de la forme pustulo-crustacée, le mercure pourrait ne pas être suffisant; il faut lui venir en aide au moyen des iodures. C'est alors l'iodure de potassium que vous devrez associer au traitement mercuriel, non pas dans une même préparation, mais séparément, à des heures différentes. Le malade prendra chaque jour de 1 à 2 grammes d'iodure de potassium et une ou deux pilules de proto-iodure.

Dans les cas graves, et particulièrement dans la forme tuberculeuse perforante, nous nous trouvons très bien de la préparation suivante, que nous vous recommandons tout particulièrement :

Eau distillée.	250 grammes
Iodure de potassium. . .	16 —
Bi-iodure de mercure. . .	5 centigr. à 1 décigr.

Nous avons ici recours au bi-iodure, parce que le proto-iodure est insoluble. On donne chaque jour de cette liqueur une cuillerée à bouche, qui représente à peu près 1 gramme d'iodure et 1/16 de grain (ancien système) de bi-iodure. Au bout d'un certain temps on peut doubler la dose, et donner deux cuillerées par jour.

Il est certaines circonstances dans lesquelles il faut avoir recours à des moyens locaux, à des topiques; ce sont quelquefois de simples émollients, des cataplasmes, comme quand il faut ramollir et faire tomber des croûtes assez minces et superficielles. Quand il s'agit de croûtes épaisses recouvrant des ulcérations profondes, il ne faut pas provoquer leur chute avant d'avoir modifié l'état général de l'économie. En procédant ainsi, la cicatrisation se fait sous les enduits crustacés, qui, n'étant plus retenus par rien, se détachent d'eux-mêmes et laissent voir l'ulcération tout à fait guérie.

Les ulcérations qui se manifestent dans les cas de syphilide tuberculeuse perforante ou serpigineuse, et même celles qu'accompagnent certaines syphilides pustuleuses, réclament quelquefois des moyens destinés à hâter leur cicatrisation. Voici une pommade dont j'ai souvent retiré d'excellents résultats :

Axonge.	30 grammes
Proto-iodure de mercure. .	50 centigr. à 1 gramme

Cette pommade sert au pansement des solutions de continuité.

Enfin, quand il y a cachexie syphilitique, il est plusieurs eaux minérales que l'on peut employer avec avantage, non pour le traitement proprement dit, mais pour consolider la guérison; ce sont plus particulièrement celles de Baréges, d'Aix (en Savoie) et de Bagnères-de-Luchon.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Kyste hydatique du foie. — Ponction avec le trocart explorateur. — Injection iodée. — Guérison.

Fourreau (Adolphe), âgé de trente-sept ans, peintre en bâtiment, était entré pour se faire traiter d'un rhume dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de janvier dernier, et pendant son séjour à l'hôpital il avait contracté une scarlatine grave avec accidents délirants, qui cédèrent merveilleusement aux affusions froides et à l'administration du musc et du camphre à l'intérieur. Il sortit de l'hôpital conservant un peu d'œdème des extrémités et de la face, mais sans qu'il y eût cependant d'albumine dans ses urines.

Deux jours après, il entrait à la Charité, ainsi que nous l'avons appris depuis, avec des accidents de suffocation et une douleur de côté pour laquelle on lui appliqua un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine en arrière.

Sorti de nouveau de l'hôpital après vingt-sept jours, se croyant parfaitement guéri, la douleur de côté revenait plus intense, et depuis cette époque il a été traité en ville par des vésicatoires, des sangsues et des bains alcalins.

Cette douleur dans le côté droit n'était pas chez lui chose nouvelle. Jouissant d'une bonne santé, ne faisant pas d'excès, livré à un travail peu fatigant et suffisamment rémunérateur, cet homme avait commencé à ressentir à l'âge de trente-cinq ans et demi une douleur assez vive dans l'hypocondre droit. Cette douleur contournait la base de la poitrine, se portait en arrière suivant une ligne horizontale qui marque l'axe du foie et irradiait en haut vers l'épaule droite. Elle était continue, mais avec des exacerbations qui le réveillaient dans la nuit et le forçaient quelquefois à s'asseoir au milieu de son travail. Cette douleur n'avait pas changé de caractère depuis le début de la maladie; elle n'avait été accompagnée d'aucun phénomène grave, et en particulier il n'y avait pas eu d'ictère. Les fonctions générales n'avaient pas souffert; le malade avait conservé l'appétit, et, sauf un peu de faiblesse dans les jambes, il eût pu se croire bien portant si la douleur du côté n'était venue lui rappeler par sa présence que quelque chose de pathologique s'accomplissait dans un point de l'organisme. C'était pour cette même douleur qu'il vint me prier de l'admettre de nouveau dans mon service le 27 juin dernier.

Les antécédents de ce malade, les douleurs éprouvées par lui vers le côté droit de la poitrine et par-dessus tout le développement du foie, qui dépassait le rebord des fausses côtes droites de deux travers de doigt, me firent penser à une pleurésie chronique, et lorsqu'un examen minutieux m'eut fait entendre la respiration dans tout le côté, quoique faible inférieurement, je persistai à penser à quelque épanchement enkysté entre le diaphragme et la base du poumon, comme j'en avais vu récemment un exemple, et l'idée ne me vint pas, je l'avoue, que ce malade portait peut-être dans le foie une altération grave.

En conséquence, la douleur fut combattue par les ventouses sèches et scarifiées, les applications de sinapismes et d'essence de térébenthine et les bains sulfureux.

Momentanément calmée, la douleur ne tardait pas à reparaître, et nous arrivâmes ainsi jusque vers la fin de juillet.

A cette époque, le malade appela mon attention sur un développement très marqué de l'hypochondre droit, surtout en dehors. Il m'apprit que ce développement, qu'il voyait se faire lentement depuis assez longtemps, avait beaucoup augmenté depuis son entrée, et je ne fus pas peu surpris de constater un refoulement en dehors des fausses côtes droites de plusieurs travers de doigt. Le foie ne s'était pas plus étendu par en bas que lors de l'entrée du malade à l'hôpital; il dépassait le rebord des fausses côtes à l'épigastre de trois à quatre travers de doigt; mais sous les fausses côtes en dehors il ne les débordait plus que d'un ou deux; le développement du foie paraissait s'être fait surtout en dehors et à droite.

Le foie était douloureux à la percussion, principalement à l'épigastre; mais la pression exercée entre les côtes, surtout en arrière, était assez douloureuse. Cette pression exercée entre les côtes en arrière, la main opposée étant placée en avant, me fournit également un renseignement très précieux : une espèce de ballottement, de fluctuation profonde, mais rien de pareil à ce qui a été décrit sous le nom de frémissement hydatique.

Le malade éprouvait profondément dans le foie des douleurs vives qui le forçaient à rester couché la plupart du temps; ces douleurs remontaient vers l'épaule, et le malade les comparait à des coups de bâton; elles irradiaient dans le dos et descendaient vers la région externe du foie.

Pas d'amaigrissement bien sensible; la face, très brune naturellement, ne portait aucune trace d'ictère.

L'appétit était diminué, mais les digestions étaient faciles et les selles naturelles.

Pas de nausées ni de vomissements, pas de toux ni d'expectoration, pas de faiblesse dans les membres.

Le 1er août, après avoir limité le foie avec soin par la percussion et après avoir constaté de nouveau la fluctuation dans cet organe avec une main appliquée en avant et les doigts de l'autre main glissés en arrière dans les espaces intercostaux, je plongeai un trocart capillaire dans l'hypocondre droit à 2 centimètres de la ligne blanche et à 3 centimètres environ du rebord des fausses côtes droites. L'instrument fut introduit obliquement, de bas en haut et de gauche à droite, dans la direction de la saillie si marquée des fausses côtes; lorsqu'il fut parvenu à 5 centimètres de profondeur, je retirai l'aiguille : rien ne s'écoula. Je replaçai l'aiguille, et, poussant le trocart dans la même direction à 8 ou 9 centimètres de profondeur, je vis s'écouler en retirant l'aiguille un liquide incolore et transparent comme de l'eau de roche. Des pressions méthodiques exercées sur l'abdomen et sur la base de la poitrine et des inspirations forcées exécutées par le malade amenèrent un affaissement immédiat de l'hypocondre droit et la sortie de 750 grammes de ce liquide, qui ne laissa déposer aucune poussière organique et qui ne renfermait pas trace d'albumine. Au lieu de retirer la canule, je profitai de sa présence pour faire une injection dans l'intérieur du kyste avec le liquide suivant :

Teinture d'iode.	50 grammes.
Eau distillée.	50 —
Iodure de potassium. . . .	2 —

L'injection, que j'abandonnai dans l'intérieur du kyste, ne détermina aucune douleur; au contraire, l'évacuation du liquide fut suivie d'un soulagement immédiat.

Une heure après, quelques phénomènes d'iodisme se manifestèrent: céphalalgie frontale, sécheresse des narines et de la gorge, un seul éternument.

Quatre ou cinq heures après la ponction survint une douleur dans l'hypocondre droit et entre les épaules.

Dans la soirée, il y eut un frisson suivi de fièvre et dans la nuit peu de sommeil.

Le 2 août la peau est chaude, la face animée, le pouls accéléré (96 à 100 pulsations), la respiration un peu haute (à 42), tendance à la moiteur, langue sèche, violacée; coloration violette de la muqueuse bucco-pharyngienne, mal de gorge. Peu de différence dans la matité hépatique, constatée avant l'opération; la voussure des fausses côtes droites, qui avait disparu après l'évacuation du liquide, s'était reproduite en partie. La tension de l'hypocondre était cependant beaucoup moindre; les urines rendues une heure après l'injection contenaient une grande proportion d'iode. L'excrétion urinaire avait été très abondante; pas de garde-robe depuis plusieurs jours.

Traitement. — 25 sangsues à la région hépatique; sulfate de soude, 45 grammes; tartre stibié, 0,10 dans un pot de bouillon aux herbes; cataplasme sur le ventre; 1 pilule d'opium; bouillons.

Le 3 août, soulagement très marqué à la suite de l'application des sangsues. Vomissements abondants après l'éméto-cathartique; pas de garde-robe. Ce matin le malade se trouve bien; cependant la peau est chaude, le pouls fréquent (96-100); soif; pas d'appétit; toux quinteuse. La muqueuse buccale est moins violacée.

Traitement. — Résine de jalap et de scammonée, ãã 0,60; calomel, 0,20.

Le 4, le malade a éprouvé encore des douleurs dans l'hypocondre droit, surtout quand il est couché sur cet hypocondre. La peau continue à être chaude. Bouche amère, langue collante, blanchâtre; soif vive, toux quinteuse, pas d'appétit, deux garde-robes.

Traitement. — 20 sangsues sur l'hypocondre droit.

Le 5, même état que la veille, sauf un peu moins de sensibilité à la région de l'hypocondre. — Bain sulfureux; 1 pilule d'opium; bouillons; potages.

Le 6, amélioration marquée; peu de chaleur à la peau; pouls fréquent, petit, à 92. La muqueuse buccale est toujours violacée, mais peu de douleurs dans l'hypocondre; l'appétit a reparu.

Le 9, l'amélioration a fait des progrès. Très peu de douleurs; le pouls à 84; constipation. On constate que le foie a diminué de volume. — Scammonée et calomel, ãã 0,30.

Le 10, gonflement encore assez marqué des gencives; coloration violacée de la muqueuse bucco-pharyngienne; crachotement d'un liquide semblable à de la mousse. En revanche, pas de douleur dans l'hypocondre, sauf quelques picotements. Pas de chaleur à la peau; pouls faible, à 84. La diminution du foie devient de plus en plus évidente, et la voussure des fausses côtes s'affaisse sensiblement.

Depuis cette époque jusqu'au 1er septembre, le malade a été mieux de jour en jour; les douleurs ont entièrement disparu dans le dos, dans l'hypocondre droit et l'épaule droite. Il ne lui reste que de la sensibilité à la pression entre les dernières fausses côtes en dehors. Méplat très prononcé au-dessous du mamelon; saillie de l'hypocondre très peu marquée. Sonorité évidente sur la ligne de matité tracée supérieurement au moment de l'opération. La ligne de matité a très peu varié inférieurement. Les douleurs dans le dos ont été très heureusement modifiées par les bains sulfureux. Etat général très satisfaisant; bon appétit. — On continue les bains sulfureux; deux portions d'aliments; le malade restera encore quelques jours à l'hôpital, soumis à notre observation.

Cette guérison se maintiendra-t-elle? Il est permis de l'espérer, bien qu'on ne puisse l'affirmer encore. Ce qui me porte à le croire cependant, c'est que les douleurs éprouvées par le malade ont presque entièrement disparu. Mais le kyste se remplit-il de nouveau, il me semble que la seule chose à faire serait de ponctionner le kyste avec le trocart explorateur, et de faire suivre la ponction d'une nouvelle injection d'iode.

Le grand avantage de la substitution du trocart capillaire au trocart moyen ou volumineux, c'est de permettre au médecin de pratiquer la ponction dans le foie sans aucune inquiétude, sans crainte surtout de produire des hémorrhagies graves ou mortelles. La chose a d'autant plus d'importance, en ce qui regarde les kystes du foie, que le chirurgien le plus habile ne peut être entièrement sûr de rencontrer le kyste dans la direction de son trocart, et ne peut affirmer qu'il ne sera pas obligé de plonger une seconde ou une troisième fois l'instrument dans une autre direction. Mais un avantage plus grand encore de cette substitution du trocart capillaire au trocart commun, c'est de permettre aux médecins d'attaquer les kystes hydatiques à une époque où le kyste n'a pas encore acquis des dimensions considérables, avant que le tissu hépatique ait été refoulé et atrophié, avant que des inflammations successives aient amené dans l'intérieur du kyste de ces désordres profonds qui rendront peut-être indispensable dans certains cas l'application de la méthode de Récamier.

Un mot encore à propos de l'injection iodée. Toutes les personnes qui ont pratiqué souvent des injections iodées dans les kystes comprendront aisément qu'il n'y a aucun inconvénient à injecter dans un kyste du foie parties égales de teinture d'iode et

d'eau, avec addition d'une certaine quantité d'iodure de potassium; peut-être même pourrait-on porter beaucoup plus loin la quantité d'iode dans certains cas. Comme on l'a vu dans l'observation précédente, le liquide de l'injection a été abandonné dans le kyste; et cette pratique, que nous avons toujours suivie dans les injections iodées que nous avons faites dans la plèvre et ailleurs, ne nous a jamais donné de fâcheux résultats. Ajoutons qu'il nous eût été absolument impossible de retirer le liquide; après les efforts d'inspiration que nous avions fait faire au malade, après les manœuvres de refoulement auxquelles nous avions eu recours pour vider le plus possible le kyste, il existait dans son intérieur une espèce de vide que l'injection a comblé en partie. Les accidents d'iodisme cèdent très rapidement, et ne réclament que quelques moyens délayants et calmants, et tout au plus un ou deux purgatifs dans certains cas. Quant à l'inflammation du foyer, si elle est intense, elle doit être combattue assez énergiquement, comme nous l'avons fait nous-même chez notre second malade, par les émissions sanguines locales et par les purgatifs. (*Bull. de thér.*)

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. H. ROGER.

Chorée chez une femme de quatre-vingt-trois ans.

La danse de Saint-Guy dite *essentielle*, celle que tous les médecins rencontrent si fréquemment chez les petites filles, avec des caractères nettement tranchés, et qui lui sont tout à fait propres, celle qui n'est liée à aucune altération appréciable du cerveau ou de la moelle épinière, constitue, à une époque avancée de l'existence, une maladie tout exceptionnelle; aussi j'ai pensé que la Société voudrait bien écouter avec quelque intérêt le récit d'une chorée essentielle qu'il m'a été donné d'observer récemment en ville chez une femme de quatre-vingt-trois ans et deux mois!

Mme ..., demeurant rue du Faubourg-Poissonnière, est d'une constitution aussi forte, d'une intelligence aussi nette que le comporte son âge avancé. A part un peu de faiblesse dans les jambes; à part des palpitations qui se font sentir depuis une dizaine d'années, sans bruit anomal, sans matité notable à la région du cœur (sans rhumatisme articulaire aigu antécédent); à part enfin un peu de constipation assez opiniâtre et quelques douleurs vagues rhumatismales dans les lombes et dans la continuité des membres, la santé de Mme ... est actuellement aussi satisfaisante que possible. Je dois rappeler pourtant que j'ai soigné Mme ..., il y a huit ans, pour une pleurésie avec épanchement du côté droit; il y a deux ans, pour une sciatique dont l'intensité et la durée ont été médiocres; et, l'année dernière, pour une congestion cérébrale qui s'est dissipée en peu de jours.

Le 15 mai dernier, appelé auprès de Mme ..., je constate facilement l'existence d'une chorée. C'est depuis trois ou quatre jours seulement que Mme ... a éprouvé, sans cause appréciable, sans émotion morale vive et sans état morbide prodromique, un peu d'incertitude et d'exagération dans les mouvements du bras et de la jambe droits. Ces deux membres sont actuellement le siége d'une mobilité assez grande: le bras est, à intervalles très rapprochés, pris de mouvements brusques et saccadés; ramené en avant par la volonté de la malade, il est bientôt poussé plus en avant, ou rejeté en arrière par des contractions involontaires; il exécute des mouvements bizarres, irréguliers, mal coordonnés. Il en est de même pour la jambe, qui, bien que reposant sur le lit, remonte par une contraction soudaine, de telle sorte que le pied est lancé au hasard dans des directions diverses; l'ordre du médecin et les efforts de volonté de la malade peuvent un instant arrêter ces mouvements, mais pour recommencer presque aussitôt. L'incertitude et l'irrégularité des mouvements du bras augmentent encore lorsque Mme ... est levée; elle peut à peine se soutenir sur ses jambes, et encore elle est forcée incontinent de se rasseoir. Elle peut, avec de l'attention et avec un peu de temps, arriver à manger seule.

La face n'est que légèrement grimaçante, les muscles de la face étant agités de contractions beaucoup moins fréquentes et moins intenses que ceux des membres; la parole est presque intacte, ce n'est qu'à de rares intervalles qu'elle est entrecoupée. Les muscles des parois du thorax et de l'abdomen ne sont point le siége de contractions particulières. Les sens ne présentent point d'altération notable; il y a de la fatigue générale, résultant de l'exagération de la motilité; la sensibilité générale n'est ni diminuée, ni exaltée. Il y a de la tristesse, ou plutôt de l'impatience provoquée surtout par l'insomnie; celle-ci n'est pourtant pas complète, et le sommeil fait cesser la chorée. Les fonctions animales (digestion, circulation, sécrétion urinaire, etc.) s'exécutent d'ailleurs normalement.

Les détails qui précèdent suffisent pour prouver l'existence chez Mme ... d'une *chorée essentielle*. Disons, sans insister davantage, que cette chorée, d'abord modérément intense, augmenta après trois ou quatre jours. Les mouvements étaient plus violents, plus incessants, toujours beaucoup plus marqués dans le bras et la jambe, et toujours à droite exclusivement. La malade ne pouvait manger seule; la marche était impossible et la chorée persistait la nuit presque entière, et empêchait le sommeil.

Elle dura ainsi jusqu'au 1er juin, c'est-à-dire environ deux septenaires; elle décrut graduellement à partir de ce jour, et le 15 juin, c'est-à-dire après cinq semaines, la guérison était complète. Il n'y eut, du reste, à noter aucune atteinte de la santé générale pendant tout ce temps; aucun phénomène concomitant ne mérite mention, si ce n'est la coexistence de *douleurs névralgiques* dans la longueur du bras, au niveau surtout de l'insertion du deltoïde et du coude (sans gonflement, ni rougeur des parties), et sans fièvre.

Le traitement fut simple. A l'intérieur, il consista en un mélange de poudre d'oxyde de zinc et de poudre de belladone porté graduellement de 25 centigrammes à 1 gramme pour l'un, et de 5 à 10 centigrammes pour l'autre. A l'extérieur, je me bornai à des applications de chloroforme étendu d'eau au trentième environ, qui calmèrent assez facilement les douleurs du bras agité de mouvements choréiques, et au massage des membres, de la jambe surtout, qui n'était point douloureuse.

Les faits de chorée dans la vieillesse sont encore plus rares qu'on ne le croirait d'après les auteurs. Pour l'âge avancé, de même que pour les deux premières années de la vie, on a rapporté à la chorée des *convulsions choréiformes*, symptomatiques de quelque affection du cerveau ou de la moelle épinière. Il en a été ainsi certainement dans plusieurs des faits rapportés, et notamment dans l'observation de Bouteille, qui est intitulée *Chorée deutéropathique, effet d'une apoplexie hémiplégique*. Chez Mme ..., au contraire, l'intégrité complète des fonctions du système nerveux avant la manifestation de la danse de Saint-Guy, l'absence de maladie cérébro-spinale antécédente ou consécutive, la forme non équivoque des convulsions *choréiques* et non point *choréiformes*, la durée de la névrose, qui fut à peu près la durée ordinaire, et sa terminaison heureuse, démontrent qu'il s'agissait bien positivement d'une *chorée essentielle*, de *la chorée des petites filles*, et c'est en cela que notre observation, recueillie sur une femme de quatre-vingt-trois ans, offre de l'intérêt comme fait exceptionnel.

Elle ne manque pas non plus d'importance au point de vue du pronostic. La rareté des faits semblables, et par suite le peu qu'on sait sur la chorée des vieilles femmes; la fréquence plus grande chez elles des chorées secondaires, symptomatiques, m'avaient porté à penser que la maladie de Mme ... serait très longue, sinon incurable, et je fus surpris fort agréablement de voir que cette danse de Saint-Guy cédait facilement à la médication employée, et qu'elle se terminait par la guérison en moins de temps même que ne guérit d'ordinaire la chorée des petites filles.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ DE TURIN.

M. GIORDANO.

Observation d'un cas de gastro-hystérotomie.

L'opération césarienne pendant la vie a été pratiquée quatre fois, dans l'espace de seize ans, à la Maternité de Turin, depuis l'époque où M. Giordano y est attaché. Le nombre des femmes reçues pour y être accouchées pendant cette période a été d'environ 1,200. Le nombre des opérations césariennes après la mort a été de onze, et dans aucune l'enfant extrait n'a donné de signe de vie. Il y aurait lieu de s'étonner d'une si forte proportion, dans l'un et l'autre cas, d'opérations césariennes, si l'on ne savait pas que la plupart des cas graves de la classe la plus nombreuse de la société sont destinés à l'hospice. Les quatre opérations pratiquées sur le vivant ont été nécessitées par des vices graves de conformation du bassin, soigneusement constatés avant l'opération et vérifiés après la mort. L'opération fut de nécessité absolue; car ces infortunées ne vinrent réclamer les secours de l'art qu'à la fin de leur grossesse ou après le travail commencé, et il n'y eut pas lieu de poser la question de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel.

Dans tous les cas, l'auscultation indiquait que l'enfant vivait, et chaque fois il fut extrait vivant et parfaitement apte à vivre. Dans les trois premiers cas, l'opération a été funeste aux mères dans les trois ou quatre premiers jours, et l'autopsie montra les lésions ordinaires, à savoir, des épanchements, des phlogoses du péritoine, des traces de phlébite pelvi-utérine, et chez une une hernie de l'intestin par la plaie de l'utérus. Ces trois premiers cas n'ont point été publiés, et n'ont guère d'autre intérêt que celui d'attendre leur place dans les relevés d'opérations césariennes. Il n'en est pas de même du quatrième, qui mérite à plusieurs égards de fixer l'attention, et qui complète une communication faite à l'Académie royale de médecine de Turin, d'après laquelle, vu l'état satisfaisant de la malade à une époque déjà éloignée de l'opération, on pourrait croire à une guérison qui malheureusement n'a pas eu lieu. C'est en annonçant prématurément des succès qui ne se sont pas soutenus, et par l'espèce de prédilection à publier tous les succès et à taire souvent les insuccès, que se sont formées ces statistiques qui, malgré une apparence de rigueur, sont loin d'exprimer l'état réel des choses.

OBS. — Entrée à l'hospice le 5 mai, à cinq heures et demie du soir, trente-six heures après le début du travail: la poche des eaux était rompue, une grande quantité de liquide amniotique s'était écoulée, et une saignée lui avait été pratiquée.

Agée de dix-neuf ans, primipare, bien réglée depuis l'âge de quinze ans, mariée depuis dix mois environ, elle n'avait pas eu d'autres maladies que le rachitisme dont elle portait les traces. Elle avait habité avec ses parents un des quartiers les plus insalubres de la ville. Son père était mort à cinquante-deux ans de pleurésie aiguë; sa mère, en apparence assez robuste, âgée de trente-huit ans, avait eu des accouchements nombreux et assez difficiles. De onze enfants, six garçons et cinq filles, tous, à l'exception de celle qui fait l'objet de la présente observation, moururent en bas âge d'affections évidemment scrofuleuses. Encore toute jeune, elle tomba sous une voiture qui lui fractura les deux fémurs; c'est à cet accident qu'elle attribue d'être contrefaite. Sa taille est de 1 mètre 12 centimètres: la colonne vertébrale présente deux déviations latérales; la première, de droite à gauche, comprend toutes les vertèbres cervicales jusqu'à l'avant-dernière dorsale; la seconde s'étend de cette seconde vertèbre dorsale à la base du sacrum. La région lombaire n'était pas déprimée. Les fémurs, longs de 20 centimètres, sont tordus en dedans et les jambes arquées en avant, et ces os sont renflés à leurs extrémités. Il y a défaut de parallélisme entre les deux crêtes iliaques; la droite est de 1 centimètre plus basse que la gauche; le sacrum n'est pas exactement central, mais dévié de quelques lignes à gauche. Le diamètre sacro-pubien, mesuré successivement avec le doigt, avec les pelvimètres de Baudelocque et Van-Heuvel, donne par chacun de ces moyens des résultats différents, qui s'expliquent par la forme du bassin; son étendue fut estimée d'environ deux pouces 1/5; l'excavation et le détroit inférieur parurent être à peu près à leur état normal.

L'utérus, très saillant en avant, est situé sur la ligne médiane; il est dans un état de rétraction spasmodique. Le col aminci, souple et encore peu dilaté; les douleurs rares et peu fortes; la tête, au-dessus du pubis, comme repoussée en avant, est ferme, élastique; on entend bien les battements du cœur. La malade a la face injectée, les yeux animés et le pouls fréquent. L'opération césarienne est décidée pour le lendemain matin.

L'état de la patiente est peu changé, à peu près même état du col et du corps de l'utérus; on constate de nouveau que le fœtus est vivant, bien qu'il n'ait pas remué depuis vingt heures environ. Assisté, comme pour l'examen de la veille, des professeurs Alliprandi et Rossi, après avoir mis la patiente dans un état complet d'anesthésie, M. Giordano commença l'incision à 6 centimètres au-dessus des pubis, en la faisant dévier un peu à gauche avant d'arriver au niveau de l'ombilic, et lui donna une étendue de 15 centimètres; l'incision de l'utérus fut prolongée le plus haut possible; les aides s'attachèrent avec le plus grand soin, à l'aide des mains appliquées contre les parois du ventre, à prévenir tout épanchement de sang et de liquide amniotique dans la cavité du péritoine; l'incision des parois du ventre et de l'utérus ne donnèrent pas lieu à une effusion de sang très grande. L'enfant fut retiré par le siége; le placenta, qui était au fond et en arrière, fut extrait à son tour sans qu'il se fît d'épanchement dans la cavité du péritoine, grâce à l'exacte application des mains des aides. La plaie abdominale fut réunie par quatre points de suture enchevillée, et l'opérée ne commença à donner des signes de sensibilité qu'au moment où l'on passa les points de suture.

L'enfant, sain, bien développé et à terme, ne présentait pas de traces de rachitisme; le corps thyroïde seulement était très développé. Il fut envoyé en nourrice. Quelques heures après l'opération le pouls était relevé, la malade était assez calme; la douleur qu'elle éprouvait dans le ventre était déterminée par l'incision de la paroi abdominale et par les points de suture. Du deuxième au sixième jour, il y eut des symptômes très intenses de péritonite, qui furent combattus avec succès par deux saignées, des applications de sangsues, etc. Il s'écoula au bout de quelques jours, par l'angle inférieur de la plaie, une grande quantité de sang mêlé de pus.

Le huitième jour, le ventre est presque indolent et peut être pressé. La diarrhée, qui avait été abondante les jours précédents, continue. Les deux points de suture inférieurs sont tombés, et remplacés par des bandelettes agglutinatives; la suppuration continue à être de bonne nature. L'opérée prend depuis deux jours quelques cuillerées de panade. Le douzième jour, les points de suture supérieurs tombent à leur tour, tiraillés par un peu de météorisme développé la veille; ils sont remplacés par des bandelettes agglutinatives et par un bandage compressif. Le ventre est toujours indolent; la diarrhée a cessé, et les matières rendues sont moulées. Légère fluxion lochiale. La plaie abdominale est en voie de cicatrisation dans une partie de son étendue. L'opérée a dormi six heures la nuit passée. Jusqu'au dix-neuvième jour, l'état de la malade va en s'améliorant: plus de fièvre, quelquefois un peu de diarrhée, qui cède promptement à quelques pilules de cynoglosse. Etat moral bon; espérance de guérison prochaine. La cicatrisation de la plaie progresse: la moitié supérieure est réunie, l'inférieure est couverte de bourgeons charnus de bonne nature. La plaie de l'utérus, que l'on aperçoit encore à sa partie inférieure, est aussi en voie de cicatrisation. Le vingtième jour, les douleurs de reins, qui s'étaient fait sentir à plusieurs reprises, s'aggravent; le membre inférieur gauche est légèrement gonflé près des malléoles; le ventre est toujours indolent. Le lendemain, le gonflement est augmenté et s'est étendu de bas en haut; un cordon noueux et douloureux se fait sentir à la face interne de la cuisse; la région ovarique du même côté est également douloureuse; fièvre. Ces symptômes s'aggravent, malgré une saignée qui est mal supportée, et une application de sangsues sur la région ovarique; le membre droit est pris à son tour de gonflement douloureux, et la *phlegmatia alba dolens* continuant à faire des progrès, la malade succombe le vingt-sixième jour.

L'autopsie révéla du pus floconneux en grande quantité dans l'abdomen et le petit bassin, et des adhérences récentes des viscères tapissés par le péritoine. Les veines cave et iliaque étaient saines, mais la veine fémorale gauche avait ses parois épaissies, infiltrées, et remplies à l'intérieur de sang coagulé et de pus.

Le bassin, préparé, présenta un beau type du bassin oblique ovalaire de Nægelé, ce qui explique les résultats discordants de la mensuration du diamètre sacro-pubien par les différents moyens mis en usage. (*Giornale delle Scienze della Reale Acad. med.-chir. di Torino.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 novembre 1854. — Présidence de M. COMBES.

Prix Bréant. — M. Cl. Bernard, au nom des membres de la section de médecine et de chirurgie (MM. Magendie, Serres, Andral, Velpeau, Cl. Bernard, rapporteur), a lu, dans le comité secret de la précédente séance, le rapport suivant sur le legs Bréant:

« La section de médecine et de chirurgie a été chargée de rédiger un programme destiné aux personnes qui aspireront à remporter le prix de 100,000 francs fondé par M. Bréant, pour être décerné à l'auteur d'un remède souverain contre le choléra asiatique.

» Ce testament, dicté au milieu de l'épidémie cholérique de 1849, a été conçu sous l'influence d'une pensée hautement philanthropique, qui place le nom de M. Bréant à côté de ceux des autres bienfaiteurs de l'humanité qui ont légué à l'Institut le soin de remplir leurs vœux.

» Le testateur a eu pour but d'appeler les efforts des savants et des médecins sur les maladies sans contredit les plus terribles qui affligent l'espèce humaine. Néanmoins, et précisément à cause de l'importance de la mission qu'elle doit remplir, la section de médecine et de chirurgie eût désiré que M. Bréant, étranger aux sciences médicales, eût évité d'insister sur certaines idées populaires qui, forçant les compétiteurs à rester dans les termes de son testament, placent quelquefois la section sur un terrain où il lui devient plus difficile d'accomplir les excellentes intentions du testateur.

» Quoi qu'il en soit, l'esprit du testament comprend une idée principale et une autre qui lui est accessoire.

» La première pensée est évidemment de donner un prix de 100,000 francs à la personne qui, comme l'indique le testament, aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. Mais il est bien clair que, par cette expression *guérir du choléra asiatique*, le testateur n'entend pas désigner une méthode de traitement analogue à celles aujourd'hui mises en usage et qui comptent pour elles une proportion plus ou moins notable de succès; il veut qu'on trouve une médication d'une efficacité incontestable, qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas, d'une manière aussi sûre que le quinquina, par exemple, guérit la fièvre intermittente.

» Relativement à la recherche des causes du choléra, si leur connaissance pouvait amener leur suppression ou conduire à une prophylaxie évidente, comme on en voit un exemple dans la vaccine pour la variole, le prix de 100,000 francs serait également mérité et les vœux du testateur accomplis.

» Quant à présent, la section de médecine et de chirurgie doit déclarer qu'aucune des conditions précédentes n'a été remplie dans les très nombreuses communications qu'elle a reçues sur le choléra asiatique.

» Sans préjuger de l'avenir, M. Bréant a compris que la solution des questions relatives au prix de 100,000 pouvait encore être lointaine, et c'est dans cette sage pensée qu'il a institué accessoirement un prix annuel de 5,000 francs, représentant la rente du capital, et destiné à récompenser les travaux qui auront fait avancer la question du choléra asiatique ou des autres maladies épidémiques, en découvrant dans le milieu ambiant leurs causes organiques ou autres.

» Les termes par lesquels le testateur exprime sa pensée prouvent de la manière la plus formelle qu'il veut attirer ici l'attention des savants et des médecins sur de nouvelles analyses de l'air spécialement entreprises pour la recherche de matières qui pourraient s'y rencontrer et qui seraient capables de jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

» Cette idée n'est du reste pas nouvelle, et elle s'est manifestée par divers essais qui indiquent la préoccupation où l'on a été à ce sujet à différentes époques de la science.

» En considérant jusqu'à quel degré de précision a été poussée dans ces derniers temps la connaissance des éléments inorganiques de l'air, M. Bréant a pu penser que, précisément à cause de cette perfection des procédés physiques et chimiques, on pouvait entreprendre aujourd'hui des recherches sur les principes organiques morbifiques contenus dans l'atmosphère, principes qu'il conviendrait toutefois de soumettre beaucoup moins à l'analyse chimique que de chercher à les séparer sans les altérer, afin de pouvoir étudier leur action sur les êtres vivants.

» Si la section de médecine et de chirurgie doit demander que de semblables recherches soient faites avec toute la rigueur et toute l'exactitude qu'on est en droit d'attendre des sciences modernes, elle reconnaît d'un autre côté que ces études sont entourées de difficultés sans nombre. Ces difficultés, déjà énormes pour le physicien et pour le chimiste chargés de rechercher et d'isoler les principes morbifiques dans l'air, deviendront peut-être encore plus grandes pour le physiologiste et pour le médecin, qui devront en constater les effets délétères sur l'homme et sur les animaux.

» En résumé, le programme à établir sur le testament précédemment mentionné et interprété dans ce qu'il a de formel peut se réduire aux conditions suivantes auxquelles les compétiteurs devront satisfaire :

» 1° Pour remporter le prix de 100,000 francs, il faudra :

» Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas;

» Ou

» Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie ;

» Ou enfin,

» Découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole.

» 2° Pour obtenir le prix annuel de 5,000 francs, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

» Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 5,000 fr. pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres ou qui aura éclairé leur étiologie. »

Anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus. — M. Laugier lit sous ce titre la première partie d'un mémoire qui fait suite à un travail qu'il a lu précédemment devant l'Académie, sur l'organisation et le mode d'accroissement de la membrane des bourgeons charnus. L'auteur, après avoir rappelé les faits principaux établis dans ce premier mémoire, et les déductions qui lui ont paru en découler au double point de vue de l'anatomie et de la pathologie, s'est proposé, dans ce second travail, de rechercher dans chaque maladie, de quelle manière et à quel degré la formation du tissu de la cicatrice déviait de la marche naturelle, ou, en d'autres termes, d'étudier la pathologie des plaies. La première partie de ce second mémoire est consacrée à l'étude des solutions de continuité et de l'inflammation de la membrane granuleuse.

Nous extrayons de ce travail les passages suivants, qui en feront suffisamment connaître les résultats :

« *Plaies.* — Une plaie qui suppure peut-être elle-même le siége d'une solution de continuité. Les vaisseaux de la membrane des bourgeons charnus ont des parois si minces que la moindre violence en produit la déchirure. Ce sont les vaisseaux les plus superficiels qui sont ouverts alors ; mais si le moindre froissement, si le moindre contact d'une pointe aiguë ou d'un tranchant acéré suffit pour la division de ces vaisseaux si fins, rien n'est plus prompt aussi que la guérison de cette petite plaie : dès le lendemain il ne reste aucune trace de ces blessures superficielles. Elles n'ont donc aucune importance en pathologie; mais, au point de vue anatomique, il n'est pas sans intérêt de remarquer que la membrane des bourgeons charnus, avec la lymphe coagulable et ses vaisseaux nouveaux, n'étant elle-même qu'un organe de réparation, où le travail d'organisation est incessant, ses propres solutions de continuité accidentelles se ferment avec une rapidité exceptionnelle.

» Si cependant ses plaies sont plus profondes, on voit dans l'épaisseur de la membrane des bourgeons charnus une ecchymose qui se dissipe assez lentement pour qu'on puisse en constater la présence pendant plusieurs jours.

» *Inflammation.* — Avant d'indiquer les changements organiques réels et seuls caractéristiques que j'ai constatés dans une plaie dont l'inflammation s'est emparée, il est utile de rechercher la différence qui existe entre une plaie exposée saine et un organe enflammé.

» Une membrane des bourgeons charnus vermeille et qui fournit du pus de bonne nature n'est pas à mes yeux un organe enflammé.

» Croire à l'inflammation dans une plaie saine, c'est se laisser tromper par la coloration de la plaie, comparée à tort à la rougeur inflammatoire, ou par la présence du pus.

» Dans une partie enflammée qui devient rouge, il y a afflux du sang dans les capillaires et pénétration de ce fluide dans des vaisseaux qui n'en contiennent pas d'ordinaire : c'est un état anomal.

» Dans la membrane des bourgeons charnus, au contraire, la couleur rouge tient seulement à la finesse des parois des vaisseaux de nouvelle formation, qui sont de prime abord des vaisseaux sanguins et semblent tracés en leur premier linéament par le sang lui-même dans des fissures de la lymphe coagulable. Ils ne le contiennent donc pas accidentellement. C'est là à mes yeux une différence radicale. Les pathologistes qui regardent toute plaie exposée comme une surface enflammée tombent d'autre part dans une étrange contradiction : ils admettent avec juste raison que, si l'on rapproche les côtés des bourgeons d'une plaie saine, ces petites surfaces adossées adhèrent aussitôt les unes aux autres et qu'on obtient ainsi ce qu'on appelle la réunion immédiate secondaire, et ils déclarent en même temps avec la même exactitude que, si une plaie s'enflamme (ce qui impliquerait qu'une plaie saine n'est pas une inflammation), la cicatrisation s'arrête et est retardée jusqu'à ce que l'inflammation ait cessé.

» Ces deux assertions, très exactes l'une et l'autre, posent une opposition complète entre la plaie saine et la plaie enflammée.

» Mais c'est en comparant l'état anatomique de la plaie saine et de la plaie enflammée que j'ai pu saisir leurs différences caractéristiques.

» On voit dans une plaie exposée saine des couches de lymphe coagulable régulièrement stratifiées, minces, organisables et aussitôt pourvues de vaisseaux. L'inflammation survient-elle, la teinte de la plaie change et devient d'abord d'un rouge plus vif, mais à la loupe on ne voit plus apparaître de vaisseaux capillaires nouveaux; la dernière couche de lymphe coagulable déposée conserve l'aspect d'une pellicule blanchâtre transparente, mais elle n'est plus pénétrée par des capillaires sanguins; la sécrétion de la lymphe à sa surface n'a pas cessé, elle est au contraire souvent plus abondante que dans la plaie saine, mais elle n'est plus stratifiée, elle est tantôt sous forme de flocons caillebottés, tantôt sous forme de fausses membranes minces ou épaisses et d'épaisseur inégale, tout à fait opaques, quelquefois grisâtres, mêlées de sang, mais toujours inorganisables.

» Il y a donc entre la plaie saine et la plaie enflammée autre chose qu'une différence de degré dans l'état phlegmasique.

» Dans la première, le travail de réparation s'opère; l'organe sécréteur du pus se renouvelle et reçoit les vaisseaux sanguins, qui lui constituent une vie propre; la suppuration est louable, c'est-à-dire contient l'élément plastique et organisable en proportion convenable.

» Dans la seconde, avec plus de sang dans les vaisseaux déjà formés, à en juger par une couleur rouge plus vive, il n'y a plus production de vaisseaux nouveaux, peut-être parce que le produit plastique n'est plus organisable.

» Il est infiniment probable que la lymphe coagulable en excès est versée à la surface d'une plaie enflammée comme le pus lui-même, c'est-à-dire à travers les parois des vaisseaux de la membrane des bourgeons charnus : elle est donc tirée du sang qui circule dans les vaisseaux.

» Est-elle produite par une action particulière des parois vasculaires, ou plutôt ne trouve-t-on pas vérifiées ici, mais par une sorte d'analyse spontanée, les belles recherches de MM. Andral et Gavarret sur l'accroissement de la fibrine du sang dans les phlegmasies?

» En résumé, d'après l'examen auquel je me suis livré, l'inflammation dans une plaie exposée est caractérisée anatomiquement par un afflux sanguin qui colore plus vivement les bourgeons charnus par la disparition des vaisseaux capillaires de nouvelle formation et par la sécrétion de lymphe coagulable non stratifiée, dont le dépôt peut affecter diverses formes, mais qui n'est pas organisable comme dans l'état sain. »

Cure radicale de la hernie inguinale. — M. Gerdy lit un mémoire sur la cure radicale des hernies en général, et plus particulièrement de la hernie inguinale, dont nous donnons un résumé dans le compte rendu de la Société de chirurgie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 novembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Guersant, après la lecture du procès-verbal, appelle de nouveau l'attention des membres de la Société sur le jeune enfant atteint d'une tumeur du sinus maxillaire, et présenté par M. Huguier. Il pense qu'en incisant et décollant la lèvre supérieure l'on pourrait ouvrir la narine, faire sauter la paroi antérieure du sinus et retirer le polype. Si ce procédé opératoire est insuffisant, M. Guersant opérera comme l'a proposé M. Huguier.

M. Lenoir, qui vient d'examiner cet enfant, désirerait qu'on établit nettement le diagnostic. Il pense qu'il s'agit ici d'une affection cancéreuse de l'os, et il appuie son opinion sur la transformation que paraît avoir subie la voûte palatine. Celle-ci est molle, tandis que dans les polypes elle est seulement amincie, et peut être soulevée comme une feuille de parchemin. Donc une opération qui consisterait à vider le sinus du produit morbide serait une opération incomplète. M. Lenoir est d'avis qu'il faut enlever l'os maxillaire supérieur.

M. Huguier prétend qu'il n'a rien précisé sur la nature de la tumeur; il a dit seulement qu'il fallait l'enlever. S'il s'agit ici d'un cancer, il n'en faut pas moins reconnaître que la partie postérieure du sinus est saine.

M. Lenoir répond que la nature de l'opération indiquée par M. Huguier répondait à la nature supposée de la lésion.

M. J. Cloquet fait quelques remarques sur l'action qu'exercent les tumeurs sur les parois osseuses. Tantôt cette action est nulle; tantôt les tumeurs dilatent et font bomber les parois; tantôt elles font disparaître la partie dure, et il ne reste plus que la portion membraneuse. Peut-être le cas présent rentre-t-il dans cette dernière catégorie. La dilatation est peu sensible dans les polypes muqueux; elle est plus évidente dans les polypes fibreux, et dans les cancers il y a résorption du tissu osseux.

M. Marjolin est d'avis que l'on pourra terminer facilement l'opération dès qu'on aura enlevé la partie antérieure du sinus. Il rappelle alors un fait de la pratique de son père où, après une incision faite pour découvrir la paroi antérieure du sinus, on trouva celui-ci rempli par une matière tuberculeuse concrète, que Blandin put extraire avec une spatule.

M. Guersant persiste à croire qu'il y a là une tumeur dans le sinus.

M. Robert partage l'opinion de M. Lenoir. S'il s'agissait d'un polype, la tumeur, avant de déprimer la voûte palatine, se serait fait jour en avant ou en arrière. L'on doit donc supposer que la lésion a débuté par les os du palais. De plus, si la voûte était simplement distendue par la tumeur, il y aurait un bruit de parchemin, qui fait défaut; l'on ne trouve là, au contraire, que des points durs et des points mous. M. Robert pense qu'il n'y a rien à faire dans ce cas.

— M. Chassaignac, à propos des pièces présentées dans la dernière séance par M. Huguier, fait remarquer que dans le cas où l'arrachement semble avoir été volontaire, le tendon n'était point accompagné de fibres musculaires. Il croit, au contraire, que quand ces arrachements échappent à volonté les fibres musculaires suivent le tendon.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, membre correspondant de la Société, adresse un travail sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des tumeurs anévrismales.

La lecture de ce mémoire est renvoyée à une des prochaines séances.

— M. le docteur Gubler adresse à la Société, de la part de Mme Lallemand, la série complète des ouvrages de son mari.

Une lettre de remercîments sera adressée à Mme Lallemand.

— MM. Charrière et Mathieu adressent à la Société deux nouveaux modèles de pinces à ligature. (Commissaires : MM. Follin et Marjolin.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. J. Cloquet montre à la Société plusieurs instruments construits déjà depuis longtemps, et qui lui ont rendu d'assez grands services dans sa pratique particulière. Ce sont :

1° Une pince qu'il désigne sous le nom de *pince tenaculum*, sorte de compas d'épaisseur dont les branches peuvent se séparer et se réunir ensuite pour saisir des tumeurs qu'on veut enlever.

2° Un *stylet à anse* qui se termine par une anse d'argent recuit, creusée d'une gouttière. Cette anse, portée dans les fistules ou les cavités muqueuses, permet de ramener de petits séquestres ou des corps étrangers.

3° Un bistouri à gaîne d'un modèle déjà connu.

4° Un gros tube conique disposé pour pousser des injections dans le rectum d'individus atteints d'hémorrhoïdes, de fissures. Cette canule permet d'éviter les piqûres parfois si graves du rectum.

De la cure radicale de la hernie. — M. Gerdy continue l'exposition de ses recherches sur la *cure radicale de la hernie par invagination*, et décrit les procédés qu'il a mis en usage. Il conseille d'abord de purger les malades pour éviter les souffrances que peut faire naître la défécation dans les premiers jours qui suivent l'invagination. Le rectum vidé aussi par un lavement quelques instants avant d'opérer, M. Gerdy procède à l'invagination. Elle est faite soit avec le doigt, soit avec les instruments connus, et de telle sorte que l'aiguille puisse être engagée à travers les téguments en avant du péritoine, du canal déférent et de l'artère épigastrique refoulés en arrière. En pratiquant avec soin ce premier temps de l'opération, on évite de léser la séreuse.

M. Gerdy raconte qu'il a beaucoup varié sur le nombre de fils à employer ; après s'être d'abord servi de beaucoup de fils, il est arrivé à n'en plus employer qu'un, et il se sert aujourd'hui ou d'une seule anse, ou d'un seul fil retenu par un grain de chapelet.

L'invagination de la peau de la grande lèvre ne se fait point facilement comme celle du scrotum. Dans un cas, sur une jeune fille de vingt ans, M. Gerdy chercha à invaginer la peau de la grande lèvre, mais il ne put en introduire qu'une petite quantité, et au bout de sept à huit jours la maladie s'était reproduite. Il fit alors une incision au niveau de l'anneau et put amener dans le canal une mèche retenue par un fil. La guérison a eu lieu et se maintient depuis dix-huit ans.

Les phénomènes éprouvés par les malades sont une douleur obtuse due au passage et à la constriction des fils. M. Gerdy chercha d'abord à combattre ces accidents par l'application de vessies pleines de glace sur le ventre. Mais, dans un cas, la glace fondue refroidit assez le malade pour lui occasionner une pleurésie ; il y eut en même temps une suppuration diffuse au niveau des fils, et l'opéré mourut.

Le résultat immédiat de cette constriction des fils, c'est l'inflammation rétractive du canal inguinal. M. Gerdy rappelle alors ce qu'il a dit dans la dernière séance sur le déplacement de la peau invaginée et sur l'occlusion de la base du cul-de-sac.

Au bout de quelques jours, parfois dès le troisième, on voit déjà que la peau du scrotum est retenue à sa place; mais c'est du vingt au trentième jour seulement que M. Gerdy conseille aux malades de se lever. Il leur applique un bandage contentif, et ordonne à ses opérés de le porter pendant quelques mois encore.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Le Sourd.
Paris, — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 141. — JEUDI 30 NOVEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 141. — JEUDI 30 NOVEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE: Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 NOVEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. Gaultier de Claubry et un comité secret n'ont pas permis de consacrer à la discussion du cancer autant de temps que l'auraient désiré la savante Compagnie et l'auditoire nombreux qui chaque semaine se presse aux portes de la salle des séances. Nous avons entendu la fin du discours de M. Delafond et quelques mots de M. Ferrus.

Nos lecteurs se rappellent que nous avons à rendre compte de tout le discours de M. Delafond; il nous a paru renfermer des idées trop neuves pour que nous ayons cru pouvoir exprimer convenablement notre opinion avant de l'avoir entendu en entier.

Après quelques considérations de pathologie comparée fort intéressantes, et qui nous ont appris que le cancer était assez fréquent chez les animaux herbivores; qu'on l'avait constaté chez des oiseaux, et en particulier à la crête d'un coq et à la langue d'un verdier, M. Delafond examine la structure intime du cancer. Nous devons dire que nous avons été extrêmement surpris des idées développées par l'honorable académicien. Ainsi, suivant lui, la cellule pathologique ne peut être distinguée de la cellule normale; la cellule du cancer est la même que la cellule fibro-plastique, que la cellule épithéliale, que le globule du pus. La distinction entre ces divers éléments ne saurait selon lui être établie non-seulement à l'aide de l'instrument grossissant, mais encore par les réactifs chimiques (et il a expérimenté avec un grand nombre), ni par l'examen du contenu de la cellule.

Si ces faits étaient rigoureusement démontrés, ils renverseraient de fond en comble toutes les doctrines des micrographes; mais, malheureusement, la démonstration qu'il a cherché à donner est loin d'être péremptoire.

Les dessins qu'il a montrés à l'Académie nous semblent devoir être considérés comme non avenus; copiés, comme il l'a dit, dans l'atlas de M. Lebert, ils ne nous ont pas paru faits avec toute la rigueur que l'on doit exiger dans la représentation de corps aussi délicats.

M. Delafond n'a pas été plus heureux quand il a exposé sa théorie sur la transformation de la cellule. La cellule du cancer est volumineuse, arrondie, parce que la tumeur cancéreuse se ramollit rapidement, que la cellule nage dans un suc abondant qui ne la gêne point dans son évolution; elle s'allonge, au contraire, dans le tissu fibro-plastique, parce qu'elle est comprimée par les fibres qui constituent ce tissu; mais la cellule du squirrhe est arrondie comme celle de l'encéphaloïde, et cependant il est des squirrhes qui sont bien durs, beaucoup plus durs que le tissu fibro-plastique, puisque leur densité leur a fait donner le nom de *ligneux*.

Cependant, ces données ne lui paraissent pas encore suffisantes pour renverser la théorie du cancer des micrographes de Paris; il invoque des données pratiques. Ici il a été encore moins heureux que dans la première partie de son argumentation.

M. Delafond n'a pas trouvé de cellules dans les tumeurs cancéreuses à leur début; et c'était bien des tumeurs cancéreuses, puisqu'il existait des cancers parfaitement confirmés chez les mêmes animaux. D'un autre côté, après avoir extirpé des tumeurs cancéreuses, il a trouvé des cellules dans les organes là où il n'y avait pas de cancer. Ces cellules seront le point de départ d'une nouvelle manifestation cancéreuse, de ce que l'on a appelé à tort, dit l'orateur, une récidive; car c'est la maladie qui continue. C'est une manifestation nouvelle; voilà tout. Nous demanderons à M. Delafond quelle sera cette manifestation: Sera-ce une tumeur cancéreuse au début? Si nous en croyons sa théorie, cette tumeur ne devra pas primitivement renfermer de cellules. Nous devons avouer que nous ne comprenons point cette espèce d'évolution du cancer. A moins que des cellules ne donnent naissance à un produit qui ne renferme pas de cellule et qui à son tour devra engendrer des cellules cancéreuses.

Après avoir passé en revue la théorie de la cachexie cancéreuse, la manière dont le cancer se transmet par l'hérédité, M. Delafond passe au traitement du cancer. Nous ne saurions trop applaudir au précepte qu'il formule, d'enlever aussi loin que possible quand on extirpe une tumeur cancéreuse; car il a trouvé la cellule bien loin du siége apparent du mal. Nous n'avons qu'un reproche à lui faire ici, c'est d'avoir basé sa théorie sur un fait qui est loin d'être généralement admis l'existence des cellules cancéreuses dans des tissus sains en apparence; et il aurait dû nous dire où se trouvait cette cellule. Est-ce dans le sang? Est-ce dans le tissu musculaire? Dans les nerfs? etc. Nous voudrions bien être fixé à cet égard.

M. Delafond n'est pas partisan de la réunion immédiate des plaies après l'extirpation des cancers; car il s'écoule avec des globules de pus des cellules cancéreuses dont l'élimination est une garantie pour la guérison du malade. Ce fait, des plus curieux et des plus intéressants, n'a pas encore été signalé; peut-être pourra-t-on le constater quand M. Delafond nous aura appris l'origine et le siége de ces cellules.

Nous terminerons par cette dernière question: comment M. Delafond a-t-il constaté des cellules cancéreuses dans le pus alors que les globules de pus et les cellules cancéreuses sont si faciles à confondre, pour ne pas dire identiques?

M. Ferrus a dit de sa place quelques mots en réponse au discours de M. Amussat. Sur cinquante malades parfaitement interrogées à la Salpêtrière, il n'a été constaté, après l'enquête la plus minutieuse, que deux cas d'hérédité. Nous avions donc raison de dire que l'hérédité ne pouvait être invoquée comme étant d'une utilité réelle dans le diagnostic du cancer. M. Ferrus n'a observé qu'exceptionnellement le cancer chez les femmes à tempérament nerveux. Mais ce n'est pas le tempérament qui a été invoqué par M Amussat; ce sont les émotions vives; et quelle est la femme qui, recueillie à la Salpêtrière pour une affection cancéreuse, n'a pas eu de profonds chagrins? — Dr A. Jamain.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Du pus et de la suppuration au point de vue clinique.

Avant de s'attacher à observer les maladies de toutes sortes qui sont dans nos salles, il convient d'étudier au point de vue clinique quelques sujets dont il est bien important de se rendre compte, en raison surtout de leur fréquence. Or, entre tous, il n'en est aucun qui joue un plus grand rôle, qui se présente plus fréquemment que le pus.

Si la sortie du sang est la première conséquence de toute solution de continuité pratiquée sur le corps, soit accidentelle, soit chirurgicale, la formation du pus en est ensuite le résultat le plus constant. Le sang s'écoule quand on lui ouvre une issue; le pus, quant à lui, se forme de toutes pièces, on pourrait dire qu'il est un produit de la chirurgie. On le rencontre à chaque pas dans la pratique, et il a constamment une grande valeur, car il est toujours l'indice d'une maladie, et trop souvent lui-même, soit qu'il garde ses caractères normaux, soit qu'il ait subi des phénomènes de décomposition, il devient le point de départ d'accidents nouveaux et des plus redoutables.

Le pus n'a pas toujours les mêmes caractères. Il y a un type; c'est le pus crémeux, phlegmoneux *louable* des auteurs. Il est blanc, gras, épais, onctueux, sans mélange de grumeaux ou de flocons étrangers et bien lié; c'est celui qu'on trouve à l'ouverture des abcès formés dans le tissu cellulaire. Mais, à part cela, il varie en raison de la nature des organes où il s'est formé: dans le foie, il est rouge ou brunâtre; à l'anus, il a souvent la couleur et l'odeur des matières fécales; et dans toute l'étendue des membranes muqueuses, il est modifié à ce point au voisinage des organes qu'elles tapissent, qu'avec un odorat exercé on parvient presque infailliblement à pouvoir distinguer le pus de la bouche, du gosier, du larynx, des voies aériennes et des différentes portions du tube intestinal. Il varie selon la constitution des malades. Chez ceux qui sont sanguins, robustes, abondamment fournis de tissu cellulaire, il est épais, gras et crémeux. Chez ceux qui sont maigres, maladifs, épuisés, il présente des conditions opposées; il est séreux, clair et grumeleux. Celui des os est clair, jaune et séreux. Les ulcérations cancéreuses, la gangrène donnent lieu à un liquide qui est plutôt de la sérosité trouble, salie, mêlée de sang décomposé et de détritus, qu'une suppuration franche.

Le pus se forme dans deux espèces de foyer bien distinctes: tantôt c'est à la surface des plaies, et il est en contact avec l'air extérieur; tantôt c'est dans l'épaisseur même des membres, au milieu des tissus, dans les cavités naturelles, les capsules articulaires, les bourses muqueuses synoviales, les cavités séreuses, le péritoine, la plèvre, etc., et il est alors à l'abri des influences atmosphériques. Il convient de l'examiner dans les deux cas, car il ne se comporte pas de même dans l'un et dans l'autre. Epanché dans l'intérieur du corps sans contact avec l'air extérieur, ce qui est une condition bien importante, ce n'est plus qu'un corps étranger, mou, liquide qui conserve sans se modifier ses premiers caractères, et contre l'infiltration duquel, dans les parties environnantes, la nature a pris ses précautions, car quelques jours après sa formation on trouve la cavité qui le contient tapissée d'une membrane tomenteuse, veloutée, douce au toucher et qui en suit les plus petites sinuosités: c'est la membrane pyogénique. Cette membrane isole le foyer purulent du reste de l'organisme, elle semble le circonscrire à une certaine étendue qui lui est abandonnée comme si elle eût dû lui en faire la concession; c'est en quelque sorte la part du feu, mais elle s'oppose en même temps à ce qu'il se répande plus loin. Pour les cavités closes, c'est la membrane séreuse qui remplit le rôle de la membrane pyogénique, mais dans ces cavités et particulièrement dans les jointures. Comme la membrane séreuse repose sur des tissus de densité différente, le pus est imparfaitement, irrégulièrement resserré, et parfois alors, brisant ses barrières, il se répand dans le voisinage, ou, s'il est trop fortement comprimé, il distend les parties d'une manière exagérée, et il survient des phénomènes d'étranglement et d'inflammation souvent très graves.

Lorsque le pus se forme à la surface des plaies, soumis aux lois de la fermentation putride sous l'influence de l'air, il subit de graves modifications. Non-seulement tous les éléments qui le composent se désassocient, mais encore ces éléments s'éloignant les uns des autres ou se combinant entre eux, en suivant les affinités chimiques, il en résulte de nouveaux corps, dont il faut apprécier les propriétés; tels sont l'ammoniaque, les sulfures, les sulfhydrates, les composés divers d'hydrogène et de carbone, etc., autant de causes d'intoxication contre lesquelles l'organisme doit réagir pour s'en garantir, et que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue, connaissant leurs redoutables conséquences.

La suppuration a une tendance constante à se perpétuer et à envahir; dès qu'elle occupe un point quelconque du corps, on doit craindre à tout instant qu'elle ne se prenne à l'organisme entier, ou tout au moins qu'elle ne forme de nouveaux foyers dans d'autres régions. C'est en quelque sorte un ennemi qui assiége une place de guerre; on le surveille dans un lieu où l'on croit que sont concentrés tous les efforts qu'on peut avoir à en redouter, il suit à l'improviste une marche inattendue, et on le voit apparaître dans un autre endroit où on l'attendait le moins. Il a sa stratégie à lui; il est prêt à profiter des moindres fautes et des plus légers accidents de terrain; c'est quand il paraît le plus inoffensif qu'il devient le plus meurtrier. En effet, que de fois n'a-t-on pas vu un abcès, par exemple, qui suivait en apparence la marche la plus régulière vers sa fin, alors que la suppuration étant de bonne nature diminuait chaque jour, de manière à faire croire à une guérison toute prochaine, que de fois n'a-t-on pas vu dans de telles conditions apparaître des suppurations multipliées dans des parties éloignées du foyer primitif, dans les viscères eux-mêmes, et en définitive causer la mort au moment où quelques jours auparavant on aurait affirmé que la guérison serait parfaite!

Autrefois, dans le cours d'une maladie, quand après la disparition rapide ou lente d'une collection de suppuration on voyait le pus se former autre part, on s'imaginait qu'il s'était transporté *proprio motu* et en nature vers ce dernier point, et on criait à la métastase. Mais depuis les phénomènes mieux étudiés, on donne une explication plus sérieuse. La suppuration qui apparaît en

second lieu dans ces cas n'est pas le résultat d'un mouvement circulatoire ; le pus ou ses éléments ne se sont pas rendus d'un point à un autre. Le pus qui vient de paraître n'est que le résultat de la diathèse spéciale particulière où se trouve tout individu qui suppure ; par cela seul qu'il a un foyer purulent, il est apte à en avoir une infinité d'autres, qui apparaîtront soit pendant l'existence du premier, soit longtemps après, à son voisinage ou loin de lui.

Le pus engendre donc le pus. Cette proposition n'est ni nouvelle ni contestable. L'individu qui en sécrète quelque part que ce soit de son être est aussi exposé à en être infecté en entier que celui qui, pour l'inoculation d'un seul bouton, se voit couvert de l'éruption varioleuse la plus confluente. D'ailleurs, l'idée du pus se transportant d'une place à une autre pour constater la métastase est effacée par l'observation même des faits. N'a-t-on pas vu vingt fois un individu mort d'infection purulente inondé en différents foyers d'une masse de pus beaucoup plus considérable que la collection même qui a été le point de départ de cet accident ?

Quelquefois le pus, sans donner lieu à de nouveaux accidents, disparaît en entier du foyer où il était rassemblé, et celui-ci s'efface ; en un mot, le mal passe par *résolution,* et l'on croit que l'économie s'en débarrasse par les différentes excrétions, les matières fécales, les urines, etc., etc. Mais dans ce cas comme dans le précédent, il est bien difficile de se rendre compte du phénomène. On a supposé qu'il était enlevé, soit dans son intégrité, soit réduit à ses éléments primitifs, par les veines ou par les vaisseaux lymphatiques, et reporté dans le courant circulatoire. Mais avant de savoir comment il se comporte, il faudrait évidemment connaître sa composition intime, et il faut avouer que, même sur ce sujet, on ne possède rien de bien sérieux. On a donné au pus un globule spécial. Quelques-uns même en ont défini les caractères et les propriétés. Mais l'existence de ce globule, qui serait l'élément principal du pus, n'est elle-même pas admise par tous ceux qui se sont occupés de micrographie.

Le pus qui n'a pas subi le contact de l'air quand il est résorbé expose à bien moins de dangers que lorsqu'il s'est produit à la surface d'une plaie ; en effet, bien que ce soit un corps anomal et morbide, ses éléments ont conservé leurs propriétés primitives ; ce sont encore des particules animales qui peuvent être rejetées dans l'économie, d'où elles avaient été distraites sans inconvénient. Dans l'autre cas, ainsi que nous l'avons dit, ce sont de nouveaux corps qui vont empoisonner l'organisme, et en effet des symptômes particuliers ne tardent pas longtemps après leur absorption à nous avertir du funeste phénomène qui vient de se passer dans l'organisme : tels sont ce tremblement, ces frissons remarquables dont nous avons tous appris à connaître la signification, signes précurseurs d'une fièvre adynamique qui ne manque jamais d'enlever le malade.

Indépendamment de ses propriétés générales, il faut savoir comment se comporte le pus au point de vue pratique et chirurgical. Si la plaie qui lui donne issue est déclive et large, il sort facilement ; le foyer se réduit progressivement, et on a tout lieu d'espérer la guérison ; quand, au contraire, la plaie est profonde, anfractueuse, qu'elle n'est pas disposée d'une manière favorable à l'écoulement, le pus séjourne au fond ; il se fait des clapiers, il se décompose ; c'est alors qu'on peut redouter ces accidents d'infection purulente dont nous avons parlé. La disposition anatomique des parties dirige pour ainsi dire la marche du pus : le tissu cellulaire lui sert de conducteur. Ainsi déposé dans la région poplitée, le pus peut descendre dans la jambe et en disséquer tous les muscles, ou bien il peut remonter vers la cuisse et disséquer jusqu'au pli de l'aine ; il trouve en bas un tissu dense et serré ; au-dessus, au contraire, ce tissu est lamelleux et lâche ; c'est cette dernière direction qu'il suivra, et il remontera sous la peau du ventre. Il suit la gaîne celluleuse qui revêt les vaisseaux et les nerfs, et se transmet ainsi d'un point à un autre pour former ce qu'on a appelé des abcès de voisinage.

Parti d'un point quelconque de la colonne vertébrale, on le voit disséquer les plexus nerveux, les différentes couches aponévrotiques, et venir en définitive se produire sur les parois de la poitrine, du ventre, au pli de l'aine ; parfois il s'introduit dans un muscle en suivant l'un des organes, nerf ou vaisseau, qui y pénètrent, il l'imbibe et le transforme en une véritable éponge de pus. Enfin, alors même qu'il est contenu comme dans une coque inattaquable entre des aponévroses denses et serrées, il profite du moindre interstice, se fraie une ouverture entre ses fibres, l'élargit en raison de ses propriétés corrosives et va faire invasion dans une région nouvelle que l'on aurait crue tout à fait hors d'atteinte. C'est ainsi qu'on voit une suppuration d'abord limitée au creux de l'aisselle ou sur la paroi de la poitrine pénétrer dans la cavité thoracique ; ainsi pour le péritoine, les cavités articulaires, etc.

Presque toujours les différents tissus qui sont attaqués et mis à nu dans une plaie ont une tendance différente à la cicatrisation : c'est ainsi que la peau se cicatrise beaucoup plus vite que les muscles, les os, les tendons, etc. ; de sorte que certaines plaies se ferment au dehors alors que profondément la suppuration est encore en plein travail. Il en résulte que ces plaies fermées au dehors, guéries en apparence, donnent tout à coup, au moment où on s'y attendait le moins, un flot de pus abondant. C'est ce que l'on voit souvent après l'amputation du sein, et il y a en ce moment dans la salle des femmes un exemple malheureux de ce genre. Cette variété de tissus et cette suppuration, qui n'en est que trop souvent la conséquence dans le traitement des plaies par première intention, viennent renverser l'espérance qu'on s'était donnée de transformer une vaste solution de continuité en une cavité close, où les surfaces saignantes, mises directement en rapport, affrontées ensemble, à l'abri du contact de l'air, n'auraient plus qu'à adhérer les unes aux autres, ou dans lesquelles du moins la suppuration, ainsi que dans les cavités closes naturelles, serait à l'abri des altérations dues à l'action de l'atmosphère.

HOTEL-DIEU D'ABBEVILLE. — M. J. Dubois.

Guérison spontanée de deux hydropneumothorax.

Dans ces dernières années, les succès obtenus à l'aide des injections iodées dans les hydropisies et les inflammations de plusieurs cavités séreuses ont encouragé les médecins à généraliser l'emploi de cette méthode et à l'adopter pour guérir d'autres hydropisies séreuses contre lesquelles rien de semblable n'avait été essayé. Les praticiens les plus habiles ont tenté avec des succès fort divers ces injections dans une grave maladie des plèvres, dans l'hydropneumothorax. Ainsi, M. Aran a rapporté une observation d'hydropneumothorax amélioré par cette méthode. M. Trousseau a communiqué à la Société des hôpitaux de Paris (17 juillet 1853) un cas de pneumothorax traité par les injections iodées. La femme mourut sept jours après la première injection d'un érysipèle dont la plaie avait été le point de départ. On trouva la perforation obturée par une fausse membrane. M. Andral a failli réussir dans un cas de ce genre. M. Trousseau a relaté une observation dans laquelle, après trois thoracentèses, une canule fut laissée à demeure, puis les injections iodées poussées pendant six mois, et où la guérison fut obtenue onze mois après que la canule fut placée, et dix-huit mois après le début de la maladie.

A en juger par ces expériences, puisées dans la pratique de nos maîtres, l'hydropneumothorax serait une affection dont la gravité légitimerait toute sorte d'intervention. Ce n'est pas notre avis ; aussi croyons-nous utile de publier deux exemples de guérison spontanée que nous avons recueillis à l'Hôtel-Dieu d'Abbeville.

Obs. I. — Bigorne, âgé de cinquante-neuf ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne constitution, est depuis longtemps garçon d'écurie, et comme tel, obligé souvent de passer la nuit dehors par toute espèce de temps ; aussi est-il tourmenté par une bronchite chronique qui a déjà nécessité plusieurs fois son entrée à l'Hôtel-Dieu d'Abbeville.

Le 10 septembre 1852, il reçut sur le côté droit de la poitrine, à la hauteur des septième et huitième côtes, un coup de timon de voiture. La douleur fut à l'instant très vive et persista dans le même état d'acuité, ce qui força Bigorne, qui pensait avoir une côte fracturée, à entrer à l'hôpital. Il est couché au n° 34 du service de chirurgie de M. Vésignié. Nous le trouvons assis sur son lit, maintenu dans cette position par des oreillers. La dyspnée est excessive. Chaque effort de toux, chaque grande inspiration est accompagnée d'une douleur aiguë à l'endroit de la contusion. Cependant une exploration méthodique ne fait découvrir aucune espèce de fracture ; elle montre l'effacement complet des espaces intercostaux et une voussure bien manifeste de toute la région.

La percussion donne lieu à une sonorité insolite, un véritable son tympanique étendu depuis le niveau du sommet de l'appendice xyphoïde jusqu'à la sixième côte droite, en même temps qu'elle nous permet de constater le refoulement du foie, qui fait saillie au-dessous des fausses côtes. L'oreille, appliquée sur le thorax, ne perçoit plus le bruit respiratoire, mais quelques bulles humides qui viennent éclater dans une vaste cavité en donnant lieu à une espèce de tintement métallique. L'examen ne peut être prolongé, à cause de la douleur et de l'état général.

Une expectoration abondante amène l'évacuation de crachats purulents à peine aérés, très denses. La quantité de cette évacuation est énorme. Chaque fois que nous voyons le malade sa palette est pleine de véritable pus. En même temps le pouls est très fréquent, dur et peu développé. Etat d'agitation générale ; face injectée, violette ; langue violette comme dans l'asphyxie pulmonaire. — Potion kermétisée avec quelques gouttes de laudanum ; 30 sangsues *loco dolenti* ; tisane pectorale ; diète.

Les jours suivants, même état général, même expectoration, mêmes symptômes du côté droit de la poitrine. Un bandage de corps n'empêche pas la douleur d'être toujours très aiguë dans l'inspiration.

On continue la potion kermétisée en même temps que des frictions laudanisées sont faites le 13, et qu'un vésicatoire est appliqué le 17.

Un peu d'amélioration survient sur ces entrefaites. On entend évidemment le bruit produit par la succession thoracique ; le tintement métallique persiste toujours. La quantité des crachats diminue, mais ils ne sont pas plus aérés.

Le 21, le malade passe dans le service de médecine de M. Dubois père, où il est couché au n° 55. L'amélioration continue. On accorde quelques aliments. Une portion le 23.

Le 25, la potion kermétisée est remplacée par une potion scillitique à laquelle on ajoute, le 29, une tisane nitrée, 10 grammes par litre.

Tout allait bien jusque-là. La sonorité diminuait d'étendue ; l'expectoration amène des crachats beaucoup plus aérés, mais renfermant toujours un peu de pus. Le vésicatoire, entretenu avec soin, rendait difficile l'auscultation, mais la dyspnée était moins grande, le sommeil peu agité, les digestions bonnes.

Le 7 octobre, un mouvement fébrile léger, un peu plus de suffocation forcent à mettre le malade à la diète. — Potion gommeuse avec 30 grammes oxymel simple.

Le 9, mieux manifeste. Le malade reprend ses aliments. — Potion scillitique.

Le 21 octobre, deux portions, un peu de vin. La percussion rend encore un son clair, très limité dans son étendue. Le souffle amphorique a disparu presque complétement. Il est permis d'entendre le murmure respiratoire mêlé à des bruits de toutes sortes.

A partir de ce moment, le séjour à l'hôpital n'est plus interrompu que par quelques exacerbations liées à la présence de la bronchite chronique.

Bigorne sort le 25 décembre 1852 pour reprendre ses occupations, qu'il continue encore. Je l'ai revu il y a environ deux mois ; il ne se plaint plus que de sa bronchite.

Voilà bien un cas d'hydropneumothorax développé sous l'influence d'une cause traumatique. La sonorité tympanique, la voussure du côté droit, l'effacement des espaces intercostaux nous démontrent une collection gazeuse dans une portion limitée de la plèvre. La succussion thoracique fait constater la présence d'un liquide. L'épanchement, limité en haut à la sixième côte, a refoulé en bas le foie, qui déborde les fausses côtes. L'expectoration de matière purulente nous apprend en outre que le foyer purulent du poumon, violemment pressé par le choc extérieur, s'est fait jour en même temps dans les bronches. C'est à l'aide de cette fistule bronchique que l'évacuation de la cavité pleurale a pu se faire. Quoi qu'il en soit, c'est un cas évident de pneumothorax guéri, et la guérison ne saurait être mise en doute, puisque depuis deux ans Bigorne n'a rien éprouvé qui le force à réclamer les soins d'un médecin.

Obs. II. — Typart, âgé de vingt ans, enfant trouvé, de constitution chétive, garçon de ferme, entre le 9 mai 1853 à l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, présentant tous les signes d'une pleurésie du côté gauche. Quelques soins, une application de sangsues suffisent pour les faire disparaître. Typart demande sa sortie le 22 mai.

Bientôt une toux sèche, continue ; une très vive douleur de côté le forcent à revenir le 25. Il occupe le n° 54 du service de M. Dubois. Pouls vif, petit, serré, fréquent (100 pulsations par minute) ; matité du côté gauche ; résonnance égophonique de la voix, absence du bruit respiratoire. — Saignée du bras, potion gommeuse, tisane pectorale.

Le lendemain, la dyspnée est toujours excessive ; la douleur n'a pas diminué ; pouls toujours très fréquent. — 20 sangsues, potion gommeuse.

Le 27, même état. — Large vésicatoire à gauche. Un peu d'amélioration dans les symptômes.

Le 30, potion kermétisée.

Les jours suivants l'amélioration se soutient ; un peu d'insomnie. — Sirop diacode ; une portion.

Le 8 juin, l'auscultation fait découvrir un véritable souffle amphorique bien manifeste dans toute la moitié de la hauteur de la poitrine ; à gauche, une résonnance exagérée de la voussure des parois thoraciques, l'effacement des espaces intercostaux existent en même temps. Le cœur, refoulé à droite, ne dépasse pas toutefois le bord droit du sternum. Respiration courte, fréquente ; pouls vif, petit, serré, concentré, fréquent (100 pulsations). — 1 gramme phellandrie aquatique.

Le 9, on entend évidemment le tintement métallique ; chaque fois que l'on fait tousser le malade ou qu'on lui imprime un mouvement, il sent lui-même le déplacement d'un liquide qui *court dans son côté gauche.* Le cœur a dépassé le bord droit du sternum. La sonorité, le souffle amphorique sont perçus dans presque toute la hauteur de la poitrine. Même état général. Le malade, tout haletant qu'il est, demande à grands cris à manger. — On lui accorde une légère soupe, qui passe sans difficulté. Le reste *ut suprà.*

Le 10, le cœur était tout entier à droite ; sa limite à gauche est le bord gauche du sternum. Tout le côté gauche de la poitrine résonne à la moindre percussion ; on y entend très manifestes, et dans toute la hauteur, le souffle amphorique et le tintement métallique. Nous ne dirons pas que le moindre mouvement du malade amène cette sensation de déplacement de liquide dans le côté gauche. Heureusement le côté droit est sain ; une respiration exagérée, mais pure, s'y observe facilement. Pas de céphalalgie, pas de lésion des organes digestifs. Le pouls est tombé à 80, mais il conserve les mêmes caractères. L'insomnie, qui persiste, est combattue avec le sirop diacode. Les aliments sont bien digérés.

Nous ne suivrons pas jour par jour les progrès de résolution de l'épanchement hydroaérique. Disons seulement que des vésicatoires successifs, des potions pectorales constituèrent tout le traitement.

Le 13 octobre, le cœur était complétement revenu à sa place normale ; la respiration s'entend dans toute la hauteur du côté gauche distincte, mêlée en bas et en arrière à des râles crépitants. Du reste, ces râles changent souvent de caractère ; ils sont sibilants, ronflants. Plus de voussure des parois, plus d'effacement des espaces intercostaux, plus de souffle amphorique. Reste seulement de la sonorité tympanique à la partie postérieure et inférieure du côté gauche ; on y perçoit aussi le bruit de succussion thoracique. Le malade mange deux portions.

De temps en temps une douleur plus ou moins vive force à appliquer des ventouses scarifiées, qui chaque fois amènent un bon résultat.

Enfin, le malade sort à la fin de février 1854. Les forces sont revenues ; il est dans un état de santé satisfaisant. Du reste, plus de sonorité, plus de bruit de succussion thoracique, mais la base du poumon gauche est toujours le siége de râles de différentes natures.

Depuis nous n'avons pas revu le malade.

Cette observation est encore évidemment la relation d'un pneumothorax avec tous ses caractères : douleur vive et brusquement survenue dans le côté gauche de la poitrine, dyspnée excessive, sonorité exagérée, voussure des parois, souffle amphorique ; tintement métallique, bruit de déplacement de liquide quand on agite le malade ; pouls fréquent, petit, serré, concentré.

Mais à quelle cause rattacher la perforation pulmonaire ? Typart, d'une constitution délicate, a, dit-il, l'*haleine courte* ; il s'enrhume facilement tous les hivers ; mais l'auscultation ne nous a rien appris sur l'existence de tubercules pulmonaires, même lors de sa sortie de l'Hôtel-Dieu. Cependant nous admettrons volontiers

l'existence d'un tubercule sous-pleural isolé, qui, lors de sa fonte, a pu amener la communication des bronches avec la plèvre.

D'autre part, notre sujet était affecté depuis un mois d'une pleurésie ; il était tourmenté par une toux sèche, saccadée, presque convulsive. Ne peut-il pas se faire que de violents efforts de toux ou d'expectoration aient amené la déchirure de quelques vésicules superficielles, et cela d'autant plus facilement que la périphérie du poumon était rendue plus friable par l'inflammation de la plèvre ?

De ces deux manières d'expliquer la perforation, nous penchons pour la première, qui nous semble la plus probable, eu égard au sujet.

Ajoutons que dans ce dernier cas, comme dans ceux rapportés par M. Woillez (*Archives de médecine*, décembre 1853), nous avons observé la persistance du bruit de succussion thoracique, bruit qui a fini par disparaître. Nous compléterons ainsi l'analogie avec ce que renferme le mémoire de cet auteur.

Les deux observations que nous venons de relater méritent à nos yeux l'attention du praticien. En effet, si l'on en croit la majorité des auteurs qui ont parlé du pneumothorax, c'est une affection presque fatalement mortelle, dans laquelle il faut se hâter d'appeler à son aide les moyens les plus énergiques.

M. Saussier, par exemple (*Thèses de Paris*, 1841), a trouvé la terminaison du pneumothorax presque toujours mortelle. La mort a eu lieu dans tous les cas où le pneumothorax était dû à une affection tuberculeuse. Des sujets qui présentaient seulement une pleurésie, douze ont guéri, c'est-à-dire environ les deux cinquièmes ; et quatre autres qui avaient soit une plaie de la poitrine, soit une rupture du poumon, soit une phthisie douteuse, ont également guéri, ce qui porte à 16 sur 147 le nombre des guérisons. « Si l'on s'en » rapportait uniquement à cette thèse, dit M. Valleix à la Société » des hôpitaux (séance du 10 août 1853), on pourrait croire que » la perforation du poumon d'où résulte l'hydrothorax est un ac- » cident constamment mortel ; mais en examinant les faits avec » plus d'attention, on voit que, dans un certain nombre de cas » bien observés, la cicatrisation ou plutôt l'oblitération de la fis- » tule peut se faire. »

Tels sont les sept faits rapportés par M. Woillez, et dans ces faits l'affection tuberculeuse ne saurait être mise en doute ; telles sont aussi nos deux observations.

Que si nous recherchons comment a pu se faire l'oblitération dans les deux cas qui nous occupent, nous trouverons encore dans l'excellent mémoire de M. Woillez le mode de cicatrisation. Il a pu se faire, en effet, que la fistule s'étant produite en dedans, vers la colonne vertébrale, les deux feuillets de la plèvre se soient trouvés rapprochés, et alors on conçoit la possibilité de formation d'une fausse membrane ; ou bien, le liquide de l'épanchement montant jusqu'à la fistule, un dépôt fibrineux se sera formé qui aura bouché la perforation, et après la disparition du liquide la fausse membrane sera restée libre et flottante, ou encore adhérente à la plèvre costale.

Mais tous les malades ne sont pas aussi heureux que ceux dont nous venons de donner l'histoire. C'est fondé sur le mode de cicatrisation des fistules pulmonaires, mode démontré par des autopsies bien faites, démontré aussi par le fait de M. Trousseau, que l'on peut être autorisé à chercher à l'aide de moyens chirurgicaux la formation de fausses membranes qui obturent la solution de continuité.

De tous ces moyens, les injections iodées nous paraissent le plus sûr ; mais l'expérience a-t-elle suffisamment établi leur degré d'innocuité ?

En tout état de cause, nous pensons, et les deux faits que nous avons observés nous y autorisent, que l'hydropneumothorax est une de ces affections qui peuvent guérir spontanément, et que les injections irritantes ne sauraient être employées avec trop de timidité, puisque la nature se charge quelquefois des frais de la guérison.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 novembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Un rapport de M. le docteur Vauthier, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arcis-sur-Aube, sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement en 1854 ;

2° Un rapport de M. le docteur Ourgaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pamiers, qui expose les heureux résultats qu'il aurait obtenus de l'emploi du valérianate de zinc dans le traitement du choléra ;

Eaux minérales. — 3° Un rapport de M. le docteur Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Barèges (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853 ;

4° Un rapport de M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Vichy, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854 ;

Remèdes secrets. — 5° Diverses communications relatives à des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Blennorrhagie du cordon excréteur de la glande vulvo-vaginale. — M. le docteur Alph. Salmon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, adresse un mémoire sur la blennorrhagie du cordon excréteur de la glande vulvo-vaginale.

Traitement de la pneumonie par la vératrine. — M. le docteur L. Bouyer, de Fursac (Creuse), adresse la première partie d'un mémoire intitulé *De la pneumonie et son traitement par la vératrine seule ou associée avec la saignée, le tartre stibié, le kermès, les vésicatoires ; mode d'action et influence relative de ces divers agents dans les différentes périodes de la pneumonie.* (Commissaires : MM. Andral, Bricheteau et Barth.)

Traitement de l'hydrocéphalie chronique par les sétons multiples. M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque (Lot), adresse un mémoire *sur l'emploi des sétons multiples dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique accidentelle ; guérison. De l'emploi de ce moyen dans diverses affections médicales et chirurgicales.* (Commissaires, MM. Ségalas et Grisolle.)

Nature et traitement du choléra. — M. Verdu (de Bordeaux) adresse une lettre dans laquelle il prétend que le choléra est produit par une intoxication analogue à celle du venin des vipères ; il propose, en conséquence, de lui opposer les mêmes moyens, l'ammoniaque en particulier.

Choléra à Avignon. — M. Pamard (d'Avignon) fait connaître les résultats de ses observations pour l'épidémie de 1854.

On voit d'après le tableau statistique dressé par M. Pamard qu'il y a eu 861 décès cholériques pendant les mois de juin, juillet, août et septembre 1854, plus 340 décès provenant d'autres causes, ce qui donne un total de 1,201 décès.

En comparant la mortalité de cette année à celle de la même période de l'année 1853, on trouve sur 35,000 habitants 430 décès, c'est-à-dire 771 décès de moins.

Cancer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer. La parole est à M. Delafond.

DISCUSSION.

M. DELAFOND. J'ai cherché à établir dans la dernière séance que la cellule dite cancéreuse n'était véritablement pas capable de caractériser le cancer et qu'elle ne pouvait suffire au diagnostic. J'ai été plus loin : j'ai montré, d'accord en cela avec M. Mandl et avec un grand nombre de pathologistes allemands, que la cellule dite cancéreuse appartient à l'organisme, comme toutes les autres cellules qui se produisent dans le développement de tous les êtres organisés. En admettant même que cette cellule n'apparaisse que dans certaines conditions, elle rentre en effet par tous ses caractères dans la catégorie des cellules qui se forment dans l'organisme soit à l'état normal, soit à l'état pathologique.

J'ai soumis à cette occasion à l'Académie quelques remarques sur les caractères qui sont propres à cette cellule et sur les différences qu'elle peut revêtir à ses différents âges et suivant les diverses phases de son développement.

J'ai soumis à l'Académie toutes les transformations de la cellule cancéreuse, afin de lui montrer que les mêmes changements se produisent dans la cellule normale qui préside au développement de tous les êtres organisés, et que ces mêmes variétés de cellules se retrouvent également dans plusieurs productions pathologiques diverses.

Après avoir exposé la série des phénomènes qui président à la formation et au développement de l'organisme normal, j'ai cherché ensuite s'il en était de même pour l'organisme malade, et si les choses se passaient de la même manière à l'état pathologique. J'ai fait voir qu'ici encore, de même que dans les végétaux, de même que dans l'organisme sain des animaux, c'est toujours un travail analogue qui s'opère. La cellule ne cesse nulle part d'être la même. La nature des tissus qu'elle constitue ne varie qu'en raison des différents matériaux dont elle se remplit. J'ai montré, enfin, par là que c'était le liquide cancéreux qui était, selon moi, l'élément propre du cancer, la substance qui le caractérise véritablement.

Enfin j'ai voulu cependant vérifier s'il n'existait pas dans les cellules du tissu fibro-plastique et dans celles de l'encéphaloïde quelques caractères propres à les différencier. Me servant des observations mêmes de M. Lebert, j'ai fait voir qu'en les examinant à leurs divers degrés de développement il était impossible d'y trouver une différence réelle.

Je me suis donc cru en droit de conclure qu'au point de vue de l'anatomie microscopique aucune différence ne sépare l'encéphaloïde le mieux caractérisé du tissu fibro-plastique.

J'ai résumé toutes mes recherches sur ce sujet en disant que la cellule cancéreuse n'est pas une cellule particulière au cancer, que c'est simplement la cellule pathologique ; mais qu'à côté et dans l'intérieur de cette cellule il y a quelque chose d'anomal et de morbide, c'est le liquide cancéreux lui-même.

Aujourd'hui je reviens encore sur la forme que peut affecter la cellule cancéreuse. Je reviendrai en particulier sur ce point, que lorsque les cellules viennent de naître, lorsqu'elles sortent de leur blastème, elles se ressemblent toutes. Les cellules cancéreuses et les cellules fibro-plastiques n'offrent alors aucune différence entre elles ; elles sont les unes et les autres régulières, arrondies, et conservent cette forme tant qu'elles ne sont pas gênées dans leur ampliation par quelque tissu voisin qui les comprime ou les force à se déformer. Mais plus tard la forme et les dimensions de ces cellules présentent de très grandes différences. Ainsi, tandis que la cellule fibro-plastique s'allonge, s'amincit par la compression qu'elle subit de la part des fibres dans le tissu fibro-plastique, on voit souvent, au contraire, la cellule cancéreuse proprement dite, la cellule de l'encéphaloïde, acquérir un volume considérable.

J'ai étudié comparativement les cellules des diverses tumeurs, je les ai mesurées, j'en ai pris les *maxima*, les *minima*, et surtout les moyennes. Je suis arrivé ainsi à ce résultat, qu'en général les cellules fibro-plastiques sont plus petites et plus allongées, que les cellules de l'encéphaloïde sont plus grandes ; celles du squirrhe présentent ordinairement une dimension moyenne entre celle de l'encéphaloïde et du tissu fibro-plastique.

Je me suis demandé si, au point de vue pathologique, il était possible de se rendre compte de la cause de ces différences. Il m'a paru que ces différences dépendaient des éléments anatomiques différents qui entrent dans la composition des tumeurs ou des organes où elles siègent.

J'ai également examiné à ce même point de vue les noyaux et les nucléoles, et je suis arrivé à un résultat semblable. Si l'on compare ensemble les noyaux des cellules fibro-plastiques et des cellules d'encéphaloïde, on reconnaît que les noyaux des cellules encéphaloïdes sont plus volumineux que ceux des cellules fibro-plastiques. Il en est de même pour les nucléoles.

J'ai dit, en outre, qu'il fallait prendre en considération le contenu des cellules. J'ai essayé l'action des divers réactifs sur ces cellules. Je les ai successivement soumises à l'action des acides, de l'iode, de la biline, de l'ammoniaque. Les acides, l'acide acétique et l'acide lactique en particulier, jouent un très grand rôle dans ces réactions microscopiques. Quand on met une cellule en contact avec un de ces acides, on la voit se dépouiller de l'atmosphère graisseuse qui l'entourait, se réduire graduellement à une simple lamelle. Souvent même il arrive qu'elle se trouve entièrement détruite et qu'il ne reste plus que le noyau... Mais en faisant successivement agir chacun de ces réactifs sur les cellules cancéreuses et sur les cellules fibro-plastiques, je n'ai, dans aucun cas, pu constater la moindre différence dans les résultats. Je n'ai pas trouvé un seul réactif qui me permît de distinguer la cellule cancéreuse d'avec les autres, comme, par exemple, on distingue les substances amylacées par la réaction de l'iode.

J'ai eu recours encore à un autre ordre de preuves. J'ai cherché dans des tumeurs cancéreuses de diverse nature chez les animaux. Dans certaines tumeurs, je n'ai pas pu rencontrer la cellule. On pourra m'objecter, comme on l'a fait à M. Velpeau, que j'ai pris pour des cancers des tumeurs qui n'étaient point cancéreuses. Soit, je l'accorde. Mais dans d'autres tumeurs bien évidemment cancéreuses, dans des encéphaloïdes avec engorgement des ganglions voisins, il m'est arrivé aussi de ne pas trouver la cellule.

On ne peut donc pas se prononcer uniquement d'après la présence ou l'absence de la cellule.

Je ne me prononcerai pas à l'égard des tumeurs épithéliales, parce qu'on a beaucoup moins d'occasions de les observer chez les animaux. Mais si l'on s'en tient au squirrhe et à l'encéphaloïde, qui sont très fréquents et dont j'ai observé d'innombrables exemples, on peut voir que la cellule est incapable par elle-même de trancher la question du diagnostic et de nous faire dire avec certitude : Il y a ou il n'y a pas cancer.

Mais s'ensuit-il de là qu'il ne faille tenir aucun compte de la cellule ? C'est bien loin de ma pensée. Bien loin de dire que la cellule est sans importance aucune, je suis persuadé au contraire que l'on doit en tenir compte en pratique comme au point de vue scientifique. Il faut en tenir compte certainement, mais en n'acceptant la cellule que pour ce qu'elle vaut. Ainsi je ne crois pas, comme le veulent les micrographes, que la cellule soit essentielle, qu'elle constitue le caractère spécifique du cancer.

Quant à la différence que les micrographes ont voulu établir entre le cancer encéphaloïde ou squirrheux et les tumeurs fibro-plastiques en se fondant sur le double caractère histologique et clinique, elle n'est pas fondée davantage. J'ai fait voir au point de vue histologique qu'il n'y avait pas de différence réelle, fondamentale entre la cellule cancéreuse et la cellule fibro-plastique, qui ne varient que par des accidents de forme accessoire et dont on trouve la cause dans la nature même des tissus au sein desquels elles se développent. La différence n'est pas plus réelle au point de vue clinique. Ainsi les micrographes ont dit que les tumeurs fibro-plastiques ne se reproduisaient jamais que sur place. Cela est faux. Je pourrais citer des exemples très nombreux qui prouvent le contraire.

On voit donc qu'au point de vue pratique on ne peut pas conclure de la cellule.

Un mot seulement sur la cachexie cancéreuse.

M. Amussat a parlé de la transmission héréditaire du cancer. La prédisposition héréditaire au cancer n'est mise en doute par personne. Est-ce la cellule qui est transmise en nature des parents aux enfants ? Assurément non. Et cela devrait être ainsi cependant si la cellule était l'élément essentiel du cancer. C'est autre chose que la cellule, et une chose que nous ne connaissons pas, qui se transmet par la génération.

Enfin, si la cellule était l'élément essentiel du cancer, ne devrait-on pas la retrouver dans le sang des individus en proie à la cachexie cancéreuse ? On ne l'y a cependant jamais trouvée.

De ces considérations j'arrive au traitement.

J'ai examiné des tumeurs cancéreuses extirpées et même des tumeurs demeurées en place chez des animaux sacrifiés. Je me suis assuré, après avoir extirpé tout le tissu cancéreux, que la cellule ne réside pas seulement dans le tissu morbide, mais qu'on la trouve encore au delà, dans les tissus sains environnants et jusqu'à une distance quelquefois assez considérable. Cela nous apprend qu'il ne faut pas se borner à enlever le tissu cancéreux, mais qu'il faut porter l'instrument au delà de ses limites et enlever une partie des tissus sains en apparence qui circonscrivent la tumeur.

J'ai examiné la matière qui s'écoule du cancer. J'y ai trouvé, avec des globules purulents, des globules cancéreux. J'ai remarqué que tant qu'on trouve ces globules cancéreux dans la suppuration des plaies qui résultent de l'ablation d'une tumeur cancéreuse, la plaie ne se referme jamais complétement. De là le précepte de ne pas chercher à obtenir la réunion tant que la cellule subsiste. Ces faits expliquent aussi la repullulation.

Je ferai remarquer à cette occasion que le mot de récidive, par lequel on exprime généralement la repullulation de ces tumeurs, est une expression vicieuse ; il y a reproduction, ou plutôt extension du mal dans la plupart des cas, mais non pas récidive.

En résumé, il me paraît qu'on peut conclure de tout ceci qu'il n'est pas possible de se prononcer sur le diagnostic des tumeurs cancéreuses d'après la présence ou l'absence de la cellule. Je dois dire cependant que cette considération n'est pas inutile ; elle peut aider au diagnostic, le rendre plus sûr dans certains cas douteux, mais elle ne suffit pas à elle seule pour l'établir d'une manière certaine.

Quant au microscope, loin de chercher ici à le dénigrer, je m'empresserai de le proclamer, au contraire, un instrument excellent, extrêmement précieux lorsqu'on sait s'en servir, et qui nous donne les renseignements les plus utiles sur une foule de questions d'anatomie

et d'anatomie pathologique. Pour mon compte, je ne saurais plus m'en passer pour les études de ce genre, depuis que j'ai appris à en apprécier les services, et j'ajouterai que le microscope dont on se sert à Alfort vaut ceux dont on peut se servir à Paris.

— M. Robert demande la parole; mais vu l'heure avancée et l'Académie ayant d'autres travaux d'urgence à entendre, M. le président invite M. Robert à remettre sa réponse à la séance prochaine.

— M. Ferrus demande à dire un mot seulement.

M. Ferrus. On a parlé de l'hérédité, de la cachexie cancéreuse et de l'influence du système nerveux sur le cancer. J'ai été à même dans le temps de faire de très nombreuses observations sur le cancer à la Salpêtrière. Voici ce que mes souvenirs me rappellent particulièrement en ce qui concerne les deux points soulevés par M. Amussat; l'hérédité et l'influence du système nerveux sur le développement du cancer.

Sur 50 cas recueillis par moi ou sous mes yeux par plusieurs médecins, alors mes élèves, je n'ai trouvé que deux cas dans lesquels l'hérédité était, je ne dirai pas manifeste, mais probable, où du moins on pouvait l'admettre.

M. Amussat a rappelé une opinion qui tend à attribuer une grande influence au système nerveux sur la production du cancer. J'ai fait aussi des recherches dans cette direction; j'ai tenu compte du tempérament chez un grand nombre de femmes cancéreuses. J'ai trouvé que dans les deux tiers des cas les malades avaient le tempérament lymphatique ou le tempérament bilioso-sanguin; ce n'est que dans le plus petit nombre de cas que j'ai constaté le tempérament nerveux.

Enfin, pour ce qui concerne la cachexie cancéreuse, je n'ai pas trouvé qu'elle fût en rapport avec l'étendue et la gravité du mal local. Ainsi, chez certains sujets présentant la cachexie cancéreuse au plus haut degré, on ne trouvait souvent qu'une tumeur très circonscrite; tandis que tels autres qui avaient des cancers très volumineux et très avancés ne présentaient aucun signe de cachexie.

RAPPORT.

Épidémies. — M. E. Gaultier de Claubry lit au nom de la commission des épidémies le rapport officiel annuel sur les épidémies observées pendant l'année 1853.

Les conclusions de ce rapport seront discutées en comité secret.

PRÉSENTATION.

M. Chassaignac présente une tumeur du maxillaire inférieur qu'il a récemment enlevée. Cette tumeur est présentée comme pièce de conviction relative au sujet de la discussion actuelle.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 septembre 1854. — Présidence de M. Terrier.

La correspondance comprend:

1° Le n° 8 du tome XXV, 1854, du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

2° Les nos 9 et 10 du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux;*

3° Une brochure intitulée *Résumé de recherches cliniques sur la fièvre continue, la dyssenterie, la pleurésie chronique, etc.*, par M. le docteur Austin Flint, professeur à l'Université de Louisville (Amérique). (M. Chalut, rapporteur.)

— A l'occasion du procès-verbal, M. Masson revient sur la question du choléra et sur les résultats que lui donne sa méthode de traitement, déjà indiquée dans un précédent procès-verbal. Ces jours derniers il a eu à traiter un cas grave, et la guérison a été obtenue sans les inconvénients de la réaction. Suivant lui, le manque de réaction, qu'il doit aussi quelquefois à la précaution qu'il prend d'appliquer des sangsues à l'anus, est un avantage précieux de sa méthode. M. Masson ne croit pas du reste à l'existence constante de la diarrhée prémonitoire.

M. Foucart. Pendant les quelques semaines que je viens tout récemment de passer dans la Haute-Marne, où j'avais été envoyé en mission, au milieu de villages ravagés par le choléra, mon attention s'est portée principalement sur cette question des prodromes, sur laquelle on est si peu d'accord. Je déclare que je n'ai pas rencontré un seul cas dans lequel ils n'aient existé. J'ai dit à la Société, dans une précédente séance, que j'en avais rencontré deux à Paris, et j'ai dit à quelle circonstance j'avais cru pouvoir les rapporter. Dans mon opinion, les cas excessivement rares où il n'y a pas de diarrhée prodromique, les choléras d'emblée, sont le résultat de la contagion, ou plutôt de la transmission d'individu à individu.

A cette question de M. Guersant: Si l'on admet la contagion, comment peut-on expliquer que l'enfant qui tette sa nourrice ou sa mère atteinte du choléra ne contracte pas la maladie? M. Foucart répond que si le choléra se transmet, ce n'est pas *par contact*. Ce n'est pas non plus par le lait d'une cholérique que l'enfant contractera la maladie. Le lait est le produit d'une sécrétion isolée, à part, et ne peut servir de véhicule au principe morbifique. S'il y a transmission de la maladie, c'est par infection atmosphérique, miasmatique, mais non, je le répète, par simple contact.

M. Duhamel croit que M. Masson s'effraie un peu trop des dangers de la réaction. Pour lui, ce qu'il redoute le plus, c'est l'absence, la non-apparition du mouvement réactionnel des forces vitales.

M. Chalut donne lecture d'une note fort étendue et fort intéressante dans laquelle il affirme avoir toujours constaté l'existence de la diarrhée prodromique. Le traitement auquel il accorde le plus de confiance et qui lui a donné le plus de succès est celui par les vomitifs et les purgatifs salins. Enfin il passe en revue les diverses médications qu'il a mises en usage dans les épidémies cholériques de 1832, 1849 et 1854, et en particulier le traitement par le sulfate de strychnine, dont notre honorable collègue M. Abeille a donné l'exposé à la Société dans la dernière séance.

M. Duperthuis. Le choléra est une maladie qui se prête merveilleusement aux théories étiologiques et thérapeutiques que chacun s'imagine de créer; pourquoi? Parce qu'elle nous est complétement inconnue et que nous n'obtenons rien de bon des divers moyens que nous lui opposons. On nous préconise les remèdes actifs, je le veux bien; mais lesquels, et puis en avons-nous d'assez actifs? Chacun vante son traitement; mais le fait est que tout échoue comme tout réussit, suivant que la cause toxique est plus ou moins active. J'en suis arrivé à cette croyance que, si les malades ne sont pas couverts d'une sueur froide et visqueuse, il y a espoir de les sauver; que, dans les cas contraires, nous ne sommes plus en droit de fonder aucune espérance de succès sur nos agents thérapeutiques.

M. Masson voit avec une sorte d'affliction la tendance des médecins à reconnaître et en quelque sorte à proclamer leur impuissance. Dans les maladies, il est rare de rencontrer tout le cortége des symptômes, il en manque presque toujours quelques-uns; l'agonie elle-même a ses physionomies et ses périodes distinctes. Cessez donc de dire que tel cas de choléra ne pouvait être grave, mortel, parce qu'il lui manquait tel caractère symptomatique; en raisonnant ainsi, il faudrait désespérer de la médecine.

Je répéterai encore que je me méfie de la pratique qui s'attaque principalement aux symptômes; la diarrhée, l'indigestion, ce ne sont que des phénomènes accessoires et qui n'ont pas l'importance qu'on y attache. Je disais déjà en 1832 que l'indigestion ne donnait pas le choléra, mais au contraire qu'elle lui était due.

M. Duhamel oppose à cette dernière assertion de M. Masson deux cas de choléra qui se sont déclarés à la suite d'une indigestion; il donne le conseil à ses clients de manger le moins possible durant l'épidémie, pour peu que les fonctions digestives soient troublées.

M. Caron avoue que, comme tous ses confrères, il a eu des succès et des insuccès, quel qu'ait été le traitement qu'il ait mis en usage. Néanmoins, par le vin de colombo il a obtenu des résultats plus satisfaisants, en ce sens surtout que les malades guérissaient sans réaction menaçante. Il a remarqué aussi que dans les cas malheureux la mort arrivait plus tard. Les purgatifs donnent lieu à des accidents, et il ne les emploie que dans des circonstances déterminées.

M. Bossu fait remarquer qu'il est presque oiseux de s'occuper du traitement du choléra, puisqu'on ne peut arriver à aucune conclusion qui soit comme un drapeau et un signe de ralliement; que la Société de médecine, qui y a consacré plusieurs séances, ne sort pas du cercle qu'elle a parcouru déjà, et se livre en ce moment à des redites sans fin.

Lorsque j'ai eu connaissance de la méthode de traitement par M. Abeille, j'ai conçu quelque espérance. Je l'ai employée dans trois cas où j'ai obtenu la guérison; mon espoir avait grandi. Mais le lendemain j'entends à l'Académie un rapport qui, s'il ne condamne pas absolument la strychnine, ne lui donne aucune espèce d'encouragement, et je n'ai entendu aucune voix s'élever pour la défendre; alors je me suis demandé si je ne m'étais pas fait illusion, si j'avais bien eu affaire à des cas de choléra *vrais*, et si mes malades eussent pu guérir, comme de simples cholérines, en l'absence de toute espèce de traitement. Alors aussi, ne trouvant dans l'Académie que des juges et non des directeurs, j'ai conçu une véritable indifférence pour la question qui nous occupe.

M. Coursserant. Les médecins sont généralement incrédules à l'endroit de la thérapeutique. Toutes les fois qu'une proposition nouvelle est donnée comme une vérité, on est disposé à la rejeter. C'est ainsi qu'on a agi pour le chloroforme. Pour moi, j'ai moins de scepticisme, et j'ai peine à me persuader que quand un médecin instruit, honorable, déclare être arrivé à tel résultat, il n'y ait pas, tout en faisant la part du sentiment paternel, quelque chose de bon, de vrai dans le nouveau traitement proposé.

Le sulfate de strychnine n'a pas réussi entre les mains de plusieurs confrères; mais ceux-ci ont-ils tenu compte des précautions réputées accessoires, et qui souvent sont très importantes? M. Abeille voudrait-il bien nous dire si les objections qu'on lui a faites portent juste?

M. Abeille donne quelques explications sur la manière dont son traitement est employé à l'hôpital du Roule et sur les résultats avantageux qu'il obtient, résultats qui ne sont égalés, dit-il, par l'emploi d'aucune autre méthode thérapeutique et dont peuvent témoigner tous les aides-majors de son service. Il ajoute qu'il a été en butte à de sourdes insinuations, et qu'il fera part à la Société de sa réponse, qu'il publiera bientôt.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

M. le ministre de l'instruction publique a adressé la circulaire suivante aux recteurs des académies sur les frais d'études des élèves en médecine:

Paris, le 23 novembre 1854.

Monsieur le recteur, le décret du 22 août dernier, qui, en fixant les frais d'études des élèves en médecine au prix total de 1,260 fr., a reporté aux examens passés à la fin des cours une partie des rétributions précédemment exigées pour les inscriptions prises en cours d'études, devra être appliqué de manière que les sommes acquittées désormais par les élèves au compte de l'enseignement supérieur ne puissent, en s'ajoutant à celles qu'ils ont versées déjà dans les caisses du trésor public, dépasser le prix déterminé par le décret.

Ce principe d'équité, l'administration n'a donné à personne le droit de mettre en doute sa ferme intention de le maintenir. Cependant, comme il n'y aura lieu de le pratiquer qu'à partir du 1er janvier prochain, terme assigné pour la mise à exécution du règlement du 22 août, elle a dû prendre le temps d'examiner quel serait le moyen le plus sûr d'atteindre le but qu'elle se propose.

Il eût peut-être été souhaitable pour simplifier cette opération assez difficile d'étendre uniformément les nouveaux tarifs à tous les étudiants à partir du 1er janvier prochain, en se réservant, aussitôt que les droits acquittés s'élèveraient à la somme de 1,260 fr., d'accorder la gratuité des actes qui resteraient à accomplir.

Mais, ne voulant point aggraver dans le présent pour l'unique avantage de la comptabilité les sacrifices que les familles ont dû s'imposer, j'ai décidé que les élèves en cours d'études obtiendraient une remise proportionnellement répartie sur leurs inscriptions et sur leurs actes à dater du 1er janvier prochain, et établie de telle sorte que les sommes déboursées par eux n'excèdent pas le maximum de 1,260 fr. fixé par le décret du 22 août.

Les épreuves qu'il faudrait recommencer continueraient toutefois à avoir lieu, après le délai d'ajournement prescrit par les règlements en vigueur, moyennant la nouvelle consignation d'une somme égale à la première. Veuillez donc faire dresser immédiatement au dossier de chacun des étudiants les calculs nécessaires pour opérer de la manière la plus équitable en même temps que la moins compliquée les dégrèvements successifs que je viens d'ordonner.

Comme les jeunes gens qui commencent aujourd'hui leurs études médicales pour les suivre régulièrement auront dû les terminer dans quatre années et qu'il est impossible de prolonger indéfiniment une situation transitoire, je fixe au 1er janvier 1859 l'époque à laquelle les tarifs seront appliqués sans réduction.

Recevez, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie de médecine tiendra sa séance publique annuelle le 12 décembre. M. Dubois (d'Amiens) prononcera l'éloge de quatre accoucheurs: Desormeaux, Deneux, Baudelocque et Capuron.

— Depuis plusieurs années le nombre des élèves en médecine de la Faculté de Paris diminue d'une manière très sensible. On en jugera par ces chiffres:

Le nombre des élèves inscrits au 15 novembre 1854 est de 964, dont 151 nouveaux. En 1853, à la même époque, il y avait 1,054 élèves, dont 158 nouveaux, et en 1852 1,437, dont 334 nouveaux.

— M. le ministre de l'instruction publique vient de nommer M. Combes, professeur d'hygiène de l'Ecole préparatoire médicale de Toulouse, officier de l'instruction publique. Cette distinction est motivée sur le dévouement dont M. Combes a fait preuve en soignant les cholériques.

— La Faculté de médecine de Montpellier a décerné les prix de fin d'année dans la séance solennelle de rentrée. Les lauréats sont: 1re année, M. Planchin; 2e année, M. Chabrié; 3e année, M. Vigual; 4e année, M. Villars.

— M. l'intendant militaire de l'armée d'Orient, en rendant compte au ministre de la guerre des mesures prises pour secourir les blessés pendant la bataille d'Inkermann, s'exprime en ces termes au sujet de nos confrères de l'armée:

« Dans ces grandes épreuves, nos officiers de santé sont admirables de dévouement; je les ai retrouvés dans ces circonstances ce qu'ils ont été à Gallipoli et à Varna pendant le choléra, et à la bataille de l'Alma; ce qu'ils sont tous les jours depuis le commencement du siége de Sébastopol. Si j'avais à nommer tous ceux qui ont mérité des témoignages de satisfaction, il me faudrait envoyer à Votre Excellence la liste complète des médecins qui font partie des ambulances où les blessés ont été recueillis. Permettez-moi seulement de vous citer M. Scrive, médecin en chef, qui dirige de la manière la plus satisfaisante le service médical depuis notre débarquement en Crimée, MM. Thomas, Secourgeon, Malapert, chefs des ambulances des 1re, 2e et 4e divisions, Marny et Mestres, médecins-majors au quartier général. »

— D. Mariano Delgras, doyen de la presse médicale espagnole, vient d'être nommé conservateur du Musée des sciences naturelles de Madrid.

— M. le docteur Coursserant commencera son cours public et gratuit des maladies des yeux le jeudi 30 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre no 4 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Les premières leçons seront consacrées à l'étude de la cataracte et de la pupille artificielle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la maladie de Bright, par le docteur K.-N. Mozian (thèse inaug.) Chez Rignoux, 31, rue Monsieur-le-Prince.

Physiologie de l'homme, par M. Brachet. — Lyon, chez Savy; Paris, Germer Baillière. — 2 vol. in-8°. Prix: 15 fr.

Traité complet des maladies syphilitiques, ou Étude comparée de toutes les méthodes qui ont été mises en usage pour guérir ces affections; par M. Giraudeau de Saint-Gervais, chevalier de la Légion d'honneur, docteur en médecine. Un vol. de 800 pages, avec 25 gravures coloriées; 2e édition. Prix: 6 fr. — *Principaux chapitres:* Origine de la Syphilis; son principe. De la Génération chez l'homme et chez les animaux. Maladies héréditaires. De l'Onanisme. Divers modes de contagion. Maladie primitive, Gonorrhée, Leucorrhée; moyens de les guérir radicalement. Ulcères des membranes muqueuses chez l'homme et chez la femme, Excroissances, Affections constitutionnelles ou invétérées. Dartres, Surdité, Ophthalmie, Boutons, Ephélides, chute des Cheveux et des Dents, Goutte, Rhumatismes, Douleurs, Exostose, Carie, Névralgies, Névrose, Hydrocèle, Hydropisie, Mélancolie, Apoplexie. Du traitement mercuriel interne et externe: frictions, fumigations, salivation, liqueur de Van Swieten, etc. Accidents causés par le mercure, tels que la Folie, l'Epilepsie, l'Hypocondrie, la Phthisie, le Marasme. Danger des préparations d'or et d'iode. Du traitement par les végétaux; règles pour leur administration. Du copahu et du poivre cubèbe. Examen des moyens préservatifs. De la Prostitution ancienne et moderne et de son état actuel dans Paris. Recueil de 150 formules de remèdes antisyphilitiques les plus usités dans tous les pays. — Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traitement rationnel des maladies chroniques au moyen d'une nouvelle méthode dérivative, par le docteur Charnon. Prix: 75 c. Cette hrochure se trouve à toutes les librairies médicales.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 142. — SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 142. — SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De quelques cas d'érysipèle interne. Identité de nature entre l'érysipèle cutané et certaines phlegmasies internes concomitantes. — Accidents syphilitiques tertiaires développés dix-sept ans après les accidents primitifs. Inefficacité de l'iodure de potassium. Guérison rapide sous l'influence du deuto-iodure de mercure. — Cancroïde du maxillaire inférieur et de la face. Désarticulation. Extirpation. — Corps étranger dans la trachée donnant lieu aux symptômes généraux de phthisie pulmonaire. Expulsion. Guérison. — HÔPITAL BEAUJON (M. Béhier). Fistule des voies respiratoires. Tumeur gazeuse consécutive. — Pleurésie. Hydropéricarde. Ponction du péricarde. — Evulsion complète du globe de l'œil. — Sur l'action thérapeutique des diverses préparations de fer. — De l'administration du séné. — Traitement des névralgies par la compression des artères. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Traité de diagnostic médical.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De quelques cas d'érysipèle interne. Identité de nature entre l'érysipèle cutané et certaines phlegmasies internes concomitantes.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'a été exprimée l'idée que certaines phlegmasies internes et l'érysipèle ne diffèrent que par leur siége, et qu'à cela près de l'influence exercée par la localisation elle-même sur leur marche et leur terminaison, il y a entre elles une parfaite identité de nature. Mais cette idée, évidemment fondée sur des observations, a pu, à d'autres époques où les esprits étaient moins sévères qu'aujourd'hui sur l'exigence des preuves cliniques, avoir le tort d'être trop généralisée et d'être admise avec trop de facilité. Il est évident, lorsqu'on lit avec quelque attention la description que les auteurs anciens ont faite de ces érysipèles, qu'ils ont décrit le plus souvent sous ce nom des phlegmasies simples des viscères. Mais n'est-on pas tombé, de notre temps, dans une autre exagération en contestant complétement l'existence des érysipèles internes, et n'a-t-on pas abusé des principes de la doctrine localisatrice en considérant l'érysipèle comme une affection appartenant exclusivement au derme, et n'empruntant sa spécificité qu'à la seule circonstance de son siége sur la surface tégumentaire externe? On a trop oublié que l'érysipèle est une affection d'une nature spéciale, une inflammation d'un mode particulier liée le plus habituellement à un état fébrile général dont elle n'est que l'expression locale. Et dès lors pourquoi voudrait-on que la membrane cutanée interne, que les séreuses elles-mêmes ne pussent être le siége de l'inflammation érysipélateuse? Nous chercherions vainement quelles objections on pourrait emprunter à l'anatomie, à la physiologie ou à la pathologie contre un fait que toutes les lois de l'analogie et la communauté d'origine tendent si bien à établir.

Nous avions tout récemment l'occasion d'observer, en ville, un jeune homme chez lequel, après plusieurs jours de prodromes fébriles avec vomissements bilieux et état saburral, il survint un érysipèle de la face. Cet érysipèle, après avoir successivement envahi les deux côtés de la face et une partie du cuir chevelu, était à peine dissipé qu'un redoublement fébrile se manifesta, accompagné, comme au début, de vomissements bilieux. Nous nous attendions à voir un second érysipèle faire explosion sur une autre partie du corps, mais il n'en fut point ainsi; le malade fut pris d'une violente céphalalgie avec délire, persistance des vomissements, agitation presque continuelle. Cet état dura quelques jours. A peine dissipé, il est remplacé à son tour par des symptômes intestinaux : coliques violentes, sensibilité vive du ventre, selles dyssentériques, toujours avec persistance de la fièvre. Ces symptômes intestinaux se dissipent à leur tour; cependant le mouvement fébrile dure encore, et le malade accuse des douleurs dans la jambe gauche, où nous trouvons un érysipèle qui termine la scène. Le tout avait duré environ trois semaines.

A peine venions-nous d'assister à ce fait, qui avait suscité dans notre esprit les réflexions qui précèdent, que plusieurs faits semblables sont venus s'offrir à notre observation dans les hôpitaux, où l'on voit depuis quelque temps un assez grand nombre d'érysipèles.

C'est d'abord une femme de la salle Saint-Bernard (service de M. Trousseau) qui a présenté une série de phénomènes analogues, c'est-à-dire une succession d'érysipèles entrecoupés par divers accidents internes, et notamment par de la dyssenterie.

Jusque-là nous ne nous dissimulons pas les objections qu'on pourrait faire à l'identité de nature des phénomènes internes et des phénomènes cutanés. Il n'y aurait eu là que des faits de complication ou de coïncidence, des phlegmasies intercurrentes qui auraient produit une action révulsive ou métastatique sur l'érysipèle. Mais nous allons voir dans d'autres faits la filiation directe des érysipèles interne et externe par voie de continuité.

En même temps que nous observions le fait du service de M. Trousseau, M. Gubler, chargé alors du service de M. Rostan, appelait notre attention sur une malade de la salle Saint-Antoine qui avait en ce moment un érysipèle de la face. Or, chez cette malade, l'érysipèle avait été précédé des phénomènes suivants : elle avait été prise d'abord d'une angine caractérisée par une rougeur extrêmement vive et un aspect luisant et tendu de la muqueuse gutturale; cette angine était accompagnée d'une fièvre dont l'intensité ne paraissait pas en rapport avec le peu de gravité apparent de cette lésion; bientôt il survint un enchiffrènement avec sensation de tension douloureuse et sécheresse dans les fosses nasales, et enfin un érysipèle de la face qui commença à se manifester à l'orifice de l'une des fosses nasales, ou, pour nous servir d'une expression plus précise encore, qui sortit littéralement du nez pour aller de là se propager à tout le reste de la face.

Comme nous lui citions à cette occasion les faits signalés plus haut, M. Gubler nous rappela deux cas entièrement semblables à celui qu'il avait eu l'occasion d'observer quelque temps auparavant. Dans l'un, c'était une dyssenterie qui n'avait cessé que pour faire place à un érysipèle qui commença à la marge de l'anus pour se propager de là aux fesses et à la partie postérieure des cuisses; dans l'autre, l'inflammation érysipélateuse, développée d'abord dans toute l'étendue du vagin, avait graduellement gagné de proche en proche la face externe des grandes lèvres, puis la partie antérieure et interne des cuisses.

Si pour les premiers cas, où l'inflammation érysipélateuse a procédé à la manière de ces érysipèles ambulants ou erratiques qui sautent de place en place et tout d'une pièce sans que les parties intermédiaires soient affectées, il restait encore quelque prétexte au doute, nous ne pensons pas qu'il en puisse subsister pour ces derniers faits où la propagation par voie de continuité des muqueuses à la peau est manifeste.

Nous croyons donc pouvoir répéter avec P. Frank : *Nullum ergo de interni erysipelatis frequentia dubium superesse potest.*

Quant aux applications pratiques à déduire de ces faits, sauf les modifications que l'importance de l'organe affecté peut apporter au pronostic et les indications spéciales qui peuvent résulter des troubles fonctionnels et des symptômes qui lui sont propres, le traitement général de l'érysipèle ne saurait varier au fond, que la maladie siége au dedans ou au dehors.

Accidents syphilitiques tertiaires développés dix-sept ans après les accidents primitifs. — Inefficacité de l'iodure de potassium. — Guérison rapide sous l'influence de l'iodure de mercure.

Un homme de quarante-deux ans, journalier, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, vers les derniers jours du mois d'août, pour une douleur sciatique. Dans le milieu du mois de juillet, il avait été pris tout à coup d'une douleur vive dans le genou, qui était bientôt remontée à la hanche; et depuis ce temps-là il souffrait dans tout le trajet du nerf sciatique. Le malade était depuis plusieurs semaines à l'hôpital, lorsqu'il se plaignit un jour d'une violente céphalée et d'une douleur dans la région claviculaire. Ces douleurs persistant avec une intensité croissante telle que le malade en avait perdu le sommeil, il fut examiné avec soin, et on découvrit une exostose de la portion interne de la clavicule droite, une tumeur gommeuse de la grosseur d'une petite noix dans l'épaisseur des parois thoraciques du même côté, et un engorgement du testicule gauche. Le malade, interrogé sur ses antécédents, déclara avoir eu en 1836, étant alors militaire, un chancre pour lequel il fut traité au Val-de-Grâce, d'où il sortit au bout de quatorze jours sans autre traitement, affirme-t-il, que la tisane de mauve et des lotions d'eau blanche. Il assurait, en outre, n'avoir eu depuis aucun autre accident syphilitique.

M. Gubler, chargé alors du service, mit ce malade à l'usage de l'iodure de potassium. Ce traitement, régulièrement suivi pendant plus d'un mois, parut produire un amendement assez sensible dans la douleur sciatique; mais il resta sans effet contre la nouvelle série d'accidents dont nous venons de parler. Loin de diminuer, la tumeur osseuse et la tumeur gommeuse ne faisaient qu'augmenter de volume; ce que voyant, M. Gubler fit cesser l'emploi de l'iodure de potassium pour le remplacer par des pilules d'iodure de mercure.

Au bout de quelque temps de l'usage de ce nouveau traitement, les douleurs d'abord, puis les tumeurs syphilitiques commencèrent à diminuer d'une manière sensible. Des accidents de polydipsie et de polyurie ayant obligé à suspendre l'usage du sel mercuriel, la résolution graduelle de ces tumeurs n'en continua pas moins, au point qu'au bout d'un mois environ elles étaient réduites de plus des deux tiers, et qu'on ne jugea pas utile de reprendre le traitement. Quant aux douleurs sciatiques, elles persistaient encore et ne paraissaient avoir été nullement influencées par l'emploi du sel de mercure.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de diagnostic médical ou *Guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies;* par M. le docteur RACLE, médecin des hôpitaux (1).

Voici un petit livre qui, sous une apparence des plus modestes, nous paraît destiné à rendre des services réels à tous ceux qui se livrent à l'étude de la médecine. Ce qui manque souvent aux élèves, ce ne sont ni l'intelligence naturelle, ni les connaissances acquises, ni les matériaux d'étude, ni l'envie d'apprendre : c'est un guide qui leur enseigne les moyens de mettre à profit ces matériaux, d'utiliser ce qu'ils savent déjà pour agrandir le cercle de leurs conquêtes scientifiques, en un mot, qui leur permette d'arriver au but qu'ils veulent atteindre de la manière la plus sûre et la plus rapide possible. Sous tous ces rapports, nous pensons que le livre de M. Racle sera consulté avec fruit par les jeunes gens dès les premiers jours qu'ils commenceront dans les hôpitaux des études sérieuses.

Des études sérieuses, disons-nous; en effet, pendant leur première et quelquefois une partie de leur seconde année, les élèves en médecine fréquentent les hôpitaux plutôt pour se familiariser avec la vue des malades que pour apprendre à reconnaître les maladies; ils ne possèdent pas encore les notions nécessaires pour s'exercer au diagnostic des affections qu'ils ont sous les yeux, en déterminer les caractères différentiels et à plus forte raison pour chercher à en instituer le traitement. Aussi les voyons-nous pendant cette première période fréquenter plus assidûment les cliniques de chirurgie, dans lesquelles ils rencontrent des cas qui parlent aux yeux, s'exercer à la pratique de la petite chirurgie; en un mot, ils apprennent à apprendre.

Mais, dès que l'anatomie leur a fait connaître la structure normale des appareils organiques, ils se sentent invinciblement attirés vers les cliniques médicales, où ils auront besoin de s'exercer à chercher, à reconnaître des phénomènes qui échappent aux yeux, à appliquer leur raisonnement au groupement, à la comparaison de ces phénomènes pour en composer les ensembles caractéristiques qui constituent la physionomie propre de chaque état morbide, et ce n'est que plus tard encore, lorsque l'étude de la thérapeutique leur a fait connaître les propriétés des substances médicamenteuses, qu'ils deviennent aptes à apprécier la valeur des médications que leurs maîtres mettent chaque jour en usage sous leurs yeux. Ce n'est, on peut le dire, que dans les services de médecine que l'on apprend à bien observer un malade, et les observations que l'on y recueille sont sous tous les rapports bien plus complètes que celles des services de chirurgie. L'étude de la médecine proprement dite doit toujours précéder celle de la chirurgie; car on peut être à la rigueur médecin sans être chirurgien, et il est impossible d'être bon chirurgien si l'on n'est pas aussi bon médecin.

C'est à la science du diagnostic médical qu'est exclusivement consacré le manuel de M. Racle. Ancien élève distingué des hôpitaux de Paris, rompu à l'examen des malades, professant lui-même le diagnostic depuis plusieurs années, l'auteur se trouvait mieux en position que personne de rédiger un pareil ouvrage, dont le sujet lui était familier; de comprendre ce qu'il fallait ajouter aux livres du même genre, anciens déjà, qui ont précédé le sien; enfin de comprendre la manière la plus favorable de présenter aux élèves les préceptes élémentaires destinés à leur instruction. Donnons en deux mots une idée du plan qu'il a suivi, et de la manière dont il l'a mis à exécution.

Après des considérations générales sur le diagnostic, sa nécessité; ses sources, ses éléments, l'ordre à suivre dans l'exposition des signes des maladies, M. Racle pose les règles à suivre dans l'examen des malades en général, et aborde immédiatement l'étude des signes actuels ou présents des maladies.

Le *Traité* est divisé en trois livres, consacrés chacun à une des trois grandes régions ou systèmes de l'économie : maladies de la tête et du système nerveux, maladies de la poitrine, maladies de l'abdomen. Dans chacune de ces trois divisions, un premier chapitre renfermé l'examen de l'habitude extérieure du corps, du facies, du décubitus, caractères souvent importants, et qui fixent tout d'abord l'attention du médecin sur un appareil d'organes qui sera probablement le siége de l'affection qu'il s'agit de déterminer. Dans bon nombre de circonstances, une observation attentive du sujet considéré dans son en-

(1) Un vol. in-18, Chez J.-B. Baillière.

Ce fait nous paraît renfermer sous plusieurs points de vue un utile enseignement. Nous ferons remarquer d'abord ce qu'il y a de contraire aux lois formulées par les doctrines modernes dans cette période de dix-sept ans écoulée entre les accidents primitifs et le développement des accidents consécutifs. Nous n'ignorons pas qu'on peut opposer l'infidélité des rapports du malade ou l'existence inaperçue de symptômes secondaires dans le long intervalle qui a séparé cette dernière manifestation de l'accident primitif. Mais cet homme, à qui nous avons fait à cet égard les questions les plus précises, et qui ne peut être soupçonné d'aucun intérêt à tromper, nous a itérativement affirmé que depuis l'époque où il a eu son chancre il n'a jamais été malade; il n'a jamais eu ni éruptions à la peau, ni maux de gorge, ni aucun accident quelconque qui pût faire soupçonner l'existence d'une manifestation syphilitique secondaire. Il est donc permis à cet égard, sinon d'affirmer qu'il n'y a point eu de symptômes secondaires, du moins de mettre en doute leur existence. Nous ferons remarquer en outre que ce fait militerait encore contre cette opinion émise par plusieurs syphiliographes, que les exostoses et les périostoses syphilitiques ne se manifestent le plus habituellement que chez des sujets qui ont fait usage des mercuriaux, et que l'action du minéral et celle de la vérole concourent simultanément à leur développement.

Le second point sur lequel nous désirions appeler un instant l'attention intéresse directement la pratique. On a vu que l'iodure de potassium avait échoué, tandis que l'iodure de mercure a été d'une prompte efficacité. Si l'on se rappelle les antécédents du malade, l'*époque* et le *lieu* où il a été traité de ses premiers accidents, ainsi que ses souvenirs qui paraissent assez précis, et qui concordent d'ailleurs parfaitement avec ce que ces deux circonstances rendaient déjà très présumable, il est évident qu'il n'a jamais fait usage du mercure. Or, dans plusieurs circonstances analogues nous avions déjà été frappé de l'insuffisance de l'iodure de potassium donné d'emblée à des malades qui n'avaient préalablement pas fait usage, à une époque plus ou moins éloignée, de préparations mercurielles. Il semble en effet, et plusieurs praticiens familiarisés avec le traitement des maladies syphilitiques chroniques nous ont confirmé dans cette idée, que l'iodure de potassium ne jouit de toute son efficacité, même dans les accidents tertiaires bien caractérisés, que chez les sujets déjà soumis à l'influence du mercure. Il serait donc utile, dans les cas de ce genre, où l'on aurait la certitude, ou tout au moins une grande présomption que le malade n'a été soumis à aucun traitement mercuriel, de ne faire intervenir l'iodure de potassium qu'après l'usage préalable des sels mercuriels, si même l'on ne préfère dans ce cas les frictions mercurielles, trop négligées de nos jours, ou bien associer ces deux ordres de moyens d'après la méthode mixte en usage dans plusieurs hôpitaux, et notamment à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Devergie.

Le fait que nous venons de rapporter nous paraît fournir une nouvelle démonstration à l'appui de cette manière d'agir.

Cancroïde du maxillaire inférieur et de la face. — Désarticulation de la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur. — Extirpation de la moitié latérale droite de la mâchoire avec conservation des dents.

Le service chirurgical de M. Maisonneuve, à la Pitié, présente en ce moment une série fort remarquable d'affections de la mâchoire inférieure. Ce groupe de cancers, de cancroïdes, de nécroses et d'affections syphilitiques rapprochés sur un même point fournit à l'observateur une riche moisson, et offre un nouvel intérêt depuis que l'attention est fixée d'une façon toute spéciale sur les affections cancroïdes et cancéreuses.

Deux de ces malades ont subi la désarticulation de l'une des moitiés de l'os maxillaire inférieur, et sont maintenant en voie de guérison. Nous nous contenterons aujourd'hui d'appeler l'attention sur le procédé opératoire dont la merveilleuse simplicité contraste singulièrement avec la pratique chirurgicale qui fait encore considérer la désarticulation du maxillaire inférieur comme une des opérations les plus redoutables.

Une des malades chez laquelle M. Maisonneuve a employé il y a peu de jours son procédé de désarticulation était affectée d'un cancroïde qui avait déjà envahi le maxillaire inférieur, le maxillaire supérieur, et avait détruit une partie de la joue du côté gauche. L'affection marchait rapidement d'un autre côté; il n'existait aucune trace de cachexie et d'engorgement ganglionnaire. M. Maisonneuve crut devoir céder aux instances de la malade. Voici en peu de mots comment il procéda à la désarticulation :

Une incision divisa la lèvre inférieure sur la ligne médiane, longea la base de la mâchoire et s'arrêta à l'angle de la mâchoire. Le lambeau disséqué et l'os divisé sur la ligne médiane avec la scie à chaînes, M. Maisonneuve porta un bistouri boutonné entre la mâchoire et le ptérygoïdien, et divisa ce muscle, les vaisseaux et nerfs dentaires. En dehors, il détacha de la même façon le masséter.

Ceci étant fait, M. Maisonneuve glisse l'indicateur de la main gauche sur la branche de la mâchoire jusqu'à la rencontre du sommet de l'apophyse coronoïde, et sur ce doigt il porte des ciseaux courbes avec lesquels il sectionne le tendon du temporal; puis par un mouvement brusque de bascule imprimé à l'os il en opère l'arrachement. Dans cet arrachement le périoste reste en place, formant aux vaisseaux placés derrière lui un puissant moyen de protection.

Après cette désarticulation exécutée en quelques minutes, M. Maisonneuve acheva rapidement l'opération. Nous reviendrons sur ce fait clinique, important sous d'autres rapports.

Dans la deuxième désarticulation du maxillaire inférieur opérée par M. Maisonneuve, il est parvenu, tout en enlevant l'os maxillaire nécrosé, à conserver les dents qui y étaient implantées.

Le malade était un homme âgé de trente-cinq ans, mécanicien, qui était affecté d'une nécrose de toute la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur, dont la cause est restée inconnue et dont le début remontait à plus de deux ans.

La joue de ce côté présentait une tuméfaction énorme : à sa surface s'ouvraient quatre trajets fistuleux par lesquels le stylet pénétrait jusqu'au séquestre. Deux de ces trajets existaient près de la symphyse du menton, un troisième à l'angle de l'os, le quatrième au niveau de son articulation. Le pus qui s'écoulait de ces fistules était d'une fétidité extrême.

C'est dans ces conditions que le malade vint à l'hôpital de la Pitié. Après avoir constaté la nature et l'étendue des désordres, M. Maisonneuve n'hésita point à proposer l'extirpation de l'os maxillaire nécrosé et y procéda le 18 novembre.

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, il fit, comme dans l'observation précédente, une incision sur la ligne médiane de la lèvre inférieure et de la peau du menton, et la prolongea parallèlement au bord inférieure de la mâchoire. Le lambeau ainsi circonscrit comprenait non-seulement les parties molles, mais encore le périoste ossifié qui couvrait la face externe du séquestre. Ce lambeau, disséqué rapidement, fut relevé de manière à mettre à découvert toute la branche horizontale de l'os nécrosé. M. Maisonneuve procéda ensuite à l'isolement du séquestre en ayant soin de conserver intactes les gencives et les dents qui s'y trouvaient implantées. Ce temps de l'opération fut exécuté avec un bonheur tel que le chirurgien put extraire la totalité de l'os malade, c'est-à-dire le corps de la mâchoire, la branche verticale avec son apophyse coronoïde et son condyle, en laissant les dents suspendues à leurs gencives.

Après cette extirpation, le lambeau fut réappliqué avec soin au moyen de nombreux points de suture entortillée.

La réunion de cette vaste plaie se fit avec une promptitude extrême. Dès le dixième jour, la cicatrisation extérieure était complète, et les dents restées appendues aux gencives se retrouvèrent de nouveau consolidées par le rapprochement des deux lames ossifiées du périoste.

Corps étranger dans la trachée donnant lieu aux symptômes généraux de phthisie pulmonaire. — Expulsion spontanée du corps étranger au bout de quatre ans. — Guérison.

Les annales de la science renferment un assez grand nombre de cas de séjour de corps étrangers dans les voies aériennes. A une époque où les signes stéthoscopiques de la phthisie pulmonaire étaient moins connus, la présence de ces corps étrangers dans l'un des points du tube aérien a pu en imposer quelquefois pour une phthisie véritable, dont ils peuvent produire quelques-uns des symptômes généraux. Bien que cette confusion soit aujourd'hui beaucoup plus facile à éviter, il n'est pas moins intéressant, du moins à d'autres points de vue, de publier les faits de ce genre qui se présentent de temps en temps à l'observation.

Le fait suivant, que M. le docteur Meng, de Natchez (Mississipi), vient de nous communiquer par l'entremise de M. Brandt, présente surtout de l'intérêt à cause du laps de temps considérable qui s'est écoulé entre l'introduction du corps étranger dans la trachée et son expulsion.

M. D..., d'une constitution forte et robuste, habitant la partie nord des Etats-Unis, s'introduisit en 1848 un fruit de gratteron (*gallium aparine*) dans la trachée.

Un peu d'irritation locale et quelques crachements sanguinolents furent les seuls accidents consécutifs pendant quelques jours. Différentes tentatives pour l'extraire furent faites sans succès. Peu à peu son moral s'affecta, et, quoiqu'il ne sentît aucune douleur par la présence du corps étranger, sa santé s'affaiblit; il maigrit considérablement, et en peu de temps tous les signes généraux d'une phthisie pulmonaire se déclarèrent. Malgré tous les soins hygiéniques et médicaux qu'on lui prodiguait les symptômes allaient en augmentant, et ce fut en désespoir de cause et par les conseils des hommes de l'art qu'il se décida à partir pour le midi de l'Amérique. Ce changement subit de climat ne tarda pas à amener quelques soulagements qui produisirent de très bons effets sur son moral, lorsqu'au bout de quelques mois il sentit une titillation dans la trachée qui provoqua un accès de toux et l'expulsion du corps étranger.

A partir de ce moment, M. D... se trouva dans des conditions morales et physiques totalement différentes ; sa santé s'améliora si rapidement et les symptômes disparurent si complétement que six mois après il se trouva aussi bien portant qu'auparavant. M. D... continue aujourd'hui à jouir d'une santé parfaite, et est revenu habiter son pays natal.

HOPITAL BEAUJON. — M. Béhier.

Fistule des voies respiratoires. — Tumeur gazeuse consécutive. (1)

La nommée Neuillon (Marie), âgée de quarante-cinq ans, soigneuse de laine, est malade depuis cinq mois. Les accidents qu'elle éprouva débutèrent assez brusquement : fièvre intense, étouffements, dyspnée. Ces premiers symptômes disparurent promptement; mais ils laissèrent à leur suite trois ou quatre petites tumeurs dures qui, au dire de la malade, lui poussèrent de chaque côté du cou, et qui vraisemblablement ne furent que des ganglions lymphatiques engorgés.

Quinze jours après environ, une nouvelle recrudescence inflammatoire eut lieu : fièvre intense, mal de gorge considérable, aphonie, dysphagie. (La difficulté de la déglutition était si grande que la malade ne pouvait pas avaler du pain trempé et ramolli dans du bouillon). Ce fut alors que la malade entra à l'hôpital, salle Sainte-Eulalie, n° 37.

Les mêmes accidents continuèrent pendant un mois sans présenter d'amendement, et ils amenèrent la formation d'un abcès dont le siége et l'ouverture n'ont pas été constatés; seulement, la malade ayant rendu en trois jours jusqu'à six crachoirs de pus par une simple expuition et sans aucun effort de toux, il serait à présumer que l'ouverture était située dans les voies ingestives supérieures. Après l'ouverture de cet abcès, la déglutition, quoique difficile encore, devint plus facile, et la malade pouvait avaler du pain imbibé de bouillon.

(1) Ces observations ont été communiquées par M. Béhier à la Société médicale des hôpitaux.

---

semble épargnera au praticien des tâtonnements inutiles et une perte de temps considérable. Ceci fait, il passe à la constatation des signes directs ou immédiats, des symptômes et signes locaux.

Dans le premier livre, les signes directs ou immédiats sont de deux espèces : les symptômes fonctionnels, modifications de la sensibilité générale, troubles des organes des sens, des organes du mouvement; et les symptômes physiques, c'est-à-dire ceux fournis par les lésions des téguments du crâne, les changements de forme et de volume, les tumeurs du crâne, l'auscultation de la tête. Un second chapitre contient les signes indirects ou médiats, c'est-à-dire ceux qui se passent dans les différents appareils de l'économie, et les phénomènes généraux affectant l'ensemble de l'organisme. Le tout est terminé par un article offrant un résumé rapide, mais cependant assez complet, des principales affections cérébrales et des affections du système nerveux les plus importantes et les plus fréquentes.

Dans la section consacrée aux maladies de la poitrine, l'auteur a dû établir une subdivision : l'une pour les maladies du cœur, l'autre pour les affections de la plèvre et du poumon. Dans la première de ces deux subdivisions, où M. Racle a fait preuve d'une grande érudition, d'un rare talent d'observation, d'un judicieux esprit d'analyse, et qu'il a fait suivre, comme le précédent, d'un tableau résumé des principales affections du cœur, il n'est pas un signe qui soit omis, pas une lésion à laquelle ne soit rattaché un phénomène en quelque sorte pathognomonique de l'altération qu'a subie l'organe central de la circulation.

Mais que l'auteur nous permette une légère observation, que nous croyons du reste pouvoir adresser à tous ceux à peu près qui ont écrit sur le même sujet. Après la lecture de ces intéressants chapitres, on croirait pouvoir porter dans presque toutes les maladies du cœur un diagnostic à peu près infaillible. Quelle ne serait pas l'erreur de ceux qui s'abandonneraient à cet espoir! Qui ne sait que, même après les travaux de Corvisart, de Laënnec, de Bertin, de Hope, de Pigeaux, de Beau, d'Aran, et je ne crains pas de le dire, après celui de M. Racle lui-même, il reste souvent dans la pratique de grandes obscurités quand il s'agit de maladies du cœur? Qui ne sait que l'on en est encore souvent réduit à deviner l'une de ces affections qui paraîtrait la plus simple, la péricardite? Combien de péricardites méconnues n'ont-elles pas entraîné la mort, et chez combien de sujets traités pour d'autres affections n'a-t-on pas constaté à l'autopsie des épanchements purulents du péricarde dont on n'avait pas même soupçonné l'existence, soit dans la ville, soit dans les hôpitaux! Nous avons regretté de voir ici M. Racle un peu trop affirmatif peut-être; mais nous le répétons encore, ce n'est pas à lui seul que nous nous croyons en droit d'adresser ce reproche; il le partage avec la plupart de ceux qui se sont livrés d'une manière toute particulière à l'étude des maladies du cœur; et nous en appelons de l'auteur du *Traité* de 1854 au même observateur lorsqu'il aura été mûri par dix ou douze ans d'une pratique consciencieuse et continue.

Nous ne lui adressons pas de reproche pareil pour le chapitre qui renferme l'histoire des affections pulmonaires. Il serait difficile de trouver autre part un diagnostic différentiel plus complet et mieux tracé des maladies de l'appareil respiratoire, un exposé plus parfait et mieux entendu des signes auxquels on peut les reconnaître. Il en est de même du troisième livre, où l'auteur étudie les phénomènes propres aux maladies de l'abdomen, et où nous signalerons surtout l'article consacré aux signes fonctionnels : douleur, vomissement, diarrhée, constipation. Cet article n'a pu être écrit que par un homme qui a beaucoup et bien vu, longtemps médité et comparé.

Primitivement, le livre de M. Racle devait se composer de deux parties : la première était celle dont nous venons de rendre compte; la seconde devait renfermer l'histoire des signes anamnestiques, ou commémoratifs des maladies. Cette intention était tellement dans l'esprit de l'auteur, que dans le plan général qu'il indique au commencement de son livre, il expose les points qu'il se proposait d'y traiter : l'âge considéré au point de vue de l'étiologie des maladies et de leur diagnostic, les sexes considérés au même point de vue, les tempéraments, l'hérédité, les maladies antérieures, etc., toutes circonstances qui ont une valeur réelle, et qui ne doivent pas être négligées. Il est à regretter que l'auteur, comme il le dit lui-même, n'ait eu ni le temps ni l'espace nécessaires pour entrer dans les développements de ces points. Le lecteur, quoiqu'il en manifeste la crainte, l'aurait suivi dans cette seconde partie avec autant d'intérêt que dans la première.

Quoi qu'il en soit, le livre de M. Racle est un des meilleurs traités de diagnostic qui aient encore été publiés; il deviendra, s'il ne l'est déjà, le fidèle compagnon de la jeune génération qui s'élève. Et quant à la lacune que nous signalons, l'auteur la réparera en complétant son livre, dans une seconde édition qui ne peut se faire attendre bien longtemps. De *Manuel* qu'il est aujourd'hui, son ouvrage deviendra un véritable *Traité*.

Dr A. Foucart.

A la suite de cet abcès, une tumeur dure et phlegmoneuse parut sur les côtés du cou ; cette tumeur, d'abord très dure et très résistante, se ramollit, et fut peu à peu remplacée par une tumeur élastique et pleine d'air.

C'est alors au 1er janvier que M. Béhier prit le service de la salle Sainte-Eulalie, et que nous pûmes constater par nous-mêmes les phénomènes suivants :

Une tumeur arrondie faisant relief sur les parties latérales du cou, au niveau de la base du triangle sus-claviculaire, présente un diamètre d'environ 5 centimètres ; cette tumeur est molle, élastique, sonore à la percussion ; lorsqu'on applique le doigt sur cette tumeur et que l'on fait parler la malade, on sent avec le doigt des vibrations qui correspondent évidemment aux vibrations sonores. Cette tumeur se gonfle et devient tendue chaque fois que la malade fait un effort quelconque, chaque fois qu'elle tousse ou qu'elle éternue, chaque fois même qu'on la fait parler. Cette turgescence gazeuse de la tumeur pendant les efforts et pendant la phonation même semble indiquer que la fistule qui fait communiquer cette tumeur avec les voies aériennes est placée au-dessous de la glotte, puisque la glotte est le seul point qui se rétrécisse et se contracte pendant la phonation ; toutefois on doit se rappeler que le pus versé à l'extérieur était rejeté sans effort de toux. Ces deux circonstances semblent contradictoires, et nous ne pouvons les expliquer qu'en invoquant l'infidélité du récit de la malade lorsque nous avons pu l'interroger.

L'inspection de l'arrière-gorge ne nous fait remarquer aucune ouverture fistuleuse ; seulement, dans cet examen, nous avons été frappés de voir la luette repoussée en avant par la paroi postérieure du pharynx, qui semble détachée de la colonne vertébrale. En palpant cette paroi avec l'extrémité du doigt, on sent manifestement qu'elle est repoussée en avant par un fluide gazeux ; la palpation de cette tumeur rétro-pharyngienne fait, en effet, éprouver des sensations analogues à celles que l'on ressent en palpant la tumeur gazeuse qui proémine sur les parties latérales du cou. Cette seconde tumeur a dû, comme celle du cou, être précédée d'un phlegmon, et cette succession de phénomènes rend parfaitement compte de la dysphagie, qui d'abord était presque insurmontable, qui a diminué ensuite très notablement, et qui persiste encore aujourd'hui à un faible degré.

La malade présente, de plus, un autre ordre de troubles fonctionnels ; ce sont ceux de la phonation. Avant sa maladie, la malade avait une prononciation très nette ; tandis que depuis ce temps, et aujourd'hui encore, sa voix est devenue très nasillarde ; la malade parle du nez d'une manière très désagréable : ce phénomène doit dépendre ou du retentissement des ondes sonores dans le nouvel appendice vocal formé par la tumeur aérienne, ou bien encore de ce que la projection en avant de la paroi postérieure du pharynx et son application contre l'isthme du gosier empêchent le retentissement normal de la voix dans les fosses nasales.

Depuis notre entrée dans le service, la malade a présenté deux fois des exacerbations inflammatoires dans les parois de la poche aérienne ; ces exacerbations se traduisaient par de la fièvre et de l'induration du tissu cellulaire du cou. Ces accidents furent, au reste, facilement arrêtés par la diète et des cataplasmes émollients.

Depuis un mois l'état de la malade restait parfaitement stationnaire, et le 2 février M. Béhier fait dans la tumeur du cou une ponction avec un trocart explorateur ; cette ponction laisse échapper un jet de gaz, qui augmente et se renouvelle chaque fois que la malade parle ou qu'elle fait un effort : le jet du gaz est assez fort pour éteindre une bougie allumée.

Avec l'extrémité de la canule on irrite la surface de la poche gazeuse, et pour continuer cette action on laisse la canule à demeure pendant quinze heures.

Une légère inflammation s'est manifestée le lendemain dans la tumeur ; on comprime alors avec une boule de charpie, de manière à faire disparaître complètement la tumeur. Cette compression réussit à merveille, et dix jours après la tumeur avait complètement disparu.

La malade sort de l'hôpital dans les premiers jours du mois de mars. On peut constater alors que la tumeur du triangle sus-claviculaire a complètement disparu ; mais dans de violents efforts le larynx est repoussé en avant, et de chaque côté de lui et en arrière on voit apparaître un gonflement anomal et momentané qui indique que l'air doit pénétrer en ce point. La paroi postérieure du pharynx est toujours repoussée en avant et appliquée contre la luette ; aussi la malade conserve encore un peu de dysphagie et sa voix reste nasillarde.

Ce sont là, du reste, les seuls symptômes que la malade conserve de son affection.

Sa santé générale est bonne, et elle a pu reprendre son travail.

Dans l'examen de la malade, nous n'avons pu trouver aucun signe de tubercules pulmonaires ou d'affection syphilitique.

Pleurésie. — Hydropéricarde. — Ponction du péricarde.

Viel (Eugénie), vingt-deux ans, couturière, habitant Paris depuis deux mois. Entrée le 30 janvier; mort le 28 février.

Cette femme est pâle, elle est petite et chétive; depuis trois ans elle est atteinte, dit-elle, chaque hiver d'un épanchement pleurétique.

Le 31 janvier, la malade se plaint d'une dyspnée considérable ; sa respiration est fréquente, bruyante, accompagnée de quintes de toux ; elle parle avec peine, la voix est faible. Depuis deux mois déjà elle souffre de cette oppression qui a toujours été en augmentant et qui a débuté, à la suite d'un refroidissement, par un frisson et de la fièvre. A la percussion, tout le côté gauche de la poitrine, tant en avant qu'en arrière, donne une matité absolue. A l'auscultation, on reconnaît que du même côté le murmure respiratoire a complètement disparu ; seulement on perçoit quelques râles sonores, surtout au sommet du poumon.

Du côté gauche, sonorité normale, râles muqueux et ronflants disséminés dans tout le poumon. Expectoration de crachats purulents nageant dans un liquide visqueux. Pouls petit, filiforme, irrégulier, intermittent, 106 pulsations. Les battements du cœur sont tumultueux, mais on peut constater que cet organe est considérablement dévié et porté du côté droit; sa pointe doit frapper derrière le sternum, et le maximum d'intensité des bruits se perçoit sur le bord droit de cet os. Bouche amère, langue blanche à la base et rouge sur les bords. — Gomme sucrée : julep gommeux; large vésicatoire en arrière et en avant du thorax ; deux bouillons.

Le 1er février, la nuit a été mauvaise pour la malade; elle a peu dormi ; le pouls, un peu plus régulier, est devenu plus fréquent que la veille ; l'intermittence a disparu.

Le soir, la malade étouffe davantage; la face est bleuâtre ; on compte 44 inspirations et 140 pulsations.

Le 2, la respiration est devenue de plus en plus pénible ; l'anxiété est extrême; le pouls est aussi fréquent que la veille, irrégulier, filiforme. Les quelques râles sibilants que l'auscultation faisait reconnaître ne peuvent plus être retrouvés dans tout le côté gauche de la poitrine. La thoracentèse est pratiquée par M. Béhier avec un trocart muni à son pavillon d'une espèce de sac en baudruche. La malade étant en supination, appuyée sur ses oreillers, le trocart est enfoncé entre la 7e et la 8e côte, sur le trajet d'une ligne verticale qui passerait au bord externe de la mamelle. Cette première ponction ne donne issue à aucun liquide. Le trocart semble arrêté dans un tissu dur et résistant. Aucune goutte de sang ne s'est d'ailleurs écoulée par la petite plaie.

Une seconde ponction est pratiquée un peu plus haut et plus en avant, dans le sixième espace intercostal, et immédiatement au-dessous de la mamelle. Le trocart est d'ailleurs enfoncé obliquement en dedans et en arrière ; le trocart étant retiré, la canule laisse écouler un liquide qui présente tous les caractères de la sérosité mélangée à un peu de sang; ce liquide sort d'ailleurs lentement et en petite quantité : on put en recueillir de 250 à 300 grammes. Pendant que la canule est encore en place, on la voit agitée de mouvements, d'oscillations isochrones aux battements artériels. La main, portée sur l'instrument, fait manifestement reconnaître que ces mouvements sont communiqués par le cœur, qui vient frapper contre la canule. Il est d'ailleurs facile, à l'aide de cet instrument, de circonscrire le cœur et d'apprécier la forme et le volume de cet organe. La canule est alors retirée; la petite plaie est pansée avec une rondelle de diachylon. Pendant une demi-heure, la petite plaie laisse encore échapper quelques gouttes de sérosité.

La malade a été immédiatement soulagée; la respiration est moins pénible et moins bruyante. — Julep avec 2 grammes d'extrait de quinquina.

Le 3, la malade a éprouvé un mieux sensible. On peut entendre le murmure vésiculaire en arrière et en haut du poumon gauche. Le cœur a repris sa position normale, 26 inspirations et 104 pulsations. Aucune inflammation locale, aucune douleur ne s'est manifestée au voisinage des plaies faites par le trocart. La malade se plaint de ne pas avoir été à la selle.

Bagnols, sp.	120 grammes.
Citrate de magnésie.	30 —

Le 4, la malade a passé une mauvaise nuit; elle a peu dormi; cependant l'oppression est beaucoup moins considérable. 33 inspirations et 102 pulsations. Le cœur occupe sa place normale. On entend le murmure respiratoire à la partie postérieure et supérieure du poumon gauche.

Le 5, l'amélioration de la malade continue ; 34 inspirations, 100 pulsations. Le 6, 120 pulsations, 36 inspirations. — Vésicatoire à la partie antérieure et droite du thorax.

Le 7, amélioration sensible; 30 inspirations, 106 pulsations. (Deux potages.) Le 8, le sommeil est revenu. La malade est gaie ; la face un peu colorée et plus animée. 15 inspirations seulement.

Les 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, le pouls oscille entre 108 et 120 pulsations. La bronchite, qui n'a jamais cessé, semble avoir fait quelques progrès. L'épanchement diminue lentement. — Nouveau vésicatoire en arrière.

Le 17, on peut entendre des râles sibilants dans toute le hauteur du poumon gauche. Le murmure respiratoire n'est encore sensible qu'au sommet. Les 18, 19, 20, 21, même état. Le 22, la malade ne souffre plus; elle dort parfaitement bien. 20 inspirations et 100 pulsations.

Les 23 et 24, même état. Le murmure vésiculaire peut être entendu dans la plus grande partie de la hauteur du poumon gauche.

Le 25, agitation, insomnie, chaleur et rècheresse de la peau. 108 pulsations. Inappétence, soif; toux fréquente; râle sous-crépitant au niveau de la pointe de l'omoplate du côté droit. — Julep diacodé avec 2 grammes d'oxyde blanc d'antimoine; julep avec 2 grammes d'extrait de quinquina.

Le 26, l'état de la malade s'est un peu aggravé. Vomissements, faiblesses. — Même prescription.

Le 27, la peau est brûlante; 140 pulsations; toux fréquente; expectoration de crachats jaunâtres, pneumoniques ; matité dans une grande étendue du poumon droit; souffle tubaire et râle crépitant. — Tartre stibié, 0,25 dans un julep; un vésicatoire à la partie postérieure du thorax; deux autres vésicatoires aux mollets.

Le 28, 140 pulsations; faiblesse excessive. — Même prescription. Mort pendant la nuit.

Nécropsie. — La plèvre droite contenait une certaine quantité de sérosité rougeâtre; la plèvre gauche une quantité beaucoup plus considérable de sérosité purulente. La cavité pleurale droite renferme de plus des traces nombreuses d'une ancienne pleurésie, et, par exemple, la plèvre diaphragmatique est recouverte de fausses membranes épaisses, rouges, très vasculaires, et ressemblant parfaitement à des crêtes de coq.

La plèvre gauche contient de nombreux paquets de fausses membranes qui unissent fortement le poumon à la plèvre costale; ces fausses membranes présentent çà et là des traces de vascularisation ; mais évidemment elles sont moins anciennes que celles que l'on trouve dans la cavité pleurale droite.

Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont affaissés, revenus sur eux-mêmes, peu aérés ; cependant ils surnagent très facilement. Le lobe inférieur est volumineux, lourd, dense, de couleur rougeâtre, et parsemé de taches grisâtres; le tissu en est friable; il gagne rapidement le fond de l'eau. La coupe par tranches et, mieux, la déchirure montrent que tout ce lobe est infiltré d'une quantité considérable de pus.

Le poumon gauche est mince dans toute sa moitié antérieure et comme réduit à un feuillet membraneux ; sa partie postérieure, non affaissée, renferme un point où le tissu pulmonaire est carnifié; ce tissu, dur, résistant sous le doigt, en même temps qu'élastique, gagne rapidement le fond d'un vase plein d'eau. J'ai déjà parlé de fausses membranes très épaisses qui unissaient toute la surface de ce poûmon à la plèvre costale.

L'abdomen a été examiné avec le plus grand soin ; le lobe gauche du foie venait jusque dans l'hypocondre gauche; mais l'examen le plus sévère a démontré que la première ponction pratiquée sur la malade n'avait pas pénétré dans l'abdomen, puisqu'on ne pouvait en trouver aucune trace.

Le péricarde n'a pas été examiné avec moins de soin, et cependant il a été impossible d'y retrouver la trace de la plaie qui y aurait été faite par le trocart.

Les fausses membranes nombreuses et très épaisses qui adhèrent à la plèvre ne permettent pas de suivre le trajet parcouru par l'instrument.

Le péricarde contenait 100 grammes environ d'une sérosité citrine et transparente. Aucune fausse membrane dans cette cavité. Une plaque laiteuse peu étendue existe seule à la partie postérieure du feuillet pariétal.

Laënnec s'était montré partisan de la ponction du péricarde ; il croyait même qu'elle promettait des résultats plus favorables que la ponction de la poitrine. Depuis elle a été souvent pratiquée par Skoda, et M. Roger, lors de son voyage en Allemagne, lui en vit pratiquer une qui fut suivie de succès.

ÉVULSION COMPLÈTE DU GLOBE DE L'ŒIL.

Nous extrayons cette observation d'une lettre écrite par le docteur Thomas Bodkin au rédacteur du *Dublin medical Press.* Il s'agit d'une femme âgée de soixante ans, grande et robuste et menant une vie régulière. Un soir que dans l'obscurité elle se rendait de sa chambre à coucher dans une autre place de son habitation, elle heurta le pied contre le seuil élevé de la porte de l'appartement et tomba de sa hauteur et de tout le poids de son corps sur l'anneau de la clef qui se trouvait sur la serrure.

M. Bodkin vit la malade environ dix heures après l'accident; le globe de l'œil, froid et privé de vie, pendait sur la joue; il avait entraîné après lui environ 5 lignes du nerf optique, et n'était plus attaché à la face interne de la paupière supérieure que par quelques légers filaments qui furent divisés par un petit coup de ciseaux. La malade n'a point ressenti grande douleur au moment de l'accident ni après, et l'on n'a eu recours qu'au repos, à la diète, accompagnée de l'usage du pansement à l'eau et d'un simple purgatif.

Nous n'avons point hésité, à cause de la rareté des faits de ce genre, à reproduire cette observation, bien qu'elle soit rédigée d'une façon très incomplète, au point qu'on n'a pas même pris la peine d'indiquer quel est l'œil lésé. Il n'en existe, ainsi que le dit au reste l'auteur, que deux autres cas; l'un rapporté dans le premier volume du journal de Graefe et Walther; il s'agit d'une roue de voiture qui, en passant sur le côté de la tête d'un homme de soixante-quinze ans, chassa l'œil de l'orbite avec une longueur d'environ 15 millimètres du nerf optique; les muscles de l'œil étaient restés dans l'orbite, qui n'eut aucune lésion; le blessé se rétablit sans accidents fâcheux. Le second cas, dû au docteur Verhaege (d'Ostende), a été publié dans les *Annales d'oculistique.* C'est, comme dans le cas présent, la chute d'un individu ivre sur l'anneau aminci d'une clef qui détermina l'accident. L'anneau de la clef pénétra par en haut, divisa la paupière supérieure, entra dans l'orbite et coupa toutes les adhérences de l'œil, qui fut lancé hors de l'orbite et alla rouler par terre, entraînant une longueur de 3 centimètres du nerf optique; le malade guérit aussi rapidement. Dans le cas qui nous occupe, la clef a pénétré dans l'orbite par en bas, car l'œil ne conservait un peu d'adhérence qu'à la paupière supérieure. Tous ces cas, malgré l'âge avancé des deux blessés, soixante-quinze ans, soixante ans, ont guéri promptement et sans le moindre accident. Cette lésion n'est donc grave que sous le rapport de la perte de la vision.

Un mot sur le nom qu'on doit donner à cette lésion; M. Gosselin, dans le chapitre si complet et si intéressant qu'il vient de consacrer aux lésions du globe de l'œil dans le *Compendium de chirurgie pratique*, la désigne sous celui d'exophthalmie traumatique et la confond sous cette dénomination avec les cas où l'œil, à la suite d'une violence extérieure, est projeté hors de l'orbite sans rupture des muscles et du nerf optique, et où il peut être replacé avec espoir de conserver la vision. Je crois d'abord qu'on peut critiquer cette dénomination, parce que le mot exophthalmie est consacré pour désigner l'expulsion lente et graduée de l'œil chassé de l'orbite par des affections développées dans l'intérieur de cette cavité ou dans les régions avoisinantes; mais ce qui me paraît fâcheux surtout, c'est la confusion établie ainsi entre tous les cas où l'œil est expulsé de l'orbite par une cause traumatique. C'est comme si l'on traitait dans un même chapitre et sous la même appellation des luxations et de l'arrachement complet des membres. Je pense qu'on devrait laisser au mot exophthalmie la signification qu'il a eue jusqu'à présent, désigner la lésion qui nous occupe par celui d'évulsion de l'œil, et enfin accepter celui de luxation de l'œil employé par le docteur William Jameson (1) pour désigner la sortie de l'œil hors de l'orbite à la suite d'une violence externe, sans déchirure du nerf optique et des muscles. (*Annales d'oculistique.*)

(1) Voir les *Annales d'oculistique*, t. XXIX, p. 45.

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE

des diverses préparations de fer.

Par M. Costes.

I. En général, contre tous les états morbides qui offrent pour première indication l'usage du fer, il est indifférent de recourir à telle ou telle préparation de préférence, à moins d'une des conditions suivantes, à savoir :

1° Etat particulier de l'estomac qui s'accommode mal de certaines formes du médicament ;

2° Indication particulière prise de certaines conditions pathologiques ;

3° Nécessité d'obtenir non-seulement un état général de reconstitution, mais encore une action locale ;

4° Insuccès de l'usage de certaines préparations.

II. Il n'est pas exact que l'on puisse conclure de la composition chimique d'une préparation de fer à son action thérapeutique.

III. Le fer agit d'autant mieux et d'autant plus vite comme agent reconstituant qu'il est, comme le disait Sydenham, dans un état de plus grande simplicité, dans son état métallique; aussi sous ce rapport il me semble qu'on peut classer les préparations de fer en mettant en première ligne la limaille de fer, et encore avant elle le fer réduit par l'hydrogène.

IV. L'action du fer sur l'économie est évidemment secondaire, c'est-à-dire qu'on ne l'observe en général qu'après son assimilation : de là nécessité de constater à quelles doses il se prête mieux à être incorporé. Pris à petites doses, il n'en est excrété ni par les selles, ni par les urines; il en est tout différemment à des doses plus élevées et pour certaines préparations : le fer réduit par l'hydrogène paraît être la préparation qui introduit le plus de fer dans le suc gastrique pour un poids donné; il a une plus grande activité relative. En général, 0,10 ou 0,15 de fer réduit passent très bien, sont assimilés et suffisent au bout de douze à quinze jours pour faire sentir leur action reconstituante; il est rarement besoin de le porter à plus de 0,30 ou 0,40 par jour.

V. Pour produire une action tonique, astringente, sur les organes digestifs dans les cas de dyspepsie, d'atonie, d'inertie de l'estomac, on peut recourir de préférence au sulfate de fer, le seul qui peut tenir lieu de tous les sels solubles ferreux à acides minéraux.

VI. Cette forme paraît aussi mieux convenir lorsqu'il y a à combattre un état hémorrhagique, atonique, et aussi lorsqu'il y a complication d'un flux séreux intestinal ou utérin.

VII. Il n'est pas sage de proscrire l'usage à l'intérieur du sulfate de fer, comme le veulent MM. Trousseau et Pidoux. Notre expérience personnelle lui a trouvé une certaine valeur dans les d'hémorrhagie passive avec anémie, et même dans les cas d'anasarque compliquée d'albuminurie. D'ailleurs, ce sel n'est-il pas le principe minéralisateur de plusieurs eaux ferrugineuses naturelles fort utilement employées?

VIII. Contre l'état de constipation trop persévérante qui aurait précédé ou qui accompagne l'état anémique, il pourrait convenir d'employer de préférence le tartrate de potasse et de fer, le meilleur des sels à base de peroxyde, dont la solubilité est grande et la composition constante.

IX. Nous sommes d'accord avec MM. Trousseau et Pidoux pour énoncer que le tartrate ferrico-potassique, autrefois teinture de Mars tartarisée, est, de toutes les préparations solubles de fer, celle qui est la mieux supportée ; mais nous ne saurions convenir que les pilules de Blaud soient généralement mieux supportées que celles de Vallet.

X. Contre la cachexie scrofuleuse compliquée où domine l'état chlorotique ou anémique qui indique le fer, on doit recourir de préférence à ses combinaisons avec l'iode : l'iodure de fer produira de meilleurs effets.

XI. Il est des cas, mais que je ne saurais déterminer par avance, où l'appauvrissement du sang ne se laisse pas réparer par les préparations martiales seules, et qui indiquent d'une manière plus spéciale des combinaisons avec le manganèse.

XII. Enfin, comme dominant toute la question thérapeutique relative aux choix à faire des préparations martiales, on doit placer la nécessité de varier l'emploi de ces préparations. Souvent, ce que l'une ne peut obtenir est facilement l'effet de l'autre, bien qu'il faille, dans ces cas, se mettre en garde contre cette illusion, de ne pas attribuer au dernier venu, à la goutte qui fait déborder le verre, l'action de l'avoir rempli. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

DE L'ADMINISTRATION DU SÉNÉ,

Par M. René Van Oye.

Le séné, à cour sûr trop employé par les gens de la campagne, ne l'est peut-être pas assez par les médecins. Les Français surtout en font fort peu de cas; c'est à peine s'ils prescrivent de temps en temps l'*eau laxative de Vienne*, qui, comme on sait, se compose d'une infusion de séné, de manne et de tartrate acide de potasse, et l'*électuaire lénitif*, dans lequel la plante en question occupe aussi une place importante. Le séné pourtant est un excellent purgatif, qui, plus que tous les autres, exerce sur les évacuations alvines une influence persévérante, et ne laisse pas à la suite de son emploi une constipation dont est presque toujours suivie l'administration des purgatifs salins ou drastiques.

Quelques médecins attribuent la persistance de l'action purgative du séné à ce que la cathartine, principe qui se trouve aussi dans le *rhamnus*, et sur lequel M. Strobl vient d'appeler l'attention des praticiens (1), serait recueillie par l'absorption et portée dans le torrent circulatoire. Cette opinion peut être fondée, puisque les animaux auxquels on injecte de l'eau chargée des principes du séné éprouvent de grands mouvements dans toute l'économie, et spécialement dans les organes abdominaux, accompagnés de contractions des muscles du bas-ventre, de borborygmes, etc. (Barbier). Quoi qu'il en soit, les médecins qui ont pris la peine de bien observer comparativement les effets de l'emploi du séné savent qu'il ne prédispose point, comme tant d'autres remèdes, à la paresse intestinale, et qu'on peut le continuer pour ainsi dire indéfiniment. De là le fréquent usage que font beaucoup de vieillards de l'électuaire lénitif, qui, pour beaucoup d'entre eux, devient après quelque temps réellement indispensable.

Jugeant que cet électuaire n'agit surtout que par le séné qu'il renferme, j'ai depuis longtemps donné le conseil à plusieurs personnes peu aisées de la campagne de faire exclusivement usage de la poudre récente de feuilles de séné incorporée dans une quantité de sirop de cuisine suffisante pour avoir une consistance convenable. L'effet que ces personnes obtiennent de cette simple et économique formule, en prenant des doses en rapport avec leurs besoins, est si favorable que je ne puis assez la recommander aux praticiens, et spécialement à ceux qui ont à épargner les ressources pécuniaires de leurs clients. J'ajoutcrai que, sur les indications de M. Trousseau, je me suis bien trouvé d'associer à cette préparation une petite dose de belladone, qui facilite dans beaucoup de cas et chez certaines personnes, sans que jusqu'ici on puisse dire de quelle manière, les évacuations fécales.

Malheureusement l'usage du séné n'est pas non plus sans avoir des inconvénients. Le premier et peut-être le plus grand, c'est la saveur et l'odeur nauséabondes, dégoûtantes pour un grand nombre de malades, qu'offrent l'infusion et la décoction de cette plante. Les praticiens se sont attachés de tout temps à remédier à cet inconvénient en associant au séné du sucre, de la manne et différentes substances plus ou moins aromatiques. Aucune de ces préparations n'atteint le but indiqué, puisque l'odeur et la saveur du séné persistent malgré ces correctifs.

Dernièrement M. le docteur Neucourt a fait connaître une recette dont il dit se servir avec avantage lorsqu'il s'agit de purger ses malades d'une manière sûre et douce. Cette prescription, la voici :

Séné.	12 grammes
Casse.	10 —
Café torréfié et pulvérisé.	8 —

Faire bouillir deux à trois bouillons, laisser infuser dix minutes et passer à l'étamine. Cette médecine n'est jamais prescrite lorsqu'il y a soif vive.

Sans vouloir le moins du monde contester le mérite de la formule dont se sert M. Neucourt, je me permets d'en faire connaître une autre qui à une simplicité plus grande encore joint l'avantage de convenir dans les cas où il s'agit de purger des malades dégoûtés ou s'obstinant à n'accepter aucune médecine. Je prends 8, 10, 16 grammes de séné, je les fais infuser pendant douze à vingt heures dans une demi-pinte à une pinte d'eau froide; le lendemain matin, je décante ou filtre, et avec le liquide filtré je fais faire du café de la manière ordinaire. Les malades prennent ce café en y ajoutant, s'ils le désirent, du lait et du sucre sans qu'ils se doutent le moins du monde qu'il s'y trouve une substance médicamenteuse. Il m'est arrivé quelquefois d'administrer ainsi pendant longtemps du séné à des vieillards et à des enfants qui se refusaient obstinément à prendre aucun médicament.

Le séné est proscrit de la pratique par plusieurs médecins, parce que chez beaucoup de sujets il cause des tranchées, des coliques souvent violentes. On s'est appliqué à neutraliser cet effet en associant au séné de la réglisse, des drogues carminatives et d'autres substances, qui toutes n'atteignent que très incomplétement le but qu'on se propose. Une foule d'expériences comparatives que j'ai entreprises à ce sujet m'ont appris que rien ne réussit mieux que l'association au séné de très petites doses de belladone, qui d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit plus haut, augmente l'activité du médicament, ou de strychnine, qui a le même effet lorsqu'il existe une paresse intestinale. J'ai comparé ce mode d'administration du séné avec celui indiqué par Kari Neumann, et qui consiste à verser dans la décoction ou l'infusion de feuilles de séné du blanc d'œuf à l'effet d'en précipiter la matière résineuse. La formule de Neumann m'a paru avoir l'inconvénient de diminuer notablement l'action purgative du remède, tandis que par l'addition de la belladone ou de la strychnine, suivant les cas, non-seulement cette action reste entière, mais se trouve encore augmentée.

Beaucoup de médecins pensent que le séné donné en poudre provoque plus de coliques que si on l'administre en infusion. Un praticien hollandais, le professeur Ypey, ne partage pas cette opinion, et assure au contraire que c'est l'infusion qui donne plus de tranchées que la poudre. Des faits multipliés qui me sont propres, s'ils ne me font pas penser entièrement comme lui, m'autorisent cependant à assurer qu'un mode d'administration n'offre guère plus d'inconvénient sous ce rapport que l'autre. Je dois convenir néanmoins que tout dépend ici des idiosyncrasies des malades.

Parmi les composés nombreux de séné qui ont été proposés, le suivant me semble très recommandable ;

Pr. Pulv. fol. sennæ,
Flor. sulphuris,
Pulv. rad. liquirit.,
Sacchar. ãã p. æq.

On peut faire usage de cette poudre par doses en rapport avec les circonstances dans une foule de cas, et spécialement pour les sujets chez lesquels on veut favoriser le flux hémorrhoïdal.

Carl Sundelin recommande une formule dont il assure s'être bien trouvé chez les personnes hystériques et hypocondriaques. La voici :

Pr. Folior. sennæ.	ʒ iij
Herb. trifolii fibrini.	℥ s
Herb. menth. piper, ...	ʒ ij
Flavidinis cortic. aurant	ʒ j

M. f. spec. s.

Sur une cuillerée pleine de ce mélange, on verse trois tasses d'eau chaude et on laisse infuser. Le malade prend ce thé dans la journée. (*Annal. méd. de la Flandre occid.*)

(1) *Revue médico-chir.*, t. XV, p. 203.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

par la compression des artères.

Un individu âgé de quarante-huit ans, d'un tempérament nerveux, éprouva, dans la convalescence d'une maladie grave, le retour d'une névralgie du nerf orbito-frontal, à laquelle il était sujet depuis longtemps. Elle résista cette fois à l'emploi des moyens ordinaires. Après sept jours de vives douleurs, M. Allier en vint à la compression de la carotide correspondante. La compression fut exercée presque toute une matinée, et interrompue durant cinq à six minutes, de quart d'heure en quart d'heure.

Elle détermina d'abord une espèce de somnolence avec engourdissement, puis enfin la cessation des douleurs. Mais aussitôt des éclairs d'élancement éclatèrent avec violence sur la région dorsale de la verge. Ces douleurs, profondément énervantes, s'étendaient du pubis au gland, et ne suivaient point la crête iliaque et le cordon des vaisseaux spermatiques. La compression de l'aorte abdominale fut mise en usage presque sans interruption pendant trois quarts d'heure. La douleur s'éteignit graduellement et ne se reproduisit nulle part. (*Revue de thér.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine et de l'Ecole de pharmacie de Strasbourg a eu lieu le 15 novembre.

Les lauréats, pour la Faculté de médecine, ont été proclamés comme suit :

1re année. *Chimie, physique, histoire naturelle.* — Prix : M. Liétard.

2e anuée. *Anatomie et physiologie.* — Prix : M. Crussard ; mention honorable : M. Libermann.

3e année. *Médecine proprement dite.* — Prix : M. Picard ; mention *très* honorable : M. Fritz.

4e année. *Chirurgie.* — Prix : M. Dupuy.

— Sur le rapport d'une commission désignée par la même Faculté pour apprécier le mérite des thèses soutenues dans le courant de l'année, une médaille d'honneur a été décernée à M. Ragu, de Labussière (Loiret), auteur de la thèse ayant pour titre : *Considérations sur l'étranglement interne du canal intestinal,* et une mention honorable à MM. Fink, de Strasbourg, et Wiedeman, d'Erstein (Bas-Rhin), auteurs de deux autres thèses intitulées, la première : *Sur la physiologie de l'épithélium intestinal ;* la seconde : *De la bronchite fibrineuse et de ses rapports avec la pneumonie.*

— La Société d'hydrologie médicale a mis à l'ordre du jour de sa séance du 8 décembre la question suivante : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies de l'utérus.*

— Le corps médical de Madrid vient de répéter exactement, et sans plus de succès, ce que celui de Paris avait fait dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire après la révolution de février. Il s'est assemblé en comité le 2 de ce mois dans le *Circulo minero*, afin d'élire un candidat pour représenter ses intérêts spéciaux aux Cortès.

« Un grand nombre de médecins, chirurgiens et pharmaciens de tous » âges et toutes catégories répondirent par leur présence au patrio» tique appel du comité. Là étaient réunis en fraternelle harmonie le » praticien vieilli dans l'exercice de l'art et le jeune homme aux en» thousiastes aspirations ; le professeur et l'académicien avec le mo» deste professeur particulier, formaient par leur assemblage la » réunion la plus choisie, la plus nombreuse que nous ayons vue dans » les circonstances électorales actuelles, certainement la plus impo» sante de celles qui eurent lieu dans les classes médicales jusqu'à ce » jour. » (*Semanario medico espanol.*)

Cependant, il se manifesta dans la discussion des scènes de désordre, de confusion et de tumulte qui nous rappellent péniblement celles de la salle Montesquieu en 1848. Enfin, le senor D. Pedro Calvo Ascensio, directeur de la Iraria, fut élu représentant de la classe médicale de la capitale espagnole; mais chacun sait déjà que le scrutin général n'a pas ratifié cette élection. Ainsi, le corps médical de Madrid ne sera pas plus représenté aux prochaines Cortès que ne le fut celui de Paris à l'Assemblée constituante. (*Journ. des conn. méd.-prat.*)

Le Sourd.

Paris, — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Nº 143. — MARDI 5 DÉCEMBRE 1854. (27e ANNEE.) Nº 143. — MARDI 5 DÉCEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 DÉCEMBRE 1854.

Séance de l'Académie des Sciences.

« Le cœur bat parce qu'il recule », telle est la formule concise et hardie qui résume toute une théorie de la locomotion du cœur exposée dans le mémoire que M. Hiffelsheim a lu à l'Académie. L'idée première de cette théorie a été empruntée à un fait physique connu, la tendance au déplacement de toute enveloppe contenant un fluide en mouvement. Le cœur, qui expulse du liquide par des orifices, est dans les mêmes conditions qu'un vase mobile sur un axe renfermant un liquide qui s'échappe par un orifice. Or, dit M. Hiffelsheim, puisqu'un vase dans ces conditions éprouve un recul, il doit en être ainsi du cœur.

C'est à la justification expérimentale de cette induction qu'est consacré le mémoire de M. Hiffelsheim. L'auteur s'est attaché à démontrer la théorie du recul en se fondant, d'une part, sur l'analyse des conditions du phénomène physique du recul en général, et, d'autre part, sur l'existence de ces conditions dans le cœur. On trouvera au compte rendu l'indication de la série d'expériences que M. Hiffelsheim a instituées pour démontrer ce fait.

Pour apprécier la justesse de cette proposition, il ne faudrait rien moins que répéter et contrôler les expériences délicates sur lesquelles il l'a étayée. Nous nous abstiendrons donc de tout jugement, mais non sans reconnaître cependant tout ce qu'il y a d'ingénieux dans cette application d'un principe de mécanique à l'explication d'un phénomène physiologique qui a été l'objet de tant d'interprétations diverses.

On trouvera aussi au compte rendu de la séance un court extrait d'un travail considérable de M. Fremy sur la constitution chimique des os. Les quelques propositions que nous avons extraites de ce travail donneront une idée de son importance au double point de vue chimique et physiologique. Quelques-unes des idées que l'on a professées jusqu'ici sur le mode de développement et sur les phases diverses d'évolution des os devront être modifiées par les savantes recherches de M. Fremy. C'est un sujet d'études nouvelles à proposer aux anatomistes et aux physiologistes. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons cliniques sur les hernies (1),

Par M. le professeur MALGAIGNE.

Des anneaux qui sont les agents de la constriction dans les hernies étranglées. — On a cru longtemps, beaucoup de praticiens croient encore que l'étranglement dans les hernies est le résultat de la constriction exercée par les anneaux aponévrotiques de l'abdomen. Comment cette opinion s'est-elle produite dans la science?

Franco croyait que la hernie passait à travers un pertuis ou une rupture du péritoine et que l'étroitesse de ce pertuis était la cause de l'étranglement. Mais des ouvertures de cadavres ayant démontré qu'il n'y avait pas de rupture du péritoine, cette opinion tomba d'elle-même. Plus tard Dionis attribua l'étranglement à la constriction par l'anneau inguinal externe, Littré à l'inflammation des anneaux. Pour Garengeot c'était aussi l'inflammation, mais l'inflammation de l'anneau externe seul qui produisait l'étranglement. Enfin, dans les premières années du dix-huitième siècle, un chirurgien nommé Armand ayant fait une opération de hernie étranglée chez un vieillard qui succomba, on trouva à l'autopsie le sac herniaire racorni, dur et adhérent de toutes parts, avec un rétrécissement de l'enveloppe péritonéale, et à peu de temps de là Ledran rapporte un fait d'étranglement par le collet du sac qui parut encore beaucoup plus manifeste. C'est de cette époque que date l'admission dans la science de l'étranglement par le collet du sac. Mais tandis qu'éclairée par ces faits l'école française, représentée par l'Académie de chirurgie, professait que l'étranglement par le collet est plus fréquent que l'étranglement par les anneaux, l'école anglaise enseignait que l'étranglement par un anneau unique est le plus fréquent, l'étranglement par le collet du sac n'étant à ses yeux qu'une rare exception.

Ainsi, jusqu'au dix-neuvième siècle, la doctrine de l'étranglement par les anneaux est la doctrine dominante, mais elle ne repose en réalité sur aucun fait précis : elle est sans fondement. M. Malgaigne, ayant dirigé ses recherches sur ce point, n'a jamais trouvé que des collets étranglant les hernies et jamais les anneaux. S'il était possible que l'anneau étranglât la hernie, comment se ferait-il que dans une hernie inguinale le cordon spermatique ne fût jamais étranglé et que le testicule n'en souffrît pas? Et dans les hernies crurales comment concevrait-on aussi que les phénomènes d'étranglement pussent se produire sans qu'il y eût en même temps suspension dans le cours du sang du membre inférieur?

L'étranglement a donc lieu par le collet du sac et non par les anneaux.

Quelle doit être d'après ces principes l'opération de la hernie étranglée ?

Examinons d'abord ce qui est relatif à l'opération applicable à la hernie crurale.

Opération de la hernie crurale étranglée. — Lorsque la hernie est d'un volume médiocre, une simple incision pratiquée parallèlement au ligament de Fallope suffit ordinairement. Mais, quand la hernie est volumineuse, une seule incision ne suffirait plus : il faut alors pratiquer une incision en T, dont l'une des branches corresponde au grand diamètre de la tumeur et l'autre à son petit diamètre. Le sac étant ouvert après la division successive et couche par couche des tissus placés sous la peau, il s'agit de procéder au débridement. Comment doit-on y procéder?

Pour déterminer dans quel sens doit être pratiquée l'incision, il faut avoir présents à l'esprit les rapports exacts du col du sac herniaire avec les vaisseaux de la région. Dans les deux sexes, l'artère épigastrique se trouve placée en dehors du collet du sac. Chez l'homme, l'artère spermatique longe la face antérieure du sac. Enfin, l'artère obturatrice, lorsqu'elle naît de l'épigastrique, se trouve quelquefois entourer le col du sac herniaire avant de sortir par le trou ovale. Dans le cas le plus commun, elle va gagner le côté interne de la veine fémorale en côtoyant le côté externe de l'anneau crural. On comprend dès lors qu'il soit possible, dans certaines circonstances, de léser l'artère spermatique en débridant directement en haut. Le fait a d'ailleurs justifié cette déduction de la disposition anatomique de cette région. Scarpa a démontré par des recherches expérimentales qu'il suffisait d'une incision de 2 à 3 lignes de profondeur pour courir le risque de léser l'artère spermatique.

Pour éviter ce danger, Bell a donné le conseil d'inciser sur le ligament de Fallope, de soulever ce ligament avec un crochet, et de n'achever l'incision qu'après avoir éloigné les vaisseaux spermatiques du trajet que doit parcourir l'instrument tranchant. Dans le même but, Astley Cooper proposait de faire une incision transversale sur l'aponévrose de l'oblique externe, puis de fendre l'aponévrose de haut en bas sur une sonde cannelée, après avoir attiré le cordon en haut. Dupuytren voulait que l'incision fût dirigée obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, d'après le trajet du cordon.

Deux méthodes de débridement ont été préconisées par Scarpa. Dans la première édition de son *Traité des hernies*, il conseille d'inciser transversalement l'expansion du *fascia lata*, afin de relâcher le ligament de Fallope. Le sac herniaire ouvert, si la pression ne suffit pas pour faire rentrer les viscères, on introduit entre eux et le col du sac une sonde mince et boutonnée; un crochet est ensuite conduit sur la sonde et le ligament de Fallope enlevé. Si ce soulèvement ne suffit pas pour obtenir la réduction, on fait sur le bord inférieur du ligament quelques petites incisions perpendiculaires et très rapprochées.

Dans la seconde méthode, conseillée plus tard par Scarpa, il donne le précepte de pratiquer l'incision du côté du pubis et obliquement de haut en bas, c'est-à-dire sur le bord concave du ligament de Gimbernat, parallèlement au ligament de Fallope, et il recommande de se servir d'un histouri droit, convexe sur le tranchant.

Ces divers procédés de débridement, celui de Sharp, qui débridait en dehors et en haut, celui de Pott, qui débridait directement en haut, et celui de Sabatier, qui débridait en haut et en dedans du côté de l'ombilic, tous ces procédés étaient fondés sur l'opinion que l'étranglement est produit par l'anneau crural. Mais ce mode d'étranglement n'ayant jamais lieu, on conçoit que toutes craintes en vue desquelles ces procédés ont été imaginés et les précautions dont on les a entourés sont sans but.

Voici sur ce point les préceptes formulés par M. Malgaigne :

La hernie est-elle étranglée par l'ouverture du *fascia cribriformis*, qui livre passage à la veine saphène interne, on peut débrider largement en haut ou en dedans. Si l'étranglement est produit par le collet du sac, il faut attirer celui-ci au dehors et détruire la bride. Que si le collet du sac adhère aux tissus voisins à la hauteur de l'anneau crural, après avoir mis à nu le siége de l'étranglement, on débridera en dehors ou en dedans, en ayant le soin d'appliquer l'un des doigts de la main gauche sur les vaisseaux cruraux, afin de les protéger contre l'instrument. La même précaution est utile dans le cas où la hernie a traversé l'ouverture fibreuse située entre le ligament de Gimbernat et l'origine du *fascia cribriformis ;* dans ce cas, on débride en dehors.

Mais il peut se présenter l'un des deux cas suivants, qui offrent de plus grandes difficultés. Lorsque la hernie passe sous le ligament de Gimbernat même, il peut se rencontrer là une artère obturatrice anomale provenant de l'épigastrique. La question est de savoir si la hernie est placée en dedans ou en dehors de l'artère. Dans le doute, et pour prévenir la lésion des vaisseaux, M. Malgaigne propose, après avoir mis le sac à découvert à l'aide de l'indicateur, de le séparer des tissus ambiants jusqu'à son collet, puis de pratiquer l'éraillement de l'orifice aponévrotique.

Opération de la hernie inguinale. — Lorsque la hernie inguinale est descendue dans le scrotum, on doit, en cas d'étranglement, se conduire généralement comme si l'étranglement siégeait au niveau de l'anneau externe. Après qu'on a pratiqué l'incision à la peau, on met le sac à découvert en disséquant les tissus ambiants, puis on l'ouvre. Quelques chirurgiens sont dans l'usage, une fois le sac ouvert, de tirer l'intestin au dehors pour mieux juger de l'état dans lequel il se trouve. Cette précaution est tout à fait inutile, à moins qu'on n'ait quelque raison de soupçonner l'existence d'une ulcération.

La manière dont on pratique généralement cette opération est passible d'un premier reproche, c'est que la section est faite presque toujours trop bas et au-dessous du point de l'étranglement. On fait aussi habituellement la section trop étendue.

La situation de l'artère épigastrique, placée en dedans dans la hernie inguinale externe, en dehors dans la hernie inguinale interne, est souvent une cause de très grandes difficultés pour le débridement. Dans quel sens convient-il d'opérer ce débridement? Quel sera dans ce cas le guide du chirurgien? J.-L. Petit conseille de débrider directement en haut; ce conseil a été répété par Dupuytren et par A. Cooper. Scarpa est d'avis de faire un débridement multiple pour éviter l'artère que l'on court le risque d'atteindre en suivant le précepte de J.-L. Petit. La meilleure règle à suivre est de mettre à nu l'étranglement au moyen d'une incision pratiquée au niveau de l'étranglement même; mais comme l'étranglement a son siége au niveau de l'anneau abdominal, il faut que l'incision soit prolongée un peu au-dessus et un peu au-dessous. On divise successivement l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse. Parvenu sur le sac, on le dissèque; on ouvre le péritoine soit au-dessus, soit au-dessous du collet constricteur, afin de pouvoir soulever ce dernier sur une sonde cannelée et de l'inciser. Enfin on doit chercher à s'assurer s'il existe en même temps un étranglement par l'anneau, ce que M. Malgaigne déclare n'avoir jamais vu.

Avant de réduire l'intestin, il importe de reconnaître son état, qui peut donner lieu à quelques indications spéciales. Si l'intestin n'est que rouge, on peut le repousser hardiment dans le ventre. S'il est noir, mais avec conservation de son poli, on peut également le réduire sans crainte. Mais il n'en est pas de même si l'intestin est gangrené au ulcéré. Il faut, dans ce cas, laisser l'intestin dehors, le fendre et le fixer jusqu'à ce que la plaie ait été détergée et que l'intestin se soit cicatrisé, ce qui a lieu dans quelques cas. Dans le cas contraire, où la cicatrisation n'aurait point lieu, on aurait une fistule stercorale. On verra tout à l'heure la différence qu'il y a à établir entre la fistule stercorale et l'anus contre nature.

S'il existait de l'épiploon dans le sac herniaire, on doit se garder de le faire rentrer. Il suffit que l'épiploon ait été frappé par l'air extérieur, fût-il sain d'ailleurs, pour qu'il y ait à craindre qu'il se

(1) Fin. — Voir les numéros des 2, 9, 18, 28 février; 7, 28 mars; 4, 11 avril; 2, 9, 30 mai; 25 juillet; 16 septembre; 3, 10, 31 octobre et 21 novembre.

mortifie dans l'abdomen. Il y a d'ailleurs de l'avantage à le laisser au dehors, car il peut faire office de bouchon et contribuer à prévenir le retour ultérieur de la hernie.

Nous venons de dire qu'il y a une différence à établir entre l'anus contre-nature et la fistule stercorale. La fistule stercorale résultant d'une ulcération qui ne comprend qu'une portion plus ou moins limitée de la circonférence de l'intestin, est le plus ordinairement susceptible de guérison, tandis que l'anus contre-nature, qui a lieu lorsque l'intestin est complétement divisé, ou tout au moins divisé dans la plus grande partie de sa circonférence, l'anus contre-nature, disons-nous, est à peu près incurable; la guérison, au moins, en est très rare. On en a cité quelques exemples; on a même cherché à expliquer les quelques cas de guérison spontanée qui ont été observés en supposant qu'il se faisait des adhérences entre l'intestin gangrené et les tissus voisins; que peu à peu l'ouverture de la peau se rétrécissait, ainsi que celle de l'intestin elle-même, et qu'enfin les deux bouts finissaient par s'aboucher. Scarpa a bien opposé des faits contraires à cette théorie, mais les faits de Scarpa étaient relatifs à des cas où une anse d'intestin avait été complétement gangrenée, et où les deux orifices étaient parallèles, et par conséquent dans l'impossibilité de s'aboucher.

Voici comment on peut s'expliquer la guérison des anus contre-nature. Dupuytren a montré que le tissu du sac était transformé en *tissu muqueux accidentel*. Or ce tissu appartenant aux tissus inodulaires, et étant par conséquent rétractile, on comprend comment peut s'opérer la guérison spontanée de certains anus contre-nature.

Dupuytren, considérant le *promontoire*, ou l'*éperon* qui sépare les deux bouts de l'intestin comme le principal obstacle à la guérison des anus contre-nature, avait admis en principe que, pour obtenir la guérison de cette grave infirmité, il faut détruire cet obstacle. Mais dans la majorité des cas cet éperon n'existe pas; il n'y a donc pas à s'en occuper. Le véritable obstacle à la guérison, c'est l'existence de la muqueuse intestinale qui tapisse le canal accidentel jusqu'à la peau.

Voici le procédé que M. Malgaigne conseille de suivre en ce cas, procédé qu'il a appliqué lui-même avec succès :

On avive le trajet anomal dans toute son épaisseur jusqu'à l'intestin inclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures; toutefois on doit prendre garde en détachant ces adhérences qu'elles sont quelquefois fort peu étendues, et qu'en les décollant au delà d'un demi-centimètre on courrait le risque d'ouvrir le péritoine. On renverse alors en dedans, sans les aviver, les deux lèvres de l'intestin, et on les réunit par la suture en piqué de manière à les adosser par leur surface externe. Par-dessus cette première suture, on réunit les chairs et les téguments au moyen de la suture entortillée ou enchevillée. Si la perte de substance est trop étendue pour permettre une réunion, il restera pour dernière ressource à recourir à l'autoplastie.

Quant au pansement consécutif à l'opération de la hernie étranglée, il a été fait de diverses manières : on peut tenter la réunion par première intention, mais à la condition qu'on la surveillera avec la plus scrupuleuse attention. M. Malgaigne, après avoir réussi plusieurs fois à obtenir la réunion immédiate par les aiguilles, a vu survenir une fois un phlegmon iliaque qui a fait périr le malade. Depuis cet événement, il conseille une grande surveillance. Quand la réunion par première intention réussit, le malade est ordinairement guéri en quatre jours.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. LEGENDRE.

Tumeur anévrismale de l'aorte thoracique. — Phénomènes de compression vers plusieurs organes (1).

M. H..., tailleur, âgé de cinquante-trois ans, d'une forte constitution, jouissant autrefois d'une excellente santé, vient me consulter le 1er juin 1854.

Connaissant M. H... depuis longtemps, mais l'ayant perdu de vue depuis dix ans au moins, je suis frappé des changements que les souffrances, bien plus que l'âge, ont apportés dans son habitude extérieure. Il est un peu voûté, très oppressé; la respiration est sifflante, la parole est entrecoupée à chaque deux ou trois syllabes par une inspiration profonde, sifflante; l'oppression devient extrême lorsqu'il veut marcher un peu vite, et quand il monte les escaliers il est obligé à chaque étage de s'asseoir sur les marches. Cette inspiration bruyante, ce sifflement trachéal offrent quelque analogie avec cette respiration bruyante et sifflante qui constitue le cornage chez les chevaux. Lorsque le malade est parfaitement reposé, immobile et reste sans parler, la respiration devient silencieuse. La percussion donne un son normal et non exagéré dans toute l'étendue de la poitrine; la région précordiale n'offre pas de voussure ni une matité plus étendue qu'elle ne doit l'être. L'auscultation ne fait constater aucun râle sonore ni bullaire, et, quand on fait respirer le malade doucement de manière à ne pas exciter d'oppression et par conséquent de sifflement trachéal, on entend le murmure vésiculaire sans mélange de râles. L'impulsion du cœur n'est pas exagérée, les bruits de cet organe sont parfaitement normaux; le pouls est régulier, peu fréquent, à 68; toux habituelle, sèche, sans expectoration; la voix se voile souvent; les fonctions digestives sont en bon état.

Le malade rapporte le développement de son oppression à un rhume qui aurait débuté il y a six mois et qu'il a combattu inutilement au bout de quelque temps par l'application d'un vésicatoire au bras gauche. Interrogé sur les caractères de ce rhume, le malade avoue que la toux a été sèche dès le début et n'a jamais été accompagnée d'une expectoration catarrhale abondante, que bientôt après le développement de ce rhume il a commencé à éprouver de l'oppression, qui depuis ce moment a été toujours en augmentant d'une manière graduelle.

Enfin, M. H... me raconte qu'il est atteint en outre depuis deux ans et demi d'une douleur rhumatismale entre les deux épaules caractérisée par un point douloureux fixe n'occupant qu'une médiocre étendue et n'ayant jamais varié de siége. Cette douleur persiste depuis deux ans et demi et n'a été influencée en rien par le développement de la toux et de l'oppression.

Frappé dès le premier examen de la nature de cette dyspnée, qui par sa continuité et ses caractères diffère de la véritable dyspnée asthmatique, et ne pouvant pas d'ailleurs la rapporter au développement antérieur d'un véritable catarrhe passé à l'état chronique ni à une maladie du cœur, je me demande tout d'abord si ces phénomènes ne dépendent pas de quelque tumeur développée sur le trajet de la trachée, des bronches ou du plexus pulmonaire. Toutefois, pour voir si la dyspnée n'est pas essentiellement nerveuse, j'engage M. H... à suivre pendant huit jours une médication antispasmodique. (Infusion de racine de valériane sauvage, cigarettes de stramonium; le soir, une pilule de 2 centigrammes d'extrait de semences de stramonium et de 5 centigrammes de gomme ammoniaque. Repos, régime doux.)

Ces moyens de traitement, employés comme *criterium*, restent sans résultats bien marqués, et je les remplace par une cuillerée à bouche de sirop d'iodure de potassium, me demandant si quelques phénomènes syphilitiques douteux, dont le malade a été autrefois atteint, n'auraient pas pu produire le développement de quelque tumeur susceptible de résolution sous l'influence de l'iodure de potassium. Ce moyen, sur lequel, je dois le dire, je ne fondais pas grande espérance, n'amène aucun amendement; l'oppression va toujours en augmentant; la marche et l'ascension des escaliers deviennent de plus en plus pénibles. Enfin, le 28 juin, le malade éprouve au milieu de la nuit un premier accès de suffocation des plus violents, pour lequel on va réclamer les secours du docteur Fenaille, qui demeure dans le voisinage, et qui lui pratique une saignée du bras de 300 grammes. Ce moyen soulage immédiatement le malade. Averti de cet accident, je vais voir dans la journée M. H..., que je trouve dans le même état que les jours précédents, et ne se ressentant plus de son accès d'étouffement. L'ayant examiné et ausculté de nouveau, je ne constate toujours aucun battement, aucun bruit anomal dans un point fixe de la poitrine, pas même au milieu des épaules, là où existe le point douloureux habituel. Mais ayant demandé à M. H... s'il n'éprouve pas de difficulté dans la déglutition, il me fournit un détail important qui vient me confirmer encore, si cela est possible, dans l'idée où je suis que tous les symptômes qu'il éprouve ne dépendent ni d'un asthme, ni d'une maladie du cœur, mais tiennent à l'existence d'une tumeur ayant son siége dans le médiastin postérieur. Ce détail consiste dans l'existence d'une dysphagie, dont le malade rapporte le siége à peu près au point correspondant de la douleur du dos. Il dit qu'après chaque bouchée qu'il avale il est presque toujours obligé de boire quelques gorgées de liquide pour faire couler le bol alimentaire. L'existence d'une tumeur étant parfaitement arrêtée dans mon esprit, je la suppose de nature cancéreuse plutôt qu'anévrismale, en raison de l'absence de tout battement isochrone à celui du cœur dans l'endroit correspondant au siége de la douleur.

Huit jours plus tard, encore pendant la nuit, nouvel accès de suffocation aussi violent que le premier, et soulagé de même par une émission sanguine.

Le surlendemain, m'étant rencontré avec M. le docteur Fenaille, qui maintenant donne habituellement ses soins au malade, je lui fais part de mon opinion sur la nature de ces accidents, et j'arrive à la lui faire partager presque complétement. La nuit qui avait précédé notre réunion, il s'était manifesté encore un léger accès de suffocation; mais il avait suffi d'ouvrir la fenêtre, d'appliquer des sinapismes et de donner quelques cuillerées d'une potion éthérée pour dissiper ces accidents. Pour éviter d'avoir recours à chaque instant à la saignée, qui, tout en soulageant le malade, a pour effet de l'affaiblir beaucoup sans agir le moins du monde sur le fonds du mal, qui me paraît au-dessus des ressources de l'art, nous lui faisons appliquer deux vésicatoires aux mollets. Pendant près de trois semaines les accès de suffocation ne se renouvellent pas; mais à partir du 30 juillet ils recomment et ont lieu presque tous les jours, et quelquefois même deux fois par jour. On est obligé d'avoir recours plusieurs fois à la saignée du bras, qui soulage toujours le malade et qui est réclamée par lui avec instance. Enfin, après une nuit d'angoisse extrême et d'accès de suffocation incessamment renouvelés, M. H... succombe le 6 août au matin.

La famille ayant consenti à laisser faire l'autopsie, j'y procède le 7 août, à quatre heures de relevée, en présence et avec l'assistance de mon confrère M. le docteur Fenaille.

La cavité thoracique est seule l'objet de nos investigations.

Le péricarde n'est pas dilaté. Une fois ouvert, on constate dans son intérieur une cuillerée à bouche à peu près de sérosité roussâtre. La séreuse n'offre aucune trace d'inflammation.

Le cœur, peut-être un peu plus volumineux que dans l'état normal, est mou : il offre sa forme et sa direction naturelles; il ne renferme qu'un peu de sang liquide. Le doigt, introduit dans chacun de ses quatre orifices, ne rencontre aucun rétrécissement, aucune dureté.

Les poumons se sont affaissés lors de l'ouverture de la poitrine; ils sont sains et seulement un peu engoués vers la partie postérieure. Le poumon droit adhère par quelques brides cellulo-filamenteuses à la plèvre costale; ces adhérences sont très faciles à détruire. Le gauche n'offre pas d'adhérences semblables; mais en plongeant la main le long de sa face externe jusque vers son bord postérieur, c'est-à-dire vers le médiastin, je constate que ce bord adhère étroitement vers sa partie moyenne au feuillet gauche du médiastin postérieur. Ayant déchiré ces adhérences avec les doigts, je ne rencontre pas encore de tumeur bien évidente; mais ayant coupé transversalement la trachée et les gros vaisseaux au niveau de la fourchette du sternum de manière à détacher de haut en bas la masse cardio-pulmonaire, cet enlèvement est d'abord facile, puis j'éprouve une résistance que je ne puis vaincre qu'après un assez violent effort de traction, qui a pour résultat de déchirer une espèce de poche d'où il s'échappe une masse de caillots en partie mous, noirâtres, semblables à de la gelée de groseilles, en partie fibrineux, décolorés, mais mous et faciles à déchirer.

Dans le point correspondant à cette adhérence, je sens que le corps des deux vertèbres est rugueux, excavé; enfin, ayant détaché complétement la masse cardio-pulmonaire, nous constatons l'existence d'un anévrisme fusiforme de l'aorte descendante, dont une dissection attentive me permet seule d'apprécier tous les caractères et tous les rapports avec la bronche gauche, l'œsophage et la colonne vertébrale. Ainsi, cette tumeur, appliquée *en arrière* sur la colonne vertébrale, à laquelle elle adhérait intimement dans un point, est côtoyée *à droite* par l'œsophage, qui, au lieu de suivre une direction rectiligne, est dévié et décrit une courbe en rapport avec le volume de la tumeur sur laquelle il est accolé; ce changement de direction de l'œsophage et les mouvements d'expansion de la poche anévrismale sont les seules causes qui pouvaient gêner un peu la descente du bol alimentaire, car ce canal musculo-membraneux n'est ni rétréci, ni épaissi. *En avant* et un peu à droite, la tumeur est immédiatement en rapport avec la bronche gauche, qui la croise obliquement et qui paraît faire corps avec elle. Enfin, la partie postérieure de la face interne du poumon gauche adhère intimement dans une petite partie de son étendue *au côté gauche* de la tumeur.

L'aorte étant fendue dans toute la longueur qu'on a enlevée, on constate les particularités suivantes : les valvules sygmoïdes de l'aorte sont minces, souples et suffisantes; la portion ascendante de la crosse aortique est un peu dilatée et mesure 8 centimètres de circonférence; elle est parsemée, au-dessus de sa membrane interne, de petites plaques arrondies, isolées ou réunies, de la largeur d'une tête d'épingle à une lentille, et constituée par de la matière athéromateuse, jaunâtre ou bien rougeâtre quand elle est teinte par l'imbibition sanguine. La portion transversale ou courbe de la crosse aortique, moins dilatée que la précédente, offre les mêmes particularités qu'elle; seulement on observe immédiatement, en avant de l'orifice du tronc brachio-céphalique, une dilatation anévrismatique commençante, du volume d'une moitié de noisette, formée par la dilatation circonscrite des tuniques externe et moyenne, cette dernière étant en partie détruite par la déposition d'une plaque athéromateuse.

A 4 ou 5 centimètres de l'origine de l'artère sous-clavière gauche, c'est-à-dire dans le point où l'aorte change de direction et devient verticale, ce vaisseau se dilate assez brusquement pour former une tumeur fusiforme, mesurant 12 centimètres de hauteur sur 24 de circonférence à sa partie moyenne; cette tumeur contenait les caillots mous, noirâtres ou décolorés qui s'échappèrent au moment où l'on déchira les adhérences qui unissaient cette tumeur à la colonne vertébrale. En effet, la paroi postérieure de cette tumeur est détruite dans une étendue de 4 centimètres carrés, et se trouve remplacée dans ce point par la moitié inférieure de la troisième vertèbre dorsale et toute la hauteur de la quatrième, qui, excavées, rugueuses, offrent une surface séparée en deux par une crête transversale formée par le fibro-cartilage intervertébral, en partie ossifié, mais qui a mieux résisté que les os à l'absorption interstitielle déterminée par le choc du sang. De même qu'en arrière, la colonne vertébrale fait partie constituante de la paroi postérieure de la tumeur anévrismale, de même, en avant, on voit la moitié postérieure de la circonférence de la bronche gauche entrer dans la composition de la paroi antérieure de la poche anévrismale, de telle sorte qu'il est permis de supposer que si le malade eût vécu plus longtemps, le sang aurait pu se faire jour par la bronche gauche, et que, tout au moins pour le moment, il en résultait une compression de ce canal, qui cependant est peu marquée en raison de la résistance des cerceaux cartilagineux, qui sont en partie ossifiés. La face interne de cette poche anévrismale, constituée en partie par la dilatation des tuniques aortiques, en partie par les organes en rapport avec cette tumeur, en partie aussi par du tissu cellulaire condensé, est parsemée de plaques athéromateuses, et dans deux autres points de petits caillots noirâtres aplatis, faisant corps avec les parois de la poche et et offrant un aspect chagriné, réticulé. Dans quelques endroits aussi, des concrétions calcaires, lamelleuses ont remplacé les dépôts athéromateux. Immédiatement au-dessous de la terminaison de cette poche anévrismale fusiforme, l'aorte reprend brusquement son diamètre normal, mais continue d'être parsemée, au-dessous de sa membrane interne, de plaques athéromateuses qui sont loin de cesser au niveau des piliers du diaphragme, là où le vaisseau a été coupé.

L'examen nécroscopique est venu pleinement confirmer le diagnostic qui avait été porté pendant la vie sur l'existence d'une tumeur ayant son siége dans le médiastin postérieur, et produisant la dyspnée toute particulière que présentait ce malade.

Quant à la nature de la tumeur, j'avouerai que l'absence de tout battement, de tout bruit anomal, isochrones à ceux du cœur dans l'endroit qui correspondait au point douloureux fixe de la région dorsale, me faisait pencher vers l'idée d'une tumeur cancéreuse.

Ce fait, intéressant sous tant de points, fait donc encore voir que l'absence de battements et d'un bruit de souffle dans le point correspondant à l'anévrisme n'est pas une raison pour repousser l'existence d'une tumeur de cette nature, et que ces signes peuvent manquer.

Si l'on veut maintenant chercher la cause de l'absence de ces phénomènes, on peut la trouver peut-être dans le passage facile du sang à travers cette poche anévrismale. En effet, elle consistait plutôt dans un élargissement de l'aorte que dans un sac latéral communiquant avec le vaisseau par une ouverture rétrécie, susceptible dès lors de donner naissance à des phénomènes vibratoires. Enfin, les rapports de l'œsophage, de la bronche gauche et du plexus pulmonaire avec la tumeur anévrismale, rendent parfaitement compte de la dysphagie et de la dyspnée habituelles observées chez ce malade, ainsi que des accès de suffocation qui se manifestèrent pendant les derniers temps de la vie.

---

(1) Observation lue à la Société médicale des hôpitaux.

JUMEAUX NÉS A QUARANTE JOURS D'INTERVALLE.

Une femme de la campagne, âgée de vingt-quatre ans, bien portante, habituellement bien réglée, primipare, mit au monde, après un travail court et régulier, un enfant complétement développé, quoique un peu chétif, qui mourut huit jours après, des suites d'un rhume. Le placenta sortit par les seuls efforts de la nature une heure après la sortie de l'enfant. Quelques heures plus tard l'accouchée veillait déjà aux soins de son ménage. Le ventre s'était incomplétement affaissé, des mouvements actifs continuèrent à être perçus par la mère, et il n'y eut ni sécrétions lochiale et lactée, ni fièvre de lait.

Rien de particulier ne s'était d'ailleurs manifesté dans l'état de cette femme, lorsque le quarantième jour après la naissance de l'enfant il en naquit un autre, faiblement constitué comme l'aîné, mais évidemment arrivé à l'époque de son entier développement. Alors seulement apparurent le flux lochial et la sécrétion de lait.

(*Mediz. Neuigk.* et *Ann. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 novembre 1854. — Présidence de M. Combes.

Recherches théoriques et expérimentales sur la cause de la locomotion du cœur. — M. le docteur Hiffelsheim lit sous ce titre la première partie des recherches qu'il a entreprises sur les mouvements du cœur, dans le but de résoudre les nombreux problèmes que cette question soulève en physiologie normale et pathologique. Il expose dans ce premier travail les faits relatifs à la *cause immédiate de la locomotion ou du battement du cœur.*

Une simple induction reposant sur une comparaison avec des objets inanimés m'avait conduit, dit l'auteur, à attribuer cet acte vivant au phénomène physique du recul. Des recherches bibliographiques toutes récentes m'ont appris qu'une semblable idée avait déjà été émise par le docteur Guthrod. J'apporte aujourd'hui *pour la première fois* une *démonstration théorique et expérimentale* à l'appui de cette doctrine qui se résume ainsi : *Le cœur bat parce qu'il recule.*

M. Hiffelsheim distingue les mouvements du cœur en deux genres : le mouvement absolu et les mouvements relatifs. Le *mouvement absolu* est le mouvement de translation, de totalité que subit la masse du cœur qui vient frapper la paroi thoracique, phénomène connu sous le nom de *battement*, *choc*, l'*ictus* des anciens. Sous le nom de *mouvements relatifs*, il comprend les phénomènes de systole et de diastole, c'est-à-dire ceux de raccourcissement, d'allongement, de torsion spiroïde. Ces deux genres de mouvement s'exercent en même temps. Ainsi, tandis que le cœur tout entier se déplace, il subit en même temps des variations de forme et de volume, se raccourcit, s'allonge et se tord sur lui-même. Malgré les nombreuses recherches auxquelles la physiologie du cœur a déjà donné lieu, on est loin d'être fixé sur les relations de succession ou de coïncidence : 1° des divers mouvements relatifs *entre eux*; 2° du mouvement absolu et des mouvements relatifs. Mais si les physiologistes ne sont point d'accord sur les rapports de coïncidence et de succession, ils sont assez unanimes pour subordonner le mouvement absolu immédiatement aux mouvements relatifs; en d'autres termes, ils attribuent à l'effet direct, soit de la systole soit de la diastole, soit du mouvement spiroïde, la locomotion du cœur.

Les recherches théoriques et expérimentales auxquelles l'auteur s'est livré tendent à démontrer que le mouvement relatif de la systole détermine le mouvement absolu et le précède par conséquent (MM. Bouillaud, Magendie, Bérard les font coïncider), tandis que l'expulsion du liquide est la cause immédiate de ce mouvement absolu.

La démonstration de cette proposition repose sur le théorème suivant, à savoir, qu'une enveloppe contractile, chassant un liquide de son intérieur par une ou plusieurs ouvertures placées dans sa paroi, éprouve *avant toutes choses* une réaction rectiligne dirigée en sens inverse de la résultante des forces qui représenteraient l'intensité des jets.

Or, dans le cas présent, on a une enveloppe contractile ou élastique expulsant un fluide fixe par sa compression.

Le phénomène se passera exactement, quant aux réactions produites, comme si on avait une enveloppe fixe contenant un fluide élastique dont le volume augmenterait.

Dans ce second cas, qui est celui des fusées d'artifice, du recul des armes à feu, il y a tendance au déplacement de l'enveloppe en sens inverse du jet fluide. Donc la proposition qui précède, ramenée à une proposition évidente, est démontrée. Cette déduction fournit un corollaire général. Toutes les fois qu'une cavité close à parois mobiles expulse un liquide par un orifice, cette cavité aura une tendance au recul.

Après avoir ramené en principe le cas de *mobilité* au cas de *fixité*, l'auteur démontre que des poches qui représentent le cœur simple, distendues à volonté par de l'eau soumise à de fortes pressions, produisent en se rétractant l'effet d'une contraction. Le caoutchouc vulcanisé se prête admirablement à ces expériences. M. Hiffelsheim a fait construire à cet effet par M. le docteur Gariel des poches représentant un cœur simple, qui, distendues par 40 à 100 grammes d'eau, répondaient à l'effort supposé du cœur humain (la pression du sang dans le ventricule contracté n'étant pas directement connue).

Ces poches devaient être chargées de liquide; ce liquide devait être expulsé instantanément et sortir par un orifice qui s'ouvrît au moment de l'expulsion.

A l'aide d'un appareil particulier qu'il a fait confectionner à cet effet, M. Hiffelsheim a obtenu des résultats numériques qui démontrent, comme il l'avait prévu, que l'étendue de recul est en raison composée de la quantité du liquide, de l'épaisseur des parois de la poche et du diamètre de l'orifice par lequel s'échappe le liquide.

Le liquide en sortant du cœur ne s'échappe point à l'air libre, mais bien dans un vaisseau plein et soumis à une certaine pression. Les choses étant ainsi, il a fallu naturellement adapter à la poche une sorte en caoutchouc. On expérimente alors sur la poche comme si elle était seule. L'auteur a cherché à savoir quelle influence l'aorte vide pouvait exercer sur le recul de la poche qu'elle surmonte, et il semblerait qu'elle le diminue; mais cette expérience ne lui a pas paru complète. Au contraire, les résultats furent très nets quand il s'est agi de savoir l'influence de l'aorte pleine.

L'auteur a dû expérimenter la même poche avec la même pression, et sensiblement le même poids d'eau.

Or voici ce qui arrive : le recul est plus fort dans cette circonstance que lorsqu'on se sert de la poche libre. Il en a inféré que cela devait être attribué à l'aorte faisant fonction de seconde poche. Pour le prouver, il a expérimenté l'aorte seule surmontant la poche vide. En prenant toutes les circonstances identiques, il a trouvé que le recul de la poche et de l'aorte représentait très exactement la somme des reculs de chacun d'eux. Dans chacune des expériences faites avec l'aorte libre, on a vu un redressement très notable de la courbure de l'aorte : ce fait litigieux est désormais démontré. Mais le fait qui montre que la somme des reculs s'ajoute très nettement dans l'expérience précitée donne une signification précise et négative à l'influence sur la locomotion du cœur que de tout temps on était porté à attribuer à un redressement supposé de la courbure de l'aorte.

D'ailleurs une autre expérience a détruit en partie ce redressement en ramenant aux conditions réelles de l'organisme.

La présence des conditions du recul ne pouvant plus être mise en doute pour le cœur d'après ce court exposé, les causes du mouvement absolu admises jusqu'ici ne répondant nullement aux objections si nombreuses, aux divergences si considérables des physiologistes, M. Hiffelsheim propose de concilier toutes les opinions sur le terrain de la démonstration et de l'expérience en formulant sa doctrine dans ces mots : Le cœur bat parce qu'il recule.

Recherches chimiques sur les os. — M. Fremy lit un mémoire sur la composition chimique des os. L'auteur s'est proposé dans ce travail de résoudre quelques questions qui se rapportent au développement et à la composition de la substance osseuse prise dans les différentes classes du règne animal.

Nous extrayons de ce travail quelques-unes des conclusions qui le résument et qui sont plus particulièrement relatives au développement et à la composition des os chez l'homme.

Il résulte de ces analyses que la substance organique contenue dans les os, à laquelle MM. Ch. Robin et Verdeil ont dans ces derniers temps donné le nom d'*osséine*, est isomérique avec la gélatine. Ainsi la transformation de l'osséine en gélatine peut être comparée jusqu'à un certain point à celle de l'amidon ou de la cellulose en dextrine; elle s'opère dans les mêmes circonstances, elle est facilitée par l'action des acides.

L'osséine retirée d'animaux encore jeunes se change plus facilement en gelatine que celle qui provient d'animaux déjà vieux; dans les deux cas la substance organique présente une composition identique.

Les expériences nombreuses décrites dans ce mémoire tendent à prouver que dans un os l'osséine est à l'état de liberté, et qu'elle ne se trouve pas en combinaison avec le phosphate de chaux, comme plusieurs chimistes l'admettent encore aujourd'hui.

En ce qui concerne l'étude de la partie inorganique des os, mes expériences, dit M. Fremy, ont confirmé la formule qui est admise généralement par les chimistes, et démontrent que le phosphate de chaux des os est réellement tribasique.

J'ai prouvé en outre que le phosphate ammoniaco-magnésien, dont l'existence dans les os n'avait pas été admise jusqu'à présent, fait probablement partie de la substance osseuse.

J'ai confirmé par des expériences précises la présence du fluorure de calcium dans les os, qui avait été niée par plusieurs chimistes, en prouvant que l'on peut isoler de la cendre d'os un acide qui attaque le verre.

Mes analyses établissent que pour un même os il existe une différence de composition entre la partie dense et la partie spongieuse : cette dernière contient toujours moins de sels calcaires que la partie dense.

Les beaux travaux de M. Flourens ayant démontré que le périoste extérieur d'un os sécrète constamment la substance osseuse, tandis qu'il se produit dans l'intérieur de l'os une véritable résorption qui détermine dans ce corps un mouvement continuel; il m'a paru important de rechercher s'il existe une différence entre la composition chimique des couches d'os de nouvelle formation et celle des couches anciennes. Mes analyses établissent nettement que ces couches d'os, qui sont d'âges différents, présentent une composition identique.

Ces résultats, qui me paraissent importants pour la théorie de la formation des os, puisqu'ils prouvent que l'âge n'apporte pas de différences bien sensibles dans la composition de la substance osseuse, devaient être confirmés par les expériences suivantes :

Les analyses démontrent que l'os d'un fœtus contient presque autant de sels calcaires que l'os d'un vieillard; que les premiers points osseux qui apparaissent dans la partie cartilagineuse d'un os de fœtus présentent la même composition que l'os d'un adulte; que les parties osseuses qui se développent dans le cal après une fracture offrent une composition identique avec celle de l'os fracturé. Tous ces faits conduisent à une conclusion certaine : c'est qu'un os ne se forme pas, comme on l'a cru pendant longtemps, par incrustation lente et successive de la substance cartilagineuse par les sels calcaires, mais que la substance osseuse résulte de l'agglomération de points osseux qui, pris isolément et à l'état rudimentaire lorsqu'ils apparaissent dans le cal ou dans la partie cartilagineuse d'un os de fœtus, présentent immédiatement la composition d'un os arrivé à son état complet de développement; et si un os de vieillard se brise plus facilement que celui d'un adulte, ce n'est pas parce que le premier est moins cartilagineux et plus chargé de sels calcaires que le second, mais parce que dans l'os de vieillard la substance dense est remplacée en partie par la substance spongieuse, comme le savent tous les anatomistes, et que l'os d'un adulte est plus hydraté, et par conséquent plus élastique que celui du vieillard. Ces résultats s'accordent avec ceux qui ont été constatés récemment par MM. Nélaton, Ch. Robin et Verdeil.

En soumettant à l'analyse quelques dents d'animaux, je me suis proposé d'établir nettement les différences de composition qui existent entre le sément, l'émail et l'ivoire. L'émail ne contient que 2 ou 3 centièmes de matière organique, 3 ou 4 centièmes de carbonate de chaux, des traces de fluorure de calcium et une quantité de phosphate de chaux qui peut aller jusqu'à 90 pour 100; tandis que le sément et l'ivoire m'ont présenté exactement la même composition que l'os.

Les concrétions crétacées qui ossifient les artères des vieillards ayant été souvent comparées à des os, j'ai voulu soumettre ces productions calcaires à l'analyse. Il est résulté de mes recherches que ces produits contiennent les mêmes sels minéraux que les os, et qu'ils sont unis dans les mêmes proportions que dans la substance osseuse, mais qu'on y trouve une substance qui n'est pas de l'osséine et qui paraît de nature albumineuse. Sous ce rapport, les concrétions crétacées des artères diffèrent essentiellement des os.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 novembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Vidal montre un homme guéri de chancres phagédéniques très vastes et très graves. Lors de son entrée à l'hôpital, en janvier 1854, existaient deux bubons à l'aine droite. L'un fut ouvert avec le bistouri, l'autre s'ouvrit spontanément. Les deux plaies revêtirent bientôt tous les caractères des chancres phagédéniques pulpeux. Le malade, aujourd'hui si fort, si coloré, avait alors le teint blafard, sa constitution était très détériorée. Les deux ulcérations s'étaient réunies et envahissaient les régions abdominale et crurale du pli de l'aine. Un autre chancre, également phagédénique, occupait le pli génito-crural du même côté. Les douleurs étaient inouïes. Le nitrate d'argent, l'acide nitrique, le perchlorure de fer furent employés sans succès. L'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, le quinquina, le proto-iodure de fer administrés à l'intérieur n'eurent pas plus de résultats.

Quatre mois se passèrent ainsi. Au mois de mai les ulcérations étaient serpigineuses; des îlots cicatriciels se formaient au centre. Mais ce que la réparation gagnait en ce point, elle le perdait à la circonférence, et les douleurs ne s'apaisaient pas. M. Vidal, ayant obtenu dans un cas semblable sur un coiffeur, dont l'observation a été donnée à la Société de chirurgie il y a quelques années, un succès complet à l'aide de handelettes de Vigo, eut recours au même moyen. Des bandelettes imbriquées furent donc appliquées sur ces vastes chancres; on les renouvela tous les trois jours. La suppuration sous-jacente fut d'abord fétide et très abondante. Bientôt elle diminua et changea de caractère. Au troisième pansement on constatait une amélioration surprenante, qui se continua si bien du quatrième au cinquième pansement, qu'un dessin commencé à la quatrième séance ne put être achevé à la cinquième, tant le changement avait été rapide. En septembre, la guérison était complète.

Il y eut un peu de salivation; fait facile à comprendre, en raison de l'abondante absorption du mercure par les larges surfaces ulcérées.

Cette observation soulèverait de nombreuses questions de doctrine, mais M. Vidal ne la présente aujourd'hui que comme un fait pratique très important.

CORRESPONDANCE.

M. Heyfelder fait hommage à la Société de plusieurs thèses de chirurgie soutenues devant la Faculté d'Erlangen.

— M. Giraldès offre également un grand nombre de monographies chirurgicales françaises et étrangères.

LECTURES.

M. Fano lit une observation très intéressante d'exostose éburnée de l'os temporal avec lésion de l'oreille moyenne. La pièce pathologique est mise sous les yeux de la Société.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Denonvilliers, Robert et Forget.

M. Cloquet pense, d'après l'examen de la pièce, qu'il s'agit moins d'une véritable exostose que d'un gonflement de l'os symptomatique, de fongosités profondes développées primitivement dans les cavités de l'oreille ou dans les cellules mastoïdiennes. L'ostéite n'a été que secondaire; l'os s'est boursouflé, puis s'est perforé, comme cela s'observe du reste dans d'autres circonstances quand un foyer inflammatoire est entouré par des pièces osseuses.

— M. Chassaignac lit un rapport sur un travail de M. Heyfelder père intitulé *De la désarticulation coxo-fémorale.*

L'amputation coxo-fémorale est une des conquêtes importantes de la chirurgie du dix-huitième siècle. Quelque grave que soit cette mutilation énorme, il est bien positif qu'elle conserve la vie à des sujets qui sans elle étaient voués à une mort certaine. Le désideratum de la chirurgie au sujet de cette opération n'est donc plus ce qu'il a été dans le principe, à savoir : si la conservation de l'existence serait compatible avec un traumatisme aussi étendu. Cette question est définitivement jugée.

Mais on ne saurait se dissimuler que la mortalité à la suite de cette opération ne soit encore aujourd'hui très considérable, et le but que doivent se proposer les efforts du chirurgien, ce doit être de diminuer le chiffre de cette mortalité.

Telle qu'elle résulte des statistiques publiées jusqu'à ce jour, elle s'élève à la proportion des deux tiers des malades opérés. Et encore est-il permis de douter que cette proportion soit une expression exacte de la vérité. En effet, sur quelle base établit-on ces statistiques? Sur le rapprochement des faits épars dans les recueils périodiques. Or on sait parfaitement qu'il se publie le plus grand nombre possible des cas heureux, et relativement un nombre beaucoup plus limité de ceux qui ont une issue fâcheuse. Aussi pensons-nous qu'on se rapprocherait plus de la vérité en évaluant environ au cinquième seulement des opérations faites la proportion des succès.

Il y a donc des tentatives sérieuses à entreprendre pour amoindrir le chiffre de la mortalité à la suite de l'amputation coxo-fémorale. Mais ces tentatives, ce n'est pas dans le raisonnement ni dans les aperçus théoriques qu'elles peuvent prendre leur point de départ, c'est dans l'observation et dans l'analyse attentive des faits déjà connus et de ceux qui peuvent se présenter d'un jour à l'autre.

Toute agglomération de faits nouveaux est donc un élément de progrès vers le but final que nous devons nous proposer. C'est à ce titre que le travail de M. Heyfelder mérite toute l'attention de la Société de chirurgie, puisqu'il présente un groupe de huit observations propres à l'auteur, et qu'il fournit dès lors un contingent qui n'est pas à dédaigner en pareille matière; d'autant mieux que sur les huit cas il en est quatre dans lesquels l'opération a été couronnée de succès. Et en admettant que des circonstances heureuses, et qui doivent être appréciées avec beaucoup de soin, aient contribué à ce résultat, il n'en est pas moins vrai qu'une part doit être faite au *modus faciendi* adopté par le chirurgien. Aussi est-ce en étudiant attentivement la marche qu'il a suivie qu'on peut tirer des enseignements utiles au point de vue du but qu'il s'agit d'atteindre.

Pour faire cette étude, nous présenterons d'abord dans un résumé succinct une espèce de tableau des observations. Nous essayerons ensuite, chose assez difficile, de faire la part de ce qui dans les succès obtenus appartient aux circonstances de la maladie et de ce qui peut incomber à la conduite du chirurgien. Nous terminerons par l'examen critique de quelques-unes des réflexions dont l'auteur a accompagné son travail.

Faisons d'abord remarquer que sur les huit désarticulations le chloroforme a été employé six fois. Les deux sujets chez lesquels on n'a pas fait usage de l'agent anesthésique ont succombé l'un au bout de trois heures, l'autre au deuxième jour. Ils étaient âgés le premier de vingt-trois, le second de quarante-huit ans. L'amputation dans les deux cas était faite pour une maladie chronique. Pour une carie dans le premier, dans le second pour une tumeur fongueuse.

Eu égard à l'âge des sujets opérés, nous trouvons 13 ans, 15 ans, 18 ans, 22 ans, 23 ans, 28 ans, 41 ans et 52 ans. Par conséquent, six des sujets n'avaient pas encore atteint la trentième année. Les quatre qui ont guéri sont les sujets de 13 ans, 15 ans, 22 ans et 28 ans; ceux qui ont succombé sont les sujets de 18, 23, 41 et 52 ans. D'un côté 78, de l'autre 134 ans en somme.

Eu égard à la nature des maladies qui ont nécessité l'amputation, nous avons à noter la carie de l'articulation coxo-fémorale cinq fois, l'exostose une fois et le cancer deux fois.

Des sujets qui ont guéri deux étaient atteints de carie, un de cancer et un d'exostose.

Des sujets qui ont succombé trois étaient atteints do carie et un de cancer.

On voit que les diverses affections pour lesquelles l'opération a été faite étaient toutes chroniques; pas une d'elles n'était traumatique.

Quant au procédé opératoire, la méthode ovalaire de Scoutetten a été employée chez six des malades.

Le mode de réunion de la plaie a été la suture entrecoupée. Et nous avons remarqué que M. Heyfelder avait eu recours dans chaque cas à un grand nombre de points de suture, puisque dans la troisième observation il parle de vingt-neuf points et de vingt-huit dans la septième.

Cherchons maintenant à voir ce qui, dans les circonstances propres au malade et dans celles qui sont propres au chirurgien, a pu influer sur les résultats obtenus.

Nous voyons qu'à l'égard de l'âge se confirme ce qui a été observé dans tous les temps, à savoir : que, toutes choses égales d'ailleurs, plus les sujets sont jeunes, plus il y a de chances de succès. A ce point de vue, notre honorable et savant collègue a été traité assez favorablement, puisque six sur huit des sujets opérés, c'est-à-dire les trois quarts, étaient au-dessous de la trentième année.

Il l'a été encore eu égard à la nature des maladies qui ont nécessité l'opération, car tous les sujets étaient atteints d'affections chroniques, et les chirurgiens expérimentés savent l'énorme différence qui pour certaines amputations existe à l'égard du pronostic entre l'état aigu et l'état chronique chez les amputés. Non-seulement tous les sujets étaient atteints d'affections chroniques, mais la plupart portaient des suppurations anciennes, et il y a encore là une nuance qu'aucun praticien ne saurait négliger; car ce n'est pas la chronicité seule des affections qui constitue l'immunité, c'est surtout la chronicité de la suppuration.

Si nous arrivons maintenant aux circonstances qui dépendent du chirurgien, nous voyons d'abord que, eu égard au choix du procédé, M. Heyfelder a adopté de préférence la méthode ovalaire. Quoique la prééminence de cette méthode sur les procédés à lambeaux ne soit véritablement établie que pour un certain nombre d'amputations, on ne peut s'empêcher d'admettre que ce ne soit une très bonne méthode, une de celles qui font chaque jour de nouveaux progrès dans l'opinion des chirurgiens.

Quoiqu'il y ait au point de vue de l'exécution un procédé excellent pour la désarticulation coxo-fémorale, celui du lambeau antérieur, nous pensons que la préférence accordée par le savant chirurgien d'Erlangen à la méthode ovalaire n'a point été étrangère aux heureux résultats qu'il a obtenus.

Nous devons noter encore comme une particularité importante de son *modus faciendi* les nombreux points de suture dont il a fait usage. En effet, plus les surfaces traumatiques ont d'étendue, plus la réunion primitive doit être recherchée. Et quel est le moyen qui dans ces vastes plaies peut offrir à la réunion immédiate plus de chances que la coaptation rigoureusement exacte due à de nombreux points de suture?

A cet égard, nous nous reprocherons de n'avoir fait de la suture qu'un usage insuffisant dans les trois cas de désarticulation de cuisse qu'il nous a été donné de pratiquer jusqu'ici. Il est vrai qu'ayant eu recours dans ces trois cas au procédé du lambeau antérieur, que son poids ramène tout naturellement dans une coaptation satisfaisante avec le reste de la surface traumatique, nous ne nous étions pas cru obligé de maintenir par plus de trois à quatre points le contact de surfaces qui tendaient d'elles-mêmes à la juxtaposition. Néanmoins il nous semble qu'une conséquence à déduire des faits rapportés par M. Heyfelder, c'est que dans l'amputation coxo-fémorale il faut pousser aussi loin que possible la recherche d'une coaptation très exacte.

Nous croyons donc, en résumé, que, comme circonstances indépendantes du chirurgien, l'âge des sujets et la nature des affections pour lesquelles on a opéré ont contribué pour une part au succès, et qu'en fait de circonstances propres à l'opérateur, le choix du procédé, la perfection du pansement, et enfin le savoir et l'habileté bien connus de notre honorable collègue peuvent revendiquer une part importante dans le résultat final.

Après avoir reconnu dès les premières lignes de ce rapport la valeur pratique du travail qui vous a été soumis, votre commission aurait voulu n'avoir que des éloges à donner au mémoire de M. Heyfelder; mais voilà qu'au moment où nous en terminions la lecture nous sommes arrêtés par une de ces propositions vraiment étranges et que votre commission se voit obligée de repousser de la manière la plus formelle.

M. Heyfelder, comparant avec les résultats de ses huit désarticulations coxo-fémorales les chiffres fournis par une série de 17 amputations de cuisse dans la continuité, et trouvant que la désarticulation lui a donné 4 cas de guérison sur 8 opérés, taudis que ses 17 amputations de cuisse donnent un chiffre de 9 morts sur 17 amputés, en arrive à conclure que la désarticulation de la cuisse n'est pas une opération plus désastreuse que l'amputation dans la continuité. C'est à nos yeux un singulier exemple des illusions auxquelles peut conduire la comparaison de séries insuffisantes dans des questions qui ne peuvent se juger qu'à l'aide de faits nombreux et bien analysés.

Nous ne doutons pas que si l'on venait à comparer une série d'amputations immédiates faites pour des lésions traumatiques avec une série de désarticulations de cuisse pratiquées pour des lésions chroniques, on n'arrivât à une conclusion analogue à celle de M. Heyfelder; mais que, toutes choses égales d'ailleurs, on dise que la désarticulation coxo-fémorale n'est pas sensiblement plus grave que l'amputation du fémur dans sa continuité, c'est là une assertion que le bon sens des chirurgiens ne saurait accepter.

La discussion s'engage sur ce rapport.

M. Verneuil regrette que les observations renferment aussi peu de détails sur les lésions anatomiques qui ont paru nécessiter la désarticulation en question. Il est parlé de carie; était-ce l'articulation coxo-fémorale qui en était atteinte? et en ce cas quel était l'état de la cavité cotyloïde? Dans des cas de ce genre, il y a une opération qui mérite d'être très sérieusement mise en parallèle avec la désarticulation; c'est la résection de la tête du fémur, qui a donné une proportion de succès très satisfaisante. M. Chassaignac aurait peut-être dû discuter, à propos de ce travail, les indications générales d'une opération pour laquelle M. Heyfelder paraît avoir une prédilection marquée.

M. Larrey combat la singulière comparaison que l'auteur du mémoire établit entre l'amputation de la cuisse et la désarticulation totale du membre, et qui le conduit à proposer sérieusement d'adopter la seconde, en règle générale, de préférence à la première. M. Larrey avait déjà fait une comparaison analogue entre la désarticulation scapulo-humérale et l'amputation du bras dans sa continuité et près de l'articulation; la désarticulation lui avait paru plus avantageuse. Mais on ne saurait conclure du membre supérieur au membre inférieur. Il regrette que M. le rapporteur n'ait pas tenu compte des réflexions de MM. Hénot et Sédillot sur ce sujet.

M. Richet a pratiqué deux fois la désarticulation de la cuisse, et il a obtenu une guérison. Plusieurs points relatifs à cette opération sont encore obscurs. Chez un de ses opérés, homme adulte et bien constitué, un coup de feu avait brisé le col du fémur et divisé les vaisseaux fémoraux; le malade fut soumis au chloroforme: il resta pendant 24 heures dans une sorte d'état comateux et succomba.

Le sujet de la seconde observation était un garçon de quinze ans, qui fut affecté d'abord d'un gonflement considérable et profond de la partie moyenne de la cuisse; des ventouses furent appliquées sans succès. Un vaste abcès sous-périostique se forma et fut ouvert, et l'on put constater que le fémur était dénudé dans une grande étendue et dans toute sa circonférence; au bout d'un mois, cet os se fractura à sa partie moyenne et dans la partie dénudée. M. Richet, désespérant d'obtenir une consolidation dans de telles conditions, se décida à amputer la cuisse à la partie supérieure. Prévoyant le cas où la désarticulation serait indispensable, il fit deux lambeaux et mit l'os à nu; il s'aperçut alors que le mal, plus étendu qu'il ne le croyait d'abord, nécessitait la désarticulation, qu'il pratiqua sur-le-champ. Il réunit avec des bandelettes agglutinatives, et l'adhésion était à peu près complète le troisième jour. L'articulation coxo-fémorale, la gaîne du psoas, l'os iliaque, tout, en un mot, était sain. Il n'y eut point d'accident pendant les deux premières semaines; mais au bout de ce temps un gonflement considérable se manifesta dans la fosse iliaque sans que le moignon parût en rien modifié. Un abcès se forma, et, lorsqu'on l'ouvrit, il fut possible de constater qu'il reposait directement sur l'os iliaque qui était à nu au fond du foyer. Tout cela néanmoins s'apaisa, et le malade guérit complétement.

La formation de cet abcès tardif sans continuité avec la plaie de l'amputation est pour M. Richet un fait rare, ou qui au moins n'a pas été encore signalé.

M. Gerdy pense que cet abcès de la fosse iliaque existait peut-être lorsque M. Richet a fait l'amputation. Il n'est pas rare, en effet, que des abcès de voisinage se forment à une certaine distance du foyer inflammatoire principal sans communiquer primitivement avec lui. Il lui est arrivé, en amputant la cuisse pour une tumeur blanche du genou, de tomber sur un foyer purulent siégeant entre le fémur et le périoste. Ce dernier s'était ossifié, et formait autour de la collection purulente une coque cylindrique dure.

M. Richet admet très bien une inflammation de voisinage; mais cette cause ne saurait être invoquée dans le cas actuel; lors de l'opération, l'os iliaque, la cavité cotyloïde étaient tout à fait sains; la propagation de l'inflammation par la gaîne du psoas ne peut pas davantage être invoquée. L'accident dont il parle est donc tout spécial.

M. Morel-Lavallée cite comme exemple de ces abcès secondaires distants du foyer inflammatoire principal le cas d'un malade auquel il avait amputé la cuisse, et qui mourut avec un abcès développé dans la fosse iliaque du côté opposé.

M. Gerdy expose en quelques mots ses opinions sur les abcès de voisinage et sur les abcès dits métastasiques; il croit qu'on a beaucoup exagéré, dans ces cas, le rôle de la phlébite.

M. Lenoir se demande si l'abcès de la fosse iliaque décrit par M. Richet était véritablement sous-périostique. Il croit plutôt, d'après les symptômes, reconnaître un abcès plus superficiel et situé dans la gaîne du psoas. Les abcès de ce genre sont communs dans les amputations, et en particulier à la jambe; c'est ce qui l'a engagé à recommander la compression du moignon au moyen d'une bande roulée convenablement serrée. Si l'os iliaque avait été réellement dénudé, comment les parois du foyer se seraient-elles recollées sans issue de séquestre?

M. Richet avait eu l'idée d'abord d'une collection formée par suite de cette propagation; mais cependant la tumeur s'est élevée progressivement de la fosse iliaque vers la paroi abdominale. Le moignon était resté sans inflammation; et enfin, raison péremptoire, le doigt, porté directement dans le foyer, avait senti l'os à nu. Il ne peut donc rester aucun doute sur l'interprétation qu'il donne. Quant à l'absence de nécrose après la dénudation de l'os, elle est parfaitement établie. Dans un cas où le périoste de la diaphyse du fémur était complétement décollé par une collection purulente, la guérison n'en eut pas moins lieu sans nécrose aucune, dans un cas qu'il observa avec M. Nélaton.

M. Cloquet pense, comme M. Gerdy, qu'on a beaucoup trop exagéré le rôle de la phlébite dans la production des abcès qui succèdent aux grandes opérations; on doit admettre ici trois variétés bien distinctes :

1° Les abcès qui communiquent avec le foyer de l'amputation;

2° Les abcès, ou plutôt les fusées purulentes, qui sont dus surtout aux pansements vicieux ou à la mauvaise position donnée au moignons, ce sont ceux qui donnent tant de gravité aux amputations des orteils;

3° Les abcès de voisinage qui n'ont point de communication avec la plaie suppurante.

M. Larrey rappelle que son père attribuait déjà en partie à la méthode ovalaire les beaux résultats qu'il avait obtenus dans la désarticulation scapulo-humérale. Peut-être les succès de M. Heyfelder ont-ils été favorisés par l'emploi de cette méthode. Quant à une réunion très exacte et très rigoureuse des lèvres de la plaie, elle ne paraissait pas nécessaire ni avantageuse à son père, qui fondait sur plusieurs raison cette dernière opinion.

M. Marjolin saisit cette occasion pour dire que les divergences qui existent encore de nos jours sur les avantages ou les inconvénients de la réunion immédiate après les amputations lui paraissent dus surtout à la manière dont on procède à cette réunion. Il attribue les résultats très heureux qu'il a obtenus depuis quelques années (sur sept amputations de cuisse, il a sauvé cinq malades) à la pratique suivante, qui n'est pas neuve, mais qui mérite d'être rappelée. Il a soin, en appliquant les agglutinatifs, de laisser une voie ouverte à l'écoulement des liquides qui suintent de la plaie. Pour cela, il emploie une large bande de diachylon percée de nombreuses fenêtres dans le point qui correspond à la plaie. Cet appareil peut rester en place pendant huit à dix jours, suivant la plus ou moins grande abondance de la suppuration.

M. Chassaignac répond à ces dernières objections, en laissant de côté toutefois les questions relatives aux indications générales de la désarticulation coxo-fémorale, aux abcès de voisinage et aux abcès sous-périostiques; la discussion de ces derniers points l'entraînerait trop loin. Il a constaté lui-même que les observations de M. Heyfelder n'étaient pas suffisamment détaillées, surtout au point de vue des lésions anatomiques. L'auteur, qui se propose de publier prochainement un travail plus complet, comblera sans doute ces lacunes.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le vice-secrétaire, Ar. Verneuil.

Choléra à Londres.

Semaine du 18 au 25 novembre 1854.

Mortalité générale.	1,262
— due au choléra.	8
— due à la diarrhée.	21
— due à la dyssenterie.	3
— due à la scarlatine.	118
— due à la pneumonie.	121

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne, 74,4 centim.; hauteur thermométrique moyenne, + 2°,5 centigr. Vents N.-E. et S.-O.; électricité positive; tension variable.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Dussault, chirurgien auxiliaire de 3e classe, vient d'être nommé chirurgien entretenu de 3e classe, exceptionnellement, en récompense de sa belle conduite pendant qu'il était détaché de la *Ville-de-Paris* dans les batteries de la marine à terre au siége de Sébastopol.

— MM. Guérin, chirurgien de 2e classe de l'*Eurydice*, et La Garde, chirurgien de 2e classe de l'*Obligado*, ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur.

— M. Lacaze du Thiers, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, ancien préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Paris, vient d'être nommé professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Lille. (Faculté nouvelle.)

— M. Filhol, docteur en médecine, docteur ès sciences physiques, chargé du cours de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse, est nommé professeur de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Boisgiraud, admis à la retraite.

—Le concours pour l'agrégation, à la Faculté de médecine de Montpellier, a commencé le 20 novembre. Tous les candidats inscrits ont répondu à l'appel de leurs noms. MM. les docteurs Cavalier, Farrat, Girbal et Rouzier-Joly ayant déclaré concourir pour la section de médecine, le jury de cette section s'est immédiatement constitué et a élu M. Fuster pour son président.

Le sujet de la composition écrite était la question suivante : *Du cœur au point de vue anatomique, physiologique et clinique.* MM. Rouzier-Joly et Girbal ont eu à traiter pour la leçon, après trois heures de préparation, *de l'hémoptisie;* MM. Farrat et Cavalier, *de l'apoplexie.*

Le Sousa.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 144. — JEUDI 7 DÉCEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 144. — JEUDI 7 DECEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 DÉCEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

Jusqu'à présent la discussion du cancer n'avait appelé à la tribune que des chirurgiens; dans la séance d'aujourd'hui nous avons entendu un médecin, un des plus éloquents professeurs de la Faculté, M. Bouillaud. Tout le monde attendait avec impatience le discours du brillant orateur; aussi est-ce au milieu des conversations particulières et du mouvement inséparable d'un événement important qu'ont été lus plusieurs rapports de M. O. Henry sur les eaux minérales.

Nous avons dit un événement, et nous maintenons cette expression. C'est en effet bien rarement que M. Bouillaud prend une part active aux discussions académiques; il s'en est excusé, il est vrai, mais cela ne suffit pas, et nous aimons à croire que son brillant et légitime succès l'engagera à se tenir moins à l'écart, et qu'il ne ressemblera pas à ces pécheurs endurcis qu'il a si bien décrits dans son discours.

Ce n'est pas d'ailleurs à M. Bouillaud seulement que nous faisons ce reproche, il s'adresse encore à M. J. Cloquet, à qui il a fallu toute l'importance de la discussion pour lui faire rompre un trop long silence.

Le discours de M. Bouillaud a été divisé en deux parties parfaitement distinctes. Dans la première, toute de philosophie médicale, il a exposé nettement les doctrines de l'école de Paris; dans la seconde, il est entré largement dans le sujet de la discussion : il a traité du cancer.

La loi de Bichat, invoquée par M. Robert dans la séance du 24 octobre, et qui avait été attaquée par quelques orateurs, a été le point d'où est parti M. Bouillaud.

Le diagnostic, a-t-il dit, consiste à rechercher quel est l'organe qui est malade, et comment il est malade. Tel est certainement le but des efforts de l'école de Paris. Comment peut-on rechercher l'organe malade? C'est évidemment par l'inspection sur le cadavre des lésions anatomiques. Par quel moyen savoir comment cet organe est malade? C'est la physiologie qui doit l'apprendre. Le premier est le diagnostic anatomique, le second est le diagnostic physiologique ou vitaliste. Tout diagnostic est insuffisant quand il ne prend pas ces deux bases pour point de départ, et tout médecin qui s'écarterait de cette règle frapperait aussi souvent le malade que la maladie, il ressemblerait à des gens qui se battraient avec un bandeau sur les yeux; ils courraient le risque de se frapper entre eux aussi souvent qu'ils frapperaient leurs adversaires.

Non, certes, il ne peut pas en être autrement, et cette vérité est démontrée par l'évidence des faits et par l'autorité des grands noms cités par M. Bouillaud : Morgagni, Haller, Corvisart, Pinel, Bichat, Laënnec, Broussais, Dupuytren, Richerand, etc., qui peuvent être considérés comme les chefs de l'école de Paris, de l'école anatomo-physiologique. C'est en partant de ces doctrines que l'orateur aborde la question du diagnostic des affections cancéreuses.

Ce diagnostic est, comme on le sait, extrêmement difficile; aussi, quand des anatomistes infatigables sont venus montrer un élément caractéristique des affections cancéreuses, la cellule, leur idée a-t-elle été acceptée pour ainsi dire avec enthousiasme; mais quelques praticiens plus sévères se sont demandé si cette cellule était constante, si elle ne se trouvait que là où l'on constatait le cancer, et ils ont invoqué des faits en faveur de leur doctrine. Tel est actuellement l'état de la question, comme l'a très bien dit M. Bouillaud dans son brillant et lucide résumé des opinions qui sont venues s'entrechoquer à la tribune.

M. Bouillaud a encore abordé la question de la curabilité du cancer. Après avoir remercié M. Velpeau et M. Amussat de n'avoir pas désespéré des malheureuses victimes de l'infection cancéreuse, il a établi cette distinction très importante entre la diathèse cancéreuse et le cancer accidentel. Rien, a-t-il dit, n'est aussi difficile à guérir qu'une diathèse. Cependant, comme on le voit, il ne désespère pas toujours; mais, quant au cancer développé accidentellement, il le considère comme parfaitement curable.

Reste à savoir si le cancer se développe en dehors d'une prédisposition diathésique. C'est un point que nous aurions désiré entendre discuter; car, comme on le voit, l'origine de la maladie doit entrer largement en ligne de compte dans le pronostic qui devra être porté. — Dr A. Jamain.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Tubercules du cervelet.

Observations recueillies par M. NICAS.

Rien n'est obscur en médecine comme le diagnostic des tubercules du cervelet. Au début de ces productions accidentelles et dans le cours de leur développement, leurs symptômes sont vagues et indéterminés, et se retrouvent dans la plupart des tumeurs chroniques de l'encéphale. C'est surtout l'âge des malades qui permet d'établir la cause probable et la nature des symptômes observés chez eux. En effet, l'enfance, et principalement la période comprise entre trois et seize ans, paraît être celle qui prédispose le plus au développement des tubercules encéphaliques. On ne les observe jamais chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Dans la seconde enfance, les troubles nerveux apyrétiques de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité simulant beaucoup ceux de la *période germinative* de la méningite granuleuse, sont l'indice ordinaire de la présence d'un tubercule cérébral. On en trouvera la preuve dans une des observations ci-jointes. Ailleurs nul symptôme ne révèle l'existence des tubercules cérébraux, et les enfants meurent, soit par une affection aiguë étrangère au cerveau, soit au milieu d'une convulsion, comme cela est arrivé à l'enfant qui fait le sujet de l'observation deuxième.

Le 15 mars 1854, entre au n° 15 de la salle Sainte-Marguerite Joséphine Froment, âgée de dix ans. Son père est mort de phthisie pulmonaire; sa mère est forte et bien portante. Cette enfant, vaccinée, n'a jamais été malade. Elle n'a de convulsions que depuis six mois. Elle est blonde, et offre de longs cils sur des yeux bleus. Sa peau est fine, ses doigts ne sont pas déformés.

Depuis six mois l'enfant souffre de la tête, du ventre et de la poitrine. Ces maux de tête sont très violents, par accès intermittents, avec perte de l'intelligence, laquelle est intacte après l'accès. L'enfant entre trois fois à l'hôpital des Enfants malades, et en sort après quelque temps sans grande amélioration. Depuis six semaines, amaurose complète; pupilles dilatées, immobiles. L'enfant ne distingue point la lumière des ténèbres.

La figure est vultueuse, et reste telle durant toute la maladie de cette enfant. A son entrée, le pouls est dur, à 96, irrégulier. La respiration est tranquille. Râles sous-crépitants dans la poitrine. Le ventre est un peu tendu et douloureux. Constipation avec diarrhée. Quelques vomissements bilieux. Les jambes sont faibles, douloureuses, et la malade ne peut marcher. Rien dans les bras.

Le jour d'entrée, accès de céphalalgie violente avec délire, sans convulsions. — Houblon; vin antiscorbutique.

Jusqu'au 22 mars cet état reste le même. L'enfant souffre beaucoup de la tête et des reins. Nulle attaque ne se complique de convulsions. La malade se lève un peu. — Pédiluves sinapisés; cyanure de potassium, 3 grammes; eau distillée, 250 grammes, pour usage externe en compresses sur le front.

Le 22, l'enfant se plaint pour la première fois de douleurs dans le bras droit, qu'elle remue, du reste, et dont les mouvements n'augmentent pas les douleurs. L'intelligence reste toujours libre. — Vésicatoire à la nuque.

Le 24, intermittences dans le pouls, qui est plus ou moins fréquent. Les douleurs, plus ou moins vives et plus ou moins étendues, ne suivent pas ces irrégularités du pouls. Parfois le pouls est à peine sensible. Vomissements bilieux. Constipation, et le plus souvent diarrhée. L'enfant mange bien, du reste, et conserve de l'appétit.

En avril, tous ces phénomènes se manifestent d'une manière variée. Tantôt les douleurs de bras sont les plus fortes, tantôt celles de la tête sans convulsions ni délire, tantôt les douleurs rachidiennes. Des douleurs thoraciques extrêmes gênent le décubitus. — Cautère à la nuque.

Aussi, pour la première fois le 23 avril, les douleurs cérébrales très vives s'accompagnent d'un étourdissement presque syncopal.

Pas d'opisthotonos; pas de convulsions tétaniques ni cloniques. L'enfant, toujours aveugle, conserve la mémoire et l'intelligence. Constipation et diarrhée. Quelquefois seulement les selles furent involontaires. — Ipécacuanha diacodé.

En mai, rien de spécial jusqu'au 11.

Le 11, la céphalalgie s'accompagne de convulsions dans les muscles de la face, d'étourdissements, de douleur épigastrique oppressive avec anxiété. Après quatre heures cet accès se calme. La figure est tou-

FEUILLETON.

NÉCESSITÉ D'UNE RÉFORME

dans la classification des médicaments.

Par M. A. MIERGUES, D.-M. à Anduze (Gard).

Si on compulse les traités de matière médicale depuis Dioscoride jusqu'à nos jours, on rencontre partout une quantité considérable de propriétés contradictoires dans le mode d'action d'un bon nombre de médicaments. Les auteurs qui ont écrit sur cette matière, s'étant successivement copiés, ont omis d'apposer aux médicaments le caractère particulier qu'affectait la maladie qui avait été victorieusement combattue par leur emploi. Leur classification était vicieuse en ce qu'ils ont séparé l'histoire des médicaments de la séméiologie pathologique. La chimie nous a prouvé que les médicaments simples des auteurs anciens étaient de véritables formules préparées par la nature et qu'elles renfermaient selon les règles de l'art le principe actif, l'excipient, l'adjuvant et le correctif; aussi ne doit-on pas admettre ce qu'ils appelaient les espèces béchiques, où l'on voit figurer les émollients à côté des stimulants.

La séméiologie a si peu de rapport avec la matière médicale qu'elle jette dans un grand embarras le débutant en médecine. Supposons qu'il ait à soigner dès son début plusieurs pleurétiques :

Premier malade. — Tempérament sanguin, décubitus sur le côté, face rouge, enluminée; dyspnée considérable, délire; langue rouge, pointue, sèche; ligne médiane rouge et lisse; expectoration rare et striée de sang vif, agitation continuelle, pouls plein et résistant, point pleurétique douloureux, etc. — Dans ce cas Broussais doit triompher et Rasori échouer.

Deuxième malade. — Tempérament bilieux, décubitus sur le côté, teint rouge brun, yeux injectés tirant sur l'orangé vers l'angle interne, langue convexe à ligne médiane rouge, sédiment jaune et épais de chaque côté, point pleurétique très douloureux, dyspnée extrême, délire; crachats rares, rouillés, jaunâtres; pouls fréquent, etc. — Ici, au contraire, Broussais échoue, Rasori triomphe. Dès les premières doses de potion stibiée la douleur disparaît, l'expectoration n'est plus sanguinolente, la respiration devient libre, etc.

Troisième malade. — Tempérament sec, décubitus sur le dos; teint pâle, terreux; traits étirés, délire, malgré lequel le front est plutôt frais que chaud; nez pointu, ailes du nez pâles et mobiles, dyspnée extrême, expectoration rouillée, pouls lâche, lèvres amincies et tremblantes, regard terne; paupières pendantes cachant la moitié de la pupille; inspiration précipitée et plus courte que l'expiration, point pleurétique; langue concave, sèche, encroûtée d'un sédiment noirâtre et rouge sur les bords, etc. — Ici Rasori et Broussais doivent échouer; mais le vénérable Récamier, reconnaissant un état asthénique général, aurait triomphé en employant les révulsifs les plus énergiques sur la poitrine. Il n'eût pas craint d'unir le sublimé à l'épispastique camphré, et employé les toniques et les stimulants *intus et extus*, tels que camphre, musc, castoréum, etc., ne soutenant la vitalité que par des toniques jusqu'à ce que, l'élimination de l'élément morbide étant effectuée, il pût prescrire une alimentation convenable.

Ce ne sera donc qu'en tombant de déception en déception que l'étudiant au début de sa carrière saura avec le temps et l'expérience ce qu'il n'aurait jamais appris dans les livres, et l'observation lui apprendra aussi que quelques médicaments des mieux étudiés paraissent jouir de propriétés opposées selon le dosage auquel on les administre, et que là où finit la propriété allopathique commence la propriété homœopathique : c'est là aussi le dosage auquel les homœopathes devraient s'arrêter.

La propriété de chaque médicament est tellement inhérente au caractère qu'affecte chaque maladie qu'on ne peut l'en séparer. Essayons, par exemple, de diviser les médicaments en deux groupes, savoir : les sthénisants et les asthénisants. Le médecin, s'assurant alors par un examen scrupuleux de tous les symptômes et surtout du pouls si la maladie offre le caractère de sthénie ou d'asthénie, choisira sans hésiter parmi les médicaments appropriés au cas présent, car il n'est pas vrai de dire : Le nitre fait uriner, la digitale fait uriner, la scille fait uriner, etc.

Le premier médicament à faible dose réitérée agira convenablement dans les cas de sthénie extrême de l'appareil urinaire, lorsque le pouls est dur, lent, que la peau est chaude, sèche, aride, etc.; il produira une détente par sa propriété asthénisante et rétablira les fonctions de

jours congestionnée ; mais le 20 mai, sans prodromes qui pussent indiquer une attaque, l'enfant est prise, à minuit, de perte de connaissance. J'étouffe, dit-elle, et elle tombe par terre de son lit. Replacée dans son lit, l'enfant dit à peine quelques mots, ne répond plus, et ce coma s'accompagne de contractions toniques du bras droit. L'enfant meurt à cinq heures du matin.

Autopsie. — Le cerveau est distendu, gonflé, lisse, sans congestion des méninges, ni suppuration, ni granulations plastiques ou tuberculeuses de la pie-mère. Le plancher du troisième ventricule est distendu par une grande quantité de sérosité qui s'écoule en jet quand on pique cette paroi amincie.

Le lobe droit du cervelet est ramolli, presque déliquescent sur ses bords; il est plus volumineux que le gauche. Il renferme une tumeur sphérique de 3 centimètres de diamètre, jaunâtre, dure, fibroïde, entourée d'un cercle de substance grise, et placée au-dessus du centre de la substance blanche, qui est ramollie. Cette tumeur est formée de matière tuberculeuse. La substance qui l'entoure est amorphe, et renferme les corpuscules nerveux de la substance grise cérébrale. Le lobe gauche est sain.

Les commissures blanches du cerveau sont ramollies. Les ventricules latéraux sont très dilatés, sans que leur paroi interne présente aucune trace d'inflammation. La substance blanche des hémisphères est crémeuse, sans piqueté inflammatoire.

Les nerfs optiques, les couches optiques et les tubercules quadrijumeaux sont sains.

La moelle n'a pas été examinée.

Les poumons sont tuberculeux, sans cavernes. Ils renferment de gros tubercules jaunâtres, crus, formés de matière tuberculeuse, et des granulations grises demi-transparentes, et grises jaunâtres formées de matière fibro-plastique.

Les ganglions bronchiques sont tuméfiés et tuberculeux.

Adhérence du poumon droit à la paroi par des membranes pleurétiques. Pleurésie granulée, sans hydropisie. Granulations fibro-plastiques.

Congestion des veines et des viscères de l'abdomen. Ces viscères renferment quelques granulations d'apparence tuberculeuse, et qui sont de la matière fibro-plastique.

Le péritoine renferme de la sérosité citrine. Il est épais, congestionné par inflammation, tapissé de granulations grises demi-transparentes, fibro-plastiques, et de granulations jaunâtres plus grosses, tuberculeuses.

La muqueuse intestinale est saine.

L'examen au microscope, que nous avons fait avec M. Robin, fournit les résultats suivants :

1° *Tumeur du cervelet.* — Tubercules bien caractérisés; corpuscules propres abondants, comparativement à la matière amorphe. La partie grisâtre, demi-transparente, molle, qui sépare la tumeur du cervelet, se compose de matière amorphe semblable à celle de la substance grise normale, mais plus molle et plus transparente. On y trouve les éléments propres à la substance grise, savoir : quelques tubes nerveux, des myélocites plus abondants que dans la substance saine.

2° *Poumon et ganglions bronchiques.* — On trouve des tubercules ayant proportion considérable de sels calcaires, mais n'offrant rien de particulier, si ce n'est que la substance compacte, grise, entourant le tubercule, se compose de matière amorphe, avec granulations grisâtres, moins foncées que celles du tubercule, dont elle est parsemée dans toute son étendue.

3° Les granulations grises du poumon, celles du rein, celles du foie, celles du mésentère et des intestins offrent toutes la même composition anatomique; c'est la structure des granulations *grises* pulmonaires. La structure qui va être indiquée montre que ces granulations sont des produits morbides parfaitement organisés, mais ayant une organisation qui leur est propre; aussi ne faudrait-il pas les considérer comme un blastème qui préparerait l'arrivée du tubercule. Ces produits ont leur marche distincte, et bien qu'ils soient compliqués de tubercules, ils peuvent être ou ne pas être liés ensemble. C'est ainsi que ces granulations, qui coexistent fréquemment dans le poumon, le cœur, le foie, la rate ou les séreuses, ne se voient pas dans les ganglions lymphatiques, et elles manquaient dans ceux des bronches dont nous avons parlé plus haut, bien qu'ils renfermassent des tubercules.

Ces granulations sont ainsi composées : substance amorphe grisâtre, finement granuleuse, qui en compose la gangue, abondante d'une granulation à l'autre. On y trouve en outre des éléments fibro-plastiques, plus abondants dans ces granulations que dans les cas ordinaires. Ce sont ou des noyaux libres, ou des éléments fusiformes bien caractérisés, d'une grande longueur. Il s'y trouve aussi quelques cellules fibro-plastiques proprement dites. On y trouve encore des cytoblastions assez nombreux, et ces deux éléments réunis forment les deux tiers de la masse, tandis qu'ordinairement c'est la matière amorphe qui à elle seule forme cette proportion, et les éléments fibro-plastiques, ou cytoblastions, l'autre tiers.

Il est à noter que dans l'intestin, au-dessous des granulations grises, on tombe sur la tunique musculeuse de l'intestin.

Dans le mésentère et sur la séreuse intestinale, on trouve des amas de granulations assez dures, grosses comme un haricot, d'un ensemble gris blanchâtre, demi-transparent, dont la coupe ressemble à des granulations grises grosses comme une tête d'épingle, juxtaposées et séparées par des cloisons molles, celluleuses. Chacun de ces corps n'est pas une granulation volumineuse, mais un amas de granulations grises formées des mêmes éléments fibro-plastiques, comme celles qui viennent d'être décrites.

Dans cette observation, le diagnostic, quoique difficile, a pu être porté avec certitude.

La céphalée, l'amaurose, les vomissements répétés, le délire intermittent sans convulsions, la névralgie passagère du bras droit, les intermittences du pouls, les fausses syncopes chez une enfant dont la mémoire et l'intelligence étaient nettes, dont la digestion et la nutrition étaient d'ailleurs régulières, dont les mouvements musculaires étaient conservés ; tous ces phénomènes annonçaient une affection chronique du cerveau. L'âge de l'enfant et la viciation héréditaire des forces par la tuberculisation du père nous disaient assez la nature de cette affection. On ne se pouvait guère tromper en annonçant un tubercule du cerveau. La nécropsie a justifié le diagnostic.

Dans la seconde observation, le diagnostic n'a pu être formulé à temps. L'enfant vint à l'hôpital avec de la diarrhée. Huit jours de diète et de repos guérirent le flux intestinal, et il survint alors de la fièvre et quelques phénomènes de bronchite. Un vomitif détermine des convulsions suivies de mort. Que trouve-t-on à la nécropsie? Un tubercule du cerveau.

Une enfant de cinq ans entra le 16 mars 1854 à l'hôpital Sainte-Eugénie, au n° 1 de la salle Sainte-Marguerite, pour une entérite légère, qui est guérie après une semaine de repos et de traitement approprié.

Cette petite fille, brune, sur laquelle on n'a pas de renseignements, est taciturne, somnolente, pleureuse; elle ne présente aucun indice de tubercules. Les selles sont régulières; un seul vomissement.

Le 1er avril, légère fièvre, avec un peu de bronchite. — M. Bouchut donne 30 grammes de sirop d'ipécacuanha.

Le 4, dès le premier effort de vomissement l'enfant est prise d'un accès convulsif intense, qui se passe en une demi-heure. Mais bientôt arrive un nouvel accès de convulsions cloniques générales. Cette attaque éclamptique s'accompagne de coma, avec sécrétion salivaire et bronchique abondante. Le ventre se ballonne, la respiration s'accélère. Les convulsions cessent par le chloroforme, mais l'enfant reste dans le carus, et meurt dans la journée, asphyxiée par les mucosités abondantes qui obstruent les bronches, et par le trouble nerveux extrême de la respiration.

Autopsie. — L'encéphale est congestionné. Les méninges ne sont pas adhérentes à la substance grise, et offrent une plaque d'infiltration purulente sur l'extrémité antérieure du vermis supérieur, et il existe un tubercule gros comme une noisette, développé dans les méninges, sur le bord cérébelleux du lobe postérieur droit. Les commissures blanches sont entièrement ramollies. Les lobes cérébraux offrent un piqueté considérable. Il n'y a pas d'épanchement ventriculaire, et toutes les autres parties du cerveau sont saines.

Tuberculisation miliaire des poumons.

Tuberculisation des ganglions bronchiques. Quelques ganglions sont jaunâtres, franchement tuberculeux. D'autres sont jaunâtres et brunâtres, tuberculeux et enflammés.

Le cœur et les viscères abdominaux n'offrent nulle altération.

Le tube digestif n'offre d'altération que dans le gros intestin, dont la muqueuse est d'un rouge vineux prononcé. Cette rougeur est d'autant plus intense qu'on est plus près du rectum, de telle sorte qu'elle est peu marquée dans le cœcum.

Dans ce cas, nul symptôme antérieur ne fit prévoir l'existence de ce tubercule du cervelet qui, à l'occasion d'un vomitif, devait occasionner des convulsions mortelles. L'enfant avait toutes les apparences de la santé, et cependant la diathèse tuberculeuse était chez elle développée à un très haut degré. Nul trouble intellectuel, affectif ou musculaire n'exista avant l'apparition des convulsions finales. C'est là un de ces faits rares qu'il est bon de connaître afin de résister à l'entraînement de ces anatomo-pathologistes qui croient pouvoir toujours établir un rapport exact entre les lésions et les symptômes. Si cela est ordinairement vrai chez l'adulte, cela est absolument faux chez les enfants, où l'on voit l'énergie des forces vitales se traduire par des manifestations dynamiques terribles en présence de lésions anatomiques insignifiantes, et, au contraire, des lésions profondes se développer dans l'ombre sans entrer en lutte avec la sensibilité générale des tissus affectés.

Ce fait n'est pas sans exemple, et il n'est pas de médecin ayant fait beaucoup de nécropsies qui n'ait trouvé dans le cerveau, surtout chez les enfants, des tubercules dont on n'avait pas soupçonné l'existence pendant la vie des malades.

OBLITÉRATION COMPLÈTE PAR ADHÉRENCE DES PAROIS DU VAGIN CHEZ UNE FEMME AGÉE.

Par le docteur L. SAUREL.

On connaît aujourd'hui un assez grand nombre d'exemples d'imperforation congénitale du vagin, ou d'occlusion de ce conduit par la membrane hymen ou par une membrane anomale. On trouve aussi dans les auteurs bon nombre d'observations dans lesquelles on a constaté l'absence plus ou moins complète du vagin; mais les faits relatifs à son oblitération complète et accidentelle sont beaucoup moins nombreux. Ce n'est pas que la science ne possède un certain nombre d'exemples de cette lésion ; mais il est facile de se convaincre que, dans le plus grand nombre des cas, l'oblitération du conduit vulvo-utérin a été le résultat d'une violente inflammation due à un accouchement laborieux et accompagnée de déchirures, de gangrène ou d'autres lésions graves de ces parties.

La maladie qui nous occupe était considérée par Boyer comme excessivement rare. Cet auteur ne paraît pas l'avoir observée par lui-même ; le seul fait qu'il rapporte est emprunté aux *Transactions philosophiques*. Les traités modernes d'accouchements en contiennent un petit nombre d'exemples, dont deux appartiennent à Lamotte (1).

M. Philippe Boyer, dans les notes qu'il a ajoutées à l'ouvrage de son père (2), cite trois observations qui appartiennent, la première au professeur Flamant (de Strasbourg), la seconde à Lombard (de Genève), et la troisième au docteur Bœhm. Le même chirurgien rapporte également une observation de Jefferson White, qu'il qualifie, on ne sait pourquoi, d'*occlusion incomplète*. On voit en effet par le récit de ce fait qu'une dissection très laborieuse, à une profondeur de cinq pouces, fut nécessaire pour arriver jusqu'au col de l'utérus, et qu'à l'instant où le bistouri ouvrit la cicatrice, il s'écoula une quantité considérable de sang menstruel dont l'accumulation avait occasionné d'atroces douleurs. Cette dernière circonstance, c'est-à-dire la rétention du sang menstruel, prouve, ce me semble, que l'oblitération du vagin était réellement complète; le terme d'*occlusion incomplète* ne serait juste qu'autant que l'on voudrait dire par là que la cavité du vagin n'était pas entièrement effacée depuis la vulve jusqu'au col utérin, mais telle n'est pas la signification qu'on lui donne d'habitude.

Pierre Frank rapporte l'observation d'une jeune femme chez laquelle il y avait oblitération du vagin par adhérence réciproque des parois de ce conduit (3). Dupuytren a parlé d'un fait à peu près semblable ; il raconte avoir observé une occlusion du vagin par adhérence de la muqueuse, sans qu'elle eût subi de perte de substance. Lisfranc a vu cet accident être la suite d'ulcérations syphilitiques, et Denman d'une longue suppuration. Enfin, il y a peu de temps que l'on a observé dans le service de M. Velpeau une fille de vingt-quatre ans qui présentait une oblitération complète

(1) *Traité complet d'accouchements*, obs. 338 et 340.
(2) *Traité des maladies chirurgicales*, 5e édit., t. V, p. 763.
(3) *Traité de médecine pratique*, t. II, p. 260.

---

ces organes, tandis que dans cette même circonstance les deux autres médicaments agiront en sens inverse et aggraveront l'état du malade.

Par ce mode de classification phyto-pathologique peut-être rétablirait-on à leur place les altérants, les substitutifs, etc. Il s'agirait pour cela d'étudier suffisamment la manière d'agir de chaque médicament relativement au caractère qu'affecte chaque maladie, surtout l'état du pouls de chaque malade. Par exemple, lorsqu'on exerce une légère pression, mais égale, avec les quatre doigts appliqués sur le trajet de l'artère radiale, on étudie quel est le degré de pression que doit exercer le doigt situé du côté cubital pour anéantir les pulsations sous les trois autres doigts : ce mode investigateur est d'une valeur bien plus grande que l'étude de la fréquence du pouls emphatiquement calculée avec une montre à secondes.

Les médicaments paraissent avoir deux actions distinctes au même dosage : l'une directe, l'autre réflexe, sympathique ou élective, n'importe le nom. La négligence de ce fait paraît être une des causes d'irrégularité dans les classifications. Par exemple, les stupéfiants ne devraient-ils pas être classés par leur action directe parmi les asthénisants du système nerveux, dont l'action réflexe ou sympathique varie selon l'espèce d'asthénisant nerveux employé ?

Dans la médication altérante, les alcalis et le mercure ne devraient-ils pas figurer parmi les asthénisants du système glandulaire, tandis que les iodiques, le platine, l'argent et l'or feraient partie du groupe des sthénisants du même système?

Pour mieux nous faire comprendre citons quelques exemples.

CAMPHRE. — *Action directe* : sthénisant vasculaire. — *Action sympathique* : agissant par sympathie ou propriété élective sur l'encéphale.

Son effet primitif produit du refroidissement à l'épigastre et par suite l'abaissement du pouls. Ne pourrait-on pas expliquer ce phénomène par l'abaissement de température que produisent les particules volatiles du camphre en s'évaporant; car la chaleur et l'accélération de la circulation, qui est son effet secondaire, expliquent parfaitement sa propriété sudorifique, résolutive et antiseptique ? Quant à sa propriété narcotique, elle pourrait bien être un effet congestif plutôt qu'antispasmodique.

Dose : de 10 à 75 centigr. par prises graduées selon les effets.

ACONIT. — *Action directe* : asthénisant du système vasculaire. — *Action sympathique* : la peau.

Ce médicament agit en relâchant les cryptes cutanés contractés par l'état fébrile ; aussi produit-il les meilleurs effets dans les éruptions, lorsque la peau est sèche et brûlante, que le pouls est vif, etc.; dans les rhumatismes avec fièvre, lorsque le siége de la douleur est chaud, etc.; dans la dyssenterie inflammatoire avec chaleur et sécheresse de la peau, surtout quand les selles sont très aqueuses et que l'exhalation cutanée est supprimée, ce qui est cause qu'elle a lieu de l'extérieur à l'intérieur. On l'emploie aussi pour diminuer la fièvre hectique, dans les cas de phthisie, lorsque la peau est aride, brûlante, etc.

Dose : extrait alcoolique, 3 centigrammes par jour. (Augmenter selon le besoin).

DIGITALE. — *Action directe* : sthénisant des voies urinaires. — *Action sympathique* : le cœur.

Ce médicament paraît augmenter la vitalité fonctionnelle des organes sécréteurs de l'urine aux dépens de celle du cœur, qui est le point d'action sympathique de ce médicament ; il pourrait bien agir sur cet organe en exerçant une constriction permanente sur sa fibre musculaire, laquelle, ne cédant que difficilement à l'impulsion du sang, en ralentirait le mouvement; car ce médicament est contre-indiqué toutes les fois qu'il y a chaleur à la peau, œdème chaud, rénitent, non empâté, pouls dur, langue pointue, etc. Il faut pour obtenir de la digitale un plein succès que tous les symptômes dénotent l'asthénie; elle convient quand le tissu du cœur est lâche, lorsque l'œdème est froid, non douloureux, empâté, le pouls lâche, etc. Si ce médicament a réussi dans les cas de fièvres périodiques, c'est en produisant un effet perturbateur, car, quel que soit le moyen qu'on emploie pour déranger la périodicité, la maladie avorte.

Dose: de 1 centigramme à 100, graduellement.

du vagin survenue à la suite d'un accouchement, et qui a été la terminaison heureuse d'une large fistule vésico-vaginale dont était atteinte cette fille; le cathétérisme a fait voir que le bas-fond de la vessie était largement perforé (1). La nature a fait dans cette circonstance ce que M. Vidal (de Cassis) a proposé de faire pour remédier aux fistules vésico-vaginales. Cette observation, disons-le en passant, suffit pour démontrer que, dans certains cas spéciaux, la méthode de M. Vidal peut devenir avantageuse.

L'observation que je vais transcrire diffère de la plupart de celles qui ont été publiées en ce que l'oblitération du vagin n'a été causée par aucune de ces graves lésions, telles que déchirures, gangrène ou cautérisation profonde, que l'on a presque toujours constatées. Ce fait n'est sans doute pas unique, puisque Frank et Dupuytren en ont observé de semblables; mais, les pathologistes modernes persistant à professer que les membranes muqueuses ne peuvent contracter des adhérences à moins d'avoir éprouvé une perte de substance, il m'a semblé que mon observation devait présenter quelque intérêt.

Le 10 janvier 1853, je reçus dans mon cabinet une femme âgée de soixante et un ans, mère de sept enfants, d'une santé habituelle médiocre, laquelle se plaignait d'éprouver depuis quelques jours des ardeurs en urinant et une certaine douleur à caractère gravitatif vers la région hypogastrique. Ses urines étaient, me disait-elle, fortement colorées en rouge par du sang, et laissaient déposer une matière ressemblant à des glaires. La malade n'avait point de fièvre; son état général paraissait assez satisfaisant, malgré que sa constitution fût appauvrie et que son teint fût légèrement jaunâtre.

Avant de pousser plus loin mon interrogatoire et pour m'éclairer de *visu* sur la nature de la maladie, je procédai à l'examen des organes génitaux, ainsi que je le fais toutes les fois que cela m'est permis dans les maladies des voies génito-urinaires. Le linge de la malade était assez fortement taché de sang. En écartant les grandes et les petites lèvres, qui étaient saines, je reconnus que le méat urinaire était tuméfié et d'un rouge foncé, ce qui donnait en quelque sorte à cet organe l'aspect d'une cerise mûre; le toucher n'y développait point de douleur, et en comprimant l'urètre de bas en haut et d'arrière en avant on n'en faisait point sortir de matière blennorrhagique.

L'orifice du vagin paraissait d'abord simplement rétréci. Voulant m'assurer de l'état du col utérin, j'essayai d'introduire le doigt indicateur; mais je ne pus pénétrer au delà de l'anneau vulvaire, mon doigt rencontrant un véritable cul-de-sac. Étonné au delà de toute expression, je voulus introduire un spéculum conique, mais il ne put pénétrer que de quelques lignes; au moyen de cet instrument, je pus voir que le vagin était complétement obturé. Les parois vaginales antérieure et postérieure adhéraient ensemble, non pas d'une manière régulière, mais en formant des plis, comme si au moyen d'un lien circulaire on eût intercepté ce conduit. Afin de mieux m'assurer qu'il ne s'agissait pas d'un simple rétrécissement du vagin, et qu'il n'existait pas une ouverture cachée dans un des replis du cul-de-sac que j'avais sous les yeux, j'essayai pendant longtemps et sans succès d'introduire une sonde de femme, puis une sonde d'argent d'un plus petit calibre; l'oblitération était complète. Durant cet examen, que je prolongeai assez longtemps pour être sûr que je ne me trompais pas, la femme n'éprouva aucune douleur; la muqueuse vaginale était pâle et lisse; je remarquai qu'à la fourchette et à la partie postérieure de l'anneau vulvaire il existait une cicatrice blanchâtre et résistante. En essayant une dernière fois de faire pénétrer mon doigt dans le cul-de-sac que formait le vagin, il me sembla que je pouvais déchirer des adhérences celluleuses, et en même temps le doigt explorateur fut légèrement taché de sang. La malade ayant à ce moment éprouvé une certaine douleur, je ne poussai pas plus loin cette exploration; mais, en l'interrogeant avec soin, j'obtins les renseignements qui suivent:

Cette femme a eu sept enfants, dont le plus jeune a actuellement dix-neuf ans. Son mari a été fréquemment atteint de maladies vénériennes. Il y a vingt-sept ans environ qu'il lui communiqua une maladie qui fut longue et pénible; elle ne peut dire au juste en quoi elle consistait, mais elle se souvient qu'elle avait une perte abondante qui lui a duré pendant six ans. Elle fut traitée dans cette maladie par le professeur Delpech, qui lui fit prendre des pilules et qui la visitait souvent. Depuis lors elle a eu trois enfants sans éprouver plus de difficultés que dans ses précédentes couches.

A quarante-neuf ans, cette femme cessa d'être réglée. Il y a sept ans que son mari fut atteint pour la quatrième fois de maladie vénérienne; elle ignore quels furent les accidents qu'il éprouva; elle ne croit pas que cette fois il lui ait rien communiqué.

Cependant il y a six ans, c'est-à-dire un an après la dernière maladie de son mari, que l'acte du coït commença à devenir douloureux; elle s'opposait autant qu'elle le pouvait à l'introduction de la verge, qui finit par devenir impossible; elle assure que depuis plusieurs années son mari, dont l'ardeur n'a pas été calmée par l'âge, ne pénètre pas au delà de l'orifice vaginal.

Cette malade a eu souvent des *pertes blanches;* il y a un an à peine qu'elle en eut une très abondante, qui n'a guère cessé que depuis six mois et qui pendant plusieurs semaines a été suivie d'une perte rouge. Depuis trois mois elle n'a plus eu d'écoulement vaginal d'aucune espèce.

En rapprochant le récit qu'on vient de lire des circonstances que nous a fait connaître l'examen des organes sexuels, on peut, ce me semble, arriver à une détermination, sinon précise, du moins probable, des causes auxquelles est due l'oblitération et de l'époque à laquelle elle remonte.

L'oblitération elle-même ne saurait être douteuse, car l'examen prolongé auquel nous nous sommes livré ne nous a fait découvrir aucune trace de la lumière du vagin; ce canal était interrompu au-dessus de l'anneau vulvaire exactement comme si, après une section transversale complète opérée par un instrument tranchant, il s'était établi une cicatrisation des parties coupées.

Cette lésion ne saurait être considérée comme récente; l'oblitération du vagin a été en effet précédée d'un rétrécissement qui datait de loin, et qui a fait des progrès continuels jusqu'au moment où les parois vaginales, se trouvant dans des circonstances favorables, ont pu contracter des adhérences celluleuses. L'époque à laquelle on doit rapporter ce dernier phénomène n'est certainement pas éloignée; elle ne remonte pas à plus de trois mois, puisque la malade nous a appris qu'à cette date elle avait encore une perte sanguine.

Il est moins facile de déterminer la cause du rétrécissement d'abord et ensuite de l'oblitération du vagin; cependant, si nous procédons par exclusion, nous verrons qu'on ne peut les attribuer qu'à une inflammation chronique, mais superficielle, de la muqueuse vaginale. La malade, il est vrai, a eu plusieurs couches, mais elles ont toutes été naturelles, et l'on n'a observé chez elle ni déchirures étendues, ni gangrène, ni fistules. La fourchette présente les traces d'un chancre qui a dû être large et profond, mais la cicatrice qui témoigne de son existence ne remonte pas jusqu'au point où existe l'oblitération; d'ailleurs, selon toutes les probabilités, il y a vingt-sept ans que ce chancre a existé, au lieu que ce n'est que depuis six ans que le vagin a commencé à se rétrécir. Les nombreux écoulements leucorrhéiques ou blennorrhagiques dont cette femme a été atteinte nous semblent suffisants pour expliquer le rétrécissement ainsi que l'oblitération du vagin. Ce conduit, qui était considérablement rétréci, étant devenu momentanément le siége d'une inflammation un peu plus vive, ses parois ont adhéré entre elles de la même manière que les séreuses enflammées adhèrent lorsque leurs feuillets sont mis en contact.

Cette manière de voir est justifiée par ce qui s'est passé lorsque j'ai voulu introduire mon doigt dans le vagin avec une certaine force; j'ai senti que je déchirais des adhérences celluleuses, et je suis persuadé qu'il m'aurait été possible et même facile de les rompre complétement. Je me suis dispensé de le faire, et cela pour plusieurs motifs: d'abord cette opération aurait été au moins inutile, cette femme étant vieille et n'éprouvant de son infirmité aucune espèce de souffrance ni de dérangement; en second lieu, le calibre du vagin une fois rétabli, des pansements longtemps et souvent répétés auraient été nécessaires pour empêcher le retour de l'oblitération; enfin, un autre traitement non moins long et non moins pénible aurait été indispensable pour combattre le rétrécissement.

Ces manœuvres, dont on comprendrait l'utilité chez une femme jeune et réglée, auraient été absolument sans objet chez ma vieille malade.

La maladie pour laquelle cette femme est venue me consulter m'a paru absolument étrangère au rétrécissement et à l'oblitération du vagin.

Des bains de siége souvent répétés, des lavements émollients, des boissons mucilagineuses et un régime doux, tels sont les moyens que j'ai mis en usage pour combattre les douleurs que la malade éprouvait en urinant et l'irritation des voies urinaires. La guérison n'a pas tardé à survenir.

Je ne saurais dire d'une manière positive à quoi tenaient les symptômes observés chez cette femme, mais il ne me semble pas impossible que la rougeur et la tuméfaction du méat urinaire aient été dues aux efforts de coït tentés par un homme encore vigoureux et plein d'ardeur. Cette cause d'irritation locale chez une femme dont la santé était détériorée me ferait croire que la tumeur du méat urinaire était constituée par un léger renversement de la muqueuse du canal de l'urètre. (*Rev. thérap. du Midi.*)

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1853, p. 453.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 décembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

Epidémies. — 1° Un rapport de M. le docteur Boursier sur les épidémies de choléra et de dysenterie qui ont régné dans l'arrondissement de Senlis en 1854;

Choléra. — 2° Un rapport de M. le docteur Giraud, de Draguignan (Var), sur l'épidémie cholérique qui a sévi dans la commune de Flayose (Var);

Ceintures à électricité permanente. — 3° Un modèle de ceintures, cuissards, brassards, etc., à électricité permanente, pouvant servir à divers usages médicaux, par MM. Breton frères;

Liniment lactifuge. — 4° La formule d'un liniment lactifuge, par M. Seguin, pharmacien à Cavaillon.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine. — M. Hoursolle (de Bayonne) adresse l'état des vaccinations qu'il a pratiquées à Bayonne en 1854.

Atractylis gummifera. — M. Commaille, médecin à Douera, transmet une note complémentaire de son travail sur l'*atractylis gummifera* de Linnée présenté à l'Académie dans sa séance du 13 juin. (Commission nommée.)

Revaccinations. — M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise) communique des recherches sur la cause des insuccès dans les revaccinations. L'auteur se propose de démontrer que la dégénérescence du virus vaccin est une supposition gratuite, entièrement inutile pour expliquer la diminution des insuccès dans les revaccinations pratiquées à l'âge de vingt ans. (Voir notre numéro du 23 novembre).

Traitement des fractures des membres inférieurs. — M. Martin adresse un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement des fractures du col et du corps du fémur, et une note relative à un nouvel appareil pour le transport et le traitement des blessés affectés de fractures des membres inférieurs.

Signe différentiel du vrai et du faux croup. — M. Marchand (de Charenton) adresse une lettre relative à un signe différentiel du croup et du faux croup au moyen d'une analyse facile des matières expectorées. L'exsudation croupale a pu être constatée, dit-il, dans une première expérience, dès les premiers vomissements; il a suffi d'étendre d'eau les matières des crachats et des vomissements, d'agiter avec une tige de verre ou un bâton: on a vu alors des écailles furfuracées, transparentes, mêlées à de petits débris d'exsudation, se précipiter au fond du vase, débris qui sont insolubles et décèlent à l'analyse chimique la présence de l'albumine; tandis qu'il n'y a rien de semblable dans le faux croup.

Choléra. — M. Doin (de Bourges) adresse un mémoire sur le choléra, dans lequel il expose une nouvelle doctrine physiologique sur l'épidémie asiatique.

Cancer. — M. Le Roy-d'Etiolles offre à l'Académie de lui lire un document sur le cancer.

Trocart à poinçon mobile. — M. Mathieu présente une modification qu'il a faite aux trocarts en général. Le manche est muni d'une vis de pression qui maintient l'une des extrémités du poinçon dans le trou pratiqué sur son axe. Cette même vis sert également à empêcher le recul lorsqu'on fait la ponction. Pour cela, on la fait pénétrer par un mouvement de rotation dans une encoche pratiquée sur l'un des

---

NITRATE DE POTASSE. — *Action directe:* asthénisant de l'appareil vasculaire. — *Action sympathique:* voies urinaires.

Si on pousse la dose au-dessus de 4 grammes, il agit en sens inverse et produit des phénomènes sthéniques sur les voies urinaires seulement, car le pouls continue à se ralentir. Ce médicament ne convient que dans les cas sthéniques d'ascite, d'anasarque, d'ischurie, cystite, etc. C'est lorsqu'il y a chaleur générale, vivacité du pouls, douleur, etc.; tandis que lorsque la peau est fraîche, indolente, le pouls lâche, l'ischurie est alors l'effet de l'affaissement de l'organe, et c'est alors le cas où la digitale produit d'heureux résultats. Il en est de même dans l'anasarque, etc.

Dose: de 20 centigram. à 4 grammes par jour, très étendu.

SEIGLE ERGOTÉ. — *Action directe:* sthénisant des voies utéro-urinaires. *Action sympathique:* centre nerveux.

Ce médicament exerce une action constrictive sur les fibres de l'utérus, ce qui accélère le travail de l'accouchement lorsque ce travail a commencé, et produit la cessation des pertes lorsque cet organe est vide et que l'hémorrhagie a lieu par la sthénie de ses fibres, qui ont perdu leur élasticité par une tension trop forte ou trop prolongée. Il agit sur le cerveau par constriction de sa membrane séreuse. Dans quelques gastralgies dépendantes d'un état d'asthénie des fibres gastriques ou d'oligotrophie, dans l'incontinence d'urine par atonie des fibres de cet organe, le ralentissement de la circulation ne viendrait-il pas de la constriction permanente de la fibre du cœur, puisque ce médicament se montre si utile dans les cas d'hypertrophie de cet organe par débilitation de sa fibre musculaire?

Dose: de 20 centigrammes à 2 grammes.

DATURA STRAMONIUM. — *Action directe:* asthénisant du système nerveux. — *Propriété sympathique:* centre nerveux.

Ce médicament agit en modérant l'éréthisme nerveux. Il convient dans l'asthme nerveux, dans les catarrhes pulmonaires de nature spasmodique, dans la coqueluche à la période sthénique, lorsque le malade a la fièvre dans les intervalles des quintes (dans ce cas, on devrait l'alterner avec l'aconit); dans les névralgies fébriles très douloureuses, dans la perversion de vision et de perception sthéniques; dans l'épilepsie douloureuse lorsqu'il existe de la fièvre dans l'intervalle des accès; dans les rhumatismes névritiques fébriles ou avec sursensitivité des filets nerveux; enfin, en topique, dans les affections externes très douloureuses fébriles.

Dose: pour adulte, extrait de 5 à 15 centigrammes.

STRYCHNINE. — *Action directe:* sthénisant musculaire. — *Action sympathique:* fibre cérébro-spinale.

Employé contre les lésions asthénisantes de la motilité fonctionnelle des organes, ce médicament convient dans les névroses gastriques asthéniques avec relâchement de la fibre gastrique; dans l'asthénie des organes génitaux affaiblis par suite d'abus; dans la diarrhée et constipation asthéniques lorsqu'il n'existe aucune trace de fièvre dans les deux cas; dans l'emphysème pulmonaire par inertie des vésicules dilatées par asthénie; dans l'hydropisie occasionnée par l'asthénie des organes de nutrition, suivie d'engorgement du système glandulaire par inertie; dans la chorée avec asthénie cérébrale et musculaire, lorsque cette maladie existe sans fièvre; contre les excrétions involontaires par paralysie des intestins. Il ne convient que lorsque le malade n'a plus le pouls dur, la peau chaude, la pupille injectée, etc.; contre la sciatique asthénique, caractérisée par l'exacerbation des douleurs pendant le repos, absence de chaleur sur le siége du mal, mollesse dans le pouls, etc.

Dose: à l'intérieur, de 10 à 30 milligrammes.

C'est en rendant ainsi l'histoire des médicaments solidaire de la pathologie, et *vice versâ*, qu'on arrivera à une bonne classification pratique; et c'est en suivant ces préceptes que j'ai guéri bien des maladies qui étaient passées à l'état chronique, parce qu'on avait négligé le vrai caractère qu'affectaient ces maladies.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

La séance de rentrée des Facultés de Toulouse a eu lieu le 16 novembre avec une solennité inusitée, sous la présidence de M. Laferrière, inspecteur général de l'Université, administrateur de l'Académie de Toulouse.

Le nombre des inscriptions à l'Ecole de médecine de cette ville s'élève à 159.

côtés de la pelle, ou gouttière de la canule du trocart. Lorsque la tige est placée dans la canule, le bout du poinçon qui est l'extrémité opposée à la pointe est arrondi de manière à servir d'embout à la canule, et permet ainsi au praticien de pouvoir manœuvrer dans une partie délicate, sans danger de la blesser avec le bord tranchant de la canule.

Il est bon d'ajouter aussi que cette modification permet de conserver intacte la pointe qui se place dans le manche. L'embout mousse qui la remplace ne peut blesser le chirurgien ; il rend inutile les capuchons, qui étaient toujours susceptibles de se perdre, et même l'étui.

Hérédité du cancer. — M. Amussat demande la parole pour une rectification à l'occasion de ce qu'a dit M. Ferrus au sujet de l'hérédité.

Votre collègue, dit M. Amussat, a dit que j'avais constaté ce fait positivement un grand nombre de fois à la Salpêtrière, et que lui, sur cinquante cas de cancer, n'en avait trouvé que deux seulement, non pas certains, mais admissibles. D'où il résulterait que là où j'aurais trouvé l'hérédité très fréquente, il l'aurait trouvée très rare. Ce n'est pas à la Salpêtrière que j'ai constaté l'hérédité si fréquente du cancer ; c'est à la grande école de Récamier et depuis que j'ai formé ma conviction. Du reste l'hérédité est très difficile à constater, surtout dans les hôpitaux. M. Ferrus l'a dit lui-même. Pour le prouver, il me suffira de raconter le fait suivant :

Hier 4 décembre, j'ai fait une visite aux incurables de la Salpêtrière. J'ai interrogé deux femmes cancérées du sein, couchées l'une à côté de l'autre. La première, très âgée, n'a pu rien me dire sur sa famille, et il m'a été impossible de fixer ses idées à ce sujet. Pendant que j'adressais quelques questions à la seconde, la surveillante de la salle a détaché le bulletin placé à la tête de son lit. Les renseignements qu'il contient sont très complets sur la marche de la maladie, etc. La santé du père et de la mère y est notée, et la malade m'a répété qu'ils étaient morts d'affections étrangères au cancer ; puis elle a ajouté d'elle-même que *son grand-père était mort d'un cancer de la face*, et qu'elle avait hérité de sa maladie.

Comme on le voit, ce fait est important. S'il eût été publié d'après le bulletin seul, rédigé dans le service, on aurait dit que dans ce cas il n'y avait pas d'hérédité, et cependant je l'ai constatée positivement pour le grand-père. Il faudrait donc se défier des statistiques basées sur les renseignements fournis par des malades peu intelligents, et on voit qu'il ne faut pas seulement s'informer des antécédents du père et de la mère, mais aussi des grands-parents des deux côtés ; car on sait que souvent l'hérédité saute d'une génération.

Je persiste à penser que l'hérédité est un fait important dans l'histoire du cancer, et que, lorsqu'on le cherchera avec soin et attention, on le trouvera dans le plus grand nombre des cas. Je ne puis donc accepter l'opinion de M. Ferrus. Pour moi, je pourrais presque dire que l'hérédité dans le cancer est la règle et la non-hérédité l'exception.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau minérale sulfureuse de Villefranche (Aveyron).

L'eau sulfureuse de Villefranche appartient à la classe des eaux hydrosulfatées calcaires froides, comme celles d'Enghien, de Schismack, d'Auzou, etc. C'est le sulfure de calcium avec des bicarbonates terreux, des sulfates de chaux, de soude et de magnésie, et quelques chlorures qui en sont les principaux éléments minéralisateurs. D'après sa composition chimique, on reconnaît qu'elle est d'une sulfuration plus élevée que différentes eaux du même genre très connues. Sa nature chimique justifie les bons effets qu'on a retirés depuis une douzaine d'années de ses applications comme agent thérapeutique.

M. le rapporteur conclut, en conséquence, de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter la source de Villefranche. (Adopté.)

— M. Henry lit un deuxième rapport sur l'eau de trois sources de Propiac (Drôme).

Les eaux de ces trois sources ont la plus grande analogie entre elles ; elles appartiennent à la classe des eaux salines froides sélénito-magnésiennes. Elles renferment, en outre, des bicarbonates calcaire et magnésien, des indices de fer et d'arsenic d'une manière non douteuse.

La commission propose de déclarer qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de ces trois sources.

— M. O. Henry lit un troisième rapport sur l'eau ferrugineuse naturelle de Sentein (Ariége).

D'après l'analyse chimique, l'eau de Sentein se place au premier rang des eaux ferrugineuses riches en fer ; ses propriétés médicales, aisément justifiées par la présence de ce métal associé à l'arsenic et à l'acide crénique, ont été reconnues depuis trois ans par des épreuves faites de son application dans l'établissement thermal qu'elle dessert. Aussi la commission propose-t-elle de répondre au ministre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter l'eau de Sentein, au point de vue de la thérapeutique, soit accordée à son propriétaire.

Les conclusions de ces trois rapports sont mises aux voix et adoptées.

Cancer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

M. Bouillaud. Cette discussion, dont le début a été si simple et si hésitant, a pris des proportions telles, qu'elle est devenue une des plus belles et des plus brillantes discussions qui aient eu lieu à l'Académie. Il ne s'agit plus seulement à présent de la cellule cancéreuse, il s'agit d'une des grandes lois médicales, de la loi de Bichat, à l'occasion de laquelle on a combattu l'école organique tout entière. J'ai désiré, bien que cette loi ait été parfaitement défendue par M. Robert, présenter à ce sujet quelques considérations. Mais comme je ne prétends pas me borner à discuter une question de philosophie médicale, j'examinerai aussi d'une manière spéciale la question du cancer.

La loi de Bichat consiste à dire qu'il existe entre les lésions organiques et les phénomènes qui les traduisent un rapport tel qu'on peut prévoir les uns par les autres. Cette loi a été combattue par M. Malgaigne avec une certaine violence. C'est, a-t-il dit, une loi d'amphithéâtre ; et il est allé jusqu'à contester à Bichat le droit de formuler une semblable loi. Non, la loi de Bichat n'est pas une loi d'amphithéâtre ; l'un des deux termes dont elle se compose suppose implicitement des connaissances cliniques étendues. M. Velpeau a admis la loi de Bichat, mais avec une certaine réticence ; il a ajouté qu'il y avait des maladies qui échappent à cette loi, et dans lesquelles on n'aperçoit pas toujours la relation des symptômes avec des lésions organiques correspondantes. Sans doute il y a de telles maladies, nous les admettons tous. Ce sont de ces maladies dont les éléments étiologiques échappent à tous nos moyens d'appréciation ; elles constituent une classe distincte, une sorte de groupe à part. C'est aux maladies les plus communes que s'applique la loi de Bichat ; et sans cette loi il n'y aurait plus de diagnostic, et sans diagnostic pas de traitement.

Je viens de parler du diagnostic anatomique. On a fait à ce sujet, et depuis bien longtemps, à l'école de Paris le reproche d'être exclusivement anatomique. (M. Bouillaud lit ici un passage d'un journal de médecine dans lequel ce reproche est formulé.)

S'il y avait, ajoute-t-il, une école qui méritât un pareil reproche, je n'en prendrais pas assurément la défense. Mais je porte le défi qu'on trouve aucune école, celle de Paris moins qu'une autre, qui ait soutenu qu'au delà du cadavre il n'y a rien. Ce serait une doctrine sans tête, un véritable monstre anencéphale. Il n'existe pas de pareille école. Voyez plutôt quels sont les ascendants de l'école de Paris.

C'est Morgagni d'abord. Mais Morgagni était-il un anatomiste pur? Il suffit de se rappeler quelques-unes de ses lettres et le discours préliminaire qu'il a placé en tête pour se convaincre du contraire.

C'est ensuite Haller. On ne peut pas être plus anatomiste qu'Haller à coup sûr, lui qui intitule la physiologie *anatome animata*. Mais Haller n'était-il qu'anatomiste? Personne ne soutiendrait cela ; il était en même temps anatomiste et physiologiste.

Voyons maintenant les grands maîtres de l'école de Paris, dont les noms sont presque tous inscrits sur ces murs. Je trouve d'abord le nom de Corvisart. Qu'on lise les commentaires d'Awenbrugger, qu'on lise le discours préliminaire du *Traité des maladies du cœur*, où l'on voit Corvisart reprocher à ses contemporains de n'être point assez physiologistes !

Parlerai-je de Pinel? Pinel, élève de l'école de Montpellier, élève de Barthez, dont il fait le plus grand éloge. Mais on me dira que Pinel était vitaliste ; il était vitaliste sans doute, mais il était anatomiste aussi et localisateur. La preuve, c'est que dès 1798 il s'efforce déjà de localiser les cachexies. N'était-il pas localisateur lorsqu'il créait la fièvre angioténique, les fièvres méningo-gastriques ; lorsqu'il déclarait que la fièvre entéro-mésentérique n'était autre chose qu'une phlegmasie des intestins? On le voit, Pinel, qui pendant plus de vingt ans a porté le sceptre de la médecine, Pinel, le créateur des fièvres essentielles, était localisateur ; je n'en voudrais d'autre preuve, d'ailleurs, que ce qu'il dit lui-même de Morgagni. Nous pouvons donc compter Pinel parmi les grands maîtres de l'école de Paris.

Mais le premier d'entre tous les maîtres de cette école, c'est Bichat, qui non-seulement a changé la science sous toutes les faces, mais qui a en quelque sorte prévu et prédit ce qu'elle serait dans l'avenir. Or, Bichat était vitaliste autant qu'anatomiste.

Enfin, il est encore deux hommes qui ont illustré l'école de Paris, Laënnec et Broussais. Laënnec et Broussais, malgré leur rivalité, sont, en réalité, liés par la plus intime fraternité scientifique. Je n'ai pas besoin de prouver que Laënnec, qui a tant fait pour l'anatomie pathologique, était vitaliste, ce serait oiseux. Quant à Broussais, dont on ne parle plus assez aujourd'hui, pourquoi combattait-il les anatomo-pathologistes? Parce qu'ils n'étaient pas assez physiologistes, suivant lui. Mais est-ce à dire qu'il n'était pas anatomo-pathologiste lui-même? Il était, comme Laënnec, anatomiste et physiologiste à la fois.

Je défie qu'on me cite un nom, un maître, quel qu'il soit, ayant appartenu à cette école qui ne soit à la fois organiciste et vitaliste. Je ne voudrais pas citer des noms parmi les maîtres vivants, parce que la plupart sont ici et que je craindrais de blesser leur modestie. Mais permettez-moi seulement d'en appéler à celui de vos collègues que vous avez appelé à vous présider. Lui qui a tant contribué pour sa part à l'enseignement du diagnostic local, anatomique, est-il quelqu'un qui pût l'accuser d'être exclusivement anatomiste?

Où est donc cette école anatomique dont on parle? Je la cherche en vain, je ne la trouve nulle part. Il n'y a pas d'école exclusive. Il y a une école qui mérite le nom d'organo-vitaliste ; je n'en connais pas d'autres. C'est cette école qui a tout vu, tout examiné, solides, liquides, éléments microscopiques, etc., mais sans jamais méconnaître ce qui n'est accessible à aucun des moyens physiques d'investigation ; elle a fait, en un mot, comme Haller pour l'anatomie, elle a fait de l'anatomie pathologique vivante. Elle ne nie pas les causes morbides qui échappent à nos sens, tels que le virus, par exemple, qu'elle ne connaît que par ses effets ; elle ne nie pas les maladies dynamiques, telles que les névroses, les maladies qui tuent sans laisser de traces dans l'organisme. Elle a appris précisément à les distinguer de toutes celles qui rentrent dans la loi de Bichat. Vous voyez, sous ce point de vue même, quel immense service elle a rendu à la science.

Partant de ce principe, on comprend ce que doit être le diagnostic. Y a-t-il un diagnostic purement anatomique, comme quelques personnes semblent encore le croire ; un diagnostic qui se bornerait à dire qu'un organe est malade, qu'il est modifié de telle ou telle manière dans son volume, dans sa consistance, dans ses rapports, etc.? Il n'est aucun médecin qui ait jamais songé à circonscrire le diagnostic dans de pareilles limites. Non assurément, il n'y a pas de diagnostic purement anatomique. Les maladies se reconnaissent au moyen de signes physiques, de signes physiologiques et de signes dynamiques. Ce n'est pas tout que de reconnaître quel est l'organe malade, il faut encore chercher à connaître comment il est malade. Le diagnostic doit donc toujours comprendre un double élément : l'organe malade et la nature de la maladie. Le diagnostic doit être anatomique sans doute, mais ce doit être un diagnostic anatomique vivant.

Sans doute il est des maladies où le diagnostic se fonde sur la présence de certains éléments purement anatomiques ou sur l'existence de phénomènes purement physiques ; tel est le cas, par exemple, où l'on constate, à l'aide de certains signes physiques, l'existence de certains produits morbides ; de fausses membranes dans les plèvres, je suppose. Mais la constatation de ces productions anatomiques morbides est utile surtout en nous mettant sur la voie de la maladie dynamique qui leur a donné naissance.

Ceci me conduit naturellement à la cellule cancéreuse, qui n'est elle-même qu'un des éléments anatomiques de la maladie. S'il était démontré que la cellule cancéreuse est réellement caractéristique, on comprend de quelle valeur elle serait pour le diagnostic.

Je vais me trouver, en abordant ce sujet, en présence de plusieurs collègues avec lesquels je ne serai pas tout à fait d'accord ; mais j'espère prouver bientôt qu'il n'y a entre nous que quelques nuances.

M. Robert est le premier dans cette discussion qui ait bien fait son siége ; comme l'abbé Vertot, une fois son siége fait il ne l'a plus changé. Il est resté à la fin comme au commencement le plus chaud défenseur de la micrographie. M. Malgaigne n'a pas été du même avis, et cependant, après avoir combattu dans la personne de M. Robert les doctrines des micrographes, il a terminé en disant positivement qu'il n'est pas possible de diagnostiquer avec certitude le cancer, si l'on n'a sous les yeux la cellule cancéreuse. Assurément on n'est pas plus microscopiste. Il est vrai que M. Malgaigne a distingué deux sortes de diagnostic : le diagnostic scientifique et le diagnostic pratique, et qu'il n'a appliqué cette proposition qu'au premier de ces diagnostics. Mais il est évident que cette distinction n'est nullement fondée ; qu'il n'y a qu'un diagnostic qui est à la fois scientifique et pratique, et que ce qui s'applique à l'un s'applique nécessairement aussi à l'autre.

La question a été évidemment mal posée. Si l'on prétend dire qu'il n'y a de diagnostic que celui qui se fait sur le vivant, il est clair que le microscope ne peut en rien aider au diagnostic. Le diagnostic a toujours été porté d'avance, avant de procéder à l'examen microscopique ; et bien mieux, on n'aurait jamais songé peut-être à rechercher la cellule cancéreuse si l'on n'avait eu auparavant le moyen de diagnostiquer le cancer sur le vivant. La question qu'il fallait examiner était donc celle-ci : la cellule est-elle le caractère anatomique de la maladie dynamique désignée sous le nom de cancer? C'est dans ces termes que je vais chercher à apprécier ce qui est ressorti jusqu'ici à ce point de vue de cette discussion.

Je rencontre tout d'abord sur ce terrain un adversaire terrible de la cellule. Dans un discours remarquable qui a produit le plus grand effet au dedans comme au dehors de cette assemblée, discours que j'appellerai *cellulicide*, M. Velpeau a dit qu'il n'avait point trouvé la cellule dans des tumeurs qui étaient bien réellement cancéreuses. Il a signalé, en outre, les dissidences les plus profondes entre les micrographes à cet égard ; aux micrographes de Paris, il a opposé les micrographes d'Allemagne et d'Angleterre, qui, comme lui, assurent n'avoir pas toujours rencontré la cellule dans des tumeurs réputées cancéreuses ; de sorte qu'on peut appliquer ici ces mots de Pascal ; « Vérité » au delà des Pyrénées, erreur en deçà. » Et non-seulement M. Velpeau n'a pas trouvé la cellule dans de vrais cancers, mais il l'a trouvée dans des tumeurs qui n'étaient point cancéreuses.

Après un discours aussi foudroyant, après une pareille philippique, je croyais trouver le désespoir dans le camp des micrographes ; on devait s'attendre à les voir réciter les prières des agonisants. Au lieu de cela, quelle n'a pas été notre surprise de les entendre entonner un *Te Deum !* J'avoue que je n'y ai plus rien compris. Il faudrait un microscope à la plus haute puissance pour me faire apercevoir ce qu'il y a dans le discours de M. Velpeau en faveur de la micrographie. A mes yeux, il n'y a rien de fait sur ce point tant qu'on n'aura pas réfuté le discours de M. Velpeau.

Mais autre sujet de surprise. Tandis qu'on a trouvé dans le discours de M. Velpeau des arguments en faveur de la micrographie, on a trouvé tout le contraire dans celui de M. Delafond. Il y a, il est vrai, dans le discours de M. Delafond du pour et du contre. Mais pour bien en apprécier la portée, il faut distinguer le microscope de la micrographie, l'instrument de la manière dont on interprète les faits qu'il montre. Si M. Delafond a fait le roman de la cellule, ce n'est pas la faute du microscope. Ce discours, remarquable d'ailleurs, est une sorte d'arme à deux tranchants dont on peut se servir alternativement pour ou contre la théorie de la cellule.

Ma conclusion serait donc celle-ci : Le diagnostic par le microscope est un diagnostic cadavérique, un diagnostic posthume ; on n'a par conséquent que le cadavre de la maladie. Mais ce cadavre même est quelque chose de très important si l'on arrive à établir la constance de ce caractère. Mais si MM. les micrographes veulent donner à leurs recherches ce caractère de certitude qu'elles exigent pour être admises dans la science, je les engage à se discipliner, à cesser de se combattre et de s'entredétruire. Pour moi, je ne doute pas que si l'on examine dans des conditions déterminées et parfaitement identiques, on ne doive arriver à un résultat certain et toujours le même. Le microscope est, en effet, un instrument infaillible ; il ne faut pas le rendre passible des erreurs que peuvent commettre ceux qui s'en servent.

Un mot sur la curabilité du cancer. Je rends entièrement hommage à ce qu'ont dit à ce sujet MM. Velpeau et Amussat, et je les remercie des idées consolantes qu'ils ont exprimées ; je les remercie d'avoir effacé l'inscription du Dante ; je les remercie surtout de ne s'être pas bornés à énoncer une idée, une espérance, et d'avoir appuyé leur proposition sur des faits.

Je terminerai par une proposition que je soumets à l'Académie. Nous sommes dans l'impossibilité, quant à présent, de résoudre la question ; mais il ne faut pas renoncer à l'espoir de le faire un jour. Je sais que le doute est un doux oreiller, comme l'a dit Montaigne ; mais j'en connais un plus doux encore, c'est la certitude. Eh bien ! je propose qu'à l'avenir toutes les tumeurs enlevées soient rigoureusement soumises à l'examen microscopique. Je ne doute pas qu'au bout de quelque temps la certitude aura remplacé le doute.

M. le Président. L'Académie a déjà été au-devant du vœu exprimé par M. Bouillaud en proposant la question du cancer pour sujet de prix.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

M. le docteur Chavanne est nommé chef de clinique externe (création nouvelle) à l'École préparatoire de médecine de Lyon.

Le Soussigné

Paris, — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 145. — SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 145. — SAMEDI 9 DECEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur quelques cas de dystocie par étroitesse et déformation de bassin.

Il existe en ce moment à la Clinique d'accouchements plusieurs cas de dystocie par rétrécissement ou déformation du bassin qui sont de nature à soulever les plus graves questions de pratique obstétricale. Deux des malheureuses femmes atteintes de ce vice de conformation ont dû être accouchées à l'aide du céphalotribe ; une troisième, bien qu'elle eût un rétrécissement aussi considérable que les deux autres, a pu néanmoins accoucher naturellement.

Une femme de vingt et un ans, enceinte pour la première fois, était en travail depuis plusieurs heures lorsqu'elle vint demander des secours à l'hôpital de la Clinique, où elle était couchée au n° 35.

Au premier abord on était frappé de la petitesse de sa stature, surtout de la brièveté des membres inférieurs, qui étaient, en outre, déformés, courbés en arc. En l'examinant, M. le professeur P. Dubois reconnut que le travail était déjà assez avancé. Il rompit immédiatement les membranes, et il constata alors d'une manière évidente que le bassin était déformé. Son diamètre sacro-pubien offrait moins de trois pouces (8 centimètres environ). Il était extrêmement probable que cette femme ne pourrait pas accoucher seule. Cependant M. Dubois crut devoir abandonner le travail à lui-même pendant une partie de la journée.

Un nouvel examen pratiqué dans la soirée fit reconnaître que la tête était légèrement engagée dans le détroit supérieur. M. P. Dubois tenta une application du forceps ; mais cette opération ayant échoué, et certain dès ce moment que la disproportion entre le volume de la tête et les diamètres du bassin était trop considérable pour que les difficultés du passage pussent être surmontées, il se décida alors à appliquer le céphalotribe.

Cette femme a très bien supporté les douleurs naturelles d'abord, puis les douleurs provoquées par les manœuvres de la céphalotripsie ; et malgré les conditions sanitaires fâcheuses au milieu desquelles elle se trouvait placée, les suites ont été très heureuses, et tout faisait espérer un prompt et complet rétablissement au moment où nous avons vu l'accouchée pour la dernière fois, plusieurs jours après l'opération.

Un premier fait sur lequel M. Dubois a appelé notre attention à l'occasion de ce sujet, c'est la brièveté de la stature de cette femme, et surtout, comme nous l'avons déjà dit, la brièveté de ses membres inférieurs, cause principale de la petitesse générale de sa stature. Les membres inférieurs étaient en effet extrêmement courts relativement aux autres parties du corps ; ils étaient en outre déformés, légèrement arqués.

D'après cette seule indication, M. Dubois n'a pas hésité à conclure à l'existence d'une déformation du bassin, que l'exploration directe n'a pas tardé à confirmer. Ce n'est pas uniquement à cause de la petite stature de cette femme qu'il a diagnostiqué une étroitesse du bassin, mais à cause de la brièveté des membres inférieurs. La petitesse absolue de la taille, mais avec des proportions régulières entre les diverses parties du corps, n'implique pas toujours en effet des dimensions insuffisantes du bassin, et partant un obstacle présumable à l'accouchement. Il en est encore de même de la petitesse qui ne consiste que dans une brièveté du tronc, telle que celle qui résulte de certaines déformations du rachis, alors que les extrémités inférieures conservent des proportions normales, ainsi que nous en citerons tout à l'heure un exemple. Mais lorsque la brièveté porte principalement sur les membres inférieurs, et surtout lorsqu'à cette brièveté se joint une déformation des membres, on peut alors diagnostiquer à coup sûr une étroitesse, et dans ce dernier cas une déformation du bassin.

Ce diagnostic est fondé tout à la fois sur une loi anatomique qui lie le développement des os coxaux au développement des fémurs, et sur une loi pathologique qui pourrait jusqu'à un certain point être considérée comme émanant du même principe, et qui subordonne également les déformations du bassin aux déformations des membres inférieurs. Chez cette femme il y avait effectivement, ainsi que nous l'avons déjà dit, autre chose qu'une simple brièveté des membres : les jambes et les cuisses présentaient en outre des déformations rachitiques ; on voyait enfin dans les parties supérieures, et notamment dans les bras, quelques traces anciennes de la même affection. Or on sait, d'après la loi de progression des développements rachitiques formulée par M. J. Guérin, que les déformations rachitiques des parties supérieures impliquent l'existence de déformations semblables et plus prononcées dans les parties situées au-dessous. C'était précisément ce qui avait lieu chez cette femme. On comprend de quelle importance est la connaissance de cette loi, dont on a pu voir un exemple si frappant dans ce cas, pour le diagnostic des déformations du bassin.

Nous venons de dire qu'il n'en est plus de même lorsque la petitesse de la stature dépend de déformations d'une autre nature portant exclusivement sur le tronc et les parties supérieures, et laissant les extrémités inférieures intactes. Un cas de ce genre s'est précisément présenté en même temps que celui que nous venons de rapporter, comme pour prouver à point la justesse de cette proposition.

Il y avait, en effet, en même temps au n° 27 une femme qui était aussi d'une stature remarquablement petite ; et cependant, chez celle-ci, à l'aspect des parties et de leurs rapports, M. Dubois a porté un diagnostic et un pronostic tout différents. Pourquoi cela ? Parce que chez cette femme la brièveté de la taille dépendait d'une déviation considérable de la colonne vertébrale qui avait affaissé le tronc sur lui-même, tandis que les membres inférieurs, loin d'être courts, comme chez la femme du n° 35, étaient, au contraire, longs et grêles, et il n'y avait, par conséquent, point lieu à présumer l'existence d'une déformation du bassin. Dans tous les cas de ce genre, M. Dubois n'hésite pas à annoncer que l'accouchement aura lieu naturellement. C'est ce qui arrive, en effet, presque constamment. C'est ce qui a eu lieu en particulier chez cette femme, qui a accouché avec une grande facilité.

Le second point de vue sous lequel nous nous proposions d'examiner ce premier fait ne présente pas moins d'intérêt ; il est relatif à l'indication et au mode d'exécution de la céphalotripsie. Nous y reviendrons dans la prochaine Revue.

Hernie crurale volumineuse offrant les apparences d'une hernie inguinale. — De la déformation et des déplacements des téguments considérés comme une des causes qui peuvent rendre difficile le diagnostic différentiel des hernies inguinales et des hernies crurales.

Un homme très vigoureux et bien constitué est entré à l'hôpital de la Clinique portant une tumeur volumineuse dans l'aine. Voici en peu de mots son histoire :

Un jour, en travaillant, il sentit tout à coup d'assez vives douleurs, et il s'aperçut qu'une tumeur venait de se former brusquement dans l'aine. Il consulta un bandagiste, qui reconnut une hernie *crurale*. Il lui appliqua un bandage qui maintint assez bien la hernie. Pendant six mois que cet homme porta le bandage sans interruption, la hernie n'était point sortie. Mais le ressort étant venu à se casser, le malade crut pouvoir s'en passer et ne le fit point remplacer. L'été dernier, pendant qu'il se livrait aux efforts qu'exigeait son ouvrage, la hernie sortit plus volumineuse encore que la première fois, et s'accompagnant aussi de vives douleurs. Un bandagiste fit des tentatives prolongées et inutiles, qui n'eurent d'autre résultat que de provoquer des symptômes de phlegmasie. De nouvelles tentatives furent faites par un médecin, qui, n'ayant pas réussi, l'envoya à la Clinique.

Cet homme, disons-nous, rapporte qu'à l'origine sa hernie fut reconnue pour une hernie crurale. Cependant, à s'en tenir aux apparences, on était porté à croire, au premier abord, qu'on avait affaire à une hernie inguinale. En effet, la tumeur occupait la paroi abdominale et non la partie supérieure de la cuisse, comme cela a lieu dans les hernies crurales franches.

On peut résoudre cette difficulté de diagnostic dans les conditions ordinaires à l'aide d'un signe bien simple. Si l'on tire une ligne fictive de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis, cette ligne sépare les hernies crurales des hernies inguinales. Toute hernie située au-dessus est une hernie inguinale ; celles qui sont au-dessous sont des hernies crurales. Mais ici on ne se trouvait pas dans les conditions ordinaires ; il existait chez ce malade une circonstance qui, toutes les fois qu'elle se présente, peut devenir une cause d'erreur.

Il arrive en effet, dans quelques circonstances, que la peau du bas-ventre est déplacée et attirée en bas, ce qui rompt les rapports normaux entre les parties superficielles et les parties profondes. C'est justement une circonstance semblable qui se présentait chez ce malade. Chez lui, la racine de la verge est située au-dessous de la symphyse pubienne. Il en résulte que, si l'on s'en fiait aux apparences, la hernie se trouverait située au-dessus de la ligne que nous venons de supposer ; mais si, ne tenant aucun compte de ces apparences, on explore à travers l'épaisseur des téguments les parties osseuses sous-jacentes, on trouve que la symphyse pubienne est placée très haut, qu'elle n'est plus en rapport avec la portion de téguments qui la recouvre habituellement, et si, prenant pour points fixes la saillie osseuse des épines iliaque et pubienne, on tire de l'une à l'autre une ligne horizontale, on reconnaît en effet que la hernie est située au-dessous de cette ligne.

Ce fait en a rappelé un autre analogue à M. Nélaton, et qui prouve qu'il ne faut pas s'en laisser imposer par l'aspect extérieur des parties, lorsqu'il s'agit surtout de déterminer des rapports précis.

Dans les journées de juin 1848, un jeune militaire avait reçu une balle dans le périnée qui lui avait lacéré le canal de l'urètre dans presque toute sa longueur. Il en résulta une distension énorme de toute la région du périnée et des organes génitaux ; de là une impossibilité absolue de l'émission des urines. Le cathétérisme était impossible. Dans cette circonstance, il ne restait qu'un parti à prendre, la ponction hypogastrique. Vu l'urgence, l'un des internes de l'hôpital où avait été reçu ce militaire pratiqua la ponction en se conformant aux règles opératoires ordinaires, c'est-à-dire à deux pouces environ au-dessus de la racine de la verge. A sa grande surprise, la ponction fut sans résultat. M. Nélaton, informé de cet insuccès, chercha par un examen attentif à s'en rendre compte. Or il était arrivé précisément ce qu'il avait présumé tout d'abord, c'est-à-dire que, par suite du gonflement considérable des parties, il s'était opéré un véritable déplacement des téguments qui avaient cessé de conserver leurs rapports normaux avec les parties sous-jacentes, et que la région du pénil, au lieu de s'appliquer immédiatement sur la symphyse pubienne, avait glissé au-dessous ; de sorte que le rebord supérieur des pubis se trouvait, en réalité, situé beaucoup plus haut qu'on n'eût pu le présumer au premier aspect. C'est ce qui avait trompé le premier opérateur, qui, au lieu de plonger l'instrument dans la vessie, l'avait dirigé sur le pubis, d'où il avait glissé entre cet os et les parties molles sus-jacentes. Prévenu de cette cause d'erreur, M. Nélaton s'assura par une exploration minutieuse de la situation véritable du rebord de la symphyse pubienne et pratiqua au-dessus une ponction qui donna lieu immédiatement à l'issue d'une grande quantité d'urine.

Anévrisme du creux poplité. — Tentatives de compression. — Progrès de la maladie. — Ligature de l'artère fémorale à sa partie moyenne.

Des travaux récents, de nouvelles recherches statistiques tendant à démontrer que la compression faite d'une certaine manière sur le trajet des artères anévrismatiques donnait de meilleurs résultats que la ligature, M. Maisonneuve s'était proposé d'employer à la première occasion ces nouveaux procédés de compression, afin d'obvier aux inconvénients de la ligature en masse. Cette occasion s'est présentée récemment ; voici quel a été le résultat de cette tentative :

Le nommé Jean L..., âgé de cinquante-sept ans, scieur de long, s'aperçut il y a quatre mois d'un sentiment de pesanteur, de fatigue insolite dans la jambe gauche ; presque en même temps apparut dans la région poplitée une légère tuméfaction. Bien que le malade se fût condamné au repos le plus absolu, cette tuméfaction fit des progrès rapides ; la station debout prolongée devint impossible. Le malade se confia dans les premiers jours du mois de novembre aux soins de M. Maisonneuve.

A cette époque, la tumeur occupait tout le creux poplité. Elle était agitée de pulsations isochrones à celles du pouls, et chaque pulsation s'accompagnait d'un mouvement d'expansion très manifeste. En dehors et dans un point très limité, l'oreille appliquée sur la tumeur percevait un bruit de râpe, une sorte de frémissement. Tous ces phénomènes disparaissaient par la compression de l'artère à la partie supérieure du membre.

La tumeur, assez dure, mal limitée, remplissait complétement le creux poplité et avait déjà refoulé les muscles qui limitent cette région. La compression sur la tumeur n'en diminuait presque pas le volume. La marche et la flexion du membre étaient encore possibles; mais le malade éprouvait promptement une fatigue telle que tout travail lui était interdit.

Ces signes constatés et le diagnostic d'un anévrisme simple poplité nettement établi, M. Maisonneuve s'attacha à faire comprendre aux élèves que le véritable élément malin de l'anévrisme était l'impulsion, et que toute médication rationnelle devait avoir pour but de supprimer cette impulsion, et non d'interrompre complétement le cours du sang dans la tumeur, résultat inutile pour la guérison, et presque toujours rendu impossible par les nombreuses anastomoses.

C'est pour atteindre ce but que quelques chirurgiens ont imaginé d'appliquer la compression alternativement sur plusieurs points de l'artère au moyen de petites pelotes étroites et mobiles ne portant que sur le vaisseau artériel, et disposées à distance. Lorsqu'un des points comprimés fatigue le malade, l'autre pelote est serrée, et permet de relâcher la première.

La compression fut appliquée par ce procédé. Le résultat se présenta d'abord sous un aspect favorable; après plusieurs jours la tumeur parut diminuer de volume. Mais bientôt survinrent des accidents, comme dans les anciens procédés de compression, qui ne permirent pas d'en continuer plus longtemps l'application. Un mois après l'entrée de ce malade à l'hôpital la tumeur s'était sensiblement accrue de volume. M. Maisonneuve considérant dès ce moment l'épreuve comme suffisante, et l'insuccès comme bien constaté, du moins pour le cas actuel, se décida à pratiquer la ligature de l'artère fémorale à sa partie moyenne, opération qui fut faite avec une grande facilité, et qui eut pour résultat immédiat de faire cesser toute pulsation dans la tumeur.

Du traitement de l'endocardite rhumatismale par les eaux minérales.

La clinique ne se fait pas exclusivement dans les salles des grands hôpitaux; il est une autre clinique spéciale qui renferme souvent aussi des enseignements utiles et qui ne doivent point être perdus pour nos lecteurs : nous voulons parler de celle qui se fait dans les établissements thermaux. Dans notre numéro du 16 novembre, à l'occasion d'un rapport fait à l'Académie de médecine, nous avons présenté quelques réflexions sur l'usage que quelques médecins ont proposé de faire de certaines eaux minérales dans le traitement des affections du cœur d'origine rhumatismale. Une question subsidiaire s'est élevée à ce sujet sur la nature des eaux minérales qui devraient être préférées dans ce cas et sur le mode d'administration le plus convenable de ces eaux; et nous avons cru devoir faire sur ce double point en dissidence un appel à l'expérience des médecins placés dans les conditions les plus convenables pour les résoudre. Un de nos confrères attaché à l'un des principaux établissements thermaux a bien voulu répondre à notre appel. Mais avant d'exposer le fait intéressant qu'il nous communique, il est indispensable de rappeler le point litigieux de pratique qu'il a pour objet d'éclairer.

On se rappelle que dans les deux mémoires qui faisaient le sujet du rapport que nous avons rappelé plus haut, MM. Vernière et Dufresse de Chassaigne, d'accord sur le fait principal, c'est-à-dire sur l'efficacité des eaux minérales dans le traitement des affections du cœur de nature rhumatismale, divergent sur ce point d'application pratique d'une grande importance, savoir s'il ne doit être rien changé aux divers modes d'administration usités dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique; ou si, au contraire, le traitement doit être réduit à l'usage du bain seul et à une température modérée. M. Dufresse de Chassaigne défend la première opinion, M. Vernière la seconde. M. Bremont, inspecteur adjoint à Chaudes-Aigues, notre correspondant, partage l'opinion de M. Vernière.

Les palpitations de cœur, l'hypertrophie, l'endocardite chronique, nous écrit M. Bremont, sont tous les ans allégés à nos thermes, mais à la condition de réduire le traitement à un seul de ses éléments les plus simples et les moins excitants : l'usage du bain à une température modérée. Ces maladies ont toujours été exaspérées, au contraire, par les bains à une température élevée, par les douches, les étuves, etc. M. Bremont emploie en outre communément comme auxiliaires des bains thermaux, et pour en tempérer l'action trop excitante, la saignée, le sirop de Labélonye et l'eau de laurier-cerise. Quant au précepte relatif au mode d'administration des eaux dans cette circonstance, M. Bremont l'étaie de l'observation suivante :

Marie-Anne R...., fille de peine à Aurillac (Cantal), âgée de cinquante-cinq ans, n'étant plus réglée depuis six ans, tempérament lymphatico-sanguin, commence l'usage des bains le 28 juin 1850, et par ordonnance de M. Dufresse de Chassaigne, elle prend la douche, le bain et l'étuve. Elle avait gardé le lit pendant un mois avant de se rendre à Chaudes-Aigues. M. Bremont ne la vit qu'après le troisième bain, jour où M. Dufresse de Chassaigne lui avait ordonné de rentrer dans ses foyers, parce que, lui avait-il dit, la maladie était trop avancée pour trouver du soulagement par l'usage de ces thermes, les premiers bains n'ayant d'ailleurs eu d'autre effet que de la rendre plus malade. Après l'avoir examinée, M. Bremont l'engagea au contraire à rester à Chaudes-Aigues. Assise sur son lit, elle pouvait à peine respirer, elle toussait de temps en temps; il lui semblait qu'elle n'avait pas assez d'air pour vivre, il fallait ouvrir souvent la croisée. Elle avait passé la nuit dans la même position où on la trouva le matin. La suffocation était imminente. Toutes les fois qu'elle voulait essayer de se coucher il survenait de violents battements du cœur imprimant une impulsion à tout le côté gauche de la poitrine, à la région sternale et à une partie du côté droit. La respiration ne s'entendait que dans la partie postérieure du thorax et une partie du côté droit, où elle était puérile; dans tous les autres points, elle était voilée par les battements du cœur. Les pommettes et les lèvres étaient violacées, noirâtres; toutes les autres parties étaient d'un jaune paille et œdématiées. Le bas-ventre, les cuisses et les jambes étaient enflés. La malade pouvait à peine se remuer; tant l'oppression de poitrine était forte. Inappétence, bouche pâteuse, selles rares, insomnie.

Traitement. — Saignée de 500 grammes; bain tempéré à 27° R., d'une heure par jour; eau thermale coupée avec le sirop de Labélonye en boisson.

Dès le lendemain, l'état de la malade s'améliore. Elle a pu se coucher la nuit suivante; elle a même dormi. Elle va ensuite de mieux en mieux, et enfin les bains et une nouvelle saignée la mettent dans un état aussi satisfaisant que possible. Elle se couche sans dyspnée; l'oppression de poitrine a disparu; les battements du cœur, modérés dans leur impulsion, sont perçus dans un espace plus limité; l'hydropisie a complétement disparu.

Ce fait, nonobstant quelques lacunes au point de vue descriptif, offre certainement un des exemples les plus remarquables d'amendement d'une affection du cœur aussi avancée, et un des témoignages les plus probants en faveur de la méthode de traitement recommandée par MM. Vernière et Bremont. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Des maladies parasitaires de la peau.

Depuis longtemps déjà on a constaté que des êtres organisés, végétaux ou animaux, appartenant à des créations inférieures, peuvent vivre en parasites sur d'autres êtres organisés plus élevés dans l'échelle zoologique. L'homme subit cette loi, et depuis quelques années des recherches microscopiques très exactes ont permis de rattacher à une origine parasitaire plusieurs affections dont la véritable nature avait été méconnue jusqu'à ce jour. Ces êtres parasites existent soit à l'extérieur, comme les poux, l'acarus de la gale, etc., soit à l'intérieur du corps, comme les vers intestinaux. Nous n'avons à vous parler ici que de ceux qui habitent la surface tégumentaire, et qui appartiennent, les uns au règne végétal, les autres au règne animal.

Ces maladies parasitaires constituent un groupe très naturel de dermatoses ayant leurs causes spéciales, un certain nombre de caractères communs et une grande analogie dans le traitement, qui a pour but de tuer le parasite.

Relativement aux *caractères* de la maladie, nous avons d'abord deux choses à considérer : le parasite lui-même et les désordres cutanés qu'il détermine par sa présence.

Certains de ces êtres peuvent être reconnus à l'œil nu, tels que les poux (*pediculi*) et les *acari*. Mais il vaut mieux les étudier à l'aide de la loupe, et surtout du microscope. Les productions cryptogamiques exigent surtout cet examen à l'aide du microscope, afin que l'on puisse rigoureusement déterminer la conformation et le degré de développement de ces végétaux.

En second lieu, la présence de ces êtres détermine un certain degré d'irritation qui se traduit par des lésions secondaires analogues à celles qui caractérisent les autres maladies de la peau, et par lesquelles se manifestent les affections de cette membrane. Ce sont des rougeurs, des éruptions vésiculeuses, pustuleuses, papuleuses, etc. Mais, on le voit, ces lésions sont tout à fait secondaires; elles ne constituent pas toute la maladie, elles n'en sont que des effets souvent variables, et qui peuvent même ne pas avoir lieu. Habituellement aussi on observe des démangeaisons, du prurit très vivement accusés, surtout dans les maladies à parasites animaux (affection pédiculaire, gale).

Un autre caractère propre aux maladies parasitaires consiste dans leur mode spécial de terminaison. Il est certain qu'il ne faut pas compter ici les ressources de l'organisme pour la guérison, puisque la maladie, ou plutôt la cause de la maladie, réside en dehors de l'organisme. En outre, il se passe dans ces affections quelque chose de très remarquable dans les cas de maladie aiguë intercurrente; une fièvre, une phlegmasie interne, par exemple. Dans ce cas, le parasite semble participer à la maladie de l'individu sur lequel il habite; il perd son activité, son développement s'arrête, et en même temps se calment et disparaissent les manifestations cutanées par lesquelles il révélait sa présence. Les démangeaisons s'apaisent, les rougeurs pâlissent, les vésicules, les pustules s'affaissent et cessent de se reproduire. Mais aussitôt que la maladie intercurrente a cédé, les parasites semblent se réveiller, et avec eux reparaissent les lésions auxquelles ils donnent lieu. Pendant ce temps d'arrêt ils semblent être restés les animaux à l'état de larves, les végétaux à l'état de spores.

Relativement à l'*étiologie*, nous trouvons deux ordres de causes à examiner. Le premier, qui est la conséquence nécessaire de la nature du mal, c'est la *contagion*. Il est évident que le passage d'un parasite d'un individu infecté à un individu sain doit transmettre au second la maladie dont le premier est atteint. Le second ordre de causes consiste dans la prédisposition particulière en vertu de laquelle telle ou telle personne se montre réfractaire ou d'un accès facile à l'invasion parasitaire. Tous les terrains ne sont pas également aptes à recevoir cette semence. Dans l'immense majorité des cas, la misère, la malpropreté sont les conditions les plus favorables à la propagation et au développement du germe parasitaire; nous en avons la preuve tous les jours par nous-même. Ainsi, les médecins, les élèves reçoivent des malades qu'ils soignent quelques poux, quelques acarus; mais l'insecte, ne trouvant pas là les conditions favorables dont nous parlions, meurt sans se reproduire, et les accidents de démangeaison auxquels il a pu donner naissance ne tardent pas à disparaître. Même chose pour les parasites végétaux. On comprend de quelle importance sont ces remarques pour le thérapeutiste.

Avant de parler du traitement, un mot encore sur une question souvent controversée, relative à la *génération spontanée* des parasites, admise encore aujourd'hui par plusieurs médecins. J'avoue qu'en présence des lois de la nature, confirmées par une foule de recherches récentes, qu'en présence des faits dont nous sommes témoins tous les jours, il m'est impossible d'admettre cette génération spontanée.

Il est généralement reconnu que les entozoaires sont produits par des germes introduits avec nos aliments, et même dans l'air que nous respirons. Tout porte à croire qu'il en est de même pour les parasites cutanés, et que, transportés du dehors, ils se développent là où ils trouvent des conditions favorables pour leur développement.

Le traitement des maladies parasitaires présente pour première indication de détruire, de tuer le parasite; cela est de la plus grossière évidence. C'est à l'aide de certaines substances employées comme topiques que l'on remplit cette indication. Les substances que l'on regarde comme jouissant des propriétés parasiticides les mieux prononcées, et que par cela même on emploie habituellement, sont le soufre, les préparations de mercure et de cuivre. Comme seconde indication, se présente le traitement des lésions cutanées que déterminent les parasites. Il est bien certain que, la cause de la maladie étant enlevée, la maladie, qui n'en est que l'effet, doit disparaître aussi; mais il vaut mieux hâter cette disparition à l'aide des moyens locaux, et ce sont surtout alors les émollients qui conviennent. Enfin, il reste une troisième indication, qui consiste à modifier le terrain sur lequel s'est développé le parasite. On y parvient surtout à l'aide des moyens hygiéniques. La misère, la mauvaise nourriture, la malpropreté, avons-nous dit, le développement des parasites; il s'agit donc, autant que faire se peut, de remplacer ces mauvaises conditions par des conditions opposées de salubrité, de bonne nourriture et de soins de propreté.

Les maladies auxquelles les parasites peuvent donner naissance forment deux groupes principaux.

Dans le premier se placent les maladies engendrées par les parasites végétaux, ou *dermatophytes*. Ce sont l'*herpès circiné*, l'*herpès tonsurant*, le *porrigo decalvans*, et enfin la *teigne proprement dite*, ou *favus*.

Dans le second se rangent les maladies déterminées par les parasites animaux, ou *dermatozoaires*. Nous en trouvons deux seulement, les *pediculi* et la *gale*.

A notre grand regret, le défaut de temps ne nous permettra de vous tracer l'histoire que de deux maladies seulement, et nous prendrons la principale de chacun des deux groupes, la teigne et la gale.

CAS DE CONVULSIONS PUERPÉRALES dans lequel on a pratiqué la trachéotomie.

Par M. le docteur E. Williams.

En publiant ce fait, M. Williams s'est proposé de glorifier l'application de la trachéotomie au traitement de l'éclampsie et d'établir ses droits à la priorité de l'invention.

Voici en substance ce fait :

Mme G..., âgée de vingt-neuf ans, petite, pâle et d'habitudes dyspeptiques, était arrivée au terme de sa grossesse. Pendant la première période, elle fut considérablement fatiguée par des troubles gastriques, et pendant les quinze derniers jours elle fut prise d'une bronchite accompagnée d'une expectoration abondante à laquelle elle ne fit aucune attention.

Douze jours avant le début du travail, elle fut vivement impressionnée d'un propos indiscret d'un voisin qui lui fit concevoir des craintes pour la vie de son mari.

Le 7 mars dernier, à trois heures du matin, elle était éveillée par l'écoulement du liquide amniotique. Les douleurs suivirent de près et se succédèrent régulièrement; tout annonçait que la terminaison du travail serait prochaine et heureuse. Il est à remarquer cependant que pendant cette première période la figure était pâle et anxieuse, qu'il y eut de la céphalalgie, des bâillements et quelques vomissements. A neuf heures et demie, au moment où l'accoucheur constatait l'état du col et en apparence sous l'influence de cet attouchement, éclata le premier accès de convulsions, qui dura une heure entière avec la plus grande intensité. Pendant tout ce temps, la face était livide, les veines du cou et de la tête distendues, les carotides battaient violemment. Pour calmer cet état alarmant, les veines des deux bras furent ouvertes, ce qui parut abréger la durée de l'accès, et les accès suivants, qui se succédèrent à de courts intervalles, durèrent vingt minutes environ. La rapidité de leur succession fit prendre à M. Williams le parti de vider l'utérus. L'orifice utérin et les parties étant suffisamment dilatés et la tête se présentant, il perfora le crâne et fit promptement sans difficulté

l'extraction du fœtus par la crâniotomie. Cinq minutes environ après, le placenta était expulsé par les contractions naturelles de l'utérus et l'écoulement sanguin fut très modéré. Les convulsions s'étaient apaisées, la connaissance était revenue; la patiente prit un peu de gruau et se trouvait bien, se plaignant seulement de chaleur à la tête et sur tout le corps. Elle était à peine depuis une heure dans cet état de repos, lorsqu'elle fut reprise subitement d'une violente attaque de convulsions. La veine du bras fut ouverte de nouveau, ainsi que la jugulaire, qui était énormément distendue, et une quantité considérable de sang fut retirée. Il fit raser la tête et appliquer dessus de la glace ; il fit aussi appliquer des sinapismes à la nuque, aux jambes et administrer un lavement de térébenthine. Les convulsions continuaient et l'état de la malade devenait plus alarmant.

Frappé de l'analogie qui existe entre l'éclampsie et l'épilepsie, M. Williams résolut de recourir à la trachéotomie préconisée par M. Marshall Hall contre cette dernière affection.

Le cas lui paraissant urgent, il fit d'un bout de sonde d'argent une canule provisoire à trachée, et ouvrit ce canal. Il s'en échappa avec force une grande quantité de mucus. La canule provisoire fut introduite et maintenue en place; la respiration s'établit librement par son canal, et il en résulta une amélioration marquée dans l'apparence extérieure de la malade. La face était moins livide et les veines du cou relâchées. Cependant les convulsions n'avaient pas cessé, mais elles devenaient moins fréquentes et moins violentes. La personne que l'auteur avait envoyée chercher sa boîte à instruments étant de retour avec le consultant mandé, il remplaça la canule temporaire par une autre mieux appropriée, et une nouvelle saignée du bras fut convenue et pratiquée avec un avantage manifeste. Le lavement à la térébenthine fut renouvelé, les sinapismes continués; six sangsues furent appliquées aux tempes. Les convulsions continuèrent jusqu'à une heure du matin, et la malade était tombée dans l'état comateux; les membres étaient sans mouvement, la déglutition impossible : la vie semblait près d'être abolie. Des lavements composés alternativement de bon bouillon, d'eau-de-vie et d'un œuf, ou de térébenthine et d'un œuf, furent administrés avec persévérance par le médecin resté près de la malade pendant la nuit, et ils parurent ranimer sensiblement la vie. Le lendemain, à onze heures du matin, M. Williams trouva la malade un peu ranimée par les clystères de térébenthine et d'œufs; et comme elle était enfoncée dans son lit, on essaya de lui donner une meilleure position en élevant avec soin et lentement la tête et la poitrine. Mais à peine lui eut-on donné une meilleure position qu'elle expira, ayant survécu vingt-quatre heures environ à sa délivrance, et vingt et une heures environ à l'opération de la trachéotomie.

Cet événement, ajoute M. Williams, est un nouvel exemple du danger de mouvoir un malade quand les forces de la vie sont dans un état très prononcé d'épuisement; et l'amélioration marquée dans la lividité et la tuméfaction de la face ont laissé dans mon esprit la plus favorable impression sur la grande utilité de la trachéotomie dans de semblables cas.

En présence d'une maladie qui a marché, comme cela arrive ordinairement dans les cas graves, avec une inflexible opiniâtreté vers une terminaison fatale, sans être modifiée par les moyens les plus propres à l'enrayer dans sa marche, il est difficile de partager la prévention de l'auteur en faveur de la trachéotomie; de croire avec lui que l'apparente amélioration qui précède souvent la mort doit lui être attribuée, et que l'action de relever la malade dans son lit a décidé de son sort. L'analogie des symptômes de l'éclampsie et de l'épilepsie permet sans doute de rapprocher ces deux maladies; mais induire des phénomènes consécutifs d'asphyxie et de congestion pulmonaire qui se produisent dans l'une et dans l'autre que tout le danger est constitué par la contraction des muscles du cou, et qu'en ouvrant la trachée-artère on doit conjurer la strangulation, et partant faire avorter les accès épileptiques, c'est émettre un paradoxe incapable d'en imposer aux médecins qui ont fait une étude sérieuse de ces deux maladies.

Il y a sur deux autres points de cette observation quelques réserves à faire. La durée du premier accès a-t-elle réellement été d'une heure et celle des suivants d'un quart d'heure? Il est difficile de l'admettre lorsqu'on sait que les accès les plus longs ne dépassent pas quelques minutes. Il est vraisemblable qu'on a confondu en un seul accès des accès rapprochés. Après des attaques aussi prolongées et aussi graves, la malade eût-elle repris toute sa connaissance et se fût-elle trouvée bien, à l'exception d'un peu de mal de tête et de chaleur à la peau, pendant l'interruption d'une heure qui a suivi l'accouchement?

Une dernière remarque : l'indication de terminer l'accouchement était sans doute évidente; mais pourquoi, si le col était dilaté et les parties dilatables, le terminer par la crâniotomie (sans dire si l'enfant était mort, et l'époque rapprochée du début de la maladie devait le faire présumer vivant), lorsqu'il pouvait être terminé aussi facilement par le forceps? C'est là un mépris gratuit pour la vie du fœtus qui est trop familier à la pratique des accouchements en Angleterre. (*Assoc. med. journ.* et *Gaz. hebd.*)

GOITRE ET CRÉTINISME ENDÉMIQUES

du département du Bas-Rhin.

Le docteur Tourdes, un des professeurs les plus éminents de la Faculté de médecine de Strasbourg, a recueilli sur l'endémie goîtreuse du département du Bas-Rhin des documents pleins d'intérêt. La question du goître préoccupe avec raison l'administration, qui a demandé aux conseils d'hygiène des renseignements qui lui permissent de dresser une statistique exacte du goître et du crétinisme en France.

Bien que le goître et le crétinisme deviennent d'année en année plus rares et moins intenses, ils se présentent encore dans le Bas-Rhin avec une extension que sa richesse ne faisait point prévoir ; ajoutons que peu de départements étaient mieux en mesure de répondre d'une manière précise aux questions posées par le ministre de l'intérieur. Les médecins cantonaux consultés ont fourni les matériaux que le professeur Tourdes a complétés et coordonnés ; ils ont ainsi donné une preuve de plus des services qu'est appelée à rendre l'organisation de la médecine cantonale, dont le département du Bas-Rhin a pris depuis longtemps l'heureuse initiative.

Voici les principales conclusions de ce mémoire :

1° Le crétinisme et le goître existent encore à l'état endémique dans le département du Bas-Rhin ; le recensement effectué en 1852 par les médecins cantonaux constate les résultats suivants :

Arrondissement de Strasbourg.	Crétins,	99;	goîtreux,	160
—	Schlestadt.	— 26	—	655
—	Wissembourg.	— »	—	8
—	Saverne.	— »	—	50

Il existe donc un total de 998 individus atteints à divers degrés de cette dégradation de l'espèce humaine; ce nombre même n'est qu'un minimum évidemment dépassé par la réalité.

2° Le goître et le crétinisme ont pour siége principal les bords du Rhin; deux vallées des Vosges sont aussi atteintes.

3° La portion du territoire comprise entre le Rhin et l'Ill peut être considérée comme le principal foyer du crétinisme et du goître dans le département du Bas-Rhin; sur une longueur d'une cinquantaine de kilomètres, les terrains situés entre la rivière et le fleuve sont bas et humides, exposés à des inondations fréquentes, et, malgré de grands travaux d'assainissement, couverts encore de marécages.

4° Dix autres communes sont situées dans le voisinage du Rhin, au delà l'embouchure de l'Ill, sur des terrains humides que traversent deux de ses affluents, la Zorn et la Moder. On y compte environ 43 crétins et 76 goîtreux ; la plupart de ces communes appartiennent au canton de Bischwiller. Les bords du Rhin changent plus loin de nature; ils se relèvent et deviennent sablonneux ; l'endémie cesse alors; elle n'existe plus dans les cantons de Seltz et de Lauterbourg. Toute la région à goître se compose d'alluvions modernes.

5° En général les vallées des Vosges qui appartiennent au département du Bas-Rhin sont exemptes du crétinisme et du goître ; deux exceptions seulement ont été signalées. Le val de Villé dans l'arrondissement de Schlestadt, un groupe de quatre communes dans l'arrondissement de Saverne sont les seules parties des Vosges comprises dans le département où l'on ait constaté l'existence du crétinisme et du goître endémiques; ces villages renferment une douzaine de crétins et environ 90 goîtreux. Les causes de l'endémie n'ont pas été déterminées; mais les communes où elle règne, surtout celles du val de Villé, comptent parmi les plus pauvres du département. Les alluvions modernes se continuent dans le val de Villé.

6° La partie moyenne du département, les plaines et les collines qui s'étendent du Rhin et de l'Ill aux Vosges sont entièrement exemptes de cette affection.

7° On a constaté la présence de la magnésie dans les eaux de quelques communes où règnent le goître et le crétinisme; la même substance a été rencontrée dans les eaux d'autres communes où l'endémie est en décroissance et où elle est même entièrement inconnue.

8° Le sexe féminin a prédominé d'une manière évidente parmi les victimes de l'endémie.

9° Le goître et le crétinisme ont notablement diminué dans le département du Bas-Rhin; l'âge de la plupart des crétins indique que la génération actuelle échappe en grande partie à cette infirmité. La décroissance de l'endémie a particulièrement coïncidé avec l'assainissement du sol et avec le dessèchement des marais; on peut encore signaler l'influence générale des améliorations introduites dans l'hygiène des populations.

En ce qui concerne spécialement Strasbourg, les principaux faits observés par l'auteur peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° L'endémie goîtreuse règne à Strasbourg comme dans toute la portion du département qui est comprise entre le Rhin et l'Ill. L'influence endémique, faible dans la ville, est très prononcée dans la banlieue, où elle produit encore le crétinisme : la Robertsau, le Neuhof, le Neudorf, classés dans cet ordre, sont les principaux foyers de cette endémie.

2° L'endémie goîtreuse est en décroissance dans la ville et dans la banlieue de Strasbourg; cette décroissance a coïncidé avec l'assainissement du sol.

3° L'endémie goîtreuse paraît être en grande partie causée par l'influence marécageuse; elle semble indépendante de la qualité des eaux.

4° L'hérédité a une influence évidente sur la propagation du goître; les scrofules et la détérioration de la constitution paraissent y disposer.

5° Le goître congénial est encore observé à Strasbourg; on l'a vu occasionner la mort. Le goître se montre dès le premier âge et en proportion d'autant plus forte que l'endémie est plus prononcée; le nombre des goîtres augmente dans la seconde enfance et aux approches de la puberté; sa fréquence se soutient à l'âge adulte : elle a paru augmenter dans la vieillesse; l'augmentation par le progrès de l'âge est plus prononcée chez les femmes que chez les hommes.

6° La plus grande fréquence du goître chez les femmes a été un fait général. Cette prédominance est indépendante de la grossesse et de l'accouchement et de certaines habitudes locales, telles que celle de porter des fardeaux très lourds sur la tête; cette prédominance du sexe féminin s'est montrée dès le premier âge. Elle est plus prononcée dans la seconde enfance ; elle se maintient pendant toute la durée de la vie.

7° L'augmentation du volume de la glande thyroïde sans lésion appréciable à l'extérieur est le symptôme habituel du goître endémique. Cette augmentation de volume est le plus souvent accompagnée de dégénérescence colloïde. Le goître colloïde est la forme la plus ordinaire du goître endémique à Strasbourg; les kystes colloïdes ou sanguins ont été les altérations les plus communes dans les goîtres anciens.

8° Le goître est plus fréquent et plus développé dans le lobe droit que dans le lobe gauche de la glande thyroïde; cette prédominance du côté droit a été remarquée dans les deux sexes et à tous les âges. A l'état physiologique, le lobe droit de la glande thyroïde est plus volumineux et plus lourd que le lobe gauche.

9° Quelques faits semblent indiquer une concordance entre le développement de la rate et celui de la glande thyroïde.

(*Archives de médecine*).

LA POMMADE CUIVREUSE.

Par M. le professeur Hoppe (de Bâle).

L'auteur a retiré de l'emploi de la pommade cuivreuse des avantages tellement signalés, qu'il n'hésite pas à la mettre au premier rang parmi les pommades résolutives. Toutefois, il est loin de vouloir en faire un remède infaillible. Elle rend, dit-il, des services signalés, mais on ne doit pas s'attendre à ce qu'elle amène toujours les résultats que l'on désire.

M. Hoppe a employé la pommade de cuivre dans les cas suivants :

1° *Dans les taches de la cornée.* Ici, dit-il, j'ai commencé par un demi-grain d'oxyde noir de cuivre (*cuprum oxydat. nigr.*) sur un gros d'axonge, et j'ai augmenté jusqu'à 5 et 10 grains. Je faisais introduire une ou deux fois par jour une petite quantité de cette pommade dans l'œil. Elle a fait disparaître des taies étendues, anciennes et épaisses.

2° *En frictions sur les tempes dans les maladies des yeux*, au lieu d'onguent mercuriel, avec ou sans belladone. L'auteur prescrit un demi à 1 scrupule sur 2 gros de graisse, avec des substances narcotiques. C'est surtout dans les inflammations de la glande lacrymale, du tissu cellulaire de l'orbite, de la muqueuse palpébrale, etc., que la pommade produit de bons effets.

3° *Contre la tuméfaction du conduit auditif externe* par suite d'inflammation chronique du tissu cellulaire.

4° *Contre l'induration des glandes salivaires.* Elle se dissipe en peu de jours sous l'influence de la pommade cuivreuse.

5° *Contre les engorgements et les indurations des glandes du cou.* Dans ces affections chroniques et difficiles à guérir, la pommade de cuivre rend de très grands services; elle ramollit et fait diminuer de volume les glandes lymphatiques devenues sarcomateuses, mieux que tout autre remède. L'auteur a vu disparaître par les seules frictions des engorgements glanduleux très durs et très volumineux. Cependant, il est resté quelquefois des tubercules qui ont résisté à la pommade, et qu'aucun traitement, soit externe, soit interne, n'a pu entièrement dissiper. C'est ce qui arrive souvent, par exemple, quand il existe des masses glanduleuses composées d'un grand nombre de ganglions tuméfiés qui donnent à l'ensemble un aspect bosselé et difforme. La pommade produit un ramollissement remarquable de ces tumeurs, mais ne les dissipe pas toujours complétement, soit parce que les malades ne persistent pas avec la même régularité dans le traitement, soit parce que plusieurs ganglions sont atteints d'une dégénérescence fibroïde. Malgré ces insuccès, l'auteur répète à plusieurs reprises qu'il ne connaît aucun remède fondant aussi efficace.

6° *Contre les goîtres.* — La pommade est complétement inefficace dans le traitement des tumeurs enkystées, dures, fibroïdes, comme dans les tumeurs sarcomateuses du cou; mais dans les goîtres ordinaires elle rend d'incontestables services en les faisant fondre rapidement.

7° *Contre les engorgements des glandes mammaires* la pommade d'oxyde de cuivre est des plus efficaces, qu'ils soient récents ou anciens.

Nous passerons sous silence l'hypertrophie du foie, de la rate, des ovaires, de l'utérus, affections qui ont en général paru peu céder aux frictions cuivreuses; tandis que l'auteur se loue de leur emploi dans le traitement du carreau, de l'orchite et de l'engorgement glanduleux de l'aine et de l'aisselle.

L'auteur a encore employé les mêmes frictions dans une foule de maladies dont l'énumération serait trop longue; qu'il nous suffise de dire que, partout où l'onguent mercuriel est indiqué, M. Hoppe l'a remplacé avec avantage par sa pommade, et il espère que cette substitution finira par être généralement admise, à l'exception des cas où l'on désire obtenir une action spécifique du mercure.

Son emploi, même à haute dose, n'exerce aucune action générale fâcheuse sur l'économie; mais elle a l'inconvénient de produire

facilement des éruptions papuleuses qui peuvent même s'ulcérer. Dès que la peau se trouve ainsi irritée, il faut suspendre l'emploi de la pommade et recourir au cérat ou à une pommade de zinc. L'auteur a toujours employé l'oxyde noir de cuivre à la dose de 15, 20 ou 30 grains (1 gr. à 1 gr. 50) sur 1 once (30 grammes) de graisse ou mieux d'onguent rosat. Comme le contact de cette pommade est très désagréable, l'auteur la fait étendre matin et soir sur les parties malades, recouvre d'un linge de toile les parties graissées, met par-dessus une couche de ouate et un morceau de flanelle et enveloppe le tout d'une bande.

(*Deutsche Klinik* et *Gaz. méd.*)

NOUVEL APPAREIL

pour éclairer artificiellement le conduit auditif quand le chirurgien veut explorer ce canal.

Par M. le docteur E. Triquet.

« Ce qui parait de l'oreille sans dissection comprend deux par- » ties, savoir : celle qui paraît hors la tête, qu'on appelle absolu- » ment oreille, et celle qui est enfoncée, qu'on appelle le trou de » l'oreille ou le conduit de l'ouïe » (*conduit auditif externe*) (1).

L'oreille est formée par un cartilage assez épais qui est revêtu d'une peau mince et délicate, garnie, particulièrement chez les jeunes sujets, de quelque peu de graisse, sous laquelle se rencontre encore une autre enveloppe *fibreuse* qui embrasse immédiatement tout le cartilage; ce cartilage fait ordinairement quelques replis qui conduisent et se terminent enfin à une cavité qu'on appelle la conque, parce qu'elle ressemble à l'entrée de la coquille d'un limaçon.

Ce qu'on appelle le trou de l'oreille est un conduit dont la conque est comme le vestibule, et qui mène à une membrane qui a reçu le nom de membrane du tympan. Ce conduit est en partie cartilagineux et en partie osseux; la partie cartilagineuse est formée par le rétrécissement de la conque : cette partie est longue d'environ 1 centimètre; la portion osseuse ou profonde qui lui fait suite a de 3 à 4 centimètres : les deux parties réunies, cartilagineuse et osseuse, forment un canal d'environ 5 centimètres de profondeur. Ce canal n'est pas droit; il offre plusieurs courbures, dont la principale est de bas en haut et d'avant en arrière : la paroi supérieure est plus courte que l'inférieure; toutes les deux sont revêtues à leur surface interne par un prolongement de la peau qui s'amincit à mesure qu'elle s'enfonce dans le conduit, et va un peu plus loin, par une disposition particulière des couches qui la composent, former de toutes pièces un diaphragme rond ou plutôt ellipsoïde, nommé tympan. Ce diaphragme sert de séparation naturelle entre l'oreille externe, constituée en grande partie par le conduit auditif, et l'oreille moyenne ou la caisse, dont je n'ai point à m'occuper ici.

Mais je veux surtout fixer l'attention sur la courbure propre au conduit auditif; cette courbure est telle que, dans la position normale des parties, un œil exercé ne peut apercevoir le tympan. Pour explorer cette membrane, qui est comme la clef du diagnostic des maladies de l'appareil acoustique, il faut s'aider de plusieurs moyens :

1° Tirer le pavillon en haut et en dehors.

2° Redresser ainsi sa courbure.

3° Mais chez le plus grand nombre des sujets, on n'obtient ce résultat qu'à l'aide du *speculum auris*.

4° Il faut, en dernier lieu, éclairer le conduit ainsi redressé, soit avec un rayon de soleil, quand on le peut, ou bien à l'aide d'une lumière artificielle; c'est le cas le plus fréquent.

La lumière artificielle ne saurait, il est vrai, remplacer celle du soleil; mais en hiver et par les temps brumeux, à Paris surtout, le chirurgien se trouve souvent forcé de recourir au premier de ces deux moyens.

Pour fortifier ou diriger convenablement cette lumière artificielle, plusieurs procédés ont été mis en usage :

1° Archibald Cleland employait une lentille de trois pouces de diamètre, montée sur un manche; derrière cette lentille, il plaçait une forte bougie allumée dont il mettait la flamme en rapport avec le centre du verre grossissant et à la portée du conduit auditif.

2° Un peu plus tard, Bozzini imagina d'augmenter l'action de la bougie en plaçant derrière elle un *miroir concave*.

3° M. Deleau recommanda ensuite un autre appareil formé de deux miroirs concaves entre lesquels la bougie était placée.

4° Buchanan vint ensuite, qui proposa une espèce de lanterne dans laquelle la lumière réfléchie par un miroir concave se trouve dirigée vers un tube métallique muni de deux verres convexes.

5° Kramer, en Allemagne, s'est efforcé de modifier heureusement cet appareil en employant une lampe d'Argand à laquelle est adapté un tuyau de fer-blanc noirci à l'intérieur, long de quinze pouces et portant à chacune de ses extrémités une forte lentille biconvexe.

Cet appareil compliqué ne se trouve pas toujours à la disposition du chirurgien, et, malgré les avantages qu'il présente, son usage ne s'est point vulgarisé.

6° Il y a une dizaine d'années, M. Ménière, imitant Bozzini, eut l'idée de placer derrière la bougie une cuiller d'argent pour remplacer le miroir concave du médecin italien.

On a toujours sous la main une cuiller d'argent, et cette modification est avantageuse. Je ne trouve qu'une seule objection à lui opposer : c'est qu'elle exige l'intervention d'un aide qui tienne d'une main la bougie, de l'autre le réflecteur métallique, à moins que, la bougie étant placée sur une table, l'opérateur ne cherche par une suite de tâtonnements à mettre l'oreille à examiner à la distance *focale* convenable. Cette épreuve préparatoire ne laissera pas que d'être fort gênante pour le chirurgien, qui doit en même temps appliquer le spéculum de l'autre main, préparant ainsi une voie suffisante aux rayons lumineux.

7° Pour éviter ces tâtonnements, exagérés sans aucun doute par chacun des mouvements du malade, si légers qu'ils puissent être, j'ai imaginé le petit appareil suivant :

Il est composé :

1° D'un support à deux valves qui s'ouvrent et s'cartent par la pression d'un ressort.

2° Une bougie allumée est placée entre les valves.

3° Un petit miroir métallique concave est fixé en arrière.

4° Le chirurgien, après avoir préalablement exposé à la vue tout le conduit auditif, au moyen du spéculum tenu de la main gauche, en approche son petit appareil jusqu'à ce qu'il donne une image nette et réfléchie dans toute la longueur du conduit. On comprend qu'avec cet appareil si simple on peut toujours donner au malade, sans tâtonnements ni embarras, telle position que le chirurgien désire, la changer, la varier au besoin, tout en maintenant l'appareil à la distance convenable du conduit qu'il doit éclairer.

MATHIEU.

C'est là une simple modification dérivée de celle de Bozzini et de M. Ménière, mais elle me paraît cependant utile; et chaque jour l'appareil figuré plus haut me rend de grands services pour les démonstrations que j'ai l'habitude de faire à ma clinique.

En effet, il est un grand nombre de surdités dont l'inspection méthodique du conduit auditif externe permet à l'instant de reconnaître la cause, de l'enlever même, en rendant l'ouïe au malade; je veux parler de ces concrétions cérumineuses qui souvent obstruent le conduit auditif, se durcissent en se fragmentant, de façon à revêtir l'aspect et la forme de petits calculs. On en trouve un exemple curieux dans Bartholin (*Journal*, obs. XLV), qui raconte que « sa propre femme, tourmentée d'une surdité, rendit un » beau jour *plusieurs pierres* par le conduit de l'ouïe; après quoi » elle entendit. » Et ce fameux chirurgien de Mons (1) qui a fait tant de bruit pour la guérison des surdités n'en entreprenait que de cette espèce. Pour la reconnaître, il examinait l'oreille de son malade aux rayons du soleil, et quand il découvrait qu'il y avait quelque obstruction dans le conduit, il se servait d'un instrument particulier pour le curer, et il guérissait nombre de sourds.

Ces deux exemples suffisent pour démontrer les soins attentifs que réclame l'examen du conduit extérieur de l'ouïe, et l'utilité des instruments qui doivent rendre cet examen facile.

(1) Duverney, *De l'organe de l'ouïe*, p. 1.

(1) Duverney, *op. cit.*, p. 129, 2e édit.

DISCOURS PRONONCÉ SUR LA TOMBE DE M. FRESNEAU,

pharmacien major, décédé au Val-de-Grâce le 4 décembre 1854,

Par M. le Dr Coulier.

Messieurs,

La mort vient encore de frapper l'un de nos plus chers camarades, l'un de ceux dont la grande et sainte mission est d'aller au loin fermer les blessures et soulager celui qui souffre. Permettez-moi de vous rappeler combien celui que nous venons d'accompagner à sa dernière demeure a su dignement remplir sa tâche, et de déposer sur cette tombe qui va se fermer un dernier témoignage de notre douleur et de nos regrets.

Fresneau (René-Jean) est né le 7 avril 1808 à Doulon, petite ville de la Loire-Inférieure. Entré au service à 23 ans, à 24 il avait reçu le grade de chirurgien sous-aide major. De sérieuses études lui avaient bientôt valu le diplôme de docteur en médecine, et il avait su faire voir dès lors combien on pouvait compter sur son activité et son dévouement. Rappelé au Val-de-Grâce en 1844, il avait été nommé pharmacien aide-major, et depuis cette époque il s'acquittait modestement et silencieusement de son devoir, lorsqu'il reçut l'ordre de partir pour l'armée d'Orient.

Quoique doué d'une constitution maladive, notre confrère n'hésita pas un instant et se rendit à son poste.

Là, un ennemi terrible et implacable attendait nos soldats. Vous avez été témoins des ravages exercés par le fléau au centre même de la civilisation; imaginez ce qu'il doit être dans un pays inconnu, au milieu des embarras inévitables d'une installation nouvelle et difficile.

Là, messieurs, je voudrais pouvoir vous dépeindre notre camarade, chargé par les circonstances d'un service au-dessus de ses forces, toujours debout, toujours prêt à marcher! Je vous le montrerais courant sous chaque tente, portant lui-même les secours et tirant parti de tout ce qui l'entoure pour soulager les malheureux cholériques! Je vous dirais enfin en quels termes flatteurs ses chefs rendaient compte d'une si belle conduite, et quelle récompense lui avait été accordée si, en présence de la mort, au milieu de tous ces monuments du néant des choses humaines, l'orgueil le plus légitime ne devait faire place à de plus grandes et à de plus saintes pensées!

Les secours que Fresneau prodiguait aux malades, il en avait besoin lui-même. Dès le début, il avait ressenti les premières atteintes de l'épidémie. Ses chefs lui donnèrent l'ordre de rentrer en France; ils espéraient que l'air natal lui rendrait les forces et la santé. Vain espoir, qui devait être si promptement déçu! Fresneau ne s'est pas fait un moment illusion sur la gravité de son état; il a vu avec courage la mort s'approcher de son chevet, et il a trouvé dans son cœur et dans la conscience d'avoir religieusement accompli sa tâche la force de s'élever avec calme vers une existence nouvelle.

Cher camarade, ton nom va donc grossir encore cette longue et douloureuse liste de frères que la mort vient de frapper! Ah! du moins tes yeux avant de se fermer ont pu revoir cette terre si chère à tous! cette patrie dont l'absence et le souvenir doivent verser tant d'amertume dans l'âme de celui que la mort surprend loin de son pays et des objets de son affection!

Ta dépouille reposera du moins en France au milieu de tes confrères et de tes amis : c'est en leur nom, c'est au nom de ceux que tu as laissés là-bas témoins de ton dévouement et de ton courage que je t'adresse ce dernier adieu!

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Laforgue, né le 15 juin 1825 à Aurillac (Haute-Garonne); *De l'avortement.*

Prost, né le 19 juillet 1822 à Passy (Seine); *De l'hématocèle rétro-utérine.*

Castelbon, né le 10 mars 1829 à Saint-Pons (Hérault); *Des pleurésies secondaires.*

Destival, né le 11 janvier 1830 à Mirandoux (Gers); *Des maladies des femmes après l'accouchement.*

Guède, né le 18 avril 1828 à Paris (Seine); *De l'emploi thérapeutique du chloroforme.*

Hayer, né le 22 décembre 1827 à St-Laurent-des-Mortiers (Mayenne); *De l'hydrocèle de la tunique vaginale.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 6 décembre, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy est organisée de la manière suivante :

Directeur : M. Edmond Simonin.

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie. — M. Léon Parisot.
Clinique externe. — M. Edmond Simonin.
Clinique interne. — M. Victor Parisot.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Roussel.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Laurens.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Blondlot.

Professeurs adjoints.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Béchet.
Pathologie interne. — M. Demange.
Professeur suppléant, M. Grandjean.
Chef des travaux anatomiques, M. Poincaré.

— Par décret impérial, M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, médecin ordinaire de l'Empereur, a été nommé commandeur de la Légion d'honneur.

— Sont nommés professeurs suppléants à l'Ecole préparatoire de médecine de Toulouse :

MM. Pegot (*médecine*), H. Laforgue (*chirurgie*), Magnes-Lahens (*chimie et pharmacie*). Chef de clinique à ladite Ecole, M. F. Augé.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 146. — MARDI 12 DÉCEMBRE 1854. (27e ANNÉE.) N° 146. — MARDI 12 DÉCEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Giraldès). Abcès du sein. — Cas de fièvre érythémateuse, ou d'érythème scorbutique. Hématurie critique. — Guérison d'un cancer du sein par les applications locales de vapeurs d'iode. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 4 décembre. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 5 octobre. — Choléra à Londres. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 11 DÉCEMBRE 1854.

Séance de l'Académie des Sciences.

Parmi les études de physique du globe qui intéressent indistinctement tous les hommes voués par goût ou par besoin à la culture des sciences, il en est quelques-unes qui offrent en outre un intérêt plus particulier pour nos lecteurs, à cause des déductions ou des applications qui en peuvent être faites à l'étude de certaines questions d'hygiène ou de pathogénie. Telles sont, par exemple, les recherches qui ont pour objet de déterminer l'existence, soit normale, soit accidentelle, de certaines substances dans l'air. Nos lecteurs ne peuvent avoir oublié les belles recherches dont les résultats ont été communiqués dans ces derniers temps à l'Académie, celles de M. Regnault sur la détermination des variations de proportions de l'azote dans divers lieux ; celles de M. Boussingault sur la présence de l'ammoniaque ; enfin, celles de M. Chatin sur l'existence de l'iode dans l'atmosphère. C'est sur ces dernières que nous désirons appeler un instant l'attention.

On sait que M. Chatin a été conduit par une série de déductions de faits précédemment établis à reconnaître la présence d'une certaine quantité d'iode dans l'air. Voici notamment quelques-uns des raisonnements sur lesquels il se fondait pour admettre logiquement la présence de l'iode dans l'air :

L'iode est assez abondant dans les plantes des eaux douces pour y être aisément reconnu. Cette substance ne pouvait être produite par les plantes, qui le puisent nécessairement dans les eaux, il était clair qu'elle devait y être contenue et qu'on eût été en droit d'affirmer le fait alors même que les analyses n'eussent pas permis de le vérifier. Enfin, lorsqu'une eau commune est évaporée après addition préalable de potasse, on trouve son iode dans le résidu ; quand la même eau est évaporée sans potasse, le résidu de renferme plus d'iode ; mais si l'on condense alors l'eau vaporisée, on trouve dans celle-ci tout l'iode qui existait dans l'eau avant sa distillation. Si, dans cette circonstance, la vapeur d'eau n'était pas recueillie, elle irait évidemment dans l'atmosphère, et son iode avec elle.

Or, c'est justement, d'après M. Chatin, ce qui se passe à la surface de la terre dans le grand phénomène de la formation des vapeurs qui s'élèvent sans cesse dans l'air. L'iode existerait donc, suivant cet habile chimiste, au même titre dans l'atmosphère de la terre et dans le dôme d'une cornue où de l'eau est réduite en vapeur ; il tombe de la première avec la pluie, et descend du second avec l'eau condensée.

Mais M. Chatin ne s'en est pas tenu à cette déduction, qui, réduite à ces termes, n'eût eu après tout que la valeur d'une hypothèse plus ou moins plausible. Il a voulu la vérifier et la sanctionner par l'expérience. On connaît déjà les analyses qu'il a précédemment faites dans ce but, ainsi que les résultats concordants des recherches de MM. Marchand, Filhol et Poggiale. Toutefois, comme il lui a été opposé des résultats négatifs, et que la question a pu paraître controversable à quelques bons esprits, il s'est proposé d'instituer une nouvelle série d'expériences qui pussent être aisément répétées et vérifiées par tous les chimistes, et qui fussent de nature à ne laisser subsister aucun doute.

Après avoir successivement cherché et trouvé l'iode dans l'air lui-même d'abord, puis dans l'eau de pluie et dans le givre, il a opéré enfin sur la rosée qu'il a recueillie, comme M. Boussingault l'a fait dans ses recherches sur l'ammoniaque, en étendant une pièce de batiste sur un châssis exposé à l'irradiation nocturne. Or, il a trouvé dans la rosée ainsi recueillie six fois plus d'iode que dans un poids semblable d'eau de pluie.

La facilité avec laquelle on peut se procurer de la rosée par le procédé si simple indiqué par M. Chatin et la précision des procédés chimiques à l'aide desquels on peut y révéler la présence de l'iode devront nécessairement mettre tous les chimistes à même de vérifier l'exactitude des résultats annoncés dans ce travail.

D'après ce que l'on sait aujourd'hui sur le rôle que joue l'iode dans l'organisme, on pressent de quel intérêt peuvent être des recherches qui conduiraient à déterminer les variations de proportion d'iode que renferme l'air dans les différents lieux.

On trouvera au compte rendu une analyse des autres travaux qui ont été communiqués à l'Académie dans cette même séance, analyse suffisante pour que nous puissions nous dispenser de les résumer ici. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GIRALDÈS.

Abcès du sein.

Les quelques considérations qui suivent sont empruntées à une leçon clinique de M. Giraldès. Elles nous ont assez vivement frappé pour que nous espérions les avoir fidèlement retenues. Leur intérêt pratique et leur nouveauté expliquent d'ailleurs suffisamment pourquoi nous avons eu à cœur de les reproduire.

On va voir encore une preuve de plus des lumières que l'anatomie prête si souvent à la pathologie.

Située avec son enveloppe capsulaire au milieu de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée de la région pectorale, la mamelle se trouve là comme suspendue et maintenue en place par une lame fibreuse qui empêche la base de descendre en dépit de toute augmentation de volume, et qui, pour cela même, a reçu le nom de *ligament suspenseur de la mamelle*.

Un point capital dans l'histoire de ce ligament suspenseur, c'est que pour le constituer le *fascia superficialis*, arrivé au niveau de la région mammaire, se divise en deux lamelles, dont l'une semble se fixer sur le bord ou la circonférence de la capsule glandulaire, tandis que l'autre passe par derrière elle en formant une espèce de grande loge que nous appellerons *loge sous-mammaire*, ou *rétro-mammaire*. Cet espace se trouve naturellement rempli par du tissu cellulo-lamelleux et par un réseau lymphatique très serré, bien développé, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants. A l'état pathologique, cette loge retient dans son contour les liquides purulents ou autres qui tendraient à fuser en différentes directions par derrière la mamelle ; à mesure qu'ils s'y accumulent elle se dilate, et la glande se trouve d'autant repoussée tout entière en avant, déplacement en totalité qui constitue un signe précieux pour le diagnostic.

Si maintenant nous examinons la face antérieure de la mamelle toujours revêtue de la capsule, nous verrons que celle-ci, bien loin d'offrir à l'extérieur une surface uniformément lisse et plane, se trouve entrecoupée de distance en distance par des espèces d'éperons fibreux dont les pointes s'attachent au derme en laissant dans leurs intervalles des cavités peu importantes peut-être au point de vue anatomique et physiologique, mais qui le sont beaucoup, au contraire, au point de vue chirurgical. Ces cavités pourraient être appelées les cavités graisseuses de la glande. En effet, elles sont remplies d'une graisse fine contenue dans un tissu cellulo-lamelleux où se distribuent des capillaires artériels et veineux et quelques troncs lymphatiques. Mais voici surtout le point intéressant de la disposition de ces cavités graisseuses. Elles sont de plusieurs ordres. Les unes forment une simple loge terminée plus ou moins vite en cul-de-sac, et qui d'ordinaire ne communiquent point avec les loges voisines. D'autres, au contraire, décrivent un trajet plus long, plus ou moins sinueux, et qui quelquefois même aboutit de l'autre côté de la glande. Les loges qui traversent ainsi la mamelle de part en part sont quelquefois dilatées en leur milieu, et communiquent souvent avec une loge voisine.

Avec ces données anatomiques, rien n'est plus facile à comprendre que le mécanisme de la formation des abcès de la glande mammaire. Ajoutons que la connaissance de ces dispositions n'est pas moins utile au point de vue thérapeutique.

Nous laissons de côté les simples abcès de la couche graisseuse sous-cutanée. Supposé donc d'abord que l'inflammation se soit établie dans les *loges en cœcum*, le pus se fera jour vers la partie antérieure pour y former une ou plusieurs tumeurs circonscrites par les brides fibreuses qui réunissent la glande à la peau. Mais notons bien que ces loges étant d'ordinaire sans communication entre elles, en général aussi, chaque abcès restera séparé jusqu'au bout, chacun d'eux s'ouvrira isolément, et l'ouverture naturelle ou artificielle d'une loge enflammée et suppurée ne permettra le plus souvent pas l'écoulement du pus contenu dans une loge voisine. De là ce précepte qui doit désormais servir de règle au chirurgien : les abcès de la glande mammaire ont besoin d'être ouverts chacun à part et par une simple ponction. Quant aux grandes incisions, que d'autres ont pu croire nécessaires, il faut les éviter ici, par la raison que ces incisions, pouvant porter sur des points de la glande qui ne répondraient point au foyer, seraient pour le moins inutiles.

Au lieu des loges en cœcum, l'inflammation envahit-elle les *cavités anfractueuses qui traversent toute l'épaisseur de la mamelle*, alors le pus, non content de se faire jour en avant et aussi dans les interstices voisins, passe encore quelquefois derrière la glande et s'épanche entre elle et le *fascia superficialis*, c'est-à-dire dans la loge sous-mammaire dont nous parlions plus haut. Les abcès qui siégent en ce point ont reçu de quelques auteurs le nom d'*abcès sous-mammaires* ou *profonds*. Suivant M. Giraldès, jamais ils ne s'y développeraient primitivement, mais toujours ils seraient consécutifs à une inflammation des loges graisseuses. Quoi qu'il en soit, à mesure que du pus s'accumule dans la loge sous-mammaire, ce liquide, comme nous l'avons déjà dit, la dilate et repousse la glande tout entière en avant ; en même temps il communique avec les loges anfractueuses par des pertuis étroits placés très défavorablement pour permettre l'écoulement du liquide. Alors on observe des abcès considérables communiquant à l'extérieur par des trajets qui aboutissent à un point plus élevé que celui qui correspond à la cavité dans laquelle le pus est contenu. On comprend ainsi la formation de ces abcès en forme de *bouton de chemise*, comme M. Velpeau les a appelés dans un langage non moins juste que pittoresque.

A propos de M. Velpeau, disons que dès l'époque de son petit *Traité des maladies du sein* il a parfaitement reconnu et décrit les abcès en question ; seulement il n'avait pas cherché à en donner la raison anatomique. Maintenant, pourquoi ces abcès sont-ils généralement réputés si difficiles à guérir ? C'est ce que nous explique le mécanisme même de leur formation. En effet, ayant un abcès quelquefois énorme, et disposé pourrait-on dire en partie double, une de ses parties siégeant en arrière de la glande, l'autre en avant et unie à la première par un espace plus ou moins rétréci : si la nature ou le chirurgien se contentent d'une ouverture à la partie antérieure, le pus n'en continuera pas moins à s'accumuler dans la poche postérieure, qui est non-seulement la plus volumineuse, mais aussi la plus basse. L'abcès ne sera alors vidé que par intervalles, et, disons-le, par le mécanisme de fontaines miraculeuses ou intermittentes ; de sorte que même en s'aidant des injections irritantes et de la compression, on n'arrive point en général à des résultats bien merveilleux, et l'on ne fait guère le plus souvent que retarder la nécessité de larges contre-ouvertures. Toutes les fois donc qu'on a affaire à un abcès de ce genre, il convient de l'ouvrir de bonne heure et très largement à la circonférence de la glande, afin de mieux permettre l'écoulement du liquide. Une telle ouverture évitera presque toujours le besoin d'en faire d'autres, et la guérison se fera rapidement, sans avoir été entravée, comme dans le cas contraire, par la formation de ces clapiers qui dissèquent la mamelle presque en totalité. Mais quelquefois il se passe un temps plus ou moins long avant que l'abcès glandulaire arrive jusqu'à la loge sous-mammaire ; force sera bien alors au chirurgien de se contenter d'ouvertures faites à la partie antérieure des cavités graisseuses. Mais tant s'en faut que l'abcès soit toujours arrêté par là dans sa marche ; plus d'une fois, au contraire, soyons-en bien prévenus, cela ne dispensera pas cependant d'en venir plus tard à une large incision faite à la base de la mamelle dans le lieu déclive.

Et quand les opérations convenables ont été faites, il ne faut pas croire, comme cela arrive trop souvent, que tout est fini. Il est un élément dont sans contredit on a fait trop bon marché dans les maladies chirurgicales : nous voulons parler de l'état général des sujets. Cet état général, il importe bien pourtant d'en tenir compte, car plus d'une fois même on l'a vu diminuer complétement l'affection locale ; plus d'une fois celle-ci lui a dû toute ou la plus grande partie de sa gravité. Pour nous en tenir aux abcès du sein : supposé, par exemple, qu'on ait affaire à une femme d'un tempérament lymphatique ou affaiblie par une couche laborieuse, etc., le meilleur moyen de tarir vite la suppuration, le meilleur moyen d'éviter les accidents si terribles d'infection purulente, etc., c'est, en même temps qu'un traitement local bien entendu, une médication corroborante qui s'adresse à la constitution

tout entière, et travaille à la relever le plus promptement possible.

Aristide GLEIZE.

CAS DE FIÈVRE ÉRYTHÉMATEUSE,

ou d'érythème scorbutique, hématurie critique.

Par M. LIÉGEY, docteur-médecin.

Parmi les dermatoses si variées qui règnent de nouveau d'une manière épidémique dans le Doubs, j'ai rencontré le cas suivant, qui me semble intéressant à plus d'un titre.

Le 4 avril dernier, dans la matinée, je fus demandé pour donner des soins à une femme de notre ville.

Cette femme, âgée de quarante-six ans, vivant dans un état voisin de l'indigence, est née de parents faiblement constitués, morts à un âge peu avancé, et dont l'un, le père, était asthmatique. Elle-même est affectée de cette maladie depuis son enfance. Malgré sa constitution chétive et cette infirmité, elle a vu ses cinq grossesses se terminer d'une manière heureuse, la dernière il y a huit ans. Menstruée de bonne heure, elle l'a été régulièrement après comme avant ses grossesses, excepté dans ces derniers temps, où, après avoir été trop abondante aux trois époques précédentes, la menstruation s'est suspendue. C'était deux mois avant ma visite.

A partir de l'époque de cette suppression, la femme L... vit s'accroître encore des sueurs déjà abondantes auxquelles elle était sujette depuis deux ans environ. Ces sueurs, associées à des douleurs rachidiennes s'irradiant dans diverses parties, constituaient un degré de cette suette chronique qu'il est ordinaire chez nous, depuis quelques années, de rencontrer à côté de la suette aiguë, et, comme celle-ci, jointe ou non à la miliaire. Les sueurs, chez notre malade comme chez beaucoup d'autres, n'avaient lieu que la nuit.

Sans cause connue, ces sueurs s'étaient supprimées depuis deux jours, lorsque le 12 avril, dans la soirée, la malade fut prise tout à coup d'un violent frisson avec tremblement général. S'étant mise au lit, elle y éprouva bientôt une chaleur brûlante qui resta sèche, une céphalalgie sus-orbitaire, une rachialgie, une oppression plus grande qu'antérieurement, une toux sèche, un mal de gorge, une lassitude générale, des douleurs crampeuses dans les membres, les inférieurs surtout, et de la soif. L'angine ne dura guère que deux jours, mais les autres phénomènes continuèrent, avec des variations, il est vrai, dans leurs degrés. Au troisième jour, des tuméfactions rouges, brûlantes, très dures et comme noueuses, apparurent sur les membres supérieurs. Le lendemain, des tuméfactions du même genre se produisirent aux membres inférieurs. Ces tuméfactions s'accrurent pendant quelques jours, puis elles changèrent de caractère, et lorsque je vis la malade je constatai ce qui suit :

Grand abattement, position demi-assise sur le lit, amaigrissement très prononcé, teint jaunâtre, lèvres couvertes de pellicules noirâtres; dents déchaussées, violacées, en suppuration; langue couverte d'un enduit blanc sale; haleine fétide, soif assez vive, nausées, constipation depuis plusieurs jours; urines rouges, briquetées, rendues à de longs intervalles; légère céphalalgie sus-orbitaire; toux avec expectoration muqueuse, difficile; grande oppression; douleurs rachidiennes dorsales, augmentant par la pression de l'extrémité des doigts, mais non par la pression faite avec la main posée à plat; aucune matité anomale, et, au contraire, une grande sonorité dans toute l'étendue de la poitrine; râles bronchiques; battements de cœur fréquents, peu intenses et isochrones aux pulsations radiales; peau chaude et sèche. Les membres supérieurs et inférieurs sont presque entièrement marbrés de teintes ecchymotiques, et çà et là se voient, surtout à la partie antérieure des jambes et à la partie postérieure des bras, des tuméfactions bleuâtres, encore dures et sensibles à la pression. La pression excite aussi des douleurs le long du trajet des principaux nerfs des membres et aux articulations tibio-fémorale, huméro-cubitale, où cependant ne se remarquent ni gonflement, ni rougeurs. La malade ne peut mouvoir ces parties sans éprouver de vives souffrances.

Je prescris le tartre stibié à dose éméto-cathartique (tartre stibié, 10 centigrammes; eau, 100 grammes; sirop simple, 32 grammes; à prendre la moitié dans deux verres d'eau tiède, l'autre moitié immédiatement après dans un litre d'eau miellée par demi-verre chaque quart d'heure).

Sous l'influence du tartre stibié pris ainsi et dans l'après-midi de nombreuses évacuations gastriques et intestinales bilieuses eurent lieu promptement.

Le 5, la toux et l'oppression avaient beaucoup diminué. Même médication, mêmes évacuations. Bouillons pour nourriture.

Le 6, je constate une nouvelle amélioration sous le rapport des phénomènes pectoraux; une moiteur générale a commencé à se produire. Bouillons plus substantiels.

Le 7, pendant toute la journée et depuis la nuit précédente la malade éprouve dans les membres des douleurs bien plus vives qu'auparavant. Mais, dans la nuit du 7 au 8, elle jouit d'un grand calme, et elle aurait dormi constamment, dit-elle, si deux fois elle n'avait éprouvé le besoin d'uriner, ce qu'elle a fait sans éprouver autre chose qu'un léger ténesme vésical; aussi le matin est-elle fort surprise de voir dans le vase de nuit du sang bien rouge au lieu d'urine. Plusieurs fois dans la journée elle urine encore du sang, mais mêlé à une forte proportion d'urine et altéré dans sa couleur, devenue noirâtre. Pendant toute cette journée, comme ensuite, la malade transpire et souffre à peine. Elle manifeste beaucoup d'appétit; je permets des potages.

Le 9, cette femme commence à se lever. Je constate la continuation des sueurs et la diminution des autres accidents, particulièrement des tuméfactions et des taches. La menstruation s'est reproduite. Augmentation de nourriture, vin coupé d'eau.

Le 25, cette femme, sauf un reste de faiblesse, est à peu près dans le même état qu'avant sa maladie. On ne remarque plus aucun gonflement, mais seulement de légères taches citrines, derniers vestiges de l'érythème. Cette femme n'a plus eu, et la nuit seulement, que des sueurs médiocres qui rappellent le commencement de celles qu'elle a éprouvées avant la maladie. Son appétit et son sommeil ont continué à être bons, mais ses gencives offrent encore le cachet scorbutique. Je quitte la convalescente en lui conseillant l'usage des amers, des ferrugineux et des gargarismes acidulés.

Ce cas m'a surtout intéressé sous le rapport de l'hématurie qui bien certainement y a joué le rôle de crise. C'est le premier cas d'hématurie critique que j'aie observé; mais j'ai souvent vu d'autres crises hémorrhagiques dans les pyrexies. Dans un mémoire sur les névroses fébriles que publie le *Journal des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, je cite un cas d'hématémèse critique. La crise hémorrhagique la plus fréquente, c'est l'épistaxis. Je la constate pour ainsi dire chaque jour au milieu de notre nouveau règne de fièvres éruptives (rubéoliques, scarlatineuses, urticaires, miliaires, etc.), qui assez souvent prennent un caractère de malignité, de perniciosité. Plusieurs fois, le malade étant dans une situation grave, j'ai, d'après l'apparition d'une épistaxis légère ou médiocre, annoncé une heureuse terminaison, qui a eu lieu en effet. Malheureusement dans certains cas, par le fait de la disposition particulière du sujet ou d'autres circonstances, la crise peut aller au delà du but et mettre le malade dans une situation périlleuse, ainsi que cela se voit dans le cas que je vais citer.

Etat général annonçant une fièvre éruptive. — Epistaxis inquiétante. — Eruption miliaire ensuite.

Le 20 avril dernier dans la soirée, je fus demandé chez un cafetier de Besançon pour son enfant, petite fille de deux ans et demi.

Cette enfant, lymphatique et nerveuse, vaccinée, mais n'ayant pas encore eu la rougeole, éprouvait depuis le 12 un abattement qui était allé croissant, de la fièvre, de la céphalalgie frontale, avec coryza et larmoiement, un léger mal de gorge, une toux un peu rauque revenant par quintes irrégulières et accompagnées d'oppression, et un léger flux.

Je trouvai à la malade l'air abattu, le visage médiocrement coloré, la peau chaude, sans moiteur appréciable ni aucune éruption; la langue blanche avec un piqueté rose, les yeux larmoyants et offrant une injection manifeste des conjonctives oculaire et palpébrale. D'après l'ensemble de ces signes, mais surtout d'après cette injection, je diagnostiquai une fièvre éruptive dont l'éruption se trouvait retardée par une cause que je ne pouvais apprécier.

Comme dans des cas analogues il m'était arrivé de favoriser le développement de l'éruption par l'administration de l'ipéca à dose vomitive et de frictions sèches ou de frictions avec des liquides irritants, le vinaigre, par exemple, je prescrivis des frictions de ce genre à commencer le jour même et pour le lendemain une dose vomitive d'ipécacuanha.

Dans la nuit du 20 au 21, vers deux heures du matin, le père de cette enfant vint me chercher en toute hâte en me disant qu'elle rendait beaucoup de sang par la bouche.

Bien que j'eusse fait diligence, elle avait en effet perdu beaucoup de sang lorsque j'arrivai près d'elle : deux mouchoirs étaient presque entièrement rougis par ce liquide, qui souillait le devant de la chemise, la bouche et le menton de la malade, mais non l'ouverture de ses narines. Cette enfant était fort affaiblie, et il était heureux que l'hémorrhagie eût presque cessé. La frayeur des parents était d'autant plus grande que l'absence du sang à l'ouverture des narines, jointe à la toux qui avait précédé l'émission de ce liquide par la bouche, leur faisait croire que l'hémorrhagie venait de la poitrine. Telle n'était pas mon opinion, et déjà même avant de voir l'enfant j'avais l'idée d'une épistaxis. L'émission du sang par la bouche et non par l'ouverture antérieure des fosses nasales s'expliquait par cette circonstance que l'enfant était restée couchée la tête aussi basse que le corps; ce qui fut mis hors de doute lorsque, ayant placé cette enfant dans la position demi-assise qu'il convenait de lui donner, on vit s'écouler quelques gouttes de sang par les narines.

Une circonstance qui aurait suffi cependant pour faire songer à une épistaxis, c'est que la malade, depuis la veille au soir, avait éprouvé des chatouillements, des picotements dans le nez, où souvent elle avait introduit ses doigts, surtout peu de temps avant le début de l'hémorrhagie, c'est-à-dire vers une heure et demie du matin. Les sensations que je viens d'indiquer étaient encore telles lors de ma visite, que l'on avait grand'peine à empêcher une nouvelle introduction des doigts. La perte de sang, qui, comme je l'ai dit, avait fort affaibli l'enfant, l'avait aussi fait pâlir, et néanmoins la peau offrait une certaine chaleur accompagnée d'un peu de moiteur. On me dit que quelques instants avant mon arrivée il y avait une vive coloration, une chaleur vive et sèche ayant succédé à un refroidissement général bien prononcé, qui avait servi de prélude à l'hémorrhagie.

Pas n'est besoin de dire que dès mon entrée dans la chambre, dont l'air était chaud et non renouvelé depuis longtemps, j'en ai fait ouvrir les fenêtres. J'ai conseillé d'entretenir pendant quelque temps sur le front et sur le nez des compresses imbibées d'eau vinaigrée froide, de donner pour boisson une légère limonade fraîche de citron, de continuer les frictions générales. Mais l'épistaxis me paraissant une contre-indication à l'emploi de l'ipéca prescrit la veille, je dis de ne pas l'administrer.

L'hémorrhagie cesse bientôt, ne se reproduit ni dans le reste de la nuit, ni dans la journée suivante. Dans cette journée je vois trois fois la malade, que je trouve beaucoup moins abattue que pendant la nuit. A la visite du matin (8 heures), je constate quelques vésicules miliaires dans la région dorsale; à la seconde visite (midi), l'éruption a pris de l'extension; à la troisième visite (8 heures du soir), l'éruption miliaire s'est étendue à une grande partie du tronc, et l'enfant éprouve une transpiration bien sensible.

La nuit, en présence de l'hémorrhagie, et pensant que chez cette enfant, comme chez d'autres que j'avais observés, cette hémorrhagie pourrait se reproduire d'une manière périodique, j'avais songé, pour en prévenir le retour, aux préparations de quinquina; mais l'affection cutanée ayant lieu, et bien que n'ayant pas encore son entier développement, je crus que ces antipériodiques n'étaient point indispensables, car j'espérais que si, malgré l'éruption, l'épistaxis se reproduisait, elle serait beaucoup moindre que la première fois.

Il en fut ainsi; à deux heures du matin, dans la nuit du 21 au 22, l'enfant eut une légère épistaxis.

Le 22, vers le milieu de la matinée, l'éruption miliaire était générale. L'enfant était moins faible et demandait des aliments. Je permis de lui donner de temps en temps un peu de bon bouillon.

Le 23, cet aliment ne suffit plus; l'éruption continue. J'accorde de la semoule au gras.

Le 24, commencement de furfuration; augmentation de l'appétit et de la nourriture, que depuis lors on continue pendant quelques jours à augmenter.

Le 30, je rencontre en rue cette enfant sur le bras de sa mère, et qui ne conserve plus de sa maladie qu'un peu de faiblesse et une légère transpiration la nuit.

GUÉRISON D'UN CANCER DU SEIN

par les applications locales de vapeurs d'iode.

Il est des faits que l'on ne saurait enregistrer sans être pris de doute à leur lecture, parce que les résultats obtenus sont évidemment en disproportion avec la puissance de l'agent thérapeutique employé. Ce n'est pas la première fois que l'iode a été mis en usage contre le cancer et avec des succès qui avaient donné les plus grandes espérances : malheureusement les expériences ultérieures sont venues montrer que tous ces grands succès reposaient sur des erreurs de diagnostic. Le mode particulier d'application de l'iode, qui rappelle celui proposé par M. Hannon, ainsi que le peu d'inconvénients qu'il y a à changer cette médication dans les cas douteux, nous engagent cependant à parler du fait de M. Eichmann.

Une femme de quarante-sept ans, bien portante, et dont la famille n'offrait aucun antécédent de cancer, reçut, il y a un an et demi, un petit coup sur le sein : une grosseur dure, corrosive, mobile, se forma à ce niveau.

Ses règles ayant disparu il y a dix-sept mois, la tumeur devint douloureuse, inégale; en même temps plusieurs autres petites grosseurs, unies entre elles par des cordes indurées, se formèrent autour de la première; bientôt elles s'unirent toutes ensemble, et la tumeur unique qui résulta de leur fusion s'accrut en s'étendant vers le creux de l'aisselle.

Dans les trois dernières semaines des douleurs lancinantes s'y étaient montrées; ces douleurs ne redoublaient pas à la pression. La peau était adhérente à la tumeur et les follicules sébacés distendus par une matière noirâtre.

Quoique la tumeur s'accrût de jour en jour, la malade refusa de se soumettre à l'extirpation. C'est pourquoi M. Eichmann prescrivit, sans y compter en aucune façon, l'application d'un sachet de toile plein de ouate, et renfermant aussi de l'iode. Un emplâtre agglutinatif fut appliqué par-dessus le sachet, et l'iode fut renouvelé tous les quinze jours. Au bout d'un mois, l'état de la malade était grandement amélioré, et après dix-sept semaines encore le squirrhe avait entièrement disparu. (*Bull. de thér.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 décembre 1854. — Présidence de M. COMBES.

Sur la présence de l'iode dans l'air. — M. Chatin présente un mémoire sur la recherche de l'iode de l'air par la rosée. (Voir plus haut.)

Action du fluide séminal sur les corps gras neutres. — M. Longet communique un extrait sommaire d'un travail qu'il se propose d'adresser prochainement à l'Académie, et dans lequel sont consignés les résultats de ses recherches concernant l'action de divers liquides de l'économie animale sur les matières grasses. Cet extrait se rapporte au *fluide séminal* étudié sous ce point de vue.

1° Si l'on mélange avec le fluide séminal une matière grasse neutre (de l'huile d'olives, par exemple) et si on les agite ensemble, le mélange se transforme aussitôt en un liquide semblable à du lait; il se fait une émulsion. Celle-ci est tellement parfaite que, jusqu'au moment même de la putréfaction (avec une température de + 15° à + 20°), le liquide blanc et crémeux ne change pas du tout d'apparence, et qu'il n'y a par le repos aucune séparation entre la matière grasse et le fluide séminal.

2° Lorsqu'un pareil mélange a été maintenu au bain-marie entre + 35° à + 40° pendant quatorze à seize heures, on constate que sous l'influence du liquide séminal la graisse n'est pas seulement divisée et émulsionnée, mais qu'elle est en outre modifiée chimiquement; car la matière grasse neutre et le fluide séminal alcalin forment au moment de leur mélange un liquide blanc laiteux à réaction alcaline, tandis qu'après le laps de temps indiqué le même liquide présente une réaction sensiblement acide.

Si parmi les fluides animaux le fluide séminal n'est pas le seul à produire la saponification des graisses, c'est-à-dire leur décomposition en glycérine et en acide gras, je n'hésite pas à affirmer, dit l'auteur, que du moins il est celui qui possède ce pouvoir au plus haut degré.

Physiologie des paralysies. — M. Marshall Hall adresse sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les passages qui suivent :

Puisqu'il y a deux principaux centres nerveux, le cerveau et la moelle épinière, il doit y avoir deux ordres spéciaux de paralysies : le premier où l'influence du cerveau, le second où l'influence de la moelle épinière est anéantie ou interceptée.

J'appelle *paralysie cérébrale* la paralysie dans laquelle l'influence du cerveau est interceptée, et *paralysie spinale* la paralysie dans laquelle l'influence de la moelle épinière est interceptée. Cela ne veut pas dire qu'il y a maladie du cerveau ou de la moelle épinière dans ces cas respectivement, mais bien que l'influence de ces organes est, par quelque cause ou maladie que ce soit, annulée par rapport aux muscles des membres paralysés. L'hémiplégie (1) produit ordinairement une paralysie cérébrale, mais aussi dans les cas très forts une paralysie spi-

(1) L'auteur entend évidemment ici par hémiplégie l'apoplexie.

nale; tandis qu'une maladie limitée à un petit espace de la moelle épinière dorsale produit une paralysie cérébrale des membres inférieurs, l'influence de la partie de la moelle située en dessous du point malade continuant à s'exercer. De même une destruction d'une longueur considérable de la moelle épinière, ou anéantissement des fonctions de nerfs spinaux, produit une paralysie spinale.

Une paralysie cérébrale est donc une paralysie où les muscles sont privés de l'influence du cerveau; une paralysie spinale, une paralysie où les muscles sont privés de l'influence de la moelle épinière.

L'hémiplégie de la face est une paralysie cérébrale; la paralysie du nerf facial est une paralysie spinale. Or voici les caractères de ces deux espèces de paralysies:

Dans la paralysie cérébrale, l'influence de la volonté est seule interrompue. Il n'y a plus dans ces paralysies, lorsqu'elles sont complètes, de mouvements volontaires; il reste toutes les fonctions de la moelle allongée ou de la moelle épinière. De sorte qu'il y a dans ces différents cas: mouvements par émotion; mouvements liés au bâillement, à la toux, etc.; mouvements diastoliques; contractions toniques symétriques de la main; augmentation comparative de l'irritabilité hallérienne; augmentation comparative de l'action de la strychnine.

Dans les paralysies spinales, il n'y a rien de tout cela, et l'irritabilité hallérienne est comparativement moindre.

Je reviens sur le cas de l'hémiplégie. Ordinairement il y a, quelque temps après l'attaque, un certain degré d'amélioration; il y a un peu de retour de la puissance volontaire. Il y a aussi existence des phénomènes que j'ai mentionnés; mais, dans des cas plus rares, il n'y a pas d'amélioration; ces phénomènes ne se montrent point, ou ils sont moins apparents. Alors la main et le bras ne sont pas affectés de contraction tonique, et l'irritabilité hallérienne n'est pas comparativement augmentée. On dirait que c'est une exception à la règle que je viens de poser. Il me paraît, au contraire, que le choc de l'accès a été assez fort pour détruire pour ainsi dire les puissances nerveuses du système spinal. Ainsi, lorsqu'on divise les centres nerveux entre le cerveau et la moelle allongée dans la grenouille, on suspend la puissance nerveuse de manière à anéantir les mouvements diastoliques. Un choc plus fort les anéantirait complétement, comme le fait un coup de foudre. L'attaque d'hémiplégie produit le même effet absolument; et dans le cas où il y a amélioration, c'est un exemple de paralysie cérébrale avec phénomènes spinaux; mais dans le cas où cette amélioration ne se montre pas, il n'y a pas de ces phénomènes, et tout en étant une maladie du cerveau, c'est bien, par l'intermédiaire du choc, une paralysie spinale: l'irritabilité en reste épuisée; les mains restent flasques et immobiles.

Pour mettre à l'épreuve l'irritabilité de la fibre musculaire, l'auteur a fait des expériences avec l'influence galvanique; il a observé que dans les membres affectés de paralysie cérébrale c'est toujours le membre paralytique qui est le plus contractile par le galvanisme, et que dans les cas de paralysie spinale ce sont toujours les membres non paralytiques qui en sont les plus susceptibles.

Voici les conclusions qu'il a tirées:

1° Il paraît que le cerveau, par ses actes de volition, tend à épuiser l'irritabilité des muscles;

2° Que la moelle épinière, au contraire, est la source de cette même irritabilité;

3° Que le courant galvanique peut servir de diagnostic entre les cas de paralysies cérébrales et ceux de paralysies spinales.

A l'appui de ces conclusions viennent les phénomènes que j'ai déjà énumérés, c'est-à-dire les effets de l'émotion, des bâillements; les mouvements diastoliques; les contractions toniques symétriques; l'effet de la strychnine lorsque ce médicament est administré, etc.

Huile de foie de morue. — M. Mialhe envoie au nom de M. Peter Moller, pharmacien à Christiania, un flacon d'huile de foie de morue préparée dans les pêcheries de Nordland avec les foies des poissons frais et par une méthode qui est dégagée de toute opération chimique.

MM. Dumas et Balard sont invités à examiner ce produit et à faire savoir à l'Académie s'il offre comme médicament une supériorité marquée sur ceux que fournissent aujourd'hui les bonnes officines.

Choléra. — M. Bayard adresse une note sur une question dont il a déjà fait l'objet de diverses communications: l'influence que peut avoir la vaccine sur le développement ultérieur de certaines maladies chez les individus vaccinés. La nouvelle note a pour titre: *Du choléra et de la suette d'après les auteurs du dix-huitième siècle.*

Conditions dans lesquelles se développe la contagion du choléra-morbus. — M. Ancelon présente un mémoire dans lequel il s'est proposé d'étudier les conditions dans lesquelles se développe la contagion du choléra-morbus.

L'auteur, en s'appuyant, d'une part, sur un certain nombre d'observations particulières qui lui sont propres et, de l'autre, sur quelques faits généraux admis par tous les praticiens qui ont eu occasion d'étudier la marche et les symptômes de la maladie, arrive à cette double conclusion:

1° Que le choléra n'est pas ordinairement contagieux pendant la vie des cholériques;

2° Que la contagion n'est redoutable que près des cadavres des cholériques dont la présence sur un point donné constitue un foyer épidémique. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Cause secondaire du choléra-morbus. — M. Billiard (de Corbigny), dans une précédente note, avait assigné au choléra-morbus comme cause première la diminution de l'ozone dans l'atmosphère; la nouvelle note qu'il communique aujourd'hui sous ce titre a pour objet d'établir que cette modification dans l'air en amène une autre dans l'organisation animale, modification en vertu de laquelle les liquides contenus dans certains vaisseaux et les substances contenues dans le tube digestif sont soustraits à l'action de la vie et restent uniquement soumis à l'action des forces qui régissent la matière inerte: de là production d'une fermentation putride, dégagements de gaz et autres phénomènes physiques au moyen desquels on peut, suivant l'auteur, se rendre compte des phénomènes morbides observés dans une attaque de choléra depuis sa période d'incubation jusqu'à sa terminaison funeste ou favorable. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Candidature. — MM. Jules Cloquet et Jules Guérin demandent à être compris parmi les candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Roux.

M. Le Roy-d'Etiolles a adressé une semblable demande dans la séance précédente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 novembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

Adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. Denonvilliers, juge d'un concours à la Faculté de médecine, demande un congé.

— M. le docteur Blot écrit pour déclarer qu'il se désiste de sa candidature devant celle de M. Depaul.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Debout soumet à l'examen de la Société un malade guéri d'un *torticolis dû à la contracture du sterno-mastoïdien gauche et du splénius droit par l'électrisation localisée dans les muscles antagonistes sains.*

Dans les quelques cas semblables consignés dans la science, le torticolis est rapporté seulement à la contracture du sterno-mastoïdien, et le traitement basé sur ce diagnostic incomplet n'a pu conduire toujours les chirurgiens à triompher de la difformité. Ce malade en est un nouvel exemple: il a été traité sans résultats à l'hôpital Beaujon par des vésicatoires saupoudrés de morphine, que l'on appliquait sur le trajet du sterno-mastoïdien gauche, sans agir en même temps sur le second muscle également contracturé, le splénius droit. Ayant reconnu la large part que la contracture de ce muscle splénius prenait dans la direction anomale de la tête, M. Debout a localisé les excitations électriques dans les muscles antagonistes sains, le splénius gauche et le sterno-mastoïdien droit, et le malade a guéri.

C'est le diagnostic local de l'attitude vicieuse de la tête que M. Debout a exclusivement pour but de faire établir par ses collègues. Il se propose de revenir prochainement sur les indications spéciales qui découlent de cette notion, ainsi que sur les indications thérapeutiques propres à les remplir.

Après cette lecture, M. Bouvier communique à la Société quelques remarques sur le fait de M. Debout.

M. Debout a parlé d'une contracture électrique qu'il voulait produire dans les muscles; M. Bouvier conserve quelques doutes sur l'existence de cette contracture dans le cas actuel. Il a de non moins grands doutes sur la déformation des surfaces articulaires dont il a été parlé. Cette déformation ne se produit pas aussi promptement qu'on le suppose dans ce cas, et le craquement ne suffit point pour en assurer l'existence. Le fait de M. Debout est d'ailleurs très remarquable, car il existe peu de cas de torticolis guéris sans opération. Si l'on consulte la pratique de Dieffenbach et de Stromeyer, on voit que le plus souvent les traitements autres que l'opération ont échoué et qu'il a fallu se décider à couper les muscles. Mais, même en opérant, l'on n'a pas toujours réussi. En effet, l'opération n'a point la même chance de succès dans un torticolis spasmodique que dans un torticolis permanent. Après la réunion des muscles divisés, l'affection nerveuse peut reparaître.

Le diagnostic dans le fait de M. Debout paraît très évident à M. Bouvier. Il s'agit d'une névrose suivie d'une contracture spasmodique. Ce n'est donc pas une affection du tissu musculaire, et l'on pourrait comparer cette maladie à une chorée rhythmique.

M. Bouvier partage l'opinion de M. Debout sur la déformation des muscles malades: il s'agit du sterno-mastoïdien et du splénius. Enfin, l'orateur termine en déclarant que l'extension par les mains a dans ces cas de torticolis une puissance presque égale à celle de l'électricité.

M. Guersant ajoute quelques réflexions sur ces rétractions musculaires qui ne sont point rares chez les enfants et qui succèdent souvent à des affections inflammatoires. Il cite un enfant atteint d'une rétraction de l'avant-bras sur le bras, et qui guérit par la seule application des cataplasmes. Le malade de M. Debout avait quelque chose d'analogue à ces contractures.

M. Debout rappelle à ses collègues qu'il n'a point voulu aborder dans son travail la question du traitement, et il est heureux de voir M. Bouvier s'accorder avec lui sur le diagnostic.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Guersant raconte d'abord en peu de mots l'histoire du jeune enfant présenté déjà à la Société pour une tumeur qui faisait saillie dans le pharynx et dans le sinus maxillaire. Cet enfant, assez peu développé, quoique âgé de huit ans, était né de parents sains. Depuis sa naissance, il avait souvent été atteint de bronchite et d'entérite.

A partir du mois de mai dernier, cet enfant se plaignit d'une grande gêne dans les fosses nasales, et il arriva peu à peu à parler avec difficulté.

Il y a quinze jours, on a pu constater une tumeur volumineuse qui déprimait le voile du palais et chassait l'œil de l'orbite. Le diagnostic permit de comprendre qu'il s'agissait d'une tumeur des fosses nasales et du sinus maxillaire. Quand on se décida à opérer, plusieurs opinions furent émises. M. Guersant hésitait à enlever cette tumeur, lorsque l'enfant fut pris d'une broncho-pneumonie et mourut. Il n'a point succombé à des accidents de son polype. L'autopsie a fait voir les lésions de sa broncho-pneumonie, des traces d'une pleurésie ancienne et des tubercules dans les ganglions bronchiques.

Le polype remplit le sinus maxillaire et offre des prolongements dont une dissection déterminera l'étendue; mais M. Guersant a voulu présenter cette pièce à la Société avant toute altération.

(M. le président désigne MM. Gosselin, Guersant, Richet, Verneuil et Follin pour disséquer cette pièce, et exposer à la Société les résultats de cette dissection.)

M. Gosselin croit que cette production morbide est de nature fibreuse. Il ajoute qu'il manque dans les renseignements donnés par M. Guersant l'indication du point d'insertion de cette tumeur. D'ailleurs cette insertion paraît très large.

M. Richet insiste sur les adhérences primitives et sur les adhérences consécutives de ces sortes de tumeurs. Ces dernières sont aussi fortes que les premières. Il pense que dans le fait de M. Guersant la tumeur a pris naissance sur la base du sphénoïde et sur l'apophyse basilaire.

M. J. Cloquet fait remarquer les altérations subies par les parois osseuses qui environnent la tumeur. Dans certains points la tumeur a dilaté les os; dans d'autres le tissu osseux est résorbé. L'on ne peut attribuer ici cette résorption aux battements de la tumeur, comme dans les anévrismes.

M. Michon, sans avoir examiné avec détails ce malade, s'était assuré qu'il s'agissait d'un cas très grave. En effet, si l'on eût voulu enlever la totalité de cette tumeur, on eût pénétré dans la cavité crânienne. M. Michon n'est point édifié sur la nature de cette production morbide, car, s'il s'agit d'un polype fibreux, il est bien différent de ceux qui ont servi à M. Robert à établir sa doctrine sur l'insertion isolée et unique des polypes naso-pharyngiens. Ne serait-ce point plutôt un cancer? Les tumeurs fibreuses écartent les os; les encéphaloïdes les résorbent.

M. Lenoir trouve dans ces pièces anatomiques la confirmation de ce qu'il a avancé sur le vivant. S'il ne s'agit point d'un véritable cancer, c'est au moins une affection maligne qui a envahi l'os maxillaire supérieur après avoir débuté par l'apophyse malaire.

M. Verneuil. Des recherches entreprises sur des pièces analogues ont démontré que M. Robert a été trop loin dans sa doctrine. Quelques faits lui ont prouvé qu'il y avait parfois plusieurs pédicules: deux ou trois. M. Verneuil pense que cette tumeur est de nature fibro-plastique. La majorité des tumeurs fibreuses, surtout lorsqu'elles se développent promptement ou qu'elles récidivent, passent par l'état fibro-plastique avant de devenir fibreuses.

M. Forget insiste sur le danger qu'il y a à opérer ces tumeurs fibreuses diffuses, et s'appuie pour soutenir cette opinion sur l'observation de cinq cas semblables à celui de M. Guersant. Il rappelle un fait qu'il a vu dans le service de M. Huguier, et qui ressemblait beaucoup, quant au siége, au fait précédent; il y avait aussi transformation fibreuse de tous les tissus voisins. Ces tumeurs sont de nature maligne, et il ne faut point les opérer par traction ou par arrachement.

M. Richet insiste de nouveau sur l'adhérence primitive, qui se fait sur un seul point, et sur les adhérences consécutives, qui peuvent être multiples. Il cite plusieurs faits de ces adhérences secondaires, et entre autres celui d'un polype fibreux de l'utérus qui, tombé dans le vagin, y prit des adhérences multiples et étendues. Dans le cas présent, notre collègue pense que la tumeur ne s'est point développée d'abord sur tous les points où elle adhère maintenant.

M. Follin apporte à l'appui des remarques faites par M. Michon la relation d'un fait qu'il observe maintenant à l'hôpital Saint-Louis. Il a opéré il y a quelques jours un homme âgé de quarante-cinq ans environ, et qui était atteint d'un vaste polype naso-pharyngien. Ce polype, qui avait contracté avec la face supérieure du voile du palais des adhérences indestructibles, prenait insertion sur trois points: en haut, à l'apophyse basilaire; en dehors, sur la partie latérale du pharynx; en arrière, à la face antérieure de la région cervicale. M. Follin pense qu'il y avait là trois insertions primitives et distinctes.

Revenant à la question soulevée par M. Verneuil, M. Follin soutient que le tissu fibro-plastique n'est point dans ces tumeurs un état qui précède l'état fibreux.

M. Michon insiste de nouveau sur la distinction en adhérences primitives et secondaires; il pense qu'en se développant au sein du périoste, les productions morbides détruisent la nutrition de l'os.

M. Huguier rappelle que sur une tumeur analogue disséquée par lui le point de départ était multiple; il eût été difficile de dire d'où la tumeur prenait naissance.

(La pièce présentée par M. Guersant est renvoyée à l'examen de la commission déjà nommée.)

— M. le docteur Fano présente une fracture intra-capsulaire du fémur consolidée.

(Renvoi de cette pièce à MM. Chassaignac, Houel et Morel-Lavallée.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société: E. Follin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 octobre 1854. — Présidence de M. Terrier.

M. Coursserant soumet à la Société une question de police médicale. Il demande s'il est permis à un pharmacien de délivrer des *pommades pour les yeux* sans l'ordonnance écrite d'un médecin. Il résulte, dit-il, de cette tolérance de graves abus. Dans un voyage qu'il a fait à cent cinquante lieues de Paris pour pratiquer l'opération de la cataracte, il a eu occasion de faire cinq pupilles artificielles pour des désordres occasionnés par l'emploi d'une pommade bien connue, au moyen de laquelle les habitants de la campagne traitent tous leurs maux d'yeux indistinctement.

M. Foucart fait observer que les abus de cette nature, qui sont malheureusement très nombreux, sont passibles de condamnations légales, mais que l'autorité n'intervient et ne poursuit les délinquants que sur la plainte d'une partie civile.

Diarrhée. — M. Duhamel. J'ai été témoin d'un cas de diarrhée très rare sous le rapport de l'extrême fréquence des garde-robes.

Une femme de cinquante-cinq ans à peu près est prise, il y a environ douze jours, d'une diarrhée avec coliques, rejet de matières fécales délayées, tantôt vertes, tantôt jaunâtres. Les selles ont été légèrement sanguinolentes les premiers jours, mais il y a eu absence d'épreintes, de cuissons à l'anus et de fièvre; seulement, légère altération. Cette malade a eu plus de six cents garde-robes depuis douze jours: elle ne quittait pour ainsi dire pas le bassin. Aujourd'hui encore, quoique son état se soit beaucoup amélioré, elle se présente plus de quinze fois à la selle dans les vingt-quatre heures. Les forces ne sont point tout à fait abattues.

Je ne puis donner à cette affection, dit M. Duhamel, d'autre nom que celui de diarrhée; car il n'y a rien du choléra, et les cuissons, les

épreintes et la fièvre de la dyssenterie manquent. Le traitement a consisté en boissons adoucissantes et en lavements. Ceux-ci déterminant des coliques, des douleurs dans le commencement, j'ai dû les suspendre, mais je les ai repris, et actuellement ils sont bien supportés. La décoction de Sydenham, les pilules d'opium ont été administrées concurremment. Ces dernières m'ont paru avoir le plus de succès. J'ai pensé aussi que je pouvais et devais même, dans cette forme singulière de diarrhée apyrétique, chez cette malade qui perdait tant de liquides, employer de bonne beure le bouillon, ce dont je n'ai pas eu à me repentir.

M. Masson signale l'intérêt que présente cette observation, et cherche à la faire servir à corroborer sa manière de voir sur le choléra. Il fait remarquer l'innocuité, pour ainsi dire, des selles sans nombre de cette malade, et par analogie, il prouve que la diarrhée, dans l'épidémie cholérique, n'est que secondaire; que ceux qui s'attaquent d'abord à elle ne combattent qu'un symptôme, tandis que la cause leur échappe et continue ses ravages.

M. Caron cite un fait qui lui rappelle celui de M. Duhamel.

Une femme, ayant éprouvé quelques phénomènes cholériques dont elle était remise, fut prise d'une diarrhée extrêmement fréquente, que, eu égard à sa forme singulière dépourvue de réaction et d'anorexie complète, j'appelai en moi-même *lienterie*, en attendant que je visse se dessiner soit la dyssenterie, soit le choléra. Ni l'une, ni l'autre de ces maladies ne s'est déclarée; mais ma malade a encore la diarrhée aujourd'hui, trois semaines après le début.

M. Masson cherche à établir d'un mot la différence qui existe entre la lienterie et la diarrhée, en disant que dans la première les aliments traversent le tube intestinal sans être digérés, et qu'il ne suppose pas cet état chez la malade de M. Caron.

M. Caron répond en disant que les matières fécales se montraient sous la forme d'un magma, et qu'il n'a pas distingué si les aliments étaient bien ou mal digérés.

M. Coursserant, sans prendre part directement au débat, cite le cas d'un enfant qu'une diarrhée incoercible jetait dans le marasme, et qu'un médecin a guéri en lui administrant des lavements avec l'azotate d'argent, et même des pilules de même nature.

M. Terrier. Deux de ces messieurs se sont servis du mot lienterie, et cependant les faits cités ne paraissent pas positivement se rapporter à la lienterie. Par ce mot, on entend le défaut de digestion dans l'intestin grêle avec sécrétion séreuse très abondante; et l'on retrouve dans les matières des aliments n'ayant encore subi aucune altération.

M. Guersant. Deux choses m'ont surpris dans la communication de M. Duhamel: La première, de ne lui avoir par entendu dire qu'il avait insisté sur le régime, et qu'au contraire il avait donné du bouillon. Je croyais cependant qu'en pareille circonstance, dans une diarrhée d'une fréquence si extrême, le précepte d'observer rigoureusement la diète était classique. Dans les dérangements d'entrailles, il ne faut ni lait, ni bouillon, du moins pendant la période la plus prononcée; et quand on y revient, on doit encore avoir le soin de les couper avec de l'eau, de la décoction de riz ou de gomme, etc.

Quant à ma seconde observation, elle a trait au sous-nitrate de bismuth, dont on parle en ce moment beaucoup, et que M. Monneret administre à très hautes doses, comme 10, 15, 20 et même 30 grammes, dans divers troubles des fonctions digestives. J'ai été, pour ma part, témoin des avantages de cette substance à dose à peu près semblable.

M. Duhamel fait remarquer que sa malade n'a pas été mise au bouillon le premier jour. Comme la diarrhée, qu'il ne s'était pas hâté d'arrêter, l'épuisait un peu, et que d'ailleurs il n'y avait pas de réaction fébrile marquée, il a cru convenable de prescrire un peu de bouillon pour maintenir les forces, choisissant à dessein cet aliment de préférence au lait, qui relâche et nourrit moins.

M. Guersant. La question du lait, au point de vue de l'alimentation chez les malades et les convalescents, est fort intéressante. Je m'applaudirais de l'avoir soulevée si elle devait être examinée spécialement. M. Duhamel vient de faire une distinction fort juste; et, comme lui, je pense que le lait relâche. Mais la propriété relâchante de ce liquide est relative. Il faut distinguer les constitutions et idiosyncrasies; car ce qui donne la diarrhée à l'un peut constiper l'autre. Il serait curieux de pouvoir dire s'il y a plus de monde qui, dans des conditions pathologiques à peu près identiques, se trouveraient mieux de l'usage du bouillon que de celui du lait.

M. Masson paraît douter que le bouillon nourrisse davantage que le lait. Dans mille circonstances il préfère ce dernier, surtout si on a soin d'y ajouter quelque alcalin.

Contagion du choléra. — M. Terrier. Au moment où il est encore permis de s'occuper du choléra, je demanderai à la Société l'autorisation de lui citer un fait de contagion observé il y a quelques jours par un de nos confrères de la banlieue.

La cholérine avait succédé au choléra dans la commune de Champigny, lorsque le docteur Duperthuis fut appelé pour un homme atteint du choléra. Cet homme succombe, et le lendemain sa femme succombe également, puis leur fille; enfin le choléra atteint les deux personnes qui les ont soignés, et là se borne son action sur cette commune.

On peut joindre à cette observation, qui est analogue à celle communiquée à l'Académie de médecine, la suivante, qui m'a été racontée par le docteur Delaunay:

En 1832, une nourrice des environs de Gisors vint à Paris pour prendre un nourrisson; celui ci meurt en route du choléra, et la nourrice, prise à son tour en arrivant dans sa commune, meurt également. Sa sœur, qui l'a soignée, est prise et meurt. Enfin plusieurs personnes de la famille sont atteintes successivement, et l'on n'observe aucun autre cas de choléra dans la commune.

Ces faits, coïncidant avec les convictions des confrères de Paris qui ont été envoyés dans la province pour donner des soins aux cholériques, sont de nature à ébranler les opinions des médecins anticontagionistes et méritent d'être cités.

M Vergnes combat les assertions de M. Terrier en se fondant sur les considérations suivantes:

1° Des médecins se sont inoculé du sang tiré de la veine d'un cholérique.

2° J'ai goûté de ce sang et respiré l'haleine, non pas une fois, mais plus de deux cents fois.

3° Des hommes bien portants ont continué à coucher avec leurs femmes en proie aux symptômes du choléra confirmé; des femmes ont agi de même avec leurs maris, des mères avec leurs enfants, et réciproquement.

4° Des hommes se sont couchés immédiatement dans le lit dont on venait d'enlever le cadavre d'un cholérique; d'autres se sont revêtus de leur linge.

5° Dans un grand nombre de maisons, le même clysopompe ou plutôt la même seringue a servi simultanément à plusieurs malades, les uns du choléra confirmé, les autres de la suette, et jamais on n'a constaté que ceci ait produit aucun accident cholérique.

6° Des nourrices ont continué à allaiter leurs nourrissons, et ceux-ci n'ont présenté aucun symptôme.

7° Dans presque toutes les maisons, il n'y a eu qu'un seul ou au plus deux cas de choléra.

8° A l'hôpital, où sont entrés 95 malades du choléra du 10 juin au 31 juillet, sur lesquels il y a eu 24 décès, pas un seul cas ne s'est déclaré à l'intérieur.

9° Pas une des personnes, aumôniers, religieuses, infirmiers, qui donnaient des soins aux cholériques n'a été atteinte.

10° Dans plusieurs communes ravagées par le fléau, une partie de la population a pu se sauver dans les communes voisines sans qu'aucun cas s'y déclarât.

11° Enfin des communes entourées de communes atteintes ont pu conserver toutes leurs relations avec ces dernières sans être atteintes elles-mêmes.

M. P. Dubois. La question n'est pas de savoir si le choléra est éminemment contagieux, les faits répondent non; car la grande majorité des malades ne communiquent point la maladie, même lorsqu'on couche avec eux, et chacun d'entre vous a pu s'assurer que, dans la même chambre, dans le même lit, des individus bien portants ont pu être mis en contact impunément avec des cholériques. Il n'y a pas de doute à cet égard.

Mais il s'agit de savoir si, dans certaines circonstances encore indéterminées, le choléra peut se propager par contagion. Or il est des faits, rares si vous voulez, qui déposent en faveur de cette opinion. Ainsi, par exemple, un ouvrier d'une localité éloignée des autres vient à Paris pendant l'épidémie; il retourne chez lui: le lendemain de son arrivée, il est pris de choléra et succombe. Sa belle-mère en est atteinte après lui, elle n'en meurt pas; mais une autre femme qui lui prodigue des soins est emportée par la maladie. Aucun autre cas ne se montra dans le village. A ce fait il serait possible d'en joindre beaucoup d'autres qui prouvent indubitablement que le choléra-morbus est contagieux dans certaines conditions atmosphériques et idiosyncrasiques que nous devons chercher à connaître. Mais quant à admettre la contagion proprement dite, celle qui résulte directement du contact, de l'action du principe virulent, personne ne l'admet.

On dit que l'idée de contagion est elle seule pernicieuse, en ce qu'elle fait prendre la fuite et abandonner les malades. Cela est possible assurément et malheureux, mais ce n'est pas la médecine qui l'a répandue; on sait combien le peuple est imbu de cette idée pour une infinité de maladies. Les uns fuient par peur de la contagion, les autres par peur de l'influence épidémique; mais tous ont pour but de quitter les lieux où règne le choléra et d'aller où il n'est pas. Nous comprenons ces craintes, et, pour notre compte, nous disons aux personnes qui nous demandent conseil: Quittez Paris, si vous le pouvez, et restez là où l'épidémie n'existe pas.

On a parlé de médecins qui auraient fui eux-mêmes. Ces exemples sont très rares, nous croyons; en tout cas, il faut les taire.

M. Vergnes. Si j'ai dit que deux médecins ont fui à ma connaissance, c'est pour appuyer le principe du danger des idées contagionistes que je combats, mais non pour infliger un blâme.

En fait de contagion, il ne peut y avoir de compromis; je ne comprends pas qu'une maladie puisse être à la fois contagieuse et non contagieuse. J'admets les prédispositions individuelles, les aptitudes des individus à contracter les maladies ou à résister à leur influence; j'admets l'infection, et, malgré toutes ces causes de propagation, le choléra ne m'a pas semblé transmissible par voie de contagion, comme on l'entend dans le sens le plus étendu.

M. P. Dubois. Il n'existe aucune affection contagieuse qui le soit dans tous les cas, pas même la syphilis. Vous savez tous que si l'on place dans la même chambre des varioleux et des sujets non variolés, parmi ceux-ci les uns contracteront la petite vérole et les autres en seront épargnés. Les maladies sont plus ou moins contagieuses, et chacune à leur manière. Si nous voulons établir des catégories, nous mettrons le choléra à la dernière limite; mais il doit y figurer. Cette pensée que le mot contagion implique l'idée de contact doit être combattue. Est contagieuse, selon nous, toute affection transmissible par les émanations des malades, aussi bien que par des rapports directs. Ces émanations, que l'air tient en suspension et que nous respirons, donnent lieu à ce que l'on nomme infection, point sur lequel on peut sans doute discuter aussi.

M. Abeille partage l'avis de M. Dubois. Sans cette distinction on ne peut admettre la contagion du choléra. Cette maladie est donc un exemple de contagion par infection seulement, puisque, d'une part, des personnes ont pu s'inoculer le sang, les humeurs des cholériques, coucher avec eux, se revêtir de leur linge sans avoir eu la maladie, tandis qu'il est bien démontré par des faits nombreux observés dans les villages, les hôpitaux, les maisons particulières que des individus ont été victimes de l'épidémie pour avoir soigné ou visité ceux qui en étaient atteints.

M. Vergnes fait remarquer que les médecins et les sœurs de charité fournissent un très petit nombre de décès, quoiqu'ils soient continuellement en rapport avec les malades. On a remarqué aussi un nombre de cas proportionnellement moindre dans les grands centres de population que dans les villages, ce qui ne peut être en faveur de la contagion.

M. Terrier tire des conséquences toutes différentes de l'observation de M. Vergnes, en disant que dans les grands centres de population il y a moins de rapports, moins de contact que dans les petites localités, où tout le monde se connaît et se visite.

M. Guersant. J'espérais que notre honorable président nous parlerait de ce fait, qui semble éloigner l'idée de contagion, que les nourrissons ne reçoivent pas le choléra de leurs nourrices cholériques qu'ils tettent.

M. P. Dubois. Les faits négatifs ne sont pas des faits probants. Il y en a dans toutes les questions. Pour la vaccine, par exemple, n'y a-t-il pas des individus qui y sont réfractaires? Il y a quelque chose d'exceptionnel encore dans le choléra, c'est qu'il serait la seule affection grave qui permettrait à la nourrice d'allaiter et d'avoir du lait en assez grande quantité.

M. Masson cite à ce sujet deux cas de fièvre putride ou maligne chez des femmes au sein desquelles on a laissé l'enfant, lequel a continué de se bien porter. C'est plutôt la cessation de l'allaitement que la maladie qui tarit le lait des nourrices.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

Choléra à Londres.

Semaine du 25 novembre au 2 décembre 1854.

Mortalité générale.	1,350
— due au choléra.	7
— due à la diarrhée.	19
— due à la dyssenterie.	2

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne, 74,9 centim.; hauteur thermométrique moyenne, + 3°,5 centigr.

— Nous apprenons que le choléra vient de se déclarer en Corse, notamment à Corté. Nous ne pourrions pas dire quel est le nombre des sujets atteints, mais on pourra juger de l'intensité de la maladie quand on saura que jusqu'ici toutes les personnes atteintes ont succombé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. Levrat-Perroton, Larguier, Bédos, Nyd, Gauthier, Vissaguet, Sordet, Fargier et Barraud, ont été nommés, à la suite d'un brillant concours, internes des hôpitaux civils de Lyon.

— La rentrée solennelle de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras a eu lieu le 16 novembre sous la présidence de M. Guillemain, recteur de l'Académie de Douai. M. Maurice, professeur de pathologie externe, chargé du discours, a développé avec intérêt, sous le titre de *la méthode dans les études médicales*, des conseils pratiques d'une haute importance pour ceux qui se livrent sans guides à une série d'études nouvelles où il est si facile de s'égarer. Après un discours remarquable de M. Ledieu, directeur de l'Ecole, l'appel des prix a été fait par M. Brégeant, secrétaire de l'Ecole, dans l'ordre suivant:

Première série. *Quatrième année d'études.* — 1er prix (médaille d'honneur): M. Cayet (Maximilien), né à Gauchin-Légal (Pas-de-Calais).

2e prix: M. Guilbert (Auguste), né à Coquelles (Pas-de-Calais).

Accessit: M. Hernu (Louis), né à Lacouture (Pas-de-Calais).

Deuxième série. *Troisième année d'études.* — Prix unique (médaille d'honneur): M. Joncquet (Benoît), né à Canettemont (Pas-de-Calais).

Accessit: M. Ducatez (Charles), né à Robecq (Pas-de-Calais).

Troisième série. *Seconde année d'études.* — 1er prix (médaille d'honneur): M. Warenghein (Jules), né à Balinghem (Pas-de-Calais).

2e prix: M. Gernez (Benoît), né à Acq (Pas-de-Calais).

Accessit: M. Tétu (Jean-Baptiste), né à Tigny-Noyelle (Pas-de-Calais).

Quatrième série. *Première année d'études.* — 1er prix (médaille d'honneur): M. Caupin (Augustin), né à Hornaing (Nord).

2e prix: M. Sacleux (Carolus), né à Aubigny (Pas-de-Calais).

Accessit: M. Lemaire (Edmond), né à Hersin-Coupigny (Pas-de-Calais).

— L'*Association medical Journal* publie l'article suivant sous le titre de *Courtoisie des internes des hôpitaux de Paris:*

M. Turle, ancien interne de *University College Hospital*, est arrivé il y a quelque temps à Londres porteur d'une lettre des internes des hôpitaux de Paris aux internes de Londres, dont voici la teneur:

« Paris, 6 novembre 1854.

» Les internes des hôpitaux de Paris, heureux de voir parmi eux un représentant des internes de Londres, le chargent de présenter leurs amitiés à ses collègues, et de les inviter à venir à Paris voir l'exposition de 1855, sûrs de trouver dans nos hôpitaux un accueil amical et cordial.

» A M. James Turle, interne de *University College Hospital.* »

(Suivent les signatures au nombre de vingt environ, et parmi lesquelles nous citerons MM. Foville, Bertholle, Garreau, Bonrgaud, Dupuy, etc.)

Dès la réception de cette lettre, un *meeting* fut convoqué à *St-Bartholomew's Hospital* pour le 1er de ce mois. Les hôpitaux de Londres y avaient envoyé leurs représentants, et après une longue discussion on adopta à l'unanimité la réponse suivante:

« St-Bartholomew's Hospital, Londres 1er décembre 1854.

» Nous soussignés, représentant les internes des hôpitaux de Londres, avons accueilli avec beaucoup de joie la lettre très flatteuse et très courtoise par laquelle les internes de Paris nous invitent à les venir voir pendant l'exposition de l'été prochain. Cette gracieuse démarche du corps médical français est surtout la bien-venue au moment où nos compatriotes répandent leur sang aussi bien pour l'un que pour l'autre pays. Nous avons de la peine à exprimer la manière dont nous apprécions cette courtoisie; mais nous espérons prouver par notre présence dans la capitale l'année prochaine que nous ne restons pas insensibles au sentiment délicat qui a dicté une invitation aussi gracieuse qu'inattendue.

» *Signé*: S. Stretton et F. Powers, de St-Bartholomew's Hospital; Thomas Hillier, de University College Hospital; James E. Lawrence, de London Hospital; Richard Arnold, de Guy's Hospital; Fredk Holland, de Charing-Cross Hospital; C.-R. Vignons, de Midlesex Hospital; T. Holmes, de St-George's Hospital; Lawrence Ormerod, de St-Mary's Hospital; Henry Rollason, de Westminster Hospital; et Ed. Atkinson, de King's College Hospital. »

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 147. — JEUDI 14 DECEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 147. — JEUDI 14 DECEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 12 décembre. Eloges de MM. Desormeaux, Capuron, Deneux et Baudelocque. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 13 DÉCEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de médecine a tenu hier sa séance annuelle. M. Gibert, dans un rapport général concis et écrit avec cette verve qui lui est habituelle, a résumé les conclusions des rapports partiels des diverses commissions des prix. Après la proclamation des noms des lauréats et la lecture du programme des prix proposés pour l'année prochaine, M. le président a donné la parole à M. Dubois (d'Amiens).

Dérogeant à l'usage à peu près constant de ses prédécesseurs, usage auquel il s'était conformé lui-même jusqu'ici, et qui est de choisir pour sujet d'éloge une de ces natures d'élite qui ont jeté un grand éclat sur la science ou sur la profession, M. Dubois a choisi cette fois pour son panégyrique des hommes d'un mérite incontestable sans doute, mais qui n'ont occupé qu'un rang secondaire parmi les célébrités de leur temps, et chez qui peut-être il a été plus séduit par les qualités du cœur que par la supériorité du talent.

Toutefois, s'il s'est enlevé par là un de ces moyens de succès presque assurés auquel contribue autant au moins le souvenir du savant qui est célébré que le talent même de l'orateur, M. Dubois, nous le reconnaissons avec plaisir, a su tirer le plus heureux parti des rapprochements et des oppositions que lui offraient naturellement ces physionomies si diverses, et qui n'avaient entre elles de commun que le sujet de leurs études. C'est avec non moins de bonheur qu'il a su éviter les difficultés et les écueils de plus d'un genre que pouvait présenter une semblable innovation.

L'insertion textuelle du discours de M. Dubois nous dispense d'en faire ici une analyse appréciative; nous nous bornerons seulement à constater le succès bien mérité de cet éloge, écrit avec la simplicité et la sobriété que comportait le caractère des savants modestes qui en étaient le sujet, mais aussi avec cette sensibilité et ce sentiment profond de fierté professionnelle inspirés par le souvenir des actes de vertu qu'il avait à rappeler. — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance annuelle du 12 décembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

M. Gibert, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1854.

— M. le président lit le programme des prix décernés et sujets de prix proposés pour 1855, 1856 et 1857. (Nous publierons le programme des prix dans le prochain numéro.)

— M. Fr. Dubois, secrétaire perpétuel, lit les éloges de MM. Desormeaux, Capuron, Deneux et Baudelocque.

Voici le discours de M. Fr. Dubois :

Messieurs,

Il y a bientôt dix ans que, prenant pour la première fois la parole devant vous, et faisant allusion aux brillants éloges de mon prédécesseur, je disais que si l'Académie avait des applaudissements pour cette parole éloquente quand elle venait lui retracer les succès et les triomphes des grandes réputations médicales, elle n'en accueillerait pas avec moins de bienveillance et de faveur une voix plus humble qui viendrait lui rappeler quelques-unes de ces existences simples, modestes et utiles, qui, pour s'être écoulées un peu plus dans l'ombre, n'en méritent pas moins ses regrets, ses sympathies et ses hommages.

Telle est encore aujourd'hui, messieurs, ma persuasion; aujourd'hui que tant de vides se sont ouverts parmi nous, que tant d'hommes distingués ont disparu de cette enceinte; voyez ce lugubre cortége qui commence à Corvisart et qui ne s'arrêtera pas à M. Duval, quels flots pressés, quelle foule de savants, de laborieux praticiens dont il serait à jamais regrettable de taire les vertus, les talents et les nombreux services !

Mais si je ne puis, dans mes discours, élever à chacun d'eux de plus dignes monuments, je veux du moins en choisir quelques-uns, les réunir comme ils l'étaient jadis dans nos sections, et esquisser pieusement leurs traits dans de simples et courtes notices.

Ainsi cette fois, messieurs, je vais mettre sous vos yeux quatre praticiens qui se sont fait connaître à des titres différents, bien que sortis de la même école, formés sous les mêmes maîtres et voués tous les quatre à l'art secourable des accouchements.

Sur le premier plan vous verrez un savant modeste et consciencieux, qui sut se concilier l'estime et l'attachement de ses confrères autant par l'aménité de son caractère que par la fermeté de ses principes, le studieux, le sage, le placide Desormeaux, l'un des types les plus purs de la probité médicale, qui cachait sous une froide enveloppe le cœur le plus chaud et le plus aimant; enlevé à la science par une mort aussi soudaine qu'imprévue, mais dont les écrits seront toujours consultés avec fruit.

Vous y remarquerez ensuite le classique, j'allais dire le scolastique Capuron, qui laissait tellement ignorer ses bienfaits que sa mort seule a pu nous les révéler; Capuron, qui vécut toujours sur les bancs de l'Ecole, au milieu des élèves et comme un élève; debout comme un vieux chêne au milieu de ces jeunes générations; suivant comme aux jours de sa jeunesse tous les exercices de nos écoles; simple, frugal, vivant de peu; *vêtu au mois de juin comme au mois de janvier*, et menant encore à plus de quatre-vingts ans la vie d'un aspirant à l'internat. Tel était Capuron, se privant de toutes les aises de la vie, qu'on savait riche, qu'on croyait, comme tant d'autres vieillards, occupé à thésauriser pour quelques collatéraux, et qui ne thésaurisait que pour les pauvres.

Vous y verrez en troisième lieu un des plus rares exemples de dévouement, de constance et de fidélité au malheur; le bon, l'honnête, le désintéressé M. Deneux. Né dans les rangs les plus obscurs de la société, longtemps simple praticien dans une ville de province, M. Deneux devient l'objet des plus hautes faveurs; il est honoré de la confiance de grands personnages, comblé de distinctions, mais il n'en reste pas moins plein d'indépendance et de loyauté, et conserve jusque dans le palais des rois la rude franchise de ses compatriotes.

Enfin, et sur un dernier plan, vous trouverez un homme jeune encore, livré à une vaste pratique, après avoir fait ses preuves dans de brillants concours, praticien éclairé, sage et circonspect, joignant à ses fonctions d'accoucheur celle de médecin des enfants; auteur d'ouvrages estimés, qui jamais ne fit étalage de sa parenté avec le plus savant et le plus habile accoucheur des temps modernes, mais qui, par ses talents, sa probité et ses lumières, s'est montré digne de porter le grand nom de Baudelocque.

— Le premier que je viens de nommer, Marie-Alexandre Desormeaux, naquit à Paris le 5 mai 1778. Son père, son aïeul et son bisaïeul avaient exercé la médecine avec distinction. De remarquables succès obtenus dans l'art des accouchements avaient même ouvert à son père les portes de cette célèbre Académie royale de chirurgie, qui nous a laissé de si grands et de si durables souvenirs.

Le jeune Desormeaux était un charmant enfant, d'une timidité excessive. Placé au collége d'Harcourt, on le voyait dans les heures de récréation fuir les jeux bruyants et tumultueux de ses camarades, et ne chercher d'autres plaisirs que ceux que pouvaient lui donner la variété de ses études.

La douceur de son caractère, la candeur de sa physionomie et l'instabilité apparente de ses goûts l'avaient fait surnommer *l'Enfant;* mais cet enfant, qu'on croyait aussi frivole qu'indolent, finissait par remporter presque tous les prix à la fin de l'année. Si l'on veut me permettre cette comparaison, je dirai que, tout en paraissant s'arrêter çà et là et s'écarter follement de la route, comme le lièvre insouciant du fabuliste, il s'avançait en réalité avec une sage et prudente lenteur. Tel a été, du reste, le trait distinctif de son caractère, et nous le verrons tout à l'heure dans les luttes plus sérieuses, engager d'abord le combat avec defiance, hésitation et timidité, puis s'attaquer à des athlètes éprouvés, les fatiguer par la constance de ses efforts et remporter enfin une palme méritée.

La suppression de l'Université, en 1792, avait arrêté brusquement ses études heureusement très avancées; mais comme rien ne peut supprimer dans le monde les maladies ni éteindre le désir d'y remédier, s'il n'y avait plus de Facultés ni d'Académies de médecine, il y avait toujours des hôpitaux et de grands maîtres qui enseignaient au lit des malades la pratique de la médecine.

Ce fut sous Desault, Manoury, Giraud et Boyer que Desormeaux fit ses premières études en anatomie et en chirurgie. Sa direction était prise : c'était l'art chirurgical qu'il voulait cultiver de préférence. Mais le 4 mai 1798, la veille du vingtième anniversaire de sa naissance, il eut la douleur de perdre subitement le meilleur des pères; de sorte que le voilà tout à coup chef d'une famille à peu près sans fortune, et qui désormais ne pouvait compter que sur lui. Malgré son extrême jeunesse, il va suffire à tout. La mort avait surpris son père au milieu d'un cours d'accouchement qu'il faisait aux élèves; le fils annonce que ce cours ne sera pas interrompu. Il a, dit-il, les cahiers de son père; le même enseignement sera continué. Et de fait cet enseignement se poursuit, et avec le plus grand succès; car il avait mieux que les cahiers de son père : il avait une instruction solide, un sens naturellement droit et une excellente méthode.

Mais à peine a-t-il ainsi rétabli ses affaires, qu'une autre calamité vint fondre sur lui. La conscription, qui n'épargnait personne, l'enlève à sa famille, et il est incorporé dans un régiment de l'armée du Rhin.

Arrivé à Strasbourg, il trouva, heureusement pour lui, quelques-uns de ses anciens maîtres : Lombard, Lacournère, Percy, chirurgiens en chef, qui reconnurent notre jeune professeur d'accouchement sous l'habit de simple soldat, et qui se hâtèrent d'obtenir pour lui un congé. Desormeaux en profita pour revenir à Paris, où il se fit nommer chirurgien de 3e classe. Heureux d'avoir quitté le mousquet, il fit la campagne d'Italie comme chirurgien militaire, et c'est en cette qualité qu'il assista à la bataille de Marengo.

La paix de Lunéville lui permit de quitter enfin définitivement le service militaire et de s'établir pour toujours à Paris.

Il rentrait donc dans sa famille. Mais il était loin d'y trouver cette aisance si désirable pour le perfectionnement des études, c'était de son propre travail qu'il devait tout attendre. Nommé aide d'anatomie par la voie du concours et déjà réputé fort habile, il n'en fut pas moins obligé, pour suffire à ses besoins, de donner des leçons de langues anciennes et de mathématiques.

On sait que Cabanis avait fondé un prix qui conférait gratuitement le titre de docteur aux lauréats. Grâce à cette généreuse institution, M. Desormaux put obtenir sans frais le grade de docteur en médecine, et il soutint à cette occasion une dissertation très remarquable sur la doctrine de *l'accouchement par les pieds*. C'est quelque chose sans doute pour un jeune homme que d'être pourvu d'un diplôme en beau parchemin; mais si ce diplôme donne le droit de traiter des malades, il ne donne pas de malades. Ajoutez que tel qui a excellé dans ses études, qui a mérité les applaudissements de ses maîtres, ne se sent nullement propre à trouver des clients; et M. Desormeaux était précisément de ce nombre. Aussi en attendant des temps meilleurs, il s'estima heureux d'entrer dans une famille, au fond de la Bretagne, pour y faire une éducation particulière, puis un peu plus tard dans les environs de Paris, où il vécut encore dans une profonde retraite, tout entier à ses études classiques, épris surtout de la langue grecque, et s'occupant, pour ne pas quitter tout à fait la médecine, de traduire en français les aphorismes d'Hippocrate.

Loin de regretter plus tard d'avoir eu à passer par ce temps d'épreuves, M. Desormeaux se plaisait à y reporter ses souvenirs; il aimait à se rappeler ces belles années de sa jeunesse, cette paix profonde, ce calme, ce silence au sein duquel il avait recommencé toutes ses études. Jours heureux! doctes loisirs si bien en harmonie avec son caractère un peu rêveur et mélancolique, mais qui devaient bientôt faire place à une vie plus active!

Quelque honorable en effet, et quelque douce que pût être pour ce studieux jeune homme une position semblable, elle n'était que provisoire. M. Desormeaux sentait lui-même qu'il devait se proposer un autre avenir; mais peut-être n'aurait-il rien fait pour le préparer si une amitié délicate ne l'avait fait pour lui et à son insu. Ce fut une grande surprise et une grande joie pour M. Desormeaux lorsque son ami le docteur Horeau vint lui annoncer que, grâce au bon vouloir de Corvisart, premier médecin de l'Empereur, il allait se démettre de ses fonctions de chirurgien de *madame mère*, et que c'était lui, Desormeaux, qui devait être nommé à cette place.

Je le répète, ce fut un vrai bonheur pour M. Desormeaux, qui rentrait ainsi dans l'exercice de sa profession sans avoir à craindre les ennuis, les soucis et tous les dégoûts qu'il faut surmonter pour se former une clientèle.

M. Desormeaux était dans cette situation assez prospère, lorsqu'en 1810 la mort de Baudelocque laissa vacante à la Faculté de médecine de Paris la chaire d'accouchement.

M. Desormeaux avait commencé quelques démarches. Dès qu'il sut que l'Université allait mettre cette place au concours, il les discontinua et se fit inscrire au nombre des concurrents.

Cette lutte a laissé de grands souvenirs dans l'école de Paris. La veille des épreuves, M. Desormeaux, se défiant comme toujours de ses propres forces, voulait se retirer du concours. Ses parents, ses amis, et surtout le bon Lacournère, dont il avait épousé la fille, firent si bien qu'ils l'empêchèrent de se désister. Jeune et modeste, timide et réservé, il allait avoir à se mesurer avec des hommes éprouvés par de longs travaux et habitués aux luttes de la parole. Mais s'il n'avait rien de ce qui peut impressionner les masses, il avait ce qui peut entraîner les esprits sensés et sérieux : une instruction profonde et variée, un jugement droit et exquis, un esprit juste et distingué. Aussi une fois entré dans la lice, on le vit peu à peu grandir dans l'opinion, se concilier la faveur publique et conquérir enfin une supériorité décidée. Sans sortir de son calme habituel, et sans se départir des formes les plus polies, il sut plus d'une fois déconcerter ses adversaires par la justesse et l'à-propos de ses citations, par la netteté et la vigueur de sa logique.

Percy avait été chargé de rendre compte des épreuves. Interprète éloquent de ses collègues, il montra dans un tableau animé et fidèl avec quelle modestie, et en même temps avec quel talent M. Desormeaux avait fini par l'emporter sur tous ses compétiteurs; il ne faisait du reste que rendre l'impression générale, lorsque, empruntant à la littérature de l'époque ses couleurs les plus vives et les plus pittoresques, il disait :

« Tel on voyait jadis, dans de nobles tournois, un poursuivant » d'armes jeune et inconnu se faire modestement ouvrir la barrière, » essayer avec prudence sa valeur, et arracher ensuite la victoire aux

» anciens chevaliers qui avaient semblé dédaigner sa jeunesse et son » inexpérience, tel nous avons vu un concurrent, le moins âgé de tous, » et jusque-là le plus négligé par la renommée, se mêler, timide et » circonspect, parmi ses adversaires aguerris par l'usage et par les » années; n'être d'abord à leurs yeux qu'un athlète novice cherchant » à s'exercer, puis gagner chaque jour sur eux du terrain et finir par » leur enlever la palme et les suffrages. C'est ainsi que M. Desormeaux » a succédé au plus savant et au plus habile homme qu'ait jamais » obtenu l'art obstétrique. »

Ce triomphe cependant si longtemps disputé et si loyalement obtenu ne mit pas M. Desormeaux à l'abri des attaques les plus odieuses. On osa insinuer que, s'il avait été préféré à ses compétiteurs, c'était grâce à l'intervention toute-puissante de *madame mère*, calomnie insigne et qui était d'ailleurs démentie par les faits. La mère de l'Empereur était restée tellement étrangère à la nomination de Desormeaux que ce fut seulement à son retour du château de Pont qu'elle en eut connaissance, et elle manifesta quelque mécontentement de ce que son jeune chirurgien était entré dans ce concours sans lui demander son agrément.

Quoi qu'il en soit, M. Desormeaux, une fois nommé professeur, pouvait se livrer entièrement à ses goûts studieux; il était de ces hommes qui, placés entre les exigences d'une clientèle lucrative et les devoirs du professorat, ne s'attachent qu'à ceux-ci au détriment des autres; leurs propres intérêts en souffrent, mais l'enseignement y gagne et la science aussi. Loin donc de faire comme tant d'autres, de regarder sa place de professeur comme un brillant anneau qu'un hasard de concours lui aurait placé au doigt et qui fixant les yeux du monde n'en aurait donné que plus d'essor à sa clientèle, M. Desormeaux se voua exclusivement aux intérêts du corps qui venait de se l'agréger, et ce dévouement fut si bien apprécié qu'à la mort du professeur Sue ses collègues s'empressèrent de lui donner une nouvelle marque d'estime et de confiance en le nommant à une place qui était alors assez importante, celle de trésorier de la Faculté; peu de temps après, il fut désigné pour faire partie du jury chargé de l'examen des officiers de santé et des sages-femmes.

Dans cette haute et belle position, M. Desormeaux devait regarder son sort et celui de sa famille comme définitivement assuré; mais qui peut se dire à l'abri de tout événement? La Faculté n'était pas un corps politique, ses professeurs étaient réputés inamovibles, mais elle avait des tendances libérales que le parti réactionnaire cherchait à dénaturer : aussi, à l'occasion de quelques désordres intérieurs qu'on aurait pu facilement réprimer, on se hâta de sévir non contre les élèves qui s'étaient mutinés, mais contre les professeurs les plus illustres, et M. Desormeaux faillit être compris parmi ceux qui furent éliminés; l'homme le plus modéré, le plus pacifique qui fut au monde était dénoncé comme un homme dangereux pour l'Etat et comme ennemi du gouvernement! On recula néanmoins devant l'odieux d'une destitution, et M. Desormeaux fut conservé.

Mais cet événement lui inspira de sérieuses réflexions; il comprit que sa place de professeur ne pouvait lui assurer à lui et à sa famille une pleine et entière sécurité, que dès lors il devait faire quelque violence à ses goûts et agrandir le cercle de sa clientèle.

Professeur d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, successeur de Chaussier comme médecin en chef de la Maternité, membre de l'Académie de médecine et auteur d'écrits estimés sur l'obstétrique, il était suffisamment désigné à la confiance publique, et parfaitement en mesure de la justifier par une expérience consommée et un talent de premier ordre : il n'eut donc qu'à sortir un peu de son indolence pour devenir un des praticiens les plus occupés de Paris.

Mais il semble qu'une divinité jalouse et malfaisante attend pour frapper quelques hommes d'élite le moment où, entrés dans la plénitude de leur talent, il ne leur reste plus qu'à en recueillir les fruits. Un long et brillant avenir semblait réservé à M. Desormeaux; sa santé, bien qu'un peu délicate, n'était rien moins qu'altérée : c'est à peine s'il avait parlé d'une douleur qu'il ressentait depuis quelques jours dans le côté gauche de la poitrine, lorsque le 29 avril 1830, vers neuf heures du matin, à peine monté en cabriolet et à quelques pas de chez lui, son domestique l'entendit s'écrier : « Ah ! mon Dieu ! je me trouve mal..., je ne sais ce que j'ai..., » et il n'était plus. L'instantanéité des accidents portait à croire qu'il venait de succomber à une rupture du cœur.

M. Desormeaux a laissé un beau nom dans la science des accouchements. Il était aimé et chéri de tous ceux qui l'approchaient, et il le méritait par la sûreté de ses affections, l'inaltérable égalité de son humeur et les grâces de son esprit; il ne méritait pas moins d'être estimé par la noblesse de ses sentiments, la délicatesse de sa conscience et l'inflexible droiture de son caractère.

M. Desormeaux a peu écrit; c'était surtout un homme de pensée; il n'a publié aucun de ces grands ouvrages *ex professo* dits complets par lesquels débutent aujourd'hui tant de jeunes accoucheurs. Vieilli dans la pratique de son art, mûri par l'expérience, M. Desormeaux s'est borné à publier quelques articles, mais exquis et irréprochables; ce sont ceux qu'il fit insérer dans le *Dictionnaire de médecine*, et qui tous sont relatifs à l'art des accouchements. Ils portent la marque de son excellent esprit; écrits avec une rare correction, sans trop de détails ni de ces citations qu'il est si facile d'accumuler dans des travaux faits en collaboration et destinés à remplir des colonnes; rien d'important n'y est omis; ce sont autant de monographies qui inculquent aux élèves les vrais principes de l'art, et que plus tard le praticien peut consulter avec fruit lorsque, se trouvant en face de quelque grande difficulté, il veut savoir la conduite à tenir. Mais il m'aurait suffi, messieurs, pour faire un éloge complet de chacun de ces articles de vous rappeler que notre collègue M. P. Dubois, après les avoir tous revus et complétés par une seconde édition du *Dictionnaire*, s'est empressé d'associer son nom à celui de M. Desormeaux.

Quant aux leçons orales de M. Desormeaux, elles étaient pleines, nourries et sensées; mais son débit était lent, froid et monotone. Dans nos discussions académiques, M. Desormeaux était un peu plus animé, et parfois il mêlait à de fines remarques une ironie toute socratique qui concordait avec sa physionomie calme et spirituelle.

Le nom de M. Desormeaux, devenu une gloire séculaire dans nos écoles, continuera, nous l'espérons, grâce à son fils, d'être un des ornements de la chirurgie française; c'est une succession courageusement acceptée qui ne dépérira pas. (Applaudissements.)

— Maintenant, messieurs, j'ai à vous parler d'un praticien né longtemps avant M. Desormeaux, mais qui, lui ayant survécu pendant de longues années, ne devait venir qu'après lui sous ma plume.

C'est en 1767, le 10 mai, que naquit Joseph Capuron, dans la petite ville de Laroque-Saint-Sernin, département du Gers. Un vicaire du voisinage avait commencé son éducation et l'avait mis en état d'aller à Auch faire d'excellentes humanités. Celles-ci terminées, le jeune Capuron hésitait entre la carrière de l'enseignement et l'état ecclésiastique; le monde n'avait aucun attrait pour lui; le suprême bonheur de ce pieux jeune homme eût été de s'ensevelir dans une abbaye de bénédictins située non loin de la ville d'Auch. En attendant que l'âge le lui permît, il alla à Toulouse se livrer à de nouvelles études sous la direction des oratoriens, et bientôt il fut admis en qualité de professeur dans le collége de cette ville. Il y enseignait la philosophie et les mathématiques, lorsque la révolution, en supprimant cette institution, le força de se réfugier dans le département des Landes, où il se chargea d'une éducation particulière.

Quelques années après, vers 1796, il alla à Bordeaux, et pour occuper ses loisirs il se mit à suivre les cours de l'école d'instruction médicale. Le matin, il fréquentait les hôpitaux; dans la journée, il assistait à quelques conférences tenues par les professeurs, et dans l'intervalle il donnait des leçons de mathématiques. Ces leçons n'étaient pas richement rétribuées; mais comme il avait peu de besoins, elles lui assuraient largement des moyens d'existence : aussi, confiant dans cette ressource, il disait qu'avec ses mathématiques il aurait pu, comme un compagnon, faire son tour de France. Il se contenta de venir directement à Paris en 1797. Il y vécut d'abord comme il avait fait à Bordeaux, au moyen de ses leçons de mathématiques; puis il fut admis comme professeur à l'institution nationale des Colonies.

Pendant toute sa vie, M. Capuron a été un homme d'école; apprendre pour enseigner, tel a été toujours son but. Aussi, à peine s'était-il fait recevoir docteur en 1802 qu'il songea à faire pour la médecine ce qu'il avait fait pour les mathématiques, c'est-à-dire à instituer des cours. Il racontait lui-même que dans les premiers temps il avait fait marcher de front ces deux genres d'enseignement, ne voulant renoncer à ses leçons de mathématiques que quand il pourrait pleinement les remplacer par des leçons d'anatomie. L'école de Paris, avec son enseignement officiel et son enseignement libre, a été pour M. Capuron comme un vaste collége dans lequel d'élève il est devenu sous-maître, puis maître, et maître distingué, sans se placer tout à fait au premier rang. On peut même dire que c'est ce désir de savoir uniquement pour enseigner qui a porté M. Capuron à prendre définitivement l'art des accouchements pour en faire ce qu'on appellerait aujourd'hui *sa spécialité*.

Cet art, en effet, envisagé, non pas au point de vue de la physiologie générale, mais au point de vue de l'enseignement élémentaire, devait tout à fait rentrer dans les idées de M. Capuron. Les autres branches de la médecine pouvaient lui paraître entourées d'obscurités; mais la science des accouchements, que les travaux de Levret et de Smellie avait portée à un si haut degré de certitude, pouvait être considérée par lui comme une science toute faite, et dès lors elle était de nature à satisfaire un esprit qui n'aimait, en toute espèce d'études, que ce qui est positif, arrêté, admis comme incontestable. Il fallait, en effet, à M. Capuron des règles, des principes fixes auxquels il pût se rattacher. Or une science qui, grâce à Baudelocque, avait pu être formulée en une sorte de catéchisme par demandes et par réponses lui allait à merveille, c'était comme une continuation de ses mathématiques élémentaires; il y trouvait des calculs à établir, des poids à déterminer, des mesures à prendre et des mouvements à suivre : c'était là des notions qui séduisaient M. Capuron, et sur lesquelles il aimait à s'arrêter; aussi était-ce avec une sorte de prédilection qu'il revenait sans cesse sur l'art de reconnaître les dimensions du bassin, sur les rapports des diamètres de cette cavité avec ceux de la tête du fœtus, et sur toute cette mécanique vivante de la parturition.

On conçoit que M. Capuron devait tenir fortement aux opinions qu'il avait une fois adoptées, et que les arguments ne lui manquaient pas pour les défendre; ses idées étaient trop fixes, trop arrêtées, et sur tous les points, pour qu'il pût consentir à faire la moindre concession. Ainsi, dans deux grandes discussions académiques, on le vit maintenir jusqu'au bout, et sans que rien pût le faire dévier, les idées qu'il avait d'abord émises : dans la première, il s'agissait de l'accouchement avec issue du bras, il maintint avec force les bons principes, s'élevant avec raison contre une pratique barbare qu'on devait s'étonner de voir reproduite de nos jours; dans la seconde, comme il s'agissait d'une innovation dans la pratique des accouchements, de l'emploi du seigle ergoté, il céda peut-être trop facilement à une prévention irréfléchie contre toute espèce de nouveauté.

M. Capuron a composé un assez grand nombre d'ouvrages; mais il semble que ses livres, de même que sa parole, étaient tellement destinés aux écoles qu'ils ne devaient pas en franchir les murs. Faits pour les élèves, ses écrits ne pouvaient pas avoir d'autre destination; c'étaient comme des livres de collége, dont l'usage cesse en passant d'une classe dans une autre. Son *Cours théorique et pratique des accouchements* n'était d'ailleurs qu'une reproduction de ses leçons; son *Traité des maladies des femmes* et son *Traité des maladies des enfants* en étaient comme des appendices obligés; mais un livre classique par excellence a été son *Lexique*, ou *Nouveau Dictionnaire des termes de médecine, de chirurgie et des sciences accessoires*; deux traités écrits en latin étaient en outre sortis de sa plume, non pas à la manière de Sydenham, de Franck et de Baglivi, pour parler à l'Europe savante, mais pour un besoin particulier de l'école de Paris.

On sait que lors du rétablissement des Facultés en France on avait cherché, autant que le permettait l'état de la société, à revenir aux règlements et statuts de l'ancienne université; mais vu ce qu'on appelait le malheur du temps, on avait dû se borner à n'exiger l'emploi du latin que pour la dernière épreuve, et encore avait-on concédé qu'à des questions faites en latin les récipiendaires pouvaient répondre en français : trois ou quatre érudits seulement, Hallé, Lallemant, Desormeaux et Desgenettes se plaisaient à émerveiller l'auditoire par l'abondance et la facilité avec laquelle ils s'exprimaient dans la langue des Romains. Plus récemment enfin, et comme dernier vestige des épreuves de l'ancienne Faculté, on n'avait plus demandé aux élèves qu'une simple composition en langue latine. Or M. Capuron, qui comprenait son époque, savait parfaitement que la plupart des élèves seraient bien aises d'arriver avec leur thème tout fait, et c'est pour eux qu'il avait publié ses *Nova medicinæ elementa* et ses *Methodica chirurgiæ instituta*.

M. Capuron avait paru avec distinction dans quelques concours, et notamment dans celui de 1811, où fut disputée la chaire de Baudelocque; n'ayant pas été nommé, il resta pendant de longues années encore professeur particulier d'accouchement, et son zèle, loin de se ralentir, semblait augmenter à mesure qu'il vieillissait.

Lorsque la Faculté, réorganisée sur un nouveau plan en 1823, crut devoir s'entourer d'un corps d'agrégés, véritable pépinière de professeurs, elle comprit dans une nomination première quelques praticiens émérites au nombre desquels se trouvait M. Capuron. Ce fut une grande satisfaction pour lui d'endosser au moins la modeste robe d'agrégé, et comme il ne sortait pas de l'Ecole, c'était chose curieuse de le voir tantôt interroger les élèves comme un de leurs maîtres, et tantôt aller s'asseoir sur les mêmes bancs comme un de leurs égaux.

Il passa ainsi sa vie tout entière dans le pays latin, n'ayant d'autre horizon que les bâtiments de l'Ecole et les deux grands hôpitaux du quartier, l'Hôtel-Dieu et la Charité. Pendant de longues années on l'avait vu suivre très exactement les visites de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, puis celles de M. Bouillaud à la Charité; il dominait de son front chenu toutes ces jeunes têtes au lit des malades, leur disputant la meilleure place comme l'aurait fait un élève désireux de s'instruire. Un peu auparavant on l'avait vu, sectateur obstiné des doctrines de Broussais, s'asseoir au premier rang de ses auditeurs, ravi de pouvoir se rattacher à ce qu'il appelait une médecine *exacte*. Que de générations, messieurs, ont passé dans nos amphithéâtres qui se sont ainsi coudoyées avec ce zélé vieillard ! Jamais élève n'a vécu plus durement que lui; son intérieur était aussi sévère, aussi pauvre que la cellule d'un moine; une poussière épaisse couvrait ses quelques livres et tout son mobilier; un vieux bureau couvert de manuscrits, quelques chaises de paille et quelques tablettes de sapin, c'était à peu près tout l'ameublement de son cabinet; je ne sais si jamais un peu de feu a égayé ce sombre réduit. L'usage des voitures lui était complétement étranger; on le voyait dès le matin, en plein hiver, courir aux cliniques, le visage rougi par le froid et vêtu d'une simple redingote que personne ne se souvenait d'avoir vue neuve

Tels ont été, messieurs, les seuls plaisirs de M. Capuron. Quant aux rares honneurs qu'il obtint, ils étaient venus en quelque sorte le chercher. Nommé en 1823 membre de cette Académie, ce n'est qu'en 1832, à l'âge de 65 ans, qu'il fut décoré du ruban de la Légion d'honneur.

Doué d'une santé vigoureuse, exempt de toute espèce d'infirmité, M. Capuron avait atteint sa quatre-vingt-troisième année, lorsque le 2 avril 1850, un mardi, en séance de l'Académie, nous le vîmes tout à coup pâlir et fléchir la tête; il avait presque entièrement perdu connaissance; ses voisins s'empressèrent de le soutenir et de le transporter dans une pièce attenant à celle des séances. Comme on ne l'avait jamais vu malade et que lui-même avait été peu ému de cet accident, on ne pouvait croire à quelque chose de sérieux; mais la nuit suivante, il se plaignit d'une vive douleur au pied gauche; c'était une gangrène sénile qui se déclarait, maladie au-dessus des ressources de l'art, et à laquelle il succomba, après vingt jours de souffrances, le 23 avril 1850.

J'ai dit, messieurs, qu'ayant toujours vécu dans le célibat et loin du monde, n'ayant aucune relation connue, ne recevant personne, M. Capuron passait pour avoir acquis une grande fortune; mais tout se réduisait à de simples conjectures. Quel était le chiffre de cette fortune? En quoi pouvait-elle consister? Quelles seraient à cet égard ses dispositions? C'était là ce qu'on ignorait complétement : on savait seulement qu'il se refusait tout à lui-même, et on en concluait qu'il devait tout refuser aux autres. Etrange erreur ! qui prenait sa source dans sa profonde modestie et dans une charité au-dessus de tout éloge; son âme, à la fois compatissante et stoïque, mettait autant de soins à cacher ses bienfaits que d'autres en mettent à les publier. C'était pour cela qu'il avait muré sa vie. Que lui importait cette vaine gloire de passer aux yeux des gens du monde pour un généreux bienfaiteur ! Ce qu'il recherchait, ce qui lui suffisait, c'était l'intime satisfaction d'avoir soulagé des infortunes; c'était là le seul contentement auquel il aspirait, et tout cela se passait entre Dieu et sa conscience. L'ouverture de son testament vint tout révéler.

Disons d'abord que, tout en se montrant l'ami des pauvres, il était resté bon parent. Depuis de longues années il avait fait donation à sa famille de la maison paternelle, se réservant seulement un lit et une petite chambre pour l'abriter quand il irait dans le pays.

Quant à ses dernières dispositions, en voici le sommaire :

— A sa famille, 148,000 fr.

— Aux hospices de la Charité de Paris, d'Auch et de Condom, 12,000 fr. à partager par tiers entre ces établissements.

— Aux missions étrangères de France, pour la propagation de la foi, 40,000 fr.

— A la Société de Saint-Vincent-de-Paul, pour les familles indigentes, 20,000 fr.

— Aux pauvres de la paroisse de Saint-Sernin, lieu de sa naissance, 1,200 fr. de rente.

— Aux pauvres de Castera-Verduzon, dont il avait inspecté les eaux, 600 fr. de rente.

— Aux pauvres de la paroisse d'Aigueteinte, près de Condom, 400 fr. de rente.

— Aux pauvres de la paroisse de Saint-Sulpice, à Paris, 1,200 fr.

— Au séminaire d'Auch, 1,000 fr. de rente, pour entretenir à Paris un jeune prêtre du diocèse auquel ce secours serait nécessaire pour suivre les hautes études ecclésiastiques pendant trois ans, à l'expiration desquels ce jeune prêtre serait remplacé par un autre jouissant des mêmes avantages, et ainsi pour d'autres, de trois ans en trois ans, à perpétuité.

— A la commune de Saint-Puy, 2,000 fr. de rente, dont 1,000 fr. pour la fondation d'un prix de vertu à décerner chaque année au

jeune homme ou à la jeune fille qui se seront distingués par leur bonne conduite jusqu'à l'âge de vingt et un ans, et 1,000 fr. pour la fondation d'un prix d'agriculture à décerner chaque année aux deux cultivateurs, propriétaires ou bordiers qui auront le mieux travaillé leur terre.

— A l'Académie de médecine, 1,000 fr. de rente pour la fondation perpétuelle d'un prix dont elle déterminera elle-même le programme et les conditions.

— Et enfin, 2,000 fr. de rente à la bonne gouvernante qui avait entouré de soins sa vieillesse.

Voilà, messieurs, quel était le mot de cette énigme inexplicable de la vie de M. Capuron : c'était pour arriver à ces munificences qu'il s'était imposé de perpétuelles privations!

Quelle sagesse! quel bon sens a présidé à toutes ces dispositions! rien n'a été oublié, tout a été prévu par cet homme de bien. Si un peu d'orgueil nous était permis en parlant d'un collègue si modeste, si profondément et si sagement religieux, nous dirions que nous nous sentons fiers et glorieux d'avoir compté dans nos rangs un homme qui sut être tout à la fois le Monthyon du pauvre citadin et du pauvre villageois, le Monthyon du courageux missionnaire qui va prêcher la foi sur des plages lointaines, du jeune prêtre qui vient demander à la science d'éclairer sa raison et d'orner son esprit, du cultivateur intelligent qui par ses rudes travaux double la richesse du pays, et enfin du médecin studieux dont les savantes recherches reculent les bornes d'un art conservateur!!! (Applaudissements redoublés.)

— Mais dans le cours de cette même année 1767, qui avait vu naître M. Capuron au pied des Pyrénées, à l'autre extrémité de la France, dans un village de Picardie déjà illustré par la naissance de Baudelocque, à Heilly, naissait un autre enfant qui devait aussi être un de nos collègues, et qui, le 25 août, recevait les noms de Louis-Charles Deneux.

La mère de cet enfant était cousine germaine du célèbre accoucheur. Son père exerçait dans le village la profession peu lucrative de tailleur. Aussi le jeune Deneux ne put recevoir chez ses parents qu'une éducation très incomplète, et encore grâce à l'amitié d'un oncle maternel, Jean-Baptiste Baudelocque.

C'est sans autre préparation qu'il fut envoyé à Paris, et, reçu dans la maison de son illustre parent, il y suivit des cours de chirurgie et d'accouchement de 1782 à 1789. Il ne paraît pas que Baudelocque ait distingué son jeune cousin dans la foule des élèves qui suivaient ses cours, ni qu'il ait rien fait pour le retenir à Paris, car celui-ci finit par retourner dans sa province, où il se fit recevoir maître en chirurgie.

Soit timidité, soit conscience de sa faiblesse, M. Deneux alla s'établir dans un village de Picardie nommé Vignacourt; mais il y trouva un concurrent redoutable dans la personne d'un chirurgien qui ne savait pas même signer son nom, ce qui ne l'empêchait pas d'être appelé de toutes parts, de sorte que, de son propre aveu, M. Deneux en une année ne vit pas quatre malades. La place n'était pas tenable; aussi dès le commencement des guerres de la révolution il abandonna cette ingrate position pour entrer en qualité de chirurgien aide-major dans le 3e bataillon des volontaires de la Somme, puis en 1794 il passa comme chirurgien-major dans la 24e demi-brigade d'infanterie.

Ce n'était point là encore cependant sa vocation; car dès 1795 il quitta le service et alla s'établir, non plus dans le village de Vignacourt, où il aurait peut-être retrouvé la concurrence de l'ignorant frater, mais dans une petite ville du voisinage nommé Albert. Il n'y réussit pas encore merveilleusement, mais y fit un mariage qui, tout humble qu'il était, lui préparait un avenir auquel n'aurait osé aspirer le plus ambitieux médecin de campagne.

La jeune personne qu'il épousa était fille d'une dame de confiance attachée à la maison du duc de Choiseul-Gouffier, ancien ambassadeur à Constantinople, célèbre dans les lettres par son *Voyage en Grèce*. A partir de ce moment, le patronage de cette noble famille fut acquis à M. Deneux. Il vint s'établir dans l'ancienne capitale de la Picardie, et il arriva rapidement à toutes les places dont on peut disposer dans une ville de province. Il fut successivement de 1798 à 1810 chirurgien en chef adjoint du dépôt de mendicité, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Charles, chirurgien de l'Hotel-Dieu, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École d'instruction médicale, et enfin chirurgien en chef de la maison de justice. Il faut dire que dans ces dernières fonctions il marqua son passage par un acte de philanthropie fort louable, en obtenant que dans la maison d'arrêt les prévenus fussent séparés du condamné.

Le titre de docteur étant destiné à remplacer celui de maître en chirurgie, et conférant à ceux qui en étaient pourvus le droit d'exercer la médecine dans toute l'étendue du territoire français, M. Deneux était venu à Paris en 1804 remplir les formalités nécessaires pour l'obtention de ce grade, et à cette occasion il avait soutenu une thèse *Sur les ruptures de la matrice.*

Tout devait faire croire que M. Deneux se trouvait enfin satisfait de la position, d'ailleurs fort honorable, qu'il s'était faite à Amiens; il n'en fut rien cependant. A peu de temps de là, en 1810, à l'âge de quarante-trois ans, il ne craignit pas de quitter cette bonne ville de province, où il exerçait de si nombreux emplois, pour venir fixer sa résidence à Paris. C'était beaucoup hasarder; on va voir qu'il n'eut point à s'en repentir.

Une fois sur ce grand théâtre, M. Deneux se livra exclusivement, et avec de remarquables succès, à la pratique des accouchements. Baudelocque venait de mourir; il laissait une grande succession, que des hommes éminents durent se partager. Nous avons vu que sa chaire d'accouchement à la Faculté ayant été mise au concours, ce fut M. Desormeaux qui l'obtint après de longues et difficiles épreuves, et qui devint ainsi son successeur dans l'enseignement. Baudelocque était en outre chirurgien en chef accoucheur à la Maternité. Son successeur dans cette maison fut Antoine Dubois. On sait enfin que ce fut encore Dubois qui succéda à Baudelocque dans la confiance de l'empereur, et qui fut nommé accoucheur de l'impératrice Marie-Louise.

Quant à la clientèle de l'illustre professeur, M. Deneux put en recueillir d'importants débris : mais, tout en obtenant la considération et l'estime dues à un bon et excellent praticien, notre collègue ne pouvait avoir la prétention de placer son nom à côté de celui de Baudelocque.

Ce n'est d'ailleurs qu'à une époque assez avancée de sa carrière que M. Deneux livra à la publicité les résultats de ses observations. Ses premières publications ne remontent pas au delà de 1813. C'est dans le cours de cette année qu'il fit paraître ses *Recherches sur la hernie de l'ovaire*, maladie souvent méconnue, et sur laquelle on ne possédait que peu d'observations; M. Deneux, en les réunissant et en leur en adjoignant d'autres qui lui étaient propres, composa un excellent mémoire.

Cinq ans après, en 1818, M. Deneux publia ses *Considérations sur les propriétés de l'utérus*, travail peu remarqué, mais qui renfermait des remarques très judicieuses.

L'année suivante, M. Deneux fit insérer dans le *Journal général de médecine* des observations sur les hémorrhagies utérines et sur la terminaison des grossesses intra-utérines. L'histoire des hémorrhagies occultes de l'utérus était restée enveloppée de beaucoup d'obscurité, M. Deneux sut indiquer avec une rare sagacité, et beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, le siége et la nature des épanchements qui se font dans l'épaisseur, ou mieux dans l'intervalle des membranes de l'œuf.

En 1820, il fit paraître dans le même journal quelques remarques sur la *sortie du cordon ombilical pendant l'enfantement*, et en 1823 des *recherches très curieuses sur les causes de l'accouchement spontané après la mort;* mais le meilleur travail sorti de sa plume est incontestablement celui dans lequel il a fait une histoire tout à fait neuve de certains *trombus*, ou tumeurs sanguines, mentionnés par Levret, et depuis négligés par presque tous les auteurs.

Ces diverses publications présentaient certainement un haut degré d'intérêt et d'utilité; elles décelaient dans M. Deneux un bon esprit d'observation et un sens tout à fait pratique; elles auraient suffi pour maintenir son nom en un rang honorable dans la légion d'ailleurs si estimable et si utile des bons praticiens de Paris, et peut-être se serait-il trouvé satisfait de voir vieillir son ambition dans ces paisibles bonheurs si des circonstances un peu moins liées à la science n'étaient venues contribuer pour une si large part à une bien autre élévation.

La Restauration avait succédé à l'Empire; beaucoup de grandes familles étaient rentrées en France. On sait comment la réputation d'un accoucheur peut tout à coup se propager et grandir dans le monde; rien n'égale la reconnaissance et le dévouement des femmes pour le praticien exercé et prudent qui dans ces longues heures d'anxiété et de souffrances est venu leur prodiguer les secours de son art; le bonheur d'être mères redouble leur sollicitude et leur bienveillance naturelle. M. Deneux, essentiellement bon et serviable, avait ainsi trouvé de chaleureuses et puissantes recommandations, et sa position allait s'élever bien au delà sans doute de ses propres espérances.

Jusque-là, en effet, dans les familles souveraines, lorsqu'il s'était agi de faire choix d'un accoucheur, on avait naturellement jeté les yeux sur des hommes que désignait une grande célébrité. Sous la Restauration les choses ne se passèrent pas tout à fait de cette manière; la famille royale préféra pour la duchesse de Berry le praticien d'ailleurs prudent et habile que recommandait le noble faubourg, et M. Deneux fut nommé.

Le début de M. Deneux dans ses hautes et délicates fonctions ne fut pas heureux; le premier enfant de la duchesse de Berry ne vint au monde qu'après un travail de vingt-quatre heures, et il avait cessé de vivre. On ne pouvait en imputer la faute à M. Deneux; sa conduite avait été sage et prudente; la confiance du duc de Berry en fut néanmoins un moment ébranlée; on agita la question d'établir un conseil médical qui au besoin viendrait en aide à l'accoucheur. M. Deneux protesta avec une louable fermeté contre un pareil outrage; il déclara que ce serait le mettre en tutelle et finit par dire que si cette insulte lui était faite il se retirerait. On n'insista pas davantage; un second accouchement, heureux de tout point, vint d'ailleurs rassurer les esprits; c'était une fille, qui fut plus tard désignée sous le nom de *Mademoiselle.*

Mais en 1820, le duc de Berry ayant succombé sous le fer d'un assassin, la naissance d'un troisième enfant, qui cette fois fut un fils, vint mettre le comble à la fortune de M. Deneux; il fut accablé d'honneurs, de distinctions et de places. Nommé coup sur coup chevalier de l'ordre royal de Saint-Michel, médecin en chef adjoint de la maison d'accouchement, chevalier de la Légion d'honneur et de Constantin des Deux-Siciles, il fut compris dans les premières nominations des membres titulaires de l'Académie de médecine, et un peu plus tard il fut promu au professorat dans la Faculté de médecine de Paris.

Bien que nommé professeur grâce à l'ordonnance de 1823, M. Deneux n'avait pris la place de personne à la Faculté : on avait créé pour lui une chaire de clinique d'accouchement; mais je suis obligé de dire que pendant les huit années de son professorat aucun service ne fut organisé, et qu'il ne fit acte de professeur qu'en assistant aux examens.

Jusqu'ici, messieurs, vous l'avez peut-être remarqué, c'est à peine si cette notice consacrée à M. Deneux a pris les formes d'un éloge académique; c'est qu'il est des hommes qui ne peuvent être complétement appréciés et jugés que quand sont venus les jours d'épreuves; tout en comblant M. Deneux de ses faveurs, tout en le soutenant en quelque sorte par la main, la fortune semblait avoir oublié de lui donner ces qualités heureuses et brillantes qui mettent de niveau avec toute espèce de bonheur; mais maintenant que je vais le suivre dans les rudes sentiers de l'adversité, ce sera pour moi une vraie satisfaction d'avoir à montrer en lui une belle âme et un noble cœur, d'avoir à dire quelles furent l'étendue et la constance de son dévouement pour ceux à qui il devait tout.

A peu de temps de là, ses protecteurs étaient tombés; le vent des révolutions les avait de nouveau rejetés sur la terre d'exil; la duchesse de Berry, arrêtée en Vendée, avait été conduite dans la citadelle de Blaye; une note insérée au *Moniteur* avait annoncé qu'elle était enceinte. M. Deneux en eut à peine connaissance qu'il demanda au gouvernement la faveur d'aller s'enfermer avec elle dans sa prison. C'était lui, disait-il, qui en d'autres temps et dans le palais des rois lui avait donné ses soins, c'était donc à lui de lui prêter les secours de son ministère dans ces jours d'abandon, de malheur et de trahison. La demande de M. Deneux ayant été accueillie, il lui fut permis d'aller partager la captivité de la princesse.

Sa première entrevue avec la prisonnière eut quelque chose de touchant : la duchesse de Berry était couchée, pâle, amaigrie par de longs jours de solitude, d'ennui et de souffrances. M. Deneux, introduit près d'elle, ne put trouver une parole; il se jeta au pied du lit et couvrit de larmes la main de la princesse, puis, et pendant toute la durée de son emprisonnement, il lui prodigua des soins de chaque jour et avec la plus vive sollicitude.

Quand la princesse fut rétablie de toutes ses souffrances et mise en liberté, M. Deneux ne crut pas sa mission terminée; il accompagna Marie-Caroline jusqu'à Palerme d'abord, puis jusqu'à Naples. Ce voyage, déjà très onéreux et très pénible pour Deneux, faillit se terminer pour lui d'une manière funeste; dans les environs de Rome, il fut horriblement maltraité et complétement dévalisé par une troupe de bandits, et ce fâcheux événement ne devait pas être le dernier : la comtesse de Luchesi Palli allait mettre le dévouement de son accoucheur à de nouvelles épreuves.

A peu de temps de là, en effet, et au milieu d'un hiver rigoureux, M. Deneux fut mandé au fond de l'Allemagne pour donner de nouveau ses soins à la princesse; malgré son grand âge et l'affaiblissement de sa santé, il n'hésita pas un seul moment. Je suis un vieux serviteur de la famille, disait-il, je veux remplir mon devoir. Il se mit donc en route malgré la rigueur de la saison; à son retour, et avant d'avoir atteint la France, sa voiture versa dans un ravin escarpé et profond; il en sortit couvert de contusions et avec deux côtes fracturées! Enfin, tout entier encore à cette touchante religion des souvenirs, il voulait aller une troisième fois en Allemagne, à l'âge de près de quatre-vingts ans, prêter de nouveau son ministère à sa noble cliente; c'est à grand'peine s'il céda aux supplications de Mme Deneux et de ses amis.

Tant de dévouement, tant d'abnégation ne l'avaient pas enrichi; une modeste pension de 1,200 fr., voilà tout ce que lui avaient valu ses longs services; aussi, quand l'âge ne lui permit plus d'exercer sa profession, il fut obligé de vendre une partie de sa bibliothèque et d'aller vivre au fond d'une province dans le voisinage de quelques vieux amis. Un de nos collègues, son parent et son ami le plus dévoué, allait souvent le visiter; ce fut lui qui lui ferma les yeux dans la petite ville de Nogent-le-Rotrou le 28 décembre 1846; ce parent, cet ami qui avait trouvé au commencement de sa carrière un asile dans la maison de M. Deneux, c'est celui dont il me reste à parler : M. Baudelocque, ancien médecin de l'hospice des Enfants.

— C'est encore en Picardie, dans un petit village des environs d'Amiens, nommé Haille, que naquit César-Auguste Baudelocque le 9 décembre 1795.

Son père était cousin germain du grand accoucheur; c'était un notaire de campagne, d'une forte et impétueuse nature, plus occupé de ses plaisirs que de l'avenir de ses enfants; sa mère, Marie-Louise Denisart, était proche parente du jurisconsulte Denisart, connu par d'estimables travaux.

Le jeune Auguste Baudelocque, bien que d'un caractère vif et emporté, montra dès ses premières années un goût très prononcé pour l'étude; son père lui-même en fut frappé et pensa qu'on pouvait en faire un savant. On commença par le confier au curé du village, qui lui apprit un peu de latin; puis on le fit entrer dans une bonne institution où il fit d'excellentes études, et en 1810 on l'envoya à Amiens, à l'école dite d'instruction médicale.

Le nom que portait M. Baudelocque n'a pas été étranger au choix de sa carrière; mais pour rallumer cette gloire de famille, il ne fallait rien moins qu'un héritier plein de zèle et d'ardeur comme l'était ce jeune homme. Auguste Baudelocque sentait en lui ces nobles désirs. L'École de médecine d'Amiens l'avait tout au plus initié au grand art qu'il voulait cultiver; c'était à Paris seulement qu'il pouvait faire des études sérieuses. Il savait qu'un de ses parents y exerçait l'art des accouchements, que ce parent avait été accueilli dans sa jeunesse par le premier des Baudelocque. Sans en savoir davantage, il se mit en route, bien convaincu que ce parent s'empresserait de payer, à présentation d'un autre Baudelocque, cette vieille dette de reconnaissance. Les faits prouvèrent qu'il ne s'était point trompé. Ce parent, je viens de le dire, était M. Deneux; il reçut le jeune Baudelocque à bras ouvert, le fit demeurer chez lui et pourvut à tous ses besoins.

C'était vers la fin de l'Empire; la guerre n'était plus pour nous qu'une suite de désastres; heureux ceux qui, ayant fait quelques études médicales, pouvaient prévenir la conscription et entrer dans les armées en qualité de chirurgiens militaires! C'est ce que fit M. Baudelocque; il entra comme sous-aide dans un bataillon d'artillerie, et fut dirigé sur Dresde. Mais ce bataillon ayant été coupé du reste de l'armée et fait prisonnier, M. Baudelocque fut emmené jusqu'au fond de la Hongrie, et c'est de là qu'il dut revenir en 1814, quand la paix fut rétablie. Doué d'une forte constitution et désireux de revoir son pays natal, il fit cette longue route à pied, le sac sur le dos. Il racontait que le dernier jour, ayant encore vingt lieues à faire, il les fit tout d'une traite; et ce fut les yeux pleins de larmes qu'il aperçut enfin le clocher de son village et le toit de la maison paternelle.

Après quelques jours passés dans sa famille, M. Baudelocque dut revenir à Paris. M. Deneux, toujours disposé à lui être utile, lui avait de nouveau ouvert sa maison; mais M. Baudelocque sut bientôt se suffire à lui-même. En 1818, il concourut pour l'internat; nommé l'un des premiers, il se trouva attaché aux hôpitaux jusqu'à sa réception au doctorat, c'est-à-dire jusqu'en 1822.

Si, à cette époque, M. Baudelocque n'avait suivi que ses goûts, il n'aurait pas quitté Cullerier l'ancien, qui avait pour lui la plus vive amitié, et peut-être se serait-il consacré aux études que comporte l'hôpital du Midi; mais, je l'ai déjà dit, M. Baudelocque portait un beau nom; il avait dans sa famille une noblesse qui l'obligeait, ce fut vers l'hôpital de la Maternité qu'il dut se diriger de préférence.

Le savant Chaussier avait cessé de remplir les fonctions de médecin en chef de cet établissement; M. Deneux en était le médecin adjoint. M. Baudelocque, admis comme interne dans cette maison, put y acquérir des connaissances essentiellement pratiques dans cette science des accouchements qui désormais allait remplir presque toute sa vie. Cependant, comme tout s'enchaîne et tout se lie dans la nature, nous allons voir que cette étude de l'art obstétrical devait conduire M. Baudelocque à d'autres études non moins pleines d'intérêt et fécondes aussi en résultats pratiques.

La vie des femmes, a dit le plus ancien et le plus vénéré des médecins, n'est trop souvent qu'une longue maladie. Par cela, en effet, que la femme porte dans son sein, et pendant de longs mois, le produit de la conception, des changements profonds se sont accomplis en elle, et dès lors elle est exposée à toutes sortes de dangers; puis, quand sont venues ces heures si désirées et en même temps si redoutées d'une prochaine délivrance, que de hasards, que de périls n'a-t-elle pas à courir au milieu de toutes ses angoisses et de toutes ses souffrances! Sans doute il est d'ineffables compensations dans ces cruels moments; tout est oublié dès que la mère entend le premier cri du nouveau-né; mais de combien de maux n'est-elle pas encore menacée après l'enfantement, et quand tout semble enfin lui promettre une entière sécurité! Le médecin dont nous nous occupons a su exposer avec un vrai talent toutes les parties de ce sombre tableau, et montrer au prix de quelles souffrances la femme doit trop souvent acheter le bonheur d'être mère.

M. Baudelocque n'était encore qu'interne dans les hôpitaux lorsqu'un programme de prix appela son attention sur un premier ordre des graves accidents qui peuvent se déclarer soit pendant le cours de la grossesse, soit pendant le travail de l'enfantement, soit après les couches; je veux parler de ces attaques instantanées et effrayantes qui sont quelquefois annoncées par un cri perçant et douloureux, et qu'on appelle *convulsions*.

Quelle peut être la cause de ces scènes émouvantes? D'où vient qu'un être si faible, si délicat, peut suffire à d'aussi formidables efforts? C'est là ce qu'on ne saurait pénétrer; mais M. Baudelocque a parfaitement établi que si la prédisposition à ces attaques se trouve dans la grossesse elle-même, il faut en attribuer la cause occasionnelle au trop-plein des vaisseaux sanguins ou à un état de pléthore, et de là des indications faciles à remplir.

Mais si les convulsions constituent un ordre d'accidents des plus redoutables, il en est un autre moins effrayant en apparence, mais plus grave en réalité, et dont M. Baudelocque s'est également occupé.

Le sang, en effet, source de toute vie, peut s'échapper du sein de la mère à flots intarrissables, ou bien il peut s'amasser en elle et former de mortels épanchements, constituant ainsi ce qu'on nomme des *hémorrhagies*, qui tantôt sont internes et tantôt externes.

M. Baudelocque ne s'est occupé que des premières, et c'est avec une admirable sagacité qu'il en a déterminé la nature, indiqué les causes et assigné le traitement. C'était le second ouvrage sorti de sa plume; mais il ne devait pas s'en tenir là.

Après avoir échappé aux *convulsions* et aux *hémorrhagies* au sortir du travail le plus facile et le plus heureux, la femme peut être prise tout à coup d'une fièvre qu'on a nommée *puerpérale*.

Cette fièvre avait été mal étudiée.

L'école de Bichat, de Pinel, et même de Broussais, tout en nous faisant mieux connaître qu'on ne l'avait fait jusque-là les inflammations des membranes séreuses, nous avait entraînés dans un solidisme trop exclusif, et c'est surtout l'histoire de la péritonite puerpérale qui devait en fournir les preuves.

M. Baudelocque une fois entré dans la maison d'accouchement, et témoin d'une épidémie meurtrière, fut frappé d'étonnement quand il vit les salles se remplir tout à coup de femmes moribondes, lui qui croyait que la péritonite chez les femmes en couches ne devait pas présenter plus de dangers que les autres phlegmasies des membranes séreuses; il voyait les nouvelles accouchées périr en quelques heures! C'est alors qu'il commença à comprendre qu'il devait y avoir autre chose qu'une simple inflammation abdominale, et que ces morts foudroyantes devaient être rapportées à une altération essentielle et profonde *des humeurs*. Une étude plus approfondie le confirma dans cette opinion, et c'est en vue de ces principes qu'il composa son excellent *Traité de la péritonite puerpérale*.

M. Baudelocque venait ainsi de mettre la dernière main à ses travaux sur les maladies que les femmes peuvent éprouver avant, pendant et après l'accouchement. On peut dire qu'il avait fait l'histoire pathologique tout entière de la femme. Qu'y a-t-il en effet de sérieux, de grave, de véritablement important à connaître en dehors de ces trois ordres de maladies : les convulsions, les hémorrhagies et les inflammations ainsi comprises? Mais les belles recherches de M. Baudelocque ne devaient point encore s'arrêter là. De 1818 à 1830, sa vie tout entière avait été consacrée à l'étude des maladies des femmes. A partir de ce moment, un nouveau champ de recherches va lui être ouvert. Nommé médecin de l'hôpital des Enfants, il va aborder des études non moins importantes et pleines d'intérêt encore, celles qui sont relatives aux maladies des enfants.

Parmi ces maladies, il en est une qu'Alibert appelait une infirmité aussi honteuse que dégoûtante, qui rend l'homme un objet de rebut pour ses semblables, qui lui fait redouter l'union conjugale, qui se transmet à ses descendants, qui frappe l'enfant dans le sein de sa mère, et transforme les plus belles années de sa vie en une longue série de peines et de douleurs.

C'est la maladie *scrofuleuse*, fléau des populations, plaie hideuse du genre humain, qui semblait en d'autres temps ne pouvoir être conjurée que par l'intervention divine, et que les rois de France, au moment de leur sacre, croyaient avoir le don de guérir par l'attouchement ou l'imposition des mains; tradition antique et longtemps vénérée, qui passait d'âge en âge, et à laquelle le roi Charles X crut devoir lui-même se conformer, moins sans doute dans l'espoir de guérir ces malheureux que pour alléger leur infortune par d'abondantes libéralités.

Quand M. Baudelocque entreprit de s'occuper de la maladie scrofuleuse, il ne trouva qu'incertitude et confusion dans les auteurs. Son histoire était un véritable chaos. C'était en vain que l'Académie royale de chirurgie avait appelé en 1750 l'attention des praticiens sur ce sujet, qu'elle avait couronné les mémoires de Bordeu et de Faure, et qu'elle avait fait insérer dans le recueil de ses prix; la même incertitude continuait de régner sur les causes, la nature et le traitement de cette maladie.

Et cependant toutes les nations s'en étaient préoccupées. En Allemagne, Hufeland; en Angleterre, Gibbs, de Quincy, de Morlay, en avaient fait l'objet d'études spéciales; en France, Boyer, Delpech, Alibert, n'avaient eu garde de l'omettre. Cette affection n'en était pas moins restée, comme au temps de Celse, une de ces maladies qui portent la lassitude et le découragement dans l'âme des médecins :

Quæ vel præcipuè medicos fatigare solent.

A M. Baudelocque était réservé le mérite de porter en quelque sorte la lumière au milieu de ces ténèbres.

Chaque école, chaque médecin avait sa théorie sur les causes de la maladie scrofuleuse. Celui-ci prétendait qu'elle était dans les familles un funeste héritage transmis de génération en génération; cet autre n'y voyait qu'une exagération du tempérament lymphatique; celui-là n'invoquait que la contagion; cet autre s'en prenait aux aliments ou aux boissons; tel autre enfin aux influences atmosphériques. M. Baudelocque, après avoir mûrement examiné toutes les opinions de ses devanciers, et après en avoir reconnu le peu de fondement, crut devoir revenir aux faits.

Ses recherches furent longues, pénibles, minutieuses; d'abord vagues et incertaines, puis de plus en plus directes et positives; enfin il arriva à constater, et d'une manière irréfragable, que les conditions indispensables à la production des affections scrofuleuses consistent essentiellement et uniquement dans la respiration d'un air altéré et vicié par le défaut de renouvellement. C'était une vue lumineuse dont les conséquences sur la thérapeutique étaient immenses.

En dévoilant ainsi les véritables causes de la maladie scrofuleuse et en prouvant que ces causes peuvent être écartées, M. Baudelocque avait rendu un véritable service à la société. C'est, du reste, une justice que lui ont rendue les étrangers eux-mêmes. Lorsque le parlement anglais crut devoir nommer une commission à l'effet de s'enquérir des causes qui entretiennent tant de maladies dans les grandes villes, un des médecins les plus distingués de Londres, le docteur Toynbée, interrogé par elle sur les maladies les plus fréquentes et sur leurs causes, répondit que c'étaient les maladies scrofuleuses, et que leurs causes avaient été parfaitement indiquées par un médecin français, M. le docteur Baudelocque. M. Toynhée ne s'en tint pas à cette déclaration; il crut devoir féliciter directement et publiquement Baudelocque de sa découverte, et il lui adressa les paroles suivantes : « Permettez-moi, » monsieur, de vous dire qu'en publiant votre ouvrage sur la maladie » scrofuleuse vous avez rendu un service infini à l'espèce humaine, et » que ce sera toujours avec bonheur que je vous citerai comme un de » ses bienfaiteurs. »

Tout ce que je viens de dire, messieurs, me dispense d'insister pour prouver que M. Baudelocque était un praticien sagace et judicieux; c'était aussi un expérimentateur humain et prudent, et un thérapeutiste habile. Sa grande maxime était que, dans les maladies des enfants, il faut savoir attendre et gagner du temps. Sa pratique à l'hôpital était remarquablement heureuse; c'était dans son service que se trouvait toujours la plus faible mortalité.

M. Baudelocque s'était essayé dans l'enseignement. Nommé agrégé par la voie du concours, il devait naturellement aspirer à une chaire de professeur; mais avec un excellent fond et de grandes connaissances il eut peu de succès dans l'enseignement privé, il n'était pas assez maître de sa parole, il ne savait ni se contenir ni se modérer; et de même à l'Académie de médecine, où il avait été nommé dès 1823, il ne prenait que rarement la parole, et toujours avec une véhémence qui l'empêchait d'aller au delà de quelques phrases. Cette nature un peu colérique coïncidait chez lui avec une constitution où prédominait surtout le système sanguin, constitution évidemment apoplectique qu'il tenait de son père, mort hémiplégique dans un âge peu avancé. M. Baudelocque en convenait lui-même, mais il ne prenait aucune mesure pour en prévenir les suites. Il écoutait volontiers les représentations de ses amis, il en sentait toute la force; mais, soit insouciance, soit conviction que tout serait inutile, il ne voulut rien changer à ses habitudes.

Les faits malheureusement ne tardèrent pas à justifier ces appréhensions; à peine âgé de quarante-huit ans, en novembre 1843, il éprouva une première attaque d'apoplexie au milieu d'une consultation médicale et au moment où, une objection peu obligeante lui ayant été faite, il se préparait à répondre avec sa vivacité ordinaire. Il se sentit tout à coup arrêté par un excessif embarras de la parole, et en même temps il y eut hémiplégie faciale avec faiblesse dans le bras et dans la jambe gauches. Quelques émissions sanguines et un régime sévère l'avaient ramené à un état satisfaisant; mais ayant repris ses anciennes habitudes, il éprouva bientôt une seconde attaque, et cette fois avec cécité presque complète. Après quelques mois il y eut une amélioration marquée; mais, sur ces entrefaites, notre malheureux confrère en vint à se persuader deux choses qui l'amenèrent à l'état le plus triste qui se puisse imaginer.

A tort ou à raison, il avait l'intime et déplorable conviction que s'il laissait arriver dans ses yeux le moindre rayon de lumière il perdrait immédiatement connaissance, et que s'il se plaçait dans une position horizontale il serait pris d'une suffocation mortelle. Dès lors il se condamna à vivre dans une pièce dont les volets exactement fermés interceptaient toute lumière, et à demeurer perpétuellement assis sur un fauteuil, les bras constamment élevés et soutenus par une espèce de balustrade.

Quand j'allais visiter notre infortuné collègue, c'était sa voix qui me guidait au milieu de ces ténèbres; il restait ainsi habillé nuit et jour, ne voulant pas même que dans cette profonde obscurité on le débarrassât des lunettes qu'une excessive myopie l'avait toujours obligé de porter.

Ce long supplice me rappelait involontairement ces paroles du poëte :

Sedet æternumque sedebit!

Et comme avec sa forte volonté il était d'une constitution athlétique, ce fut pendant de longs mois qu'il résista à cet étrange genre de vie.

Ses parents, dans l'espoir d'alléger ses souffrances, l'avaient ramené aux lieux où s'était écoulée son enfance, dans le village de Boves, près d'Amiens. C'est là, au sommet d'une montagne, près des ruines d'un vieux château et à deux pas du cimetière, que s'est douloureusement achevée cette triste existence le 20 mai 1851.

— Ici pourrait se terminer, messieurs, ce que j'avais à vous dire sur chacun de ces estimables collègues; mais peut-être ne sera-t-il pas sans intérêt de les placer une dernière fois en regard les uns des autres, de voir quelles analogies et quels contrastes offraient leurs caractères, en quoi ils pouvaient se rapprocher et en quoi ils différaient.

MM. Desormeaux et Baudelocque, enlevés tous les deux à la science par une mort prématurée, s'étaient également fait remarquer par une saine érudition et une sage pratique. Préparés tous les deux par une bonne éducation, fortifiés par de longues études, on les avait vus briller dans de mémorables concours et plus tard contribuer par leurs recherches et par leurs écrits à l'avancement de la science. Mais l'un était aussi calme, aussi froid que l'autre était bouillant et passionné; il suffisait de les voir pour comprendre à quel point ils différaient.

M. Desormeaux, avec sa physionomie douce et reposée, son front pâle et pensif, son œil bleu, limpide, toujours serein, ses mouvements compassés et gracieux, se plaisait à étendre en longues et savantes périodes tous les sujets qu'il avait à traiter sans que rien pût l'émouvoir ou le distraire.

M. Baudelocque, avec son œil de feu, son épaisse et noire chevelure, son visage coloré, son cou bref, sa parole vive et précitée, jetait avec une sorte de fougue ses brusques allocutions; de sorte que l'un avait en excès de ce qui manquait à l'autre, et qu'ils auraient pu se compléter mutuellement. Si, en effet, M. Baudelocque avait pu emprunter à M. Desormeaux un peu de sa modération et de sa froideur, il aurait su fournir un long et fructueux enseignement; et de même pour M. Desormeaux, si M. Baudelocque avait pu lui communiquer un peu de son ardeur et de sa vivacité, sans cesser d'être sage et méthodique, il aurait pu réveiller et soutenir l'attention de son auditoire de la Faculté.

Quant à ces deux grands vieillards que nous avons vus si longtemps parmi nous, MM. Capuron et Deneux, ce n'est guère que pour signaler entre eux des dissemblances que nous pourrons les rapprocher; tous les deux étaient pleins de franchise, de loyauté et d'honneur; mais autant l'un aimait à cacher sa vie, à se tenir éloigné du monde et de ses pompes, autant l'autre aimait à se montrer et à rechercher la société des grands; nous avons vu le premier dans un modeste logement, au milieu de quelques vieux livres qu'il feuilletait continuellement; nous aurions pu contempler le second dans de somptueux appartements, au milieu d'une riche bibliothèque, qu'il consultait fort peu.

Après quelques essais peu remarqués d'enseignement particulier, M. Deneux arrive au professorat et ne professe plus; M. Capuron, après de longues années d'enseignement particulier, recommence une vie d'études, de labeur et de privations. Le premier, après la chute de ses protecteurs, se retire, et, comme un vieux royaliste, il se condamne à un repos qui n'était pas sans dignité, puis il meurt dans un état de pénurie qui atteste son désintéressement; le second, toujours debout, toujours au travail, ennemi jusqu'à son dernier moment de la vie commode, meurt après une longue carrière, et laisse une fortune qui, par son emploi, fera bénir son nom.

On croirait, en vérité, que l'un n'avait demandé à la fortune que les apparences de la gloire et de la richesse, tandis que l'autre, foulant aux pieds ce vain luxe et cette gloire fragile, n'a cherché son bonheur que dans l'intimité de sa conscience et dans l'accomplissement de ses devoirs!

Etranges contrastes! que tous les deux semblent avoir voulu continuer jusque dans les souvenirs qu'ils nous ont laissés.

L'image de l'un figure dans cette salle; il est encore revêtu de la toge professorale, et couvert de décorations, comme pour maintenir sa place parmi les grandes illustrations de la médecine et de la chirurgie.

Une simple lithographie, voilà tout ce qui nous resterait du second, si son nom, gravé sur une table de marbre, n'était là pour nous rappeler que par son legs il a pris place au nombre des bienfaiteurs de l'Académie. (Applaudissements unanimes et prolongés.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— MM. Janson, ancien professeur de clinique chirurgicale, et Pointe, ancien professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Lyon, viennent d'être nommés professeurs honoraires à ladite Ecole.

— Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Jaccoud, Cavasse, Ball, Labbé, Tillot, Heurteaux, Simon (Jules), Leven, Roques, Brogniard, Gleize, Pierreson, Lelièvre, Saint-Germain (Emile), Charnal, Long, Dubrizay, Blavette, Coulon, Rouet, Esnault, Truelle, Dezanneaux, Tbibault, Arnoult, Simon (Edmond), Jozausi, Donjon, Gaume, Samalens, D'Heilly, Sergent, Londe, Baudot (Emile), Gourriet, Fournier, Viot-Grandmarais, Deslandes, Viala, Saint-Germain (Louis), Guillemin, Cbeneaux, Menjaud, Chamerot, Casson, Dubouch, Laborde, Guyomar, Vigouroux, Leclère, Chauvel, Duboué, Lanier, Lancereaux, Mignot, Delestre, Béquard, Schulze, Fabre, Mauvezin, Couillaud, Blot, Marchand (Nestor), Dupont, Bricheteau-Gravelonne, Homo, Marchand (Benoît), Contesse, Kineweell, Goeau-Brissonnière, Boudet (Pierre), Vallon, Clément, Commenge, Cazade, Leroy.

MM. Pouquet, Prunière, Sardac, Argué, Coffec, Desmicbels, Fleuret, Leblanc, Regnier, Phormion, Apostolidès, Meugy, Sandras, Deschamps (Timoléon), Ségalas, Buzenet, Ancelet, Mabillat, Deschamps (François), Belhomme, Bruder, Cabard, Rey, Coquard, Baillé, Bonnet, Colombel, Baranger, Leudet, Bonnassies, Aubé, Bonhomme, Drouet, Duplantier, Montaigut, Létourneau, Fauvel, Vincent, Donnadieu, Baudoin.

MM. Guyot (Esnest), Lejuge, Mallet, Delaire, Mène, Soulier, Walmé, Hongre, Le Souef, Prevost, Auzoux, Langlois, Legrand (Jean-Albert), Baudin, Bonnabaud, Bourdin, Boutry, Duhamel, Dujardin-Baumés, Majesté, Lechevalier, Lardeur, Tirman, Gauthier (Lucien), Agard, Pellieux, Fenard, Franquebalme, Ferrier, Armengaud, Dawane, Semerie, Guibet, Gautbiez (Josepb), Ligneau, Menuet, David d'Angers, Blanchard, Basset, Vernet.

MM. Peyrusson, Ouvry, Destouches, Naudeau, Radou, Batigne, Gaultier de la Boullaye, Cros, Faguet, Duprilot, Ragon, Thion, Bonneton, Barizain-Monroze, Boulland, Collas de Courval, Plicot, Richoux, Gauthier (Etienne), Bernard, Cazaubon, Layraud, Rivière, Munilla.

La Susan.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la céphalotripsie dans les cas de dystocie par rétrécissement et déformation du bassin.

Nous avons dit dans notre dernière *Revue* que M. le professeur P. Dubois avait dû pratiquer la céphalotripsie pour un cas de rétrécissemennt avec déformation extrême du bassin. A quelques jours de là, la même opération a été pratiquée, en l'absence du professeur, par le chef de clinique, M. Campbell, pour un cas tout à fait semblable. Nous avons, à l'occasion de ces deux faits, présenté quelques considérations sur le diagnostic de ces déformations en tant que dépendant du rachitisme, et nous avons placé à côté de ces faits un exemple de petitesse de taille due à une déformation du rachis d'une affection différente, et dans lequel, ainsi qu'on l'avait prévu, l'accouchement s'est effectué spontanément et sans aucune difficulté. Nous reviendrons aujourd'hui sur le premier de ces faits pour ce qui concerne particulièrement l'opération de la céphalotripsie.

On se rappelle que M. Dubois, après avoir rompu les membranes et reconnu, par la mensuration avec le doigt, que le diamètre sacro-pubien avait moins de 9 centimètres, bien qu'il eût, dès ce moment, la conviction à peu près complète que cette femme n'accoucherait pas seule, jugea néanmoins à propos de livrer les choses à elles-mêmes pendant une grande partie de la journée; puis, ayant reconnu, dans la soirée, que la tête était engagée dans le détroit supérieur, il tenta d'abord une application du forceps, et ce ne fut enfin qu'après avoir constaté successivement l'insuffisance des efforts naturels, puis l'insuccès du forceps, qu'il se décida à appliquer le céphalotribe.

A chacune de ces phases que nous venons d'énoncer correspond un précepte de pratique; chacun des tâtonnements par lesquels est passé le professeur se traduit en une règle.

Après avoir rompu les membranes, avons-nous dit, et avoir constaté un diamètre antéro-postérieur de 8 centimètres, c'est-à-dire inférieur de 3 centimètres au diamètre reconnu nécessaire pour l'accomplissement de la parturition, M. Dubois a attendu. Pourquoi attendre, dira-t-on, dès lors que l'impossibilité de l'accouchement naturel était constatée? Pourquoi ne pas appliquer immédiatement le céphalotribe ou tel autre moyen d'opérer artificiellement la délivrance? Pourquoi? Le voici. Il faut bien distinguer les limites du possible. Il n'y a rien d'absolu à cet égard en obstétrique, alors même qu'il s'agit de dimensions, de diamètres, de mesures, qui semblent faire rentrer la question dans le domaine de la géométrie. Sans doute, en s'appuyant des données probables, la science permettait d'affirmer, dans ce cas, que l'accouchement ne pourrait se faire seul, et que par conséquent l'intervention de l'art était indispensable. Mais ne pouvait-il pas se faire que ce cas fût exceptionnellement un de ceux qui échappent aux règles communes? N'était-il pas possible, par exemple, que la tête du fœtus fût elle-même réduite de volume, et que ses diamètres, inférieurs aux dimensions normales des fœtus à terme, fussent assez en rapport avec ceux du bassin pour permettre l'accouchement naturel, ou bien que la tête fût assez réductible pour s'adapter aux dimensions de cette cavité? Il existe, en effet, des exemples dans lesquels, soit que la tête du fœtus ait été plus petite qu'elle n'est habituellement, ou qu'il se soit opéré un chevauchement des os du crâne suffisant pour réduire ses diamètres aux proportions des diamètres rétrécis du bassin, l'accouchement a eu lieu naturellement, malgré les prévisions contraires. Nous en rapporterons tout à l'heure un exemple remarquable qui s'est présenté à notre observation peu de jours après le fait qui nous occupe.

Il n'eût pas été impossible que les choses se passassent ainsi dans ce cas-ci. L'attente a été trompée sans doute, mais elle n'était pas moins jusqu'à un certain point légitime. L'expectation est donc de règle, en pareil cas, jusqu'à une certaine limite; mais cette limite avait été atteinte ici. Après plusieurs heures, voyant que la tête, légèrement engagée dans le détroit supérieur, ne s'engageait pas davantage, M. Dubois s'est déterminé à agir.

Comment a-t-il agi? Il a d'abord fait une application de forceps. Pourquoi une application de forceps, dira-t-on, sachant presque certainement qu'elle ne réussirait pas? Sans doute il était probable qu'elle ne réussirait pas, mais cela n'était pas certain. Il y avait ici pour l'application du forceps les mêmes motifs qui justifiaient l'instant d'avant l'expectation. Du moment où il y avait une chance, si minime qu'elle fût, qu'une application de forceps pût être suivie de succès, c'était un devoir de la tenter. Mais dès que M. Dubois a vu qu'après quelques efforts il ne pouvait pas amener la tête, il y a renoncé; insister plus longtemps dans une pareille circonstance, c'eût été compromettre sans profit la santé de la mère.

C'est alors seulement, et après s'être convaincu de l'insuffisance du forceps, que M. Dubois a eu recours à la céphalotripsie. Il n'a pas suivi dans l'application du céphalotribe les préceptes donnés par l'inventeur de cet instrument, qui, dans la pensée que la perforation du crâne était une chose grave et dangereuse, a cherché dans la construction du céphalotribe à éviter la nécessité de cette opération. M. Dubois, avant d'appliquer le céphalotribe, a perforé d'abord le crâne, convaincu que cette perforation préalable n'a pas les dangers qu'on lui a attribués et qu'elle a l'avantage de prévenir les dilacérations étendues auxquelles donne ordinairement lieu l'application directe et immédiate du céphalotribe, dilacérations qui ne sont pas toujours sans danger pour la mère.

Les manœuvres de la céphalotripsie n'ont point été difficiles, elles ont été faites de manière à ménager le plus possible les parties de la mère; l'opération a été heureusement terminée.

Une dernière question se présente ici, et c'est sans contredit la plus grave et la plus importante de toutes. Pourquoi avoir fait choix dans cette circonstance d'une opération qui sacrifie l'enfant? Pourquoi n'a-t-on pas préféré l'opération césarienne? — C'est une question que M. Dubois se propose d'examiner et de discuter incessamment. Nous ne manquerons point d'y revenir à cette occasion.

Nous avons parlé tout à l'heure incidemment, au sujet du précepte qui prescrit l'expectation dans les cas de rétrécissement même les mieux démontrés, d'un exemple d'accouchement spontané qui avait eu lieu malgré un rétrécissement extrême du bassin. En effet, dans les premiers jours de décembre, à peu près à l'époque même où venait de se passer le fait que nous venons de rapporter, il y avait dans la salle d'accouchement une femme dont le bassin présentait un vice de conformation plus considérable encore que celui dont il vient d'être question. Le diamètre antéro-postérieur n'avait que 7 centimètres. C'était le troisième cas de déformation qui avait lieu en même temps dans le service. Le travail ayant commencé chez cette femme malgré ce rétrécissement extrême, M. Dubois crut devoir attendre et se confier aux efforts de la nature, se fondant, ainsi que nous l'avons rappelé plus haut, sur ce qu'on ne connaît jamais d'avance le volume et le degré de réductibilité de la tête, et que dans la première période du travail on n'a jamais la certitude absolue que l'accouchement ne pourra se faire. Voici ce qui s'est passé chez cette femme. Le travail ayant continué régulièrement et sans interruption, la perforation des membranes eut lieu spontanément, et bientôt la tête franchit le détroit supérieur, s'engagea dans l'excavation du bassin et finit par surmonter tous les obstacles par les seuls efforts naturels.

L'enfant était d'une petite stature; néanmoins la tête n'en avait pas moins un diamètre bipariétal à peu près égal à celui des enfants de moyen volume. Mais il s'était fait un tel chevauchement des os du crâne, que la tête avait subi une réduction considérable. Bref, l'accouchement s'était fait heureusement pour la mère et pour l'enfant, sans aucune intervention de l'art. Ce fait démontre une fois de plus l'importance et l'utilité de l'expectation.

Sur quelques cas d'affection syphilitique du cerveau.

Un jeune homme de vingt-cinq ans est entré à la Clinique pour se faire traiter d'une ophthalmie. Voici ce qu'un examen attentif de l'œil fait reconnaître. On voit tout d'abord une injection irrégulière des vaisseaux superficiels de la sclérotique; puis, à travers les interstices de cette injection, on aperçoit plus profondément une injection fine, radiée tout autour de la cornée; enfin, sur le bord inférieur de l'iris existe une petite tumeur qui fait saillie en avant et un peu au-dessus du rebord de l'iris, dans le champ même

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire de la découverte de la circulation du sang; par M. FLOURENS, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences (1).

Il n'est pas un homme instruit qui ne connaisse le nom de celui qui a découvert et décrit le premier la circulation du sang; il n'est pas un médecin qui ne sache, ou à peu près, les nombreuses péripéties par lesquelles a dû passer, avant de conquérir son droit de cité dans la physiologie du temps, cette magnifique découverte qui devait changer la face de la science. Pour l'histoire complète du *novum inventum*, des luttes acharnées qu'eut à soutenir son auteur, des critiques passionnées dont il fut l'objet, des sarcasmes, des injures grossières que lui jetaient à la face les hommes de son époque les plus considérables par leur position scientifique et leur instruction, il en est bien peu qui aujourd'hui en sachent les détails.

C'est que, pour la plupart des médecins auxquels la délicatesse de leur esprit, le goût des études sérieuses pourraient faire trouver quelque charme dans ces recherches rétrospectives, des occupations journalières de plus en plus multipliées ne laissent pas le temps nécessaire pour compulser les volumineux in-folios, les poudreux bouquins où se trouvent ensevelis, disséminés les précieux documents à l'aide desquels il serait possible se reconstituer l'histoire de cette intéressante et mémorable période du temps passé.

(1) Un vol. in-18, chez J.-B. Baillière.

Heureusement qu'un jour, tandis que, préoccupé d'une autre série d'idées, il parcourait un commentaire de Ramazzini sur Cornaro, un savant membre de l'Institut, qui réunit le double talent de physiologiste habile et de littérateur distingué, M. Flourens, tomba par hasard sur une phrase dans laquelle il était fait allusion à la découverte de la circulation du sang, « publiée, disait l'auteur, par Harvey, qui l'avait » puisée dans Fabrice d'Aquapendente et Paul Sarpi. » Cette phrase éveilla la curiosité de M. Flourens; il fit des recherches; il trouva des écrivains passionnés, prévenus, à parti pris d'avance; de véritable historien, de juge, il n'en trouva point. L'histoire de la *découverte de la circulation* était encore à faire.

Le livre dont nous allons parler est le fruit des recherches, des méditations de l'infatigable secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. C'est un des délassements auxquels il s'est livré pendant un des rares moments de loisir que lui laissent ses nombreuses occupations. Deux mots d'abord sur ce que contient ce petit volume.

« J'étudie successivement dans ce livre, dit l'auteur, toutes ces découvertes merveilleuses de la circulation du sang proprement dite, » des vaisseaux chylifères, du réservoir du chyle, des vaisseaux lymphatiques.

» J'y suis les faits depuis Erasistrate et Galien jusqu'à Servet, depuis Servet et Césalpin jusqu'à Harvey, depuis Harvey jusqu'à Pecquet et Thomas Bartholin.

» Un point m'a particulièrement occupé. Je me suis appliqué à » rechercher et, si je puis ainsi parler, à reconstruire tout l'ensemble » des idées de Galien touchant la circulation de l'adulte et celle du » fœtus, la formation du sang, la formation des esprits, la chaleur » innée. »

On se tromperait étrangement si l'on croyait avoir affaire ici à un traité dogmatique où se trouveraient répétées d'une manière fastidieuse les analyses déjà tant de fois faites et refaites des doctrines des auteurs de l'antiquité, qui forment les premiers chapitres de tous les écrivains modernes qui ont eu la prétention plus ou moins bien fondée de faire des *histoires de la médecine*.

Certes, en présence du sujet qu'il avait choisi, M. Flourens ne pouvait avoir l'ambition de faire du nouveau; mais il a voulu présenter l'histoire complète d'un des points les plus importants de la physiologie humaine, et cela d'une manière neuve et originale, attrayante; il a voulu réunir le charme du récit à l'intérêt qui s'attache nécessairement à l'un des faits culminants de la science de l'homme; et, nous ne craignons pas de le dire, il a réussi de la manière la plus heureuse.

Dans une suite de courts chapitres écrits avec une concision que l'auteur a su avec bonheur concilier avec la clarté, il a d'abord exposé les théories d'Erasistrate et de Galien; puis, passant rapidement aux travaux des anatomistes modernes, il montre Vésale rectifiant, avec quelque timidité d'abord, puis bientôt avec la plus chaleureuse conviction, basée sur le positivisme du fait, l'erreur du médecin de Pergame quant à ce qui touche les trous de la cloison ventriculaire du cœur. Galien avait fait un pas en démontrant la présence du sang dans les artères; Vésale démontre la compacité de la cloison du cœur; Servet trouve la circulation pulmonaire, et du premier coup, en quelques mots, il la décrit complète : *à vend arteriosâ in arteriam venosam sanguis transfunditur*. Mais par où s'effectue ce passage? C'est par le poumon, où il est agité, préparé, mis dans les conditions nécessaires pour servir à la nutrition de l'individu.

Vésale, poursuivi par l'inquisition, était mort de faim sur un rocher

de la pupille. Cette petite tumeur est une de ces végétations que Beer a comparées aux végétations condylomateuses, et qu'il a même désignées sous le nom de condylome de l'iris.

A l'aspect seul de ces signes, il eût été difficile de se prononcer sur le caractère et sur la nature de cette iritis, et de dire si elle était ou non syphilitique. On sait combien les syphiliographes eux-mêmes sont peu d'accord sur les caractères pathognomoniques de l'iritis spécifique et sur les signes diagnostiques différentiels de cette espèce d'iritis et de l'iritis simple. Mais en remontant aux antécédents du malade, on apprenait qu'il avait eu des chancres, des bubons, en un mot toute la série des accidents syphilitiques primitifs.

Mais la question de savoir si l'iritis dépend ou non de l'affection syphilitique n'est ici qu'une sorte de question préalable que nous avons posée pour arriver à une seconde question plus importante.

Il y a plusieurs mois, ce jeune homme éprouva tous les symptômes d'une congestion cérébrale. Il était depuis quelque temps déjà en proie à une céphalalgie sourde, gravative, et qui se faisait principalement sentir la nuit, pendant le séjour au lit, lorsqu'un jour il tomba tout à coup dans la rue comme frappé d'apoplexie, mais sans perte de connaissance. Lorsqu'on le releva il était hémiplégique; il avait une perte complète du mouvement du côté gauche. Depuis cette époque, le malade a conservé une faiblesse notable dans le côté gauche, et il continue à être en proie à des accès de céphalalgie nocturne.

Tels sont les antécédents de ce malade et les symptômes qu'il présente en ce moment. En présence de ces faits, de cette coïncidence des symptômes cérébraux avec une iritis dont l'origine est plus que suspecte, considérant surtout que ces deux ordres de phénomènes étaient survenus à la suite d'une syphilis, M. le professeur Nélaton s'est demandé si les symptômes cérébraux n'étaient pas eux-mêmes de nature syphilitique. Et en se posant cette question, M. Nélaton n'entend pas comprendre par là des lésions nerveuses qui résulteraient d'une compression produite sur un des points de la périphérie du cerveau par une exostose syphilitique; il entend se demander si le cerveau, dans ce cas comme dans quelques-uns des cas analogues qui ont pu se présenter à d'autres observateurs, n'aurait pas été et ne serait pas encore en ce moment le siége d'une altération syphilitique spéciale, d'une sorte d'épanchement ou de développement d'une substance gommeuse analogue à celle qu'on trouve dans le tissu cellulaire ou muqueux; en un mot, si le cerveau ne serait pas directement atteint d'une lésion syphilitique au même titre que le sont certains autres viscères, le testicule, le foie, le poumon, le thymus, etc.

Dans le cas actuel, cette hypothèse semble d'autant plus admissible, que les phénomènes observés ne rappelaient pas du tout ceux qu'eût produits une exostose intra-crânienne. Ils s'étaient manifestés d'une manière beaucoup trop rapide pour être le résultat d'une compression dont l'action est toujours plus ou moins lente.

D'un autre côté, les symptômes cérébraux de la nature de ceux que nous venons de rappeler ne sont pas tout à fait sans précédents. On trouve dans le *Traité des maladies vénériennes* de M. Vidal (de Cassis) un fait qui a avec celui-ci une très-grande analogie.

Il s'agit d'un jeune homme d'une trentaine d'années, qui offrit tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie. Un médecin appelé pour lui donner des soins, ne connaissant pas les antécédents, agit dans la supposition d'une apoplexie ordinaire. Mais les premiers dangers conjurés, resta une altération des facultés intellectuelles, consistant surtout en une absence fréquente de la mémoire. Le médecin ignorait que ce jeune homme avait eu un chancre induré et des syphilides. M. Vidal, qui avait traité ce jeune homme de sa syphilis, ayant été appelé en consultation, conseilla l'iodure de potassium à haute dose. Les facultés intellectuelles se rétablirent avec une grande rapidité et le malade ne ressentit plus rien de son attaque.

Indépendamment des antécédents qui établissaient ici une très-grande probabilité en faveur de la nature syphilitique des accidents cérébraux, l'âge du malade excluant d'ailleurs l'idée d'une apoplexie ordinaire, l'influence de la cause syphilitique est ici démontrée par le succès du traitement. Quant à la question de savoir en quoi consistait cette lésion, tout ce qu'on peut dire, c'est que la rapidité avec laquelle les accidents sont survenus, et surtout la rapidité de la guérison, excluent également l'idée d'une exostose intra-crânienne. Reste donc comme seule probable l'idée d'une altération spéciale de nature syphilitique du cerveau lui-même.

Mais ce qui n'est jusqu'ici qu'à l'état d'induction dans les deux faits que nous venons de rapporter acquiert presque la certitude de la démonstration si nous rapprochons de ces deux faits celui que M. Leudet a présenté récemment à la Société de biologie.

M. Leudet, en pratiquant l'autopsie d'un sujet qui avait présenté pendant la vie des symptômes cérébraux analogues à ceux qu'ont offerts les malades dont il vient d'être question, et qui avait eu comme ceux-ci des antécédents syphilitiques, a trouvé dans l'un des hémisphères cérébraux une tumeur gommeuse, tumeur qui ne provenait point du crâne, mais qui avait évidemment pris naissance dans la substance cérébrale. L'examen microscopique de cette tumeur fit reconnaître qu'elle avait la même texture et la même composition histologique que les tumeurs gommeuses ordinaires.

Il paraîtrait enfin que M. Ricord possède aussi, de son côté, un fait de lésion anatomique du cerveau de nature syphilitique; mais nous manquons des détails suffisants pour en apprécier la valeur.

Ces faits ne sont pas d'ailleurs les premiers qui aient appelé l'attention des observateurs sur l'existence de phénomènes cérébraux syphilitiques. Nous pourrions rappeler entre autres les observations curieuses qui ont été publiées sur ce sujet par M. Devay, de Lyon; par M. le professeur Schützenberger, de Strasbourg, et enfin plus récemment par M. Sandras, dans son *Traité des maladies nerveuses*. Nous avons eu même l'occasion de voir récemment dans le service de ce médecin à l'Hôtel-Dieu quelques cas de ce genre, au sujet desquels nous reviendrons prochainement sur cette question.

De l'opération de l'hydrocèle par l'injection alcoolique à très faible dose, abandonnée dans la tunique vaginale.

Dans notre numéro du 27 mai 1854, nous avons rendu compte de deux opérations d'hydrocèle que M. Richard venait de pratiquer sur les indications de M. Dupierris. On se rappelle que le procédé de M. Dupierris consiste dans l'injection, après la paracentèse, de 8 grammes d'alcool laissés dans la tunique vaginale. L'avantage attribué par son auteur à cette modification introduite dans l'opération de l'hydrocèle est de provoquer, au moyen de ce dosage exact du liquide irritant, une inflammation si justement contenue que le malade, exempt de tous symptômes de réaction générale, peut vaquer à ses occupations comme s'il n'avait point été opéré. M. Richard ayant constaté que les résultats avaient un peu différé chez ses premiers opérés, et qu'en suivant exactement la manière d'agir de M. Dupierris il avait vu néanmoins survenir quelques phénomènes de réaction, a résolu de diminuer à l'avenir la quantité d'alcool; après plusieurs tâtonnements, il est arrivé à constater que la dose de 5 grammes, bien qu'arbitraire, est celle qui convient le mieux dans le plus grand nombre des cas.

Nous empruntons l'observation suivante à un compte rendu de son service que M. Richard a publié récemment dans une brochure extraite de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*

M..., âgé de cinquante-quatre ans, se présenta à la consultation le 15 mai 1854. En février 1848, il s'était aperçu pour la première fois du développement d'une tumeur dans le côté gauche des bourses. M. Richard ayant reconnu une hydrocèle de la tunique vaginale, du volume d'un œuf de dinde, proposa au malade de l'opérer.

Le 21 mai, il fit une ponction avec le trocart explorateur et retira 250 grammes de sérosité citrine; le testicule était sain. L'opérateur poussa alors dans la tunique vaginale 5 grammes d'alcool et les y abandonna. Au moment de l'injection, le malade accusa une douleur vive, qui cessa après quelques secondes.

Un quart d'heure après le malade retourna chez lui à pied; il se promena toute la journée. Le lendemain il se remit comme d'habitude au travail, et depuis il n'a pas cessé un instant ses pénibles travaux (il est serrurier).

La tuméfaction a commencé dans la nuit du 21 au 22. Elle a mis trois jours à redonner à la partie le volume qu'elle avait avant la ponction. A dater du quatrième jour la tumeur est restée stationnaire jusqu'au quinzième jour environ. Dès lors la résorption s'est effectuée très-vite, et en une semaine elle était complète. Le 19 juin on constata l'entière guérison. L'opéré a été revu depuis; la guérison était parfaitement confirmée. Il n'avait éprouvé à la suite de l'opération aucune espèce de douleur, seulement un peu de sensibilité, les quatre premiers jours, quand il pressait la tumeur.

Depuis cette première opération, encourageante par la merveilleuse simplicité avec laquelle la guérison a été obtenue, M. Richard a eu l'occasion de pratiquer par le même procédé un assez grand nombre d'opérations d'hydrocèle, les unes à l'hôpital, ce qui lui permettait d'en suivre très-exactement les résultats, les autres à la consultation, et renvoyant immédiatement les opérés à leur travail pour s'éclairer sur le principal avantage de l'opération nouvelle.

Ces observations, au nombre de douze, qu'il serait trop long de reproduire ici, établissent en effet l'innocuité et l'efficacité constante de ce procédé, ainsi que la rapidité de la guérison, qui, dans tous les cas, a été obtenue sans nécessiter le séjour des malades au lit et sans les astreindre même au repos. Cette dernière considération a son importance lorsque, comme dans un des faits rapportés par M. Richard, il s'agit d'un vieillard atteint, en même temps que de l'hydrocèle, d'une affection viscérale organique, et chez qui un décubitus prolongé de douze à quinze jours et la réaction traumatique qui suit habituellement l'opération par le procédé d'injection ordinaire eussent pu avoir des résultats fâcheux.

Quant à la durée moyenne de la guérison, on peut la déduire des chiffres suivants que nous extrayons du tableau synoptique que M. Richard a dressé de ses treize opérés. Nous trouvons pour le premier opéré un mois et demi, pour le deuxième trois mois, pour le quatrième, le cinquième et le sixième un mois, pour le septième cinq à six semaines, pour le huitième cinq semaines, pour le neuvième deux mois et demi environ, pour le dixième sept semaines, pour le onzième un mois, pour le douzième sept semaines, pour le treizième un mois.

Sans prétendre affaiblir en rien la valeur des résultats obtenus par M. Richard, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler cependant qu'il est une méthode beaucoup plus simple encore que celle qu'il préconise, et qui a donné entre les mains de plusieurs chirurgiens et à nous-même en particulier des résultats, sinon aussi constants, du moins plus inoffensifs et plus prompts encore. Nous voulons parler de la simple ponction évacuatrice suivie de l'application externe de compresses irritantes résolutives.

DU RECUL DU COEUR

et de son influence sur la locomotion et sur les battements de cet organe.

(Leçon professée à l'Ecole pratique, le mercredi 6 décembre 1854, par M. le docteur Bataihlé.)

Je viens de vous exposer les diverses théories jusqu'ici émises pour expliquer les battements du cœur. Aucune n'est satisfaisante; je viens de vous le démontrer.

désert de la Méditerranée; Servet fut brûlé vif à Genève, accusé d'hérésie par Calvin. C'était une des manières de l'époque d'honorer le génie.

Césalpin décrit ce passage du sang à travers les poumons, et le premier emploie le mot significatif de *circulation*. Fabrice d'Aquapendente trouve les valvules des veines, et indique la disposition en vertu de laquelle elles s'opposent au reflux du sang; mais s'il voit le fait, il n'en tire pas la conséquence pratique, non plus que Sarpi, auquel on a voulu faire sans preuves suffisantes honneur de la même découverte.

Jusque-là tout était indiqué ou soupçonné, rien n'était établi; il fallait un génie tout à fait supérieur qui à ces faits de détails sût ajouter une vue d'ensemble. Harvey paraît, et la circulation générale est trouvée, aussi parfaite presque que nous la connaissons aujourd'hui. Repoussé par Gui Patin, l'ennemi né de toutes les innovations, aussi bien en anatomie et en physiologie qu'en thérapeutique, de la circulation du sang comme de l'antimoine et du quinquina; par Riolan, par la Faculté tout entière, c'est Descartes et Dionis les premiers qui osent proclamer avec admiration le résultat des travaux de Harvey, lesquels, adoptés forcément au bout de quelques années par tout le monde savant, reçoivent une nouvelle et plus imposante consécration de la discussion mémorable qui s'élève en 1699 dans le sein de l'Académie des sciences entre Méry et Duverney. On sait que le premier combattait opiniâtrément les théories de Harvey sur la circulation du fœtus, et que la victoire resta définitivement à Duverney, qui soutint et développa avec le plus grand talent les opinions du médecin anglais.

Tout n'était pas fait encore. Quels sont les vaisseaux qui transportent le chyle? Dans quelle partie du système vasculaire est-il recueilli? Dans quelle autre subit-il l'élaboration après laquelle il devient apte à concourir à la nutrition générale? Questions graves, et qui n'étaient point encore résolues.

Quelques années après les premiers enseignements d'Harvey, Aselli, professeur à Pavie, trouve les vaisseaux chylifères. Mais où se rendent-ils? Au foie? C'est ce que pense Aselli. Vingt ans après lui, un étudiant de Montpellier, Jean Pecquet, lassé de la science froide et muette qu'on demande aux cadavres, ouvre des animaux vivants, et découvre ce réservoir commun qui a gardé son nom.

En même temps que Pecquet, un Suédois, Olaüs Rudbeck, qui dirigeait ses études dans le même sens, arrive au même résultat que l'étudiant français; mais, plus heureux, il complète sa découverte, et remarque sur le foie des vaisseaux transparents, aqueux : les vaisseaux lymphatiques.

C'était à Thomas Bartholin qu'était réservée la gloire de couronner cette grande œuvre en établissant d'une manière certaine et définitive la circulation des vaisseaux blancs, la circulation lymphatique, et de célébrer, comme il le dit, *les obsèques du foie*, si longtemps fameux, grâce à un titre usupé, et qui n'est plus désormais que *le pauvre foie réduit à faire de la bile.*

C'est là, à proprement dire, que se termine l'histoire entreprise par M. Flourens. Cependant, et pour ne rien laisser à désirer dans son œuvre, il a cru nécessaire d'examiner, dans un chapitre supplémentaire, les prétentions de Sarpi à la découverte de la circulation du sang, et dans un autre, les opinions de Michel Servet sur la formation des esprits, de Michel Servet, dit M. Flourens, homme étrange *qui eut du génie.*

Une dernière section du livre, que nous oserions presque, si le sujet était moins grave, appeler la petite pièce après la grande, est consacrée à Gui Patin, le mordant satirique. Là, M. Flourens rend compte de la lutte, dont Gui Patin fut un des plus rudes jouteurs, entre l'ancienne et la nouvelle physiologie, et il expose, en coupant son récit de fréquentes et heureuses citations des lettres du spirituel doyen de la Faculté, les ressorts cachés qui faisaient mouvoir ce grand corps, qui périt, dit-il, comme périssent toutes les républiques, par l'exagération même de son principe.

Nous avons tâché, en suivant pas à pas l'auteur dans les divisions de son livre, de faire comprendre à nos lecteurs tout ce que contient d'intéressant ce trop petit volume. Mais ce dont nous ne pourrions donner la plus faible idée, c'est la finesse des aperçus qu'il contient, la verve dont il étincelle, l'esprit et le goût qui ont présidé à la mise en œuvre de ces précieux matériaux. Quant au style, pas n'est besoin d'en rien dire; il suffit d'avoir assisté à l'une des séances annuelles de l'Institut pour savoir que M. Flourens est depuis longtemps digne de la double palme qu'il porte et comme secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, et comme membre de l'Académie française.

D[r] A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, par M. A. Becquerel, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Un très fort volume grand in-18, de plus de 750 pages. Prix : 6 fr. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Je me permettrai de vous en exposer une nouvelle. Je dis nouvelle, cela n'est pas tout à fait exact, puisque je la professe déjà dans cette enceinte depuis trois ans, dans mes cours de physiologie et dans mes cours d'auscultation; de sorte qu'elle doit être professée aujourd'hui pour la septième fois devant vous. Elle doit avoir été entendue par au moins trois ou quatre cents élèves, et parmi mes auditeurs j'en vois plusieurs qui la connaissent, et qui même l'ont inscrite dans leurs notes. Je veux parler de la *théorie du recul*.

En effet, messieurs, pendant la systole ventriculaire, le sang contenu dans les ventricules est soumis à une forte pression; il s'échappe par les deux orifices de l'aorte et l'artère pulmonaire placées à sa base. Nécessairement cet organe doit se mouvoir en sens opposé de celui par où a lieu la fuite du sang; il doit se porter en *avant*, en vertu du mouvement de *recul*, et cela d'une manière *nécessaire, inévitable*.

En effet, toutes les fois que dans un vase un liquide est soumis à une certaine pression, si une fuite vient à être pratiquée à ce vase, il se meut ou tend à se mouvoir dans un sens opposé à celui par lequel a lieu la fuite du liquide. C'est par ce mécanisme que tourne le tourniquet à eau; c'est par ce mécanisme que recule la pièce de canon par l'explosion de la poudre.

Enfin, messieurs, on peut imaginer une expérience où les conditions qu'on trouve dans le cœur seraient mieux imitées. Imaginez une vessie en caoutchouc : on la distend par un liquide, on la place sur l'eau, on y pratique une *fuite*; la vessie ou le liquide reculeront à l'opposé du lieu de la fuite.

Or, messieurs, au point de vue mécanique, qu'est-ce que le cœur en systole? Est-il autre chose qu'une vessie faisant par ses contractions ce que fait la vessie en caoutchouc par sa rétraction?

Donc, pendant la systole, le cœur doit se porter en avant, en vertu du *mouvement de recul*.

Que faudrait-il pour que le cœur ne reculât pas? Il faudrait qu'il fût fixé solidement à sa place. Et il est loin d'en être ainsi; tout au contraire a été disposé pour favoriser le recul.

Plus d'une fois peut-être vous vous êtes demandé : A quoi bon la courbure de l'aorte; pourquoi l'axe de l'aorte, l'axe de l'artère pulmonaire ne sont-ils pas confondus avec les axes des ventricules?

Imaginez, messieurs, que les choses soient ainsi disposées : l'aorte n'a pas de courbure, les axes des ventricules et des artères sont sur une même ligne droite; le cœur se contracte, il tend à reculer, il ne le peut pas. Il exercera nécessairement sur l'aorte et sur l'artère pulmonaire un *tiraillement*, tiraillement dangereux peut-être. Que dis-je! le cœur ne pouvant reculer pourrait bien *crever*, comme crève parfois une pièce de canon sans affût.

Pourquoi cette théorie, qui doit vous paraître si simple, si naturelle, n'a-t-elle pas été imaginée jusqu'ici? Je pourrais vous dire une raison générale; c'est que ce n'est pas toujours les choses les plus simples qui se présentent de prime abord aux esprits même les plus illustres. J'aime mieux vous en donner une autre raison. En même temps que par le mouvement de recul le cœur se porte en avant, la pointe, sous l'influence des anses musculaires du cœur, se reporte vers la base; le cœur se raccourcit. Ce raccourcissement a bien pu faire méconnaître les projections du cœur en avant par quelques auteurs des plus recommandables.

Enfin, messieurs, cette théorie peut encore expliquer en partie quelques-unes de celles que j'ai discutées et réfutées devant vous.

On avait dit : Le cœur se porte en avant par le redressement de la courbure aortique. La courbure aortique doit se redresser en effet pendant la systole ventriculaire. Mais ce n'est pas le redressement de l'aorte qui projette le cœur en avant; c'est, tout au contraire, le *recul du cœur en avant* qui redresse la courbure aortique.

On avait dit : C'est la distension des oreillettes par l'afflux du sang dans leur cavité qui projette le cœur en avant pendant la systole ventriculaire. Il aurait fallu dire : C'est la projection du cœur en avant qui tiraille les oreillettes, les dilate et y attire le sang par aspiration. De là peut-être cet afflux brusque du sang dans les oreilles, scruté par M. Beau dans son travail sur les mouvements du cœur, et qu'il expliquait par la contraction des veines caves.

Voilà, messieurs, ce que j'avais à vous dire sur les battements du cœur (1).

OBSERVATION D'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE.

Par M. le docteur Laborderie.

Mme X..., âgée de trente ans, tempérament nerveux, sec, irritable, mère d'une jeune fille de onze ans, fut atteinte, dit-elle, d'une fièvre typhoïde il y a sept ans. Dès lors elle devint de plus en plus impressionnable; tout en étant fréquemment et à la moindre contrariété sujette à des attaques hystériformes, elle vaquait cependant à son ménage d'une manière fort active, quand ses règles, il y a deux ans, cessèrent de venir régulièrement. Tous les quinze jours, puis tous les huit jours des pertes plus ou moins abondantes survenaient; plus tard elles devinrent continuelles. Tantôt c'était du sang pur, tantôt il était mêlé à une certaine quantité de mucosités blanchâtres. Pour éviter ces métrorrhagies, qui quelquefois devenaient inquiétantes, son médecin lui faisait une saignée du bras; le mieux qui s'ensuivit les premières fois fut de courte durée, et les hémorrhagies reparaissaient plus terribles que jamais.

(1) Cette leçon, faite à mon cours de l'École pratique, n'aurait été livrée à l'impression qu'à la fin de l'année scolaire, si la publication du mémoire de M. Hiffelsheim ne m'avait forcé à publier mes résultats, que j'aurais désiré appuyer par des expériences faites sur les animaux.

C'est alors que, des affaires ayant conduit cette famille à Bersac (Haute-Vienne), Mme X... vint un jour me prier de vouloir bien lui tirer un peu de sang. Je la savais excessivement nerveuse, je la voyais très anémique, je refusai, et j'appris le lendemain en la consultant que ses pertes étaient continuelles, qu'elle voyait tous les jours ses forces l'abandonner et qu'elle sentait dans le bas-ventre, soit qu'elle se tînt debout, soit qu'elle marchât, une tumeur anomale qui la forçait de s'asseoir ou de se coucher.

Une teinte jaune paille, ni cancéreuse, ni paludéenne, annonçait sur son faciès une cachexie profonde. Au toucher vaginal, je trouvai la matrice un peu descendue (il paraît que par moments elle la sentait bien plus bas); le col était aplati, tourné en arrière, un peu à droite; sa lèvre postérieure rugueuse et presque nulle, ce qui aurait pu tenir à ses couches; mais en arrière et à gauche, on sentait à la place du cul-de-sac vaginal une tumeur assez volumineuse, assez résistante et douloureuse à la pression. Par le toucher abdominal sur ce même côté gauche, on constatait une tumeur oblongue partant de la région ovarique et descendant obliquement vers la ligne blanche. Le toucher rectal me la fit encore rencontrer; elle me sembla même dans ce sens plus volumineuse; située à plus de 3 centimètres au-dessus de l'orifice anal, je ne pouvais la circonscrire avec le doigt. Elle offrait partout la même consistance, la même douleur à la pression, le même degré de mobilité et la même direction. Si le doigt placé dans le vagin cherchait à soulever cette tumeur, la main à plat sur la paroi abdominale sentait ce même mouvement, et réciproquement; de même aussi par le rectum.

Du côté droit, l'on remarquait encore une tumeur bien moins volumineuse et dont les mouvements pouvaient être sentis indépendants de ceux de la première. C'était la matrice refoulée en bas, en avant et un peu à droite.

Enfin, depuis la naissance de sa fille unique, Mme X... n'avait eu ni enfant ni fausse couche.

Mon diagnostic fut facile à porter : j'avais vu dans les hôpitaux, et surtout dans le service de M. le professeur Laugier à la Pitié, plusieurs cas d'hématocèle rétro-utérine; je retrouvais chez ma malade ces mêmes pertes irrégulières d'abord, puis continuelles; ce même dépérissement, ce même état cachexique, ces mêmes tumeurs isolées et cette même teinte jaunâtre qui m'a semblé si caractéristique.

Mais devais-je opérer? M. le professeur Nélaton n'approuve pas cette conduite; il enseigne le contraire. J'avais vu d'un autre côté, dans le service de mon savant maître M. Laugier, un cas d'opération suivie de succès et un cas d'abstention suivie d'une péritonite mortelle. Dans le service de M. Aran, à la Pitié aussi, où il faisait un intérim, une femme était morte sans opération; outre l'hématocèle il y avait grossesse extra-utérine. Sans doute le manuel opératoire n'est pas ce qui arrête, car il n'offre aucune difficulté; mais quels dangers et quels graves accidents peuvent survenir et en être la conséquence! porter un instrument *peut-être* dans le péritoine! Je m'abstins donc et résolus de combattre tout simplement les phénomènes qui pourraient se présenter : c'était faire la médecine du symptôme.

Quelque temps après cette dame fut prise d'une diarrhée violente à la suite d'une attaque nerveuse; des moyens appropriés permirent de s'en rendre maître presque aussitôt. Cependant les selles restèrent liquides du lundi au mercredi, et prirent ce jour-là une couleur jus de pruneaux due à une certaine quantité de sang qui ne pouvait provenir d'hémorrhoïdes, cette dame n'en avait point et n'en avait jamais eu.

Le jeudi soir la malade fut prise d'une perte foudroyante par le rectum. Le sang était pur, mais noirâtre et en caillot; à l'air, la superficie prenait une teinte rosée, suite de l'oxygénation atmosphérique; il y en avait plus de deux litres. Nous avions un abattement complet, le pouls était difficile à trouver, petit, filiforme et fuyant devant le doigt qui le cherchait; la parole était éteinte, la faiblesse extrême. Je regrettai de n'avoir pas opéré. Je fis appeler mon père, dont l'expérience, datant de trente ans, m'est si souvent d'un grand secours, et notre ami le docteur Lafont.

Quand ce dernier confrère arriva, Mme X... était déjà mieux. J'avais fait des applications d'eau froide continues sur le ventre; j'avais, au moyen d'une bande faisant siphon, dirigé par le vagin des irrigations froides sur la tumeur elle-même; j'avais fait prendre souvent des boissons glacées, mais en petite quantité à la fois. L'hémorrhagie venait donc de s'arrêter, le pouls se relevait, la parole était revenue; la malade pouvait, soutenue par un aide, se soulever sur son lit. La tumeur avait diminué, mais la douleur avait augmenté; la moindre pression sur l'ovaire gauche était excessivement sensible; je craignais une péritonite et fis administrer les réfrigérants.

Le docteur Lafont et mon père penchaient pour une hémorrhagie passive du rectum; cependant la teinte cachexique avait frappé notre ami; il pensa à la coïncidence d'une affection paludéenne et conseilla du sulfate de quinine. 50 centigrammes en solution furent tout d'abord donnés; mais, après l'administration du fébrifuge, les selles reparurent assez abondantes; l'action peut-être avait-elle été purgative, ce qu'il n'est pas très rare de rencontrer dans nos pays. On continua aussi l'eau froide, et je fis passer quelques bouillons, plus tard quelques potages, etc.

La malade prenait des forces, semblait entrer en convalescence, mais la tumeur, moins grosse il est vrai et moins douloureuse, était toujours là; je craignais une nouvelle crise qui, de l'avis de nos confrères, devait être funeste.

Le samedi matin Mme X... rendit encore une grande quantité de matières noirâtres : c'était du sang mélangé. Je fis insister avec régularité sur le traitement, et le reste de la journée se passa bien. Seulement, à sept heures du soir, l'hémorrhagie reparut encore par le rectum plus abondante et plus terrible que jamais. J'exigeai l'immobilité la plus complète et laissai rendre sous elle sans la changer ce sang altéré dont l'odeur était suffocante. Il y avait aussi des efforts surprenants pour vomir quelques glaires; l'eau froide la calmait un peu, et plus l'estomac contenait de liquide, moins les efforts étaient violents. Pendant six heures mon père et moi combattîmes seuls avec la mort; un instant je ne sentis plus de pouls; elle était froide; je portai la main sur le cœur, il y avait encore quelques battements lents et faibles. Nous insistâmes sur l'eau glacée; elle était renouvelée de seconde en seconde, et nous fûmes heureux de sentir le pouls revenir peu à peu, la chaleur reparaître par degrés, les efforts de vomissement diminuer avec rapidité. La malade était sauvée, la tumeur n'existait plus, les pertes étaient arrêtées; elle sentait le bienfait des réfrigérants; ses yeux se rouvrirent; l'intelligence put se manifester; la parole revint avec un peu de force.

Dès lors la guérison marcha à grands pas sous un régime fortifiant, la couleur cachexique disparut, les conjonctives redevinrent blanches, les yeux reprirent leur brillant, la rétroversion et la descente de l'utérus n'étaient plus. Au bout de trois semaines la menstruation est revenue et tous les mois régulièrement.

C'était bien une hématocèle retro-utérine qui venait de s'ouvrir dans le rectum, soit que le liquide ait traversé le péritoine, soit qu'il existât sous cette séreuse. Toujours est-il qu'il n'y a pas eu péritonite, ce qui serait en faveur de la dernière opinion. Comment, en effet, une ouverture serait-elle survenue dans un tissu si susceptible que le péritoine sans une inflammation au moins limitée?

L'opération aurait-elle été plus avantageuse, aurait-elle fait courir moins de dangers, aurait-elle épargné quelques souffrances, aurait-elle abrégé le temps? Cela pourrait être; mais n'aurait-elle pas pu aussi entraîner la mort? Il est vrai, dans le cas de la malade de M. Laugier l'opération avait prévenu *peut-être* une péritonite mortelle; dans l'autre, l'abstention n'avait-elle pas été funeste? Il faut donc se laisser guider par les circonstances et le génie médical. Temporiser n'est pas s'abstenir.

Où siége cette tumeur sanguine, dans ou sous le péritoine? Ce cas ne peut sans doute pas éclaircir l'anatomie pathologique; mais n'est-on pas en droit de penser cependant que si la séreuse avait été ouverte, nous aurions eu une péritonite avec fièvre terrible? Dans l'autopsie faite à la Pitié, cette phlegmasie avait emporté la malade, et cependant l'hémorrhagie s'était produite sous la séreuse, probablement par l'ovaire, car cet organe avait disparu complétement. Je pense donc que ces hématocèles sous-péritonéales existent principalement. Cette manière de voir cependant n'infirme pas les faits que citent les partisans de l'opinion contraire : ils ont dû voir et bien constater. Je conclus que dans mon opinion et les cas que je cite la péritonite ne peut être que la conséquence d'une tendance à l'ouverture de la tumeur sanguine du côté de l'abdomen, et que l'opération bien exécutée ne peut attaquer la séreuse. J'avais donc raison de dire *peut-être* quand je parlais de porter un instrument dans le péritoine. Et si j'approuve la temporisation, c'est seulement parce que cette hématocèle a surtout l'habitude de s'ouvrir à l'extérieur, soit par le rectum, ce qui est le plus ordinaire, soit par le vagin. Car je connais encore une cliente qui fut soulagée d'une tumeur probablement analogue par une perte très abondante du côté du rectum. Il n'y eut pas de médecin appelé.

SOUFFLE AMPHORIQUE DANS L'ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE,

Par M. Béhier.

La note de M. Béhier est relative à deux observations dans lesquelles l'existence d'un véritable souffle amphorique, tel que l'on en perçoit au niveau des cavernes pulmonaires, a été évidemment liée à la présence de liquide purulent dans la cavité pleurale.

Obs. I. — Dans le premier cas, relatif à un sujet de trente-deux ans, l'affection thoracique durait depuis six semaines, et le côté droit de la poitrine était le siége d'un épanchement considérable (les détails de la narration ne laissent aucun doute à cet égard) quand le 6 avril on constata en arrière, dans toute la fosse sus-épineuse, notamment à la partie la plus interne de cette région, une respiration amphorique des plus manifestes et une exagération de la voix avec timbre amphorique très marqué et très désagréable à l'oreille. Dans tout le reste de ce côté la poitrine, en avant comme en arrière, la matité est absolue, la voix ne s'accompagne d'aucune vibration sensible à la main, et le murmure vésiculaire a complétement disparu. Ces signes physiques sont encore constatés les jours suivants.

Le 12, l'épanchement se fait jour par les bronches, et le sujet emplit trois crachoirs d'un pus fade, non mélangé d'air.

Le 14, la matité a diminué dans la fosse sus-épineuse; on y perçoit maintenant du râle muqueux, et le souffle amphorique est moins prononcé. Ce bruit et le retentissement de la voix avaient complétement disparu le 20 pour ne plus revenir. Le sujet est sorti de l'hôpital le 8 mai.

Obs. II. — Le second sujet, âgé de trente et un ans, eut une pleurésie à la fin de février 1854. Douze jours après, il reprit son service de cocher. Obligé d'entrer à l'hôpital le 20 mars, il portait alors un épanchement thoracique du côté droit.

Le 11 avril il quitta l'hôpital, mais il y rentra le 13, et alors on constata une matité très prononcée dans toute la hauteur du poumon droit, avec absence de murmure vésiculaire. Pas d'égophonie ni de vibrations thoraciques.

Le 20, souffle amphorique très caractérisé au niveau de l'épine de l'omoplate et plus en dedans. Ce souffle est noté et étudié avec soin pendant plusieurs jours; l'égophonie se manifeste vers le milieu de la hauteur du poumon; la voix ne retentit pas d'une manière exagérée.

Le 2 mai on pratique la thoracentèse, et l'on retire plus de 4 litres d'un pus épais, phlegmoneux et bien lié. Le côté droit de la cage thoracique, qui était très distendu, s'affaisse sensiblement.

Le 3 on constate que la matité est peu considérable. Le murmure respiratoire, mêlé de râles muqueux, s'entend partout; l'égophonie a disparu, et il n'y a plus de trace de souffle amphorique. Peu à peu l'épanchement se reforme, et le 16 le souffle amphorique se fait entendre de nouveau.

Le 17, nouvelle ponction qui donne issue à plus d'un litre de pus. Injection iodée dans la cavité pleurale. L'observation n'enregistre plus

les résultats stéthoscopiques jusqu'au 26. Ce jour-là le souffle existe, quoique faible.

Le 27 il a disparu pour ne plus revenir. Une nouvelle injection iodée est faite par la plaie thoracique devenue fistuleuse. La santé générale s'altère. On tente encore une injection le 2 juin; il sort par la canule un peu de pus fétide, les signes de l'entrée de l'air se manifestent pendant la manœuvre, et l'injection ne pénètre pas. La région sous-claviculaire devient très-sonore, et l'on y entend un tintement métallique. Le malade meurt dans la nuit du 5 au 6 juin.

L'autopsie présente surtout à considérer la disposition suivante : En disséquant la fin de la trachée et le commencement de la bronche droite, il est facile de constater que le poumon, *qui est dense* et présente à peine le *huitième* de son volume normal, est refoulé derrière cette bronche: elle y est accolée d'une manière si intime, que l'on est obligé de se servir du bistouri pour l'en séparer. Cet accolement du poumon, devenu plus dense, avec la bronche, remontait jusqu'à la terminaison de la trachée, et couvrait cette dernière dans l'espace d'un large travers de doigt.

Il fut impossible de découvrir la moindre communication entre la cavité pleurale et l'intérieur du poumon.

Aucune trace de tubercules pulmonaires, à plus forte raison de cavernes. Plèvre et poumon gauches à l'état normal.

Ces deux observations s'éclairent l'une par l'autre. Les données nécroscopiques contenues dans la dernière fournissent une explication suffisante de l'existence du souffle amphorique au niveau de la fosse sus-épineuse et près de la colonne vertébrale. Ainsi que l'explique l'auteur, le souffle était produit par le passage de la colonne d'air dans la bronche droite ; ce n'était autre chose que le bruit respiratoire trachéo-bronchique renforcé et transmis à l'oreille par le poumon induré. Le souffle n'existe que quand l'épanchement est considérable, parce qu'alors le poumon, en même temps qu'il est plus comprimé et par conséquent plus dense, est plus fortement appliqué contre la fin de la trachée et la grosse bronche.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il est bon d'être averti que le souffle amphorique, considéré isolément, n'a pas le caractère spécifique de la caverne pulmonaire, comme on l'a cru jusqu'ici, et nous croyons, pour notre part, que les conditions susceptibles de le produire peuvent se rencontrer encore ailleurs que dans l'épanchement pleurétique. (*Arch. gén. de méd.*)

SUR L'AUGMENTATION DE FRÉQUENCE DU POULS pendant les douleurs de l'accouchement.

Par M. Fréd. Mauer.

M. Mauer a cherché à vérifier sur environ 100 femmes, à la clinique de M. le professeur Martin, ce qui avait été déjà dit par Hohl sur l'augmentation de fréquence du pouls qui accompagne les contractions de l'utérus. Dans ces recherches, il s'est fait aider par un de ses amis ; l'un des deux observateurs explorait le pouls radial, tandis que l'autre étudiait ce qui se passait dans l'utérus. Pour sentir les contractions et juger quelle en était la force, l'observateur introduisait un doigt dans l'ouverture du col et appliquait l'autre sur l'abdomen.

Les recherches de M. Mauer lui ont montré qu'à chaque douleur la fréquence du pouls était augmentée, puis diminuait, pour redevenir normale et rester telle jusqu'au moment où l'utérus se contractait de nouveau. L'augmentation de la fréquence n'est pas la même pendant tout le cours du travail ; M. Mauer donne sur ce fait des détails intéressants. On sait que Naegele a divisé le travail en cinq périodes ; M. Mauer a étudié ce qui se passait dans chacune d'entre elles. Dans chacune des quatre premières, l'augmentation de fréquence à chaque douleur est plus sensible que dans la période qui précède ; elle est moindre dans la cinquième.

Le temps pendant lequel la fréquence du pouls est altérée est en raison de l'intensité de la douleur.

Dans l'intervalle des douleurs, la fréquence du pouls est d'autant plus grande que le travail est plus avancé.

La durée de l'espace qui sépare deux douleurs est en proportion inverse du temps pendant lequel le rhythme du pouls est modifié. Sacombe avait déjà noté (Hohl, *Explor. obstet.*, p. 36; Halle, 1833) que dans un accouchement la durée des intervalles de repos est de moins en moins considérable à mesure que le travail s'avance.

Lorsque les douleurs sont trop faibles ou convulsives, on n'observe plus ces phénomènes dans toute leur régularité. Les cris, les pleurs de la femme qui accouche n'ont pas une grande influence sur le nombre des pulsations. Les agents excitants, comme l'ipécacuanha, les sinapismes, la chaleur, accélèrent les pulsations, mais seulement pendant les intervalles de repos, et pas au moment de la douleur. Le seigle ergoté, au contraire, accélère le pouls, même pendant la contraction. Sous l'influence du chloroforme, qui ralentit cependant les battements du cœur, le pouls est aussi fréquent au moment de la douleur que dans les intervalles. Plus l'accélération du pouls et son retour au rhythme normal ont lieu avec régularité, plus les douleurs sont parfaites et propres à remplir leur but.

La force du pouls diminue ordinairement pendant qu'une contraction a lieu.

Ces modifications dans la fréquence du pouls ne peuvent pas, selon M. Mauer, être attribuées à la contraction musculaire; la régularité du phénomène, son apparition et l'intensité de sa manifestation au commencement de l'accouchement, lorsque les contractions sont encore très faibles, sont les raisons qui s'opposent à ce qu'on invoque la contraction musculaire comme cause. On ne peut non plus rapporter l'accélération du pouls aux modifications survenues dans la respiration. E. Weber a montré que les inspirations profondes produisent un effet analogue ; mais M. Mauer a constaté que l'augmentation de force de la respiration ne coïncidait pas toujours avec les phénomènes si réguliers qui se passaient dans les artères. Enfin un obstacle à la circulation, une compression des vaisseaux de l'utérus réagissant sur le cœur, ne peut être non plus invoquée comme cause du phénomène, puisque celui-ci se manifeste dès le commencement de la douleur. M. Mauer suppose, en conséquence, que l'accélération du pouls doit être attribuée à une excitation de l'un des centres nerveux, et c'est le nerf grand sympathique qu'il croit être le siége de cette action spéciale.

Ces observations ont été prises à la clinique de M. le professeur Martin, qui paraît avoir donné à ses élèves l'idée de faire à ce sujet des recherches destinées à compléter le travail de Hohl.

(*Arch. für physiol. Heilkunde* et *Arch. de méd.*)

PROGRAMME DES PRIX DÉCERNÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE dans sa séance annuelle (12 décembre 1854).

PRIX DE 1854.

Prix de l'Académie. — De l'huile de foie de morue considérée comme agent thérapeutique (1,000 fr.).

L'Académie accorde le prix à M. le docteur Taufflieb (Edouard), médecin à Barr (Bas-Rhin) ;

Une première mention honorable à M. le docteur Georges Muller, médecin à Mulhouse (Haut-Rhin) ;

Et une mention honorable à M. le docteur Fr. Dubois, médecin à Tournay (Belgique).

Prix Portal. — Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus (1,500 fr.).

L'Académie décerne un prix de 1,000 fr. à M. le docteur Hutin (Félix), médecin en chef de l'hôtel des Invalides ;

Et un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Rouis (Jean-Louis), médecin major au 71e régiment de ligne.

Prix Civrieux. — Déterminer par des faits rigoureux et bien observés l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur (1,500 fr.). Ce prix n'a pas été décerné.

L'Académie a décidé que la question ne serait pas remise au concours.

Prix Lefèvre. — De la mélancolie (3,000 fr.).

Cette somme de 3,000 fr. est partagée par parties égales, à titre de récompenses, entre MM. Harreaux (Félix), de Grouville; Michea (Claude-François); Schnepf, médecin interne à Sainte-Barbe; Poterin du Motel.

Prix Capuron. — De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie (1,000 fr.).

Ce prix est partagé entre MM. les docteurs Bach (de Strasbourg) et Imbert-Goubeyre, professeur suppléant à l'Ecole de Clermont-Ferrand.

Une mention honorable est accordée à M. le docteur H. Blot.

Prix Nadau, devant être décerné à celui qui aurait professé ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire divisé en 25 leçons (3,000 fr.).

L'Académie accorde :

1° Un premier prix de 2,000 fr. à M. le docteur Tessereau, médecin à Paris ; un second prix de 1,000 fr. à M. le docteur Lachaise.

2° Des mentions honorables à MM. Duclos Bouteiller, Ebrard, Descieux, Bourdet et Reinvilliers.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS.

1° Un prix de 1,500 fr. proposé par l'Académie et accordé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce (pour l'exercice de 1852) a été partagé entre MM. Benoît, officier de santé à Grenoble ; Vizerie, docteur en médecine à Bergerac, et Laboulbène, interne lauréat des hôpitaux de Paris, pour ses recherches sur la vaccine.

2° Quatre médailles d'or à MM. Boutet (de Chartres), Merland (de Napoléon-Vendée); Lalagarde, d'Albi (Tarn), et Thouvenin, de Lille Nord), pour divers travaux sur la vaccine.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie accorde (pour le service de 1853) :

1° Des médailles d'argent à MM. Penant, de Vervins (Aisne); Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure) ; Pagès, d'Alais)Gard); de Schacken, de Château-Salins (Meurthe); et Jacquez, de Lure (Haute-Saône).

2° Des médailles de bronze à MM. Piffard, de Brignoles (Var); Guillot, de Villefranche (Rhône); Heulard d'Arcy, de Clamecy (Nièvre); Lespiau, aide-major au 57e régiment de ligne; et Viard, de Semur (Côte-d'Or), pour les rapports qu'ils ont envoyés à l'Académie.

Le rapport sur le service des *eaux minérales* étant ajourné, il n'y a pas lieu à décerner des médailles cette année.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

Prix de l'Académie. — Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire (1,000 fr.).

Prix Portal. — Du goître endémique ; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie ; rapports avec le crétinisme (1,000 fr.).

Prix Civrieux. — De la catalepsie (1,000 fr.).

Prix Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements.* — Des morts subites dans l'état puerpéral (1,000 fr.).

Question relative aux eaux minérales. — Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application (1,500 fr.)

Prix Itard pour le meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée (3,700 fr.).

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix de l'Académie. — Faire l'histoire des applications du *microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies ; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine ; faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner (1,000 fr.).

Prix Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes (1,000 fr.).

Prix Civrieux. — Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite (2,000 fr.).

Prix Capuron. — De la saignée dans la grossesse (1,000 fr.).

Prix d'Argenteuil pour la période quinquennale de 1850 à 1856 (12,000 fr.).

PRIX PROPOSÉS POUR 1857.

Prix Lefèvre. — De la mélancolie (1,800 fr.).

Choléra à Londres.

Semaine du 2 au 9 décembre 1854.

Mortalité générale	1,331
— due au choléra	5
— due à la diarrhée	19
— due à la dyssenterie	3

Observations météorologiques. — Hauteur barométrique moyenne ; 76,2 centim.; hauteur thermométrique moyenne, + 5°,6 centigr. Vent S.-O.

Près de la moitié du chiffre total de la mortalité (656) porte sur des enfants au-dessous de quinze ans, dont 98 ont succombé à la scarlatine et 103 à la pneumonie.

Une circulaire de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 12 décembre, décide :

1° Que les élèves en pharmacie qui au 1er janvier prochain auront un stage complet de huit années pourront obtenir, s'ils le demandent, la concession à titre onéreux de douze inscriptions, et être admis immédiatement à subir les examens de fin d'études;

2° Que chaque année de stage au delà des trois ans exigés par le décret du 22 août pourra être compensée par la concession à titre onéreux de deux inscriptions. Ainsi l'étudiant qui au 1er janvier 1855 aurait quatre, cinq, six ou sept années de stage, n'aurait plus à prendre effectivement, pour être admis à subir ses examens de fin d'études, que quatre, six, huit ou dix inscriptions.

Les frais de réception des pharmaciens de première classe, dont le montant total est à peu près le même qu'autrefois, ont été répartis de telle sorte que le prix des examens de fin d'études a été considérablement abaissé. L'augmentation porte principalement sur le prix des inscriptions, qui sont maintenant obligatoires. En accordant un certain nombre d'inscriptions à titre onéreux aux aspirants qui sont en cours d'études, on leur permet d'obtenir plus promptement leur diplôme professionnel, et en même temps on allége plutôt qu'on n'aggrave la somme de leurs dépenses, puisque les examens qu'ils auront à subir leur coûteront beaucoup moins cher que par le passé.

Pour les aspirants au titre de pharmacien de deuxième classe qui sont en cours d'études ou de stage, on procédera de la même manière. Ceux qui auront accompli le stage de huit années le 1er janvier prochain pourront obtenir la concession, à titre onéreux, de quatre inscriptions d'Ecole supérieure ou de six inscriptions d'Ecole préparatoire. Chaque année de stage au delà des six ans exigés par le décret du 22 août pourra être compensée par la concession, à titre onéreux, de deux inscriptions de l'Ecole supérieure ou de trois inscriptions de l'Ecole préparatoire.

Ces mesures transitoires n'auront leur effet que pendant les années 1855, 1856 et 1857. A dater du 1er janvier 1858, les aspirants au titre de pharmacien de première ou de deuxième classe seront tous soumis, sans exception, aux prescriptions du décret du 22 août 1854.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 7 décembre, M. Maheut, chef des travaux anatomiques de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur suppléant près ladite école.

— Par arrêté en date du 8, MM. Magail, Seux et Bertulus ont été nommés de nouveau professeurs suppléants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, pour une nouvelle période de trois années.

— Par un autre arrêté en date du 11, MM. Grassi et Ducom, agrégés de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, dont le temps d'exercice est expiré, ont été maintenus dans leurs fonctions jusqu'à ce que le résultat du concours actuellement ouvert devant ladite école ait permis de pourvoir à leur remplacement.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Bourrian, né le 25 mars 1828, à la Colle (Var) ; *Du choléra.*

Daverne, né le 23 août 1824, à Nonant (Orne); *De la cataracte.*

Durand, né le 5 février 1827, à Vincennes (Seine); *De la suette miliaire.*

Mourraille, né le 17 mars 1823, à Marie-Galande (Guadeloupe); *De la fièvre typhoïde.*

Mandard, né le 16 juillet 1829, à Blois (Loir-et-Cher); *Des calculs biliaires.*

Villalon, né le 10 septembre 1826, à Bouvet (Ille-et-Vilaine) ; *Essai sur l'historique, la nature et le traitement du muguet.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 DÉCEMBRE 1854.

De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.

Le typhus et la fièvre typhoïde constituent-ils des affections différentes, ou ne sont-ils que l'expression d'une seule et même affection, expression diversifiée par quelques apparences extérieures accessoires ou par la circonstance seule de la sporadicité pour l'une, et de l'épidémicité pour l'autre?

Cette question, depuis si longtemps débattue et si diversement jugée, vient d'être l'objet d'un nouvel examen de la part de M. le professeur Forget (de Strasbourg), dans un mémoire qu'il a communiqué il y a quelques semaines à l'Académie des sciences, et dont nous n'avions pu à cette époque qu'indiquer seulement l'objet. Le travail de M. Forget ayant été publié depuis, nous saisissons cette occasion pour faire connaître les circonstances qui l'ont conduit à s'occuper de cette question, et les conclusions qu'il a déduites de l'étude sérieuse qu'il en a faite.

La plus grande difficulté qui se soit opposée jusqu'ici à la solution de cette question, c'est l'extrême rareté, depuis un grand nombre d'années, d'épidémies de typhus qui aient pu fournir l'occasion d'en comparer les symptômes et les caractères anatomiques avec ceux de la fièvre typhoïde. Cette circonstance s'étant récemment offerte à M. Forget, qui a eu à traiter dans son service des sujets provenant de la prison de Strasbourg, où régnait il y a quelques mois une épidémie de typhus, il en a naturellement saisi l'occasion de se livrer à cette étude comparative.

Sur 11 individus affectés de typhus confirmé qu'il a traités, 7 ont succombé et ont pu être autopsiés. Dans aucun de ces cas on n'a rencontré à l'autopsie l'entérite folliculeuse caractérisée.

L'entérite folliculeuse n'entre donc pas comme élément capital, essentiel, dans l'appareil phénoménal du typhus, contrairement à ce qui s'observe et ce qui est généralement admis dans la fièvre typhoïde. Ce premier résultat était déjà très important, et eût pu suffire aux yeux des médecins qui attachent une importance exclusive à la lésion intestinale pour résoudre la question. Mais M. Forget n'a pas voulu s'en tenir à cette seule constatation; il s'est attaché à rechercher toutes les ressemblances et toutes les différences que présentent entre elles ces deux affections.

De par l'aspect général extérieur, la fièvre typhoïde grave et le typhus se ressemblent extrêmement; mais en y regardant de près, M. Forget a cependant constaté certaines différences :

Dans l'entérite folliculeuse, l'état typhoïde n'est pas constant, et le plus souvent il est secondaire. Dans le typhus, la stupeur, la prostration existent dès l'invasion, accusant ainsi une cause générale primitive, une intoxication puissante, qui est loin de se révéler toujours au début de la fièvre typhoïde.

Dans la fièvre typhoïde, les symptômes gastro-intestinaux sont plus constants, plus primitifs en quelque sorte, car ils existent quelquefois seuls, et il est infiniment rare de rencontrer des entérites folliculeuses qui dès le début n'offrent pas l'état saburral, pointillé, rosé, de la langue; le gargouillement, la douleur de la fosse iliaque droite; la diarrhée ou la constipation. Les autres symptômes peuvent dominer ceux-ci, mais ne les absorbent presque jamais complétement, tandis que dans le typhus, surtout au début, la langue est assez souvent humide, plate et blanche; l'abdomen est exempt de météorisme et de douleurs, et la défécation n'est pas sensiblement altérée.

A l'exception des taches rosées, lenticulaires, propres à la fièvre typhoïde, et qui constituent un des symptômes différentiels les plus constants, les symptômes déduits des autres appareils sont, en général, accessoires et inconstants dans l'une et l'autre maladie; tels, en particulier, l'état fébrile, les symptômes pectoraux.

Quant à la marche, celle de la fièvre typhoïde est généralement plus lente, plus régulière, plus graduée en quelque sorte. Dans les cas les plus simples, c'est-à-dire sans notables complications, l'évolution de la maladie est en rapport avec le développement de la lésion intestinale elle-même. Dans le typhus il n'en est pas de même. Le mal acquiert dès le début sa plus grande intensité; puis il oscille, il varie ou s'aggrave inopinément. L'ataxie, en un mot, lui est plus inhérente qu'à la fièvre typhoïde.

La durée présente aussi, dans les deux maladies, des caractères différentiels assez tranchés. Tandis que la fièvre typhoïde confirmée parcourt généralement ses périodes avec une lenteur et une sorte de régularité fatales, le typhus, au contraire, s'amende ou s'aggrave subitement; et parfois, en dépit de la gravité des symptômes, marche vers la guérison avec une grande rapidité.

L'étiologie, malgré les obscurités dont elle est entourée dans un cas comme dans l'autre, peut cependant fournir aussi quelques traits à la physionomie différentielle de ces deux affections. Bien que, d'après l'opinion la plus communément admise aujourd'hui, l'infection résultant de l'encombrement soit la cause qui préside le plus ordinairement à la fièvre typhoïde et au typhus, il est certain cependant que cette influence est beaucoup plus manifeste et beaucoup plus constante pour le typhus que pour la fièvre typhoïde, qui, dans maintes circonstances, se développe dans des conditions complétement exclusives de cette cause. Enfin, n'y eût-il que cette circonstance de la sporadicité habituelle de la fièvre typhoïde, tandis que le typhus ne se montre jamais qu'à l'état épidémique et toujours sous l'influence des mêmes conditions d'infection et d'encombrement, que ce serait déjà une différenciation étiologique presque suffisante pour les séparer nosologiquement.

Reste enfin un dernier ordre de considérations basé sur le traitement. Sans doute la différence des indications semblerait devoir se déduire des différences étiologiques et symptomatiques plutôt qu'elle ne pourrait servir elle-même de caractère différentiel des deux maladies. M. Forget fait remarquer cependant que, tandis que la fièvre typhoïde a une durée fatale qu'expliquent suffisamment les évolutions nécessaires de l'ulcération intestinale, et que ne saurait abréger aucune médication, quelle qu'elle soit, il n'en est pas de même pour le typhus, qui, à part quelques cas exceptionnels de localisations secondaires réalisant les mêmes conditions de durée fatale, est, en général, susceptible d'être beaucoup plus facilement modifiée dans sa durée comme dans son intensité par l'intervention des agents perturbateurs. La variabilité beaucoup plus grande dans la durée de la maladie, la succession plus rapide de ses périodes, ses modifications beaucoup plus notables sous l'influence d'une médication active, sont donc autant de circonstances qui concourent avec les caractères précédents à établir une différence entre le typhus et la fièvre typhoïde.

On vient de voir par ce court résumé qu'en définitive l'absence dans le typhus de la lésion des follicules intestinaux, considérée par la plupart des pathologistes comme le caractère anatomique essentiel de la fièvre typhoïde, est par cela même le caractère différentiel le plus significatif de ces deux affections. On a vu aussi que la plupart des autres différences symptomatiques se déduisent naturellement de celle-ci. Cependant, si cette lésion est considérée avec plus ou moins de raison comme constante dans la fièvre typhoïde, on ne saurait contester qu'elle ait été rencontrée dans quelques cas bien constatés de typhus. M. Forget ne le nie pas; mais si l'on considère avec lui que ce n'est que dans quelques cas rares et exceptionnels que la lésion des follicules intestinaux a été rencontrée dans le typhus, que cette lésion y a été produite au même titre que d'autres localisations dont la variété est même un des caractères particuliers du typhus, on comprendra que cette éventualité ne saurait infirmer la valeur des différences établies. Seulement, on conçoit aisément que dans ces cas particuliers de localisation intestinale la symptomatologie, la marche et la durée de la maladie empruntant à cette circonstance même toutes les allures et la physionomie habituelles à la fièvre typhoïde, il devient extrêmement difficile de les distinguer l'une de l'autre autrement que par le fait même de l'existence épidémique du typhus.

En somme, alors même qu'on n'admettrait pas, comme le veut M. Forget avec la plupart des anatomo-pathologistes, que l'entérite folliculeuse soit le caractère fondamental, essentiel, de la fièvre typhoïde, et qu'on ne voulût la considérer que comme une de ses localisations les plus fréquentes, tandis qu'elle ne se montrerait, au contraire, qu'exceptionnellement dans le typhus, le tableau comparatif que M. Forget a tracé de ces deux affections présente encore assez de traits distinctifs pour justifier à nos yeux leur différence nosologique. Cette différence ne consistât-elle d'ailleurs que dans les conditions étiologiques qui donnent le plus habituellement naissance à l'une et à l'autre, dans le caractère exclusivement épidémique de l'une, et plus ordinairement sporadique de l'autre, elle nous paraîtrait encore suffisante pour qu'on ne dût pas les confondre. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. GOSSELIN.

Rétrécissement et rectite syphilitiques. Péritonite spontanée. Mort. Examen du rectum.

M. Gosselin a vu mourir ces jours derniers, dans son service de l'hôpital Cochin, une malade affectée de rétrécissement syphilitique du rectum, qu'il avait traitée longtemps à l'hôpital de Lourcine, et dont l'observation lui a déjà servi pour le mémoire qu'il vient de publier sur ce sujet dans le dernier numéro des *Archives générales de médecine*.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui était entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Roux en juin 1853 pour y être traitée d'une arthrite fongueuse du genou droit. Au mois de septembre suivant, M. Gosselin, chargé du service par *interim*, s'aperçut, en outre, que la malade avait une hypertrophie de la grande lèvre droite, des condylômes à l'anus, un rétrécissement du rectum à 4 centimètres de distance de l'anus, une suppuration habituelle du rectum, des coliques et une diarrhée fréquentes. Le genou s'étant amélioré et le rectum continuant à présenter les mêmes lésions, cette malade se décida à venir à l'hôpital de Lourcine en novembre 1853. A cette époque, elle était pâle, maigre, sans appétit et sans force, rendait habituellement du pus par l'anus, avait souvent des coliques et ne rendait que des matières fécales très aplaties ou pâteuses. Souvent (et ce symptôme est devenu constant à la fin du traitement) elle avait le matin deux garde-robes : l'une exclusivement purulente, l'autre fécale. A quelques centimètres au-dessus de l'anus on sentait un rétrécissement dur, inextensible, que le doigt indicateur ne pouvait franchir. La malade présentait donc, comme toutes celles qui ont été observées par M. Gosselin, un rétrécissement, une suppuration fournie par la portion du rectum placée au-dessus de l'obstacle et une faiblesse générale très prononcée.

Le traitement consista surtout dans l'emploi des toniques à l'intérieur (pilules de Vallet, vin de quinquina, iodure de potassium, nourriture fortifiante), de mèches enduites de cérat, et quelquefois d'onguent mercuriel. Le traitement mercuriel fut essayé plutôt à cause du genou, dont la synovite pouvait être considérée comme syphilitique, quoiqu'on n'ait jamais observé d'autres manifestations constitutionnelles, qu'à cause de l'affection du rectum. Les pilules de proto-iodure ne purent être supportées, parce qu'elles occasionnaient une diarrhée plus abondante. On fit donc faire pendant six semaines des frictions sur les cuisses.

Pendant son séjour à l'hôpital cette jeune fille vit son état général s'améliorer sensiblement. Elle reprit de l'appétit, de l'embonpoint, de la fraîcheur; la suppuration, sans cesser, diminua. Mais le rétrécissement existant toujours, M. Gosselin pratiqua en août dernier plusieurs incisions, au moyen desquelles il obtint une dilatation assez grande pour permettre l'introduction du doigt indicateur. Il est vrai que l'exploration permit alors de reconnaître qu'au-dessus de la partie fibreuse

incisée, le rectum, sans être aussi dur et aussi inextensible que dans le point précédent, était cependant étroit et induré jusqu'à une profondeur de 7 à 8 centimètres. La malade se trouva assez améliorée le 26 août 1854 pour demander sa sortie, qui lui fut accordée.

Pendant cet espace d'une année, M. Gosselin questionna souvent cette jeune fille, qui offrait tous les caractères de la virginité, pour arriver à connaître l'origine de la maladie. Il dut renoncer à l'idée que le rétrécissement était congénial, et rien ne put faire croire qu'il avait été consécutif à une dyssenterie. La malade faisait remonter son affection à l'âge de huit ou neuf ans, époque à laquelle elle partageait habituellement le lit de son père et de sa mère, qui tous les deux étaient atteints positivement de maladies vénériennes. Le père a même fait un séjour de quelques mois à l'hôpital du Midi. M. Gosselin se fonde sur ce commémoratif, sur l'existence des condylômes et de l'hypertrophie vulvaire, sur la rareté, sinon l'absence de maladies si graves du rectum à la suite des autres inflammations de cet organe, pour admettre que l'étiologie indiquée dans son dernier travail a eu lieu ici, c'est-à-dire qu'une inflammation toute spéciale s'est développée au niveau, et s'est propagée au-dessus de chancres primitifs de l'anus, et qu'en conséquence le rétrécissement et la rectite ont été une maladie toute locale ou de voisinage, et non, comme on l'a cru souvent, une affection syphilitique diathésique.

Pendant tout le temps qu'elle est restée hors de l'hôpital, la malade a continué à se porter assez bien, mais n'a pas cessé d'avoir tous les matins une garde-robe purulente. Son genou droit, qui avait conservé un peu de roideur et quelques craquements, étant redevenu douloureux et tuméfié dans les premiers jours de novembre, elle s'est décidée à venir réclamer son admission à l'hôpital Cochin. Après avoir constaté que la partie incisée du rectum s'était peu resserrée, mais qu'au-dessus et plus profondément il y avait encore un rétrécissement circulaire, que, d'autre part, la malade rendait toujours du pus, M. Gosselin était décidé à inciser de nouveau lorsque le genou serait amélioré. Sur ces entrefaites, le 3 décembre, la malade fut prise, sans cause connue, de symptômes de péritonite qui s'aggravèrent rapidement et se terminèrent par la mort au bout de cinq jours.

A l'autopsie, on a trouvé sur tout le péritoine des arborisations et des fausses membranes, et en outre une grande quantité de pus dans l'excavation pelvienne. On n'a trouvé aucune perforation de l'intestin grêle, ni du cœcum, ni de l'appendice cœcal, ni du rectum. Aucun abcès ne s'était développé autour du rectum ni de l'utérus, et n'avait versé de pus dans la cavité péritonéale. Les ovaires et les trompes étaient très rouges, et comme il y avait de l'aménorrhée depuis trois mois, on peut supposer que la péritonite a eu son point de départ autour de ces organes à l'occasion d'un molimen menstruel.

En incisant le rectum, on l'a trouvé moins rétréci que sur le vivant, ainsi que cela a lieu pour d'autres rétrécissements, en particulier pour ceux de l'urètre. A la profondeur de quatre centimètres, on ne voit plus le tissu dur et fibreux qui avait été incisé quelques mois auparavant; mais au-dessus de ce point et dans l'étendue de sept à huit centimètres, la paroi rectale est sensiblement épaissie, moins extensible et plus étroite qu'à l'ordinaire; on y constate surtout une hypertrophie notable des fibres circulaires. Sur cette partie de l'intestin, et plusieurs centimètres plus haut, la muqueuse est exulcérée, dépourvue d'épithélium, rougeâtre en quelques points, noire ou ardoisée dans les autres. L'exulcération occupe tout le contour du rectum, et est séparée de la muqueuse saine par un bourrelet festonné très irrégulièrement découpé. Au-dessus, c'est-à-dire à environ quinze centimètres au-dessus de l'anus, l'intestin est sain et ne présente ni ulcérations isolées, ni vascularisation.

Ce fait démontre donc une fois de plus ce que M. Gosselin a cherché à mettre en lumière dans son dernier travail, savoir : que le rétrécissement n'est qu'un des phénomènes de la maladie; que l'exulcération étendue de la muqueuse en est un élément des plus importants, parce qu'elle a peu de tendance à se cicatriser et qu'elle entretient une suppuration de longue durée qui peut affaiblir et miner la constitution, alors même que le rectum est devenu assez large pour donner un passage plus facile aux matières fécales. Il montre de plus que dans cette lésion le rétrécissement est constitué en certains points par une hypertrophie fibreuse de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent, et dans d'autres par une hypertrophie générale de la paroi rectale. Les incisions avaient donné un élargissement suffisant à la portion fibreuse, mais n'avaient pas remédié au resserrement produit par cette hypertrophie et par la rétraction concomitante de la paroi rectale, resserrement qui d'ailleurs n'était pas aussi dur et aussi inextensible que celui qui occupait le voisinage de l'anus. Il démontre enfin que cette maladie est rebelle aux préparations mercurielles; que le traitement général par les toniques et les fortifiants peut réussir à faire disparaître l'anémie produite par la suppuration continuelle du rectum et le dérangement des fonctions du tube digestif; mais que la guérison ne doit pas être considérée comme définitive et complète tant qu'il reste de la suppuration. Sous le double rapport de la transformation fibreuse d'une partie de l'intestin et d'une inflammation suppurative au-dessus, le rétrécissement du rectum ressemble à ceux de l'urètre et du canal lacrymo-nasal; mais il en diffère en ce que l'inflammation s'accompagne d'une exulcération difficile à cicatriser, et qui lui donne une gravité beaucoup plus grande.

DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE DE LIÉGE.

M. J. ANSIAUX.

Chémosis induré ayant amené la perte de la vue. Opération. — Guérison.

Martin Esser, âgé de cinquante ans, journalier, demeurant à Liége, rue Venta, ancien militaire, entré au service en 1831, fut atteint pendant l'hiver de 1835 à 1836, alors qu'il était sous les drapeaux, d'une ophthalmie qui le retint à l'hôpital militaire pendant six mois. Cette maladie céda au traitement dirigé contre elle; mais l'année suivante il eut une rechute pour laquelle il dut séjourner de nouveau quatre mois à l'hôpital militaire de Namur, puis il fut renvoyé dans ses foyers. Mais il se ressentait toujours de l'ophthalmie qu'il avait contractée au service, et de temps en temps il se manifestait aux yeux des irritations sur lesquelles il passait légèrement, parce qu'elles étaient de courte durée. Cependant dans le courant de l'année 1844 un chémosis, accompagné de temps à autre de douleurs assez vives dans l'œil et dans le front, se manifesta d'une manière insensible. Alors l'œil s'injectait violemment, au point que plusieurs fois le sang s'en écoula. Ces douleurs se représentaient souvent à quinze jours environ d'intervalle. La vision diminua peu à peu et finit par disparaître entièrement; il ne resta plus au malade que la faculté de distinguer le jour de la nuit.

Cet homme s'était accoutumé à l'idée que l'œil était perdu, et lorsqu'il se présenta au dispensaire ophthalmique, le 14 janvier 1848, il y venait seulement pour être traité d'une ophthalmie catarrhale simple siégeant à l'œil gauche et qui l'empêchait de travailler comme de coutume. L'œil droit attira d'abord mon attention, et j'y remarquai les symptômes suivants :

Un chémosis occupait le pourtour de la cornée, qu'il couvrait dans ses trois quarts inférieurs. La partie supérieure seule restait libre et la conjonctive oculaire y était encore saine : la cornée avait une teinte grisâtre, terne, et deux vaisseaux rampaient à sa surface.

La vision, comme je l'ai dit déjà, était nulle. Le chémosis était renflé à sa partie la plus déclive; il était dur au toucher et ne se laissait nullement déprimer; il s'étendait dans l'angle interne jusque vers la caroncule et du côté externe disparaissait sous la paupière supérieure. La paupière inférieure, avec laquelle il avait contracté des adhérences, était renversée et constituait un véritable ectropion.

L'œil ne pouvait plus se fermer complétement, et la partie inférieure du bourrelet, n'étant pas entièrement recouverte par la paupière, restait constamment exposée à l'air. Considérant que ces conditions pouvaient être funestes pour le malade par suite des dégénérescences que cet état pathologique pouvait provoquer, je proposai d'enlever le chémosis, non dans l'espoir de restituer la vue à cet œil, mais dans l'intention d'éviter les suites que je redoutais si les choses étaient abandonnées à elles-mêmes. Le malade y consentit volontiers, et le 24 février l'opération fut pratiquée de la manière suivante : le malade étant assis devant une fenêtre, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide qui tenait les paupières écartées, la partie indurée fut saisie avec des pinces à crochets et excisée au moyen de ciseaux courbes. La dissection fut assez délicate, à cause de la résistance des tissus, qui criaient sous le tranchant des ciseaux, et il fallut mettre la sclérotique à nu dans toute sa partie inférieure. La conjonctive qui se réfléchit à la partie supérieure de la coque oculaire fut trouvée intacte dans son tiers supérieur; la partie élevée du chémosis remontait sur la muqueuse oculaire, qu'il recouvrait dans cet endroit. Le globe de l'œil fut entièrement séparé de la paupière inférieure par l'enlèvement de la partie malade, et le bord de cette paupière fut soigneusement retouché avec les ciseaux, qui retranchèrent les petites élevures qui s'y trouvaient encore et qui n'avaient pu être emportées du premier coup. L'œil malade fut alors couvert de compresses imbibées d'eau froide pendant quarante-huit heures.

La pièce pathologique, conservée avec soin, fut remise à M. Spring, qui en fit l'examen microscopique et reconnut que le tissu de ce chémosis était entièrement fibro-cartilagineux. Cette pièce est déposée au cabinet d'anatomie de l'Université de Liége.

Le 26, le malade se trouve bien; il n'y a pas d'inflammation; un stylet mousse est passé entre les paupières et l'œil pour éviter la formation d'adhérences entre ces parties. Continuation d'applications d'eau froide, mais avec moins d'assiduité.

Le 28, même aspect extérieur; cependant le malade accuse des douleurs dans l'œil. — Frictions sur le front avec l'onguent napolitain; applications extérieures et instillations du collyre suivant :

R. Fol. bellad.	ʒ ij
Inf. aq. ferv.	℥ ij
Add. aq. lauri ceras.	ʒ j

Suspension des affusions froides et prescription de pédiluves sinapisés deux fois par jour.

Le 30, mieux continuant; le stylet est toujours passé entre le globe de l'œil et la paupière; la partie supérieure est entièrement libre et ne présente pas d'adhérences. L'état de l'œil permet d'employer un collyre astringent. Le sulfate de zinc, dans la proportion d'un grain par once d'eau distillée, est mis en usage. Le soir, l'application du cérat laudanisé sur les bords des paupières est prescrite pour en prévenir l'agglutination.

Le 2 février, les paupières sont entièrement libres d'adhérences avec le globe de l'œil; la conjonctive oculaire s'étend sur le bulbe, de la partie supérieure à la partie inférieure. Collyre de nitrate d'argent à un grain par once d'eau distillée; la cornée s'éclaircit et le malade commence à entrevoir les gros objets.

Le 16, mieux plus sensible; on peut distinguer la pupille à travers la cornée, dont la transparence commence à se rétablir; la vision gagne, la paupière inférieure se relève.

R. Axung. rect.	℥ j
Deutoxyd. hydr.	ʒ vj

M. ex. f. pom., pour appliquer le soir sur les paupières.

Le 25, le mieux progresse rapidement; le malade peut distinguer ses doigts. Le collyre de nitrate d'argent est porté à gr. ij par once. Malgré l'irritation momentanée qu'il produisait à la dose de gr. j, il était bien supporté par le patient.

Le 3 mars, la progression vers le mieux suit la même marche, et le malade est parvenu à distinguer d'une manière grossière les traits des personnes qui sont près de lui. — Continuation du même traitement.

Le 22 mars, la cornée a encore regagné de la transparence, mais les deux vaisseaux qui rampaient à sa surface y sont toujours. — La pommade est portée à la dose de 10 grains de deutoxyde de mercure par demi-once d'axonge.

Le 3 avril, ectropion guéri. Amélioration toujours croissante à la cornée. — Collyre de nitrate d'argent porté à gr. iij.

Le 24 avril, la conjonctive est reproduite sur la sclérotique, qui a repris sa coloration normale. Les mouvements de l'œil sont entièrement libres, et la vision est revenue au point de permettre à l'opéré de se guider seul dans les rues.

Le 22 mai, l'amélioration avait toujours marché, mais avec moins de rapidité. La vision n'avait fait que peu de progrès et la cornée gardait encore une teinte un peu mate et un aspect pointillé. Le collyre de nitrate d'argent fut porté à la dose de gr. iv.

A partir du mois de juillet, le malade, qui avait encore un peu gagné, cessa l'usage du collyre de nitrate d'argent pour le remplacer par des instillations de laudanum de Sydenham. La cornée a repris encore plus de transparence, mais il sera longtemps avant qu'elle récupère sa lucidité normale; il est même douteux qu'un résultat aussi satisfaisant puisse être obtenu. Mais comme la vision, quoique incomplète, est rendue à cet œil que je considérais comme perdu, je crois pouvoir m'applaudir du résultat.

QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES

sur la pupille artificielle par déchirure et excision de l'iris.

Par M. le docteur COURSSERANT.

Il n'est pas rare de rencontrer dans la pratique des malades qui, à la suite de maux d'yeux d'une nature plus ou moins grave, ont perdu la vue, la faculté visuelle étant restée plus ou moins intacte.

Quelques malades, par exemple, ne voient pas parce que la pupille se trouve fermée en totalité ou en partie par de fausses membranes, la cornée restant saine dans une étendue variable. D'autres peuvent à peine distinguer le jour des ténèbres; parce que, le contour pupillaire ayant été entraîné dans une perforation cornéenne, la pupille naturelle a complétement disparu. Dans un grand nombre de cas l'iris, dans une étendue souvent considérable, a servi de base à un tissu cicatriciel dont la formation successive est venue prendre la place d'une cornée détruite et opposer une barrière salutaire à la sortie des humeurs de l'œil. En un mot, des lésions de nature diverse et dont il serait trop long de donner ici la minutieuse description ne laissent-elles d'autre ressource que la tentative d'une opération de pupille artificielle ? Quelles règles doivent guider le chirurgien dans le choix du procédé opératoire et dans celui de l'instrument ?

Les considérations suivantes me semblent devoir mériter une attention toute particulière de la part de l'opérateur :

1° Toutes les fois qu'on pourra ouvrir un passage aux rayons lumineux, en respectant les attaches ciliaires de l'iris, il faudra bien se garder de toucher à ces dernières : par là on évitera de vives douleurs aux malades et des accidents inflammatoires, toujours graves en pareille occurrence.

2° Toutes les fois qu'il sera possible (et cela est possible huit fois sur dix) de substituer au crochet de Langenbeck une pince à double griffe, courbe à son extrémité, il faudra faire cette substitution, tant le crochet du chirurgien allemand expose à léser l'appareil cristallinien et à labourer simplement le tissu de l'iris dans le sens des fibres radiées, au lieu de l'entraîner au dehors. Avec la pince, au contraire, il est facile de saisir l'iris où l'on veut et de le déchirer dans une étendue qu'on peut calculer à l'avance avec une exactitude presque mathématique, sans courir le danger de blesser ni capsule ni cristallin.

3° Si des adhérences, résistantes ou non, existent entre l'iris et la capsule, la pince étant portée non pas à la limite pupillaire de l'iris, mais un peu en deçà de cette limite, et une partie de l'iris étant saisie entre les branches rapprochées de la pince, on verra sous l'influence d'un *coup sec*, d'une traction brusque mais limitée de l'iris, cette membrane se déchirer presque sans douleur pour le malade et se laisser entraîner avec une facilité extrême entre les lèvres de la plaie, où il sera toujours utile de l'exciser avec des ciseaux; on devra éviter surtout l'enclavement de l'iris dans la plaie, car l'enclavement, à plus d'un titre, doit être rayé entièrement du cadre des procédés opératoires applicables à la pupille artificielle.

4° Pour retirer de ce procédé par déchirure de l'iris tous les avantages qu'il peut donner au double point de vue de l'opération et de l'absence presque complète de réaction inflammatoire consécutive, il est de la plus haute importance, au moment où l'iris s'engage entre les branches de la pince, de modérer la pression qui facilite ce temps de l'opération, car une pression trop forte peut léser l'appareil cristallinien, et en cas d'absence du cristallin rompre les cellules de l'hyaloïde et donner lieu à une perte toujours regrettable d'une partie de l'humeur vitrée.

5° La déchirure de l'iris doit être obtenue du premier coup, car à peine la teinte noire du fond de l'œil apparaît-elle à travers la nouvelle pupille due à l'intervention chirurgicale que quelques gouttes de sang s'épanchent dans les chambres de l'œil, masquent les rapports respectifs des parties rétro-cornéennes, et rendent extrêmement dangereuse pour la capsule cristalline, si toutefois elle existe dans son état d'intégrité parfaite, l'introduction ultérieure des instruments dans le but d'agrandir l'ouverture iridienne.

6° La ponction qui doit donner passage à la pince étant faite, souvent l'iris, même dans le cas où il est adhérent à la capsule par des fausses membranes, rompt ses adhérences, s'engage entre les lèvres de la plaie cornéenne, et on voit alors une belle pupille artificielle se produire spontanément par cette simple protrusion

iridienne; dans ces cas, qui sont toujours les plus heureux, car, l'introduction de la pince n'étant plus nécessaire, il n'y a aucune crainte de blesser l'appareil cristallinien, il faut saisir l'iris *solidement du premier coup*, car si l'iris s'échappe d'entre les griffes de la pince, soit parce qu'il a été mal saisi, soit parce que la partie pressée entre les griffes ou les mors de l'instrument s'est déchirée sur place et a permis ainsi à l'iris de reprendre toute sa liberté, ce dernier se contracte énergiquement, rentre dans la chambre antérieure, et l'hémorrhagie qui survient, quelque faible qu'elle soit, rend difficile et surtout très dangereuse pour la capsule et le cristalin une nouvelle tentative d'introduction de la pince pour saisir l'iris et le ramener au dehors.

Cette déchirure de l'iris pratiquée tout près de la pupille normale oblitérée ou au point d'adhérence de l'iris à la cornée devenue opaque, leucomateuse ou staphylomateuse, donne des résultats si prompts, si satisfaisants, et son innocuité est telle sur l'organe de la vision que, malgré les circonstances difficiles, je dirai presque compromettantes pour l'opérateur, dans lesquelles se trouvaient quelques-uns des malades sur lesquels je l'ai mise en pratique, je n'ai eu qu'à m'applaudir d'avoir conseillé et pratiqué une opération que quelques esprits regardaient comme trop hasardée, mais sur l'opportunité de laquelle m'engageaient à insister des faits antérieurs consciencieusement observés.

CONSIDÉRATIONS

TENDANT A PROUVER LA NÉCESSITÉ DE RÉUNIR,

après l'opération césarienne, chaque lèvre de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie faite à la paroi abdominale.

Par M. PILLORE, médecin en chef des salles d'accouchement à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Pour suivre le procédé ordinaire, les chirurgiens, après avoir incisé la ligne blanche, la paroi antérieure de l'utérus, et extrait le fœtus avec ses annexes, réunissent par une suture les quatre cinquièmes supérieurs de la plaie abdominale, et abandonnent dans la cavité de l'abdomen la matrice incisée. Les uns espèrent que la rétraction utérine fermera complétement l'ouverture qu'ils laissent béante; les autres comptent sur une mèche pour soutirer au dehors les liquides que la plaie et la muqueuse utérines pourront fournir.

Ce mode de pansement me paraît offrir de graves inconvénients. Pour prouver qu'il ne s'oppose pas d'une manière efficace à l'épanchement du sang et du liquide puerpéral dans la cavité péritonéale, il me suffira de rappeler que l'examen cadavérique des femmes mortes dans les dix jours qui suivent l'opération césarienne a toujours montré, outre un épanchement sanguinolent et une péritonite, la plaie de la paroi abdominale réunie en haut, tandis que la plaie utérine, largement ouverte, offrait ses lèvres écartées, renversées en dehors, surtout dans leurs couches superficielles, et comme taillées en biseau aux dépens de leur face antérieure. (Cet écartement et ce renversement sont une conséquence de la contraction des fibres utérines.) On est forcé de reconnaître qu'un pareil état rend inévitable l'épanchement du sang et du liquide puerpéral dans la cavité péritonéale; car, pendant la contraction utérine, les liquides et les caillots trouvent moins de facilité pour sortir par le col utérin déjà notablement revenu sur lui-même que par la plaie utérine élargie et béante. Si le sang et les liquides sortent par la plaie utérine, il faut de toute nécessité qu'ils s'épanchent dans la cavité péritonéale; car, pour qu'ils fussent rejetés immédiatement au dehors, il faudrait que la plaie utérine correspondît à la plaie abdominale; malheureusement la matrice, en se rétractant, s'incline latéralement. Or, cette inclinaison fait cesser le parallélisme entre la plaie utérine et la plaie abdominale, et vient mettre la plaie utérine assez loin de la plaie abdominale pratiquée sur la ligne médiane. Quand bien même le parallélisme entre les deux plaies serait conservé, l'étroitesse de la portion non suturée de la plaie abdominale empêcherait la libre issue du sang et du liquide puerpéral à l'extérieur. Hélas! il faut bien que la plaie abdominale soit étroite; si elle était large, elle laisserait passer les intestins, toujours prêts à faire hernie. N'oubliez pas que d'ordinaire des vomissements contribuent à produire cette hernie.

Puisque l'autopsie des femmes mortes des suites de l'opération césarienne nous a révélé que le renversement et l'écartement des lèvres de la plaie utérine favorisaient l'épanchement abdominal et la péritonite, qui en est la funeste conséquence, il faut bien avouer que la mort doit souvent être attribuée à la libre communication de la plaie et de la cavité utérine avec la cavité péritonéale. Nous voilà donc amenés à chercher le moyen d'empêcher la cavité utérine de communiquer avec la cavité péritonéale. Ce moyen est très simple; c'est de faire adhérer le péritoine de la face antérieure de l'utérus au péritoine de la paroi abdominale antérieure, en réunissant par une suture chaque lèvre de la plaie utérine au tiers inférieur de la lèvre correspondante de la plaie abdominale. Cette suture nous permettra, en outre, de conserver le parallélisme entre les deux plaies. Si la raison ne nous indiquait pas ce mode de pansement, l'examen cadavérique des femmes mortes longtemps après la guérison de l'hystérotomie abdominale nous démontrerait l'utilité de cette suture. En effet, chez toutes ces femmes, la nécropsie a trouvé le péritoine utérin adhérent au péritoine de la paroi abdominale antérieure, et c'est à cette adhérence qu'il faut attribuer l'innocuité des nouvelles opérations césariennes pratiquées chez les femmes qui l'ont déjà supportée avec succès.

Me fondant sur les considérations précédentes, je propose le pansement suivant :

1° Une suture que je nomme *utéro-abdominale*, suture à points séparés occupant le tiers inférieur de la paroi abdominale, et destinée à réunir chaque lèvre de la plaie utérine au tiers inférieur de la lèvre correspondante de la plaie abdominale;

2° Une suture que j'appelle *abdominale*, suture entortillée ou enchevillée, destinée à réunir entre elles les deux lèvres de la plaie de l'abdomen dans leurs deux tiers supérieurs.

Par ce mode de pansement, qui a pour but de prévenir toute espèce d'épanchement dans la cavité péritonéale, si inflammable, je me propose :

1° De faire adhérer le péritoine de la paroi antérieure de l'utérus au péritoine de la paroi abdominale antérieure;

2° De conserver le parallélisme entre la plaie utérine et la plaie abdominale;

3° De maintenir béantes à l'extérieur tout à la fois la plaie abdominale dans son tiers inférieur, et la plaie utérine, que la rétraction des fibres a élargie en produisant le renversement de ses bords en dehors;

4° De fermer toute communication entre la cavité utérine et la cavité péritonéale;

5° De forcer le sang et les produits de sécrétion à s'écouler au dehors par les plaies utérine et abdominale béantes et parallèles, ou par le col utérin;

6° De mettre obstacle à la production de toute espèce de hernie intestinale, soit par les deux tiers supérieurs suturés de la plaie abdominale, ou par son tiers inférieur réuni à l'utérus par la suture *utéro-abdominale*.

Une chose m'étonne, c'est que les maîtres de l'art, qui ont tant insisté pour démontrer le danger des épanchements dans la cavité péritonéale, si prompte à s'enflammer, aient conseillé d'y laisser l'utérus béant, prêt à y verser le sang et les lochies. Que penserait-on d'un chirurgien qui, dans une opération de hernie étranglée, ayant ouvert l'intestin, réduirait dans la cavité abdominale cet intestin largement ouvert, et croirait avoir bien agi dans l'intérêt du malade parce qu'il aurait par une suture diminué la largeur de la plaie faite à la paroi abdominale?

Le mode de pansement que je propose soulèvera beaucoup d'objections. On me dira : L'utérus étant destiné à voir son volume se modifier considérablement dans les jours qui suivent l'accouchement, l'adhérence que vous aurez obtenue par votre suture *utéro-abdominale* sera infailliblement déchirée par la rétraction utérine; de là épanchement et péritonite.

Je répondrai : 1° que les cas où, après la guérison de l'opération césarienne, on a trouvé l'utérus adhérent à la paroi abdominale démontrent la possibilité de cette diminution de volume de la matrice sans déchirure de l'adhérence établie; 2° que deux fois, depuis que je suis attaché à la maternité de l'Hôtel-Dieu de Rouen, j'ai eu l'occasion d'observer dans la paroi utérine antérieure des abcès qui se sont ouverts à l'extérieur spontanément, en perforant la paroi abdominale antérieure; que dans ces deux cas, suivis de guérison, l'utérus est resté au niveau de l'ombilic jusqu'à l'ouverture de l'abcès, et qu'après l'évacuation du pus la matrice est revenue lentement sur elle-même et a fini par rentrer, comme à l'état normal, dans la cavité pelvienne. Certes, dans ces deux cas, avant la formation du pus, des adhérences s'étaient établies entre l'utérus et la paroi abdominale. Eh bien! la rétraction lente et graduelle s'est opérée sans le moindre accident. A ceux qui m'objecteront que dans les jours qui suivent l'accouchement la rétraction utérine, loin d'être lente, se fait assez rapidement, je répondrai : Qui oserait prétendre que l'utérus suturé va diminuer de volume aussi rapidement que dans l'état normal? J'ai la conviction du contraire; car dans les cas où après l'accouchement l'utérus s'enflamme, je l'ai toujours vu rester quinze jours, et quelquefois plus très élevé (au niveau de l'ombilic), et ne diminuer de volume qu'en perdant sa sensibilité morbide, et à mesure que disparaissaient la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, en un mot les symptômes inflammatoires.

Pour rejeter ma suture *utéro-abdominale*, se fondera-t-on sur la crainte de voir la muqueuse utérine s'enflammer par suite du contact de l'air? Je demanderai si le chirurgien qui établit un anus artificiel dans la région lombaire ou inguinale craint le contact de l'air sur la muqueuse intestinale? Pourquoi ce contact serait-il plus à craindre pour la muqueuse utérine?

Si l'on me disait que l'inclinaison qui accompagne si souvent la rétraction utérine consécutive à la déplétion rendra très difficile, pour ne pas dire impossible, l'exécution de ma suture *utéro-abdominale*, voici quelle serait ma réponse : Par l'application exacte et méthodique de leurs mains qui pressent latéralement l'utérus et la paroi abdominale, mes deux aides empêchent la matrice de quitter la ligne médiane, et s'opposent à son inclinaison latérale. J'ai droit de compter sur eux pour conserver le parallélisme entre la plaie utérine et la plaie abdominale. Mais admettez pour un moment que malgré leurs efforts la matrice s'est inclinée et que l'incision utérine s'est éloignée de la ligne médiane, ne puis-je pas introduire une main dans le vagin, quelques doigts dans l'utérus, et rétablir le parallélisme?

Il y a des chirurgiens qui prétendront que le péritoine traversé par des fils s'enflammera infailliblement. Je réfuterai cette assertion en soutenant qu'on peut, à la rigueur, tout en respectant le péritoine, embrasser dans la ligature une portion suffisante de chaque lèvre de la plaie utérine pour la fixer solidement à la lèvre correspondante de l'incision faite à la ligne blanche.

Pourrait-on sérieusement se fonder pour repousser mes idées sur la crainte de voir s'établir dans la région hypogastrique une fistule utérine, comme s'il y avait parité entre les fonctions de l'utérus appelé transitoirement à une sécrétion et les fonctions de l'intestin incessamment parcouru par des liquides? Je n'ai pas besoin d'insister pour faire partager l'espérance que j'ai de voir la plaie utérine diminuer graduellement et se cicatriser complétement.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

sur les qualités prétendues toxiques de l'huile d'amandes amères lorsqu'elle est débarrassée de l'acide hydrocyanique,

Par M. MACLAGAN.

L'auteur tire des expériences qu'il a faites et de celles mentionnées par d'autres les conclusions suivantes :

1° Que la différence qu'on remarque entre l'huile rectifiée ou non rectifiée d'amandes amères montre que l'action toxique de la dernière est due essentiellement à l'acide hydrocyanique qu'elle contient;

2° Que l'huile réellement libre d'acide hydrocyanique, à la dose de quelques gouttes, n'agit pas comme poison sur les animaux en général, et que les exemples où de telles doses d'huile non rectifiée ont été fatales à l'homme ou aux animaux doivent être attribués uniquement à l'acide hydrocyanique;

3° Que des expériences faites sur des lapins, auxquels on a administré un demi-drachme, montrent invariablement que s'il est complétement libre d'acide prussique, de pareilles doses ne produisent pas d'effet toxique nuisible; qu'à des doses plus élevées (1 drachme et plus) il est fatal aux lapins, même lorsqu'il est complétement libre d'acide hydrocyanique. Cependant la rapidité avec laquelle la mort s'accomplit est très variable; cela est dû aux particularités physiologiques de ces animaux;

4° Sur les chiens, dont l'organisation est bien plus appropriée pour attester les effets probables de cette substance sur l'homme, des doses s'élevant même jusqu'à 3 drachmes d'huile entièrement ou à peu près libre d'acide prussique ne produisent d'autre effet qu'un léger vomissement, et ne causent pas la mort ni aucun symptôme dangereux;

5° Que l'expérience prouve que si cette substance doit être appelée un poison, on doit la regarder comme un poison peu actif; mais qu'en réalité elle ne peut, même en se basant sur son effet sur les lapins, être regardée comme un poison sans renfermer sous cette dénomination beaucoup d'autres substances, telles que l'huile de girofle qu'on ne peut regarder comme toxique;

6° Que l'emploi de l'huile purifiée pour parfumer les assaisonnements n'est sujet à aucune objection autre que celles qui peuvent s'appliquer aux huiles volatiles qu'on emploie ordinairement.

(Monthly journ. et Gaz. méd.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 décembre 1854. — Présidence de M. COMBES.

De la force de recul comme cause de l'impulsion de la pointe du cœur. — M. Fatou rappelle, à l'occasion d'une communication récente de M. Hiffelsheim sur ce sujet, qu'il a remis à l'Académie, dans sa séance du 12 août 1850, un mémoire sur quelques points de la physiologie du cœur, dans lequel il a établi que l'impulsion précordiale de la pointe du cœur était due au mouvement de recul que subissent les ventricules lorsqu'en se contractant ils chassent le sang qu'ils contiennent. Il se croit en droit, en conséquence, de réclamer la priorité de cette explication théorique de l'impulsion précordiale des ventricules du cœur. (Renvoyé à la commission précédemment nommée, à laquelle seront adjoints les commissaires désignés pour l'examen du mémoire de M. Hiffelsheim.)

Atractylis gummifera. — M. Commaille adresse de Douéra (Algérie) une deuxième partie de ses recherches sur l'atractylis gummifera. (Commission nommée.)

Huile de foie de morue. — M. Berthé présente un spécimen d'huile de foie de morue préparée pour l'usage médical avec des foies de morue expédiés des côtes d'Islande. (Renvoyé à l'examen de la commission nommée pour une présentation semblable de M. Mialhe.)

Bruit musculaire. — M. Natanson soumet au jugement de l'Académie une note sur le bruit musculaire. L'auteur désigne sous ce nom un bruit qui se produit par le fait de la contraction des muscles de la vie animale, et qui peut être perçu par l'auscultation dans certaines circonstances que la note fait connaître. (Commissaires : MM. Magendie, Pouillet, Cl. Bernard.)

Choléra. — M. Correa adresse, de Lisbonne, un double de la lettre annonçant l'envoi d'un remède qu'il dit avoir employé avec un grand succès contre le choléra.

— M. Michal entretient l'Académie des bons effets qu'il a obtenus, dans le traitement de diverses maladies, et en particulier du choléra, de l'emploi d'eaux salées et sulfureuses.

Candidature. — M. Laugier prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 décembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui accorde à la Société, pour l'année 1854, une somme de cinq cents francs à titre d'encouragement.

Une lettre de remerciments sera adressée par M. le président à M. le ministre.

— M. Mayor fils fait hommage du dernier mémoire publié par son père sur la nécrose.

— M. Heyfelder adresse à la Société un travail sur l'infection purulente. L'ordre du jour étant fixé, la lecture de ce travail est renvoyée à une des prochaines séances.

— M. Mialhe adresse à la Société, de la part de M. Peter Moller, un exemplaire de la *Pharmacopée norwégienne* et un échantillon d'huile de foie de morue purifiée.

— M. Bouchardat fait hommage du deuxième numéro des *Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène.*

— M. Larrey fait hommage à la Société de plusieurs brochures offertes par M. Bertherand, médecin principal à l'hôpital d'Alger. Il donne, de plus, lecture d'une observation inédite adressée par le même auteur et ayant pour titre : *Plaie d'arme à feu de la face avec fractures du maxillaire supérieur et du temporal gauches, suivies d'une hémorrhagie qui a nécessité la ligature de l'artère carotide primitive. — Guérison.*

P..., sergent-major, trente ans, fortement constitué, fut atteint le 26 juin 1854 d'une balle qui pénétra à la partie supérieure et externe du maxillaire supérieur gauche, en dehors de la fosse et du trou sous-orbitaires, en dedans de la pommette, à deux centimètres du rebord de l'orbite, traversa l'antre d'Hygmore, brisa la tubérosité maxillaire, parcourut la fosse zygomatique et sortit derrière le pavillon de l'oreille, entre la queue de l'hélix et l'apophyse mastoïde.

Le coup avait été tiré de près ; une notable quantité de sang s'était écoulée par la plaie, la bouche, le nez et l'oreille : le blessé perdit presque complétement connaissance.

Le doigt et un cathéter introduits dans la plaie ne font reconnaître que de très petites esquilles, aussitôt extraites sans difficultés. Une déchirure étroite existait au fond et en bas du conduit auditif. La voûte palatine était intacte, ainsi que l'arcade dentaire. Des caillots volumineux obstruaient la narine gauche et la partie supérieure du pharynx.

L'œil est sain, la vue est intacte.

L'hémorrhagie cessa ; le pouls était faible, la peau tiède, l'intelligence obtuse, la douleur modérée ; le blessé avait des envies de vomir, *il prétend avoir déjà vomi des caillots mêlés de parcelles d'os et de plomb.*

Il n'y avait aucune indication pressante. On appliqua des compresses imbibées d'eau fraîche sur la face, et on chercha à rappeler la chaleur du corps.

Pendant deux heures peu d'écoulement sanguin par les plaies, salivation copieuse et rutilante ; quelques nausées, quelques vomissements entraînant des caillots d'un volume parfois égal à celui d'un œuf de poule.

A cinq heures du soir, l'hémorrhagie devient alarmante ; le sang s'écoule simultanément par le nez, l'oreille et le pharynx ; d'énormes caillots sont vomis coup sur coup ; pouls petit, misérable ; peau froide, visqueuse. Une plaie artérielle, vraisemblablement multiple, existe sans doute dans les profondeurs de la face ou de l'arrière-gorge. Les branches profondes de la maxillaire interne sont probablement atteintes. Le tronc de l'artère carotide interne elle-même pouvait avoir été lésé, dans l'hypothèse fort admissible d'une fracture du rocher avec brisure du canal carotidien.

Des recherches sur le siége précis de l'hémorrhagie auraient été vaines et peut-être sans efficacité, et d'autres raisons majeures intervenant d'ailleurs, M. Bertherand pratiqua sur-le-champ la ligature de la carotide primitive. Les bouts du fil furent coupés, la plaie réunie par la suture. Applications froides sur la plaie. Le malade se réchauffe *intus et extra.* L'hémorrhagie s'arrêta sur-le-champ. Nuit très agitée, gonflement œdémateux et sensation de froid dans la région blessée. *L'articulation de la mâchoire était comme ankylosée;* on supprima les applications froides.

Le lendemain matin 27, extraction de quelques fragments du maxillaire supérieur ; réaction très vive, céphalalgie très intense (saignée du bras). La nuit suivante est meilleure. On transporte le blessé sur un brancard à l'hôpital de Dellys ; il supporte bien le transport et prend quelques potages. Le 8 juillet, il était en voie de guérison. Le 17, la plaie était presque entièrement fermée ; ses bords étaient un peu enflammés, probablement par suite du séjour des fils de la ligature.

Quelques esquilles sortent de la mâchoire supérieure ; un fragment plus volumineux se dégage par l'oreille, qui n'avait pas cessé de suppurer.

Tout s'amendait ; la santé générale était bonne ; il n'y avait plus que de la dysécie à gauche, un peu d'aphonie et de dysphagie, quand le blessé fut pris de deux attaques de choléra, l'une au milieu d'août, l'autre au commencement de septembre. Ces deux terribles complications laissèrent une grande faiblesse et une diminution très marquée de la voix.

M. Bertherand insiste sur cette particularité, parce que la coïncidence entre le choléra et l'affaiblissement de la voix fait espérer que ce trouble fonctionnel disparaîtra avec les progrès de la convalescence, loin de persister, comme cela a été observé dans quelques cas à la suite de ligatures de la carotide primitive.

Vers le 15 septembre, le phlegmon antérieur du col s'est ouvert, comme on pouvait le prévoir, pour donner issue à une anse de fil.

L'auteur ajoute qu'à sa connaissance deux cas semblables et aussi heureux se sont présentés dans les ambulances de l'armée d'Afrique en 1841.

Un des points les plus remarquables de cette observation consiste dans la diminution considérable de la voix qui succéda à la ligature de la carotide et à une double attaque de choléra. Le malade est présenté, du reste, à la Société, et l'on constate, outre les détails relatifs à la plaie et à la ligature, qu'il y a une aphonie presque complète. La cause de ce trouble fonctionnel est un peu obscure. La voix était très retentissante avant la blessure. Il paraît qu'à la suite de la ligature elle subit une diminution, mais qu'elle revenait presque à son état naturel quand le choléra l'éteignit de nouveau. Au dire du blessé, il y a aujourd'hui amélioration marquée.

La discussion s'engage sur les troubles de la phonation qui succèdent parfois à la ligature de la carotide primitive.

M. Robert a observé une fois l'aphonie survenant brusquement après la ligature de la carotide primitive. L'artère avait été soigneusement dénudée et prise seule ; cependant, au moment où le fil fut serré, la malade poussa un cri, se plaignit d'étouffer, et l'on put remarquer que la voix devenait notablement rauque. M. Robert s'empressa de desserrer le nœud ; il souleva l'artère pour voir s'il n'avait point compris un nerf dans la ligature. L'artère était bien seule ; un gros tronc nerveux se voyait en arrière ; c'était sans doute le pneumogastrique. L'opération fut achevée sans nouvel incident ; la voix resta rauque pendant assez longtemps ; cependant elle était redevenue à peu près naturelle au bout de sept à huit mois.

Quel nerf peut avoir été lésé? Le pneumogastrique n'a pas été compris dans la ligature, puisqu'on l'a vu en arrière de l'artère. Le nerf récurrent est trop loin, surtout du côté gauche, où on opérait. Le grand sympathique est plus profond, plus en dedans ; il est appliqué sur la colonne vertébrale, et on n'avait pas été jusque-là. M. Robert reste toujours dans le doute ; cependant cet accident s'est déjà manifesté plusieurs fois, et entre autres dans la pratique de M. Chassaignac.

M. Chassaignac a vu, il est vrai, l'aphonie succéder à une ligature de la carotide primitive, mais il ne pourrait décider si le nerf pneumogastrique a été oui ou non compris dans la ligature. La mort survint au vingt et unième jour ; le fil était tombé au quinzième. Le nerf, la veine, l'artère étaient compris dans une masse indurée cicatricielle et adhéraient tous ensemble ; il était difficile de savoir si le nerf avait seulement été froissé, blessé ou lié.

M. Boinet, assistant Roux dans une ligature de la carotide, vit ce chirurgien saisir plusieurs fois avec les pinces le tronc du pneumogastrique chaque fois que le nerf était touché ; il y avait un effort de vomissement immédiat. La voix ne fut nullement altérée. Dans un autre cas, le nerf pneumogastrique fut compris en même temps que la carotide dans des ligatures d'attente qui ne furent point serrées ; il n'y eut point de troubles du côté du larynx.

M. Richet rappelle que Roux lui-même a communiqué à la Société l'histoire d'une ligature de la carotide dans laquelle le pneumogastrique avait été également étreint. Des accidents graves survinrent, puis la mort. La ligature du grand sympathique entraînerait sans doute aussi des accidents très sérieux. M. Richet pense pouvoir attribuer les troubles d'ailleurs peu graves qui se manifestent du côté de la respiration, du cœur et même du larynx chez les individus auxquels on a lié la carotide à la lésion des filets du grand sympathique qui rampent au-devant de cette artère, tandis que les phénomènes observés seraient plus prononcés et à coup sûr mortels si l'on avait lié le pneumogastrique lui-même.

M. Richet s'appuie sur les expériences de M. Cl. Bernard, qui ont démontré la part très considérable que le grand sympathique prend dans l'innervation du cœur et du poumon, *ce qui lui fait supposer* que, relativement au larynx, l'influence de ce nerf doit être la même.

M. A. Guérin trouve que les faits de MM. Chassaignac et Robert sont trop incomplets pour servir à résoudre la question actuelle. Dans le fait de M. Chassaignac, on aurait dû par des moyens convenables s'assurer définitivement de l'état du pneumogastrique. Avec cette lacune, on ne peut ni affirmer ni nier qu'il ait été compris dans la ligature. Quant à M. Robert, dans la précipitation de l'opération il n'a pu savoir s'il avait lié un nerf et au fond d'une plaie étroite ; il lui était impossible d'affirmer, par exemple, que le cordon nerveux qu'il avait sous les yeux était plutôt le pneumogastrique que le grand sympathique. M. Guérin pense, pour sa part, que ces accidents du côté de la voix sont dus à la ligature du pneumogastrique.

M. Robert insiste sur les difficultés qui accompagnent une ligature chez une fille grasse, à cou court, au fond d'une plaie profonde, étroite, remplie de sang. Certainement il n'a pas pu examiner à loisir les rapports des divers nerfs ; lorsque les accidents se manifestèrent, il souleva l'artère après avoir desserré le fil et ne put constater la présence d'aucun filet nerveux dans la ligature ; aussi continua-t-il l'opération comme si rien ne s'était passé. Il croit n'avoir lié ni le pneumogastrique, ni le récurrent, ni le grand sympathique, et cependant la raucité de la voix, la sensation pénible d'étouffement éprouvée par la malade ont une cause quelconque ; l'idée émise par M. Richer serait admissible : les filets sympathiques ont peut-être été intéressés.

M. Cloquet regrette que l'autopsie n'ait pu éclairer le fait de M. Chassaignac ; peut-être, comme le pense M. Morel-Lavallée, y a-t-il une différence entre la simple blessure, le froissement d'un nerf et sa division complète au moyen d'une ligature serrée. Dans l'opération de la castration, il a vu Richerand faire la ligature en masse du cordon ; il étreignait les parties molles avec une grande vigueur et n'avait pas d'accidents ; il en est autrement si on se contente de serrer mollement les éléments du cordon.

M. Verneuil est tout disposé à adopter pour expliquer la raucité de la voix qui succède parfois à la ligature de la carotide l'explication proposée par M. Richet et appuyée sur les recherches de M. Cl. Bernard. Deux motifs l'y engagent :

1° Les vaisseaux carotidiens n'ont pas seulement des rapports avec les nerfs récurrent, pneumogastrique et grand sympathique, il est d'autres filets plus ténus qui les avoisinent et qui peuvent très bien, passant inaperçus pendant l'opération, être divisés ou liés.

A. C'est ainsi que le plexus formé par les branches descendantes internes du plexus cervical et du grand hypoglosse, de même que les branches qui en émanent pour animer les muscles de la région sous-hyoïdienne sont souvent accolés à la partie externe de la gaîne des vaisseaux, souvent aussi sont situés dans cette gaîne elle-même entre la veine jugulaire interne et l'artère carotide ; cette anomalie de rapports n'est pas très rare.

B. Dans presque toute sa longueur et surtout sur ses faces profondes et internes, l'artère carotide primitive est entourée par des filets nerveux, distincts du cordon principal du grand sympathique, mais qui néanmoins sont en communion avec lui ; ces filets vont surtout aux plexus cardiaques ; d'autres appartiennent aux plexus intercarotidiens, pharyngés, etc., etc. La ténuité de ces filets qui rampent dans l'épaisseur de la gaîne artérielle ne permet guère de les isoler quand on opère. On peut donc admettre qu'ils sont exposés à être blessés.

2° M. Verneuil a peine à croire qu'on puisse rapporter les légers accidents de raucité de la voix, d'étouffement observés par M. Robert à la ligature de nerfs aussi importants que ceux qui ont été cités. En effet la santé, chez les opérés de M. Bertherand, de M. Robert, n'a paru nullement altérée, aucun phénomène particulier ne s'est montré, et de nombreuses expériences ont démontré qu'il en était tout autrement quand chez les animaux on lie le pneumo-gastrique ou le grand sympathique. Dans le premier cas, les vomissements opiniâtres, l'amaigrissement, les altérations pulmonaires ont été notés sur des chiens qui avaient subi cette vivisection (1), et lorsque le cordon du grand sympathique était divisé, M. Bernard surtout a noté avec soin l'apparition de plusieurs phénomènes du côté de la pupille, des narines, de la bouche, de la circulation capillaire de la face, qui certainement n'auraient pas échappé aux chirurgiens précités, s'ils s'étaient manifestés. Enfin la ligature ayant été faite au lieu d'élection, on comprendrait difficilement comment le nerf récurrent aurait été compromis.

M. Huguier reconnaît que la ligature de la carotide peut entraîner divers accidents du côté du larynx, comme aussi de la difficulté dans la respiration et des troubles dans les battements du cœur. Quant à la diminution de la voix, elle peut avoir pour cause la blessure d'autres filets nerveux et des filets pulmonaires, expliquant ces derniers troubles qu'il a décrits autrefois. Ces filets, qui font communiquer le nerf récurrent et le nerf laryngé supérieur, forment un plexus situé sur les côtés du larynx, et d'où naissent la plupart des filets qui se distribuent à la glotte. Ce plexus est en rapport dans toute sa hauteur avec l'artère carotide, qui le recouvre en dehors. Il est dès lors facile de comprendre comment, en pratiquant la ligature de ce vaisseau, on peut atteindre les filets en question, et amener les accidents curieux dont la Société s'occupe en ce moment.

— M. le président lit une lettre de M. le docteur Prescotte Hewett (de Londres). Ce chirurgien adresse à la Société une observation remarquable de fracture du crâne.

(Ce fait est renvoyé à l'examen de M. Robert, et sera discuté dans une des prochaines séances.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Verneuil communique au nom de M. Maisonneuve, qui est absent, un amygdalotome fabriqué par M. Charrière fils, qui, sans donner plus de travail que les modèles primitifs, a l'avantage de pouvoir spontanément et à volonté substituer une grande lunette à une petite et de varier indéfiniment les grandeurs et les formes de ces dernières sur le même instrument ; cette substitution se fait à l'aide d'un simple coulant muni d'un point d'arrêt qui l'empêche de se déranger involontairement. Toutes les pièces sont assemblées sur un tube à fortes parois ouvert dans toute sa longueur, ce qui rend le nettoyage très facile. Ce nouveau système peut aussi bien s'appliquer à l'instrument de M. le professeur Velpeau qu'à celui de M. le docteur Maisonneuve, avec lequel on opère d'une seule main.

Quelques membres jugent cette disposition comme avantageuse.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Ar. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Quelques médecins nous signalent un certain nombre de cas de choléra qui se seraient montrés ces derniers jours dans plusieurs quartiers de la ville. Il s'en est également présenté quelques cas dans les hôpitaux, notamment à Beaujon.

— L'Académie des sciences a procédé aujourd'hui à la nomination d'un membre dans la section de botanique en remplacement de M. Gaudichaud, décédé.

Les candidats portés par la section étaient :

En première ligne et *ex æquo*, MM. Duchartre et Payer.

En deuxième ligne, M. Trécul.

En troisième ligne, M. Chatin.

Au premier tour de scrutin, sur 53 votants, ont obtenu :

M. Payer.	44 suffrages.
M. Duchartre.	6 »
M. Trécul.	2 »

M. Payer a été proclamé membre de l'Académie.

— La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance d'hier 18 décembre, à la nomination d'un secrétaire général en remplacement de M. Dechambre, démissionnaire. M. Cerise a été élu.

(1) Longet. *Anatomie physiologique du système nerveux*, t. II, p. 349.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 150. — JEUDI 21 DECEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 150. — JEUDI 21 DECEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 DÉCEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance de l'Académie a été presque tout entière consacrée aux scrutins pour le renouvellement du bureau de l'année prochaine. Pendant les opérations du scrutin, M. J. Cloquet a lu une note sur les sutures, que le bruit des conversations et l'agitation inséparable d'un vote ne nous ont pas permis d'entendre. On trouvera au compte rendu le résultat du scrutin et la composition du nouveau bureau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Orchite blennorrhagique. — Choléra intercurrent. — Mort. Autopsie.

Brunet (Adolphe), porcelainier, âgé de vingt-deux ans, entre le 14 novembre 1854 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau.

Trois jours après un coït suspect, cet homme a été pris d'un écoulement qui, traité par des tisanes émollientes et un paquet de cubèbe, avait, au bout de dix jours, considérablement diminué; mais alors il ressentit au testicule droit une douleur qui, d'abord assez légère pour lui permettre encore de travailler, devint bientôt très intense, amena de la fièvre et des frissons, et le força à garder le lit.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, l'orchite avait déjà huit jours de durée. L'épididyme, placé en avant par une anomalie anatomique assez fréquente, offre le volume d'un œuf de pigeon, et a une densité considérable. Le cordon est gros comme le pouce; il soulève la peau et les tissus qui le recouvrent, et son trajet se dessine parfaitement dans le canal inguinal. Le testicule paraît sain. Pas de sérosité dans la tunique vaginale; la peau du scrotum est rouge et tuméfiée; le pouls, fébrile, donne 92 pulsations.

Encore un léger suintement urétral. M. Velpeau prescrit 15 sangsues sur le trajet du cordon, des cataplasmes émollients et le repos au lit.

Le 15, la douleur est déjà moins vive, et la fièvre a beaucoup diminué.

Le 17, le cordon est plus souple et moins tendu, et l'épididyme a un peu moins de volume. — Repos au lit; compresses d'eau blanche; les bourses sont soutenues à l'aide d'un bandage approprié.

Les jours suivants, les parties malades reviennent lentement à l'état normal, sans qu'on observe rien d'extraordinaire dans cette marche décroissante. Tout faisait compter sur une guérison prochaine, lorsque dans la nuit du 25 le malade, qui depuis quelques jours avait la diarrhée, mais le cachait avec soin, est pris d'un choléra très grave, avec crampes, vomissements et selles blanchâtres. L'opium, les astringents, les stimulants, les frictions de glace, parviennent à supprimer les évacuations et à amener une légère réaction (26, 27, 28, 29 novembre); mais elle est suivie bientôt de symptômes typhoïdes très graves, et le malade succombe dans le coma le 2 décembre.

Pendant la durée du choléra, qui fut de huit jours, on remarqua que l'engorgement épididymaire avait considérablement diminué.

Autopsie. — Nous passons sous silence les lésions du choléra pour arriver à l'examen de l'appareil spermatique. M. Gosselin a bien voulu disséquer lui-même les parties et rédiger une note dont nous allons extraire textuellement les détails qui suivent.

1° Pas d'injection; aucun épanchement liquide, ni plastique du côté de la tunique vaginale.

2° La surface et le parenchyme du testicule sont sains.

3° La tête et le corps de l'épididyme offrent le même aspect que les mêmes parties du côté opposé; mais toute la queue est gonflée et forme une masse dure, uniforme, sans bosselures, du volume d'un haricot. En fendant cette masse en travers et longitudinalement, on constate qu'elle n'est pas vasculaire, qu'elle est d'une couleur jaune uniforme, analogue à celle du tubercule, et d'une assez ferme consistance; on reconnaît sur la coupe que les circonvolutions ultimes du canal déférent et du commencement de l'épididyme sont très distinctes : chacune d'elles est augmentée de volume de manière à avoir trois ou quatre fois plus d'épaisseur que dans l'état normal; il semble, en outre, que chacune de ces circonvolutions, au lieu d'être creuse, soit remplie d'une matière jaune uniforme qui ait pris la place tout à la fois et de la cavité et de la paroi, sans qu'il y ait de matière semblable entre les circonvolutions, c'est-à-dire à l'extérieur de leurs parois.

M. Robin, qui a examiné la pièce après M. Gosselin, a pu déterminer au microscope les éléments de cette matière jaunâtre contenue dans la queue de l'épididyme; il y a trouvé quelques globules de pus mélangés à des globules granuleux dits d'inflammation et à des granulations graisseuses. Il a pensé également que tous ces produits d'inflammation occupaient la cavité des circonvolutions et non leurs interstices. Dans ces interstices se trouvent seulement des éléments fibro-plastiques.

4° Le canal déférent, très gros au début de la maladie, est revenu à ses dimensions naturelles. En le coupant transversalement à trois centimètres de l'épididyme, on le trouve rempli d'une matière jaunâtre d'autant plus fluide qu'on s'éloigne de l'épididyme, et tout à fait analogue à du pus. Examiné au microscope, le liquide n'offre pas de spermatozoïdes; c'est un mélange de globules purulents, de cellules épithéliales cylindriques et de corpuscules granuleux. Auprès de l'épididyme, cette matière est concrète et oblitère tout à fait le canal déférent. La membrane interne du canal est parfaitement saine; ses parois ne sont ni injectées, ni épaissies.

Le liquide du canal déférent opposé renferme quelques spermatozoïdes et des cellules épithéliales abondantes.

5° La vésicule séminale du côté malade n'offre ni rougeur, ni vascularisation. Son liquide, peu abondant, renferme des globules purulents mêlés à des cellules épithéliales; point de spermatozoïdes. Dans l'autre vésicule séminale on rencontre seulement des spermatozoïdes, des cellules épithéliales et des granules moléculaires.

Il est clair que dans le fait qui nous occupe les lésions anatomiques de l'épididymite ont dû singulièrement être amoindries par ces évacuations cholériques et ces symptômes généraux si graves qui se sont prolongés pendant au moins huit jours. N'oublions pas, d'ailleurs, qu'au moment de l'invasion du choléra l'orchite avait déjà dix-huit jours de durée. Mais quoiqu'on n'ait trouvé ni dans le canal déférent, ni dans l'épididyme, ni dans les vésicules séminales des traces de cette vascularisation qui accompagne toujours les inflammations, le fait n'en a pas moins une grande valeur en raison de la rareté des autopsies de ce genre.

Les seuls cas analogues que nous connaissions sont ceux de M. Gaussail (*Arch. médic.*, t. XXVII, 1831). Sur les trois autopsies qu'il cite, nous éliminerons la dernière, qui appartient bien évidemment à des tubercules ramollis de l'épididyme chez un sujet offrant toutes les lésions de la phthisie génitale et pulmonaire. Dans la seconde, le canal déférent était engorgé, ses parois épaissies, sa cavité diminuée, sa surface interne rouge. Il n'est rien dit du parenchyme de l'épididyme; seulement la tunique albuginée était injectée, et il y avait du liquide dans la tunique vaginale. Enfin, dans la troisième observation, outre une injection considérable de la muqueuse des vésicules séminales du canal déférent, de l'urètre, de la surface de l'épididyme et du testicule, on a noté que dans l'intérieur des vésicules séminales se trouvait une grande quantité de matière d'un blanc jaunâtre, légèrement granulée. La cavité des conduits déférents était diminuée et comme obstruée par de la matière en tout semblable à celle des vésicules. Quoique l'auteur n'ait pas recherché la nature de ce produit, l'analogie porte à croire que c'était du pus concret réuni à d'autres éléments, comme dans notre observation.

Quel est le siége de cet épanchement? Dans le cas qui nous occupe, le doute n'est pas permis. Après un examen attentif, MM. Gosselin et Robin sont tous deux arrivés à cette conclusion que l'épanchement plastique s'était produit, non entre les canalicules, mais dans leur cavité même; fait important à constater, car plus tard, lorsque cette lymphe se transforme et amène ces oblitérations de l'épididyme décrites par M. Gosselin, les éléments anatomiques sont tellement confondus qu'il devient impossible de rien distinguer.

Curling (*Traité des maladies du testicule*) dit avoir rencontré dans l'orchite blennorrhagique, qu'il appelle aussi orchite secondaire, de la matière fibrineuse épanchée au milieu de l'épididyme; il pense qu'elle siége, non dans les canalicules, mais à leur extérieur. D'un autre côté, Brodie, dans ce qu'il appelle orchite chronique, admet que la matière jaune réside dans les tubes séminifères eux-mêmes. Mais, il faut l'avouer, on ne saurait tirer de leurs assertions des conclusions bien rigoureuses, car entre l'orchite chronique et les tubercules du testicule et de l'épididyme les chirurgiens anglais font une confusion perpétuelle. Sans doute Curling a soin de dire que les grumeaux fibrineux appelés, à tort selon lui, tubercules jaunes doivent être distingués des véritables tubercules du testicule, mais il se garde bien d'indiquer leurs caractères différentiels que le microscope seul peut donner, selon nous; et quant aux symptômes, ceux qu'il assigne à l'orchite chronique sont exactement ceux que nous regardons comme propres aux tubercules du testicule.

Peut-être il existe quelque vérité derrière cette confusion apparente; peut-être que dans le testicule comme dans les ganglions lymphatiques, distincts au début par leur aspect et leur structure intime, les produits d'inflammation et les véritables tubercules fi-

FEUILLETON.

CONTRE L'ABUS

DE LA MONTRE A SECONDES EN MÉDECINE.

Os habent, et non loquentur;
Oculos habent, et non videbunt;
Nares habent, et non odorabunt;
Aures habent, et non audient.
(*Psaume CXIII* DE DAVID).

La sagacité est la compagne obligée du goût; malheureusement elle n'est pas donnée à tout le monde.

Si vous prenez des séries de trois jeunes gens également doués en apparence, pour leur enseigner, je suppose, l'art d'écrire ou la musique, il arrivera que, les études finies, les premiers connaissant bien toutes les règles de la langue, la logique, la rhétorique, etc., les autres possédant parfaitement tous les éléments de la musique, la composition même, il y en aura un seul qui sera apte à écrire quelque chose de bon et d'agréable, *il aura du goût;* l'un des trois musiciens fera des airs sympathiques, il les chantera bien... *il sera sagace.*

Les autres, avec toute leur science, ne feront aucun plaisir; peut-être ne seront-ils jamais supportables.

Il n'y a cependant entre eux que des *nuances* que l'on ne saurait expliquer, mais que l'on *sent.*

Eh bien, en médecine il en est exactement de même. Sur trois sujets qui auront étudié avec la même ardeur, possédant la même dose de mémoire, le même degré apparent d'intelligence, il y en aura deux qui se borneront à l'interprétation de la lettre; ils sauront bien la scolastique médico-chirurgicale, posséderont très bien leur anatomie, sauront parfaitement ausculter, percuter, ils seront forts en anatomie pathologique; *ils compteront fort exactement le pouls,* ils connaîtront même les vertus et les doses des remèdes telles qu'elles sont indiquées dans les livres... mais voilà tout. Ils seront étonnés et souriront en lisant ces lignes qui ne sont pas écrites pour eux, à cause de l'épigraphe de cet article; puis ils en oublieront entièrement l'esprit, toujours par le même motif.

A ces deux-là les professeurs ont ingurgité, soufflé, infibulé, injecté la science, ils en sont farcis; mais de l'art... point.

Ils ressemblent à ces grosses volailles de basse-cour que l'on a gavées jusqu'au bec, auxquelles la nourriture a fait reluire le plumage, mais qui sont toujours ou des oies ou des dindons.

Ce que je dis ici est peu civil pour ces hommes; mais comme chacun est amateur de son propre mérite et croit posséder une valeur intrinsèque quelconque, il n'y a rien à craindre : personne ne se sentira blessé.

On voit la paille dans l'œil de son voisin, et moi-même en ce moment...

Nul n'est content de sa fortune, ni mécontent de son esprit.

Reprenons le fil de notre discours : Le troisième, tout en connaissant aussi la science (car avant tout il faut savoir), ira plus loin que les autres; il recherchera les causes, il a reçu du ciel l'influence secrète (Boileau).

Faisons quelques applications pour éclairer ces données :

Premier cas. — Voici un jeune sujet avec un accès de fièvre des plus violents accompagné de délire ou d'autres symptômes graves, puis le lendemain plus rien; et le même accident, se renouvelant plusieurs fois avec la même intensité dans l'espace de quelques années, est toujours suivi d'une augmentation sensible dans la hauteur de la taille du jeune homme.

Ceci se présente chaque jour. J'ai regardé ces accès de fièvre comme un effort de la nature pour déposer tout d'un coup et d'une manière critique une notable quantité de matière osseuse aux bouts des épiphyses, et donner lieu à un *grandissement* subit; ayant aussi remarqué ceci à la suite de certaines phlegmasies terminées brusquement par la guérison, j'ai appelé *ces accidents la fièvre de construction.*

Deuxième cas. — C'est un autre individu qui a souffert les privations de la misère; il est maigre et affaibli. Nous allons le soumettre peu à peu à un bon régime; que se passera-t-il en lui?

Après chaque repas, alors que la vie affluera vers les organes digestifs, il aura un léger frisson, puis de la chaleur; son pouls battra plus fort et plus vite qu'à l'état normal, cela pourra même se terminer par de la sueur : c'est un véritable accès de fièvre. Si vous vous

nissent par offrir plus tard de telles analogies qu'il devient impossible de les distinguer autant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. C'est un fait que M. Velpeau a déjà nettement formulé (DICTIONNAIRE EN 30 VOL., *Inflammation du testicule*): « Dans le testicule, dit-il, la suppuration s'établit sous forme de » foyers multiples, disséminés, très petits, qui en se concrétant fi- » nissent par constituer l'état tuberculeux de l'organe chez certains » malades. » — Et vraiment, dans le cas que nous venons de rapporter et où l'origine purement inflammatoire de la maladie n'était pas douteuse, la coupe de la queue de l'épididyme offrait, par sa couleur jaune et l'absence de vaisseaux, une telle analogie d'aspect avec le tubercule que l'idée de la transformation des produits inflammatoires venait involontairement à l'esprit.

Si le microscope parvient à voir les granulations tuberculeuses coexistant avec les globules purulents et les éléments fibro-plastiques les remplaçant peu à peu, puis constituant à eux seuls la tumeur, alors la question sera définitivement résolue, et il ne faudrait plus s'étonner de rencontrer les tubercules du testicule et de l'épididyme tantôt chez des individus phthisiques, tantôt chez des sujets vigoureux et n'offrant aucune trace de tuberculisation des organes viscères; les premiers seraient le résultat d'une diathèse, les autres simplement des produits d'inflammation locale.

L.-V. MARCÉ, interne du service.

RECHERCHES CLINIQUES ET CHIMIQUES

sur l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies saturnines.

Par M. MALHERBE, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

On sait que l'iodure de potassium a été proposé par MM. Natalis Guillot et Melsens comme le meilleur moyen pour éliminer de l'économie le plomb et le mercure, puisque les composés insolubles que les sels de ces métaux forment avec les substances organiques sont tous solubles dans l'iodure de potassium, et que ce dernier corps est facilement et rapidement éliminé.

Ces assertions, appuyées sur des expériences faites sur des chiens, étaient révoquées en doute par M. Mialhe; et nous-même, quoique frappé des faits remarquables rapportés dans le mémoire, nous demandions que l'expérience clinique vînt prononcer avant d'admettre l'iodure de potassium au nombre des moyens thérapeutiques et prophylactiques de l'intoxication saturnine.

D'assez fréquentes occasions s'étant présentées depuis d'appliquer l'iodure de potassium à diverses formes de la maladie de plomb, nous n'avons eu qu'à nous louer de son emploi, et nous savons que le même moyen a également eu un effet avantageux dans les mains d'autres praticiens.

Avant d'aller plus loin sur un pareil sujet, il convient de rappeler ce qu'ont dit les chimistes de l'action sur l'économie des composés de plomb, et du mode de cette action.

D'après des expériences de M. Orfila, répétées par MM. Dupasquier et Rey, les composés insolubles dans l'eau et inattaquables par les liquides contenus dans l'appareil digestif sont inoffensifs, même à très haute dose, et n'agissent pas autrement que ne le ferait du sable fin ou toute autre matière inerte. Les sulfure, sulfate, oxalate, phosphate, borate et tannate de plomb sont dans ce cas.

Des accidents toxiques plus ou moins graves résultent au contraire de l'introduction dans l'économie de l'acétate, du sous-acétate, de l'azotate, du carbonate, du chromate, de l'iodure, du protoxyde et du deutoxyde du plomb.

L'opinion de M. Mialhe diffère notablement de ce qui précède. Selon lui, toutes les préparations de plomb, et le plomb métallique lui-même (mais ce dernier seulement avec le concours de l'air), en réagissant avec les chlorures alcalins que nos humeurs renferment, se transforment en tout ou en partie en chlorure de plomb et en un nouveau composé alcalin. De plus, le chlorure de plomb formé se combine avec l'excès de chlorure basique, et constitue un chlorure double en qui résident les propriétés médicales et toxiques de tous les composés chimiques dont le plomb est la base. De ces faits il résulte que toutes les préparations de plomb sont vénéneuses, mais à des degrés très divers et tout à fait en rapport avec la proportion du chlorure double auquel leur décomposition donne naissance; ainsi, les composés solubles sont en général plus énergiques que les composés insolubles.

Si l'on admet la théorie de M. Mialhe, rien ne sera plus facile que d'expliquer l'action de l'iodure de potassium, en raison de l'analogie des iodures alcalins avec les chlorures de ces mêmes bases; et si l'on songe en outre à l'activité que ce sel, comme tous les composés iodiques, imprime au mouvement de décomposition organique, on comprendra aisément comment il facilite l'élimination du plomb.

La même théorie explique pourquoi il ne faut pas donner à la fois de fortes doses d'iodure de potassium, de peur de ramener à l'état soluble une trop grande quantité de la substance toxique, et de reproduire des symptômes aigus. Nous avons pu plusieurs fois nous convaincre de l'importance de cette précaution, recommandée par MM. Natalis Guillot et Melsens, et nous avons reconnu qu'il ne fallait pas dépasser la dose quotidienne de 1 gramme; et même que cette dose devait parfois être réduite à 50 et même à 25 centigrammes.

L'observation suivante, que nous rapportons comme preuve de l'efficacité de l'iodure de potassium, peut servir en même temps à montrer avec quelle prudence on doit procéder dans l'administration de ce médicament.

OBS. I. — Le nommé Sénécbal (Michel), âgé de trente-six ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 7 mars 1853. Il a travaillé au plomb pendant neuf mois, en deux fois; six mois d'abord, puis trois, avec six mois d'intervalle. Avant la maladie actuelle, qui date de huit jours, il n'a éprouvé que de la faiblesse et des douleurs vagues dans les membres. A son entrée, on constate les signes d'une intoxication primitive très prononcée. Les symptômes actuels sont légers; il existe à peine de la douleur; le malade est constipé, il a un peu d'appétit; le pouls est naturel.

Le 8 mars, on lui administre 1 gramme d'iodure de potassium, 50 centigr. de thériaque, deux lavements émollients et un bain de Baréges.

Le lendemain, le malade est un peu souffrant; il a eu quelques vomissements, la constipation persiste. — Emétique, 10 centigr.; thériaque, 50 centigr.; deux lavements purgatifs.

Le 10 mars, douleurs beaucoup plus vives, que la pression n'exaspère pas; vomissements répétés, persistance de la constipation, émission facile des urines.

Du 10 au 15 mars inclusivement, on administre la belladone en pilules et en lavements. La dose la plus forte, donnée le second jour seulement, a été de 10 centigr. d'extrait unis à 20 centigr. de poudre de racine par la bouche, et 10 centigr. d'extrait en lavement. Les autres jours la dose a été moitié moindre. La diète a été absolue. Pour boisson, on donne de la limonade gazeuse.

Le troisième jour de l'usage de la belladone, on a observé un peu de dilatation des pupilles et de trouble de la vue. A ce moment, les symptômes ont diminué d'intensité.

Le 13, quatrième jour, on cesse les lavements de belladone, et on fait des frictions sur l'abdomen avec une pommade composée d'une partie d'extrait de belladone et deux d'axonge. Deux lavements émollients sont administrés et suivis d'évacuations abondantes.

Le 16 mars, les douleurs ont cessé. On recommence l'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes. On donne encore 3 centigr. d'extrait de belladone et 5 centigr. de poudre de racine. On commence à nourrir le malade.

La même dose d'iodure et de belladone est continuée jusqu'au 19 mars. Du 20 au 27, on élève à 75 centigrammes la dose d'iodure; on supprime la belladone. Pendant tout ce temps le malade n'a pas souffert. Des lavements émollients sont continués jusqu'au 19. A partir du 22, des bains de Baréges et d'eau de savon alternativement.

Il sort guéri le 28 mars.

On voit que chez ce malade une seule dose d'un gramme d'iodure de potassium a réveillé des symptômes graves qu'il a fallu combattre pendant six jours avant de pouvoir revenir au traitement chimique, qui a été ensuite parfaitement supporté. Avions-nous donné une trop forte dose, ou bien le tube digestif contenait-il du plomb à l'état insoluble, dont notre médicament a opéré la solution? Les deux suppositions sont également possibles. Mais ce qui est pratiquement démontré, c'est qu'il ne peut être donné que de faibles doses d'iodure de potassium, et que les symptômes aigus doivent être préalablement combattus.

L'élimination du plomb sous l'influence de l'iodure de potassium étant admise, il convenait de rechercher par quelle voie elle avait lieu; les faits rapportés par M. Claude Bernard relativement à l'iodure de potassium nous indiquaient d'examiner à ce point de vue l'urine, la salive et la sueur. Nous n'avons pu ici songer à expérimenter sur cette dernière sécrétion, parce que, sans parler de la difficulté d'en recueillir une certaine quantité, la peau des malades est ordinairement salie d'une grande quantité de molécules plombiques, dont on ne la débarrasse qu'avec une grande difficulté.

Nous avons examiné l'urine chez quatre malades, la salive chez un seul.

Dans tous les cas, l'urine et la salive ont été étudiées avant et après l'administration de l'iodure de potassium.

Voici la marche que nous avons suivie:

1° Evaporation jusqu'à siccité des liquides recueillis;

2° Dissolution du résidu dans l'acide azotique, puis dissolution chauffée jusqu'à déflagration complète des matières organiques;

3° Le résidu a été dissous dans l'eau distillée bouillante, et la dissolution filtrée a été essayée par l'acide sulfhydrique ou un sulfhydrate, et par le chromate de potasse;

4° La portion insoluble du résidu a été examinée à part, comme nous le dirons plus loin.

Premier malade. — Deux mois de travail au minium: avant l'administration de l'iodure de potassium, traces incontestables de plomb après contact prolongé des réactifs.

Après trois jours d'usage de l'iodure de potassium (dose totale, 1 gramme 50), la présence du plomb a été immédiatement décelée par les réactifs.

Deuxième malade. — Dix-sept ans de travail au plomb avec des interruptions; plusieurs attaques de colique. Avant l'iodure de potassium quelques heures de contact des réactifs donnent des traces très évidentes de plomb.

Après trois jours d'usage de l'iodure (quantité totale, 2 gr. 25), on obtient un liquide jaune très coloré, qu'on traite par le noir animal; après quoi l'acide sulfhydrique ne donne aucun précipité. Nous crûmes d'abord que le sel de plomb avait été séparé dans la clarification, mais le même fait s'est reproduit dans deux autres expériences sur des liquides qui n'avaient point été en contact avec le noir animal.

Il reste sur le filtre un résidu insoluble dans l'eau, très abondant, dont une petite quantité, traitée au chalumeau, fond et donne une perle d'un beau jaune, qui devient blanc de lait par le refroidissement. On peut à volonté lui rendre la couleur jaune en la chauffant de nouveau.

Le résidu tout entier est traité par l'acide acétique étendu, qui le dissout pour la plus grande partie. La partie insoluble, qui reste dans le filtre, est du phosphate de chaux; la solution traitée par l'ammoniaque donne un précipité gélatineux de phosphate ammoniaco-magnésien, qu'on sépare par une nouvelle filtration, et le sulfhydrate de soude donne dans la liqueur un précipité noir de sulfure de plomb (1).

Troisième malade. — Fondeur en caractères d'imprimerie, travaille depuis dix ans. Plusieurs attaques de colique; cette fois arthropathie. Avant l'iodure de potassium, la dissolution aqueuse donne des traces très évidentes de plomb. Un résidu peu abondant resté sur le filtre a présenté les mêmes caractères chimiques que chez le précédent malade et contient aussi du plomb.

Après trois jours d'usage de l'iodure de potassium (quantité totale, 1 gr. 50), la solution aqueuse ne donne à peu près rien. Le résidu insoluble, au contraire, beaucoup plus abondant qu'avant le traitement, a donné un précipité plombique très remarquable.

Quatrième malade. — Les résultats sont tout à fait identiques à ceux fournis par le troisième malade.

Les plus abondants des précipités obtenus par l'acide sulfhydrique, recueillis sur un petit filtre, ne faisaient que le salir après dessiccation. On a essayé de revivifier le plomb au chalumeau; on n'a pu obtenir de globules métalliques, mais seulement une matière jaune analogue à la litharge.

Cette matière s'est dissoute dans l'acide azotique, et la dissolution étendue d'eau a donné par les carbonates un précipité blanc.

Dans un seul cas, sur le troisième malade, la salive a été examinée par les mêmes procédés que l'urine.

Avant l'administration de l'iodure de potassium, la dissolution aqueuse, traitée par l'acide sulfhydrique, s'est troublée et a pris une couleur opaline, due probablement à une très petite quantité de soufre à l'état d'extrême division provenant de la décomposition d'une partie de l'hydrogène sulfuré.

Après plusieurs jours d'usage de l'iodure, la salive a donné un précipité noir par l'acide sulfhydrique.

Ces expériences, trop peu nombreuses pour permettre de poser des conclusions définitives, permettent cependant d'établir:

1° Que dans l'intoxication saturnine le plomb est éliminé naturellement par les voies urinaires, probablement sous l'influence des chlorures alcalins contenus dans nos humeurs, comme l'indique la théorie de M. Mialhe. Néanmoins cette élimination se fait si lentement qu'elle ne suffit pas à produire la guérison spontanée des maladies causées par le plomb;

(1) Remarquons en passant cette abondance des phosphates dans l'urine des malades soumis à l'usage de l'iodure de potassium; ce fait, s'il était constant, quel que fût d'ailleurs le cas pathologique à l'occasion duquel on administrerait l'iodure, donnerait peut-être la raison de son efficacité dans le rhumatisme, dans la goutte et probablement dans toutes les maladies accompagnées d'une augmentation de la plasticité du sang. Cette vue, étrangère au sujet qui nous occupe, mériterait assurément une attention spéciale.

êtes assuré du poids de cet homme; au bout de quelques jours vous le trouverez augmenté; pour moi, c'est la *fièvre de reconstruction.*

Troisième cas. — Il s'agit d'un malade qui a une affection organique; il porte en lui-même une épine, une cause matérielle qui va déterminer aussi des accès de fièvre. Mais que se passera-t-il alors? C'est qu'au lieu de causer ces symptômes heureux que nous venons de décrire, après ce frisson, cette chaleur et cette sueur il y aura dépérissement et, comme on dit, *consomption*; pour moi, c'est la *fièvre de destruction.*

Vous voyez ces trois sujets; ils ont la fièvre; mais quelle différence dans l'essence de ce mal! Dans le premier cas, fièvre de *construction;* dans le second, fièvre de *réparation*; et dans le troisième, fièvre de *destruction.* Et vous croyez que le praticien qui, après s'être mouché en arcbidiacre (Rabelais), s'occupera, dans ces trois circonstances, de *compter le pouls sur sa montre à secondes*, sans s'inquiéter de rechercher la cause de la violence insolite de la circulation, sera digne de porter le nom de médecin? Pour moi, je ne le pense pas, et toute sa gravité et son importance ne sauraient m'empêcher de voir en lui la plus pure innocence de tout ce qui a rapport à l'exercice utile de notre art.

Quelles conséquences pouvons-nous tirer de ces réflexions? Car rien n'est plus naturel que d'enchaîner une série d'observations et d'en tirer de sobres conclusions. C'est que l'on ne doit pas toujours regarder comme graves des fièvres fort intenses lorsqu'elles apparaissent chez de jeunes sujets sains et robustes; qu'alors même que ces violents symptômes fébriles sont accompagnés d'une phlegmasie locale, il n'y a peut-être pas toujours lieu de s'en épouvanter, puisque souvent la chose se juge d'elle-même; en d'autres termes, se termine par une crise; qu'il peut être indiqué de reconstituer des sujets ou des organes faibles en donnant lieu à des accès successifs de fièvre qui ont pour effet de favoriser l'assimilation; qu'au contraire il deviendrait fort nuisible et fort grave de ne pas s'opposer par tous les moyens que la saine pratique enseigne au renouvellement des accès de fièvre qui ont pour cause les vains efforts de l'organisme luttant contre une affection matérielle incurable.

Il est facile de comprendre combien devient ridicule, dans ces cas comme dans beaucoup d'autres, *l'homme majestueux qui consulte le pouls et s'assure au moyen d'un instrument de précision du nombre des pulsations du cœur* de son malade.

C'est en saisissant ces nuances que le médecin rendra vraiment de grands services. Si, au contraire, son esprit ne s'applique sans cesse à les étudier, il restera dans les voies de la routine la plus impuissante et la plus grossière.

Amédée JOUX.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, par M. le docteur Aug.-L. NICOLAS, médecin des bureaux de bienfaisance, médecin honoraire des dispensaires, etc. Ouvrage à l'usage des écoles normales, etc. Un volume in-8° de 166 pages. Prix: 2 fr. 50 c. — Chez Lecoffre, libraire éditeur, rue du Vieux-Colombier, 29.

2° Sous l'influence de l'iodure de potassium l'élimination du plomb par les voies urinaires devient beaucoup plus active; mais en même temps l'élimination des phosphates par cette voie est considérablement augmentée, et ces sels donnent un résidu insoluble qui retient la plus grande partie du plomb éliminé;

3° Le plomb n'est pas éliminé naturellement par la sécrétion salivaire, mais l'iodure de potassium est susceptible de l'entraîner par cette voie: c'est au moins ce que semble dire notre unique observation sur ce point.

Il resterait maintenant à déterminer combien de temps dure l'élimination du plomb. Cette durée, qui doit varier dans de larges limites, n'a pu être l'objet de nos investigations, parce qu'on ne peut retenir les malades dans les hôpitaux pendant assez longtemps.

De tous les faits aujourd'hui connus, il devient facile de déduire les règles du traitement rationnel des maladies saturnines. Nous les formulerons dans les propositions suivantes, où les agents thérapeutiques sont rangés selon leur importance et non dans l'ordre où ils doivent être administrés, ordre qui doit varier selon les cas particuliers:

1° Eliminer le plomb contenu dans l'économie au moyen de l'iodure de potassium administré méthodiquement et aussi longtemps que l'urine et la salive donnent les réactions du plomb;

2° Nettoyer la surface cutanée au moyen des bains sulfureux et savonneux, et les surfaces muqueuses par l'usage intérieur des préparations de soufre et par les purgatifs. Ces derniers moyens, en provoquant d'abondantes évacuations bilieuses, éliminent sans doute une partie du plomb contenu dans le foie, mais ils ne peuvent atteindre celui qui est combiné avec le tissu des autres organes;

3° Calmer l'hyperesthésie et en général tous les symptômes nerveux (épilepsie, délire, convulsions, coma) par les narcotiques, et particulièrement par la belladone, qui, outre ses propriétés sédatives, possède une action cathartique qui dispense souvent de l'emploi des purgatifs;

4° Combattre les paralysies au moyen de la strychnine et de l'électricité. (*Journ. de la Soc. de méd. de la Loire-Inférieure.*)

DE LA GUÉRISON RADICALE DES HERNIES

par l'injection iodée dans le sac,

Par M. R.-A. Kinloch, d.-m., à la Carolina America.

Cette opération paraît avoir fixé vivement l'attention des praticiens, si nous en jugeons par les communications qui ont été faites aux corps savants et par les rapports intéressants auxquels celles-ci ont donné lieu.

Nous devons l'idée première de ce traitement au célèbre chirurgien de la Charité; et si cette opération est jamais reconnue et adoptée comme un progrès dans la chirurgie, c'est à M. Velpeau qu'en reviendra l'honneur. Le procédé de M. Jobert offre quelque avantage sur celui de M. Velpeau, en ce sens qu'une *ouverture sous-cutanée* dans une partie aussi délicate et irritable que le péritoine est bien moins dangereuse pour le malade qu'une incision libre dans la même cavité.

Je crois devoir revendiquer en faveur de la chirurgie américaine l'honneur, quel qu'il soit, que l'on attache au procédé opératoire pour la guérison radicale des hernies par l'*injection iodée et la méthode sous-cutanée.*

Dans le tome V (1852) des *Comptes rendus* de l'Association médicale américaine, je vois un rapport d'un comité de l'Association sur la guérison radicale des hernies réductibles. Dans ce rapport, les différents procédés opératoires connus et employés jusqu'alors sont indiqués et discutés assez au long. Parmi les procédés signalés, se trouve la *méthode par l'injection.*

J'appelle l'attention sur quelques points de ce rapport:

« On a fait l'injection de deux manières:

» 1° On ouvre d'abord le collet du sac herniaire et on injecte le liquide;

» 2° On introduit le liquide par la méthode sous-cutanée.

» Le premier mode est celui employé par M. Velpeau; le second » est celui du docteur Pancoast (de Philadelphie). » Le comité continue et décrit l'opération de M. Velpeau, en faisant remarquer que ce praticien ne paraît pas y avoir grande confiance, puisqu'il a cessé de le pratiquer; puis le rapport s'exprime ainsi: « A peu » près à la même époque, le docteur Pancoast fit l'opération qui » est décrite dans son ouvrage de médecine opératoire. On déplaça d'abord le contenu du sac herniaire, puis on fit une ponction avec un petit trocart passé dans une canule; après s'être » assuré par le libre jeu de l'instrument qu'il était bien dans le » sac, on dirigea la pointe en haut, de manière à scarifier la surface interne de la partie supérieure du sac. Le trocart fut alors » retiré, et au moyen d'une petite seringue adaptée à la canule, on » injecta lentement une demi-drachme de teinture d'iode ou une » quantité égale de teinture de cantharides. La canule fut retirée, » et on appliqua une compresse juste au-dessus de l'anneau externe, et la pelote du bandage qui avait été mis avant l'opération » fut ramenée sur la compresse. L'opération fut faite dans treize » cas. Dans l'un, il y eut des symptômes d'une inflammation grave » qui cédèrent à l'application des sangsues et des cataplasmes. » L'opération ne fut faite qu'une fois chez quelques-uns des sujets, » et chez d'autres qui avaient le sac très grand il fallut la répéter » plusieurs fois. »

Dans un autre passage, je lis: « Une opération semblable, sinon » identique, à celle du docteur Pancoast, a été pratiquée un grand » nombre de fois dans le voisinage de la résidence de votre comité. » Plusieurs individus, dit-on, ont été guéris par cette méthode, » mais nous n'en avons pas rencontré un seul qui ait senti qu'on » pouvait, avec sécurité, laisser de côté le bandage. »

Dans un autre passage, faisant allusion aux différentes communications qu'il a reçues sur ce sujet, le comité dit que « la cinquième » communication du docteur John Watson (de New-York) rend » compte d'une opération pour la guérison radicale d'une hernie » inguinale *par l'injection.* Le docteur Watson a employé la mé» thode sous-cutanée *recommandée par le docteur Pancoast.* »

Enfin, il y a au rapport un appendice contenant les résultats des cas opérés d'après la méthode du docteur Pancoast, par les docteurs Warren, Parkeman et Bigelow (de Boston). Le comité discute dans le rapport l'opportunité des opérations pour la guérison radicale des hernies et le mérite relatif des différents procédés. Voici les conclusions:

« 1° On ne connaît pas jusqu'à présent d'opération chirurgicale » sur laquelle on puisse compter pour obtenir toujours, ou même » dans une grande proportion des cas, la guérison radicale des » hernies réductibles.

» 2° Le comité considère l'injection par la méthode sous-cutanée » *comme l'opération la plus sûre et la meilleure.* Ce traitement » amènera dans quelques cas une guérison permanente, et dans » beaucoup d'autres procurera un grand soulagement.

» 3° La compression bien appliquée est, dans l'état actuel de la » science, le moyen qui offre le plus de probabilités pour obtenir » une guérison radicale dans le plus grand nombre des cas. »

Et maintenant, quoique j'aie moi-même peu confiance dans le bien permanent qu'en peut retirer des différents procédés opératoires pour la guérison radicale des hernies, quoique je sois loin d'adopter l'opinion d'un chirurgien distingué de Paris, qui pense que le temps viendra bientôt où la guérison des hernies sera tentée par l'injection iodée aussi souvent que celle de l'hydrocèle, je n'en crois pas moins devoir établir, en faveur de mes compatriotes, la priorité d'une opération qui depuis quelque temps attire l'attention du corps médical.

SUR UNE VARIÉTÉ PEU COMMUNE D'URTICAIRE.

Par M. Giebens.

Lorsque l'on étudie l'histoire des maladies de la peau, on observe que cette partie de l'art de guérir était entourée de beaucoup de confusion avant la fin du siècle dernier. Ce n'est qu'à dater de cette époque qu'on retrouve les descriptions exactes du caractère, de la forme, de la marche et de la terminaison de ces affections. C'est depuis lors seulement qu'on a vu apparaître les classifications méthodiques qui ont fait sortir la dermatologie du chaos dans lequel elle était plongée. Mais quoique ces classifications aient jeté un grand jour sur le diagnostic et le traitement des maladies cutanées, il n'en est pas moins vrai que cette dernière partie, malgré tous les perfectionnements qu'elle a reçus depuis, présente encore de grandes lacunes. Ce ne sont pas seulement les éruptions chroniques, invétérées qui résistent souvent avec une opiniâtreté désespérante à tous nos moyens; il s'en rencontre qui, quoique récentes et en apparence très simples, se prolongent pendant des mois, quelquefois pendant des années, malgré les médications les plus rationnelles.

Ainsi, dans l'observation suivante, on voit une variété d'urticaire, appelée *épinyctis*, parce qu'elle n'apparaît que la nuit, rester rebelle pendant sept mois à différents modes de traitement.

M. X..., âgé de soixante-treize ans, d'un tempérament nervoso-lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé, sauf des accès de dyspnée revenant à d'assez longs intervalles et symptomatiques d'un catarrhe pulmonaire chronique, fut pris au mois de mai 1854 d'une éruption cutanée qui revenait toutes les nuits et le privait de son repos. Cette éruption était caractérisée par des élevures dures, plus ou moins circulaires, irrégulièrement disposées sur toute la surface du corps, surtout abondantes aux cuisses et à la poitrine, un peu plus rouges que le reste de la peau, s'accompagnant d'une cuisson très incommode qui augmentait par la chaleur du lit et ne laissait aucun repos au malade. Cette éruption n'était accompagnée d'aucun mouvement fébrile; elle apparaissait au milieu de chaque nuit, durait deux ou trois heures, et disparaissait ensuite sans laisser de traces de son existence.

Ni sa profession, ni son régime de vie, ni l'examen attentif de tous les organes, dont les fonctions se faisaient physiologiquement, ne purent révéler la cause de cette éruption bizarre. M. Giebens ordonna au malade des boissons acidules à l'intérieur et à l'extérieur, des bains simples, suivis de lotions acides, mais sans obtenir aucun changement.

Des purgatifs salins et localement des bains alcalins restèrent également sans effet. Croyant ensuite observer quelque intermittence dans cette affection, on prescrivit le sulfate de quinine; mais cette médication ne fut pas plus heureuse que les précédentes. On administra successivement les amers, les dépuratifs, le soufre, l'arsenic à l'intérieur, les lotions et les bains sulfureux à l'extérieur; mais le mal résista toujours.

Au mois de décembre, sept mois après le début de la maladie, on en revint à l'usage du soufre à l'intérieur, mais cette fois-ci incorporé dans l'électuaire au tamarin de Fuller, dans la proportion d'une partie de soufre sur huit parties d'électuaire. Le malade prenait une once de ce mélange par jour. Après deux jours de l'emploi de ce remède, l'éruption, jusqu'alors si rebelle, avait complétement disparu.

Le malade ayant négligé de continuer son électuaire, le mal reparut; mais le même remède fit de nouveau promptement justice de l'exanthème, et son emploi continué pendant quelques jours préserva le malade de toute nouvelle récidive.

Le mélange produira-t-il toujours cet heureux effet en pareille occurrence? C'est à l'expérience seule de résoudre cette question.

(*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

DE L'INFLUENCE DU SULFATE DE QUININE

sur la phthisie pulmonaire.

Par M. le docteur Muntendam.

M. Muntendam a publié dans un journal hollandais le résultat de ses expériences cliniques sur l'action du sulfate de quinine dans la phthisie pulmonaire.

Les observations qu'il a rapportées brièvement sont au nombre de 22. Sous le nom de phthisiques, il a compris les malades porteurs de tubercules pulmonaires avec accompagnement de mouvement fébrile, et chez lesquels la fièvre se trouvait sous la dépendance du processus morbide des poumons.

M. Muntendam pense pouvoir conclure de ses observations:

1° Que la quinine administrée concurremment avec l'acétate de morphine, mais souvent aussi seule, peut dans un très grand nombre de cas prolonger la vie des phthisiques et même assez souvent guérir ceux-ci si de nouveaux dépôts tuberculeux ne viennent pas réveiller le processus morbide;

2° Qu'elle peut prolonger la vie quand le processus local n'est pas trop étendu; qu'administrée dès le début de la maladie elle peut, surtout chez les enfants, les femmes mariées et en couches, amener la guérison, si d'ailleurs les autres circonstances sont favorables;

3° Que la fréquence du pouls ne diminue pas sous l'influence de la quinine, à moins que ce ne soit plus tard, lorsque l'assimilation est déjà rétablie, ou bien lorsque le malade est en même temps atteint de fièvre intermittente;

4° Que les hypérémies ou congestions passagères vers la tête, la poitrine ou le tube intestinal, ne sont pas des contre-indications à son emploi. Dans la plupart des cas, la fièvre disparaît au bout d'un certain temps, mais elle se réveille souvent facilement; d'autres fois il y a de petites fièvres opiniâtres, qui réclament l'administration de la quinine pendant plusieurs semaines. Dans les cas aigus et dans beaucoup de cas chroniques, la toux et l'expectoration augmentent les premiers jours, ce qui est un effet indirect de la quinine, de même que la réapparition des règles; l'exsudation qui s'est faite dans les poumons, comme l'œdème ou l'hydropisie fibrineuse, reliquats des anciennes congestions, est alors expectorée sous forme d'une masse glaireuse, de nature gélatineuse, plus ou moins écumeuse, ou de sérum, en même temps que les crachats globuleux et nummulaires dans les cas chroniques;

5° Que Diett a dit avec raison que la quinine n'a qu'une action insignifiante sur les organes de la circulation;

6° Que le sulfate de quinine administré d'une manière continue et à petites doses ne détermine ni dyspnée, ni diarrhée, ni aucun autre effet nuisible;

7° Que le sulfate de quinine mérite dans beaucoup de cas de phthisie, pour ne pas dire *dans tous les cas*, d'occuper le premier rang parmi les moyens thérapeutiques à lui opposer;

8° Qu'il n'y a pas d'antagonisme entre la tuberculose pulmonaire et la fièvre intermittente.

(*Nederlansch Lancet* et *Journ. de méd. de Bruxelles.*)

CAS SINGULIER D'HYSTÉRIE.

(Extrait d'un travail de M. le docteur Smith, de Benfeld.)

Une femme, âgée de vingt-neuf ans, conduisit son mari à l'hôpital, qui, à la suite de *purpura hemorrhagica*, avait été atteint d'une épistaxis abondante et très dangereuse. La femme, en assistant aux soins qu'on donnait à son mari mourant et couché dans la cour de l'hôpital, devient pensive et triste. Son regard était irrégulier, elle ne prononçait aucune parole, mais ses lèvres en commençant à se mouvoir produisaient un aboiement imitant complétement celui d'un chien; elle balança sa tête à droite et à gauche en faisant des mouvements convulsifs avec les mains. A chaque question qu'on lui fit sur son état, elle répondait par un aboiement sans aucune parole. Cet état durait pendant trois quarts d'heure, après quoi il y avait du calme.

Questionnée sur ce qui se passait pendant l'accès, elle répondit qu'elle n'en savait rien, qu'elle ne sentait rien, et qu'elle avait eu une attaque pareille quand elle a vu pour la première fois l'épistaxis chez son mari. Lorsque son mari reprit connaissance, elle reprit sa gaieté comme si rien ne s'était passé.

M. Parosnia proposa de donner à cette maladie le nom d'*hydrophobia hysterica*; il la regarde comme très rare et même entièrement inédite. Il croit que c'est une affection véritablement nerveuse sans aucune altération matérielle.

SULFATE DE BEBÉERINE CONTRE LA DIARRHÉE.

Nous trouvons dans les journaux anglais une assertion qui, si elle était confirmée, donnerait à ce médicament une application plus étendue que celle qu'il attend encore de ses propriétés fébrifuges assez médiocres. Il s'agit, en effet, de l'emploi du sulfate de

bebéerine contre la diarrhée, et telle est son efficacité à cet égard, dit le médecin auquel nous empruntons ces détails, M. Clarence Mathews, que l'on pourrait presque le regarder comme un spécifique, tant ses effets sont rapides. J'ai vu en une demi-heure, dit-il, un malade tourmenté par la diarrhée se rétablir parfaitement. Le mode d'administration est le suivant :

Sulfate de bebéerine.	0,60
Acide sulfurique et éther rectifié, de chaque	12 gouttes
Eau distillée de cannelle.	180 grammes

Pour une potion, 30 grammes toutes les quatre heures.

Mais ce qui atténue un peu ce que dit M. Clarence Matthews des effets merveilleux de cette potion, c'est qu'il donne, en général, avant la potion, une pilule composée de 0,10 de calomel et 0,025 d'opium, et que, dans le cas de douleur très vive ou de vomissement, il fait appliquer un large sinapisme à la région épigastrique.

Néanmoins ce médicament pouvait sans doute rendre des services dans quelques cas de diarrhée et surtout de diarrhée prémonitoire du choléra. La rapidité de son action semble le recommander à l'attention des médecins. (*The Lancet* et *Bull. de thér.*)

SUR LES BRULURES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

Par M. le docteur Maschka.

L'observation que nous allons reproduire succinctement est intéressante sous le point de vue de la médecine légale et à cause des recherches auxquelles elle a donné lieu.

Obs. — D..., père d'un enfant âgé de cinq mois, maladif, maigre, sujet aux diarrhées et aux vomissements, rentrant un jour chez lui, trouva cet enfant en pleurs. Pour le calmer, il lui montra la flamme d'un foyer, s'assit en tenant l'enfant sur ses genoux, et ne tarda pas à s'endormir, laissant ouverte la petite porte du fourneau chauffé à la houille. Au bout de peu de temps, il fut réveillé par des cris; le feu avait pris au petit lit dans lequel l'enfant était enveloppé. Le père, hors de lui, saisit un vase rempli d'eau qui se trouvait sur le fourneau, et, sans s'apercevoir que cette eau était presque bouillante, il la verse sur le malheureux enfant pour éteindre le feu. Il en résulta des brûlures tellement graves que la mort eut lieu le même jour.

Une enquête judiciaire eut lieu; l'autopsie fut pratiquée, et d'après l'examen des brûlures et la présence d'ulcères dans l'estomac, on conclut à un empoisonnement par l'acide sulfurique, quoique, malgré toutes les recherches, on n'ait pu trouver aucune trace de cette substance dans la maison. L'affaire fut portée devant la Faculté de médecine. Les nouveaux experts virent aussitôt l'impossibilité d'un empoisonnement par l'acide sulfurique, car les lèvres, la bouche, le pharynx et l'œsophage étaient parfaitement intacts; quant aux ulcères de l'estomac, ils étaient le résultat d'un ramollissement de la muqueuse, état morbide qu'on aurait pu soupçonner pendant la vie. Cette simple observation suffisait pour ôter tout soupçon d'un crime. Cependant le docteur Maschka crut devoir instituer des expériences comparatives :

1° Sur la brûlure du linge par le charbon et par l'acide sulfurique;
2° Sur l'analyse chimique des parties brûlées;
3° Sur les changements qu'éprouvent les téguments dans les deux sortes de brûlures.

I. Les caractères de la brûlure par le charbon et par l'acide sulfurique sont faciles à distinguer. Dans le premier cas, le trou est entouré d'un cercle noir dont la couleur diminue peu à peu d'intensité; les bords sont secs et friables. Dans le second cas, par l'acide sulfurique, les bords sont humides; la couleur noire du bord passe peu à peu au gris. Cependant, quand on traite la pièce par l'eau, ces caractères différentiels s'effacent, et il devient alors très difficile de distinguer les deux sortes de brûlure. Le résultat de cette première comparaison est donc douteux.

II. L'analyse chimique des pièces brûlées avait signalé aux premiers experts des traces évidentes d'acide sulfurique. Les recherches de l'auteur ont montré qu'on peut, en effet, en rencontrer dans des pièces brûlées par le charbon et ensuite lavées. Cet acide est le résultat de l'action du feu sur les matières végétales et de l'eau dont on les a ensuite imprégnées.

III. Les eschares déterminées par les deux genres de brûlure offrent peu de différences; cependant celles qui sont produites par le charbon ont une surface rugueuse, inégale, bosselée, et sont ordinairement d'une couleur foncée, tandis que les eschares qui résultent de l'action de l'acide sulfurique sont lisses et de couleur claire. Quant à la présence de l'acide sulfurique, fourni par l'analyse de ces matières animales, elle s'explique de la même manière que pour les matières végétales; car on rencontra tout aussi bien cette substance dans des eschares qui avaient été produites artificiellement par le charbon.

La Faculté de Prague a donc déclaré que les blessures trouvées sur le cadavre de l'enfant avaient été produites par de véritables brûlures au deuxième degré, en raison surtout de la couleur brun rouge et de la consistance parcheminée de la peau. Ces brûlures étaient peu considérables; mais la mort s'explique par l'état habituellement maladif de l'enfant. Quant aux ulcères de l'estomac, ils n'offraient aucun des caractères des brûlures par l'acide sulfurique, mais bien ceux d'une gastromalacie avancée. (*Viert. f. de prat. Heilk.* et *Gaz. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 décembre 1854. — Présidence de M. Rostan.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Un rapport de M. le docteur Gestin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Quimper, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Ploaré;

2° Un rapport de M. le docteur Birkel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Colmar, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Souttzmatt;

3° Un rapport de M. le docteur Daniel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Beauvais, sur l'épidémie de choléra qui a régné cette année dans le département de l'Oise;

4° Les rapports faits par les médecins du département de la Haute-Saône sur l'épidémie de choléra qui a régné cette année dans ce département;

5° Cinq rapports des médecins chargés du service des épidémies, sur les épidémies qui ont régné cette année dans le département de la Somme.

Eaux minérales factices. — Le même ministre transmet des formules produites à l'appui de diverses demandes en autorisation d'exploiter des fabriques d'eaux minérales à Lyon.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Épidémie. — M. Delfrayssé (de Cahors) adresse un mémoire sur une épidémie bilioso-putride qui a régné dans le bourg de Pradines, près Cahors. (Commission des épidémies.)

Choléra. — M. Dumas, de Villegailhem (Aude), adresse quelques notes et observations relatives à l'épidémie de choléra qu'il a observée dans cette contrée. (Commission du choléra.)

— M. Coillot (de Besançon) adresse un mémoire sur le choléra, sa prophylaxie et son traitement. (Même commission.)

— M. Louis Nalauscki (de Varsovie) adresse une note sur un moyen d'empêcher le développement de l'épidémie du choléra. (Même commission.)

— M. d'Agar de Bus (d'Issoudun) adresse une nouvelle note relative à la prophylaxie du choléra.

Traitement de l'angine couenneuse. — M. Wanner fait connaître à l'Académie les bons résultats qu'il a obtenus d'un mode de traitement qu'il met en usage pour combattre l'angine couenneuse. Ce traitement consiste à faire gargariser les malades toutes les dix minutes, jusqu'à disparition des membranes, avec un gargarisme composé d'alun (4 grammes) et de gros vin (125 grammes), suivi d'un régime fortifiant. (Commissaire : M. Grisolle.)

Succédané du sulfate de quinine. — M. Chapuis, chirurgien de la marine à Saint-Pierre (Martinique), adresse, au nom de M. le docteur Amic, premier médecin en chef de la marine, et au sien, une communication relative à la découverte d'un succédané du sulfate de quinine. (Commission des succédanés du quinquina.)

Anus artificiel lombaire. — M. Burggraeve adresse une pièce anatomo-pathologique représentant un anus artificiel lombaire gauche, accompagnée d'un mémoire manuscrit. (Commissaire : M. Amussat.)

Serre-fine pour l'opération du bec-de-lièvre. — M. Apostolidès soumet à l'examen de l'Académie une serre-fine pour l'opération du bec-de-lièvre, ainsi qu'un porte éponge pour les opérations des voies aériennes et pour le tamponnement des fosses nasales. (Commissaires : MM. Velpeau, Malgaigne.)

Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis. — M. Baizeau, médecin militaire à l'armée d'Italie, adresse un mémoire sur l'influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis. (Commissaire : M. Gibert.)

Huile de foie de morue. — M. Mialhe envoie un échantillon d'huile de foie de morue de la part de M. Peter Moller, pharmacien à Christiania. (Commissaire : M. Guibourt.)

CORRESPONDANTS.

M. Lepage, pharmacien à Gisors, demande à être compris sur la liste des candidats au titre de correspondant et envoie la liste de ses travaux à l'appui de sa demande. (Commission des correspondants.)

— M. Londe, à l'occasion du procès-verbal, se plaint qu'on ait omis dans la séance publique de proclamer les noms des auteurs à qui des mentions honorables ont été accordées. Cette omission a été remarquée par un grand nombre de membres et a produit une pénible impression.

M. le président se reconnaît seul passible de ce reproche, mais il espère que cette omission aura été suffisamment réparée par la publication des noms de ces médecins dans le *Bulletin* et dans le programme imprimé de la séance.

— L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement du bureau pour l'année 1855.

Pendant que l'on procède au scrutin, M. J. Cloquet lit une note sur les sutures et présente à l'Académie un instrument de son invention qui a pour objet de faciliter le passage des aiguilles à travers les chairs.

Voici le résultat du scrutin :

Pour le président. Nombre de votants, 68; majorité, 35 :

M. Jobert (de Lamballe) obtient. . .	62 suffrages.
M. Laugier.	2 »
M. Robert..	1 »
M. Bussy...	1 »
Deux billets blancs.	

M. Jobert est proclamé président.

Pour le vice-président. Nombre de votants, 63; majorité, 32 :

M. Bussy obtient.	48 voix.
M. Renault.	8 »
M. Adelon.	6 »
M. Michel Lévy.	1 »

M. Bussy est nommé vice-président.

Pour le secrétaire annuel. Nombre de votants, 58 :

M. Depaul obtient.	41 voix.
M. Gibert.	17 »

M. Depaul est nommé secrétaire annuel.

L'Académie procède ensuite à trois scrutins successifs et individuels pour trois membres du conseil.

Sont nommés : MM. Rostan, président sortant, Bussy et Robert.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué l'extirpation de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur, affecté de nécrose, en conservant les dents correspondantes. (Voir notre Revue clinique du 2 décembre.)

M. le ministre de la guerre a fait publier l'avis suivant dans le *Moniteur* d'aujourd'hui :

Aux termes d'une décision ministérielle, en date du 23 septembre dernier, il y a lieu de mettre au concours un nombre indéterminé d'emplois de stagiaires à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaire.

On rappelle aux candidats qui sont dans l'intention de se présenter aux épreuves de ce concours que l'ouverture en est fixée comme il suit :

A Strasbourg, au 3 janvier prochain;
A Montpellier, au 17 du même mois;
A Paris, au 31 du même mois.

On rappelle également à ces candidats qu'ils devront se faire inscrire dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où ils désirent concourir, et qu'il peut leur être délivré dans ces bureaux un programme indiquant les conditions à remplir et la nature des épreuves.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— La Faculté, dans sa séance du jeudi 14 décembre, a nommé M. le docteur E. Beylard chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, en remplacement de M. le docteur Lasègue, dont le temps expire au 31 décembre 1854.

— M. Aubergier, docteur ès sciences physiques, vient d'être nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand. Chacun connaît les beaux travaux de M. Aubergier sur l'*opium indigène* et le *lactucarium*.

— La *Gazette médicale* publie les détails qui suivent sur une nouvelle substance susceptible de remplacer le quinquina dans le traitement de la fièvre :

« M. le docteur Amic, médecin en chef de la Martinique, informé qu'il existait à Saint-Martin (Martinique) un arbre dont l'écorce amère avait des vertus identiques à celles du quinquina, s'est procuré des fragments de cet arbre, et, de concert avec M. Chapuis, médecin en second de l'hôpital maritime de Saint-Pierre, il s'est livré à des expérimentations qui ont été couronnées d'un plein succès. Administrée en tisane ou en thé à des malades dont la fièvre était des plus tenaces et s'était montrée réfractaire à tous les médicaments, l'écorce de l'arbre fébrifuge de Saint-Martin a amené promptement la guérison. Traitée comme alcali végétal par les soins d'un des pharmaciens de l'hôpital maritime, elle a donné une substance qui avait toutes les vertus du sulfate de quinine.

» Ces faits, portés à la connaissance do M. le gouverneur, ont appelé son attention, et il vient d'envoyer à Saint-Martin M. le docteur Chapuis et M. Girardias, pharmacien de la marine, pour étudier l'arbre si précieux qui peut créer une concurrence au quinquina. »

— Dans sa séance du 14 décembre, la Société de médecine pratique a procédé à ses élections annuelles.

Voici la composition du bureau pour 1855 :

Président, M. Paul Dubois;
Vice-présidents, MM. Magne et Caron;
Secrétaire général, M. Foucart;
Secrétaire annuel, M. Vergne;
Secrétaire adjoint, M. Josias;
Trésorier, M. Moret.

— M. Cl. Bernard, suppléant M. Magendie, commencera son cours au Collége de France le samedi 23 décembre, à midi, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. Coste, professeur d'embryogénie comparée au Collége de France, traitera de *l'ensemble des phénomènes que les animaux présentent dans leur développement* les mardis et samedis, à une heure.

— M. Duvernoy, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collége de France, et en son absence M. Ad. Focillon, traitera *des organes et des fonctions de propagation dans les deux règnes organiques*, les mercredis et vendredis, à une heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Médecine et hygiène des Arabes. Études sur l'exercice de la médecine et de la chirurgie chez les Musulmans de l'Algérie, leurs connaissances en anatomie, histoire naturelle, pharmacie, médecine légale, etc., leurs conditions climatériques générales, leurs pratiques hygiéniques publiques et privées, leurs maladies, leurs traitements les plus usités, précédés de considérations sur l'état général de la médecine chez les principales nations mahométanes; par M. le docteur Bertherand, ancien médecin de l'hospice musulman d'Alger et de plusieurs bureaux des affaires arabes, professeur d'hygiène industrielle à l'École professionnelle du Nord, etc. Un vol. in-8° de 574 pages. Prix : 7 fr. 50 c.

Du choléra épidémique, par le docteur Léopold Durand, médecin de régiment du 2e de chasseurs à cheval. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 50 c. Cette brochure se trouve à toutes les librairies médicales.

Le Gérant, La Soutr.
Paris, — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de NOEL, le journal ne paraîtra pas mardi prochain.

Nous prions instamment nos abonnés des départements et de l'étranger dont l'abonnement expire le 31 décembre d'envoyer le prix de leur renouvellement avant cette époque en mandats de poste ou en traites sur Paris.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale. — Choléra. — Broncho-pneumonies catarrhales. — Affections diphthéritiques.

Depuis que nous avons cessé de donner régulièrement le mouvement des hôpitaux et les bulletins hebdomadaires du choléra, il ne s'est rien passé qui nous ait paru mériter d'être signalé à l'attention de nos lecteurs. Les quelques cas qui ont été observés à Paris ne nous semblent nullement justifier la crainte d'une nouvelle bouffée épidémique. Ce sont, si l'on veut bien nous passer cette expression, quelques étincelles échappées d'un foyer prêt à s'éteindre. Il suffira du reste de jeter les yeux sur les relevés que nous publions plus bas pour se convaincre que les fluctuations irrégulières et sans suite qu'on y observe, depuis les derniers jours de novembre jusqu'au milieu de décembre, n'ont aucune importance réelle, et ne sauraient être considérées comme l'indice d'une nouvelle recrudescence épidémique. Nous n'y voyons, pour nous, que quelques expressions attardées d'une influence cholérique affaiblie et déjà lointaine, qui n'a plus d'action que sur quelques organismes prédisposés.

Mais si de la supputation des chiffres nous passons à l'examen des maladies qui règnent en ce moment d'une manière plus générale et à l'étude de leurs caractères communs, nous ne pouvons nous empêcher d'y voir une preuve nouvelle que ces cas de choléra sont évidemment isolés, sans lien aucun avec les affections qui forment le fond de la constitution médicale actuelle.

Dès le mois d'octobre dernier nous avions déjà fait remarquer précisément comme un indice à peu près assuré que l'épidémie cholérique était à son déclin le retour des affections communes, non-seulement avec leur fréquence ordinaire, mais encore avec leurs caractères prédominants habituels. C'étaient alors principalement des fièvres typhoïdes d'une gravité moyenne, des varioles, des rhumatismes aigus articulaires, etc., tout autant d'affections qui suivaient désormais leur marche régulière sans être traversées ou précipitées par des complications d'affections cholériques. Si nous comparons ce qui se passe en ce moment avec l'état de choses que nous signalions alors, nous n'y voyons aucune différence sous ce rapport : même absence de tout caractère épidémique, même indépendance entre les quelques cas rares et disséminés de choléra et les affections concurremment régnantes, qui n'en éprouvent et n'en manifestent aucune espèce d'influence ; enfin mêmes motifs de penser aujourd'hui comme il y a un mois, que ces cas de choléra ne sont que des manifestations isolées, en un mot des cas sporadiques d'une affection qui nous paraît devoir désormais être comptée au nombre des maladies de nos climats.

PNEUMONIES CATARRHALES. — Mais là s'arrête la ressemblance que nous tenions à constater. Si nous tournons nos regards vers les affections actuellement régnantes, nous y trouvons, au milieu de la diversité apparente des formes, un fond commun qui semble les rattacher toutes plus ou moins à un même mode morbide, à une même influence pathogénique.

On observe en ce moment dans les hôpitaux un assez grand nombre de pneumonies qui ne présentent ni la marche, ni les caractères des pneumonies franches et purement inflammatoires, si communes à cette époque de l'année. Elles sont presque toutes plus ou moins compliquées de symptômes de bronchite, quand elles n'en ont pas été précédées, ce qui est le cas le plus habituel; de sorte que chez quelques malades on voit se succéder et se remplacer les signes stéthoscopiques de la bronchite et de la pneumonie, tandis que chez d'autres, à quelque période de la maladie qu'on les ausculte, on trouve toujours çà et là des râles muqueux, sibilants, disséminés dans toute la poitrine et mélangés, dans les points occupés par la pneumonie, avec le râle crépitant ou le souffle qui la caractérisent, suivant son degré. L'expectoration présente rarement les caractères francs des crachats pneumoniques; elle est le plus souvent constituée par d'abondantes mucosités diffluentes, à peine teintes, et quelquefois même sans aucune des nuances qui caractérisent l'expectoration de la pneumonie. La fièvre nous a paru être, en général, peu en rapport avec l'état local, tantôt plus intense, tantôt moins que ne semblerait l'indiquer l'étendue de l'inflammation pulmonaire. Cette circonstance nous paraît dépendre de ce que la fièvre n'est pas ici purement symptomatique ou réactionnelle, mais bien primitive, qu'elle a précédé et qu'elle domine et gouverne en quelque sorte la pneumonie, qui n'en est qu'une localisation secondaire. En effet, dans la plupart des cas, les malades avaient éprouvé, plusieurs jours avant l'invasion de la pneumonie, un malaise général, de la céphalalgie, de l'inappétence, des douleurs vagues de courbature dans les membres et des frissons légers, passagers et irréguliers, qui chez quelques-uns de ces malades continuent même à se manifester de temps en temps pendant toute la durée de la maladie. C'est même cette circonstance de frissons erratiques alternant avec des exacerbations fébriles irrégulières qui nous a fait trouver dans quelques cas ce défaut de rapport entre l'état fébrile général et l'état local.

Nous n'avons point observé encore ces pneumonies ni en assez grand nombre, ni depuis assez longtemps, pour dire quelle est l'influence de cette combinaison d'éléments qui entrent dans leur constitution, sur leur durée, leur marche et leur issue définitive ; et partant, nous ne serions pas en mesure d'en apprécier le degré de gravité et d'asseoir les bases de leur pronostic. Mais cette esquisse rapide, que nous avons tracée d'après un simple aperçu de quelques cas observés dans plusieurs services et dans des hôpitaux différents, est déjà suffisante pour faire pressentir que nous avons affaire là à une de ces formes de pneumonie que l'on trouve décrite dans les auteurs sous le nom de pneumonie catarrhale, et qui se rattache aux constitutions médicales de ce nom.

Nous trouverons, en effet, à compléter l'ensemble des caractères de cette constitution si des hôpitaux, où l'on n'en voit que les effets les plus accusés, nous passons à ce que l'on constate en ville, où tous les degrés, toutes les nuances intermédiaires des maladies régnantes, depuis l'indisposition la plus légère jusqu'aux expressions morbides les plus graves, s'offrent journellement à notre observation. Or voici ce que depuis un mois ou six semaines environ on voit si communément qu'il n'est certainement pas un praticien à Paris qui n'en ait dû être frappé. Indépendamment des simples rhumes si communs à cette époque de l'année, on voit un grand nombre de personnes qui présentent la série des phénomènes suivants : de la céphalalgie sus-orbitaire, un malaise général, des frissons légers, quelquefois de vagues douleurs dans les membres, de la lassitude, de l'inappétence et une vive sensation de picotement dans la gorge avec sécheresse des fosses nasales commencent la scène. Bientôt, la douleur de gorge augmentant, il survient une petite toux sèche, fatigante, quelquefois avec un peu d'oppression. Si l'on examine alors l'arrière-gorge, on voit une rougeur vive uniforme et comme érysipélateuse du voile et des piliers du palais, la luette injectée, longue et pendante, mais point d'engorgement des amygdales. L'irritation, qui ne se faisait sentir d'abord que dans le fond de la gorge, se propage en arrière et en bas et envahit bientôt le larynx. Il survient alors de la raucité de la voix et dans quelques cas une aphonie plus ou moins complète. Chez quelques personnes cette irritation des voies aériennes supérieures s'accompagne de douleurs vagues dans le cou, dans la nuque et dans les articulations temporo-maxillaires. Mais dans le plus grand nombre de cas il n'y a point de douleurs dans le larynx; les ma-

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Précis iconographique de bandages, pansements et appareils ; par le Dr GOFFRES, médecin principal des armées (1).

Précis iconographique de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale; par les Drs Cl. BERNARD, membre de l'Institut, et Ch. HUETTE (2).

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, par le Dr A.-L. NICOLAS (3).

Il n'y a pas de petites choses en pratique chirurgicale ; une opération, si bien faite soit elle, ne réussira qu'à certaines conditions, et parmi ces conditions nous plaçons en première ligne la nécessité d'un pansement bien fait, d'un appareil convenablement disposé. Ce qui ne veut pas dire cependant qu'une plaie, une blessure ne guériront que si elles sont toujours parfaitement soignées, tenues avec une exquise propreté, recouvertes et maintenues par les pièces d'appareils les mieux appropriées. Ce serait aussi une erreur que d'attribuer à cette partie accessoire une importance trop grande et qu'elle ne mérite pas. Combien de blessures, et des plus graves, n'ont-elles pas été, sur le champ de bataille, pansées tant bien que mal avec les substances les moins propres à cet objet, du foin, des feuilles, de l'herbe, qui ont guéri quand même et sans accidents graves ! Mais s'il est quelquefois de dures nécessités qu'il faut savoir subir, il n'en est pas moins vrai que, toutes les fois qu'il sera possible, le chirurgien devra entourer son blessé des précautions les plus minutieuses, et que celui-ci s'en trouvera toujours bien.

Celui qui se sera exercé à la pratique des pansements méthodiques acquerra une habileté, une adresse de main, une sûreté de coup d'œil toutes particulières, et se trouvera par là bien mieux disposé à parer, dans un cas pressant, à toutes les éventualités qui pourront survenir dans les circonstances les plus difficiles.

C'est ce qu'a compris un habile médecin militaire, M. Goffres, qui, après avoir professé pendant plusieurs années la médecine opératoire dans les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement, a voulu consigner dans un traité élémentaire et cependant complet les préceptes qu'il avait été si souvent à même de développer devant les élèves qui se destinent à la pénible et honorable profession de chirurgien des armées. C'est assez dire que l'auteur a dû tout d'abord envisager son sujet au point de vue *classique*, qu'on nous passe le mot, et que la première et la plus grande partie de son livre est consacrée à la description des bandages et appareils les plus usités et depuis longtemps pour réduire et contenir les fractures et les luxations.

Mais il n'a pas négligé non plus de signaler tout ce que présente de réellement utile la déligation chirurgicale moderne. C'est ainsi qu'il accorde une attention spéciale aux appareils simplifiés de Mayor (de Lausanne), cet *excentrique* praticien, qui, on se le rappelle, avait des éclairs de génie mêlés parfois de ce que l'on aurait pu prendre pour un petit grain de folie. De cette bizarrerie, de cette originalité nous sommes loin de nous en plaindre, car c'est à elles que nous devons sans contredit quelques-unes des plus profitables réformes du médecin suisse. Si l'on ne peut s'empêcher de sourire en songeant à la *tachytomie*, à la *taxidermie* humaine, il faut reconnaître qu'il a rendu d'immenses services au médecin de campagne, au chirurgien militaire, à tous ceux qui sont appelés à faire de la chirurgie extemporanée et en dehors des circonstances ordinaires, et qui sont si souvent obligés d'improviser à la hâte et avec des matériaux à peine convenables les appareils qui leur manquent. Combien, pour n'en citer qu'un exemple, n'a pas été utile ce triangle de toile qui, nous l'avons tous vu, se transformait de mille manières entre les mains du réformateur et remplaçait, souvent avec avantage, les bandages les plus compliqués !

Outre les conquêtes, on peut les appeler ainsi, dues à l'auteur de la *chirurgie simplifiée*, M. Goffres enregistre divers perfectionnements heureux introduits dans l'art par des praticiens du premier mérite, MM. Bégin, Gerdy, Velpeau; par le professeur Malgaigne, que nous avons eu aussi une fois l'occasion, s'il nous en souvient bien, de qualifier avec éloge, dans les colonnes supérieures de ce journal, de chirurgien excentrique, mais qui ne fait servir cette excentricité qu'à des choses véritablement utiles et ne se précipite jamais, comme quelquefois Mayor, hors des limites fixées par le bon sens et la raison.

Nous espérons bien que M. Goffres consacrera au moins un chapitre à l'exposition du nouveau système de déligation d'un habile chirurgien, M. Rigal (de Gaillac), qui depuis si longtemps nous fait attendre impatiemment le traité dont il nous a si bien exposé les principes les plus saillants à l'Hôtel-Dieu et à l'École pratique il y a quelques années. Puissent ces quelques mots à son adresse tomber sous les yeux de notre ingénieux confrère et lui rappeler que les chirurgiens de Paris ont coutume de faire bon accueil à tout ce qui sort de sa plume élégante.

Pour initier à la chirurgie des armées les élèves et les jeunes docteurs qui se destinent à la carrière militaire, M. Goffres consacre un chapitre et des dessins spéciaux à la manœuvre des caissons d'ambulance, et ne néglige aucun détail pour leur faire connaître les ressources en pansements et appareils que l'administration de la guerre met à la disposition des chirurgiens militaires pour donner aux blessés sur le champ de bataille tous les secours désirables.

Jaloux de n'attacher son nom qu'à une œuvre irréprochable et consciencieuse, M. Goffres a disposé lui-même tous les bandages, qui tous ont été dessinés sous ses yeux.

(1) Un vol. in-18, avec 60 planches gravées sur acier. — Méquignon-Marvis.
(2) Un vol. in-18, avec 113 planches gravées sur acier. — Même librairie.
(3) Un vol. in-8 de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

lades n'éprouvent avec les symptômes généraux dont il vient d'être question qu'une gêne extrême pour parler. Enfin, la trachée se prend à son tour, et bientôt succède à ces premiers phénomènes une bronchite humide, qui chez le plus grand nombre des sujets termine la scène, et qui chez quelques-uns n'est que le préliminaire de la pneumonie catarrhale dont nous venons d'esquisser les principaux traits.

A côté de cela on voit quelques malades chez qui les mêmes prodromes et les mêmes phénomènes généraux sont suivis d'accidents gastro-intestinaux : état saburral des premières voies avec douleur et sensation de tension et de gonflement dans les hypocondres, constipation alternant avec de la diarrhée dans quelques cas. Enfin, chez presque tous ces malades on observe de la rémittence dans le mouvement fébrile.

Si l'on rapproche maintenant les broncho-pneumonies observées dans les hôpitaux des catarrhes laryngo-bronchiques et des fièvres gastriques rémittentes dont on voit un plus grand nombre d'exemples dans la pratique civile, on aura réunis les traits principaux de la constitution médicale actuelle, constitution qui rappelle assez généralement celles qu'on observe dans les saisons pluvieuses, froides et humides, et qu'on pourrait particulièrement rapprocher des constitutions catarrhales de 1846 et de 1837, qui en étaient de véritables types.

Cette détermination des caractères communs aux maladies régnantes et leur rapprochement avec les constitutions médicales analogues les mieux connues sont loin d'être sans importance au point de vue pratique; on en déduit au contraire les indications principales du traitement. Ainsi les pneumonies catarrhales, qui sont la plus haute expression de cette constitution, loin de réclamer l'usage de la saignée, sont traitées avec beaucoup plus d'avantages par les évacuants éméto-catarthiques au début, ainsi que nous l'avons vu faire dans plusieurs services, et notamment par M. Andral à la Charité. Nous avons constaté également dans le service de M. Trousseau les bons effets du kermès à haute dose administré sous la forme pilulaire, à laquelle le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu donne la préférence à cause de son innocuité sur la muqueuse bucco-pharyngienne. Enfin il nous a paru que dans les cas de fièvres gastriques avec redoublements paroxystiques, le sulfate de quinine rendait des services en simplifiant la maladie et en la débarrassant d'un des éléments qui la compliquent.

Ceci n'est qu'un aperçu. Nous reviendrons sur ce sujet, qui peut donner lieu à quelques considérations utiles de médecine pratique.

AFFECTIONS DIPHTHÉRITIQUES. — Le nombre des affections diphthéritiques est considérable en ce moment. Le croup et l'angine couenneuse règnent presque d'une manière épidémique dans le faubourg Saint-Antoine.

A Sainte-Eugénie, on a déjà reçu, depuis le 1er de ce mois, sept enfants atteints de croup. Tous ont été apportés dans un état fort grave et voisin de l'asphyxie. L'opération de la trachéotomie a paru être la dernière ressource à employer; mais comme toujours, avec cette malheureuse opération, la mort en a été la conséquence. Déjà six enfants ont succombé; la septième opération date de douze jours, et l'enfant semble devoir aller bien. Le médecin, M. Barthez, a pu retirer la canule depuis deux jours, mais la respiration ne se fait que très difficilement. Si une pneumonie intercurrente ne survient pas, il est probable que cet enfant guérira, mais il est encore loin d'être hors de danger.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Mouvement des hôpitaux de Paris du 23 novembre au 15 décembre.

	Cas nouveaux.	Décès.		Cas nouveaux.	Décès.
23 novembre.	10	4	5 »	7	3
24 »	5	2	6 »	6	2
25 »	13	2	7 »	10	3
26 »	4	2	8 »	2	3
27 »	5	6	9 »	16	2
28 »	0	0	10 »	16	11
29 »	3	3	11 »	11	5
30 »	1	3	12 »	12	5
1er décembre.	3	3	13 »	7	7
2 »	4	6	14 »	5	3
3 »	2	2	15 »	4	3
4 »	2	0	Total. . .	148	80

Décès en ville du 17 novembre au 13 décembre.

Novembre :	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	1	1	2	3	1	4	4	1	2	2	0	3	1	2

Décembre :	1er	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	0	0	2	1	0	4	2	0	12	4	13	7	8

On peut voir, en rapprochant la moyenne du dernier relevé de celle de la quinzaine qui a précédé, qu'il y a une légère augmentation; la moyenne des cas nouveaux du 9 novembre au 22 était de 4 1/2 environ, tandis qu'elle est de 6 du 23 novembre au 15 décembre. Nous ferons remarquer toutefois que cette augmentation n'est ni assez constante, ni assez soutenue pour qu'il y ait lieu de rien modifier à l'interprétation que nous en avons donnée.

Voici la situation générale des hôpitaux au 20 décembre :

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,931
Sorties.	3,198	6,816
Décès.	3,618	
Restant en traitement.		115

Cancroïde de la langue. — Division de la lèvre et du maxillaire inférieur sur la ligne médiane. — Amputation partielle de la langue.

Dophin (Joachim), âgé de cinquante-sept ans, entra le 30 octobre 1854 à la Pitié pour une tumeur de la langue, dont il faisait remonter la première apparition à treize mois. La tuméfaction occupait la moitié latérale droite de la langue, dont une partie était déjà détruite par l'ulcération. Pendant deux mois ce malade, qui accusait d'ailleurs des antécédents syphilitiques, fut soumis à un traitement ioduré, sans qu'il en résultât aucune amélioration.

L'ulcération s'étendait vers la base de la langue; le malade était épuisé par cette source incessante d'empoisonnement, la parole et la déglutition devenaient de plus en plus difficiles. L'opération dut être pratiquée; elle fut exécutée le 7 décembre, en suivant le procédé proposé par M. Sédillot. Ce procédé permet en effet au doigt et à l'œil du chirurgien d'aller aussi loin qu'il le désire et d'agir avec sûreté.

M. Maisonneuve, ayant divisé la lèvre inférieure sur la ligne médiane, passa, à l'aide d'une aiguille courbe, une scie à chaîne derrière la symphyse du menton, et fit la section de l'os en ce point. Détruisant alors avec le bistouri et avec le doigt les adhérences de la langue et du plancher de la bouche à la partie antérieure, il put écarter assez les deux branches de l'os maxillaire pour mettre la langue à découvert, la saisir avec des pinces-érignes et la maintenir au dehors de la bouche.

Cette nouvelle position de l'organe permit au chirurgien d'agir librement, de limiter exactement l'étendue du mal et d'en opérer l'ablation avec une facilité et une sûreté que n'offre pas l'amputation par les voies naturelles ou par la région sus-hyoïdienne.

D'un coup de ciseaux près de la ligne médiane, M. Maisonneuve cerna en dedans la tumeur, puis en acheva rapidement la dissection en dehors, liant successivement les artères qui donnaient du sang. Une ligature passée autour de la base de la tumeur permit d'en terminer d'un seul coup l'excision.

Après avoir constaté que les tissus voisins étaient parfaitement sains, M. Maisonneuve rapprocha les deux branches de la mâchoire au contact et les y maintint à l'aide d'anses de fil passées dans les dents d'un côté à l'autre. Les parties molles furent aussitôt réunies à l'aide de points de suture, et l'on prit soin de ménager à la partie inférieure de la plaie un petit orifice pour l'écoulement des liquides. Enfin, une fronde assura l'immobilité de l'os.

Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Analyse clinique des symptômes de l'ophthalmie pseudo-membraneuse.

Un des premiers phénomènes qui signalent le début de l'ophthalmie pseudo-membraneuse, c'est la tuméfaction des paupières. Cette tuméfaction, d'abord légère, devient bientôt considérable, et nous avons vu dans quelques cas les voiles palpébraux démesurément gonflés acquérir le volume et présenter l'apparence de grosses noix.

Cette augmentation de volume des paupières ne tient pas seulement à l'intensité de l'inflammation, elle résulte surtout, quand elle est considérable, de l'œdème du tissu cellulaire sous-muqueux. Dans les deux tiers environ des cas l'infiltration n'existe pas, ou n'est qu'à peine sensible. Chez un tiers des sujets, cet œdème est un des symptômes locaux les plus frappants; alors la paupière supérieure, fortement soulevée, forme une tumeur volumineuse, tandis que le bord palpébral, qui ne peut, à cause de la résistance du cartilage tarse, se prêter à la dilatation, s'applique fortement sur le globe oculaire et retient les produits de la sécrétion muqueuse au-dessous des parties tuméfiées.

Une conséquence remarquable du fait que nous venons de signaler, c'est que les paupières, au lieu de se fermer par le simple rapprochement de leur bord libre, arrivent au contact l'une de l'autre par une portion plus ou moins étendue de leur surface externe. Ce mode particulier d'occlusion permit donc de considérer aux paupières une fente palpébrale superficielle formée par l'accolement de la partie moyenne des surfaces cutanées et une face palpébrale profonde constituée par le rapprochement des bords libres, qui, de cette manière, se trouvent renversés en dedans. L'adossement anomal des paupières que nous venons de décrire permet aux produits de sécrétion de s'accumuler non-seulement dans les espèces de poches formées sur la muqueuse palpébrale, mais encore dans la nouvelle cavité à laquelle donne lieu l'adossement des paupières. Lors donc qu'on essaie d'ouvrir les paupières ainsi boursouflées et adossées, le premier effet de cette tentative est de donner issue au pus contenu dans ce que nous appellerons le vestibule extéro-palpébral; ce n'est que lorsqu'on aura pu saisir les bords libres et les éloigner l'un de l'autre à l'aide des instruments appropriés qu'on obtiendra le libre écoulement de la matière liquide accumulée sous la muqueuse de chaque paupière.

Indépendamment de la tuméfaction, soit œdémateuse, soit purement inflammatoire, dont elles sont le siége, les paupières présentent souvent encore, et simultanément, une coloration plus ou

---

A en juger par les planches des trois premières livraisons qui sont sous nos yeux, cet ouvrage fera le digne pendant et sera le complément nécessaire du *Traité de médecine opératoire* publié par le même éditeur, et dont nous dirons deux mots avant de terminer cet article.

Le *Précis de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale* de MM. Bernard et Huette, dont des circonstances indépendantes de la volonté de l'éditeur avaient ralenti la publication, est enfin terminé depuis plusieurs mois, et l'on peut aujourd'hui porter sur ce livre un jugement définitif qu'il n'avait pas encore été possible formuler.

On le sait, ce qu'ont voulu les auteurs, ç'a été de réunir dans un même ouvrage, dans un même cadre, et l'histoire des opérations si multipliées qui peuvent être pratiquées sur le corps de l'homme, et la description des organes, des appareils sur lesquels on les pratique; des régions qui sont intéressées par l'instrument du chirurgien. Mais, car jusque-là le plan n'avait rien de bien neuf, ils ont essayé de remplacer la froide et trop souvent obscure et inintelligible description des procédés opératoires par une série de planches animées et vivantes, sur lesquelles se trouve représentée dans tous leurs temps et avec la plus grande exactitude chacune des opérations dont l'ensemble constitue la partie instrumentale et mécanique de la chirurgie. Ce qu'ils ont fait pour la chirurgie proprement dite, à bien plus forte raison devaient-ils le faire pour l'anatomie, à laquelle ils ont donné une large place, en raison de son importance; et dans une suite complète de préparations soigneusement exécutées et fidèlement rendues par le dessin, ils ont reproduit la disposition topographique des diverses régions du corps, tant superficielles que profondes, accessibles à l'instrument.

De plus, car là n'était que la moitié de la tâche qu'ils s'étaient proposée, les auteurs, dans un texte suffisamment étendu, mais aussi concis que possible, ont cherché à donner une explication claire de chaque figure, en élaguant une foule de détails inutiles, mais sans rien omettre d'important.

Le livre est aujourd'hui complet, avons-nous dit, et l'on peut porter sur lui un jugement définitif. Nous ne craignons pas d'être taxé d'exagération en disant qu'auteurs et éditeur ont tenu tout ce qu'ils avaient promis, plus même; car il n'est pas jusqu'à l'arsenal chirurgical le plus complet qui n'ait trouvé sa place au commencement du volume. Comme complément indispensable, vingt-cinq planches numérotées à part sont consacrées à la représentation des instruments les plus usités, et réduits dans des proportions mathématiques d'après les derniers modèles de M. Charrière. Ces planches fixeront le praticien dans le choix des instruments rigoureusement nécessaires pour toutes les opérations chirurgicales.

Ce livre a sa place marquée sur la table de tous les élèves comme dans la bibliothèque de tous les praticiens, surtout des chirurgiens de province, qui n'ont pas la facilité, comme ceux des grandes villes, à la veille d'une opération de quelque importance, de revoir sur le cadavre même, le meilleur des maîtres, les parties sur lesquelles ils doivent agir.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique.

Nous n'aimons guère les livres de médecine faits à l'usage des gens du monde. Cependant, nous consentirions volontiers à faire une exception en faveur des traités d'hygiène; car, à vrai dire, l'hygiène n'est pas de la médecine; c'est une science toute de sens commun, fondée sur des observations que les médecins, en raison de leurs études spéciales et de la connaissance qu'ils ont de l'action des agents extérieurs sur l'organisme, sont mieux à même que tous autres de recueillir et de coordonner, mais que tout homme intelligent et instruit comprendra sans peine, et dont il mettra en usage avec profit les utiles enseignements.

Pour avoir lu attentivement et médité un traité d'hygiène, un homme du monde ne se croira pas médecin; il saura seulement prendre, dans l'intérêt de sa santé et quelquefois dans l'intérêt de la santé de ceux qui l'entourent des mesures que le médecin lui aura suggérées, et dont il ne se fût pas avisé lui-même. Au contraire, la lecture d'un traité de pathologie ou de thérapeutique donne lieu, chez des individus même doués d'une belle intelligence, à ce singulier travers, qu'ils se croient aussi savants que ceux qui ont passé vingt ou trente années de leur vie à étudier la science de l'homme.

Après cette déclaration, on ne nous suspectera pas de partialité. Qu'il nous soit donc permis de recommander d'une manière toute particulière le petit volume de M. Nicolas, dans lequel notre honorable confrère a consigné d'une manière brève, mais toujours juste et précise, les préceptes les plus élémentaires et les plus usuels d'une hygiène bien entendue. Nous promettons à ceux qui le liront qu'ils ne regretteront pas les heures consacrées à ce délassement.

Dr A. FOUCART.

Il résulte d'un relevé statistique qui s'arrête au 13 décembre dernier que le nombre des communes qui ont été atteintes par le choléra s'élève à 4,893, et que la mortalité cholérique pour toute la France était à cette époque de 125,725.

moins vive de leur surface cutanée. Quelquefois pâles, elles sont le plus souvent teintes d'une rougeur diffuse qui dans les cas graves se fonce davantage et devient violacée. D'autres fois ce sont des lignes rougeâtres, des stries violettes disséminées sur la peau des paupières. Ces lignes et ces stries de couleurs diverses suivent toujours une direction transversale, parallèle d'ailleurs aux sillons plus ou moins profonds que présente la surface externe des voiles palpébraux tuméfiés. L'état des cils mérite d'être pris en sérieuse considération dans l'ophthalmie pseudo-membraneuse et les détails dans lesquels nous allons entrer montreront la part qu'il faut leur attribuer dans la persistance de cette maladie et dans la production des accidents susceptibles de compromettre l'organe de la vision.

De l'adossement des paupières par leur surface externe résulte, avons-nous dit, le renversement en dedans des bords libres. Or, cet entropion ne peut avoir lieu sans que les cils dont sont pourvus les bords palpébraux, dirigés qu'ils sont vers le globe oculaire, n'en irritent plus ou moins fortement la surface, et ne contribuent pour une large part à exagérer les sécrétions de diverses natures dont la muqueuse oculaire est déjà le siége.

Quand les bords ciliaires, baignés par des mucosités purulentes, se trouvent au contact de l'air, ces matières liquides se concrètent, et convertissent les cils en autant de poils durs, rigides, dirigés vers la surface oculaire. On peut prévoir sans peine que si le chirurgien ne s'attache pas dès le principe à débarrasser les bords ciliaires des matières concrètes qui s'y produisent, il y aura dans cette transformation des cils en brosses rudes et piquantes une cause d'irritation continue.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, indiquons les états divers sous lesquels se sont présentés les cils chez le plus grand nombre de nos petits malades.

Dans l'immense majorité des cas, les cils, avons-nous dit, sont déviés de leur direction normale; au lieu de se porter horizontalement en dehors en s'adossant par leur convexité, comme dans l'état sain, ils affectent, en raison de l'entropion qui existe souvent à un degré plus ou moins prononcé, une direction opposée; en d'autres termes, ils pointent vers la surface du globe oculaire.

Outre cette déviation générale de la rangée ciliaire, il existe une déviation relative des cils entre eux. Leur parallélisme est détruit: les uns se portent vers l'angle interne de l'œil; les autres, en plus petit nombre, vers l'angle externe. Habituellement on les voit former des pinceaux triangulaires, dont la base est au bord libre palpébral; le bord ciliaire des paupières participe lui-même à l'inflammation générale, et cela par suite de la rigidité acquise des cils, qui deviennent ainsi agents d'irritation.

De cette disposition que présentent les mucosités purulentes à se concréter résulte pour les petits malades une agglutination du bord palpébral, agglutination dont on ne triomphe souvent que difficilement.

L'état de la conjonctive offre aussi des phénomènes importants à considérer, parmi lesquels nous devons mentionner l'injection. Limitée aux paupières dans la grande majorité des cas, cette injection peut présenter des degrés d'intensité très variables, depuis la rougeur légère jusqu'au rouge brique le plus foncé. Tantôt cette rougeur est uniforme, tantôt elle consiste en de simples arborisations résultant de l'injection du réseau vasculaire sous-muqueux.

Quand l'injection est très intense, elle s'étend de la conjonctive palpébrale à la conjonctive oculaire, et les vaisseaux se dessinent alors en rouge plus ou moins foncé sur le blanc de la sclérotique. Souvent cependant cette dernière ne présente qu'une teinte rose parfaitement uniforme.

Tous les auteurs ont noté la tendance de la conjonctive enflammée à devenir saignante dans l'ophthalmie des nouveau-nés. Nous avons plusieurs fois aussi noté l'existence de ce phénomène; le moindre contact détermine alors chez les petits malades un suintement de sang pur ou de sérosité sanguinolente. L'ablation des pseudo-membranes en particulier donnait lieu presque immanquablement à ces sortes d'hémorrhagies.

La conjonctivite, dont témoigne l'injection de la muqueuse oculo-palpébrale, revêt souvent la forme granuleuse. La face interne des paupières présente alors, comme nous l'avons vu plusieurs fois, une apparence charnue qui rappelle assez bien l'aspect du velours grenat. La muqueuse est évidemment alors épaissie, d'un rouge foncé, presque sombre, et hérissée de granulations végétantes et comme tomenteuses.

La conjonctive peut être encore, dans l'ophthalmie pseudo-membraneuse, le siége d'un autre accident signalé par tous les auteurs et connu sous le nom de chémosis: le chémosis séreux, le chémosis sanguin et le chémosis phlegmoneux.

La première forme, qui est constituée par l'infiltration d'une certaine quantité de sérosité dans le tissu cellulaire sous-conjonctival (chémosis séreux), est la plus commune de toutes. C'est celle que nous avons notée chez le plus grand nombre de nos sujets. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'infiltration est bornée au tissu cellulaire qui unit la conjonctive aux paupières; tantôt elle gagne celui qui unit la conjonctive à la sclérotique. Dans ce dernier cas, un bourrelet plus ou moins saillant se forme à la circonférence de la cornée, qui occupe alors le fond d'une cavité circonscrite par le boursoufflement circulaire de la conjonctive.

Nous avons noté deux fois l'existence d'un chémosis sanguin, c'est-à-dire d'une infiltration de sang dans les mailles du tissu cellulaire sous-conjonctival. Nous n'avons jamais observé la variété décrite par M. Sichel sous le nom de chémosis plegmoneux. On sait que cet auteur appelle ainsi le chémosis produit, non plus par l'infiltration séreuse du tissu sous-muqueux, mais par un gonflement inflammatoire énorme de la membrane muqueuse.

Les produits de la sécrétion conjonctivale dans l'ophthalmie pseudo-membraneuse sont très nombreux et très variés, comme on le verra par les détails suivants:

Au début de l'affection, la sécrétion est généralement constituée par un mucus plus ou moins abondant. Si un traitement bien dirigé arrête la marche de l'ophthalmie, l'écoulement reste purement muqueux jusqu'à la fin de la maladie.

Le plus souvent, cependant, les mucosités sécrétées par la surface conjonctivale deviennent rapidement puriformes, et l'examen fait reconnaître dans les produits de la sécrétion tantôt un mélange intime du pus et du mucus, tantôt des stries purulentes disséminées sur un mucus transparent.

Si les progrès du mal continuent, l'écoulement conjonctival devient plus abondant et moins consistant; il prend toutes les apparences de la sérosité et acquiert une teinte jaune citrin transparente très remarquable. Nous avons noté l'existence de l'écoulement citrin chez la grande majorité de nos petits malades.

Enfin, à une période plus avancée de l'affection, la sécrétion muqueuse revêt tous les caractères du pus. Sa quantité, sa couleur et sa consistance varient. Mais dans le plus grand nombre des cas le pus se présente sous l'aspect d'un liquide épais, très consistant, jaunâtre ou jaune verdâtre, et parfois très adhérent aux surfaces avec lesquelles il est en contact.

C'est surtout lorsqu'on écarte les paupières que le pus s'échappe sous forme d'une nappe qui coule sur les joues, nappe si épaisse qu'elle ne permet pas d'abord de distinguer les parties constituantes du globe oculaire.

La quantité du liquide est loin d'être toujours aussi considérable qu'on l'observe dans ces cas; quelquefois elle est peu abondante, et le pus lui-même est souvent moins épais, moins consistant. Sous l'influence de la douche, il subit surtout une modification rapide dans ses divers caractères; il passe à l'état de muco-pus, puis de mucus et finit bientôt par se tarir complétement.

La pseudo-membrane s'est présentée à notre observation avec des caractères très différents chez nos divers sujets.

Ces différences ont porté sur son épaisseur, sa consistance, son siége, le degré d'adhérence plus ou moins intime qu'elle présentait avec la muqueuse, l'état que présentait cette muqueuse après l'ablation de la pseudo-membrane, et enfin la durée de sa reproduction.

Tantôt la pseudo-membrane s'offre avec l'apparence d'une toile extrêmement fine, tout à fait transparente, permettant de distinguer nettement l'état des organes qu'elle tapisse, tantôt sous l'aspect d'une membrane opaque, épaisse de plusieurs millimètres, blanchâtre, floconneuse, exactement semblable à la production morbide caractéristique du croup et de l'angine couenneuse. On se représentera sans peine toutes les nuances qui séparent ces deux limites extrêmes.

La consistance n'est pas moins variable que l'épaisseur. Ces deux caractères nous ont paru être en proportion directe l'un de l'autre, c'est-à-dire qu'une très faible épaisseur accompagne habituellement un faible degré de consistance et une épaisseur considérable une cohérence très prononcée de la pseudo-membrane. Dans le premier cas, la pseudo-membrane, saisie avec des pinces, s'en va par lambeaux; dans le second, on peut l'enlever presque entière, soit avec l'instrument, soit avec la douche. Cette règle souffre cependant des exceptions, car quelquefois des fausses membranes très fines résistent assez bien aux tiraillements qu'on peut exercer sur elles, tandis que d'autres très épaisses se laissent déchirer avec la plus grande facilité.

Le siége de la pseudo-membrane n'est pas toujours et uniformément le même, ainsi qu'on pourrait le croire: tantôt elle tapisse la totalité de la surface muqueuse oculo-palpébrale, tantôt elle n'occupe qu'un des points de cette surface. Dans ce dernier cas, elle siége principalement sur l'une des conjonctives palpébrales ou sur les deux en même temps; d'autres fois on ne la trouve que sur la muqueuse oculaire, et alors elle ne se borne pas à doubler la conjonctive scléroticale, elle s'avance encore sur la cornée, qu'elle peut voiler tout entière.

Le degré d'adhérence de la fausse membrane avec ces parties a été très différent chez les divers sujets et nous a semblé être en proportion directe de son peu d'épaisseur. Une pseudo-membrane très fine est généralement très adhérente; au fur et à mesure qu'elle acquiert de l'épaisseur et de la consistance, elle tend à se détacher, et ce décollement a lieu avec une assez grande facilité sous l'influence de la douche, quand il ne s'est pas déjà opéré spontanément. Quelquefois l'adhérence de la pseudo-membrane n'est intime qu'en deux ou trois points de son étendue, et alors son ablation offre rarement quelques difficultés.

La muqueuse dont on vient de séparer une pseudo-membrane n'apparaît pas toujours avec les mêmes caractères: tantôt la conjonctive est pâle, exempte d'altération évidente; d'autres fois injectée, le plus souvent rouge, épaissie et dans certains cas granuleuse. Si l'adhérence était intime, la séparation de la pseudo-membrane donne lieu à un écoulement sanguinolent ou sanguin plus ou moins abondant, suivant les efforts qu'il a fallu employer pour la détacher et souvent aussi le degré d'injection de la conjonctive.

Nous n'avons plus qu'un mot à ajouter sur ce qui concerne les caractères de la pseudo-membrane: nous voulons parler de sa tendance plus ou moins grande à se reproduire sur les parties d'où elle a été détachée. Cette tendance est quelquefois si manifeste qu'il suffit de quelques minutes pour reconnaître l'existence d'une nouvelle pseudo-membrane dans les points mêmes d'où la première vient d'être détachée.

C'est peut-être surtout au début de la disposition morbide qui donne lieu à la production pseudo-membraneuse qu'on observe ce phénomène, alors surtout que la pseudo-membrane est encore fine, transparente et qu'elle adhère fortement à la conjonctive. A voir la rapidité avec laquelle la reproduction se fait en certains cas, on dirait que la sécrétion morbide a reçu de la douche une nouvelle impulsion; mais il est rare après l'emploi plusieurs fois répété de ce moyen qu'on ne parvienne pas à supprimer complétement la modification pathologique particulière en vertu de laquelle la fausse membrane est sécrétée. Comme l'existence de cette sécrétion citrine est la condition *sine quâ non* de la production des pseudo-membranes, nous avions pensé que la période de déposition des produits pseudo-membraneux était limitée à un espace de quelques jours. C'est en effet ce qui a constamment lieu quand on emploie le traitement par les douches. Mais nous avons acquis la preuve certaine qu'en l'absence du traitement convenable la sécrétion citrine peut se continuer avec une tendance décroissante, il est vrai, pendant l'espace de près d'un mois et avec elle le renouvellement non interrompu des pseudo-membranes.

Chez la moitié de nos malades environ la cornée est restée parfaitement intacte. Chez l'autre moitié, elle a présenté les diverses lésions que nous allons mentionner.

La plus fréquente de toutes est sans contredit l'altération de la transparence de la cornée par un épanchement de lymphe coagulable entre les lames de cette membrane. Tous les degrés qui séparent l'opacité complète du trouble le plus léger sont alors observés. Souvent la cornée ne fait que perdre son éclat, son brillant, sans que pour cela sa transparence soit compromise. Mais si la maladie fait de nouveaux progrès, la membrane se couvre d'un nuage qui, à mesure qu'il s'épaissit, intercepte de plus en plus les rayons lumineux. Quand il y a opacité complète, la faculté visuelle est complétement perdue dans l'œil affecté, à moins que l'épanchement, comme il arrive dans certains cas, n'occupe pas toute l'étendue de la cornée.

Coïncidemment avec les opacités de la cornée, on voit quelquefois se former des ulcérations sur cette membrane. Nous ne les avons notées que dans un petit nombre de cas. Elles présentent parfois la forme ombiliquée.

Le ramollissement nous paraît plus fréquent que les ulcères de la cornée, sans être toutefois très commun. Nous ne l'avons observé que sept fois. Il s'accompagne dans tous les cas de trouble ou d'opacité. Chez un de nos petits malades, le ramollissement a été porté jusqu'à la perforation.

Une fois seulement nous avons noté l'existence d'un staphylôme opaque à la partie inférieure de la cornée.

Une fois seulement aussi nous avons eu l'occasion d'observer un de ces abcès interstitiels décrits avec soin par M. Heyfelder.

Beaucoup plus rares que les altérations de la cornée, les altérations de l'iris n'en sont pas moins dignes de fixer notre attention.

Nous avons observé plusieurs fois la décoloration de l'iris, rarement la dilatation de la pupille, beaucoup plus souvent le resserrement de cette membrane. Chez celui de nos malades qui a présenté un staphylôme de la cornée, nous avons vu l'iris contracter des adhérences en avant et en bas avec sa partie postérieure.

Symptômes généraux. — Nous terminerons l'étude des caractères de la maladie par un exposé succinct des symptômes généraux.

Si dans un certain nombre de cas l'ophthalmie diphthéritique des nouveau-nés ne paraît exercer aucune influence fâcheuse sur l'état général des malades, il est loin d'en être toujours ainsi.

Dans la grande majorité des cas, en même temps que les enfants sont atteints d'ophthalmie, ils deviennent tristes et criards.

Ils ont de l'agitation, de l'insomnie, ou plutôt leur sommeil est fréquemment interrompu.

Les fonctions digestives sont plus ou moins troublées. La langue est blanche, l'appétit diminué; les enfants ne prennent plus le sein avec la même ardeur; ils s'arrêtent pour pousser des cris. La diarrhée survient et revêt bientôt le caractère colliquatif si l'on n'oppose pas une thérapeutique efficace aux progrès de l'ophthalmie.

Le premier effet de la diarrhée est de produire de l'amaigrissement. En même temps la peau et celle des muqueuses qui sont accessibles à la vue se décolorent et prennent une teinte terne particulière. Les chairs deviennent flasques, le visage se ride, les joues et les yeux se creusent, et les petits malades arrivent peu à peu au dernier degré du marasme et de l'anémie.

Toutefois le développement des symptômes que nous venons d'énumérer peut être très rapidement entravé par le traitement que nous avons institué contre l'ophthalmie pseudo-membraneuse. Sous l'influence de ce traitement, on voit les fonctions intestinales se rétablir, la langue se nettoyer, l'appétit renaître, les enfants recouvrer leur fraîcheur, leur embonpoint; en un mot, une réaction des plus favorables s'opérer sur la constitution.

EXPÉRIENCES

relatives à la manière dont se fait l'endosmose à travers la peau des anguilles et des grenouilles.

M. Cl. Bernard a entrepris des expériences dans le but de con-

naître les conditions qui font que certains animaux vivent dans l'eau salée, tandis que d'autres ne peuvent pas y vivre. Ces conditions se rapportent à certains faits d'endosmose.

Lorsqu'on fait des expériences endosmométriques, en se servant d'une peau d'anguille pour séparer de l'eau d'avec une solution de sel marin (contenant 3 p. 100 de sel), il y a endosmose de la solution de sel vers l'eau. Mais les choses se passent d'une manière différente, selon que l'on oppose à l'un des deux liquides l'une ou l'autre face de la peau d'anguille. L'endosmose se fait très facilement de dedans en dehors et très difficilement de dehors en dedans.

Lorsqu'on répète les mêmes expériences sur des grenouilles, on n'observe pas le même phénomène; l'endosmose se fait aussi bien par une surface que par l'autre. On peut rendre la peau des anguilles indifférente et semblable sous ce rapport à celle des grenouilles, en enlevant la couche de mucus qui la revêt et qui empêche le sel de pénétrer par la face externe. Cette propriété de la peau des anguilles peut expliquer comment il se fait que ces animaux vivent dans l'eau salée, tandis que les grenouilles y périssent promptement. (*Société de biologie.*)

CAS DE PERFORATION TRANSVERSALE DE LA POITRINE PAR UN ÉCHALAS. — GUÉRISON.

Par M. Lassaigne.

Le cas suivant peut sans contredit figurer parmi les plus extraordinaires que possède la science.

Le 3 juillet dernier, un jeune soldat du 21e de ligne, nommé Soulan, était monté sur un cerisier, lorsque la branche sur laquelle reposaient ses pieds se brisant, ce malheureux fait une chute de 4 mètres de hauteur, le corps horizontalement placé. La chute eut lieu au milieu d'une vigne hérissée de toutes parts de forts échalas de 1 mètre 70 centimètres à 2 mètres de hauteur sur 5 ou 6 centimètres de large, et parfaitement effilés à leurs deux extrémités, dont l'une est assez profondément fixée dans le sol pour lui donner de la solidité. C'est sur un de ces échalas que Soulan s'est *littéralement embroché*. Les camarades du blessé s'empressèrent d'aller chercher du secours au fort de Blaye, distant de 3 kilomètres du lieu de l'accident.

Une heure et demie s'était écoulée quand M. le docteur Bax, qu'on avait appelé, fut rendu auprès du blessé. M. Bax le trouva accroupi, demi-assis, la tête penchée en avant, les jambes fléchies, et la poitrine diamétralement traversée par un échalas, dont la pointe était entrée dans l'espace intercostal formé par la 7e et la 8e côte gauches, à quatre ou cinq travers de doigt environ au-dessous du sein et un peu en arrière, et sortie entre la 4e et la 5e du côté droit, en arrière du bras et à l'angle postérieur du triangle sous-axillaire. Cette pointe faisait saillie en dehors du corps de 50 centimètres environ.

L'état général n'était pas en rapport avec les désordres que l'on devait attendre d'une pareille lésion. Soulan conservait toute sa connaissance, ne se plaignait que de la tête; sa voix était naturelle, absence de toux; la respiration et la circulation se faisaient sans trouble trop apparent; aucun indice d'épanchement interne ni d'hémorrhagie au dehors. Le chirurgien, n'ayant sous la main aucun des objets nécessaires au pansement et redoutant une hémorrhagie après l'extraction du corps étranger, se décida à faire immédiatement transporter le blessé à l'hôpital de Blaye; il se contenta seulement de faire scier par un menuisier des environs les deux extrémités de l'échalas, en laissant toutefois à l'extrémité gauche une portion de bois suffisante pour en faire l'extraction.

Le transport du blessé eut lieu sans accident jusqu'à l'hospice de Blaye : là seulement on procéda à l'extraction du corps étranger, qui eut lieu sans difficulté. Une portion de la chemise du malade, formant une gaîne de 8 centimètres environ, avait été entraînée par le corps étranger et en favorisa l'issue; il n'y eut d'autre phénomène qu'un bruissement produit par l'introduction de l'air dans la poitrine. On rapprocha les bords des plaies et on les réunit avec des bandelettes agglutinatives et un bandage de corps.

Quelques accidents inflammatoires exigèrent cinq saignées en trois jours et l'emploi de quelques autres moyens thérapeutiques.

Le 6, la plaie du côté gauche paraissait se cicatriser par première intention; le 9, celle du côté droit n'avait presque pas suppuré, et le 25 le malade était en pleine convalescence. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 novembre 1854. — Présidence de M. P. Dubois.

A l'occasion du procès-verbal, et comme rectification de celui de la séance du 5 octobre, M. Vergne fait remarquer que les observations qu'il a présentées relativement à la non-contagion du choléra résultent de ce qu'il a été à même de remarquer dans le département de la Haute-Marne, et plus particulièrement à Chaumont et dans quelques communes environnantes.

— La correspondance comprend un numéro du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Perte de la vue chez un cholérique. — M. Pertus rapporte l'observation d'un malade qui à la suite d'un choléra grave a été affecté d'une ophthalmie, laquelle a entraîné la perte de l'œil, et prie M. Courssérant d'examiner le malade et de lui donner son avis.

M. Courssérant, après un examen attentif, se croit autorisé à penser que l'œil droit est frappé depuis longtemps d'une faiblesse très prononcée, car il existe au centre de la cornée une tache assez épaisse; et d'ailleurs les mouvements des doigts sont difficiles à apercevoir.

Quant à l'œil gauche, il ne présente aucune altération appréciable; la pupille est considérablement dilatée, circonstance qui ne laisse pas que d'aggraver le pronostic. Pour se prononcer sur cette question, il conviendrait, dit-il, d'examiner l'organe avec l'ophthalmoscope, afin de déterminer s'il existe quelques altérations particulières dans le tissu rétinien ou dans ses annexes.

M. Masson n'est pas convaincu que dans ce fait la cécité ait été la conséquence de l'affection cholérique; il serait tout aussi porté à croire qu'il y a eu simple coïncidence.

M. P. Dubois. Dans sa communication, M. Pertus avait l'intention de faire ressortir la coïncidence d'une cécité consécutive au choléra. Les altérations graves de cette nature sont rares, il est vrai, mais avant que d'admettre ou de nier le fait, il conviendrait de préciser s'il existe un rapport direct de cause à effet, c'est-à-dire de déterminer si la cécité est bien primitive ou simplement consécutive. On ne peut se refuser à admettre que dans le choléra, à une certaine époque de la maladie, il se fait des congestions passives et actives de certains organes et de certains appareils, et que l'appareil cérébral, en particulier, est souvent le terme de la maladie. Il importe donc de spécifier si l'altération de la vue s'est produite sous l'influence d'une cause analogue.

M. Pertus ajoute qu'en effet la maladie cholérique a présenté un appareil symptomatique des plus graves, mais qu'il ne s'est néanmoins manifesté aucune réaction congestionnelle bien positive.

— M. Duhamel tient à rendre compte à la Société du malade intéressant sur lequel il a, dans la dernière séance, appelé l'attention de ses collègues, malade qui a présenté une de ces diarrhées opiniâtres et abondantes dont il a été assez heureux pour triompher. Aujourd'hui le malade va beaucoup mieux et est en voie bien prononcée de convalescence.

— M. Caron profite de cette circonstance pour annoncer de son côté que le malade qui a présenté des rapports si frappants avec celui de M. Duhamel est également complétement rétabli.

Ouverture spontanée d'un kyste dans l'intestin. — M. Masson. Dans les premiers jours de cette année, j'ai été mandé auprès d'une jeune personne âgée de vingt-deux ans, sur laquelle je constatai l'existence d'un kyste séreux d'un volume considérable, s'étendant de la base de la poitrine à l'ombilic, et occupant transversalement l'espace compris entre la base du foie et la rate. Le mal s'était montré pour la première fois il y a cinq ans, et avait résisté aux traitements les plus énergiques. Je me contentai de combattre d'abord par le vin de quinquina et le fer réduit la dyspepsie et l'état chlorotique. J'essayai même de quelques applications externes. Mais la tumeur augmentant rapidement de volume, il survint des nausées, des syncopes et des douleurs atroces, que je pouvais à peine calmer à l'aide de bains et de préparations opiacées. Je déclarai alors que je ne connaissais que deux moyens de guérison possibles : l'un, dont la nature ferait tous les frais, l'ouverture spontanée du kyste dans l'intestin, terminaison très rare, et dont je n'avais vu qu'un exemple, il y a quelques années, chez une dame choriste au théâtre du Palais-Royal; l'autre, consistant dans l'injection de la teinture d'iode dans le kyste, après l'avoir débarrassé préalablement de la sérosité qu'il contenait. Je ne dissimulai point aux parents que cette opération pouvait amener une inflammation dangereuse, et je déclarai que je ne la pratiquerais qu'après avoir consulté un des maîtres de l'art.

Je conduisis, le 30 juin, la malade chez M. Velpeau, qui trouva ainsi que moi le cas très grave. Il me conseilla de pratiquer d'abord une ponction, qui aurait l'avantage d'amener du soulagement et de faire connaître, par la nature du liquide qui sortirait, l'état des parois du kyste, et indiquerait aussi s'il y avait des hydatides, circonstance qui rendrait l'opération impraticable. Il espérait que, la tumeur ayant mis cinq ans à acquérir le volume qu'elle présentait, il se passerait plusieurs mois, une année peut-être, sans qu'elle devînt trop incommode.

Le 4 juillet, je pratiquai une ponction; trois litres d'une sérosité limpide s'écoulèrent; les parois du kyste étaient donc saines et ne contenaient point d'hydatides; la tumeur disparue, la malade reprit de la gaieté, se trouva plus forte, et l'estomac recouvra la faculté de tolérer les aliments.

Mais cette amélioration fut de courte durée : trois semaines après, la tumeur avait repris son premier volume, et avec cette nouvelle accumulation de liquide reparut tout le cortége des accidents suspendus quelques jours seulement. L'opération était indiquée, mais je voulais attendre le mois de septembre; nous n'étions qu'au milieu du mois d'août, la chaleur était très forte et le choléra sévissait. Le père, au désespoir, me demanda si, dans le cas où on tenterait l'opération, je garantissais les jours de sa fille; on conçoit qu'il y aurait eu témérité à répondre affirmativement; je ne dissimulai point les chances contraires; le lendemain le soin de la malade fut remis en d'autres mains.

On conçoit que je ne puis raconter que bien imparfaitement le traitement suivi alors, que je ne connais que par ce que des amis et des parents m'ont rapporté, sachant l'intérêt que je continuais de porter à la malade : je sais qu'on a pratiqué deux ponctions et qu'à la seconde le liquide était trouble et odorant: on m'a parlé aussi de lavements d'urine, d'herbes choisies et apportées par la personne chargée de diriger le traitement, de plaques métalliques placées sur la tumeur, de gestes et de démonstrations bizarres, etc. Que ce qu'on m'a rapporté soit exact ou non, le mal empirait, un œdème général s'était manifesté; la confiance de la personne qui dirigeait le traitement avait disparu; elle disait avoir été appelée dix mois trop tard, et elle n'osait plus enfin monter chez la malade avant de s'être informée si elle vivait encore.

Tout secours humain paraissait inutile; une amie conseilla à la jeune malade de faire un dernier appel à la puissance divine, et pendant une neuvaine lui fit boire de l'eau de la *fontaine miraculeuse de la Salette.*

Quelques jours après, la malade fut prise d'une diarrhée considérable et d'une fétidité extrême; on crut qu'elle touchait à ses derniers moments; mais on s'aperçut que la tumeur avait perdu de son volume et s'amoindrissait en proportion du liquide rejeté. L'estomac, débarrassé du poids qui l'opprimait, toléra quelques aliments, les forces revinrent peu à peu, et on peut espérer aujourd'hui un rétablissement complet et durable.

Il est évident pour le médecin que les parois du kyste se sont enflammées, qu'elles ont contracté des adhérences avec l'intestin, qui s'est ouvert, et que par cette voie nouvelle le liquide qu'elles contenaient s'est écoulé au dehors. L'art ne pouvait rien pour obtenir cet heureux résultat, et le traitement le plus étrange ne pouvait non plus l'empêcher; la guérison est due entièrement à la nature dont les ressources sont parfois merveilleuses.

Les personnes religieuses ont cru reconnaître dans cette cure inespérée l'intervention divine, et le bruit d'un miracle s'est répandu dans le quartier. La malade et ses parents, heureux de cette résurrection inespérée, l'ont attribuée à la médication quelque peu étrange qu'on a fait subir à la malade; ignorants qu'ils sont des moindres notions de la science, il ne peut en être autrement. Les peuples sauvages croient bien que, lorsque la lune est éclipsée, elle serait dévorée par le dragon noir sans les hurlements deleurs jongleurs.

Je demanderai à notre honorable président s'il a rencontré dans le cours de sa pratique quelque fait analogue à celui que je viens de rapporter, et je le prierai de nous dire ce qu'il pense de l'opération qu'on se proposait de pratiquer.

M. P. Dubois. On peut lire dans les annales de la science le récit de cures semblables opérées par les seuls efforts de la nature. C'est une terminaison heureuse d'une maladie bien grave; mais les exemples en sont peu nombreux. Quant aux injections iodées que l'on se proposait de faire, elles ont réussi assez souvent dans des cas analogues pour affirmer que l'opération était indiquée.

Quelques considérations pratiques sur la pupille artificielle par déchirure et excision de l'iris. — M. Courssérant donne sur ce sujet lecture d'un travail que nous avons inséré dans notre numéro du 19 décembre.

Hallucinations suite d'abus alcooliques. — M. Pertus appelle derechef l'attention de la Compagnie sur le cas d'un malade atteint d'une fièvre intermittente chez lequel le stade de sudation présentait une persistance opiniâtre; l'usage du sulfate de quinine parvint cependant à en triompher.

A quelque temps de là, ce même individu fut atteint d'hallucinations très variées, sans traces apparentes de réaction congestionnelle; la relation de ces symptômes avec les premiers lui semblait étrange et difficile à comprendre; mais il finit enfin par apprendre que cet individu se livrait assez volontiers aux boissons spiritueuses, ce que vint ultérieurement confirmer une assez forte éruption pustuleuse à la figure dont les bains ne purent faire justice. A cette époque, les hallucinations se reproduisirent, le pouls était modéré, la tête fraîche. Un traitement rafraîchissant amena la guérison. De nouveaux boutons se manifestèrent sur le corps, et les symptômes nerveux disparurent complétement.

M. Josias ne voit dans ce fait que le prélude d'un *delirium tremens.*

M. Masson partage cette opinion, et rapporte l'exemple d'un individu qui, ayant passé de l'usage journalier et abusif de l'eau-de-vie à l'usage de l'absinthe, fut pris d'accès ayant le caractère épileptique, et dans les trois jours qui suivaient les crises il avait des hallucinations. Il a fini par succomber.

Le secrétaire adjoint, Caron.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix des internes des hôpitaux de Paris vient d'être clos et a donné les résultats suivants :

Internes de la 1re division (3e et 4e année d'internat).

Médaille d'or : M. Gallard.

Médaille d'argent : M. Blin.

Première mention : M. Lorrain.

Deuxième mention : M. Desnos.

Internes de la 2e division (1re et 2e année d'internat).

Médaille d'argent : M. Baillon.

Accessit : M. Guyon.

Première mention : M. de Faville.

Deuxième mention : M. Luys.

— Le concours de l'internat est terminé. Sont nommés :

Internes. — MM. : Peter, Luton, Aviolat, Poisson, Fournier, Touzelin, Boncourt (Paul), Marey, Dubarry, Bercioux, Dauner, Borde, Aubrée, Penouville, Wiéland, Tamarelle (Maurice), Nélaton, Charnal, Vibert, Guyot, Créquy, Topinard, Vigouroux, Duhomme, Second (dit Féréol), Gibert (Joseph), Rocque, Lala, Doyen, Pératé, Pans, Bernaudeaux, Bodereau, Pineau, Cavarre, Lecorché, Devousges, Mahrieux, Sénac, Molland.

Internes provisoires. — MM. Martin, Sehlors, Judée, Dutournier, Despaignot, Blondot, Silvestre, Mercier (Edmond), Métivier, Témon, Vauvers, Siredey, Mousteu, Dumon, Devers, Péan, Fayel-Deslongrais, Dayos, Larquier, Fleuriot, Dieudonné, Mercier (Jules).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. Adde-Margras (de Nancy). Un vol. in-12. Prix : 3 fr. 50 c. — Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, et chez l'auteur, rue Bergère, 11.

Étude et traitement des Maladies de la peau, par M. Giraudeau de Saint-Gervais, chevalier de la Légion d'honneur, docteur-médecin de la Faculté de Paris, ex-interne des hôpitaux, ancien membre de l'Ecole pratique. — Un vol. in-8° de 700 pages, avec 5 planches gravées sur acier, représentant 32 sujets coloriés. Prix : 6 fr. — *Principaux chapitres :* Coup d'œil sur les doctrines médicales. De la Peau, considérée dans sa texture anatomique. Précis historique des maladies de la Peau. De la Classification des maladies de la Peau. Base de la classification de Plenck (1776), de Willan (1798), de M. Alibert. De l'Erysipèle, Rougeole, Scarlatine, Urticaire, Miliaire, Gale, Scabiées, Varioles, Vaccine, Mentagre, Prurigo, Eléphantiasis des Grecs, Teinte bronzée de la Peau, Albinisme et Vitiligo, Lupus. — L'auteur décrit ensuite avec le plus grand soin les Ulcères dartreux, variqueux, Cancers, Scrofules, Chute des Cheveux et de la Barbe; et, après avoir cité les méthodes les plus en réputation, il indique le traitement qu'on doit suivre pour guérir les Syphilides, Eruptions, Contagion syphilitique. Formulaire. Table analytique détaillée, Analyses et Comptes rendus. — Chez G. Baillière, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 152. — MARDI ET JEUDI 28 DECEMBRE 1854. (27e ANNEE.) N° 152. — MARDI ET JEUDI 28 DECEMBRE 1854.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivent les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 DÉCEMBRE 1854.

Séance de l'Académie de Médecine.

Encore une séance d'élections, mais qui n'aura cependant pas été entièrement perdue pour la science. Pendant que l'Académie procédait au dépouillement des scrutins pour le renouvellement partiel des commissions permanentes, deux médecins étrangers à l'Académie ont été admis à faire des lectures.

M. Duchaussoy a communiqué de nouvelles observations à l'appui de la méthode de traitement des chutes du rectum chez les enfants, dont il a exposé les principes l'année dernière. M. Mandl a lu ensuite un travail histologique sur le tubercule. Ce travail, qui dans toute autre circonstance et en tout autre temps eût eu de l'intérêt par lui-même, en emprunte plus particulièrement encore par ses points de contact avec la question dont l'Académie et le public médical tout entier sont occupés depuis plusieurs mois.

Lorsqu'on examine sous le microscope du tubercule cru, dit M. Mandl, on aperçoit une masse amorphe, solide, cohérente, finement moléculaire, qui ne jouit point d'une transparence parfaite et qui est parsemée de granules graisseux excessivement petits et irrégulièrement dispersés. Cette substance tient emprisonnés les éléments normaux du tissu ; elle les pénètre même et les prive de leur transparence naturelle. Quelques-uns de ces éléments sont détachés ; et avec eux se rencontrent des parcelles, des fragments de la substance amorphe, produits par la préparation. Leur forme est tantôt arrondie, tantôt anguleuse, mais toujours inconstante, fort irrégulière, ne se rattachant à aucun type déterminé ; leur diamètre surtout est très variable, etc. Ce sont ces particules qui ont été désignées par certains micrographes sous le nom de corpuscules spécifiques du tubercule, dénomination qui a été plus particulièrement réservée aux plus petits fragments. Or ces prétendus corpuscules ne sont pas plus les éléments organisés du tubercule, suivant M. Mandl, que les parcelles pulvérulentes d'un minéral tombé en efflorescence ne sont les éléments cristallisés du minéral.

Mais à côté de cette question histogénétique s'en présente une autre histologique plus importante, à savoir : Les prétendus corpuscules tuberculeux sont-ils caractéristiques, sont-ils spécifiques ? Pour M. Mandl, ces éléments caractéristiques, spécifiques n'existent point ; des produits pathologiques autres que le tubercule offrent ces mêmes parcelles, et dès lors il se croit fondé à contester l'existence du corpuscule tuberculeux caractéristique.

D'un autre côté, certaines formes de cancer, connues sous le nom de cancer réticulaire, sont caractérisées par la présence d'une substance analogue, qui se comporte de la même manière que la substance du tubercule. Il en est de même pour certains éléments que l'on trouve dans quelques produits de l'inflammation, tels que dans les fausses membranes, dans le pus concret, dans les poumons hépatisés, etc. Ces éléments, suivant M. Mandl, sont de petites particules identiques à celles qu'a déjà fait connaître l'examen du tubercule et du réticulum. Qu'ils soient des noyaux ou des cellules abortives, ou les premiers vestiges des globules de pus, ou simplement des parcelles d'une substance amorphe exsudée dans l'inflammation, comme il le présume, toujours est-il que les grossissements les plus considérables et l'étude la plus attentive n'ont pu lui fournir des caractères suffisamment tranchés pour les distinguer d'avec les particules ou corpuscules du tubercule et du réticulum.

Il résulterait de là que la présence dans une production pathologique d'éléments identiques à ceux que présente le tubercule ne permettrait pas de parler de l'affection tuberculeuse ; que l'identité des éléments histologiques n'indique pas dans ces cas l'identité des symptômes, de la marche et de la terminaison de la maladie, pas plus que dans l'affection cancéreuse la diversité des éléments ne s'oppose à l'identité de la diathèse.

Nous nous sommes efforcé de reproduire aussi fidèlement que possible, et sans en altérer le sens ni sans en atténuer la portée, les faits exposés par M. Mandl et les conclusions qu'il en a tirées. Ces faits et ces conclusions sont entièrement en contradiction avec les doctrines le plus généralement admises aujourd'hui, du moins parmi les micrographes français. Ils ne tendraient pas à moins, comme on le voit, qu'à réduire à néant les caractères sur lesquels on avait cru pouvoir fonder des distinctions spécifiques entre les divers produits morbides. Il ne nous appartient pas de juger ici, sur de simples énonciations, de quel côté est la vérité. Mais nous avons cru obéir au devoir de notre position en signalant à l'attention des hommes de science des contradictions qui ne peuvent que tenir l'opinion en suspens jusqu'à ce que de ces débats contradictoires même on soit parvenu à faire jaillir une lumière également évidente pour tous.

Séance de l'Académie des Sciences.

La candidature ouverte à l'Académie des sciences continue à surexciter le zèle et la verve des compétiteurs, et à faire affluer les travaux de chirurgie devant le savant aréopage. C'était le tour de M. Malgaigne dans la dernière séance. Le sujet de son travail est la cataracte.

M. Malgaigne, ayant eu l'occasion de faire à Bicêtre une série de dissections d'yeux cataractés, n'a jamais rencontré, dit-il, ni l'opacité centrale du cristallin, ni l'opacité de la capsule. Partant, des quatre variétés principales de cataractes admises par les auteurs, il n'en devrait plus subsister légitimement que deux. De ce que M. Malgaigne n'a point rencontré ces deux sortes de lésions, c'est une raison sans doute pour présumer qu'elles sont rares, plus rares qu'on ne l'avait pensé jusque-là ; mais serait-ce une raison suffisante pour en nier absolument l'existence et même jusqu'à la possibilité ? Ni le nombre de faits dont se compose la série de ses observations, ni le temps durant lequel M. Malgaigne s'est livré à ces dissections ne nous paraissent justifier une assertion aussi absolue. Mais M. Malgaigne ne s'en est pas tenu au fait : il lui a pris fantaisie, comme il le dit lui-même, de rechercher l'origine de la doctrine en vogue et de voir sur quels fondements elle était appuyée. Invoquant les souvenirs des grandes révolutions qui se sont opérées dans la chirurgie vers la fin du dix-septième siècle sous l'impulsion de la philosophie cartésienne, M. Malgaigne a cru voir dans les idées encore admises aujourd'hui sur la cataracte la trace de la tache originelle dont est empreinte la philosophie chirurgicale de cette époque. Les doctrines sur la cataracte n'auraient pas échappé, suivant l'historien-chirurgien, aux conséquences fâcheuses des doctrines chirurgicales d'alors qui, à l'exemple de la philosophie cartésienne, faisant table rase des traditions, avaient cherché à la reconstituer avec la raison pour guide.

C'est placer bien haut le débat. Sans suivre M. Malgaigne jusqu'à ces hauteurs philosophiques, nous nous bornerons à prendre acte des faits négatifs qu'il constate comme devant servir de point de départ à de nouvelles recherches plus multipliées et suffisamment contrôlées, si l'on veut arriver sur ce point à une solution de la question soulevée.

M. Regnault, qui avait déjà, en 1852, publié la description d'un nouvel appareil propre à produire des cautérisations par le feu dans certains cas où le cautère actuel ne pouvait pas être employé, a fait depuis cette époque de nouvelles tentatives dans cette direction sur l'invitation de M. le professeur Nélaton, qui lui exprima le désir d'expérimenter suffisamment pour fixer son opinion sur la valeur de ce procédé et pour poser les limites de son application à la thérapeutique chirurgicale. Ce sont ces essais que M. Regnault a résumés dans la note qu'il a communiquée à l'Académie. Nous aurons à en faire connaître incessamment une nouvelle application dont nous avons été témoin à la Clinique.

Nous signalerons enfin à l'attention de nos lecteurs les intéressantes expériences de MM. Ernest Faivre et Camille Leblanc sur le mode d'action physiologique et les effets thérapeutiques multiples de la vératrine, substance d'une activité très grande, et dont il importe qu'on connaisse bien les effets avant d'en multiplier les essais sur l'homme. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Des teignes et de leur traitement (1).

On a pendant longtemps désigné par le nom de *teigne* la plupart des maladies vésiculeuses, pustuleuses, squammeuses, etc., qui peuvent se manifester sur le cuir chevelu. Cette confusion ne doit plus exister, aujourd'hui surtout que les travaux microscopiques ont fait découvrir un caractère particulier qui permet de différencier la teigne des autres affections qui pourraient la simuler.

Dans l'état actuel de la science, on doit donner le nom de teigne à une maladie caractérisée par le développement d'un parasite végétal dont nous donnerons bientôt la description, qui détermine la formation d'une sorte de petite cupule ou de godet constitué par une concrétion d'un jaune clair. Cette affection siége plus particulièrement au cuir chevelu, dont elle entraîne souvent la calvitie partielle ; du reste, on la voit quelquefois aussi sur d'autres parties du corps.

La présence de ce végétal détermine quelques phénomènes locaux qui le font reconnaître. C'est d'abord un peu de démangeaison, une légère cuisson ; puis à la racine d'un cheveu on voit apparaître une petite tache jaunâtre formée par une concrétion peu épaisse que l'on peut détacher avec l'ongle. Examinée à la loupe, cette concrétion présente une petite dépression centrale creusée en forme de godet, au centre duquel est implanté le cheveu ; la petite plaque s'accroît assez rapidement en largeur et en profondeur, et au bout de douze ou quinze jours le godet est devenu très apparent. Plusieurs concrétions semblables se développent ainsi simultanément dans le voisinage les unes des autres, puis elles se réunissent par leurs bords et forment de larges plaques arrondies. C'est à cette forme de teigne que les auteurs ont donné le nom de *porrigo scutulata*. Quant au mot *favus* appliqué à la teigne, il exprime la ressemblance que ces plaques et leurs petites dépressions en godet ont avec un gâteau de miel. Cet état persiste pendant très longtemps ; puis la surface se dégrade, les dépressions s'affaissent, la teinte jaune prend une nuance grisâtre ; des parcelles se détachent qui restent adhérentes aux cheveux sous forme de petits grains. Cette forme ou plutôt cet état de la maladie a été appelé *porrigo* ou *tinea lupinosa*, parce que l'on a comparé les petits grains dont nous venons de parler aux graines du lupin. Les concrétions de la teigne exhalent une odeur nauséeuse particulière que l'on désigne assez exactement sous le nom d'*odeur de souris*. Enfin on trouve quelquefois au-dessous d'elles des poux en plus ou moins grande quantité.

Tandis que les croûtes faveuses subissent les modifications que nous venons de rappeler, il se développe quelquefois un certain nombre de phénomènes secondaires. Ainsi, des pustules d'ecthyma se montreront à côté de véritables plaques faveuses ; de là l'erreur des auteurs qui, avec l'école anglaise, ont regardé la teigne comme une maladie à éléments pustuleux. D'autres fois il apparaîtra des vésicules suivies de squammes appartenant manifestement à l'eczéma, ou de concrétions plus épaisses dues à l'impétigo. Enfin dans certains cas, on verra se développer, et parfois en même temps que les lésions précédentes, une desquamation furfuracée qui n'est autre chose que du *pityriasis capitis*. Ce mélange de tant d'affections de nature et d'aspect si différents détermine sur la tête des productions croûteuses, furfureuses, etc., qui rendent souvent le diagnostic précis très difficile. Cependant, dans cet assemblage de concrétions, et particulièrement sur les limites du mal, il est bien rare qu'on ne découvre pas quelques plaques jaunes à godet qui servent à déterminer la nature réelle de la maladie. L'aspect des cheveux, devenus ternes, lanugineux, secs et cassants, fournit encore un bon élément de diagnostic. Enfin la pression exercée sur le cuir chevelu par la calotte croûteuse produit une sorte d'atrophie de celui-ci ; le bulbe pileux se détruit, et la calotte s'étant détachée faute d'adhérences, il reste une surface déprimée, glabre et lisse, qui ne ressemble en rien au cuir chevelu normal. Très souvent l'alopécie persiste là où se trouvaient les concrétions.

L'examen microscopique est, avons-nous dit, d'une grande importance ; nous devons vous dire comment on y procède et quels sont les résultats qu'il fournit. Une parcelle de la concrétion jaunâtre ayant été posée sur un verre, délayée avec une goutte d'eau et placée sous l'objectif d'un microscope, on y aperçoit :

1° Une multitude de petits grains arrondis, légèrement ovalaires ; ce sont des *spores* ou des *sporules* ;

2° Des tubes plus ou moins nombreux, pleins ou creux.

Les tubes creux renferment des spores et des sporules. Ces tubes et ces grains constituent le cryptogame de la teigne. Une fois leur existence constatée, il n'y a pas de doute possible ; le diagnostic est assuré.

Aujourd'hui encore il est un certain nombre de médecins qui méconnaissent la nature cryptogamique de la teigne, et à leur tête il convient de citer M. Cazenave. Ce praticien distingué regarde la teigne comme une affection essentiellement pustuleuse, et si dans

(1) Nous avons publié dans le courant de l'année dernière (16 et 30 juin) un exposé très détaillé des opinions de M. Bazin sur la nature et le traitement de la teigne.

beaucoup de cas il lui est impossible de révoquer en doute l'existence du parasite, il regarde ce dernier comme tout à fait secondaire. Assurément nous n'avons pas l'intention de contester l'existence de pustules dans le favus, nous en avons parlé tout à l'heure; mais au contraire de M. Cazenave, nous pensons que cet ecthyma est un phénomène secondaire, exactement comme dans la gale. Un fait rigoureusement observé par nous est venu nous démontrer l'exactitude de cette opinion. Dans le courant de l'année dernière nous reçûmes dans nos salles une jeune fille atteinte d'un favus commençant compliqué d'ecthyma. Fallait-il attribuer les concrétions en godet à une transformation des croûtes de l'ecthyma, ou bien ces concrétions avaient-elles une origine différente et une existence indépendante des pustules? Une expérience bien simple nous permit d'arriver à la connaissance de la vérité. Les pustules d'ecthyma furent entourées d'une cautérisation circulaire avec le nitrate d'argent, afin de ne pas les perdre de vue pendant toute la durée de leur évolution. Voici ce qui se passa : les concrétions faveuses continuèrent à faire des progrès, et de nouvelles concrétions non précédées de pustules se manifestèrent, tandis que les pustules d'ecthyma parcoururent leurs périodes comme à l'ordinaire, se rompirent, et furent remplacées par des croûtes brunâtres, etc. La question était désormais jugée : il était évident que le favus était tout à fait indépendant des pustules.

En résumé, le favus est une affection cryptogamique particulièrement développée dans les follicules pileux, et finissant par atteindre le cheveu, comme l'a très bien démontré M. le docteur Bazin. Il nous a fait voir en effet des cheveux complétement altérés et offrant dans leur intérieur des myriades de sporules très visibles au microscope. Il est donc très certain que c'est dans le follicule pileux que se développe le parasite.

Le *siége* habituel, et l'on peut dire spécial de la teigne est le cuir chevelu. Cependant les autres parties du corps, celles-là surtout qui sont revêtues de poils, peuvent aussi en être affectées. Suivant M. Bazin, le siége exclusif de la teigne serait dans les follicules pileux. Nous ne nous prononcerions pas aussi hardiment sur cette question, et nous pensons que cette maladie peut se montrer dans des parties non couvertes de poils. Ainsi nous l'avons observée à la joue chez un enfant de dix ans. Elle peut même se montrer dans une partie sans que le cuir chevelu soit affecté. C'est ce que nous avons vu chez une dame qui avait contracté sur le bras des plaques faveuses en peignant son enfant, lui-même atteint de cette affection dans le siége d'élection.

La teigne, est-il besoin de le dire? et le mot lui-même pris à chaque instant au figuré pour exprimer tout ce qui est rebelle et tenace doit vous le rappeler, la teigne est une des affections les plus opiniâtrément chroniques de la pathologie. Il n'est pas rare de rencontrer des individus âgés de vingt, vingt-cinq, trente et même quarante ans qui en sont atteints depuis leur enfance. Lorsque la maladie tend à se terminer spontanément par la guérison, les plaques s'affaissent, les godets disparaissent, et la surface n'offre plus qu'une sorte de poussière plâtreuse. Au-dessous, le cuir chevelu s'est également modifié, non-seulement dans son aspect, devenu lisse et luisant, mais encore dans sa structure; les follicules pileux se sont oblitérés, et le parasite, ne trouvant plus son terrain habituel de développement, meurt comme une plante arrachée. Très souvent cependant après la chute des plaques on voit encore des follicules isolés qui servent de réceptacle à de nouvelles végétations cryptogamiques et qui perpétuent la maladie. La guérison spontanée est donc excessivement rare; elle a lieu par places et se fait attendre pendant de longues années.

L'*étiologie* de la teigne ren re tout à fait dans ce que nous vous avons dit des causes des affections parasitaires considérées en général. Presque toujours les enfants gagnent la teigne soit en jouant avec d'autres enfants déjà malades, soit en mettant leurs bonnets, leurs coiffures. Chez les adultes, les causes sont les mêmes. Ce sont des parents ou des personnes préposées à la garde des enfants qui contractent la maladie pour s'être trouvées en contact avec les petits teigneux. Du reste, l'âge joue un grand rôle comme cause prédisposante; car la contagion est bien plus facile chez les enfants que chez les adultes. Viennent ensuite les mauvaises conditions hygiéniques, et surtout la malpropreté, l'habitation dans un lieu malsain, la mauvaise nourriture, en un mot, la misère. Une chose digne de remarque, et notre consultation nous en offre chaque jour la preuve, c'est que la teigne est bien plus commune dans les campagnes que dans les villes. C'est qu'en effet dans les campagnes les soins de propreté sont encore moins observés dans les classes pauvres que dans les villes; c'est que dans les campagnes, on couche dans des étables, au milieu d'un air chaud, humide et chargé de miasmes putrides. Enfin, la constitution elle-même doit figurer au nombre des causes prédisposantes. La teigne affecte de préférence les sujets d'un tempérament mou et lymphatique, et plus particulièrement encore les scrofuleux.

Le *diagnostic* de la teigne est, en général, facile. Des concrétions d'un jaune clair assez semblable à la couleur du soufre, concrétions déprimées en godet, et dont le centre est habituellement traversé par un cheveu; la teinte terne, l'aspect lanugineux, l'état sec et cassant des cheveux, puis l'alopécie par place, tels sont les caractères de l'affection qui nous occupe, et qui diffèrent de ceux que présentent les autres maladies du cuir chevelu, telles que l'eczéma et l'impétigo. La complication de la teigne avec les affections de nature dartreuse peut, en modifiant l'aspect des croûtes, rendre le diagnostic plus difficile; restent alors les altérations du cuir chevelu et l'aspect des cheveux; et enfin, en cas de doute, l'examen microscopique est là pour résoudre la difficulté. L'existence des spores, des sporules et des tubes une fois constatée, la maladie est reconnue.

D'après tout ce que nous venons de dire, on voit que le pronostic de la teigne doit être sérieux. La longue durée de cette affection, sa terminaison par alopécie, justifient assurément la gravité du pronostic que nous portons.

Traitement. — Le traitement de la teigne est resté pendant longtemps incertain et inefficace; et c'est seulement depuis deux ou trois ans que, s'appuyant sur la nature réelle de la maladie, M. Bazin est arrivé à une thérapeutique véritablement rationnelle, et qui compte déjà de nombreux succès. Vous connaissez la liste interminable de pommades, de liqueurs, de poudres, etc., que l'on a proposées pour le traitement de la teigne, stérile abondance, qui prouvait qu'aucun des moyens proposés n'avait une efficacité incontestable. Vous savez que pendant longtemps on eut recours à l'arrachement des cheveux par la calotte, traitement barbare encore employé dans quelques hôpitaux de province.

A l'hôpital Saint-Louis, on s'est borné, jusqu'à ces derniers temps, à quelques applications de pommades diversement composées. Voici comment on procédait ordinairement : Après avoir fait tomber les concrétions ramollies à l'aide de cataplasmes, on coupait les cheveux presque ras, et l'on faisait des lotions avec de l'eau de savon; puis on enduisait le cuir chevelu de pommade à l'iodure de soufre, aux carbonates de soude ou de potasse, au carbonate de cuivre, etc., et l'on connaît le peu de succès obtenus par ces moyens. Un mode de traitement incontestablement plus efficace est celui des frères Mahon; traitement resté secret, bien que l'on ait pu reconnaître en partie en quoi il consiste.

Ils commencent, comme tout le monde, par faire tomber les croûtes à l'aide de topiques émollients et par couper les cheveux très près de la tête; ils saupoudrent ensuite le cuir chevelu avec une poudre que l'on croit composée de chaux et de potasse, et ils arrachent ensuite avec les doigts les cheveux, qui cèdent à une faible traction. C'est à la suite de cette épilation qu'ils frottent deux fois par semaine la tête des enfants avec une pommade dont la composition est inconnue, et en même temps ils ont recours à des soins minutieux de propreté. Nous l'avons dit, par ce moyen on obtient des guérisons, mais au bout d'un temps excessivement long. Pour savoir au juste la proportion des succès, il ne faudrait pas s'en rapporter aux statistiques dressées par les frères Mahon; car sous prétexte que la teigne est une maladie du cuir chevelu, ils rangent parmi les teignes des eczémas, des impétigos, des pityriasis, et de plus, nous voyons bien souvent revenir dans nos salles des malades traités et guéris par eux. On sait que rien n'est plus commun que d'obtenir de ces guérisons temporaires à l'aide des seuls moyens de propreté; mais l'affection ne tarde pas à récidiver.

Depuis quelques années, ainsi que nous le faisions remarquer en commençant l'histoire du traitement, M. le docteur Bazin a proposé une nouvelle thérapeutique qui a fourni des guérisons durables, et nous devons vous dire que ce mode de traitement est le seul qui nous en ait donné à nous-même. Cette nouvelle méthode repose sur les deux circonstances suivantes : d'abord la nature parasitique de la teigne et en second lieu sur ce que le parasite affecte particulièrement le follicule pileux. Suivant M. Bazin, la plupart des pommades ont échoué, parce que l'on avait omis la précaution de mettre à découvert l'orifice du bulbe en arrachant le cheveu, afin d'y faire pénétrer le médicament. Voyons comment il procède.

On commence, comme dans les autres procédés, par débarrasser la tête des concrétions faveuses et des croûtes d'ecthyma ou d'impétigo, après les avoir ramollies au moyen de cataplasmes émollients à la fécule ou à la graine de lin; on nettoie parfaitement le cuir chevelu avec de l'eau de savon, et l'on coupe les cheveux en leur laissant 1 centimètre et demi de longueur. Il s'agit alors de préparer l'épilation et de la rendre aussi peu douloureuse que possible.

M. Bazin rejette les différentes préparations que l'on décore improprement du titre de poudres et pommades épilatoires, et il se borne à l'huile de cade, dont on étend chaque jour une couche sur la tête pendant sept à huit jours. Au bout de ce temps, la sensibilité du cuir chevelu est convenablement émoussée et les cheveux s'enlèvent avec facilité. L'épilation doit se faire en plusieurs séances, et il ne faut pas seulement enlever les cheveux au niveau des parties malades, mais encore à la circonférence dans l'étendue de plusieurs centimètres, et même sur toute la tête quand la maladie occupe une certaine surface.

Pour arracher les cheveux, on se sert de pinces dont les mors sont assez larges, et les cheveux sont pris et tirés un à un quand ils sont un peu espacés; mais quand ils sont très près les uns des autres, on peut les enlever par petits pinceaux.

Il est ici une précaution très importante pour la pratique, c'est de tirer bien exactement les cheveux dans le sens de leur implantation sur le cuir chevelu. Les uns s'insèrent perpendiculairement à la surface du cuir chevelu, les autres obliquement, et c'est précisément dans la direction de cette implantation que le poil doit être tiré. En agissant autrement, on s'exposerait à casser les cheveux et à causer une assez vive douleur. Du reste, nous avons à Saint-Louis des infirmiers spéciaux qui pratiquent l'épilation avec une remarquable dextérité.

Aussitôt après l'épilation, il faut profiter de l'ouverture récente des bulbes pour y faire pénétrer l'agent parasiticide. Dans ce but, après avoir lavé les parties dénudées afin d'enlever les matières grasses qui salissent le cuir chevelu, on les lotionne au moyen d'une éponge ou mieux d'une brosse imprégnée du liquide suivant auquel M. Bazin accorde la préférence :

Eau distillée.	500 grammes.
Sublimé.	de 1 à 2 grammes.
Alcool.	Quelques gouttes.

L'alcool est là pour favoriser la dissolution du sublimé. Ces lotions doivent être continuées pendant cinq ou six jours. Passé ce temps, on leur substitue des onctions avec une pommade dont on enduit le cuir chevelu tous les deux jours dans la soirée. La formule de M. Bazin est :

Axonge.	100 grammes.
Acétate de cuivre. . .	de 0,25 à 0,50 centigr.

Mais nous pensons que ces doses ne sont pas assez fortes, et nous mettons 0,25 centigrammes du sel cuivreux pour 30 grammes d'axonge.

Sous l'influence de ce traitement, on voit les cheveux repousser au bout de quelques semaines, souvent plus forts et plus foncés qu'auparavant. Mais dans la plupart des cas, six semaines, deux mois ne se sont pas écoulés que les concrétions faveuses ont reparu : il faut recommencer le traitement. M. Bazin est tellement convaincu que la guérison après une première épilation est tout à fait exceptionnelle que, sans attendre la récidive, il procède à une seconde épilation lorsque les cheveux ont acquis une certaine longueur, c'est-à-dire au bout de six semaines. Une troisième épilation est même fort souvent nécessaire. Il va sans dire qu'à chaque nouvelle épilation on reprend les lotions, puis les pommades indiquées ci-dessus.

En même temps que ces moyens sont mis en usage et suivis avec toute la ténacité possible et les soins les plus assidus, il faut aussi que le malade soit astreint à la plus minutieuse propreté et placé dans les conditions hygiéniques les plus favorables d'habitation, de nourriture, etc.

Enfin, il ne faut pas oublier que le favus est contagieux et que les malades doivent être isolés. C'est seulement à l'aide de toutes ces précautions et au bout de cinq, six ou huit mois que l'on peut obtenir de bonnes et solides guérisons.

HERNIE ÉTRANGLÉE

réduite par l'application de la glace.

Par M. le Dr Charpignon, chirurgien des prisons d'Orléans.

Le 20 septembre dernier, lors de ma visite à l'infirmerie des hommes, un jeune détenu m'est signalé comme souffrant d'une hernie. Ce garçon, âgé de seize ans, avait en effet une hernie inguinale droite sortie depuis la veille dans le milieu de la journée. Il n'avait osé se plaindre, avait continué à travailler et pendant la nuit il avait éprouvé de vives douleurs. La tumeur remplissait le scrotum; elle était tendue, chaude, très sensible au toucher. Le taxis venait d'être infructueusement pratiqué par M. le docteur Leblond, médecin de l'établissement. Deux vomissements bilieux étaient survenus depuis le matin. Je cherchai à réduire la hernie, mais ce fut en vain, et le taxis était si douloureux que j'y renonçai de suite.

Je fis appliquer sur la partie malade une vessie remplie de glace grossièrement pilée, recommandant qu'on la renouvelât aussitôt qu'elle serait complétement fondue. Deux heures après, je trouvai les choses dans le même état; deux nouveaux vomissements, dont le dernier était stercoral, s'étaient produits; le malade avait de la fièvre, le toucher était aussi douloureux.

J'hésitai si je ne devais recourir à l'opération, persuadé qu'elle réussit d'autant mieux qu'elle est moins retardée; j'étais d'ailleurs encouragé à tenter l'opération par le succès obtenu sur un autre détenu que j'avais opéré quelques semaines auparavant dans des conditions bien moins avantageuses. Cependant je voulus expérimenter plus sérieusement la méthode préconisée par M. Baudens, en faveur de laquelle la *Gazette des Hôpitaux* venait de relater plusieurs observations.

Je fis continuer la glace.

Deux heures après, c'est-à-dire au bout de quatre heures d'application de la glace, la tumeur herniaire était moins tendue, beaucoup moins douloureuse; il n'y avait pas eu de nouveau vomissement; les parties de la cuisse et du ventre sur lesquelles portait la glace devenaient douloureuses; c'était le signe annonçant que le calorique et la surexcitation morbides disparaissaient. Je fis interposer entre la vessie et l'aine une compresse, afin de diminuer l'action du froid sur toute autre partie que sur la tumeur. Lorsqu'au bout de deux autres heures je revins près du malade, il y avait trois quarts d'heure que la hernie était rentrée.

Le rétablissement du malade fut complet le lendemain même.

Cette observation n'a d'autre intérêt que de venir s'ajouter à celles qui montrent la puissance de la méthode réfrigérante appliquée à la réduction des hernies. On remarquera que dans le fait rapporté ici la compression n'a pas été combinée à l'action du froid et que la glace était renouvelée dès qu'elle était liquéfiée.

ABCÈS A LA LANGUE. — INCISION. — GUÉRISON,

Par le docteur A. Corlieu.

Les abcès à la langue sont assez rares pour que nous croyions devoir rapporter le fait suivant :

Mme P. V... (de Villiers), âgée de cinquante-quatre ans, est une femme robuste, ayant toujours joui d'une santé excellente. Depuis quelques jours elle éprouvait, sans cause connue, des douleurs dans la

langue, avec chaleur vive. La déglutition était gênée; la douleur s'étendait jusque dans le condyle de la mâchoire gauche; il y avait aussi un peu de surdité de ce côté. Tels étaient les symptômes locaux et de voisinage quand elle me fit appeler. Elle me dit qu'elle souffrait depuis deux ou trois jours; la fièvre était moyenne, le pouls à 92.

L'inspection de la langue me fit constater une augmentation assez considérable de tout le côté gauche de cet organe, qui était d'un rouge vif et luisant. La malade se plaignait de douleurs lancinantes exaspérées par la pression, d'une gêne considérable pour boire, d'impossibilité de manger.

Une incision longitudinale d'environ deux centimètres faite avec la lancette donna issue à une cuillerée à café de pus épais, crémeux et à quelques gouttes de sang. La malade se lava fréquemment la bouche avec la décoction de racine de guimauve. Le soir elle but plus facilement; le lendemain matin elle prit du bouillon. Deux jours après la guérison était complète.

NOTE SUR QUELQUES EXPÉRIENCES FAITES AVEC LE CURARE,

Par M. le docteur VULPIAN.

J'ai eu l'occasion de faire des expériences avec du curare que M. le docteur Grenn avait fait venir directement de Péra (Brésil). Ce curare présente quelques différences avec le curare employé par MM. Bernard et Pelouze dans leurs expériences. Il est en petits fragments concassés, de couleur grise à l'extérieur et gris brunâtre à l'intérieur. Il ne se ramollit qu'à peine par une douce chaleur; il se fond plus difficilement dans l'eau que l'autre curare, et la rend visqueuse. Les deux solutions, vues au microscope, sont tout à fait semblables.

Je fis d'abord l'expérience si connue de M. Cl. Bernard, et elle me donna tout à fait le même résultat, c'est-à-dire qu'après avoir introduit du curare dans une plaie faite à un animal (à une grenouille), je vis, au bout de trois à quatre minutes, les mouvements cesser tout à fait, puis, qu'ayant mis à nu le nerf sciatique, je constatai qu'il avait complétement perdu sa motricité, tandis que tous les muscles conservaient leur irritabilité.

J'introduisis du curare dans la bouche d'une grenouille, et après quelques instants je vis les mouvements diminuer, puis cesser tout à fait. Je répétai cette expérience plusieurs fois, et elle me donna toujours le même résultat. Je crus avoir trouvé une différence physiologique entre le curare que j'employais et celui dont on s'était servi jusqu'alors. Mais ayant expérimenté avec l'autre curare, j'obtins des résultats semblables, quoique un peu moins rapides.

J'essayai cette expérience sur des tritons et sur des crapauds: mêmes effets.

Chez des grenouilles, je fis pénétrer jusque dans l'estomac des petits cornets de papier contenant chacun une très petite quantité de curare: les résultats furent encore les mêmes.

Ces divers animaux, les grenouilles, les tritons et les crapauds, forment donc une exception à cette loi, si générale d'ailleurs, tirée par M. Bernard de ses expériences, à savoir: que le curare peut être mis impunément en contact avec la membrane muqueuse des voies digestives, parce que cette membrane ne se laisse pas traverser par ce poison.

Chez les grenouilles, qui ont surtout servi à mes expériences, l'empoisonnement par la bouche ou par l'estomac présente quelques particularités intéressantes. Les effets sont moins prompts que dans l'empoisonnement par une blessure, et cependant ils ne laissent pas que d'être encore très rapides. Ainsi, plusieurs fois les premiers phénomènes de l'empoisonnement se sont manifestés trois ou quatre minutes après l'ingestion du poison. Ces premiers phénomènes sont des troubles de motilité: les mouvements de l'appareil hyoïdien, qui étaient larges et réguliers, deviennent moins étendus et très inégaux; quelques convulsions surviennent dans les membres, surtout dans les postérieurs; les paupières recouvrent les yeux. Bientôt les mouvements respiratoires ne se montrent plus que par intervalles; les membres s'étendent, deviennent flasques; on peut leur donner les positions les plus bizarres sans que l'animal puisse les retirer. La surface de la peau se sèche très rapidement; cela se voit surtout chez les tritons.

Les grenouilles semblent tout à fait mortes, et toutefois, si on les examine avec soin au bout d'un quart d'heure, on aperçoit très bien les mouvements du cœur qui soulèvent la région précordiale, et, chose plus singulière, on voit de temps en temps, toutes les deux ou trois minutes, plusieurs faibles mouvements de l'appareil hyoïdien. Si l'on secoue fortement un de ces animaux ainsi empoisonnés, on provoque ces mouvements inspiratoires; à ce moment, on trouve les nerfs des membres entièrement privés de motricité et tous les muscles, au contraire, riches en irritabilité. Le lendemain du jour où l'on a fait l'expérience, la grenouille semble tout à fait dans le même état que la veille: même résolution des membres, même impassibilité, le cœur jouit encore de la plénitude de ses mouvements, mais l'appareil hyoïdien est immobile. Le surlendemain, les battements du cœur ne sont plus apparents à l'extérieur; les doigts des membres commencent à se dessécher; par la galvanisation on constate encore un reste d'irritabilité dans tous les muscles. Enfin, le quatrième jour, il y a de la roideur cadavérique, l'irritabilité galvanique est éteinte; quelquefois j'en ai retrouvé quelques traces au quatrième jour.

Lorsqu'on empoisonne une grenouille par l'introduction du curare dans les voies digestives, on a donc le curieux spectacle d'un animal chez lequel les fonctions nerveuses sont abolies complétement, et chez lequel cependant le cœur continue à battre régulièrement pendant deux et trois jours. Ne peut-on point trouver là une preuve puissante qui démontre que le rhythme des mouvements du cœur est tout à fait indépendant du système nerveux?

Il est aussi bien remarquable que les mouvements de l'appareil hyoïdien ne soient pas complétement abolis par suite de la mort du système nerveux. C'est là d'ailleurs un effet tout particulier au mode d'empoisonnement, car on n'observe rien de semblable lorsque le curare a été introduit dans une plaie.

J'ai instillé dans la bouche de plusieurs lézards gris des murailles de la solution de curare, mais sans jamais obtenir le moindre signe d'empoisonnement.

J'ai introduit dans la bouche de plusieurs petites carpes une petite quantité de curare en dissolution, puis je les ai remises immédiatement dans l'eau. Un quart d'heure après l'expérience les mouvements de déglutition de l'eau et ceux des opercules étaient devenus beaucoup moins amples, irréguliers et intermittents; les nageoires cessaient bientôt de se mouvoir, et l'animal flottait immobile au milieu du liquide. Plusieurs de ces poissons sont morts, mais quelques-uns mis dans l'eau courante sont sortis de leur stupeur et sont parfaitement revenus à la vie. J'ai obtenu des résultats à peu près identiques en plaçant une goutte de solution de curare sous les opercules, sur les branchies de petites carpes que je remettais aussitôt dans l'eau.

J'ai mis de la solution de curare dans le bec de plusieurs moineaux: ils sont morts au bout d'un quart à trois quart d'heure.

Je n'ai pu réussir à empoisonner ainsi ni les pigeons, ni les poules, ni même de jeunes poulets d'une huitaine de jours.

Le curare déposé dans la gueule de petits porcs âgés d'un jour n'a produit aucun effet toxique.

Mis dans la bouche d'un lapin âgé de douze à quinze jours, il n'a pas paru l'empoisonner; mais le lendemain, quoiqu'on eût remis l'animal dans son réduit, on l'a trouvé mort. Je n'oserais affirmer pourtant que sa mort ait été causée par le poison.

Le curare dissous et placé dans la bouche de cochons d'Inde nés de la veille les a empoisonnés en moins d'une heure. Les premiers effets étaient longs à se manifester, mais dès qu'ils s'étaient montrés l'animal ne tardait pas à succomber. Les cochons d'Inde ainsi empoisonnés ont toujours été agités de secousses convulsives dans les membres et dans les muscles des mâchoires avant de mourir. Cette dernière expérience, faite soit avec le curare de M. Green, soit avec l'autre curare, a toujours réussi. Je me suis assuré constamment qu'il n'y avait aucune plaie dans la bouche.

(*Soc. de biologie.*)

DE LA CÉPHALALGIE CHRONIQUE.

Par M. E.-H. SIEWEKING.

Dans le long travail lu devant la Société harvéienne l'auteur s'applique à déterminer les diverses *causes prochaines* de la céphalalgie pour en tirer des principes de thérapeutique. Il s'attache spécialement aux trois causes suivantes:

1° Excès de sang dans la boîte crânienne;

2° Pénurie du sang dans la même cavité;

3° Altération du sang.

Par une analyse détaillée, où nous aurons peu de faits importants à relever, il recherche quelles sont dans les maladies de l'encéphale lui-même, des organes de la nutrition et des organes sexuels celles qui sont susceptibles de produire une augmentation, ou une diminution, ou une altération du sang dans le crâne.

La partie de ce mémoire qui nous a paru mériter une attention particulière et qui en forme d'ailleurs près des deux tiers est destinée à montrer qu'il existe une espèce de céphalalgie dépendant d'un excès de sang dans les veines encéphaliques et à indiquer le moyen de la reconnaître.

L'inextensibilité, la fixité des parois crâniennes ont fait dire à quelques physiologistes que la quantité de sang contenue dans les organes encéphaliques ne peut varier. En Angleterre même, le docteur Kellie a soutenu cette opinion dans une publication *ex professo* (*On Disorders of the cerebral circulation*, London, 1846). Il a été réfuté spécialement par M. Burrows (*Teerwdie's Library of medicine*, vol. II, art. *Cephalalgia*), qui croit, au contraire, que la quantité de sang contenu dans le crâne est extrêmement variable (*extremely variable*), suivant le temps et les circonstances.

Il est certain que la thèse de M. Kellie est trop absolue. La nature de la boîte crânienne n'entraîne qu'une conséquence: l'invariabilité de volume du contenu en masse; mais la quantité du sang peut varier, à la condition que le centre nerveux sera plus ou moins comprimé, à la condition aussi que le liquide céphalo-rachidien sera plus ou moins abondant et que la pie-mère et ses prolongements seront plus ou moins engorgés. Seulement, l'impossibilité d'une grande variation dans la masse du sang intra-crânien sans un changement parallèle et *simultané* dans le reste du contenu est une condition capitale dans l'étiologie des maladies encéphaliques; et l'on conçoit que dans la pléthore ou dans les soustractions subites de sang, une très faible différence dans la quantité de liquide pourra amener des accidents graves, si, par suite de quelque circonstance pathologique, la différence de pression qui en résulte ne peut être balancée à l'instant. L'auteur, sans entrer dans ces explications, maintient le fait d'une fréquente variation dans la quantité du sang qui circule dans les sinus et dans les veines; il y voit une cause particulière de céphalalgie, soit par pléthore, soit par anémie, et s'attache particulièrement, comme nous avons dit, à la céphalalgie par pléthore locale.

Comment la distinguer des autres espèces? M. Sieweking signale à l'attention un moyen de diagnostic sur lequel un de ses compatriotes, M. Romberg, a beaucoup insisté, et qui est d'ailleurs bien connu: c'est de produire artificiellement une stase dans la circulation cérébrale. On a coutume, dans la pratique, de dire au malade de se baisser comme pour ramasser quelque chose. L'auteur conseille de faire maintenir la poitrine pendant un instant dans la position où la met l'expiration. Une expiration un peu prolongée ne tarde pas en effet à augmenter la pression du sang sur les parois vasculaires du cerveau. Si la douleur augmente aussitôt, pour diminuer sous l'influence de l'inspiration, c'est que la céphalalgie a pour cause un excès de sang; et l'indication qui s'ensuit est de saigner.

Nous ferons quelques remarques sur ce point de pratique. Une respiration trop longtemps soutenue, quand elle *fait monter le sang à la tête*, comme on dit, chez les personnes bien portantes, ne détermine pas de céphalalgie. Si la céphalalgie existe préalablement, et que l'expiration ne fasse que l'augmenter, nous ne voyons pas trop comment on pourrait déduire de ce fait qu'elle avait sa cause prochaine dans une pléthore. L'encéphale, déjà endolori, le devient davantage sous l'influence d'un afflux de sang. Cela laisse tout entière la question de savoir comment et pourquoi s'était produit au début l'endolorissement.

Il est extrêmement probable que des céphalies de tout autre origine se trouvent également fort mal de l'excès de pression auquel on soumet tout à coup le cerveau, de la même manière que la pression sur l'épigastre augmente, par exemple, les douleurs de certaines gastralgies. En réalité, et nous en parlons sciemment pour en avoir fait souvent l'expérience, l'expiration soutenue augmente, et les grandes inspirations soulagent des maux de tête tellement liés à l'embarras intestinal, qu'il suffit d'un laxatif pour les faire disparaître comme par enchantement. Y avait-il alors congestion cérébrale? C'est ce qui n'est pas du tout prouvé. En tout cas — et l'exemple précédent justifie cette remarque — l'épreuve de l'expiration ne saurait suffire pour juger l'indication des évacuations sanguines.

(*Medical Times and Gazette* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 décembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

Insertion au Codex de nouvelles formules. — 1° Une lettre par laquelle il autorise l'insertion au Bulletin de l'Académie de la préparation du fer réduit par l'hydrogène de M. Quevenne;

2° Une semblable autorisation pour la préparation de la digitaline de MM. Quevenne et Homolle;

Choléra. — 3° Différents rapports rédigés par des docteurs et élèves en médecine qui ont donné leurs soins aux cholériques dans les départements où l'épidémie s'est déclarée cette année;

Remèdes secrets. — 4° Diverses communications relatives à des remèdes secrets ou à des moyens de traitement proposés contre le choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Instrument pour l'opération du phymosis. — M. Borelli (de Turin) écrit qu'il a imaginé un instrument pour l'opération du phymosis, construit d'après les mêmes principes que celui qu'a récemment présenté M. Mathieu à l'Académie. (Commissaires: MM. Robert et Jobert.)

Huile de foie de morue. — M. Deschamps (d'Avallon) adresse une note sur la préparation de l'huile de foie de morue. (Commissaire: M. Guibourt.)

Épidémies. — M. Lecœur (de Caen) adresse un rapport sur l'état sanitaire de la commune de Clinchamps-sur-Orne, et surtout sur le village de Pereauville, qui en dépend. (Commission des épidémies.)

Hygiène. — M. Coinze, agronome à Morhange (Moselle), communique un mémoire intitulé *Des lois de la nature pour fournir les principes d'hygiène matérielle, physique et morale.* (Commissaire: M. Collineau.)

— L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement partiel des commissions permanentes.

Pendant qu'on dépouille le scrutin, M. le président donne la parole à M. Duchaussoy pour une lecture.

LECTURES.

Chutes du rectum. — M. Duchaussoy communique à l'Académie des observations à l'appui du mémoire qu'il a lu l'année dernière sur la cause immédiate et le traitement de la chute du rectum chez les enfants. Dans ce travail, l'auteur a cherché à établir que chez les enfants la chute de la muqueuse rectale, ou même de toute l'épaisseur de la portion inférieure du rectum, ne se produit qu'à la faveur de la diminution plus ou moins considérable de la contractilité du sphincter anal; que la guérison de la chute du rectum ne s'effectue qu'à la condition du rétablissement de la contractilité des muscles chargés de fermer l'orifice anal; et qu'en conséquence, en s'adressant directement à ces muscles, on peut obtenir la guérison de la chute du rectum par des méthodes de traitement plus simples, beaucoup moins douloureuses, et au moins aussi efficaces que celles auxquelles on avait eu recours jusqu'alors.

L'auteur a proposé, dans ce but, la strychnine, l'électricité et une modification du procédé de M. Guersant pour la cautérisation de l'anus. Le travail qu'il lit aujourd'hui a pour but de faire connaître de nouveaux faits qui confirment, suivant lui, les conclusions de son premier travail et qui mettent en relief l'action de l'électricité et des cautères en aiguilles. (Commission nommée.)

Anatomie microscopique du tubercule. — M. Mandl lit un travail

intitulé *Du tubercule comparé à quelques autres produits pathologiques*.

La discussion qui a lieu en ce moment devant l'Académie a fourni l'occasion à l'auteur de se prononcer contre l'existence d'un élément particulier, spécifique, qui caractériserait toujours et partout la maladie cancéreuse, comme l'acarus caractérise la gale, comme des champignons caractérisent le favus. Tout au contraire, M. Mandl n'a vu dans les produits de la diathèse cancéreuse que des modifications du tissu normal diverses suivant la nature du tissu atteint par la maladie.

Il se propose d'examiner maintenant cette même question des éléments spécifiques dans son application au tubercule. Doit-on admettre pour le tubercule l'existence d'un élément spécifique qui toujours et partout caractérise ce produit pathologique et qui doit le faire distinguer d'autres lésions anatomiques?

Le travail de M. Mandl a pour but de démontrer qu'il n'en est point ainsi, et voici en quels termes il résume son opinion à cet égard :

1° L'examen microscopique du *reticulum* du cancer et de quelques produits de l'inflammation, surtout de l'inflammation chronique, comme des fausses membranes, des poumons hépatisés, du pus concret, etc., fait connaître l'existence d'éléments identiques par leur forme, leur aspect, leurs dimensions, etc., à ceux que présente la substance tuberculeuse.

2° Il n'existe donc pas d'élément particulier, spécifique, caractéristique du tubercule.

3° Il n'est donc pas permis de parler de l'affection tuberculeuse, parce que dans une production pathologique on rencontre des éléments analogues à ceux que l'on rencontre dans la substance tuberculeuse. (Commission nommée.)

— Voici le résultat du scrutin pour les commissions permanentes :

Epidémies.—Membres sortants : MM. Bricheteau, Gaultier de Claubry.
Nommés : MM. Requin. Barth.

Eaux minérales. — Sortants : MM. Gaultier de Claubry, H. Chevallier.
Nommés : MM. Caventou, Is. Bourdon.

Vaccine. — Sortants : MM. Gibert, Cazeaux.
Nommés : MM. Collineau, Delafond.

Remèdes secrets. — Sortants : Caventou, Poiseuille.
Nommés : MM. G. de Mussy, H. G. de Claubry.

Comité de publication. — MM. Sortants : MM. Bouillaud, Laugier, Requin, Boutron, Leblanc.
Nommés : MM. Ferrus, Bousquet, Larrey, Bouchardat, Bouley jeune.

PRÉSENTATION.

M. Barth présente une pièce d'anatomie pathologique. C'est une rate hypertrophiée d'un volume énorme et d'une forme irrégulière. Cette hypertrophie résultait d'une oblitération de la veine splénique. M. Barth qualifie cet état d'hypertrophie hémorrhagique.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 décembre 1854. — Présidence de M. Combes.

Sur le siége et les principales variétés de cataracte. — M. Malgaigne lit un mémoire dans lequel il s'est proposé d'examiner et de combattre les doctrines les plus généralement répandues sur la cataracte.

En 1840, dit M. Malgaigne, nous connaissions quatre variétés principales de cataracte ; la *cataracte lenticulaire*, débutant par le centre du cristallin ; la *cataracte capsulaire*, affectant la capsule ; la *capsulo-lenticulaire*, combinaison des deux premières ; et enfin la *cataracte de l'humeur de Morgagni*. Ces quatre grandes variétés ne soulevaient pas l'ombre d'un doute ; c'était une doctrine qui semblait assise sur des fondements indestructibles.

Cependant, ayant eu l'occasion de faire à Bicêtre une série de dissections d'yeux cataractés, je fus fort surpris de ne rencontrer jamais ni l'opacité centrale du cristallin, ni l'opacité de la capsule.

Le 22 février 1841, dans une lettre à l'Académie, j'annonçai que toutes ces doctrines avaient été adoptées sans preuves suffisantes. Depuis lors j'ai continué mes recherches ; la majeure partie des doctrines admises il y a quatorze ans sont rentrées dans l'oubli d'où elles n'auraient pas dû sortir ; mais comme quelques rares et tristes débris en subsistent encore, il m'a paru nécessaire de compléter mon œuvre commencée et de dire enfin, touchant le siége et les principales variétés de la cataracte, ce qui est et ce qui n'est pas démontré.

M. Malgaigne fait ici l'histoire de la cataracte depuis le commencement du dix-huitième siècle jusqu'en 1841. Après avoir exposé l'état de la science sur ce point en 1841, M. Malgaigne se résume en ces termes :

Aujourd'hui, treize ans après ma lettre à l'Académie, on a rayé du cadre pathologique la cataracte de Morgagni ; on reconnaît l'excessive rareté des cataractes capsulaires ; la plupart des variétés de l'école allemande sont rapportées aux cataractes lenticulaires ; enfin, il est admis que la plupart de ces dernières commencent à la surface du cristallin. On peut juger par là de la révolution opérée.

Après un examen approfondi de l'origine de toutes ces doctrines et des faits apportés en leur faveur, je crois avoir le droit d'établir les propositions suivantes :

1° Les cataractes débutant par le centre du cristallin sont encore à l'état d'hypothèse ;

2° Il n'existe pas un seul exemple de cataracte capsulaire simple sans opacité du cristallin ;

3° Les cataractes capsulaires compliquées semblent échapper à cette loi ; toutefois l'exception ne s'appuie jusqu'à présent que sur deux observations qui laissent à désirer.

En résumé, jusqu'à présent, et toute réserve faite pour l'avenir, il n'y a que deux grandes variétés de cataractes simples, les *cataractes lenticulaires* et les *cataractes capsulo-lenticulaires*. L'altération du cristallin commence toujours par les couches voisines de la capsule, même quand celle-ci reste transparente ; en sorte que la capsule paraît avoir une influence prépondérante sur les affections du cristallin.

Nouveau mode de cautérisation. — M. Jules Regnault communique une note sur un mode de cautérisation applicable aux cas où le cautère actuel ne peut être employé.

Le cautère dont M. Regnault fait usage est un stylet de platine dont l'incandescence s'obtient en mettant à profit la forte élévation de température qui accompagne le passage d'un courant voltaïque intense dans un fil métallique résistant.

On peut employer pour engendrer le courant une pile de Bunsen, ou mieux une pile de Munck (50 couples), dont le maniement est très commode et le montage très rapide.

M. Regnault décrit un troisième appareil de son invention, dont les avantages naissent, d'une part, de la très haute température que peut atteindre le stylet, et, d'autre part, de sa masse peu considérable. Il résume ainsi, d'après les expériences de M. Nélaton, les indications de son emploi en chirurgie :

1° Cautérisation exercée sur un point très limité à l'aide d'un instrument dont la température est très élevée, cas dans lequel on veut obtenir une destruction complète dans un espace bien circonscrit ;

2° Cautérisation au fond d'une cavité naturelle (pharynx, isthme du gosier, fosses nasales, conduit auditif externe, etc.) ;

3° Cautérisation étendue se faisant à travers un orifice étroit et permettant la conservation du tégument externe (destruction des tumeurs érectiles sous-cutanées à travers une perforation très étroite des téguments) ;

4° Excision périphérique tendant à produire sans hémorrhagie l'ablation de certaines tumeurs dans les régions où l'écoulement sanguin pourrait rendre l'opération difficile ou dangereuse. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

Action physiologique de la vératrine. — MM. Ernest Faivre et Camille Leblanc communiquent un mémoire renfermant des détails d'expériences sur l'action physiologique de la vératrine, dont ils résument les résultats dans des conclusions très développées dont nous extrayons les suivantes :

D'après les expériences qu'ils font connaître, les auteurs sont conduits à admettre que la vératrine exerce trois actions distinctes sur l'organisme animal, en rapport avec les doses plus ou moins élevées du médicament. La première action a lieu d'une manière bien marquée sur le tube digestif ; la seconde sur les organes de la circulation et de la respiration, et la troisième sur le système nerveux et les muscles de la vie animale.

Première période. — La vératrine porte d'abord son action sur le tube digestif, et détermine l'augmentation de la sensibilité, de la contractilité et des sécrétions. L'exaltation de la sensibilité se traduit par les coliques, dont la violence paraît varier suivant les doses de vératrine employées. A la douleur se joignent les phénomènes de contractilité musculaire ; les intestins sont contractés, les mouvements péristaltiques notablement accélérés.

La sécrétion des follicules intestinaux et des glandes salivaires est augmentée par l'action de la vératrine.

Deuxième période. — L'abattement, la prostration des forces et le ralentissement de la circulation forment les caractères tranchés de la seconde période. Toutes les fois qu'il a été possible de constater l'état de la circulation avant et après l'administration de la vératrine, les auteurs ont en effet reconnu la diminution du pouls, et souvent même son irrégularité. La sensibilité leur a toujours semblé diminuée.

Troisième période. — Lorsque les doses de vératrine sont plus considérables, les accès de tétanos ne tardent pas à se manifester.

Dans les premiers moments, les accès tétaniques sont courts et séparés par des intervalles considérables ; mais l'action de la vératrine, se manifestant de plus en plus, provoque des accès plus longs et plus rapprochés ; souvent l'animal succombe après une demi-heure ou une heure ; mais si la vie prend le dessus les accès diminuent progressivement. L'augmentation de la sensibilité accompagne toujours les phénomènes tétaniques.

A l'autopsie des animaux qui ont succombé à la suite du tétanos, on trouve des traces manifestes d'asphyxie.

La vératrine, en raison de son action physiologique, doit être rangée parmi les médicaments excitants du système musculaire : la noix vomique, la strychnine, etc. Comme ces médicaments, elle produit le tétanos, elle augmente la sensibilité, elle détermine l'asphyxie et la mort. La vératrine, en outre, et c'est ce qui en fait un des précieux agents de la thérapeutique, agit à la fois et sur la circulation qu'elle ralentit et sur le tube intestinal qu'elle fait contracter.

Ce médicament est indiqué comme purgatif énergique dans le cas d'obstruction du gros intestin par des matières fécales ; son action puissante sur la muqueuse nasale en fait un excitant et un sternutatoire. Son mode d'action sur le système nerveux de la vie animale justifie son emploi dans les névralgies, dans certaines paralysies et dans la chorée, l'hystérie et le tétanos. Sans doute son action spécifique sur le rhumatisme articulaire aigu s'explique et par l'action révulsive exercée sur l'intestin et par l'excitation ou l'hypostbénisation qu'il produit.

La vératrine pourra aussi être employée avec avantage dans la médecine vétérinaire, chez le cheval dans le vertige abdominal, dans les cas de pelotes stercorales et les diverses névroses, etc.

Chez le chien, la dose toxique est de 15 à 20 centigrammes, suivant la taille, et la dose médicamenteuse est de 5 à 8 centigrammes. Chez le cheval, la dose toxique est d'environ 3 grammes et la dose médicamenteuse de 50 centigrammes à 1 gramme. D'après les proportions ordinaires, la dose toxique de l'homme variera entre 75 et 80 centigrammes et la dose médicamenteuse pourra être portée de 20 à 25 centigrammes. (Commissaires : MM. Serres, Flourens et Rayer.)

Sur la voie par laquelle de petits corpuscules passent de l'intestin dans l'intérieur des vaisseaux chylifères et des vaisseaux sanguins. — MM. F. Marfels et J. Moleschott (de Heidelberg) adressent un résumé des expériences et des observations qu'ils ont faites pour établir que de petits corpuscules à surface lisse (les molécules de la matière noire de la choroïde de l'œil, etc.) passent de la cavité de l'intestin dans les capillaires sanguins du mésentère et dans le cœur. Ces corpuscules passent de l'estomac ou de l'intestin dans les cellules qui tapissent la muqueuse de ces organes ; de là ils pénètrent dans les lacunes des villosités de la muqueuse et de ces lacunes dans les racines librement ouvertes des vaisseaux chylifères.

Les auteurs concluent de ces expériences que la digestion de la plus grande portion de la graisse doit être regardée comme s'opérant en vertu d'un transport mécanique et non pas comme une simple solution, les sucs digestifs ne jouissant du pouvoir saponifiant que pour une petite quantité de la graisse que nous digérons.

— M. Jobert (de Lamballe) prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Lallemand.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 20 décembre, les nominations suivantes ont été faites à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours :

M. Herpin, professeur adjoint de pathologie externe, est nommé professeur titulaire de cette chaire ;

M. Thomas, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé professeur de clinique externe, en remplacement de M. Tonnellé, dont la démission est acceptée ;

M. Allain-Dupré, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint. Il est chargé, en cette qualité, de la chaire d'anatomie et physiologie ;

M. Herpin est nommé directeur de ladite Ecole.

— Le concours pour la place de chef des cliniques de la Faculté de Strasbourg s'est terminé par la nomination de M. le docteur Hergott.

— Par suite de deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de la même ville, ont été nommés internes à l'hôpital civil MM. Picard, Spielmann et Bouchard ; et externes au même hôpital, MM. Crussard, Dupuy, Schutzenberger, Levy, Triponel, Berdot.

— La *Gazette médicale* rapporte le fait suivant, qu'elle signale aux physiologistes :

« Une officier de l'armée française, que le général Martimprey avait chargé de faire une reconnaissance dans les environs de Sébastopol, fut renversé, non par un boulet de canon, mais par la colonne d'air que le projectile refoula violemment en passant tout près de lui. La commotion ressentie par lui fut si intense que sa langue se contracta instantanément, et qu'à partir de ce moment il lui fut impossible de la produire hors de la bouche et de parler.

» Ayant sollicité et obtenu un congé, le blessé débarqua à Marseille ; là quelqu'un entreprit de le traiter au moyen de l'électricité. Dès les premières séances, l'organe affecté si singulièrement commença à se mouvoir avec plus de facilité, mais sans toutefois que le malade pût parler. Quelques jours s'écoulèrent encore sans amélioration bien notable. Enfin, le douzième jour, le patient, décidé à tenter une expérience décisive, se soumit à une commotion électrique d'une intensité tout exceptionnelle, et presque aussitôt le succès qu'on s'était promis se produisit. Au bout de quelques minutes, le malade recouvrait le plein et libre exercice de la parole.

» Aujourd'hui ce militaire est de retour dans ses foyers ; il est complétement guéri, et compte retourner à son poste sous peu de jours. »

— Plusieurs fautes d'orthographe ayant défiguré les noms de quelques-uns des nouveaux internes dont nous avons donné la liste dans notre dernier numéro, nous rétablissons ici cette liste rectifiée :

Internes. — MM. Peter, Luton, Aviolat, Poisson, Fournier, Touzelin, Boncourt (Paul), Marey, Dubarry, Bercioux, Danner, Borde, Auhrée, Genouville, Wiéland, Tamarelle (Mauriac), Nélaton, Charnal, Vibert, Guyot, Créquy, Topinard, Vigouroux, Duhomme, Second (dit Féréol), Gibert (Joseph), Rocque, Lala, Doyen, Pératé, Pana, Bernaudeaux, Bodereau, Pineau, Cavasse, Lecorché, Devousges, Mahieux, Sénac, Molland.

Internes provisoires. — MM. Martin, Schloss, Judée, Dutournier, Despaigné, Blondet, Silvestre, Mercier (Edmond), Métivier, Témoin, Vauvers, Siredey, Mousteu, Dumon, Devers, Péan, Fayel-Deslongrais, Dayos, Larquier, Fleuriot, Dieudonné, Mercier (Jules).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq ;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Agenda médical pour 1855, à l'usage des médecins, pharmaciens et vétérinaires, contenant : 1° un Memento du praticien pour l'emploi des médicaments dangereux, des principales formules, officinales et magistrales, et des agents nouveaux, par le Dr Alph. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. ; 2° la Revue annuelle des travaux académiques, par M. le Dr A. Foucart ; 3° un Résumé pratique des eaux minérales, par M. Constantin James ; 4° l'Extrait du décret impérial en date du 22 août 1854 sur le régime dans les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie en France. Plus un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes ; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires de Paris et des environs ; le service médical de la maison de l'Empereur ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; les maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Ecole de pharmacie, l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; l'Académie de médecine, la Société de chirurgie, et autres Sociétés ; le conseil d'hygiène publique et de salubrité, et les commissions d'hygiène ; la liste des poisons et contre-poisons, avec l'indication des secours à administrer aux noyés et asphyxiés ; la liste par ordre alphabétique des substances actives et toxiques qui ne doivent pas être délivrées sans ordonnance du médecin ; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent ; le tableau des rues de Paris, etc. Format in-18 de 430 pages, dont 190 de calendrier et 240 de renseignements utiles. — Prix, broché : 1 fr. 75 c. à Paris, 2 fr. 50 c. *franco* par la poste ; divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr. 50 c. *franco* par la poste. Prix, relié, suivant le luxe des reliures : de 3 à 9 fr. — Paris, chez Lahé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — *Nota.* Les exemplaires reliés ne pouvant être expédiés par la poste, MM. les médecins sont priés de les faire demander par l'intermédiaire des libraires de leur localité.

Le Sorel.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra. — Foyers épidémiques. — Fièvres puerpérales compliquées d'accidents cholériques.

Le bulletin du choléra pour les huit derniers jours, du 18 au 26 décembre, accuse une diminution notable sur les bulletins des deux quinzaines précédentes. Tandis que la moyenne était de 4 1/2 du 9 novembre au 22, et de 6 du 23 novembre au 15 décembre, elle n'est pour ces derniers huit jours que de 1 et 8/10e environ, et le nombre de malades en traitement au 26 dans tous les hôpitaux et hospices de Paris n'était que de 94 ; tandis qu'il était de 115 au 17 décembre. La diminution est, on le voit, on ne peut plus m[illegible]ée, et le chiffre de cette semaine est le moins élevé que no[illegible] ayons eu à constater depuis le commencement de l'épidémie. Cependant il nous est venu depuis quelques jours des renseignements qui semblaient devoir annoncer un résultat différent. Quelques cas graves, soudain signalés çà et là dans quelques services, et survenus dans des circonstances particulières qui ont pu contribuer à appeler plus spécialement sur eux l'attention, ont pu en imposer à quelques personnes au point de leur faire appréhender un mouvement de recrudescence; mais dès que nous sommes allé au fond des choses, nous nous sommes bientôt convaincu que ces craintes n'étaient point fondées.

Ainsi, il a été fait un certain bruit d'un cas de choléra cyanique, sans évacuations, qui aurait fait rapidement périr un malade auquel on venait de pratiquer l'opération de l'hydrocèle. Ce fait paraît avoir produit une certaine sensation. Nous ne voudrions pas, sur cette simple indication, infirmer un diagnostic que nous devons supposer avoir été porté sous toutes les garanties possibles. Mais, vu les caractères insolites du fait, n'est-il pas permis de se demander s'il n'y aurait pas une méprise possible? Nous sommes d'autant plus fondé à émettre cette possibilité d'erreur, que les exemples de méprises de ce genre ne sont pas rares. Sans vouloir rappeler ici un événement resté tristement célèbre dans les annales du crime, il nous suffirait, pour justifier nos réserves à cet égard, de citer ce qui vient de se passer ces jours derniers sous nos yeux à l'Hôtel-Dieu, dans un service où il n'est certainement pas commun de prendre le diagnostic en défaut.

Une femme est apportée dans les salles de la clinique de M. Rostan, présentant tous les symptômes du choléra : évacuations répétées (vomissements surtout), peau froide, pouls filiforme, aspect grippé et teinte cuivrée de la face, anxiété extrême, à laquelle succède ensuite un état comateux, etc. Cependant, après examen réitéré, M. de Beauvais, chef de clinique, est frappé de la rareté des selles et du contraste qu'elles présentent, sous ce rapport, avec l'abondance et la fréquence des vomissements incoercibles. Cette circonstance suscita dans son esprit des doutes sur la nature cholérique de la maladie, et après un mûr examen il rectifia le premier diagnostic, annonçant qu'on avait probablement affaire à un étranglement interne. La malade ayant succombé, voici ce que révéla l'autopsie :

L'estomac fut trouvé énormément distendu; les sécrétions muqueuses et stomacales qu'il contenait en abondance traversaient librement le pylore et passaient sans obstacle dans le duodénum; mais là elles étaient manifestement arrêtées par un brusque rétrécissement causé par une bride squirrheuse qui circonscrivait entièrement le duodénum, et qui le faisait adhérer avec plusieurs organes voisins, notamment avec la vésicule biliaire, participant elle-même à la dégénérescence squirrheuse. L'oblitération n'était pas complète, mais le calibre du duodénum était tellement réduit qu'il ne pouvait que très difficilement livrer passage aux matières. On trouva en outre d'autres lésions, telles qu'un premier degré de cyrrhose du foie. Ainsi s'expliquèrent les symptômes qui avaient très naturellement pu être pris au premier abord pour le choléra.

Quoi qu'il en soit du fait précédemment cité, et à l'occasion duquel nous n'avons rapporté ce dernier exemple que pour prouver qu'il pourrait bien entrer un certain nombre de méprises du même genre dans le relevé statistique des cas attribués au choléra, il ne serait nullement besoin qu'ils fussent très multipliés, en présence des chiffres ci-dessous, pour y trouver un motif de sécurité. Toutefois il est un fait digne de remarque, et qui, plus que le faible contingent de décès que chaque semaine continue à produire, pourrait peut-être justifier jusqu'à un certain point la crainte de voir d'un moment à l'autre se produire une nouvelle explosion épidémique, c'est la manière même dont se répartissent ces cas. Il semblerait, à en juger par la provenance presque constamment la même d'un certain nombre d'entre eux, qu'il subsiste çà et là sur plusieurs points de Paris comme de petits foyers permanents qui continuent à alimenter le mal.

Ainsi, par exemple, pendant que la plupart des hôpitaux jouissent depuis longtemps déjà d'une immunité parfaite, on voit de temps en temps quelques cas se manifester encore spontanément dans quelques-uns d'entre eux ; c'est ce qui a lieu pour la Charité, par exemple. Il en est de même de l'hôpital de la Clinique et notamment du service d'accouchement, où depuis le commencement de l'épidémie, c'est-à-dire depuis plus d'un an, les fièvres puerpérales et le choléra n'ont presque point cessé d'exercer leur fatale influence sur les nouvelles accouchées, tantôt se succédant et se remplaçant alternativement, tantôt marchant de pair et se compliquant chez les mêmes malades. Tout récemment encore un enfant nouveau-né est mort, dans le service, d'un choléra très confirmé. Une femme nouvellement accouchée a été atteinte de l'affection puerpérale régnante d'abord, puis il s'y est joint des phénomènes cholériques, symptômes de choléra et de fièvre puerpérale marchant parallèlement, jusqu'à ce qu'enfin, ces derniers ayant pris le dessus, la malade a succombé.

Nous pourrions signaler aussi en ville certains quartiers et certaines maisons qui semblent constituer de semblables foyers cholériques, notamment une maison de la rue du Four-Saint-Germain, où avec un de nos confrères nous avons eu à constater près d'une vingtaine de cas de choléra depuis le commencement de l'épidémie. C'est là une circonstance qui nous paraît offrir un sujet d'étude et de méditation aux médecins et aux fonctionnaires préposés à la salubrité publique.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Mouvement des hôpitaux de Paris du 18 au 26 décembre.

	CAS NOUVEAUX.	DÉCÈS.
18 décembre.	3	1
20 —	2	0
21 —	1	1
22 —	2	2
23 —	1	2
24 —	2	2
25 —	2	1
26 —	2	2

Situation au 26 décembre.

Cas traités depuis le commencement de l'épidémie.		6,944
Sorties.	3,239 }	6,867
Décès.	3,628 }	
Restant en traitement.		74

De quelques accidents nerveux d'origine syphilitique.

Dans notre Revue du 17 décembre nous avons entretenu nos lecteurs d'un malade du service de M. Nélaton qui, après avoir contracté quelque temps avant une syphilis, présenta successivement des accidents cérébraux suivis d'hémiplégie, puis une iritis avec une petite tumeur condylomateuse de l'iris faisant saillie dans le champ de la pupille; M. Nélaton n'hésita pas à considérer ces accidents comme dépendant de l'infection syphilitique. Nous avons rappelé à cette occasion quelques faits analogues qui tendaient à justifier ce diagnostic.

A peu près en même temps, M. Sandras nous signalait dans son service quelques exemples de paralysies et de lésions diverses du système nerveux qui lui paraissaient aussi avoir la même origine. De ce nombre, notamment, était une femme présentant une série de troubles nerveux dont le diagnostic paraissait, au premier abord, des plus difficiles, et chez laquelle il survint intercurremment une paralysie de la paupière supérieure. Ce phénomène seul suffit, aux yeux de M. Sandras, pour lui faire attribuer tous ces accidents à la cachexie syphilitique.

Voici à ce sujet quelques-uns des faits qui l'ont autorisé à considérer cette paralysie de la paupière supérieure comme un signe presque certain d'infection syphilitique.

Un malade ayant eu les antécédents syphilitiques les plus caractérisés se présenta à l'hôpital Beaujon, où était alors M. Sandras, portant encore des traces non douteuses d'une affection vénérienne chronique, exostoses considérables sur les os de la face, avec douleurs ostéocopes. Ce malade avait déjà eu quelque temps auparavant, avec d'autres symptômes tertiaires de la nature de ceux qu'il offrait en ce moment, une paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure du côté droit ; cette paralysie avait disparu avec les symptômes concomitants sous l'influence d'un traitement spécifique. A l'époque de son entrée à Beaujon, il avait, avec les symptômes rappelés plus haut, une paralysie des deux avant-bras et un abaissement de la paupière supérieure gauche, que l'usage de l'iodure de potassium a promptement fait disparaître.

Chez un autre malade entré dans le même service pour une aphonie, que sa concomitance avec des symptômes de syphilis consécutive fit attribuer à la même cause, un nouveau symptôme vint compliquer son état pendant son séjour à l'hôpital : c'était la paralysie des deux paupières supérieures.

Ces faits, joints à un grand nombre d'autres semblables que M. Sandras a eu l'occasion d'observer, lui paraissent établir entre cette paralysie et l'infection syphilitique un rapport assez constant pour qu'à l'aspect seul de ce symptôme il se croie désormais fondé à diagnostiquer une cachexie syphilitique.

Mais la paralysie de la paupière supérieure n'est pas le seul phénomène nerveux de cet ordre que M. Sandras a eu l'occasion d'observer sous l'influence de la diathèse syphilitique. Chez le sujet même dont il vient d'être question, il a vu survenir quelque temps après la manifestation de cet accident une paraplégie avec perte complète du mouvement et du sentiment sans qu'aucune autre cause ait pu en expliquer le développement. Tous ces symptômes furent également amendés par le traitement de l'iodure de potassium.

M. Sandras rapporte dans son *Traité pratique des maladies nerveuses* l'histoire d'un épileptique qui guérit par l'emploi d'un traitement antisyphilitique que les antécédents avaient indiqué. On y trouve aussi des exemples, connus d'ailleurs, d'amauroses, de paralysies et d'hémiplégies ayant la même source. Parmi tous les faits de ce genre que rapporte M. Sandras, celui qui nous a le plus frappé par son analogie avec le fait de M. le professeur Nélaton est le suivant :

Un homme, ayant eu dans sa jeunesse une multitude d'accidents syphilitiques, vit survenir, il y a quelques années, une iritis qui fut considérée comme d'origine suspecte et traitée en conséquence. Mais quelque temps après, il éprouva d'abord un peu d'affaiblissement dans les organes des sens, particulièrement dans l'ouïe, puis des lourdeurs de tête avec douleurs lancinantes, se faisant sentir surtout la nuit. De nouveaux symptômes se manifestèrent à quelque temps de là : c'étaient de petits accès de vertige, durant quelques minutes et suivis d'un grand sentiment de faiblesse. Enfin, un beau jour la parole s'embarrassa subitement, et le malade se laissa tomber, mais sans perdre connaissance. Il se releva hémiplégique. Tout le côté gauche, y compris la face, fut complétement frappé de perte de mouvement. Il y avait en même temps un strabisme convergent dépendant d'une lésion du mouvement des muscles de l'œil droit et diplopie. Un traitement antisyphilitique fut institué et fut suivi d'un prompt amendement dans tous les symptômes.

On voit combien l'analogie est grande dans ces deux cas, où non-seulement les mêmes phénomènes se produisent chez des sujets antécédemment atteints de syphilis, mais où on les voit se produire dans le même ordre de succession, avec la même gradation et au milieu d'un ensemble de conditions semblables, et qui excluent également l'idée d'hémorrhagie cérébrale ou de toute autre lésion aiguë du cerveau.

Quant au malade de M. Nélaton, son état actuel est déjà lui-même un commencement de démonstration en faveur du diagnostic porté par ce professeur. On se rappelle qu'il a été mis à l'usage de l'iodure de potassium. Or depuis qu'il est sous l'influence de cette médication un changement notable s'est déjà opéré en lui. L'iritis va sensiblement mieux; la teinte de l'iris est maintenant à peu près normale; la petite tumeur condylomateuse a presque disparu; la vue est meilleure. Mais ce qui est surtout digne d'attention, au point de vue qui nous occupe, c'est l'amélioration notable survenue dans l'état des membres paralysés. On en a pu calculer presque mathématiquement les progrès à l'aide du dynamomètre. On avait constaté, au moment où le malade a été mis en traitement, qu'il ne pouvait faire marcher l'aiguille du dynamomètre que de 14 degrés; ces jours derniers il pouvait la faire aller jusqu'au 21e degré. Les membres inférieurs ont également acquis de la force; le malade marche avec beaucoup plus de facilité.

Fistule urétro-pénienne. — Procédé autoplastique.

M. Nélaton a pratiqué mercredi dernier, dans l'amphithéâtre de la clinique, une opération autoplastique pour remédier à une fistule urétro-pénienne. La méthode à laquelle il a eu recours a déjà été mise en pratique par lui-même avec succès dans plusieurs circonstances analogues, notamment dans un cas qui a été publié dans la *Gazette des Hôpitaux*. Bien qu'il ne s'agisse pas par conséquent d'une méthode nouvelle, ou plutôt précisément parce qu'elle compte déjà en sa faveur des précédents heureux, il nous paraît utile d'en signaler à nos lecteurs une nouvelle application qui donne tout lieu d'espérer un nouveau succès de plus.

Il s'agissait d'une fistule située à la région postérieure de la verge, sur le trajet du canal de l'urètre et vers la partie moyenne environ de cet organe.

Avant de décrire l'opération pratiquée par M. Nélaton, rappelons d'abord quelles sont les indications qu'il s'est proposé de remplir par cette méthode et en vue de quelles conditions spéciales il l'a imaginée.

Une première condition pour assurer le succès d'une urétroplastie est que les parties soient assez exactement mises en contact pour fermer la fistule, et qu'elles se correspondent par de larges surfaces et non point par des bords.

Comme deuxième condition, il faut que les parties mises en contact présentent un degré suffisant de vitalité, ce qui implique les conditions secondaires suivantes : étendue et épaisseur assez considérables du lambeau ; nutrition du lambeau suffisamment assurée par une vascularisation convenable.

La troisième condition est que les lambeaux s'appliquent naturellement et facilement d'eux-mêmes, sans nécessiter des tiraillements qui auraient pour effet inévitable de faire rompre les points de suture.

Enfin, pour quatrième condition il faut autant que possible que les fils ne se trouvent pas dans le voisinage du canal de l'urètre.

Or, ces conditions et indications bien posées, on comprendra aisément le but de chacun des temps et de chacune des manœuvres dont se compose cette opération.

Le malade étant couché sur le dos, la verge relevée sur l'abdomen, l'opérateur a pratiqué d'abord une incision transversale de 2 centimètres d'étendue environ, à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi en arrière de la fistule, c'est-à-dire entre celle-ci et la racine du membre. Cette incision ne comprend que la peau. Cela fait, introduisant la lame de l'instrument à plat sous la peau, il la fait cheminer vers la fistule en décollant devant soi la peau, de manière à l'isoler entièrement de l'urètre, et cela jusqu'à ce que la pointe de l'instrument vienne ressortir dans la fistule même, en dédoublant l'épaisseur de son bord postérieur.

Une incision semblable est pratiquée ensuite en avant de la fistule et à peu près à la même distance, incision de la même étendue que la première, et qui, comme celle-ci, ne comprend que l'épaisseur de la peau. Ici on répète la même manœuvre; c'est-à-dire qu'une lame étroite est glissée sous la peau pour décoller ce tégument de l'urètre jusqu'au bord antérieur de la fistule, que la pointe de l'instrument doit également dédoubler. Cela fait, l'opérateur passe un ténotome à pointe mousse dans le trajet sous-cutané ainsi pratiqué d'une incision à l'autre, et retournant alternativement son tranchant à droite et à gauche, il achève de décoller complétement toute la portion de peau comprise entre les deux incisions, de manière à la transformer en un véritable pont mobile n'adhérant au corps du pénis seulement que sur les côtés, et pouvant être facilement déplacé soit en avant, soit en arrière, de manière à détruire complétement les rapports de l'orifice cutané de la fistule et de l'orifice urétral, désormais indépendants l'un de l'autre. En effet, ayant légèrement attiré en arrière ce pont de peau, qui en vertu de sa rétractilité naturelle était déjà devenu trop petit pour recouvrir la totalité de la plaie résultant de la dissection, il a suffi de mettre son bord libre postérieur en contact avec la lèvre correspondante de la peau du pénis restée fixe, pour que les deux orifices cutané et urétral de la fistule ne se correspondissent plus et que ce dernier se trouvât complétement recouvert par une portion saine du pont cutané. Une application de trois ou quatre serres-fines a suffi pour maintenir les choses ainsi d'une manière permanente, en faisant adhérer immédiatement les deux lèvres de l'incision postérieure. Quant à l'incision antérieure, ses lèvres sont restées écartées et ont laissé entre elles une petite plaie, qui a été pansée à plat et dont la cicatrisation devra contribuer à assurer le rapport nouveau des parties et la guérison définitive de la fistule.

Nous attendrons le résultat de cette opération pour la comparer avec les diverses méthodes qui ont été mises en usage en pareil cas.

Rhumatisme articulaire chronique, dit rhumatisme noueux. Traitement par la teinture d'iode.

On voit depuis quelque temps dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, un malade qui présente un exemple d'une variété de rhumatisme articulaire peu connue, et que MM. Trousseau et Lasègue ont décrite sous le nom de rhumatisme noueux (*rhumatismus nodosus*), dans un travail qu'ils ont publié en commun dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1846 sur les eaux minérales des bords du Rhin. Le malade qui est affecté de cette espèce de rhumatisme est un homme d'une trentaine d'années environ, vannier de son état, et travaillant habituellement depuis plusieurs années dans une sorte de cave humide. Sans autre cause connue et appréciable que ce séjour habituel dans un lieu humide, il fut pris pour la première fois, il y a environ trois ans, d'une douleur vive dans l'une des articulations des phalanges du pied, bientôt suivie du gonflement de cette partie. Toutes les articulations des orteils ont été ainsi successivement prises, puis est venu le tour de l'articulation de l'épaule, puis du coude, puis du poignet et des doigts. Mais toutes ces invasions successives de douleurs et de gonflements articulaires ont toujours été apyrétiques. Le malade n'a jamais eu la fièvre dans aucun moment de sa maladie; il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu ni de rhumatisme musculaire. Lorsqu'il est entré à l'hôpital, il avait toutes les articulations des mains et des pieds prises, ne pouvant ni se servir de ses mains, ni marcher. Toutes ces articulations étaient noueuses, non point irrégulièrement bosselées et plus développées d'un côté que de l'autre, comme cela se voit habituellement dans la goutte, mais d'une manière à peu près régulière et uniformément obronde.

D'après MM. Trousseau et Lasègue, qui ont eu l'occasion de rencontrer de fréquents exemples de ces sortes de rhumatismes apyrétiques essentiellement chroniques dès leur invasion même, dans les établissements thermaux des bords du Rhin, où ils affluent en grand nombre, c'est une des formes de rhumatisme les plus rebelles, et celle qui se montre le plus réfractaire à l'emploi des eaux minérales. Déjà, dans quelques cas semblables, M. Lasègue, après avoir vainement épuisé plusieurs médications sans aucun succès, notamment la médication par l'iodure de potassium, avait eu l'idée de soumettre ces malades à l'usage de la teinture d'iode seule, préconisée par quelques médecins dans certaines formes de goutte atonique. Il en avait obtenu des résultats très remarquables, en particulier chez une femme qui était naguère encore dans la salle Saint-Bernard, et qui avait pris jusque-là, sans aucune apparence de profit, des doses élevées d'iodure de potassium. Bref, ce malade a été mis à l'usage de la teinture d'iode à la dose de 20 gouttes d'abord, puis en augmentant graduellement jusqu'à 4 grammes par jour, mais fractionnée et divisée par son mélange avec ses boissons et ses aliments. Au bout de quelques semaines de l'usage de cette médication, il est survenu un amendement notable dans l'état de ce malade. Les douleurs ont été très sensiblement calmées; les gonflements articulaires ont diminué, et les mouvements sont devenus beaucoup plus libres et plus faciles qu'ils n'avaient été depuis bien longtemps.

C'est un fait à suivre jusqu'à constatation de la guérison définitive et complète.

Entorse du poignet gauche. — Gonflement et douleurs de la main survenant très promptement à l'occasion de chaque tentative d'exercice des doigts. — Emploi de l'électro-magnétisme. — Guérison.

Mlle G..., modiste, âgée de vingt ans, native des environs d'Aix en Savoie, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, fit en 1852 une chute dans laquelle elle voulut se garantir avec le membre thoracique gauche, la main renversée sur l'avant-bras. Il en résulta un gonflement notable de l'articulation radio-carpienne gauche accompagné de douleurs vives. Des sangsues, des cataplasmes, des frictions avec le baume tranquille, etc., amenèrent au bout de deux mois la guérison et permirent à la malade de se livrer de nouveau à sa profession.

Au mois de juillet 1853, Mlle G... fit une nouvelle chute, et cette fois encore elle se garantit avec la main gauche alors fléchie sur l'avant-bras. Le gonflement et les douleurs qui reparurent dans l'articulation et principalement au dos de la main furent traités pendant six semaines par des fomentations avec de l'eau de saturne, des cataplasmes, des frictions avec la pommade de belladone, la teinture d'arnica, etc., sans obtenir une grande amélioration. Des frictions avec l'huile de morphine, l'immobilisation de l'articulation au moyen d'attelles, des sachets de sel ammoniaque arrosé d'eau de Cologne produisirent un peu de soulagement, et enfin des douches avec les eaux minérales d'Aix en Savoie amenèrent une guérison qui se maintint pendant huit mois.

Au mois d'avril 1854 Mlle G..., ayant vu reparaître le gonflement et les douleurs déjà signalés à la suite d'un travail trop assidu, vint consulter MM. Amussat. Des sachets de sel ammoniaque arrosés d'eau de Cologne, des bains alcalins, l'immobilisation de l'articulation au moyen d'un appareil ouaté n'amenèrent qu'un soulagement passager, disparaissant à la moindre fatigue.

Au mois d'août dernier, M. Amussat fils, voyant que le traitement suivi jusqu'alors n'avait amené qu'une amélioration que l'exercice des doigts faisait promptement disparaître, proposa à Mlle G... d'employer l'électro-magnétisme. A cette époque, il n'existait qu'un gonflement assez uniforme du dos de la main, avec une légère rougeur sans douleur lorsque la malade ne s'était pas fatiguée; mais le soir, si elle avait travaillé dans la journée, il survenait de la douleur, la rougeur et le gonflement augmentaient au point de l'obliger de suspendre ses occupations.

Tous les deux jours, pendant quelques minutes seulement, M. Amussat fils employa l'électro-magnétisme de la manière suivante :

La malade tenant dans sa main droite un cylindre creux en cuivre en rapport avec l'un des pôles de l'appareil, il touchait le dos et la paume de la main avec une éponge mouillée placée dans l'ouverture d'un petit cylindre de cuivre en rapport avec l'autre pôle de la machine. Le courant galvanique était produit par une petite pile de Bunsen, mis en rapport avec un appareil électro-magnétique se graduant à volonté.

Ce traitement fut fait régulièrement pendant tout le mois d'août et le commencement de septembre ; à dater du 15 de ce mois, la malade, ayant pu reprendre ses occupations, cessa de se présenter à la consultation.

Le 27 de ce mois, nous avons vu Mlle G... ; elle nous a dit avoir travaillé et même s'être beaucoup fatigué la main gauche depuis le mois de septembre sans avoir vu reparaître ni le gonflement, ni la rougeur, ni les douleurs qui l'avaient forcée de suspendre ses occupations pendant plusieurs mois. On remarque seulement un très léger gonflement sur le trajet du troisième métacarpien ; mais la malade nous dit qu'il a toujours existé depuis sa première chute.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 décembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Follin montre la dissection du polype naso-pharyngien développé chez un enfant dont M. Guersant a déjà entretenu la Société. Ce polype, qui prend insertion à la partie inférieure du corps du sphénoïde, un peu en avant de la selle turcique, forme à sa partie antérieure deux lobes, dont l'un, le supérieur, a pénétré dans l'orbite, repoussé l'œil en avant, détruit la lame criblée de l'ethmoïde et perforé la cavité crânienne sans altérer la dure-mère; le lobe inférieur, le plus volumineux, s'est introduit dans la cavité du sinus maxillaire. Ces lobes, divisés à leur surface en plusieurs lobules arrondis, n'ont contracté aucune adhérence avec les parties voisines, et l'on conçoit qu'il eût été possible de les en séparer sans trop grande difficulté. L'adhérence au sphénoïde se fait d'une façon assez remarquable; la lame compacte de la face inférieure de l'os est détruite, et l'insertion du pédicule se fait par la pénétration d'une série de papilles fibreuses dans les aréoles du tissu spongieux.

— Après cette communication, M. Verneuil fait à la Société la communication suivante sur la structure micrographique de la tumeur.

Le tissu de la tumeur est ferme, un peu élastique, d'apparence fibreuse, blanc légèrement rosé, criant légèrement sous le scalpel; le raclage pratiqué sur la coupe n'en extrait ni pulpe, ni suc. La pression fait seulement sortir une très petite quantité d'un liquide rosé, transparent, un peu visqueux. La coupe du tissu est très homogène, et ne montre qu'une très petite quantité de vaisseaux dont l'ouverture est béante à la manière des sinus. La surface extérieure de la tumeur est recouverte par la muqueuse pituitaire, très vasculaire et qui n'a que des adhérences lâches établies par un tissu cellulaire lâche.

La surface de cette production présente des divisions plus ou moins profondes qui la divisent en lobes volumineux, généralement lisses et sans bosselures.

Examen microscopique. — 1° Le fluide extrait par la pression renferme une certaine proportion d'éléments fibro-plastiques libres : noyaux libres, allongés ; cellules fibro-plastiques ; corps fusiformes grêles et longs, sans noyaux. Les noyaux libres sont rares relativement aux corps fusiformes.

2° En enlevant des tranches très minces de la tumeur, on retrouve une structure essentiellement fibreuse, mais à des degrés très variables de développement, et avec cet aspect si différent de l'état normal que présente le tissu fibreux accidentel.

A. Dans les points les plus mous et les plus vasculaires, la masse est formée par une grande quantité de cellules fibro-plastiques réunies, cohérentes, condensées, dans lesquelles on ne distingue qu'avec peine les noyaux.

B. Dans d'autres points plus solides, on ne voit qu'une substance opaque, obscure, finement granulée, et dans laquelle on ne voit pas d'éléments anatomiques distincts, mais bien une apparence fibroïde due à des faisceaux larges et confus. Sur les confins de la préparation, on voit quelques fibres et quelques corps fusiformes isolés.

En traitant les divers échantillons par l'acide acétique, toute la préparation devient plus claire, les noyaux fibro-plastiques deviennent très apparents, et l'on peut juger par leur mode de groupement, par leur confluence plus ou moins grande, de l'état plus ou moins parfait du tissu fibreux. Plus le tissu est dur et se rapproche du type fibreux, plus les noyaux sont espacés, petits, déformés ; plus, au contraire, le tissu est mou, vasculaire, jeune, si on peut ainsi dire, plus les noyaux sont nombreux, rapprochés et semblables à ceux qui sont libres.

3° La muqueuse de la surface présente sa structure normale.

Il résulte de cet examen que la tumeur n'a aucun des caractères des productions cancéreuses, qu'elle n'a rien de spécial, qu'elle est tout à fait analogue aux tumeurs fibreuses pédiculées naissant du périoste, et qui ont été décrites sous le nom de polypes fibreux du pharynx.

La seule différence qui existe au point de vue anatomique consiste peut-être dans une dureté moins grande, dans une organisation moins complète du tissu fibreux qui renferme encore une proportion considérable de noyaux : ce qui rapproche cette production des tumeurs fibro-plastiques. L'époque très récente à laquelle la maladie a apparu, ses progrès, son développement très rapide, l'âge du sujet rendent très bien compte de cette particularité.

M. Gosselin, tout en constatant l'unité du pédicule, fait remarquer sa largeur, qui n'est pas sans importance pour la médecine opératoire.

M. Richard rappelle l'analogie de ce fait avec deux autres observés par M. Nélaton.

LECTURE.

M. le docteur Fano lit un mémoire intitulé *Des effets produits chez l'homme par la résection d'un des nerfs pneumo-gastriques et par la ligature de l'une des carotides.* (Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Denonvilliers, Robert, Forget.)

RAPPORT.

M. Desormeaux lit le rapport suivant, sur un travail de M. le docteur Philippe, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux :

Messieurs, M. le docteur Philippe, chirurgien en chef de l'hôpital

militaire de Bordeaux, vous a adressé une *Observation d'amputation dans l'articulation scapulo-humérale pour une tumeur encéphaloïde de l'humérus*, en y ajoutant *Quelques réflexions sur les soins à donner aux amputés*.

Le sujet de l'observation, lorsqu'il entra à l'hôpital, était atteint depuis quinze jours seulement d'une tumeur à la partie antérieure moyenne du bras droit. L'apparition de cette tumeur avait été précédée pendant un mois de douleurs sourdes et d'engourdissement.

M. Philippe ne le vit que trois mois plus tard. Alors la tumeur était du volume d'un œuf d'oie, adhérente à l'os, lisse, résistante, élastique, sans fluctuation ni pulsations; elle ne présentait ni rougeur, ni chaleur, ni douleur. M. Philippe la considéra comme de nature fibreuse, et prescrivit un emplâtre de Vigo, la compression méthodique, et comme traitement interne des pilules de Gama, composées d'extrait de ciguë et de calomel. La tumeur se développait toujours, et l'imminence de la salivation força de cesser le traitement. On fit alors sur le centre de la tumeur deux applications successives de caustique de Vienne, pour pénétrer profondément dans la masse morbide. Il n'en résulta aucune modification dans la marche de l'affection, qui continua à faire des progrès.

Enfin la tumeur devint de plus en plus adhérente, et s'étendit jusqu'à l'aisselle. Pour éclairer le diagnostic, on fit une ponction exploratrice. Il ne s'écoula que du sang, et l'on put constater que le trocart se trouvait au sein d'un tissu morbide qui ne cédait aux mouvements de l'instrument qu'avec un craquement analogue à celui que produit la déchirure du tissu hépatique.

M. Philippe pensait que la désarticulation était la seule ressource à proposer, mais les autres officiers de santé de l'hôpital militaire, réunis en consultation, furent d'avis qu'il fallait tenter l'extirpation et ne pratiquer la désarticulation que dans le cas où la dissection démontrerait l'impossibilité d'enlever autrement tout le mal. M. Philippe se rendit à cette opinion et pratiqua l'opération de la manière suivante :

Le malade chloroformé fut emporté endormi dans la salle d'opération et l'anesthésie fut continuée par la respiration ménagée du chloroforme.

M. Philippe commença par faire deux incisions circonscrivant une ellipse de 11 centimètres de long sur 6 de large, dans laquelle se trouvait la plaie faite par le caustique. La dissection, d'abord très facile, devint très laborieuse quand il fallut séparer le biceps de la tumeur à laquelle il adhérait fortement, et M. Philippe reconnut enfin qu'il y avait des adhérences intimes avec l'humérus et qu'il avait affaire à un encéphaloïde remontant jusque dans l'aisselle. Alors il fit la désarticulation par la méthode ovalaire et réunit la plaie immédiatement, excepté dans un point qu'il réserva à la partie inférieure pour l'écoulement des liquides. La réunion se fit par première intention; les ligatures ne tombèrent que du vingt et unième au vingt-quatrième jour, et la guérison fut complète un mois après l'opération.

La tumeur isolée pesait environ 1 kilogramme et présentait tous les caractères de l'encéphaloïde. L'examen microscopique, fait par M. le docteur Adam (de Bordeaux), donna le même résultat. M. Adam en avait donné un dessin qui devait se trouver dans le mémoire de M. Philippe, mais qui ne nous a pas été remis. La tumeur paraissait avoir pris naissance dans le périoste; l'humérus était sain, suivant M. Philippe, qui y signale cependant un pertuis anomal dont il n'explique pas la présence.

Cette observation nous a paru intéressante tant au point de vue du développement rapide de la maladie qu'au point de vue de l'opération qui a été pratiquée. Nous n'admettons pas cependant avec M. Philippe que ces deux opérations coup sur coup soient extrêmement rares dans les annales de la science. Tous nous en avons vu des exemples, et il y a longtemps déjà que notre collègue M. H. Larrey a signalé, comme un des avantages de la méthode de son père pour la désarticulation de l'épaule, la faculté d'arrêter l'opération et de la transformer si après la première incision on s'aperçoit que l'on peut enlever le mal sans sacrifier le membre. Mais nous n'en devons pas moins approuver la conduite de M. Philippe et reconnaître qu'on doit agir comme lui dans des cas analogues, c'est-à-dire commencer l'opération qui doit entraîner le moindre sacrifice, en ayant soin de faire les incisions de façon à conserver la possibilité de l'amputation si plus tard elle est reconnue nécessaire.

M. Philippe attache avec raison une grande importance à la chloroformisation; il voudrait qu'un aide de confiance en fût toujours chargé pour débarrasser l'opérateur de toute préoccupation étrangère à l'opération. Ce vœu sera sans doute partagé par tout le monde; mais, si en agissant de la sorte on peut éviter des causes d'accidents, on ne pourra cependant pas supprimer tout danger, et nous n'avons pas compris pourquoi le malade avait été anesthénisé avant d'être apporté dans la salle d'opération, car en agissant ainsi on prolonge inutilement le temps pendant lequel le malade est exposé aux accidents de la chloroformisation. L'habitude générale de chloroformiser le patient dans l'endroit où il doit être opéré est bien préférable.

M. Philippe pense que l'emploi du chloroforme exerce une heureuse influence sur les résultats des opérations. A l'appui de cette opinion, qui est aussi celle de quelques-uns de nos collègues, il donne la meilleure preuve que l'on puisse demander, je dirais presque la seule qui puisse décider cette question : il envoie, en effet, avec son mémoire un tableau de 13 cas d'opérations graves pratiquées par lui à l'hôpital de Bordeaux sans avoir eu à enregistrer un seul décès. Sans doute on trouvera ce nombre bien faible et rien ne prouve qu'il n'en aurait pas été de même sans le chloroforme; mais c'est un tribut qui peut devenir utile en l'ajoutant à la masse lorsqu'on voudra recourir à la statistique.

Du reste la question est complexe, et il ne faudrait pas attribuer à l'anesthésie plus que sa part légitime. M. Philippe, qui apprécie également l'action des pansements et du traitement consécutif, termine son mémoire par un aperçu des méthodes de pansement et de traitement qu'il emploie à la suite des amputations.

Il commence constamment par appliquer sur le membre une bande roulée destinée à empêcher la contraction des parties molles, comme on le faisait toujours autrefois et comme on le fait souvent encore aujourd'hui. Ensuite il réunit les bords de la plaie au moyen de la suture. Le reste du pansement présente surtout cela de particulier que M. Philippe remplace le linge fenêtré enduit de cérat par un morceau de grosse mousseline mouillée. Cette mousseline a l'avantage de laisser passer très facilement les liquides et en même temps d'adhérer en séchant aux parties voisines et de former un nouveau moyen de réunion. Le reste du pansement est à peu près semblable à celui qui est généralement usagé.

M. Philippe lève le premier appareil le lendemain de l'opération. Cette méthode a l'avantage de procurer au malade un grand soulagement, en le débarrassant des linges imprégnés de sang et de sérosité, et de permettre de constater l'état des choses. Le deuxième appareil reste en place de trois à cinq jours, suivant la saison, l'état du sujet et la nature du liquide qui s'échappe de la plaie. Les autres pansements sont rares, tous les deux jours environ, à moins que la suppuration ne soit abondante. Pour les soins, M. Philippe pose les règles suivantes : ablutions rares et peu abondantes, et pansements rapides.

Quant à l'hygiène des opérés, M. Philippe les tient à une diète très sévère au commencement, et n'augmente la ration que très lentement. Cette pratique s'éloigne assez de celle de la plupart des chirurgiens actuels. Mais nous ne pensons pas que ce soit une raison de la critiquer; nous croyons plutôt, nous qui sommes dans un système opposé, que la différence tient surtout à la différence qui existe entre nos malades, et nous rappellerons ici qu'à l'époque de la grande vogue de la méthode dite physiologique, les succès obtenus par son auteur dans son service militaire, et que n'obtenaient pas au même degré les médecins de la ville, furent généralement attribués à la même cause.

Enfin, en terminant son travail, M. Philippe indique l'usage qu'il fait de la mousseline à pansement pour le diagnostic des fistules. Pour cela il introduit dans le rectum un doigt coiffé d'un morceau de mousseline mouillée, puis il fait par la fistule une injection iodée. Si la fistule est complète, l'iode, en agissant sur l'amidon qui entre dans l'apprêt de l'étoffe, y produit une tache bleue qui indique le siége de l'orifice interne.

Nous espérons, messieurs, que cette analyse suffira pour vous montrer l'intérêt que présentent les communications de M. Philippe. Le seul reproche que nous trouvions à lui faire est d'avoir apporté peut-être trop de sobriété dans les détails et trop de concision dans l'exposition des sujets intéressants qu'il a traités, et de laisser souvent ainsi au lecteur le soin de trouver lui-même les avantages de ce qu'il propose.

Nous vous rappellerons que vous avez reçu dernièrement une lettre de M. Philippe, qui vous exprimait un vif désir de devenir correspondant de la Société de chirurgie; aussi nous vous proposons :

D'adresser des remercîments à l'auteur de ce travail; de l'admettre au nombre des membres correspondants de la Société de chirurgie, et de renvoyer son travail au comité de publication.

— A la suite de cette lecture, une discussion s'engage sur quelques points du travail de M. Philippe.

M. Michon aurait désiré trouver dans le rapport de M. Desormeaux quelques remarques critiques sur plusieurs points de la pratique suivie par M. Philippe dans ce cas. Ainsi, sans blâmer d'une façon absolue cette opération en deux temps, il ne faut pas lui donner une trop haute approbation, car c'est là une manière de renoncer au diagnostic, et l'on ne doit que rarement saisir l'occasion de s'abandonner ainsi sans diagnostic à une opération. Quelques réserves me semblent aussi devoir être faites sur cette chloroformisation commencée dans les salles et qui permet de porter à l'amphithéâtre le malade endormi. Les dangers du chloroforme sont ainsi augmentés sans grand profit pour le malade.

Restent ensuite des moyens qui sont usuels, bons sans doute, mais peu neufs : tel est le procédé de pansement indiqué par M. Philippe. Les ablutions prolongées que proscrit M. Philippe paraissent aussi mauvaises à M. Michon. Quant au nombre des pansements, on ne peut poser à cet égard de règle générale.

Le régime alimentaire des opérés conseillé par M. Philippe n'a rien de bien nouveau. Il y a vingt-cinq ans, tandis que la plupart des chirurgiens mettaient leurs opérés à la diète, un seul homme les nourrissait, c'était M. Guerbois, et sa pratique était fort heureuse. M. Michon, qui avait suivi le service de M. Guerbois, appliqua sa pratique avec grand succès à l'hôpital Beaujon, et sur 12 grandes opérations qu'il fit dans cet hôpital il n'eut pas un mort. Blandin, qui pratiquait dans le même hôpital et mettait ses opérés à une diète rigoureuse, en perdait beaucoup.

M. Larrey rappelle d'abord les titres scientifiques de M. Philippe, qui, placé à la tête de grands services chirurgicaux, possède une expérience très étendue et très éclairée. Il fait ensuite remarquer que ce chirurgien ne s'est décidé à une ablation partielle que pour se rendre à l'avis de ses confrères, car le sien était d'amputer. Quant à l'anesthésie préalable, elle se justifie quelquefois par les grandes douleurs que le malade éprouve dans le transport de son lit à l'amphithéâtre. M. Larrey a vu M. Lawrence agir ainsi dans un cas.

M. Giraldès fait remarquer que M. Philippe a peut-être été inspiré par la pratique de M. Simpson dans son anesthésie préalable. Il y a quelques années à Edimbourg on faisait anesthésier les malades dans leur lit avant de les conduire à la salle d'opérations. M. Giraldès ignore si cette pratique est toujours en vigueur à Edimbourg.

M. Voillemier combat l'opinion de M. Philippe, qui pense que des chirurgiens spéciaux chargés d'administrer le chloroforme seraient utiles pour dégager l'opérateur de toute préoccupation sur les dangers de l'anesthésie. M. Voillemier termine en faisant remarquer que le régime alimentaire des opérés ne peut être soumis à des règles générales, et en demandant qu'on supprime les propositions générales émises çà et là dans le travail de M. Philippe.

M. Desormeaux, rapporteur, répond que l'opération en deux temps n'a point été donnée par M. Philippe comme règle générale, mais comme applicable seulement à ce cas particulier. M. Philippe ne demande point la création de chirurgiens spéciaux, mais il conseille de confier toujours à un aide expérimenté l'administration du chloroforme, qui doit l'occuper seule. L'emploi de la mousseline dans le pansement n'est qu'une modification d'une petite importance, mais cette mousseline paraît favoriser l'écoulement du pus par un nombre d'ouvertures plus grand que dans le linge troué. M. Desormeaux termine en s'associant à M. Michon pour déclarer que les ablations des plaies doivent être, sinon nulles, du moins très rares.

M. Broca demande si M. Philippe a fait quelque recherche pour savoir à qui appartient la priorité du procédé indiqué pour le diagnostic de la fistule à l'anus.

Après le vote des conclusions proposées par M. Desormeaux, la Société passe au scrutin pour l'élection de M. Philippe.

M. Philippe, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. J. Cloquet présente un bistouri à lame orbiculaire qui lui a souvent rendu de grands services pour enlever facilement des kystes, car on n'a point la crainte de percer la poche, et on peut inciser de droite à gauche et de gauche à droite. Les incisions à l'aide de ce bistouri sont d'une grande netteté et ne laissent point de ces traînées qu'on appelle vulgairement des queues.

— M. Ferdinand Martin présente un appareil destiné au transport et au traitement des blessés affectés de fractures des membres inférieurs.

— M. Pouillien présente un nouveau bandage crural, et M. Treuther un autre bandage herniaire. L'examen de ces deux bandages est renvoyé à M. Robert.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La distribution des prix de l'internat et de l'externat et la proclamation des élus du dernier concours pour les places d'interne et d'externe ont eu lieu le 26 de ce mois dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique. Divers discours ont été prononcés : par M. Cusco, au nom du jury de l'internat; M. Lallier, au nom de celui de l'externat, et M. Depaul, au nom du jury des prix de l'internat. La séance a été close par une allocution de M. Davenne, qui, dans les termes les plus chaleureux, a remercié MM. les élèves de leur belle conduite pendant l'épidémie de choléra.

A propos de cette séance, nous avons reçu une lettre qui contient : 1° D'excellents avis aux élèves des hôpitaux sur l'économie qu'il convient d'apporter dans l'emploi des objets de pansement; 2° quelques conseils sur les bons rapports qu'il est désirable de voir toujours régner entre les chefs de services et les administrations des hôpitaux.

L'énoncé de la substance de cette lettre suffira sans doute à nos lecteurs. Quant à son auteur, nous lui dirons que le principal motif pour lequel nous n'avons pas inséré sa lettre, c'est qu'il ne l'a pas signée.

— M. le professeur Requin est depuis quelque temps déjà atteint d'une maladie aiguë compliquée qui donne aujourd'hui encore de vives inquiétudes.

— Par arrêté du 27 décembre ont été nommés :

M. Blehée, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Poitiers;

M. Malapert, préparateur d'histoire naturelle à la même Faculté;

M. Bonfils, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy;

M. Vincent, préparateur d'histoire naturelle à la même Faculté.

— M. le docteur Favre vient d'être nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon.

— Dans le cours de l'année 1854, la Faculté de médecine de Strasbourg a nommé au concours : 4 agrégés, 1 chef de clinique, 6 internes à l'hôpital civil, 11 externes au même hôpital, 1 aide-bibliothécaire, 1 aide de chimie. En 1855, le nombre des internes sera probablement de six.

— Les étudiants en médecine qui ont rendu des services pendant l'épidémie de choléra, soit à Strasbourg, soit dans les départements voisins, ont obtenu de M. le ministre la remise des frais d'une ou de deux inscriptions. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— La ville de Gray a fait remettre à M. le docteur Léon Coze, agrégé de la Faculté de Strasbourg, une médaille comme témoignage de gratitude pour les services que notre confrère a rendus à cette ville pendant l'épidémie de choléra.

Nous répondons au désir d'un grand nombre de nos abonnés en donnant à notre table des matières un développement qu'elle n'avait pas eu jusqu'à présent. La fin de cette table, ainsi que celle des auteurs dont les travaux ont été insérés dans la Gazette pendant l'année 1854, sera envoyée mardi prochain.

Nous rappelons à nos souscripteurs dont l'abonnement expire le 31 décembre de vouloir bien envoyer le prix de leur renouvellement en mandats de poste ou en traites sur Paris.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année 1854, et les nouveaux souscripteurs qui voudraient compléter cette année, sont priés de faire le plus tôt possible la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 40 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat, soit en timbres-poste.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1854.

A

D

E

F

N

O

P

Q

R

S

T

U

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1854.